



Editoriale

Complessità è la seconda parola chiave, dopo *comunità*, che nel nuovo ciclo di Kéiron collochiamo sullo sfondo del federalismo.

Saltando una serie di passaggi logici, e dunque forzando un po', esplicitiamo la base del nostro discorso: il federalismo - in particolare quello legato ai "mondi a molti mondi" dell' "esigente" (ex paziente), - quindi della medicina (rispetto ai contenuti) e della sanità (rispetto alle forme organizzative) -, a certe condizioni potrebbe essere un'idea per un più efficace governo della complessità insita nel discorso della salute.

Il che equivale a dire che il nazionalismo sanitario così come è ora, e cioè concepito quale amministrazione centrale della salute e decentramento amministrativo dei servizi, tutto sommato è una semplificazione che era giusta e opportuna, ma trent'anni fa.

Complessità e comunità, è un abbinamento che in qualche modo ci aiuta a considerare una persona (rispetto a un'idea di "buona vita") quale un soggetto ipostatico, vale a dire un "uno" che è il primo termine di certe politiche e l'ultimo termine dei loro esiti, cioè dei loro processi di ritorno. Cosa più difficile da fare dentro un sistema sanitario nazionale.

Complessità e comunità riassumerebbero ciò che, parafrasando Eraclito, si potrebbe esprimere così: da tutte le cose, cioè dalla comunità alla persona e dalla persona a tutte le cose.

Il federalismo, quale forma di governo della complessità, equivarrebbe non a una negazione dell'universalismo ma a una sua riforma, e cioè a un'evoluzione dell'idea.

Questa riforma attraverso la "riscoperta" della complessità altro non significherebbe se non la ridefinizione dell'idea cardine dell'universalismo stesso e cioè quella di persona intesa come "universo", cioè di un soggetto ri-considerato in una nuova visione della sua realtà.

L' "esigente" è un soggetto complesso perché in quanto "universo" non è ridicibile e neanche semplificabile all'equivoco che scambia uniformità con universalismo.

La persona tra "complessità" e "comunità" ridiventa così un *unu(m)*, una singolarità, quale antecedente per una politica che ridiscute la logica numerale della programmazione sanitaria (senza per questo negarla) e quella indefinita delle classi di bisogni (i famosi livelli di assistenza) al fine di gestire al meglio proprio la complessità della persona quale soggetto di salute.

Rispetto quindi al federalismo, il nuovo universalismo è quello che il linguaggio matematico chiama relazioni "molti a uno" e "uno a molti", con l'ambizione - certamente non facile - di dare corpo a un ideale di "uno a uno", e cioè a una politica di emancipazione dell'uomo che consideri una comunità quale un soggetto in cui i numerosi "mondi a molti mondi" sono rappresentati a un tempo come "uno a molti e molti a uno".

Questa, per Kéiron, è la nuova universalità. In quanto tale, essa

è per antonomasia *complessa*.

Quindi *complessità* è un modo antico e nuovo di vedere la realtà. Anche se gli anni Ottanta si sono ubriacati di complessità, essa è certamente un'idea che non è stata inventata né da Morin, né da Prigogine, né da VonFoerster, considerati non a torto come maître à penser, fra gli altri, di quella che un importante libro del 1985 indicava come la "sfida della complessità" (1).

1 G. Bocchi e M. Cerutti (a cura di), *La sfida della complessità*, Milano, Feltrinelli, 1985.

2 G. Federspil, *Prefazione* a P. Thagard, *La spiegazione scientifica della malattia*, Milano, M. C. Graw Hill, 2001.

Nel mondo della salute, complessità vuol dire un ripensamento radicale di quella che, anche recentemente, è stata definita la "concezione classica del realismo medico-scientifico" (2). Il ripensamento, cioè, di una visione tutto sommato semplificata del malato.

"Realtà-complex", su uno sfondo comunitario federalistico, vuol dire una medicina con un quadro concettuale che considera a un tempo i problemi del senso e quelli del significato, che ridefinisce le sue pratiche ordinarie alla luce degli scarti tra ciò che è generalizzato e ciò che è effettivo, ma soprattutto che si confronta con quello che *realisticamente* esiste.

Ciò che nella concezione classica della medicina e della sanità è rappresentato in termini di opposizione binaria (buono/cattivo; utile/inutile; razionale/irrazionale; ecc.), nella logica della "realtà-complex" altro non sono se non *generi* appartenenti a una complessità, per l'appunto. Cioè forme della complessità.

"Realtà-complex" in medicina e in sanità, implica una riforma della spiegazione qualunque essa sia nella quale si restituisce importanza e dignità a ciò che è locale, a ciò che va interpretato per forza di cose ad hoc.

Localmente dire qualcosa sulla salute equivale ad asserire una politica ad hoc.

In pratica, nel mondo della salute complessità implica che si ridiscutano le tanto discusse "verità", siano esse scientifiche, sociali, etiche, o economiche. Infatti sono le realtà relative ai vari mondi, e non quelle decise rispetto a un unico e incontrovertibile mondo considerato tale per convenzione universalistica e, in quanto tale, valido indistintamente per tutti.

Nella logica della "realtà-complex" le verità sulla salute oltre a essere biochimiche, cliniche, diagnostiche, genetiche, preventive, epidemiologiche, ecc., sono anche atti linguistici, informazioni, cioè atti culturali ed etici.

Questo vuol dire che qualsiasi politica sanitaria, in un quadro federale e comunitario, proprio in ragione della complessità non può mai essere considerata come *impersonale*. Le scelte decise per asserire la salute, alla stregua di un qualsiasi linguaggio, non sono mai impersonali mentre lo sono, per ovvie ragioni, nel servizio sanitario nazionale.

La conseguenza di ciò è scontata: tutto ciò che in una comunità e in ragione della complessità giustifica qualsiasi tipo di scelta sulla salute, pertiene solo a certe situazioni, ma non necessariamente a tutte; la complessità impone cioè un nuovo discorso sulla *pertinenza*.

Questo è il senso più innovativo che sta alla base di una nuova idea di universo e di universalità.

Stiamo parlando di un'universalità ad hoc garantita da politiche pertinenti.

Rispetto a ciò, la sanità e la medicina sono *reali* quando rap-



presentano insiemi consistenti di affermazioni per la salute, dove per *consistente* si intende *vero* in qualche situazione possibile.

“Vero” così coincide con “conveniente”, e “conveniente” con “pertinente”.

In questo modo l’assumere il valore della complessità significa assumere il valore delle scelte quali organizzazione di contenuti, di mezzi, di valori e metodi.

Se ciò non fosse, non avrebbe senso riscoprire la complessità e mantenere forme semplici di organizzazione sanitaria.

In una comunità, le scelte per la salute non sono riducibili a realtà solo biochimiche, ambientali, funzionali.

Esse pongono la necessità di comprendere la “natura dei rapporti”, quelli che legano i contesti del medico con quelli del malato, quelli della comunità con quelli della persona, e che influiscono inevitabilmente, con la loro *veridicità*. Complessità, quindi significa ordini di relazioni e ordini di variabilità.

Essa non può che essere riferimento di una rete variabile di riferimenti. I riferimenti sono diversi perché diverse sono le situazioni della persona e della comunità.

Questa è la ragione per cui una certa organizzazione della salute può essere vera in una comunità ma non in un’altra.

Fino a ora, uno dei limiti del realismo banale della medicina e della sanità convenzionale è stato quello di ignorare il grosso problema dell’insuccesso referenziale. Cioè non chiarire davvero in modo realistico cosa vuol dire realmente *beneficio*.

È semplificante sostenere che, in qualunque situazione, qualsiasi beneficio è vero o falso. Rispetto al beneficio invece tutti gli aggettivi della “realtà-complex”, sono tutti scalari. I più comuni quali: utile, efficace, appropriato, evidente, efficiente, economico, sono tutte verità *relative*, cioè “relazioni tra...”, non verità assolute, ovvero predicati oggettivi della realtà.

La “realtà-complex” impone quindi anche alla medicina e alla sanità la logica dei *gradi di verità*, cioè di verità *scalari*.

A livello federalistico, rispetto alla salute una domanda che si impone è: come un beneficio in medicina e in sanità sia vero o falso.

È una domanda alla quale è impossibile rispondere onestamente se prima non si descrivono tutti i riferimenti della realtà compresi tra la biochimica e gli assessori regionali alla sanità.

Il valore di verità di un beneficio rispetto a un’idea di “realtà-complex” è deducibile non solo attraverso le inferenze classiche care sia alla sanità che alla medicina. Esse rappresentano, semmai, il *presunto valore di verità* sapendo che esso è deducibile in rapporto a una complessità di riferimenti non contraddittori, e sapendo che tale valore di verità non è mai verificabile in modo definitivo.

La conclusione che si ricava da un nuovo approccio alla complessità è che una scelta sanitaria o medica oltre che giustificarsi, quando è possibile, per identità universalistica (tutti i malati x, tutti i servizi y, tutte le aziende sanitarie z...), dovrà anche giustificarsi per “differenze universalistiche”.

Questo non è possibile se prima non si definiscono i principali valori delle variabili in gioco.