

# Alla ricerca della scientificità

## *Trying to be “scientific”*

IVAN CAVICCHI

*Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino, Torino*

### PREAMBOLO

I ragionamenti che farò si collocano tra un modo di vedere la crisi della medicina e un modo di vedere la crisi nella medicina.

Questa collocazione in fin dei conti può essere riassunta come compresa tra due modi di intendere la scientificità.

Discuterò di *evidence-based medicine* (EBM) come “fenomeno”, non già come tecnica procedimentale, cioè dal punto di vista della filosofia della scienza, dell’epistemologia e da un punto di vista gnoseologico, alla stregua di una metodologia della conoscenza.

L’obiettivo della discussione va chiarito chiarendo la sua posta in gioco: non si tratta di essere favorevoli o contrari all’EBM perché sarebbe uno schierarsi senza senso, si tratta di comprendere che la posta in gioco è la credibilità della medicina, la sua, oserei dire, “onorabilità” sociale (non si tratta solo di legittimazione), ma soprattutto il suo futuro come impresa non solo sociale, ma scientifica, intendendo per scientificità non solo quella cartesiana di matematizzazione del mondo (per altro fallita a partire dalle pretese della matematica stessa di garantirsi delle verità assolute (Cellucci, 2000), ma una scientificità di tipo nuovo, ma non per questo meno scientifica.

I miei ragionamenti sull’EBM si basano (*based*) su quanto scritto dai suoi fondatori a partire da Sackett. Una precisazione obbligatoria se si pensa che vi sono molte interpretazioni dell’EBM (basti ricordare il n. 1 della ri-

vista EBM in versione italiana e i due editoriali di Sackett e di Gensini), che vi sono molte (forse troppe) interpretazioni sul suo uso possibile e del suo uso impossibile (campi di applicazione), che vi sono anche molte distorsioni ideologiche su chi vede l’EBM addirittura come una “rivoluzione paradigmatica” della medicina (una tecnica procedimentale al massimo è una quota di un paradigma) o, peggio, su chi vede l’EBM come la “salvezza” della medicina stessa.

In questo caso il problema non è la “campana”, ma il “campanaro”. E, infine, che vi sono ripensamenti e correzioni in corso d’opera in tutto il mondo. Basti pensare al gruppo di lavoro organizzato stabilmente a Maastricht, costituito da numerosi paesi europei per studiare i problemi bioetici riconducibili all’EBM.

Infine, è utile richiamarsi al contesto in cui nasce l’EBM, perché è noto che qualsiasi significato di base, anche quello dell’EBM è condizionato dai suoi significati contestuali. Non è un caso che l’EBM nasca sia rispetto ad una crisi della scientificità medica, sia rispetto ad una forte preoccupazione economicistica sui costi dei sistemi di *welfare*. Sono due fattori che hanno spinto la ricerca di soluzioni razionali nella medicina pubblica verso quelle teorie sulla razionalità delle scelte in economia (teoria della scelta razionale, alberi della decisione, teoria dei giochi, ecc.) di cui Sackett sembra imbevuto, ma sulle quali l’economia per prima ha messo mano a dei ripensamenti (già qua e là si vede la stessa cosa nel dibattito internazionale sulla scelta in medicina). Non è neanche un caso che l’EBM nasca dall’ambiente epidemiologico, quasi a proporre un nuovo rapporto tra epidemiologia e clinica, quello che per altri versi abbiamo interpretato come rapporto tra “verità di ragione” o “verità di fatto” (Cavicchi, 2001), e che in un’ottica eccessivamente tecnocratica rispetto ai sistemi gestionali, rischia in qualche caso di degenerare in una ve-

---

Indirizzo per la corrispondenza: Professor I. Cavicchi, Largo del Nazareno 3, 00187 Roma.

E-mail: tagliaferri@farmindustria.it

ra e propria “medicina amministrata” (basti rammentare il DL 229 che poneva, in modo amministrativo, dal “centro” questioni come l’evidenza, l’appropriatezza, l’economicità, sapendo noi bene che sono tutte questioni “modali” che, come tali, non possono che essere decise caso per caso, sul posto anche tenendo conto di tutto ciò che rientra nella famosa evidenza statistica, ma non solo).

## IL MIO CAMPO DI INTERESSE

Il mio campo di interesse è lo studio di quella che comunemente si chiama “crisi della medicina” e l’angolazione dalla quale analizzo l’EBM è quella del suo rapporto con tale crisi.

Ma per capire tale rapporto, è bene accennare (del tutto sommariamente) in cosa consiste questa crisi, a partire da una importante distinzione.

Con crisi della medicina in genere si intende un’idea di negatività. In questo caso la crisi sarebbe provocata da problemi, guasti, incidenti e dovrebbe risolversi dentro una logica di *problem-solving* (è la visione più comune di crisi e ciascuno ha i suoi “guasti” preferiti da riparare).

Con crisi nella medicina si intende, invece, un’idea di positività. Una cosa positiva non si risolve, ma si attua, si compie, cioè è nella logica del processo. In questo caso (è l’approccio che preferisco) con crisi nella medicina intendo un’idea positiva di trasformazione.

La trasformazione che oggi principalmente riguarda la medicina attraversa i suoi modi di conoscere e suoi modi di agire, ma non solo. L’EBM si propone sia come modo della conoscenza, sia come modo dell’azione clinica. E’ interessante comprendere se essa è efficace rispetto all’evoluzione della crisi quale processo. O qual è più semplicemente il suo ruolo. O come si rapporta all’idea di crisi.

Per comprendere meglio ci conviene uscire dal concetto di paradigma di Khun (che applicandosi alle scienze “normali”, mal si adatta alla medicina che è una “quasi scienza quasi normale”) e vedere la medicina come sospinta da trasformazioni quali potenti motori. Il primo motore (statuto) riguarda le trasformazioni degli scopi della medicina, dei suoi limiti e delle sue possibilità, delle sue prerogative, ma anche del suo essere soluzione ai nuovi bisogni della società.

Non c’è dubbio che a questo livello la crisi è in pieno svolgimento (biotecnologie, ingegneria genetica, eutanasia, fecondazione assistita, clonazione terapeutica, nuova figura del malato, sono tutte nuove prerogative

che cambiano statutariamente la medicina).

Il secondo motore (canone) riguarda i criteri utilizzati per conoscere, per valutare, per giudicare, per decidere cosa fare. Anche qui la crisi è fortemente attiva perché tra Comte (da cui nasce C. Bernard) e Rorty c’è tutto il positivismo, il neopositivismo, l’empirismo logico, la filosofia analitica, vale a dire un intero secolo di evoluzione (il 900) del pensiero epistemologico che si è concluso (si fa per dire) con la crisi dichiarata del concetto di verità. Cioè di quella verità che in qualche modo l’EBM cerca di ricostruire, senza comprenderne profondamente la crisi.

Il terzo motore (il procedimento) vale a dire i criteri metodologici per agire e per fare, o per decidere. Il procedimento anch’esso è traversato dalla crisi dal momento che esso riguarda il tema peculiare della scelta come esito del giudizio. In pratica il procedimento è in crisi anche perché, essendo esso il risultato operativo del canone, non può essere una questione immune dalla crisi del canone stesso. Le ragioni della sua crisi sono tante e riguardano tutte la famosa questione della *decidibilità* (fallibilismo, singolarità, *fuzzy logic*, nuove forme dell’inferenza, ecc.). Se consideriamo il procedimento come una guida alla deduzione, si comprende bene che la crisi di un’idea dogmatica di verità apre la strada a procedimenti ad inferenza aperta, cioè a più verità. Oggi, e questo vale in particolare ma non solo per la psichiatria, un’*eventuale* verità è sempre relativa alle convenzioni scientifiche, ai contesti, alle contingenze, allo statuto ontologico dell’oggetto di studio, ecc.

Per cui la deduzione rispetto al procedimento non riesce più, come pretenderebbe l’EBM, a basarsi solo su criteri di conseguenza logico-statistica.

In sintesi, la crisi del procedimento riguarda oggi in psichiatria, ma anche in tutta la medicina, la *base assiomatica della scelta*, cioè (detto in soldoni) *ciò che è ritenuto evidente*.

Crisi nel procedimento vuol dire crisi in ciò che è considerato *evidente*.

L’interesse suscitato in me dall’EBM come “fenomeno” è nato dal constatare come il tentativo di fondo sia, in fin de conti, come quello di reagire ad una crisi dell’evidenza, riproponendo un’evidenza sostanzialmente analoga di tipo cartesiano, riposizionata su un sapere epidemiologico.

Questa è la ragione per la quale non riconosco all’EBM nessuna capacità sostanziale di innovazione paradigmatica della medicina, pur riconoscendo all’EBM un’indubbia utilità metodologica (ci mancherebbe altro) oltre che paventare le distorsioni ideologiche e gli eccessi.

Tutta la letteratura sull’EBM è d’accordo su tre suoi

impieghi: *valutare* la reale efficacia di...; *definire* strategie di intervento; guidare gli atti medici. Si noterà come i concetti di *valutazione*, di *definizione* e di *guida* sono quelli che ineriscono principalmente alle questioni canoniche e procedurali della mia idea di crisi.

Ma, rispetto all'EBM, cioè al tentativo di risolvere queste cose attraverso soluzioni procedurali, è *evidente* la difficoltà a ridurre i problemi del canone a problemi di metodo, dal momento che è mia convinzione che il problema della conoscenza non è risolvibile solo sul terreno del metodo. Cioè, secondo me, oggi gnoseologia e epistemologia non sono riducibili a metodologia. Esse meritano altre indagini, altre esplorazioni e altre idee sui loro propri domini di pensiero.

### ALCUNI CARATTERI DEL "FENOMENO" EBM

Vorrei mettere in fila in modo schematico alcune caratteristiche epistemologiche del fenomeno EBM:

1. tutta la letteratura di base è come se tradisse un'opposizione antifilosofica, al fine di esaltare una forte tecnicità. L'EBM, in ragione di ciò, è come proposta quale pacchetto di tecniche razionali. Niente di male, tuttavia si ripropone una dicotomia largamente superata dal pensiero moderno tra tecnica e teoria, o meglio tra ciò che è considerato pratico e ciò che è considerato speculativo. Ma il conflitto tra teorico/pratico riproposto dall'EBM mi sembra un po' paradossale, dal momento che essa altro non è se non una teoria per la pratica.
2. L'EBM ricerca le sue evidenze attraverso il dato statistico, che è indiscutibilmente uno strumento di conoscenza straordinariamente importante. Ma i dati statistici, insieme alle bugie, diceva Israel, sono i due modi più efficaci per mentire. Cioè i dati sono come i fucili carichi, bisogna usarli con accortezza e con abilità. Altrimenti il rischio è "spararsi", cioè scendere in una sorta di metafisica del dato, nel senso di adoperarlo quale base indiscutibile della dimostrazione, fino a considerare i "dati" come l'unica (o la vera) garanzia di verità.

Se oggi c'è una cosa in discussione, addirittura in matematica, è proprio la perentorietà del dato. La cosa davvero curiosa è che nel mentre l'EBM dà al dato quasi un carattere metafisico e nel mentre avversa in nome dei dati le speculazioni, i soggettivismi, le astrazioni dei medici, non si accorge di costruire la perentorietà del dato proprio sull'astrazione.

E' un fatto che nell'EBM il dato statistico è *scelto* esattamente come un'astrazione, cioè si organizzano iso-

lando dati da altri dati. Questa operazione è quella che Peirce chiamava *prescissione*, un'operazione che per sua natura ha comunque ed inevitabilmente una forte valenza teorica. In ragione di ciò, ribadiamo che l'EBM non è pratica contro teoria, ma più semplicemente una teoria statistica della pratica.

3. In medicina la difficoltà ad usare dei dati è la stessa che si incontra rispetto alle cosiddette "verità a priori". Qual è il ragionamento di base? Tutti gli ammalati  $x$  sono  $y$ , quindi, tutti gli ammalati  $x$  sono *necessariamente*  $y$ . E questo in psichiatria, come in medicina, è un modo di ragionare molto problematico. Ma qual è il significato di questo ragionamento? E' come se l'EBM prescrivesse le *necessità*, mentre si sa che *necessità*, *possibilità*, *concepibilità* sono modalità che è difficile prescrivere a priori dal momento che variano in medicina, come altrove, fortemente con le contingenze.
4. Per quanto possa sembrare strano, l'EBM ragiona molto in una logica dell'analogia e della verosimiglianza. Per far in modo che statisticamente  $x$  sia considerato necessariamente  $y$  è inevitabile considerare  $x$  identico, o analogo, o somigliante a  $y$ . E' il ragionamento che faceva Leibniz: se  $x$  è identico a  $y$  allora tutto ciò che vale per  $x$  vale per  $y$ . E' il classico ragionamento categoriale "se... allora", che in psichiatria è tutt'altro che lineare.
5. L'ultimo aspetto importante che vorrei ricordare è quello relativo alla traduzione di *evidenza* con il concetto di *prova*.

Nel mentre l'EBM tende ad usare i dati statistici come *prove* apodittiche, quindi ad organizzarli dentro un vero e proprio procedimento indiziario, proprio dai tribunali nasce la riforma del procedimento probatorio, che altro non è se non la riforma del concetto di prova. Per farla corta, la tendenza è sostituire le verità apodittiche con verità per accordo, cioè che nascono dalla discussione, dal confronto, dalla dialettica tra tutte le parti veritiere di un giudizio. Proprio perché nella cultura moderna prevale più un'idea di verità convenzionale che non un'idea di verità apodittica. In medicina poi è inutile rammentare il carattere davvero di provvisorietà delle verità scientifiche.

### CONCLUSIONE

Non ho nessuna difficoltà a riconoscere all'EBM un'indubbia utilità, ma non possiamo nascondere che essa, suo malgrado, è un modo di garantire un vecchio modo di intendere la scientificità. Essa, a mio parere, rap-

presenta il tentativo *tecnico* di difendere una scientificità attraverso la conoscenza statistica. Niente di male, per carità. Se c'è tuttavia una cosa da rimarcare nel pensiero moderno è la grande problematicità di ridurre la realtà a rispecchiamento statistico. Il che non vuol dire che non si debba usare la statistica.

Con l'idea di "rispecchiamento" si rischia di far regredire la riflessione al più vecchio positivismo per il quale valevano le coppie di opposizione oggettivo/soggettivo; teoria/pratica; vero/falso; razionale/irrazionale. Coppie che da Quine in poi sono state messe seriamente in discussione.

Non c'è dubbio che alla crisi del concetto di evidenza, l'EBM risponde riproponendo un concetto di evidenza, quindi riproponendo una forma di scientificità cartesiana e per questo tradizionale.

C'è da chiedersi, a partire dal mondo della psichiatria e della salute mentale, se non sia possibile andare oltre ed esplorare una nuova forma di scientificità. Personalmente non solo penso che questo sia possibile, ma addirittura auspicabile e proprio per amore della scientificità. Sono altresì convinto che proprio la psichiatria e il mondo della salute mentale, come già avvenuto in passato, è la più adatta a lavorare su un aggiornamento del suo apparato concettuale. Perché di questo si tratta. Non di altro.

Il rispecchiamento del malato mentale, attraverso la statistica, risponde ad un criterio logico, quello della corrispondenza, che è palesemente insufficiente da un punto di vista epistemologico. La clinica può usare la statistica, ma in nessun caso ne può essere vicariata.

Oggi, nei campi più disparati del sapere al criterio di corrispondenza se ne affiancano altri, come quello della *coerenza* logica, quello di *compossibilità*, quello che va oltre la teoria per fondare il potere predittivo di un giudizio sull'intero apparato concettuale dello psichiatra e dello psicologo, sul sistema delle sue *credenze* e delle sue *conoscenze*.

Oggi, nella discussione epistemologica moderna si discute di *ottimalità epistemica* di un più vario sistema concettuale, nel quale l'esperienza ha un ruolo importante; si discute di *attendibilità epistemica* di una spiegazione (può essere attendibile anche una cosa che *sembra* non razionale); si preferisce parlare di *spiegazioni convenienti* anziché di spiegazioni vere; di *accettabilità logica* di una

qualsiasi inferenza, aprendo i mondi a molti mondi del ragionamento ad una maggiore flessibilità del rapporto teoria/fatti.

Il presupposto di questa nuova scientificità è uno solo: l'ineliminabilità di un criterio soggettivo dell'operatore, criterio che per l'EBM, nelle sue rappresentazioni più estremistiche, rappresenta invece il problema per antonomasia. Spesso in psichiatria non si tratta solo di trovare l'accordo tra un'ipotesi terapeutica e un fatto patologico, ma anche di *scegliere* tra più ipotesi e più fatti. Particolarmente in psichiatria, il grande problema non è solo cosa fare quando le ipotesi sui trattamenti sono in conflitto con le patologie, ma anche quello, a fronte di una notevole complessità clinica, di cosa fare quando le ipotesi terapeutiche e le loro teorie di riferimento sono tra loro in conflitto.

In tutto questo, l'EBM resta una tecnica epidemiologica utile, come qualsiasi altro tipo di dato di conoscenza. Essa aiuta a decidere, a combattere gli sprechi, le inutilità e tutto quello che si vuole, ma in nessun caso può pretendere di sostituirsi ad un criterio soggettivo dell'operatore. L'EBM è uno strumento dentro una cassetta di attrezzi fatta da tanti altri strumenti. Tutti utili a seconda delle circostanze. Ma tutti in qualche modo funzionali ad un'abilità che resta clinica.

Il tema dell'abilità rappresenta in un certo senso il punto dal quale si articolano due strategie: quella dell'EBM che punta a definire "cosa fare" rispetto a certi dati e quello della "medicina delle scelte" (Cavicchi, 2000), che punta a formare "chi fa", a scegliere i dati della conoscenza nel modo più conveniente, cioè venendo a patti con le situazioni e con gli stessi dati disponibili.

Non è detto che le due strategie debbano contrapporsi. Anzi è auspicabile il contrario. Ma se non si vuole rischiare di scendere in una sorta di medicina tecnocratica non si può permettere che il "cosa fare" amministri il "chi fa". Cioè che siano i dati ad amministrare le scelte e non il contrario.

## BIBLIOGRAFIA

- Cavicchi I. (2000). *La Medicina della Scelta*. Bollati Boringhieri: Torino.
- Cavicchi I. (2001). *Salute e Federalismo*. Bollati Boringhieri: Torino.
- Cellucci C. (2000). *Le Ragioni della Logica*. Laterza: Bari.