

# “Un nuovo medico per una nuova sanità”

## Un manifesto per discutere

Ivan Cavicchi

### *Circa il titolo*

Il titolo di questo articolo mi è stato assegnato in un bel convegno organizzato a Settimo Torinese dall'associazione dei medici di famiglia (Aimef 15 ottobre 2011). Un titolo che mi ha colpito in modo particolare per la sua densità, le implicazioni, la sua non ovvietà, e persino il suo coraggio. Dietro vi si intuivano i pesanti problemi dei medici sempre più esposti ad un disagio professionale spaventoso. In quel titolo era come se le mie idee sulla medicina avessero incontrato la realtà e il contrario. Il problema cercava soluzioni nelle idee e le idee cercavano conferma nei problemi. Senza tanti giri di parole quel titolo poneva *pragmaticamente* il problema della medicina e della sanità nella sua nudità assumendosi la responsabilità di una verità scomoda, difficile, inquietante e terribilmente complessa.

### *Vecchio e nuovo*

Alcuni sono inclini a pensare il vecchio e il nuovo in medicina in modi poco meditati:

- come contrapposizione manichea come se fosse possibile in medicina opporre il nuovo, *come principio del bene* e il vecchio come *principio del male*. La realtà della medicina è più promiscua di quello che si crede. Se vogliamo discutere di medico e di medicina, dobbiamo liberarci di quella brutta abitudine di dividere una realtà in parti contrapposte. *Dicotomie e molteplicità* non vanno d'accordo. Il vecchio e il nuovo appartengono alla stessa realtà quindi sono inevitabilmente interconnessi e contigui;
- in generale per i medici il nuovo coincide con il *nuovo scientifico* considerato automaticamente, di per sé, migliore di ciò che *scientificamente è venuto prima*.. Anche questa visione è troppo semplificata. La medicina non è solo scienza, e meno che mai è solo tecnologia, essa è visione dell'uomo, modo di conoscere, criteri per agire, metodi per decidere e scegliere, regole comportamentali, conoscenze empiriche, logiche applicate ecc. Ritenere che il nuovo o il vecchio sia solo scientifico è un inganno;
- vi sono fattori che agiscono sul nuovo e sul vecchio soprattutto da fuori della medicina: l'esigente, l'economia, le sempre più precarie organizzazioni sanitarie, i cambiamenti culturali ecc. Ciò che è nuovo e ciò che è vecchio spesso non è la medicina a deciderlo
- il *nuovo*, non necessariamente coincide con il *buono*, il *giusto* e il *migliore*
- il *vecchio* in quanto tale, non è sempre da buttare via
- il non *innovativo* non è automaticamente *superato*;

- se *più innovativo* significa *più recente*, quindi preferibile, l'innovazione può diventare una ossessione pericolosa e costosa;
- ciò che è buono e funziona non è mai vecchio ma attuale,
- ciò che è nuovo ma non è nuovo in misura maggiore o non funziona meglio, non può essere definito nuovo;
- pensare ad un medico nuovo non significa rottamare un medico vecchio ma ripensarlo e ricontestualizzarlo;
- non esiste un medico vecchio in assoluto;
- in un medico nuovo tutto ciò che è vecchio e funziona non è superato anche se non è recente;
- il nuovo medico deve essere specificato nelle sue caratteristiche autentiche,
- il nuovo medico comprende il vecchio medico ma che deve essere ridefinito nella sua attualità.

### ***Il medico tra Marx e Huygens***

Il tema del “nuovo medico” non nasce per caso, esso è l'epifenomeno di grandi contraddizioni epocali e di grandi cambiamenti. Da una parte il medico dovrebbe essere nuovo per rispondere *all'esigente*, al suo individualismo, ai suoi crescenti bisogni, ai suoi diritti, dall'altra dovrebbe essere nuovo in modo che la medicina costi il meno possibile. Per il medico questo è un problema, egli dovrebbe essere nuovo ma in funzione di *necessità contrapposte*. Per cui suo malgrado oggi il medico resta *una figura tipica della modernità con un ruolo decisamente welfaristico ma incastrato tra post-modernità e post-welfarismo*. Questo è il problema del medico.

Il povero Marx, ormai dimenticato e negletto, direbbe:

- i problemi dei medici sono originati dai cambiamenti della struttura economica
- è la struttura economica che agendo sulla sovrastruttura sociale crea la contraddizioni tra post-modernità e post-welfarismo
- non si tratta di cambiare il medico ma di cambiare l'economia
- il problema del nuovo medico è un falso problema.

Non sono pochi i medici che ragionano come Marx, essi puntano il dito contro le aziende, contro la parità di bilancio, contro i limiti che condizionano i loro atti clinici, contro le manovre finanziarie, i provvedimenti che congelano i loro contratti. In una recente lettera, inviata a tutte le istituzioni, sottoscritta da tutti i sindacati medici, (13 ottobre 2011), si è ribadito lo slogan “*la sanità non si tocca*” che è come dare ragione a Marx quando sostiene che il nuovo medico è un falso problema. Non c'è dubbio che i limiti economici condizionano in mille modi la professione medica. E i sindacati medici hanno più di una ragione per essere arrabbiati. Ma siamo proprio sicuri che se non avessimo limiti economici non avremmo bisogno di un medico nuovo? Cioè siamo proprio sicuri che il nuovo medico sia un falso problema perché i problemi sono altri? E che “*la sanità non si tocca*” sia la strada giusta?

Huygens, nel 600, studiò le onde circolari che si creano quando si lancia un sasso nello stagno. Egli scoprì che ogni punto del fronte d'onda si comporta come una

nuova sorgente di onde che forma altre onde circolari che a loro volta propagano altre onde. Si immagini la medicina come uno stagno nel quale non sia solo l'economia a gettare un sasso, ma anche l'esigente, la post-modernità, l'innovazione scientifica, gli interessi professionali, l'azienda sanitaria. Si avranno più fronti d'onda che si urteranno creando altri fronti d'onda fino a compenetrarsi, confondersi, mischiarsi per cui diventa difficile stabilire quella unidirezionalità, cara a Marx e al sindacalismo medico, *economia > post-welfarismo > medicina*. Il medico per non essere in balia delle onde bisognerebbe che a sua volta lancia un sasso, possibilmente polifemico, per poter interferire a propria volta con le onde dei sassi che lo investono. Quindi il ragionamento di Marx andrebbe ribaltato: *un nuovo medico può essere la risposta sia ai problemi del post-welfarismo che a quelli della post-modernità*. Per cui lo slogan "la sanità non si tocca" andrebbe corretto: "la sanità si deve toccare" ma a condizione di applicare il principio di Huygens: *ad ogni punto del fronte d'onda del cambiamento dovranno corrispondere altrettanti cambiamenti nell'economia, nell'esigente, nella scienza e negli interessi professionali*. Si tratta solo di capire di quale cambiamento si tratta. Una cosa è certa: senza cambiamento non libereremo il medico dalla contraddizione post-modernità/post-welfarismo. Un modo plausibile per farlo è *scambiare*, nel senso duplice di trasmettere e di contrattare, *cambiamento con cambiamenti*. Un nuovo medico quindi significa una nuova azienda, una nuova economia sanitaria, un nuovo rapporto con il cittadino e la società.

### ***Il pensiero debole della sanità***

Tutto quanto si discute in un momento di crisi finanziaria conclamata, come è quella che stiamo vivendo, appare riconducibile a essa. Nel caso dei medici ciò è vero in parte infatti certi problemi si sono accentuati nel contesto finanziario restrittivo (in particolare quelli contrattuali), in parte ciò è un "falso storico" perché i problemi del medico vengono in realtà da lontano. La contraddizione post-modernità e post-welfarismo inizia a manifestarsi in forme dissimulate già a partire dagli anni 80, cioè cronologicamente dopo il varo della riforma sanitaria del '78. E' in ragione di questa contraddizione che si decide negli anni 90 di riformare la riforma e prendere strade diverse da quelle del cambiamento riformatore. In tutti questi anni a nessuno è mai venuto in mente, a parte la riforma del '78, di parlare di "nuovo medico". Sarebbe risultato quantomeno bizzarro ma solo perché la politica che ha dominato dopo l'accantonamento della riforma del '78, è stata quella del *miglioramento* non del *cambiamento* per cui le risposte sono state:

- la migliore gestione della sanità
- la riorganizzazione del sistema dei servizi
- la razionalizzazione dei costi
- la compatibilità.

In queste politiche non aveva senso parlare di "nuovo medico" bastava parlare di un medico più *responsabile, appropriato, meno dispendioso, più proceduralista, osservante*

*degli obiettivi aziendali, evidenzialista.* Si trattava cioè di *razionalizzare* il medico che c'era al fine di avere un "medico più economico", ignorando deliberatamente le esigenze della post-modernità che invece chiedeva già negli anni 60, sempre più a gran voce "un medico nuovo". Negli anni questo contrasto tra "medico economico" e "medico nuovo" è andato sempre più crescendo e i medici si sono dimostrati tutt'altro che *marxisti*. Essi hanno accettato ob torto collo di fronte alle esigenze dell'economia, di essere "il problema" sforzandosi responsabilmente in ogni modo di adattarsi alle necessità aziendali ma ignorando quello che stava avvenendo dall'altra parte, cioè nella società. Nello stesso tempo si sono dimostrati tutt'altro che "huygensisti" perché il loro sforzo di essere compatibili con l'economia non ha prodotto nulla che andasse a favore di un loro rafforzamento sociale e politico. Anzi i processi di delegittimazione, si pensi alla crescita del contenzioso legale, sono cresciuti. Oggi i medici in piena crisi finanziaria sono a metà strada tra i marxisti e gli indignados, hanno capito che le politiche finanziarie, sono il loro principale problema. Essere indignados viene quasi spontaneo, meno semplice è essere marxisti, più difficile è essere huygensisti.

### ***Il pensiero debole della medicina***

E' consuetudine confondere e fondere le nozioni di medicina e di sanità, cioè i problemi dei contenuti con quelli dei contenitori, quindi il problema dei medici con quelli delle organizzazioni. In realtà medicina e sanità sono due mondi contigui e distinti. Se la sanità in questi anni si è mostrata con un pensiero debole, il *paradosso del miglioramento senza cambiamento*, la medicina non è stata da meno. In questi anni sono uscite a più riprese proposte che in nessun caso affrontavano il problema del nuovo medico o di una nuova medicina, limitandosi a migliorare la medicina con delle razionalizzazioni. Qualche esempio:

- le medical humanities che rispondevano alle sfide epocali della post-modernità, con blande soluzioni deontologiche,
- l'ebm che rispondeva alla complessità dell'esigente, riproponendo delle verità statistiche,
- la qualità che con le suggestioni del toyotismo ne banalizzava la complessità riportando alla fine tutto a linee guida,
- la medicina narrativa che mutuando il discorso dalla psichiatria tentava in qualche modo di surrogare la scomparsa dell'anamnesi,
- la safety patient che esorcizzava il discorso dell'errore clinico riconducendolo dentro vecchie logiche preventive

- il risk management che ritiene che alla struttura probabilistica del rischio si possa rispondere in modo organizzativo-gestionale,
- il culto dell'appropriatezza che pur partendo dalle necessità cliniche del malato finiva per essere una forma di adeguamento alle necessità economiche del risparmio
- il governo clinico la cui idea originale oggi è diventata una specie di cogestione tecnocratica-amministrativa
- l'ecm che si limita ad aggiornare i medici per renderli più congrui alle politiche di razionalizzazione e di compatibilità
- l'ultima novità si chiama "slow medicine" e che fa il verso allo "slow food" e che durerà probabilmente il tempo di un paio di convegni.

Queste proposte sono certamente l'espressione di un pensiero debole, perché lontanissime dai problemi epocali della medicina, ma nel loro insieme denotano problemi, inquietudini, disagi, difficoltà. Esse in una certa misura sono come i *prolegomeni di un discorso sul cambiamento* ma non sono *il discorso sul cambiamento*. Ma perché sino ad ora ci siamo fermati ai prolegomeni? In parte perché non è facile per nessuno costruire un sasso polifemico da lanciare nello stagno, in parte perché anche per la medicina il contesto sino ad ora non è stato orientato a grandi cambiamenti. Accantonando il progetto di cambiamento insito nella riforma del '78, automaticamente si accantonano tutti quei cambiamenti che avrebbero dovuto concorrere alla sua affermazione. Non solo non si parla di medico nuovo, ma non si parla più di riformare la tab. 18, cioè le facoltà di medicina, per cui si ripiega sull'ecm, cioè su una strategia di aggiornamento del medico ma che in nessun caso è un ripensamento. L'ecm, pur con le sue indubbe utilità, rispetto alle problematiche della medicina è una delle tante espressioni del pensiero debole. Essa è funzionale all'obiettivo di avere un medico più appropriato alle nuove esigenze delle aziende e quindi più razionalizzato, ma non un medico nuovo. Nel momento in cui il medico accetta "responsabilmente" di essere il *problema* da risolvere, l'ecm si pone come parte della soluzione di quel problema. Ma è stata proprio questa disponibilità a essere "*problema*" che ha creato ai medici i più pesanti effetti boomerang. Pressochè tutte le proposte prima elencate hanno ricadute negative sulla loro autonomia, pressochè tutte condizionano le loro scelte cliniche, pressochè tutte impongono delle rigidità ai loro comportamenti. Valga per tutti l'esempio dell'evidenzialismo che in un momento di crisi dell'autonomia medica aggiunge vincoli a quelli già pesanti del proceduralismo. Questo vuol dire che lo sforzo generoso che pur è stato fatto dai medici conferma che il semplice adattarsi ai contesti che mutano senza un'idea di ragionevole cambiamento, finiscono per nuocere.

## ***La crisi mai dichiarata***

Se la riforma del '78 dichiara in Italia quello che era stato dichiarato molto tempo prima in tutta Europa, ovvero la crisi delle vecchie forme caritatevoli e mutualistiche della tutela, nessuno ha mai dichiarato una crisi analoga per la medicina. In realtà a leggere bene la riforma del '78 la crisi valeva sia per la sanità che per la medicina. Ma saltando la riforma salta la possibilità di ammettere e quindi di affrontare l'esistenza di una crisi conclamata della medicina. Questa crisi mai dichiarata è determinata in grande misura dagli spiazzamenti causati dalla post-modernità di cui, mi dispiace per Marx, i problemi dell'economia sono solo una parte. Ammetto che non è una tesi particolarmente geniale. L'intera storia della medicina è fatta da un continuo susseguirsi di queste crisi. La crisi che oggi dovremmo affrontare, non è né la prima e nemmeno sarà l'ultima e la medicina dovrà affrontarla come ha affrontato tutte le altre. In un modo o nell'altro. Anni fa avevo proposto di distinguere "crisi della medicina" da "crisi nella medicina" per distinguere un'idea negativa di crisi da una idea positiva. Quella negativa crea ai medici i problemi, quella positiva offre ai medici le soluzioni. Il "medico razionalizzato" è stato una risposta in negativo alla crisi della medicina, il "nuovo medico" è la risposta in positivo alla crisi nella medicina. La mia tesi è che il medico oggi è finito dentro un *circolo vizioso* dal quale non riesce a uscire:

- vi è una crisi della medicina negata causata da grandi cambiamenti
- alla negazione della crisi corrisponde una sostanziale invarianza dei modelli, quindi un'invarianza paradigmatica
- l'invarianza rispetto ai cambiamenti produce regressività
- la regressività diventa la causa principale della crisi dando luogo ad un'infinità di scollamenti

Vi è un solo modo per rompere questo circolo vizioso:

- riconoscere e dichiarare l'esistenza di una crisi
- mettere mano a dei ripensamenti
- creare le condizioni per una progressività evolutiva della medicina.

Al cambiamento si risponde solo con il cambiamento. Al "medico incastrato" si risponde con un "nuovo medico".

## ***Foucault e l'idea di nuovo medico***

Non si creda che l'idea di un "nuovo medico" sia un problema solo di contenuti, di pratiche, di modalità, di formazione, di funzioni e di ruoli. Esso naturalmente è anche

questo ma prima di ogni altra cosa è un *problema politico*. Il solo fatto di dire "un nuovo medico per una nuova sanità" ha l'effetto di cambiare radicalmente i riferimenti delle politiche sanitarie adottate in questi anni e di redistribuire i poteri che pesano in sanità mettendoli dentro una nuova competizione .

Due in particolare sono le discontinuità che l'idea di "nuovo medico" introdurrebbe:

- fare del soggetto la leva principale per un cambiamento
- considerate la medicina come la base per il ripensamento della sanità.

In questi anni le politiche del "*miglioramento senza cambiamento*" hanno sempre considerato i soggetti professionali come delle controparti, come dei problemi, come dei costi e la medicina come qualcosa di invariante rispetto alle organizzazioni sanitarie. L'esempio più eclatante è il modello di programmazione sanitaria adottato in questi decenni che non si è mai posto né la questione dei soggetti sui quali investire e meno che mai la questione di quale organizzazione fosse desumibile a partire da una certa medicina. Questa cosa nonostante sia una assurdità è come se facesse parte di un ordine precostituito e incontrovertibile. Al punto che ormai nessuno più ci fa caso. Non credo che sia normale programmare l'assistenza ospedaliera da almeno 50 anni usando il parametro del posto letto e non quello dell'operatore. Non è logico sussumere le persone dalle cose. Non è logico pensare alla sanità sussumendo la medicina come una subvenienza. Chi ha deciso che le organizzazioni siano una questione di oggetti produttivi e non di soggetti produttivi?

Queste ed altre assurdità si trovano da anni indisturbate in quella letteratura genericamente definita "*management*". Provate a sfogliare gli indici e vi accorgete di come l'organizzazione sanitaria sia soprattutto una *questione impersonale*. Per questa letteratura gli operatori certamente sono il "*capitale umano*", il "*capitale intellettuale*", da gestire comunque come qualsiasi altro tipo di capitale, ma alla fine restano fattori produttivi poco determinabili quindi "*risorse intangibili*" (*intangible asset*). Ma chi ha deciso che un medico sia una *risorsa tangibile*? In discussione non vi è il management, la sua utilità è scontata, la sua funzione necessaria e preziosa. In discussione vi è un'altra cosa, quella che Foucault ha chiamato "*microfisica del potere*", vale a dire che i saperi dominanti come quelli del management sono forme di potere che creano veri e propri sistemi di dipendenze. La microfisica del potere al management ha fatto guadagnare un sacco di soldi in tanti modi diversi, ai medici è costata cara in termini di depotenziamento professionale, di espropriazione di autonomia, di ridimensionamento del ruolo. Nel momento in cui il medico per senso di responsabilità ha accettato di essere "*problema*" si è consegnato anima e corpo nelle mani del management. Un "nuovo medico" scompaginerebbe i rapporti di potere oggi in essere e inevitabilmente tenderebbe a togliere al management competenze sulla medicina arbitrarie e improprie, e quindi a ridimensionarne il peso e l'influenza e ovviamente anche il business. Ripensare il medico e la medicina è soprattutto un problema di ordini professionali, di società scientifiche, di associazionismo medico, di università mediche, di scienza, di cultura. Del resto se quello che è veramente medico non tornerà nella casa della medicina temo che sia difficile fare dei passi in avanti.

## ***L'autore***

Un nuovo medico deve avere un certo potere negoziale nei confronti del management. Se così non fosse egli continuerebbe ad essere considerato *un'intangible asset*. Per cui dipenderebbe in tutto e per tutto dal management. Si tratta quindi di ripensare la storica dipendenza che, a partire dalle aziende, si è affermata nella pratica, senza per questo teorizzare la fine dell'azienda e meno che mai una patetica "*dittatura del medicariato*". Non c'è alcun dubbio che la questione azienda debba essere ridefinita e sistemata. Ripropongo la mia idea di "*azienda sui generis*" e non nascondo le mie simpatie per quel genere di azienda definito "*azienda di servizio*". Proprio perchè convinto dell'importanza del principio di Huygens, non avrebbe senso definire un nuovo medico e farlo lavorare nelle attuali aziende sanitarie, cioè dentro un tipo di management che ci ha solo complicato la vita. Detto ciò resta da capire in che modo sia possibile un potere negoziale da parte del medico e quindi in che modo l'autonomia gestionale del manager sia *compossibile* con l'autonomia tecnico-scientifica del medico. La proposta che ripropongo è quella *dell'autore*, cioè un medico che oltre a svolgere *compiti* garantisca degli *impegni* e che quindi oltre ad essere *retribuito* in valori per i compiti che svolge gli vengano *attribuiti* valori per gli impegni che garantisce. Auto-re è la sintesi di due parole "*auto-nomia*" e "*re-sponsabilità*" ma è anche un'idea di *scambio*: più autonomia/più responsabilità, o se si preferisce "*autonomia*" in cambio di "*responsabilità*". Su questa proposta di *autore* ho avuto due osservazioni, la prima è che già ora il contratto dei medici prevede forme di scambio soprattutto in relazione al raggiungimento degli obiettivi aziendali, la seconda è che nonostante i medici si lamentano che non hanno autonomia non sono così disposti ad assumersi delle responsabilità. Quanto alla prima osservazione essa è senz'altro vera ma l'idea di scambio a cui penso pone il medico come un *soggetto contrattuale paritario* rispetto al manager, mentre attualmente nei contratti di lavoro il medico si limita ad aderire alle strategie aziendali. Nulla tuttavia impedisce di perfezionare gli istituti contrattuali che vanno in questa direzione. Per quanto riguarda la seconda osservazione, credo che anche questa sia fondata, il medico è più incline a deresponsabilizzarsi, ad adottare comportamenti opportunistici, che non ad impegnarsi su una responsabilità soprattutto perché i rischi professionali non sono pochi. Questo è un problema grosso, se vogliamo definire un nuovo medico dobbiamo sapere che la responsabilità e la verifica dei suoi esiti è una strada obbligata. Senza una svolta nella responsabilità è meglio non parlare di nuovo medico. E' questa svolta che di fatto redistribuisce una quota di potere dal management al medico. Un medico che rifiuta la responsabilità non può che essere gestito. Si tratta quindi di creare le condizioni giuste per favorire una responsabilizzazione che non sono solo quelle delle pur importanti coperture assicurative, ma sono anche quelle di un miglior rapporto con i malati e i familiari, di un miglior rapporto tra operatori, di una forma di razionalità del buon senso, di altre forme di organizzazioni del lavoro.

## ***Una filosofia "per" la medicina***

Con l'idea di autore il medico accetta di mediare responsabilmente i rapporti complessi tra medicina e sanità, tra diritti e risorse, tra bisogni e limiti. Così facendo l'autore può "disincastarsi" dalle contraddizioni che lo angustiano ma per mediare deve necessariamente mettere mano ad un vero e proprio ripensamento della medicina. Cioè deve dare delle risposte a quella crisi della medicina che sino ad ora è stata rimossa. Del resto non è credibile che si teorizzi un nuovo medico per una nuova sanità a medicina invariante. Per cui l'ordine logico a questo punto va aggiustato:

- nuova medicina una
- nuovo medico un
- nuova sanità. una

Seguendo questo ordine è possibile soprattutto rompere il circolo vizioso invarianza/regressività di cui si parlava prima e prefigurare veramente un nuovo medico. Per fare questo serve un pensiero.

"*Filosofia per la medicina*" è il titolo del mio ultimo libro (edizioni Dedalo Bari 2011) che prende le distanze da quel filone sbiadito definito "*filosofia della medicina*". "*Per*" significa un pensiero, idee, proposte per aiutare la medicina a ripensarsi, "*della*" significa la medicina che si limita a spiegare fundamentalmente la propria razionalità. Oggi non basta più spiegare la razionalità medica è necessario rinnovarla. Le operazioni di fondo proposte dal libro sono esattamente quelle prima richiamate a proposito del rapporto tra nuovo medico e vecchio medico:

- *il nuovo va specificato nelle sue caratteristiche autentiche,*
- *il vecchio va ridefinito nella sua attualità.*

Quindi non si butta via niente, quello che il libro propone è di *ricontestualizzare* e quindi *ripensare*, la medicina nella post-modernità. Ma questa medicina non un'altra.

Il libro si chiude con un manifesto articolato in *10 ripensamenti* che sono i seguenti:

- *a quale idea, valore, principio deve riferirsi la **ragione medica**, per far sì che i suoi modi di pensare, conoscere, operare siano coerenti con i bisogni che le vengono rivolti? Sino ad ora l'idea di riferimento è stata la scientificità nei confronti del*

*mondo fisico della malattia, oggi questo non basta più. L'idea che contiene la complessità organica della malattia, quella della persona malata, del contesto e della situazione in cui il malato si trova, si chiama "**attualità**". Assumere il principio di attualità come riferimento generale della ragione medica è il primo ripensamento.*

- *In una concezione fisica, biologica, corporea della malattia, il riferimento principale della ragione medica è la "**natura**", quindi la **biologia**. Sino ad ora si è tentata la strada del bio-psico-socio, oggi si tratta di ridefinire alla base l'idea di **bio** per complessificarla e averne un'idea meno anacronistica. Senza questo passaggio non si potrà fare alcuna seria "umanizzazione". Questo è il secondo importante ripensamento.*

- *Nel momento in cui la malattia si esplica nell'attualità del malato, la ragione medica si deve ripensare rispetto alla complessità **dell'essere** e della **persona**. E' il terzo grande ripensamento necessario.*
- *Se la ragione medica deve conoscere l'attualità del soggetto malato, di quale conoscenza ha bisogno oltre che di quella scientifica? L'unica possibile è quella **filosofica**, cioè quella che si incarica della riflessione, della comprensione, della ricerca di tutto quanto esorbita la conoscenza biologica. Si tratta di un genere di conoscenza orientata a formare e a accrescere le sensibilità degli operatori, le loro abilità, la loro perspicacia, le loro virtù. Il quarto ripensamento quindi integrare la conoscenza scientifica con una conoscenza filosofica.*
- *Ma quale è il luogo, la circostanza, l'occasione, in cui conoscere la persona malata, in cui servirsi non solo dei vari saperi disponibili, ma da cui ricavare altre conoscenze? Tale luogo, circostanza, occasione è la "**relazione**" con il malato, al di fuori di essa nessun tipo di ripensamento è possibile. Per la conoscenza biologica della malattia le relazioni non servono, ma per la conoscenza dell'attualità di una persona malata, sono indispensabili. Questo è il quinto ripensamento fondamentale.*
- *Nelle relazioni le persone si esprimono prima di tutto con il **linguaggio** a partire dal quale avviene il dialogo, la comprensione reciproca, la trasmissione delle conoscenze, l'espressione delle scelte e delle esperienze. Il linguaggio è il primo importante riferimento della relazione, la comunicazione è successiva. Esso per il clinico oltre alla sintomatologia diventa l'altro oggetto di conoscenza della persona. La conoscenza nella relazione attraverso il linguaggio è il sesto importante ripensamento.*
- *La conseguenza inevitabile che deriva dai precedenti ripensamenti è il dover ripensare coerentemente, il caposaldo della ragione medica, vale a dire la "**razionalità clinica**". La razionalità clinica resta la base della conoscenza medica ma va svecchiata. Pensare ad una vera e propria **clinica relazionale**, è il settimo ripensamento*
- *Il risultato dell'accordo tra razionalità medica, attualità, relazione e contesti, è "**la razionalità ragionevole**". Essa è un modo di conoscere comunque rigoroso nelle sue logiche scientifiche, ma libero da visioni assolute e dogmatiche. Essa è un particolare modo di "fare e agire" pratico, concreto, realista, pragmatico. L'ottavo ripensamento riguarda l'uso del **buon senso clinico**.*
- *La razionalità ragionevole deve scegliere la cosa giusta da fare rispetto all'attualità della persona malata. Come si decide? Come si sceglie? Quale autonomia e quale responsabilità di chi decide? Sino ad ora la scelta del medico è stata condizionata in tanti modi, guidata da regole metodologiche, vincolata da limiti economici. L'assunzione dell'attualità impone per forza che si scelga rispetto alla relazione e che a scegliere sia, da una parte il malato e dall'altra il medico. **Ripensare la scelta** all'interno di un orizzonte di **codecisionalità** dentro uno scambio tra autonomia e responsabilità, è il nono grande ripensamento.*
- *La razionalità ragionevole non sarebbe tale se non accettasse la realtà incontrovertibile dei suoi diversi **limiti** nei confronti dell'attualità, compresi*

*quelli **economici** ai quali la ragione medica sarà sempre più esposta. Assumere il limite non come un impedimento ma come una **possibilità** è il decimo fondamentale ripensamento.*

Sarebbe importante aprire una discussione. I quesiti ai quali rispondere non sono tanti:

- serve definire un medico nuovo?
- Un medico nuovo come dovrebbe essere?
- Il medico che c'è come si ricontestualizza?