



## LA SALUTE È UN VALORE? IMPLICAZIONI EPISTEMOLOGICHE ED ETICHE\*

Antonio Da Re

Delineo il percorso all'interno del quale si svilupperà la mia riflessione. Inizialmente esporrò alcune rapide considerazioni sul concetto di valore. Quindi, metterò a fuoco il tema del rapporto tra oggettivismo e soggettivismo, per concentrarmi poi sul concetto di salute, sul suo carattere problematico, che tuttavia - come preciserò - per quanto problematico non va considerato come equivoco. Prenderò quindi in esame alcune dicotomie che non permettono di mettere a fuoco adeguatamente il tema della salute; infine mi soffermerò sulla critica di Daniel Callahan alla cosiddetta "medicina impossibile" e sulla sua proposta di una medicina del limite e della sostenibilità.

### I. Considerazioni introduttive

Iniziamo col domandarci: la salute è un valore? La risposta più immediata sembra essere affermativa. Tuttavia, se "salute" è, come vedremo, un concetto molto complesso e problematico, a causa di una serie di delicate questioni di tipo epistemologico che ne rendono difficoltosa la definizione, tanto più complesso e problematico è il concetto di valore. Basti qui accennare brevemente alle critiche aspre che pensatori del calibro di Martin Heidegger e Carl Schmitt hanno avanzato verso la filosofia e l'etica dei valori. Bisognerebbe domandarsi quindi se il modello di salute fondata sul valore (*value-based health*) alla fine sia di aiuto oppure se non rappresenti piuttosto un ostacolo. Dal canto mio, preferisco non approfondire il tema del possibile rapporto tra salute e valore, perché ciò sarebbe davvero molto complicato e in definitiva ci porterebbe lontano rispetto ai nostri obiettivi. Mi aggancio, invece, soprattutto ad un aspetto, che potrebbe accomunare la comprensione dei due concetti: potremmo cioè riferirci al tema del valore, concentrandoci su una distinzione che è centrale anche per indagare il tema della salute, ovvero la distinzione tra soggettività e oggettività.

Il valore ha una sua "oggettività", nel senso che può essere stimato e quantificato, valutato, ricevere un determinato "peso" secondo certi parametri e procedure. Ciò che è importante ricordare, tuttavia, è che in questo procedimento il valore è tale grazie a un soggetto che valuta; di esso non vi può mai essere esperienza se non grazie alla mediazione di un soggetto che fornisce delle valutazioni, degli apprezzamenti, dei giudizi. Un quadro può essere considerato di straordinario valore artistico ed estetico o al contrario mediocre, scadente; un'azione può essere giudicata di alto valore morale oppure al contrario spregevole o insignificante. Questo conferimento di valore avviene sempre attraverso un soggetto che valuta, il quale avanza un giudizio di valore che ha la pretesa di essere riconosciuto anche da altri; il soggetto ritiene cioè che la sua valutazione non valga solo per se stesso, ma possa essere riconosciuta come valida anche da altri, possa quindi assumere una valenza che non è solo soggettiva.<sup>1</sup> Quando affermo che il ciclo degli affreschi di Giotto alla Cappella degli Scrovegni è di altissimo valore o dichiaro che lo stupro è un atto dal valore spregevole e detestabile, formulo delle valutazioni forti,<sup>2</sup> che non sono mera espressione di preferenze personali: indubbiamente si tratta di valutazioni soggettive, nel senso letterale del termine, ovvero formulate dal soggetto, che tuttavia sono caricate di una valenza oggettiva. Ci muoviamo quindi sempre all'interno dei due poli dell'oggettività e della soggettività. Questa dinamica va tenuta presente anche in riferimento alla

---

<sup>1</sup> Su ciò mi permetto di rinviare al mio *Le parole dell'etica*, Bruno Mondadori, Milano 2010, pp. 44 ss.

<sup>2</sup> Sulla distinzione tra valutazioni forti e deboli, si veda C. Taylor, *Che cos'è l'agire umano* (1977), in Id., *Etica e umanità*, Vita e Pensiero, Milano 2004, pp. 51 ss.

salute, e non si tratta solo di una preoccupazione di carattere teorico. Infatti, molti problemi che incontriamo a tale riguardo sul piano epistemologico, e che hanno a che fare con le due dimensioni oggettiva e soggettiva, hanno poi ricadute a cascata sulle scelte quotidiane, ad esempio nell'ambito dell'allocazione di risorse in sanità. Aggiungo che dal mio punto di vista è importante conservare la dialettica tra il polo dell'oggettività e quello della soggettività: i problemi si accentuano quando infatti si estremizza l'uno a scapito dell'altro o addirittura si lascia intendere che l'uno possa sussistere solo presupponendo l'eliminazione dell'altro.

## II. Tra oggettivismo e soggettivismo

Vi propongo allora alcune esemplificazioni, partendo da due testi, il primo dei quali è rappresentativo della prospettiva oggettivistica, il secondo di quella soggettivistica. Per quanto riguarda un approccio oggettivistico, possiamo far riferimento a un saggio di Christopher Boorse,<sup>3</sup> molto chiaro e lineare, seppur discutibile per certi versi; egli fa leva sulla differenza di significato di due termini che in inglese sono entrambi utilizzati per rendere il concetto di malattia: *disease* e *illness*. Boorse difende consapevolmente un paradigma oggettivistico di salute a partire da un approccio descrittivistico e dichiaratamente avalutativo (*value free*). Dal suo punto di vista, se vogliamo garantire l'oggettività dobbiamo prescindere dal tema del valore. Il carattere valutativo, infatti, viene attribuito al soggetto: un paradigma oggettivistico pertanto non dipende da valutazioni soggettive, che possono essere giustificate, ma anche non essere rigorose o risultare arbitrarie. Boorse, in particolare, richiama l'attenzione sulla cosiddetta "svolta psichiatrica" della medicina: il diffondersi della psichiatria come pratica medica avrebbe infatti comportato la svalutazione del paradigma della medicina su base fisiologica, mettendo in questione, parallelamente, il concetto di salute in senso fisiologico, naturalistico-biologico e oggettivistico. Per Boorse si è trattato di un grave errore, perché venendo meno tale paradigma si è stati costretti ad assumere un concetto valutativo di salute, con il quale però non riusciamo a garantire la scientificità della medicina. Boorse richiama allora l'attenzione sul significato teoretico di salute, opposto al suo significato pratico. Nel suo senso teoretico, la salute va intesa come l'opposto del *disease*, termine inglese che sta a indicare la malattia nel suo aspetto oggettivo, fisiologicamente determinato. Il lato soggettivo della malattia, invece, da cui emerge la sua valenza pratica e non teoretica della medicina, è l'*illness*, la malattia come vissuto, che investe la sofferenza del malato. La salute quindi, nella sua oggettività, ovvero in quell'ambito teoretico che è oggetto di ricerca scientifica, ha a che vedere propriamente parlando solo con la malattia intesa come *disease*. Altra tesi molto rilevante difesa da Boorse è che la salute sia costituita dalla normalità rilevabile statisticamente. Ulteriore aspetto su cui porre l'attenzione, infine, è che la malattia come *disease* si applica agli organismi di tutte le specie viventi, mentre l'*illness* è propriamente umana, non è cioè riferibile a piante e animali.

Cosa significa parlare di un senso teoretico rispetto a un senso pratico della salute? E parallelamente, cosa significa definire la medicina *in primis* come teoria, e non tanto come pratica che si prende cura del malato, volta ad ascoltare il vissuto di sofferenza? A Boorse sta a cuore prima di tutto la qualificazione della medicina come teoria, perché è preoccupato di garantirle un fondamento scientifico, possibile solo fornendole un concetto oggettivo, descrittivo, non valutativo della salute. In tal caso, la medicina come teoria diventa un corpo dottrinale che descrive il funzionamento di un corpo sano, che classifica come malattie le varie deviazioni da tale funzionamento e che appronta una serie di trattamenti per far fronte a tali deviazioni. Un simile *corpus* teorico è in continuità con la biologia e le altre scienze naturali, motivo per cui sarebbe in grado di garantire la propria avalutatività.

Proviamo ora ad avanzare alcune osservazioni critiche. Innanzitutto, ci si può chiedere se sia davvero possibile astrarre da ogni considerazione valutativa. Lo stesso Boorse, nel difendere la sua prospettiva, fa valere delle considerazioni di tipo valutativo, pur senza renderle esplicite. Altro aspetto da notare è che l'oggettività biologica è evidentemente tarata in senso antropocentrico: la salute dell'uomo viene distinta rispetto alla salute di altri organismi, e quindi quel *disease* umano, in linea di principio paragonabile al *disease* di qualsiasi altro essere vivente, in verità gode di un qualche privilegio, fino a ben vedere a sconfinare inevitabilmente nell'accezione dell'*illness*. Ad esempio, non siamo molto disposti a mettere sullo

---

<sup>3</sup> C. BOORSE, *On the distinction between disease and illness*, «Philosophy & public affairs», 5-1 (1975), 49-68.

stesso piano la salute di altri organismi viventi, come virus o batteri, e la salute dell'uomo, quando quest'ultima sia minacciata. Se la salute come *disease* dell'uomo di fatto gode di un privilegio, è perché essa a volte viene insidiata, magari dall'attività di altri organismi viventi ... in salute, provocando un mal-essere accompagnato anche da dolore e sofferenza; di qui la preoccupazione di ripristinare la salute dell'uomo messa a repentaglio.

L'argomento decisivo però è un altro e riguarda la statistica di cui si fa ampio uso in epidemiologia. Gli studi statistici si fondano inevitabilmente su criteri convenzionali (il che non significa ingiustificati e arbitrari), che presuppongono una preliminare utilizzazione del concetto di salute. Si tratta inoltre di criteri che si modificano nel tempo, in forza delle nuove conoscenze scientifiche che si acquisiscono man mano. La fiducia indiscussa di Boorse nella metodologia scientifica valutativa merita una considerazione critica; è ovvio che sarebbe assurdo rinunciare all'apporto di discipline come la statistica e l'epidemiologia, e tuttavia è necessario essere ben consapevoli dei limiti e della problematicità di tali approcci. Di conseguenza, stabilire in modo lineare una continuità tra oggettività da un lato e normalità biologica e statistica dall'altro è piuttosto problematico. Per fare un esempio, si pensi all'uso di farmaci come le statine e al loro utilizzo in base ai fattori di rischio cardio-vascolari, ai valori di colesterolo e trigliceridi rilevati e alla determinazione del loro *range*; uno spostamento di tale *range*, sulla base di considerazioni varie, inclusi ovviamente i risultati delle ricerche scientifiche più aggiornate, determina un cambiamento nella classificazione delle diverse categorie di soggetti *borderline* oppure qualificabili come a rischio o ammalati. In altri termini, lo spostamento, sia pure di poco, del *range* e l'assunzione di un criterio statistico diverso comporta differenziazioni notevoli tra le persone, che finiscono per essere collocate tra i sani o tra i malati. Tale collocazione – va da sé – è piuttosto astratta e proprio per questo si richiede poi che il medico, nella concreta pratica clinica, affini quella conoscenza ottenuta (la collocazione dentro o fuori il *range*) con ulteriori elementi diagnostici.

L'altro testo che propongo di analizzare è quello di Georges Canguilhem, ovvero la sua tesi di laurea discussa nel 1943, poi riedita negli anni Sessanta dello scorso secolo.<sup>4</sup> Secondo Canguilhem non è certo la medicina a stabilire che cosa sia normale, ma un criterio che potremmo definire di tipo biologico. Con ciò non s'intende sostenere che divenga fondante la biologia intesa come disciplina che va a rintracciare delle ricorrenze nei comportamenti o nei funzionamenti degli organismi viventi, appartenenti alla stessa specie. Piuttosto, il criterio determinante per qualificare che cosa sia normale è il vivente considerato nella sua individualità; l'individualità biologica, quindi, qualifica il normale e, per contrasto, il patologico come stato da evitare e correggere. Benché il suo testo sia intitolato *Il normale e il patologico*, lo stesso Canguilhem propone di sostituire l'espressione "normale", ritenuta equivoca, con "normatività biologica". Si tratta di una normatività, appunto, di tipo biologico che ha però un fondamento strettamente individuale.

Tale concezione apre delle prospettive molto interessanti. Ad esempio, l'anomalia non va affatto confusa con l'anormale, e non è identificabile immediatamente con la malattia. Ci sono anzi malattie che magari si collocano fuori dalle medie statistiche, cioè dal concetto di "normale". In questo, Canguilhem è molto critico nei confronti della medicina organicistica di fine Ottocento, di stampo positivista, un approccio in cui si presenta l'anomalia come qualcosa che fuoriesce dalla normalità, ovvero che facilmente scivola nel patologico. Gli esseri viventi, invece, sono caratterizzati da tante e tali differenze e anomalie che riescono ciononostante a vivere, con forza ed esuberanza. Anzi, quando l'individuo va incontro ad una anomalia, il suo organismo, per così dire, cerca di riposizionarsi: se egli viene colpito da artrosi, ad esempio, assume posture che gli permettono di compiere i movimenti più importanti; egli diventa criterio per se stesso, la sua individualità prende il sopravvento e ciò gli consente di continuare a vivere al miglior livello possibile. Pertanto, se di primato della biologia sulla medicina si può parlare, esso va inteso con riferimento all'individualità vivente. Ciò giustifica la distinzione tra anomalia e malattia: le anomalie non sono infatti patologie, anzi esse sono ancora normative, cioè espressione di vita. In tale prospettiva, anche se Canguilhem non ne parla, si potrebbe arrivare a una sorta di riscatto della condizione di disabilità, che troverebbe una sua

---

<sup>4</sup> G. CANGUILHEM, *Il normale e il patologico* (1943-1966), Torino, Einaudi 1998.

giustificazione proprio a partire da un simile primato del vivente individuale: la disabilità, in quanto anomalia, eserciterebbe pur sempre una normatività e come tale sarebbe espressione di vita.

Anche l'approccio di Canguilhem, che facilmente potrebbe intercettare alcune sensibilità che affiorano continuamente nel contesto culturale attuale, va incontro ad alcune critiche. Il criterio dell'individualizzazione vitale ha una sua plausibilità, ma porta inevitabilmente a una dispersione del concetto di salute, così come di quello di malattia. È possibile determinare tali concetti solo sulla base di un criterio individualistico? Soprattutto, rimanendo confinati all'interno di un criterio individualistico, come tale variabile a seconda della molteplicità di individui di volta in volta presi in considerazione, diventa complicato giustificare la medicina come impresa scientifica: in quanto tale, infatti, essa necessita (anche) di parametri oggettivi, senza i quali non si dà appunto scienza. Inoltre la medicina è (anche) un'impresa sociale: basti pensare alla complessa organizzazione del sistema sanitario che richiede la determinazione di parametri intersoggettivi, di carattere etico-sociale e politico, e ovviamente giuridici; tali criteri vanno al di là della normatività individuale e si rendono necessari per stabilire che cosa debba essere considerato come meritevole di cura e come ciò debba avvenire e chi ne siano i beneficiari, il che implica lo stabilire delle priorità anche nella allocazione di risorse inevitabilmente scarse.

### III. Sul concetto di salute: al di là di equivocità e univocità

Cerchiamo allora di avvicinarci a una determinazione del concetto di salute, mettendo subito in chiaro che si tratta di un concetto molto problematico, anche se non puramente *equivoco*.

Una difficoltà più generale nel definire la salute ci viene mostrata da Hans-Georg Gadamer: «il vero mistero - egli scrive - si trova nel carattere nascosto della salute. La salute non si dà a vedere. Naturalmente per definirla si possono fissare dei valori standard». E ancora: «Le misurazioni, i loro criteri e i rispettivi procedimenti si servono di una convenzione, grazie alla quale ci avviciniamo alle cose e le misuriamo. Ma esiste anche una misura naturale insita nelle cose stesse. In verità non è possibile misurare la salute, proprio perché essa rappresenta uno stato di intrinseca adeguatezza e di accordo con se stessi, che non può essere superato da nessun altro tipo di controllo. Perciò continua ad avere senso domandare al paziente se si sente male».<sup>5</sup>

Sottolineo alcuni aspetti di questa affermazione. Innanzitutto, il carattere di “nascondimento” della salute: sembra quasi che noi diventiamo consapevoli del nostro non essere in salute solo quando ci ammaliamo. La salute è sfuggente, ama nascondersi, e la consapevolezza di essa sembra affiorare solo quando è compromessa o messa in discussione. Notiamo inoltre come Gadamer oscilla tra il riferimento da un lato a valori standard e convenzioni, qualcosa che sembra chiamare in causa quei criteri intersoggettivi e oggettivi a cui abbiamo accennato poc'anzi, e dall'altro lato a qualcosa che è estremamente personale e individuale, qualcosa di soggettivo. Di nuovo, siamo ricacciati nella dialettica tra oggettività e soggettività.

Dobbiamo perciò molto onestamente prendere atto della difficoltà di definire la salute, rinunciando alla pretesa di racchiuderla in una definizione *univoca*, valida una volta per tutte. Ciò non è possibile per una serie di motivi, anche semplicemente per le modificazioni sul piano storico e culturale a cui essa è andata soggetta. Le difficoltà di determinare e definire il concetto di salute affiorano nel dibattito sul cosiddetto *human enhancement*. Con tale espressione, che di primo acchito potrebbe essere resa in italiano con “potenziamento umano”, si indicano quelle pratiche che non hanno di per sé una valenza curativa, perché si propongono di incrementare e ancor più di migliorare e di perfezionare le capacità e le funzioni del soggetto umano, sino a introdurre di nuove. Proponendosi di incrementare capacità e funzionamenti organici che non sono “malati”, il potenziamento fa leva su uno *status* di salute del soggetto già esistente, per migliorarlo. Se le cose stanno in questi termini, il potenziamento sembra collocarsi “al di là della terapia”, come suggeriva qualche anno fa il *Council on Bioethics* statunitense in un importante documento.<sup>6</sup> Il titolo di tale documento (*Beyond Therapy*) lascia intendere che vi sarebbe una differenziazione tra la terapia rivolta a un soggetto

<sup>5</sup> H.-G. GADAMER, *Dove si nasconde la salute* (1993), Raffaello Cortina, Milano 1994, pp. 117 s.

<sup>6</sup> President's Council on Bioethics, *Beyond Therapy. Biotechnology and the Pursuit of Happiness*, Washington 2003, reperibile all'indirizzo <http://bioethics.georgetown.edu/pcbe/reports/beyondtherapy/>

malato e il potenziamento, rivolto invece a un soggetto che è in salute. Il potenziamento non avrebbe una finalità strettamente curativa e tuttavia potrebbe essere considerato come un possibile sviluppo di nuovi compiti affidati alla medicina.

Ci si chiede allora se la medicina non debba farsi carico anche di questa finalità potenziante, e in qualche misura anche l'ultima versione del Codice di Deontologia Medica italiano (2014) sembra muoversi in questa direzione. Del resto, abbiamo assistito in epoca contemporanea a un progressivo ampliamento dei compiti della medicina. Di per sé, a pensarci bene, neppure la medicina preventiva ha una immediata finalizzazione terapeutica: quando mi vaccino contro l'influenza non sono ammalato, lo faccio per evitare di ammalarmi in futuro, e quindi è un atto che va oltre la stretta e immediata finalità terapeutica. Lo stesso si può dire della medicina dello sport e della chirurgia estetica. Solitamente la chirurgia estetica è presentata come espressione del potenziamento; d'altro canto la chirurgia ricostruttiva non è certo qualificabile come potenziante. Ci possono poi essere alcune malformazioni o difetti estetici che, *stricto sensu*, non necessitano di un trattamento chirurgico terapeutico, e che tuttavia la persona vive come particolarmente disagiata e gravosa, e quindi ricorre al chirurgo estetico per una questione legata comunque alla sua "salute", intesa in un'accezione molto generale. Sempre all'interno del dibattito sull'*enhancement* si fa notare come sia controverso stabilire in cosa consista la dotazione o il funzionamento normale di organi e capacità, la cui assenza o limitazione dovrebbe giustificare un intervento terapeutico piuttosto che migliorativo.

Oggi, molti ritengono che la differenza tra terapia e potenziamento non abbia più motivo di esserci e che lo stesso concetto di salute non possa essere invocato, in quanto sarebbe troppo indistinto per giustificare una simile differenza. Personalmente non condivido tale opinione. Pur con tutta la problematicità del caso, e pur riconoscendo che la salute non possa avere un significato univoco stabilito una volta per tutte, ritengo non si possa neppure dare di essa un significato puramente equivoco o arbitrario, per cui ognuno finirebbe per intenderla a modo proprio. Se non assumiamo un'accezione di salute sufficientemente determinata, diventa difficile stabilire dei criteri di priorità, delle differenze tra ciò che propriamente contraddistingue lo stato di malattia (e di salute) e ciò che non è da considerarsi tale o almeno non è tale in forma evidente e rilevante; in altri termini, diviene più difficile, anzi in verità impossibile, garantire un effettivo accesso di tutti al bene fondamentale della salute, proprio perché non si è più in grado di individuare ciò che rientra in livelli fondamentali e necessari di assistenza alla salute e ciò che invece può tranquillamente fuoriuscirne. Per essere ancor più espliciti, un intervento destinato a contrastare la progressiva calvizie di un giovane maschio di bell'aspetto non può avere la medesima giustificazione di un intervento contro un carcinoma. A questo livello, l'intervento di potenziamento non è equiparabile a un vero e proprio atto terapeutico; di conseguenza, gli eventuali obblighi di giustizia dovrebbero piuttosto indirizzarsi verso la cura delle malattie e il ripristino della condizione di salute.

Il concetto di salute in verità chiama in causa una comprensione dell'essere dell'uomo come realtà per così dire stratificata. In riferimento a Boorse, si può certo affermare che la salute riguardi ogni essere vivente (*disease*); ma nell'uomo la salute assume un'accezione specifica (*illness*), in quanto l'essere umano è unità psico-somatica, essere stratificato in cui convergono diverse dimensioni (biologico-corporea, psichica, spirituale, relazionale, ...). L'essere umano va insomma compreso nella sua interezza e integralità. A partire da Edmund Husserl, la fenomenologia, facendo leva su alcune distinzioni tipiche della lingua tedesca, ha parlato del corpo nei termini del *Leib*, oltre che del *Körper*. Quest'ultimo indica il corpo che può essere oggettivato e quantificato; ma noi, esseri umani, oltre ad avere un *Körper*, "siamo" anche il nostro corpo (*Leib*), non abbiamo quindi solo un corpo misurabile e oggettivabile secondo standard biologici, quale sarebbe il *Körper*. È del nostro essere corporeo inteso come corpo vissuto, come persona pluristratificata in una molteplicità di dimensioni, che si può predicare il concetto di salute. Tale concetto, inoltre, attiene all'essere umano nella sua dimensione sociale e ambientale: l'art. 32 della Costituzione Italiana è straordinariamente efficace a riguardo, quando ricorda che la salute è nel contempo «fondamentale diritto dell'individuo» e «interesse delle collettività». Infine, non vanno tralasciati i cosiddetti determinanti della salute, quei fattori (posizione sociale, ambiente, luogo di lavoro ecc.) che incidono, influenzano e determinano, in modo positivo o negativo, la salute.

Quando parliamo di salute, pertanto, possiamo adottare una prospettiva a cerchi concentrici, partendo dall'essere vivente umano, oggettivato nel *Körper*, per passare a considerarlo nella sua integralità di *Leib* e di realtà pluristratificata, per poi arrivare alla sua dimensione ambientale e sociale. Alla fine, tenendo conto di tutti questi aspetti, il concetto di salute si allarga molto, ben al di là dei criteri biologicamente determinati richiamati da Boorse. In questo modo emerge però una difficoltà, di segno contrario, ed è quella che ha a che vedere con una possibile sovradeterminazione del concetto di salute e conseguentemente con un progressivo (e problematico) allargamento dei compiti della medicina.

La famosa definizione di salute dell'OMS<sup>7</sup> è oggi oggetto di moltissime critiche, e ritengo a buon motivo. Dobbiamo certamente riconoscere che nel 1946 questa era una definizione rivoluzionaria, che cercava di mettere in luce i limiti di un certo concetto di salute, quello organicistico della medicina positivista che riduce l'uomo a *Körper*, a mera somma di organi. La definizione dell'OMS, nel superare tale posizione, alla fine va "troppo oltre", soprattutto quando essa sottolinea che il benessere, fisico, mentale e sociale, dovrebbe essere *complete*. In questo modo si finisce per pretendere troppo dalla medicina, la quale corre il serio rischio di diventare "impossibile", come sosteneva un grande bioeticista, Daniel Callahan, in un saggio degli anni Novanta.<sup>8</sup> Con un simile, ambiziosissimo programma il rischio è addirittura che la medicina diventi una "dottrina di salvezza", caratterizzata da connotati sotterologici, chiamata a rispondere a domande esistenziali del soggetto alla ricerca del suo benessere ... completo. Dobbiamo invece porre attenzione a non espandere troppo il concetto di salute, pur avendo ben presente quanto siano rilevanti i cosiddetti determinanti della salute e come l'essere umano debba essere considerato nella sua integralità, al di là di ogni riduzionismo; la medicina di conseguenza si qualificherà *in primis* come avente una finalità terapeutica. Tale finalità consente di recuperare anche altre funzioni che indirettamente perseguono un intento terapeutico (è il caso della medicina preventiva e di quella riabilitativa), intento che però non è intenzionalmente presente nelle pratiche di potenziamento.

#### IV. Oltre le dicotomie

È importante allora superare alcune dicotomie, che nella loro rigidità non consentono di cogliere il significato proprio della salute e indirettamente non permettono di determinare il compito della medicina. La prima è la dicotomia tra medicina relazionale (o comunicativa, narrativa) e la medicina basata sulle prove di efficacia (*Evidence Based Medicine*). Pensiamo all'enfasi che si pone oggi sulla prima, che opportunamente recupera il valore comunicativo e relazionale dell'atto medico e del rapporto che il medico deve coltivare con il paziente. E tuttavia c'è da chiedersi se la valorizzazione della dimensione comunicativa possa rinunciare alle evidenze fornite dalla ricerca scientifica, possa fare a meno dell'apporto della statistica, della epidemiologia, e così via. Una rinuncia di questo genere sarebbe letale e finirebbe per compromettere la valenza scientifica della medicina stessa. Però il rifiuto di una logica riduzionistica vale anche all'inverso: tanti danni sono stati prodotti, infatti, perché un certo modello oggettivistico riduzionistico non ha tenuto in adeguata considerazione la dimensione relazionale e comunicativa.

Un'altra dicotomia, parallela a quella poc'anzi evocata, concerne l'oggettivazione e l'inoggettivabilità. La medicina, in quanto impresa scientifica, non può che presupporre che l'essere umano sia in qualche modo oggettivabile. Tale processo avviene, ad esempio, attraverso la pluralità delle metodiche e delle procedure diagnostiche. Non possiamo rinunciare a questa dimensione di oggettivazione, ne abbiamo bisogno, ma nemmeno ci dobbiamo limitare ad essa, considerandola esaustiva. La medicina, infatti, è scienza, ma è anche arte e pratica, e tale duplice aspetto la caratterizza fin dalle origini. Come scienza, la medicina non può che far ricorso a procedure, metodologie, oggettivazioni controllabili, rigorose. Karl Jaspers, filosofo e medico,

---

<sup>7</sup> «La salute è uno stato di completo benessere (*well-being*) fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità (*disease or infirmity*)».

<sup>8</sup> D. Callahan, *La medicina impossibile. Le utopie e gli errori della medicina moderna*, Baldini - Castoldi, Milano 2000 (trad. it. di *False Hopes*, 1998).

in alcuni saggi degli anni Cinquanta ricordava l'importanza dell'oggettivazione,<sup>9</sup> senza la quale non si dà scienza, ma al tempo stesso egli invitava ad essere consapevoli dei suoi limiti e del fatto che la persona non può mai essere, fortunatamente, interamente oggettivata. Oltre che di conoscenze desunte dalla ricerca scientifica, la pratica medica si sviluppa concretamente nel rapporto con il paziente; spetta quindi al medico valorizzare fortemente la relazione con il paziente, e tramite questa valorizzare il polo della soggettività. Jaspers, ad esempio, interrogandosi sul successo della psicoanalisi, vede in essa l'altra faccia della medicina organicistica e fisiologica: la prima valorizza lo scambio comunicativo, la parola, la relazione, proprio perché tutto ciò è stato espunto dalla medicina organicistica. Per evitare l'ennesima dicotomia, la dimensione della soggettività va recuperata tramite il dialogo continuo con il paziente, compensando così quella dimensione di oggettività che pertiene di necessità alla medicina come scienza, ma che non può essere considerata come esaustiva.

#### V. Medicina impossibile e medicina del limite

Un tentativo interessante nel dibattito bioetico contemporaneo di mettere a fuoco tali problematiche, senza cadere negli stereotipi di cui si diceva poc'anzi, è stato senz'altro perseguito da Daniel Callahan, fondatore di uno dei primi centri di ricerca al mondo dedicato allo studio della bioetica, l'*Hastings Center* (Garrison, New York). Anche in tempi recenti egli ha invitato a promuovere una "medicina sostenibile".<sup>10</sup> L'espressione chiaramente allude al famoso rapporto della Commissione Brundtland (1987), del *Programma delle Nazioni Unite per l'ambiente*. In esso si parlava di "sviluppo sostenibile", ovvero di uno sviluppo economico capace di rispettare sia i limiti posti dall'ambiente naturale che alcuni fondamentali esigenze di equità sul piano sociale, in modo da poter assicurare un adeguato soddisfacimento dei bisogni alle generazioni future, oltre che a quelle attuali. Applicata alla sanità, la sostenibilità implica che l'offerta sanitaria debba essere appropriata, efficace, compatibile con le risorse economiche pubbliche disponibili, socialmente accettabile ed equa nell'allocatione delle risorse. Per raggiungere tali obiettivi, Callahan elenca una serie di proposte, alcune delle quali possono risultare anche provocatorie; esse hanno comunque il pregio di prendere le mosse da una disamina molto realistica della medicina presente, nella sua duplice e tradizionale connotazione di attività di ricerca scientifica da un lato e di pratica volta alla cura del paziente dall'altro.

Il punto d'avvio dell'analisi di Callahan è costituito dalla constatazione che nei paesi sviluppati è drasticamente diminuita la mortalità causata da malattie infettive mentre è considerevolmente aumentata la mortalità dovuta a malattie croniche; questa seconda condizione comincia a presentarsi anche nei paesi in via di sviluppo, dove però continua a persistere una notevole mortalità provocata da malattie infettive. Il combinato di questi fattori fa sì che, specie nei paesi più sviluppati, si assista a un progressivo invecchiamento della popolazione, con evidenti riflessi sull'organizzazione dell'offerta sanitaria e sulla stessa pratica medica.<sup>11</sup> A fronte di ciò, Callahan invita a ridefinire gli scopi (*goals*) della medicina,<sup>12</sup> affinché essa possa essere effettivamente sostenibile sia per i paesi ricchi che per quelli poveri; il punto di partenza della sua analisi è costituito dal rifiuto di una medicina onnipotente, come se la nostra natura non conoscesse dei limiti biologici. Per questo egli propone, tra l'altro, di adottare un nuovo concetto di progresso medico, che certamente va promosso attraverso la ricerca scientifica e che tuttavia non può essere considerato come inarrestabile e privo di qualsiasi limitazione, anche di tipo economico. Grazie a una nuova idea di progresso le attenzioni riservate all'aumento dell'aspettativa di vita dovrebbero essere per Callahan modeste, ma ciò verrebbe compensato dallo sforzo volto a migliorare la qualità di vita, che per esempio può essere fortemente compromessa da gravi malattie mentali; il progresso medico inoltre andrebbe indagato nella prospettiva della salute della popolazione, piuttosto che della salute individuale. Ciò porta a stabilire anche delle priorità nella ricerca scientifica, che dovrebbe concentrarsi sulla salute dei bambini e, a seguire, in forma subordinata, su quella dei giovani e degli adulti e, in forma ancor più subordinata, su quella degli

---

<sup>9</sup> Cfr. K. Jaspers, *Il medico nell'età della tecnica* (1958), Cortina, Milano 1991.

<sup>10</sup> Cfr. D. Callahan, *Medical Progress and Global Chronic Disease: The Need for a New Model*, «Brown Journal of World Affairs», 20 (2013), n. 1, pp. 35-46.

<sup>11</sup> Cfr. *ivi*, pp. 35-37.

<sup>12</sup> *Ivi*, pp. 40-44.

anziani. Certamente la ricerca medica dovrà continuare a indagare sulle patologie della fascia d'età superiore agli anni 80, ma per Callahan ciò dovrebbe avvenire in modo ridotto, se non altro perché raggiunta una tale età si può ben dire di aver vissuto pienamente la propria vita; nel contempo la priorità della ricerca dovrebbe indirizzarsi alle fasce più giovani della popolazione (vale la pena tenere presente che all'epoca della pubblicazione del suo saggio l'autore aveva 83 anni).

Oltre che nella ricerca vanno individuate delle priorità anche nelle politiche sanitarie e nell'esercizio della pratica medica. Callahan immagina una struttura piramidale che nella parte inferiore, quella più vasta, sia indirizzata alla promozione della salute e alla prevenzione dalle malattie; ad un livello superiore dovrebbe trovare posto la medicina di base, assicurando le cure fondamentali e quelle di emergenza; quindi, allo stadio superiore, il ricovero ospedaliero, limitato nel tempo, dovrebbe farsi carico delle malattie acute; ad un livello ancora superiore una cura altamente tecnologizzata dovrebbe occuparsi delle malattie croniche. Gli standard per accedere ai più alti livelli dovrebbero essere rigorosi, sostenuti dalla ragionevole aspettativa di un possibile, effettivo miglioramento delle condizioni del paziente con costi accessibili (si porta qui l'esempio del costo molto elevato di alcuni farmaci contro il cancro e si sollevano delle perplessità sulla somministrazione di tali farmaci quando essi siano in grado di prolungare la vita solo per un brevissimo periodo). L'analisi di Callahan continua ricordando come un approccio profondamente diverso, qual è quello che egli auspica, richiederebbe di intervenire anche sulla preparazione dei medici, nelle aule universitarie, e in seguito sul loro aggiornamento. Decisiva dovrebbe anche essere una più ampia formazione rivolta all'intera popolazione, attraverso i media, dalla quale emerga una percezione dei limiti della medicina, al di là di ogni facile retorica sulle sue 'magnifiche sorti e progressive'.

Nell'intento di Callahan questa ridefinizione dei compiti della medicina dovrebbe riuscire a tutelare condizioni di maggiore equità nell'accesso al bene salute. Ora, si può più o meno condividere le sue proposte o eccepire riguardo alla plausibilità dell'una piuttosto che dell'altra, ma non è questo il punto. Al di là delle possibili vie d'uscita indicate, centrale è la tesi di una medicina che deve coniugarsi in termini di sostenibilità; e una tale concezione della medicina non può certo essere fondata su un'accezione sovradeterminata di salute, alla quale si addice piuttosto una medicina pretenziosa se non di fatto impossibile.

## VI. Conclusioni

Chiudo il mio intervento con un'altra citazione di Gadamer, che sottolinea l'importanza di quel duplice carattere di scienza ed arte, tipico della medicina. Nuovamente l'attenzione si sofferma sui due poli all'interno dei quali ho cercato di sviluppare la mia riflessione: «Si ha l'impressione che nella capacità pratica del grande medico siano in gioco fattori relativi alla sua più segreta esperienza di vita. A costituire la grandezza del medico non è solo il progresso scientifico della medicina clinica o l'introduzione dei metodi chimici nella biologia. Questi sono tutti sviluppi della ricerca che permettono di estendere i confini dell'assistenza medica, davanti ai quali in passato ci si fermava impotenti. Tuttavia fa parte della medicina non solo la lotta vittoriosa contro la malattia, ma anche la convalescenza e in fondo la cura della salute».<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> H.-G. GADAMER, *Dove si nasconde la salute*, cit., p. 118.