



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**DIPARTIMENTO DI FILOSOFIA, SOCIOLOGIA, PEDAGOGIA E  
PSICOLOGIA APPLICATA**

**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE FILOSOFICHE**

*La salute al di là del paradigma biomedico:  
determinanti sociali, responsabilità e giustizia*

**Relatore:**

Ch.ma Prof.ssa Francesca Marin

**Laureando:** Fabio Donati

**Matricola:** 1233478

**ANNO ACCADEMICO 2021- 2022**



# INDICE

<b>INTRODUZIONE</b> .....	<b>5</b>
<b>1. DALLA SALUTE DEL CORPO ALLE TEORIE OLISTICHE: PROBLEMI BIOETICI NELLA CONCETTUALIZZAZIONE DELLA SALUTE</b> .....	<b>11</b>
1.1 SALUTE DEL CORPO: FUNZIONALISMO E NORMATIVISMO BIOLOGICO .....	15
1.1.1 <i>Il paradigma bio-statistico: descrittivismo e oggettività</i> .....	15
1.2.1 <i>Il normativismo biologico</i> .....	20
1.2 LE TEORIE OLISTICHE .....	25
1.2.1 <i>Teorie analitiche e teorie olistiche</i> .....	25
1.2.2 <i>Nordenfelt: la teoria del benessere</i> .....	27
1.3 PROBLEMI E CONSEGUENZE DELLE TEORIE OLISTICHE .....	31
1.3.1 <i>Porre un limite alle teorie olistiche: il caso della definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità</i> .....	31
1.3.2 <i>La critica di Daniel Callahan</i> .....	34
1.4 PROGREGGIO MEDICO E INSOSTENIBILITÀ .....	36
1.4.1 <i>La medicina del progresso</i> .....	38
1.4.2 <i>Insostenibilità psicologica, sociale ed economica</i> .....	42
CONCLUSIONI .....	46
<b>2. I DETERMINANTI DELLA SALUTE</b> .....	<b>49</b>
2.1 CAMBIARE PROSPETTIVA .....	49
2.1.1 <i>Lo studio della salute al di là del modello biomedico</i> .....	49
2.1.2 <i>Sulla definizione di salute: prospettive a confronto</i> .....	53
2.2 DAI FATTORI CONTESTUALI AI DETERMINANTI SOCIALI DELLA SALUTE .....	58
2.2.1 <i>Lo sviluppo storico dello studio sui determinanti</i> .....	58
2.2.2 <i>Le evidenze negli studi: alla ricerca delle cause fondamentali</i> .....	65
a. <i>Fattori biologici, stili di vita e accesso ai servizi sanitari</i> .....	65
b. <i>Crescita economica e aspettativa di vita</i> .....	68
c. <i>Il gradiente sociale e la posizione socioeconomica</i> .....	71
2.3 IL CONCEPTUAL FRAMEWORK DELLA COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH .....	74
2.3.1 <i>Motivazioni e obiettivi della CSDH</i> .....	75
2.3.2 <i>Analisi del conceptual framework</i> .....	77
a. <i>I presupposti teorici</i> .....	77
b. <i>La struttura</i> .....	79
2.3.3 <i>Sintesi</i> .....	83
CONCLUSIONI .....	84
<b>3. RESPONSABILITÀ E GIUSTIZIA</b> .....	<b>87</b>
3.1 I PILASTRI DELLA MEDICINA SOSTENIBILE E LE AFFINITÀ CON I DETERMINANTI SOCIALI DELLA SALUTE .....	88
3.2 LA RESPONSABILITÀ PERSONALE PER LA SALUTE .....	93
3.2.1 <i>Responsabilità: tra imputazione e libertà</i> .....	94
3.2.2 <i>I presupposti contestuali</i> .....	99
3.2.3 <i>Empowerment, promozione della salute, giustizia e colpevolizzazione</i> .....	105
3.2.4 <i>La responsabilità individuale alla luce dei determinanti sociali della salute</i> .....	109
3.3 LE DISUGUAGLIANZE NELLA SALUTE: INGIUSTE O INEVITABILI? .....	115
3.3.1 <i>Health inequality e Health inequity</i> .....	117
3.3.2 <i>Equità nella salute tramite il cambiamento sociale (HESC)</i> .....	121
3.3.3 <i>Le critiche e i limiti dell'HESC</i> .....	124
<b>CONCLUSIONI</b> .....	<b>131</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>138</b>



## Introduzione

Negli ultimi due anni il tema della salute è tornato prepotentemente al centro del dibattito pubblico a causa della pandemia Covid-19. Lo sviluppo e la diffusione per tutto il globo del nuovo virus sono stati per la coscienza dell'uomo contemporaneo come un fulmine a ciel sereno. Per quanto la possibilità di una pandemia su scala globale fosse uno scenario già paventato dagli scienziati e nonostante più volte nel corso degli ultimi due decenni avessimo già sfiorato tale pericolo<sup>1</sup>, nei pensieri e nei dibattiti delle zone più avanzate del pianeta la minaccia delle malattie infettive sembrava oramai un lontano ricordo, o al massimo un problema confinato ai Paesi sottosviluppati. L'incredibile velocità di diffusione e la violenza con cui il virus ha travolto in pochi mesi l'intero globo hanno dimostrato l'inconsistenza e la miopia di questo punto di vista sulla salute, riportando al centro del dibattito pubblico e bioetico il bisogno di un'ottica più ampia per interpretare e affrontare i problemi ad essa legati. La pandemia ha mostrato con la brutalità dei fatti l'idea che nel mondo globalizzato in cui viviamo la salute non possa più essere considerata in modo riduttivo o segmentato, ma richieda all'opposto un approccio più integrato e complesso che abbracci tanto l'estensione geografica quanto la complessità dei meccanismi causali ad essa sottesi.

In verità, all'interno del dibattito bioetico una simile prospettiva non è una assoluta novità. La prima riflessione sistematica sul bisogno di interpretare secondo un'ottica globale le questioni legate alla vita dell'essere umano risale addirittura agli anni Ottanta del secolo scorso. Il libro intitolato *Global Bioethics: Building on the Leopold Legacy*<sup>2</sup> pubblicato nel 1988 da Van Rensselaer Potter rappresenta una pietra miliare sia per la riflessione sulla salute sia per la bioetica stessa. Il testo contiene in forma più articolata le intuizioni già esposte in *Bioethics: Bridge to the Future*<sup>3</sup>, in particolare le idee che la salute umana e la tutela dell'ambiente siano intimamente interconnesse e che questa giunzione non sia una scelta accessoria, ma costituisca il presupposto per la sopravvivenza della specie e la salvaguardia delle generazioni future. Negli anni a venire alla pubblicazione del testo, soprattutto nell'ultimo decennio del Novecento, la riflessione sulla natura globale della salute ha conosciuto un'ampia diffusione all'interno

---

<sup>1</sup> Un esempio è l'epidemia di virus A (H1N1) del 2009 definita pandemia all'inizio del 2010 dall'OMS.

<sup>2</sup> V.R. Potter, *Global Bioethics: Building on the Leopold Legacy*, Michigan State University Press, East Lansing, Michigan 1988.

<sup>3</sup> V.R. Potter, *Bioethics: Bridge to the Future*, Printice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey 1971.

dei dibattiti sul tema. La crescente consapevolezza delle cause più profonde della malattia, l'emersione e la diffusione intercontinentale del virus dell'HIV e il riconoscimento dell'impatto del processo di globalizzazione sulla salute di intere nazioni<sup>4</sup> sono stati i principali fattori che hanno spinto ad indagare il fenomeno della salute al di fuori del ristretto perimetro della medicina. Da allora, formule come "International Health", "Global Health" o "One Health" sono divenute le parole d'ordine di moltissimi documenti internazionali e di linee di ricerca.

Oltre ad offrire un importante contributo in merito al dibattito sulla salute, il testo di Potter è particolarmente rilevante anche per un'altra ragione. Infatti, l'intento dell'autore non era soltanto quello di proporre una visione più ampia del fenomeno della vita umana, ma anche di orientare in una diversa direzione la bioetica stessa, quella nuova disciplina di cui egli era ed è considerato uno dei fondatori. Potter, infatti, notava con rammarico e delusione come la bioetica fosse stata interpretata e ridotta ad etica biomedica, rivolgendosi quasi esclusivamente a questioni di carattere specialistico proprie soltanto dei paesi tecnologicamente più avanzati.

In quest'ottica l'opera di Potter assume un secondo valore in quanto rappresenta la formulazione di una modalità di intendere la bioetica alternativa rispetto a quella forma di etica applicata divenuta dominante a partire dagli anni Settanta del secolo scorso<sup>5</sup>. Per Potter la bioetica doveva presentarsi come una nuova disciplina in grado di mettere in comunicazione la scienza dei sistemi viventi con la conoscenza del sistema dei valori umani per affrontare le sfide di portata globale come la crescita demografica, l'inquinamento e la povertà. Un orizzonte molto più ampio, quindi, rispetto ai soli problemi sanitari.

L'importanza di questo secondo punto è data dal fatto che il modello di bioetica pensato in termini di etica biomedica non sembra sufficiente ad affrontare la natura di alcune problematiche contemporanee. In particolare, il modo tradizionale di intendere la bioetica presenta due limiti intrinseci: da un lato il riferimento quasi esclusivo a problematiche sorte in ambito medico o sanitario, dall'altro il diffuso utilizzo di un orizzonte individualistico espresso dal ruolo di preminenza svolto dal principio di

---

<sup>4</sup> Cfr. P. Vineis, *Salute senza confini. Le epidemie al tempo della globalizzazione*, Codice Edizioni, Torino 2014.

<sup>5</sup> Si parla a tal proposito della vittoria del "modello Georgetown" sul modello ecologico sociale. Cfr. W.T. Reich, *The Word "Bioethics": The Struggles Over Its Earliest Meaning*, "Kennedy Institute of Ethics Journal", 5 (1), 1995.

autonomia<sup>6</sup>. In risposta a questi due limiti, Potter auspicava una bioetica che fosse veramente globale sia nello scopo sia nel metodo di analisi. Questo significava da un lato affrontare problematiche che non riguardassero soltanto il singolo individuo bensì l'intera collettività, dall'altro adottare uno sguardo che tenesse presente la complessità e l'interdipendenza tra singoli individui, società e ambiente. L'aggettivo globale assumeva, quindi, un significato sia contenutistico che metodologico<sup>7</sup>. Negli anni a seguire, le intuizioni di Potter sono state ulteriormente sviluppate dando vita a quella forma di bioetica denominata appunto "*global bioethics*".

Il seguente lavoro è il tentativo di intercettare e approfondire alcuni nodi problematici di questa linea di ricerca, cercando di adottare un punto di vista coerente con i presupposti di una bioetica globale. Nello specifico, si cercherà da un lato di affrontare il tema dell'ampliamento del concetto di salute, dall'altro di analizzare le conseguenze di questo processo sul piano etico.

Possiamo già anticipare come i due obiettivi di ricerca non siano separati, ma procedano e si sostengano a vicenda. Da un lato, infatti, l'esigenza di formulare una nozione più ampia di salute nasce dal riconoscimento della problematicità morale di alcune situazioni. In particolare, nel testo affronteremo la questione della responsabilità individuale per la salute, mostrando come un problema del genere possa ricevere una risposta morale adeguata soltanto alla luce di una teoria della salute che metta nel giusto ordine gerarchico le cause della malattia. In altre parole, una teoria della salute costituisce un presupposto ineliminabile per la valutazione morale. Viceversa, mostreremo come nuove conoscenze di natura scientifica possano sollevare nuovi problemi di carattere etico. Vedremo, ad esempio, come la responsabilità personale per la salute abbia assunto un peso maggiore in seguito al riconoscimento del ruolo dei comportamenti individuali nel favorire la malattia, oppure come una maggiore attenzione nel dibattito bioetico al problema delle disuguaglianze nella salute sia stata favorita dalla pubblicazione di alcuni documenti scientifici come il *Black Report*. Perciò, la

---

<sup>6</sup> Un'analisi critica sui limiti della bioetica *mainstream* in relazione ai problemi sollevati dalla pandemia di Covid-19 è presente in J.P. Kahn, A.C. Mastroianni, S. Venkatapuram, *Bioethics in a post-COVID World. Time for future-facing Global Health Ethics*, in H. Brands, J. G. Francis (eds.), *COVID-19 and World Order*, Johns Hopkins University Press, Baltimore 2020. Una critica più estesa e sistematica al modello di etica biomedica è stata condotta da Henk Ten Have; si veda a riguardo H. ten Have, *Bioetica globale. Un'introduzione*, Piccin, Padova 2020.

<sup>7</sup> F. Marin, *Sull'utilizzo dell'aggettivo "globale" nel dibattito bioetico*, in Id., *L'agenda della bioetica. Problemi e prospettive*, Il Poligrafo, Padova 2019, p. 30.

doppia correlazione che lega il problema scientifico-concettuale di una teoria della salute al discorso etico-filosofico ci spinge a tenere a mente come i due livelli discorsivi non possano mai essere completamente distinti uno dall'altro, ma debbano al contrario essere affrontati in maniera congiunta. Utilizzando i concetti esposti poco sopra, possiamo dire che il discorso sulla salute globale e la prospettiva di una bioetica globale rappresentino i due volti complementari di una stessa medaglia. Per questa ragione, all'interno del testo cercheremo a più riprese di evidenziare i rimandi tra questi due piani, mettendo in luce di volta in volta le ragioni etico-politiche che sottostanno a ricerche di tipo scientifico e viceversa mostrando la rilevanza di queste ricerche per problematiche di carattere morale. In questo senso, nonostante i primi due capitoli si occupino più specificatamente del problema di una teoria della salute e il terzo di questioni morali, occorre tenere comunque presente la duplicità di sguardo di cui abbiamo appena parlato.

Come anticipato, prenderemo le mosse prima di tutto dal confronto con alcune problematiche di natura teorica legate alla salute. Nel primo capitolo, dunque, ci occuperemo di analizzare il significato del termine salute da un punto di vista concettuale. Inizieremo dall'analisi di due celebri riflessioni incentrate sul corpo biologico per poi confrontarci con la teoria olistica di Lennart Nordenfelt. Procederemo, dunque, seguendo una traiettoria estensiva, iniziando da un concetto di salute più ristretto e riduttivo per poi transitare verso una definizione più ampia e comprensiva. La prima argomentazione che analizzeremo sarà il celebre tentativo di Christopher Boorse di formulare un concetto di salute avalutativo fondato sul sapere della fisiologia. Dopo aver mostrato il valore e i limiti della definizione boorsiana, mostreremo, attraverso un rimando alla prospettiva di Canguilhem, come anche un'idea di salute orientata al solo corpo biologico possa assumere caratteri normativi. In particolare, la trattazione di Canguilhem renderà esplicita l'idea che la medicina abbia sempre a che fare con un concetto valutativo di salute. La natura valutativa del concetto di salute verrà ulteriormente chiarita attraverso il confronto con la teoria del benessere di Lennart Nordenfelt. Tramite la nozione di *vital goals* verrà evidenziato come per l'essere umano la salute abbia sempre a che fare con il concetto di abilità e con la possibilità di raggiungere un grado minimo di felicità. Dal momento che il contenuto dei *vital goals* non può essere definito una volta per tutte in modo scientifico perché dipende dalla



valutazione soggettiva e intersoggettiva, il concetto di salute non potrà che essere di natura valutativa. A questo punto analizzeremo i pericoli che accompagnano le teorie olistiche, in particolare la definizione di salute coniata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Con l'aiuto di Daniel Callahan cercheremo di contestualizzare una modalità medicalizzante di estendere il significato di salute all'interno del quadro storico-culturale dell'ultimo secolo mostrando i legami con lo sviluppo tecnico-scientifico e con l'idea di progresso illimitato. In questo modo sarà possibile mostrare più nel dettaglio come la definizione dei concetti di salute e di malattia abbiano un'enorme rilevanza per la percezione individuale, per i compiti e i fini della medicina nonché per la società stessa.

Nel secondo capitolo rovesceremo il punto di vista, andando ad indagare i presupposti scientifici e filosofici delle ricerche sui determinanti sociali della salute. Anziché farci guidare dalla domanda su cosa sia la salute, cercheremo di capire quali siano le cause della malattia e i principali fattori determinanti. Inizieremo riportando sinteticamente i motivi teorici, storici e politici che hanno condotto nel corso del Novecento a riconsiderare il ruolo ricoperto dai fattori contestuali nel determinare le condizioni di salute. Vedremo poi come, in seguito alla pubblicazione di alcuni studi condotti in Gran Bretagna, si sia formata una linea di ricerca incentrata principalmente sull'influenza che fattori di natura sociale esercitano sulle condizioni di salute. Tali ricerche sono state raccolte sotto la denominazione di studi sui determinanti sociali della salute. L'originalità e il portato rivoluzionario di questa linea di ricerca consistono nel mettere in relazione, attraverso i nuovi strumenti di cui è dotata al giorno d'oggi la scienza epidemiologica, le condizioni di salute con indicatori sociali quali reddito, livello di istruzione e occupazione lavorativa. Infine, dopo aver compreso alcuni dei motivi teorici sottesi alla scelta di concentrarsi sulla struttura della società, prenderemo in esame il modello concettuale della *Commission on Social Determinants of Health* così da chiarire in modo più articolato i principali fattori determinanti e le relazioni che intercorrono tra di essi.

Infine, nel terzo capitolo affronteremo direttamente le questioni etiche sollevate all'interno dei primi due capitoli, ovvero il tema della responsabilità personale per la salute e la questione della giustizia. Per prima cosa cercheremo di tirare le fila dei due discorsi che abbiamo portato avanti nei primi due capitoli, mostrando come il modello di medicina sostenibile proposto da Callahan e gli studi sui determinanti sociali convergano sia in molti assunti di fondo sia rispetto ai moventi morali. In secondo luogo, ci

confronteremo con il problema della responsabilità personale per la salute. A riguardo, tenteremo di adottare una prospettiva ampia, che metta in evidenza tanto i benefici e le motivazioni per le quali una responsabilità individuale si rende necessaria, tanto i possibili rischi che accompagnano posizioni che enfatizzano eccessivamente il ruolo del singolo individuo. In relazione a quest'ultimo punto, la prospettiva dei determinanti sociali si mostrerà estremamente feconda. Essa infatti ci permetterà da un lato di collocare il comportamento e le condizioni di salute del singolo all'interno del contesto più ampio della società, dall'altro di ridimensionare la responsabilità individuale e al contempo di evidenziare la rilevanza di altri fattori di ordine sociale. Quest'ultimo aspetto ci condurrà a porre un'ultima serie di domande in relazione alla natura morale delle disuguaglianze nella salute. Nello specifico, ci chiederemo se e secondo quali criteri le differenze di salute tra gli individui possano essere definite moralmente ingiuste alla luce del fatto che molte di esse sono provocate da fattori sociali. Il tentativo di chiarire la posta in gioco dietro a tali domande ci dimostrerà ancora una volta come le sfide che abbiamo davanti richiedano un'inedita ampiezza di sguardo e un impegno ad elaborare quadri di riferimento normativi che sappiano tenere insieme la complessità dei problemi.

## 1. Dalla salute del corpo alle teorie olistiche: problemi bioetici nella concettualizzazione della salute

«Defining general terms is not an abstract exercise but a way of shaping the world metaphysically and structuring the world politically»

Daniel Callahan<sup>8</sup>

Nell'uso quotidiano il significato del termine salute sembra immediatamente evidente e chiaro: è in salute una persona che non soffre, che non è debilitata fisicamente per motivi esterni e non lamenta qualche malfunzionamento organico. Viceversa è piuttosto chiara anche la definizione immediata di malattia e di persona malata. Malata è quella persona che si trova in uno stato fisico spiacevole a causa di qualche agente esterno, che lamenta dolori e che si trova fisicamente debilitata. Tuttavia, allontanandoci anche solo un po' dell'uso quotidiano di questi termini e tentando di raggiungere una maggiore definizione concettuale, incontriamo immediatamente una costellazione di domande alle quali rispondere risulta tutt'altro che semplice: quando parliamo di salute denotiamo una condizione dell'organismo o una mèta da raggiungere? Possiamo riferirci solo al funzionamento dei meccanismi biologici dell'organismo o dobbiamo tenere conto anche dell'esperienza vissuta del soggetto? È possibile scindere la componente soggettiva dal corpo biologico? Che correlazione c'è tra queste due dimensioni? Malattia e salute sono concetti descrittivi e valutativi oppure portano con sé sempre un giudizio di valore normativo? Che rapporto ha il modo in cui le idee di malattia e salute sono concettualizzate con la società?

In primo luogo, occorre notare come la natura di queste domande non permetta di condurre un'indagine che prenda in considerazione un unico piano del discorso, ad esempio quello biologico o fisiologico, ma obblighi ad un approccio che tenga conto di varie dimensioni. È indubbio che un approccio fondato sul modello epistemologico delle scienze come quello della fisiologia rivesta un ruolo assai rilevante ai fini di una definizione di salute. Il corpo, infatti, è da una parte il *medium* tra l'esperienza cosciente dell'uomo e la sua esperienza sensibile, dall'altra è il "teatro" in cui la malattia manifesta

---

<sup>8</sup> D. Callahan, *The WHO Definition of Health*, "Hastings Center Studies", 1(3), 1973, p. 78.

i suoi sintomi. Sintomi che la medicina interpreta alla luce delle conoscenze scientifiche sul funzionamento del corpo elaborate dalla fisiologia grazie alle quali è in grado di identificare diverse patologie e offrire percorsi terapeutici efficaci.

Questo livello del discorso, tuttavia, non può esaurire il significato della salute e della malattia dal momento che tali esperienze sono sempre vissute da esseri umani e sono per questo sempre cariche di significati che esulano dalla mera meccanicità di un corpo oggettivato dalla scienza. L'esperienza della malattia non sconvolge solo il normale funzionamento biologico dell'organismo, ma investe anche la sfera emotiva ed esistenziale del soggetto. Essere malati significa dover affrontare una condizione che mette in discussione il normale rapporto tra sé e il mondo circostante, essere costretti a ricostruire un ordine di significati a fronte di una disabilità momentanea o permanente. Dal momento che l'esperienza della malattia non può essere scissa dal mondo di valori e di significati del soggetto che la vive, la definizione di malattia non può prescindere da un giudizio valutativo.

Ma perché è necessario cercare di individuare il significato dei concetti di salute e malattia in modo più rigoroso? Nell'esperienza pratica di cura, la medicina non ha già ben chiaro in cosa consista concretamente la malattia?

I significati delle nozioni di salute e malattia hanno, in primo luogo, un forte impatto dal punto di vista dei significati antropologici e del modo in cui ognuno di noi vive la propria identità. Questi concetti non possiedono soltanto un significato descrittivo, ma contengono allo stesso tempo un forte carico valoriale. Non percepirsi adeguati, dover essere curati, essere mancanti, sono giudizi che appartengono alla costellazione di significati che la malattia porta con sé. Per cui essere definiti o definirsi malati influenza profondamente la percezione di sé di un soggetto sul piano personale e sociale<sup>9</sup>. In più, il significato che attribuiamo alla salute e alla malattia influenza le richieste e le pretese verso la medicina e la sanità pubblica.

Da questo punto di vista, la definizione di questi concetti riveste, in secondo luogo, un'importanza centrale per la definizione degli scopi e dei fini della medicina. La pratica medica infatti è sempre iscritta all'interno di un orizzonte di significati che ne definisce il perimetro e gli obiettivi. In particolare i concetti di salute e malattia indicano rispettivamente quale sia il fine da conseguire e quali siano gli stati da curare attraverso

---

<sup>9</sup> Per percepire l'importanza di questo aspetto è sufficiente considerare il portato esistenziale e la stigmatizzazione sociale causati dal considerare l'omosessualità una patologia da curare.

interventi terapeutici o farmacologici. Se il limite che separa ciò che è malattia da ciò che non lo è o, detto in altri termini, se la differenza tra condizioni che necessitano di un intervento medico da quelle che non lo necessitano può sembrare palese e scontata, alcune tendenze culturali e alcune prospettive sull'utilizzo degli strumenti medici obbligano ad una rinnovata riflessione. In particolare il riferimento è da un lato al processo di medicalizzazione di crescenti porzioni della vita in nome di alcune formulazioni estensive del concetto di malattia, dall'altro alla cosiddetta medicina del potenziamento (*enhancement*). Il primo fenomeno consiste nel risolvere problematiche non immediatamente afferenti all'ambito medico, come violenza, stress o tristezza, attraverso l'utilizzo della medicina, ad esempio attraverso farmaci. In questo modo anche questioni di natura sociale vengono fatte rientrare nel dominio della malattia. Il secondo, la medicina del potenziamento, consiste nell'utilizzo di dispositivi tecnici o farmacologici non a scopo propriamente terapeutico bensì a scopo migliorativo: l'individuo che riceve la "terapia" è un individuo sano che desidera migliorare alcune sue caratteristiche fisico o mentali<sup>10</sup>.

Oltre alla relazione con i significati antropologici e con i fini della medicina, riflettere sul significato del binomio salute-malattia è un compito oggi più che mai necessario di fronte agli enormi cambiamenti sociali e culturali che hanno investito l'impresa medica nell'ultimo secolo. Il grande sviluppo scientifico e tecnologico del secolo scorso e la trasformazione della medicina da attività professionale ad impresa sociale hanno contribuito a modificare profondamente il significato culturale e la collocazione sociale della pratica medica. Oggigiorno in molti Paesi esiste un sistema sanitario pubblico nazionalizzato che lavora in sinergia con i centri di ricerca delle Università e le aziende. La medicina non fa più parte di un dominio a sé all'interno del contesto sociale, ma è profondamente inserita all'interno di un complesso sistema di relazioni culturali, economiche e logistiche che la rendono a tutti gli effetti un'impresa sociale.

Per questo motivo nel mondo contemporaneo i concetti di salute e di malattia non guidano solo la medicina ma anche le politiche sanitarie, individuano ciò che va promosso e ciò che va evitato di fare. Essi, producendo un giudizio valutativo sulla realtà, contribuiscono in modo determinante a qualificare i caratteri dell'assistenza sanitaria e

---

<sup>10</sup> Per approfondire il tema della medicina del potenziamento si veda F. Marin, *Le sfide dell'Enhancement: presupposti antropologici e finalità della medicina*, in D. Ciolino, F. Grigenti (a cura di), *Il soggetto possibile*, Padova, Cleup 2016, pp. 243-262.

allo stesso tempo a identificare dei ruoli sociali. Ad esempio, una visione che considerasse l'omosessualità, la menopausa o l'invecchiamento alla stregua di malattie non solo avrebbe un impatto determinante sui trattamenti medici, ma influenzerebbe anche le scelte verso la ricerca e l'allocazione delle risorse nelle politiche di sanità pubblica, nonché produrrebbe un giudizio sui ruoli sociali di certi individui, stigmatizzando ad esempio gli omosessuali come devianti.

Il quadro si fa ancora più complesso se consideriamo come la stessa medicina debba continuamente confrontarsi con le esigenze culturali e individuali di una società, per cui il dibattito sui concetti di salute e malattia non si sviluppa soltanto all'interno del mondo medico ma investe l'intera collettività. Se da una parte questo è un fattore positivo, garantendo un maggior controllo sociale e rigettando una concezione paternalistica della medicina, la socializzazione dell'impresa medica rappresenta allo stesso tempo un grande pericolo. Come vedremo in modo approfondito riprendendo l'approccio proposto da Daniel Callahan, alcune prospettive culturali improntate all'idea di progresso congiunte alle nuove possibilità tecniche e ad una concezione di salute troppo estesa rischiano di favorire un'idea di medicina insostenibile dal punto di vista sia sociale che economico.

Impegnarsi verso una definizione ragionata di salute non è un ozioso vezzo filosofico che distrae dall'attività concreta di cura, come vorrebbe un'obiezione "pragmatista". Oltre al contro-argomento per cui ogni prassi è messa in atto alla luce di alcuni valori e significati in vista dei quali la prassi stessa acquisisce il suo senso, le problematiche bioetiche sollevate dagli sviluppi contemporanei della medicina e dalle tendenze culturali mostrano come il compito di tracciare delle linee di confine, seppur sfumate, ai concetti di salute e di malattia sia un bisogno etico oltre che teorico.

For perhaps the healthcare problem is not quite what appears on the surface, just matter of improved financing, equity, and efficiency. Perhaps it is a crisis about the meaning and nature of health, and about the place that the pursuit of health should have in our lives. Any serious consideration of healthcare must, in any case, begin with that basic issue, one we thought was long ago answered and solved<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> D. Callahan, *What Kind of Life: The Limits of Medical Progress*, Georgetown University Press, Washington D.C. 1990, p. 11.

## 1.1 Salute del corpo: funzionalismo e normativismo biologico

### 1.1.1 Il paradigma bio-statistico: descrittivismo e oggettività

Un'importante riflessione sul concetto di salute in termini oggettivi è stata proposta da Christopher Boorse in due celebri articoli pubblicati a distanza di due anni. L'intento che muove il ragionamento di Boorse è quello di fornire una definizione di salute libera da caratteri valutativi, correggendo le proposte nate negli anni Settanta del secolo scorso dalla cosiddetta svolta psichiatrica che invece proponevano una connotazione valutativa dei concetti di salute e di malattia. L'obiettivo di Boorse è duplice: egli intende da una parte elaborare un paradigma di salute di tipo oggettivistico e avalutativo, fondato sulla biologia e la fisiologia e ottenuto grazie alla statistica, dall'altra spiegare la differenza tra un uso teorico e oggettivo del termine malattia, *disease*, e un uso pratico e soggettivo *illness*. Il paradigma che egli elabora è stato successivamente definito bio-statistico. Lo specifico di questo paradigma è di individuare nel corpo biologico una forma di normalità e normatività puramente descrittiva, che non fa cioè alcun riferimento a valori, e fondare tale normatività su dati rilevati statisticamente tra individui di una stessa specie. Il risultato ottenuto è un concetto di salute di tipo descrittivo incentrato sul funzionamento del corpo biologico.

Il ragionamento di Boorse prende le mosse dalla constatazione di come la salute sia un concetto normativo. Esso, però, non è normativo nel senso in cui lo intendono i normativisti. Per questi ultimi, la normatività del concetto di salute significa che esso comprende sempre dei valori non oggettivi riferibili o al soggetto o alla società. Al contrario, per Boorse normativo sta a designare il fatto che nel concetto di salute si fa riferimento ad una norma generale attraverso la quale è possibile definire qualcuno come sano o normale. Salute e normalità sono per Boorse concetti intercambiabili: sano è ciò che è normale. A questo punto del ragionamento si tratta di specificare quali siano i caratteri di questa norma e come individuarli. Prendendo le mosse da una definizione di C. Daly King in cui viene sostenuto che la normalità è identificabile con la corrispondenza delle funzioni di un organismo con il proprio progetto (*design*), Boorse sostiene che la normalità e la sanità di un organismo consistono nella corrispondenza tra il funzionamento dell'organismo e delle sue singole parti con il progetto che esso ha naturalmente nella sua specie. Da questo punto di vista il significato teorico di salute è analogicamente accostabile all'immagine del corretto funzionamento di una macchina

secondo il progetto di colui che l'ha pensata. Questo progetto è per Boorse un progetto della specie, ovvero l'insieme di funzioni interconnesse che permettono la riproduzione e la sopravvivenza di ogni specie di organismo.

Ma come è possibile conoscere il progetto di una specie? È a questo punto che entra in gioco la statistica. Il ritratto del progetto non coincide con le caratteristiche di un singolo individuo di quella specie, ma viene invece tracciato attraverso la rilevazione statistica dei caratteri tipicamente più frequenti di una determinata specie. Il risultato è un'astrazione ideale che riassume con precisione statistica la corretta attività delle funzioni di un organismo in una data specie. Da questo punto di vista il concetto di salute descritto da Boorse ha il suo dominio nella biologia e in particolare nella fisiologia.

Un concetto cardine della definizione di Boorse è quello di funzione biologica. La normalità è concepita in rapporto alla nozione di funzione biologica definita come «a standard causal contribution to a goal actually pursued by the organism»<sup>12</sup>. Un cuore che batte e pompa il sangue per tutto il corpo, uno stomaco che digerisce il cibo ingerito, un muscolo che risponde allo stimolo di contrazione sono tutti esempi di organi “in salute” perché svolgono in modo adeguato la loro funzione. È bene precisare che, per Boorse, lo scopo (*goal*) cui tende una funzione è definito in termini fattuali, non ideali<sup>13</sup>; ciò significa che esso non è deliberatamente scelto da qualcuno che consapevolmente decide di perseguire un proprio obiettivo per ottenere un risultato, ma piuttosto è espressione di un movimento intrinseco all'entità stessa che non ha nulla a che fare con le idee di intenzionalità e desiderio. Generalmente i principali obiettivi degli organismi viventi sono sopravvivere e riprodursi.

Per la prospettiva biostatistica dunque lo stato di salute è identificabile come «statistical normality of function»<sup>14</sup> o «normal functioning, where the normality is statistical and the functions biological»<sup>15</sup> o ancora «the readiness of each internal part to perform all its normal functions on typical occasions with at least typical efficiency»<sup>16</sup>.

Per evitare di produrre pericolosi fraintendimenti per quanto riguarda questo significato di salute e, di converso, di malattia, per Boorse è necessario operare una netta

---

<sup>12</sup> C. Boorse, *On the Distinction between Disease and Illness*, "Philosophy & Public Affairs", 5 (1), 1975, p. 57.

<sup>13</sup> La distinzione tra *ideal goal* e *factual goal* è ripresa da L. Nordenfelt, *On the Nature of Health. An Action-Theoretic Approach*, Springer, Dordrecht 1995, p. 17.

<sup>14</sup> C. Boorse, *Health as a Theoretical Concept*, "Philosophy of Science", 44 (4), 1977, p. 542.

<sup>15</sup> *Ibidem*.

<sup>16</sup> *Ivi*, p. 555.



distinzione terminologica tra un significato teorico e un significato pratico di malattia, che egli individua nella differenza tra i termini *disease* e *illness*.

Mentre *disease* indica la malattia intesa dal punto di vista oggettivo nel senso che è stato chiarito poco sopra, *illness* invece denota la malattia dal punto di vista soggettivo. In questo secondo significato entrano in gioco giudizi di valutazione soggettiva che interpretano un certo stato come indesiderabile e bisognoso di cura. Come sarà più evidente con Canguilhem, non tutte le disfunzioni fisiologiche portano ad una malattia; perciò mentre *disease* denota il punto di vista oggettivo sull'organismo, *illness* esprime il giudizio della coscienza del malato che percepisce lo stato in cui si trova come sgradevole e limitante alla luce di valori soggettivi. *Illness* tuttavia non è un'esperienza totalmente alternativa a *disease*, bensì una sottospecie di *disease* contraddistinta dall'essere vissuta negativamente dal suo portatore. Infine, *illness* è il significato pratico nel senso che si utilizza tale accezione di malattia nella pratica medica di cura, quando cioè l'obiettivo è la terapia di un male che è vissuto come tale dal soggetto che ne fa esperienza; *disease* invece è il significato teorico nel senso che esso identifica i giudizi descrittivi prodotti dalla scienza medica e la definizione di malattia dal punto di vista della fisiologia.

Volendo operare un bilancio si può dire che la proposta di Boorse presenti un indubbio vantaggio rispetto alle definizioni normativiste e offra alla riflessione sulla salute e sulla medicina un'importante prospettiva non trascurabile.

In primo luogo, una definizione di salute in termini bio-statistici ha un immediato vantaggio dal punto di vista epistemologico. Essa infatti si fonda nel campo ben consolidato della ricerca scientifica empirica, in particolare della ricerca biologica e statistica. In questo modo è possibile evitare il problema dell'arbitrarietà del giudizio di valore soggettivo e costruire definizioni più rigorose e precise, basandosi su dati oggettivi raccolti attraverso un'indagine valutativa. Porre l'accento sul funzionamento di un meccanismo per definire la salute dal punto di vista teorico permette di fornire un significato oggettivamente verificabile e condivisibile e consente altresì di dirimere le difficoltà insite in una definizione normativista, che invece incontra seri ostacoli nell'istituire un significato comune. Se infatti assegniamo alla definizione di salute dei connotati valutativi, come ad esempio la desiderabilità o meno di uno stato, secondo Boorse, andiamo incontro a definizioni di salute imprecise, sconvenienti e scivolose, data l'arbitrarietà dei giudizi soggettivi. È possibile, inoltre, trovarsi di fronte a situazioni in cui

il giudizio su un certo stato fisiologico non sia unanimemente condiviso dal punto di vista della desiderabilità e sia perciò difficile decidere se esso costituisca una condizione patologica o meno. Ad esempio, nonostante l'infertilità sia una condizione vissuta negativamente da molte persone, è allo stesso tempo possibile che questa condizione possa essere desiderabile per alcuni soggetti, ad esempio per coloro che non vogliono avere figli. Una definizione oggettiva di salute e la distinzione tra significato teorico e pratico permettono di risolvere agilmente questo tipo di controversie.

In secondo luogo la proposta biostatistica consente di isolare una serie di descrizioni riguardo il funzionamento degli organi il cui apporto rispetto alla salute fisica ha una rilevanza fondamentale<sup>17</sup>. La comprensione dei meccanismi alla base del funzionamento degli organi così come lo studio delle cause e delle concomitanze fisiologiche del malfunzionamento sono aspetti essenziali per comprendere le cause della malattia ed elaborare tecniche di cura efficaci. Sotto questa luce, il paradigma biostatistico offre un importante contributo nel ribadire il carattere scientifico della medicina. La pratica del medico, infatti, è fondata su un sistema di conoscenze scientifiche sul corpo umano e sul mondo naturale, non solo sull'ascolto e la presa in carico delle esigenze del paziente. Un'interpretazione funzionalistica e descrittivista della salute e della malattia è sicuramente necessaria ad una disciplina il cui obiettivo teorico ma soprattutto pratico è il corpo. Se l'organismo non può certamente essere ridotto alla sola componente biologica, allo stesso tempo un certo riduzionismo metodologico è necessario per comprendere le cause organiche della malattia e potervi porre rimedio efficacemente.

Ciononostante un'interpretazione della salute in termini bio-statistici porta con sé alcune criticità da molteplici punti di vista.

A livello epistemologico l'avalutatività dei risultati statistici perde in parte la sua consistenza nel momento in cui si riconosce come i criteri di indagine statistica non possano essere del tutto avalutativi, ma dipendano sempre da giudizi di valore istituzionalmente definiti e dunque espressione di norme non oggettive. Inoltre, dal punto di vista strettamente filosofico, condurre un'indagine statistica per definire le caratteristiche normali di un progetto di una certa specie significa aver precedentemente definito concettualmente che cosa si intenda per "normale". Detto in altri termini, non è possibile definire in modo oggettivo e dunque avalutativo il concetto di normalità

---

<sup>17</sup> Cfr. R. Mordacci, *Health as an Analogical Concept*, "The Journal of Medicine and Philosophy", 20, 1995, pp. 475-497, in particolare pp. 479-480.

attraverso l'indagine statistica perché un concetto di normalità è già alla base dell'indagine statistica stessa.

Un ulteriore limite della proposta di Boorse sta nel fatto che egli non tiene in debita considerazione il rapporto che il corpo individuale intrattiene con l'ambiente circostante. Se ad essere centrale nel ragionamento di Boorse è il concetto di funzione come contributo causale ad uno scopo dell'organismo, non è possibile rendere conto dello scopo di una funzione senza far riferimento all'ambiente in cui l'individuo si trova a vivere. Per questo motivo il cambiamento delle condizioni esterne mette in discussione l'idea boorsiana di un progetto di specie come modello normativo. Da una prospettiva evoluzionistica, se il corretto funzionamento di un organismo può essere normale e salutare in un dato ambiente, garantendo la sopravvivenza e la riproduzione, esso può diventare disfunzionale in un altro. In questa situazione, potrebbe darsi che gli individui che avranno sviluppato mutazioni che li differenziano dal progetto della specie potranno invece prosperare maggiormente rispetto a coloro che hanno funzioni standard. Su questo tema la riflessione di Canguilhem metterà in evidenza come lo scopo per cui opera la funzione di un organismo è espressione di un'istanza normativa che è intrinseca alla vita stessa. In particolare, attraverso il concetto di normatività biologica, si farà chiarezza sulla nozione di normalità mostrando come non possa essere un concetto puramente descrittivo e rilevabile statisticamente ma sia sempre definibile solamente rispetto al vivente individuale.

Inoltre, una prospettiva puramente descrittiva mette riduttivamente in secondo piano il valore dell'esperienza soggettiva della malattia che nell'essere umano riveste invece un ruolo primario. Per l'uomo infatti l'esperienza della malattia non è mai solo la percezione distaccata di un malfunzionamento dell'organismo o l'asettica consapevolezza dell'inceppamento di una macchina, ma una vicenda estremamente carica di significati e valori che, nei casi più gravi, investe la struttura stessa dell'identità e costringe ad una sua radicale ridefinizione. La fenomenologia ha espresso questa duplicità della condizione umana rispetto al corpo attraverso la distinzione tra il significato dei termini tedeschi *Körper* e *Leib*<sup>18</sup>. Il primo indica il corpo da un punto di vista biologico-oggettivo, mentre il secondo si riferisce al corpo come esperienza vissuta, investita di intenzionalità e significati soggettivi. Boorse non offre per *illness* una trattazione altrettanto esaustiva

---

<sup>18</sup> Per una più approfondita riflessione sui significati di "corpo" nella fenomenologia si veda R. T. Jensen, D. Moran (eds), *The Phenomenology of Embodied Subjectivity*, Dordrecht, Springer 2013, p. 106.

di quella condotta per *disease*, limitandosi ad esporre soltanto attraverso alcune sommarie caratteristiche quando è possibile parlare di *illness*.

Infine, come sostenuto da Henrik Wulff<sup>19</sup>, una concezione esclusivamente biologica o empirica della malattia potrebbe contribuire ad una concettualizzazione paternalistica della pratica medica. Se ciò che determina la malattia, dovuta al malfunzionamento di una certa funzione, è in prima istanza il dato empirico, il rischio è di considerare la relazione di cura alla stregua di un servizio meramente tecnico, come la riparazione di una macchina rotta, dove il medico riveste una posizione di dominanza e il parere del paziente sembra risultare superfluo. In realtà la pratica medica non può ridursi ad una mera tecnica ma deve sempre confrontarsi con il malato stesso, con le sue esigenze, con la sua esperienza e con i suoi valori, oltre che non il suo corpo.

La prospettiva biostatistica della salute, dunque, prendendo in considerazione un punto di vista quantitativo e descrittivo della salute, offre una fondazione filosofica alla dimensione oggettiva della salute nonché strumenti euristicamente rilevanti per individuare le caratteristiche organiche di un individuo sano. In questo modo essa offre un contributo alla scientificità della medicina e al lato tecnico della sua pratica. Tuttavia la prospettiva di Boorse presenta da un lato alcune criticità per quanto riguarda lo statuto epistemologico e la spiegazione dei rapporti tra l'individuo e l'ambiente, dall'altro non prende in debita considerazione il punto di vista dell'esperienza soggettiva rischiando di perdere un aspetto centrale della pratica medica.

### **1.2.1 Il normativismo biologico**

La riflessione di Canguilhem offre un contributo interessante alla definizione del concetto di salute in quanto propone anch'egli un ragionamento che fa capo al corpo e alla dimensione organica, ma partendo da presupposti totalmente opposti a quelli di Boorse.

Ma è perché ad esso [lo stato normale del corpo umano] la terapeutica mira come al buon fine da raggiungere, che si deve dirlo normale, oppure è perché esso viene considerato normale dall'interessato, vale a dire dal malato, che la terapeutica ne fa il proprio obiettivo? Crediamo che la relazione vera sia la seconda.<sup>20</sup>

Già da queste prime battute è evidente come Canguilhem proponga una lettura del

---

<sup>19</sup> S. P. Garrard (eds), *Encyclopedia of Bioethics*, MacMillan Reference, New York 2003, Volume 2, p. 1078.

<sup>20</sup> G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, trad. it. di D. Buzzolan, Einaudi, Torino 1996, p. 96.

rapporto tra oggettività e soggettività diametralmente opposta a quella di Boorse. Per Canguilhem è il soggetto ad avere la prima parola nella medicina non la biologia.

In primo luogo, questo aspetto risulta evidente analizzando il suo punto di vista riguardo il rapporto tra medicina come sapere scientifico e malattia come esperienza. La posizione proposta dall'autore può essere riassunta in questa icastica proposizione: «ora noi riteniamo che *non vi sia nulla nella scienza che prima non sia apparso nella coscienza*»<sup>21</sup>. La fisiologia, che per Boorse costituiva il fondamento della nozione di salute, non è il sapere originario della medicina perché, pur rivestendo ad oggi un ruolo fondamentale nella diagnostica e nella definizione di malattie, essa è prima di tutto il risultato di un'indagine che ha preso le mosse dal lamento di un soggetto che non si è più percepito come un individuo normale. È solo per questo fatto primario che negli anni e nei secoli alcune condizioni fisiologiche sono state studiate e valutate come patologiche, garantendo la costruzione di conoscenze oggettive sul funzionamento del corpo umano. È dunque il vissuto soggettivo di un individuo che lamenta un disturbo ad essere il fatto primario della medicina, il fondamento storico e normativo di tutto il suo sapere scientifico. Fondamento storico poiché, come appena mostrato, l'esperienza del malato è cronologicamente anteriore al sapere scientifico sulla sua malattia; fondamento normativo perché il sapere medico deve la propria ragion d'essere alla cura del malato.

Più in generale Canguilhem sostiene che l'antiorità dell'esperienza soggettiva rispetto al sistema di conoscenze scientifiche ricalchi il rapporto tra la natura e l'impresa medica. Il lamento del soggetto malato non è altro che l'espressione della normatività della vita stessa che percepisce un certo stato come ostacolo al proprio mantenimento e sviluppo. Canguilhem attribuisce al fenomeno della vita un'istanza normativa espressa dalla nozione centrale di normatività biologica. In questa prospettiva la vita non è di per sé indifferente alle condizioni in cui si sviluppa, ma contiene in se stessa un'istanza normativa che istituisce valori all'interno di una polarità; la posizione è sintetizzata nell'assunto «vivere significa [...] preferire ed escludere»<sup>22</sup>. Il fenomeno della vita, a differenza dei fenomeni fisici, chimici o meccanici, è intrinsecamente normativo nel senso che opera una scelta all'interno di una polarità di valori preferendo un elemento ed escludendone un altro. La digestione in un organismo opera una valutazione sulle sostanze da assimilare perché utili all'organismo e quelle da espellere perché nocive; il

---

<sup>21</sup> *Ivi*, trad. it. cit., p. 66.

<sup>22</sup> *Ivi*, trad. it. cit., p. 105.

sistema immunitario riconosce dei batteri pericolosi per l'organismo e si attiva per eliminarli. La vita non accetta soltanto una sottomissione all'ambiente in cui si sviluppa, ma presenta all'interno del proprio dinamismo una forza normativa che si esplicita in modo difensivo come eliminazione degli agenti negativi, in modo positivo come istituzione di una nuova norma che permetta la sopravvivenza<sup>23</sup>. Da questo punto di vista la medicina non è altro che la prosecuzione umana della difesa della vita contro ciò che è negativo verso di essa, potenziata attraverso l'uso del sapere scientifico e delle tecnologie<sup>24</sup>.

Per dimostrare come la medicina sia strettamente legata alla normatività della vita e si distingua dal sapere meramente biologico e fisiologico, Canguilhem prende le mosse dalla distinzione tra due termini il cui significato è spesso sovrapposto: anomalo e anormale. Anomalo deriva etimologicamente non dal termine greco *nòmos*, bensì dall'aggettivo *òmalos* che denota ciò che è unito e uniforme; anomalo dunque sta a designare ciò che è accidentato, non uniforme. Anormale invece deriva propriamente dal termine greco *nòmos* che significa legge e norma, per cui anormale sta ad indicare ciò che non è conforme alla norma. Dal punto di vista etimologico, dunque, i due termini assumono connotati differenti: anomalia possiede un significato descrittivo, designando un fatto, una caratteristica di un ente; anormale invece comprende un significato più propriamente normativo, la deviazione rispetto ad una norma istituita. È attraverso la messa in luce della differenza tra l'interesse della biologia e della medicina per le anomalie anatomiche che Canguilhem dimostra la fondamentale normatività della seconda. La biologia, in quanto sapere descrittivo, interpreta le anomalie come variazioni statistiche, come differenze specifiche di alcuni individui rispetto alla frequenza statistica di alcuni tratti nella loro specie. Dal punto di vista biologico, l'anomalia è una mera descrizione e non indica di per sé uno stato patologico, bensì una differenza specifica che non è valutabile immediatamente in modo positivo o negativo. La medicina, invece, considera l'anomalia nel momento in cui essa viene avvertita dal soggetto portatore come ostacolo, nel momento cioè in cui essa entra in conflitto con un'istanza normativa

---

<sup>23</sup> «Al contrario, noi pensiamo che, per un vivente, il fatto di reagire con una malattia a una lesione, a un'infezione, a un'anarchia funzionale, esprima il fatto fondamentale che la vita non è indifferente alle condizioni nelle quali essa è possibile, che la vita è polarità e proprio per questo istituzione inconscia di valore; in breve, che la vita è di fatto un'attività normativa». *Ivi*, trad. it. cit., p. 96.

<sup>24</sup> «La vita, per il medico, non è un oggetto, bensì una realtà polarizzata di cui la medicina prolunga, portando su di essa la luce relativa ma indispensabile della scienza umana, lo sforzo spontaneo di difesa e di lotta contro tutto ciò che è di valore negativo». *Ivi*, trad. it. cit., p. 100.

di vita; in questo caso essa non è più soltanto anomalia, ma anormalità. Anormale, dunque, è una particolare anomalia che presenta caratteristiche patologiche, che entra cioè in contrasto con una norma di vita.

L'anomalia o la mutazione non sono in se stesse patologiche. Esse esprimono altre possibili norme di vita. Se queste norme sono inferiori, quanto a stabilità, a fecondità, a variabilità di vita, alle norme specifiche precedenti, esse verranno dette patologiche. [...] Il patologico non è l'assenza di norma biologica, bensì una norma altra ma respinta per comparazione dalla vita.<sup>25</sup>

Per Canguilhem anche la malattia pone una norma all'organismo. Tuttavia questa norma è inferiore ad un'altra dal punto di vista della potenzialità normativa, cioè dal potersi trasformare in un altro ordine al mutare delle condizioni esterne o interne. L'emofiliaco, ad esempio, è malato e scopre di esserlo solo nel momento in cui l'ambiente in cui vive gli arreca una lesione alla quale si accorge di non poter rispondere in modo adeguato; fino a quel momento, l'ordine organico dell'emofiliaco era perfettamente normale perché riusciva a far fronte alla situazione.

Il malato è malato perché può ammettere soltanto una norma. [...] Il malato non è anormale per assenza di norma, ma per incapacità di essere normativo.<sup>26</sup>

Se anche la malattia presenta una qualche forma di norma allora la salute non potrà essere pensata come semplice normalità statistica; per questo motivo Canguilhem pensa alla salute non come corrispondenza di un organismo ad un tipo specifico di normalità, ma in una duplice accezione: da una parte come condizione normativa che permette alla vita di mantenersi, dall'altra come possibilità normativa, ovvero la capacità di istituire nuove norme vitali di fronte al mutare dell'ambiente e delle situazioni.

Essere sano ed essere normale non sono del tutto equivalenti, dal momento che il patologico è una sorta di normale. Essere sano non significa soltanto essere normale in una situazione data, ma anche essere normativo, in quella situazione e in altre situazioni eventuali. Ciò che caratterizza la salute è la possibilità di oltrepassare la norma che definisce il normale momentaneo, la possibilità di tollerare infrazioni alla norma abituale e di istituire norme nuove in situazioni nuove.<sup>27</sup>

Possiamo quindi brevemente riassumere i significati di salute attraverso la distinzione di salute come stato di equilibrio e salute come potenzialità normativa. Per quanto riguarda

---

<sup>25</sup> *Ivi*, trad. it. cit., p. 114.

<sup>26</sup> *Ivi*, trad. it. cit., p. 150.

<sup>27</sup> *Ivi*, trad. it. cit., p. 160.

il primo significato, la salute consiste nella capacità di un organismo di possedere una norma che gli permetta di mantenere uno stato di equilibrio con l'ambiente in cui vive. Malato è colui che non è in grado di far fronte alle difficoltà che l'ambiente gli presenta e soccombe dinanzi ad esse. Per riprendere l'esempio dell'emofiliaco, vediamo come tale soggetto venga considerato malato solo nel momento in cui l'ambiente intorno a lui crea una situazione di squilibrio, attraverso un taglio e un'escoriazione che il soggetto non riesce ad affrontare. Nel secondo significato, invece, un organismo sano è un organismo che riesce a far fronte al mutare delle condizioni interne ed esterne rimanendo normativo, riuscendo cioè a creare una nuova norma che gli consente di mantenersi in quell'ambiente; la salute in questo senso è un ventaglio di potenzialità che l'organismo possiede e utilizza in situazioni di variazione della normalità in cui si trova a vivere.

La proposta di Canguilhem sembra convincente per quanto riguarda due aspetti fra loro intrecciati: l'attenzione all'individualità organica e la riflessione in merito al fenomeno della vita. Rispetto al primo punto, egli dimostra un particolare interesse per il soggetto malato piuttosto che per la malattia in sé. La malattia, dice Canguilhem, è prima di tutto malattia per un soggetto che lamenta un mutamento della propria condizione organica come doloroso e portatore di impotenza. Non è possibile valutare uno stato organico come patologico soltanto secondo un giudizio oggettivo che faccia capo alla nozione di funzione o alla variazione statistica rispetto ad una media. Questo perché le funzioni che governano l'organismo non sono ciechi meccanismi di un progetto, ma elementi impregnati da un'istanza normativa che decide per qualcosa ed esclude qualcos'altro. Le funzioni agiscono in vista di un obiettivo scelto dall'istanza normativa della vita, non operano in vista di un *factual goal*, come nella prospettiva bio-statistica. Il soggetto, quindi, non è un individuo astratto, libero di decidere nonostante i condizionamenti del proprio corpo e della propria evoluzione, ma è semmai l'espressione cosciente della vita intesa come polarità dinamica.

Per questo motivo, l'attenzione al soggetto non sfocia in una prospettiva soggettivistica e radicalmente relativista. L'idea che la vita stessa porti al proprio interno un'istanza normativa costituisce un presupposto epistemologico fondamentale che consente di legare insieme il lato soggettivo-individuale con il lato intersoggettivo. Se è nel fenomeno della vita che si dà il bisogno di un giudizio di valore, allora il giudizio soggettivo non sarà un capriccio infondato, estrinseco e astratto, ma l'espressione dell'attività discriminante



della vita stessa. Da questo punto di vista, i giudizi di valore su certi stati organici saranno condivisi da un ampio numero di soggetti così da formare un unico giudizio intersoggettivo grazie al quale un certo stato organico potrà essere definito come patologico.

In conclusione, rispetto al problema di una definizione di salute e malattia dal punto di vista del corpo biologico l'epistemologia di Canguilhem permette di pensare il rapporto tra la dimensione soggettiva e la dimensione oggettiva in modo integrato, senza cadere né nel riduzionismo meccanicistico che trasforma il corpo in una macchina, né in un relativismo assoluto in cui non è possibile individuare un significato comune e intersoggettivo.

## **1.2 Le teorie olistiche**

### **1.2.1 Teorie analitiche e teorie olistiche**

Nel precedente paragrafo ci siamo occupati di affrontare analiticamente la definizione filosofica di salute e di malattia da una prospettiva diretta al corpo biologico. Nonostante le posizioni di Boorse e Canguilhem differiscano per molteplici aspetti, esse condividono lo sforzo nel tentare di definire il binomio salute-malattia in relazione al corpo biologico individuale. Il funzionalismo boorsiano e il normativismo biologico di Canguilhem offrono due prospettive diverse di lettura di un medesimo oggetto: il corpo nella sua dimensione organica. Per Boorse esso è assimilabile ad una macchina progettata con funzioni atte a realizzare scopi specifici, per Canguilhem invece il corpo è l'espressione di un ordine normativo della vita. Per il primo la salute consiste nella corrispondenza tra il funzionamento di ogni parte con lo scopo che le è proprio, per il secondo la salute è un ordine normativo in grado di difendersi da agenti negativi e, comparativamente, un ordine più normativo di un altro.

Arrivati a questo punto, è necessario analizzare quelle teorie filosofiche che esaminano la salute da un punto di vista non meramente organico ma che concentrano la propria attenzione su altre dimensioni dell'essere umano che parimenti riguardano la salute. Il filosofo Lennard Nordenfelt ha fornito una schematica classificazione delle teorie sulla salute, definendo quelle teorie che non si limitano a prendere in considerazione solo l'aspetto organico teorie "olistiche", in contrapposizione alle cosiddette teorie

“analitiche”<sup>28</sup>. Le teorie “analitiche” della salute sono contraddistinte da una specifica attenzione verso l’organismo umano considerato secondo le parti, le funzioni e la struttura. Per definire i concetti di salute e di malattia le teorie analitiche utilizzano in modo preponderante nozioni di ordine biologico, chimico e statistico. In quest’ottica, tali teorie corrispondono all’esigenza della scienza medica di fornire definizioni di stampo scientifico che siano utili ed efficaci nella pratica di cura al raggiungimento della guarigione del malato. Le teorie analitiche sono dunque guidate da interrogativi del tipo: qual è la natura organica della malattia? Quest’organo è normale? Qual è l’intervallo di normalità della pressione sanguigna? Per questo motivo la prospettiva analitica considera il concetto di malattia come maggiormente rilevante rispetto a quello di salute che viene di conseguenza definita in termini di assenza di malattia.

Di converso le teorie olistiche prendono in considerazione lo stato di salute complessivo dell’essere umano, definito non solo in termini di salute dell’organismo ma anche di benessere. Le teorie olistiche adoperano concetti provenienti dalla sociologia, dall’antropologia, dalla psicologia e anche dal linguaggio comune come ad esempio depressione, dolore, benessere, felicità e abilità. Se le teorie analitiche si fondano sul bisogno di conoscenza scientifica intrinseco alla pratica medica moderna, le teorie olistiche prendono le mosse da domande ed esigenze più comuni, come ad esempio: come sta questa persona? Come si sente? Che cosa è in grado di fare? Queste ultime sono domande che certamente riguardano anche lo stato di salute del corpo, ma che chiamano in causa anche altri significati fondamentali per l’esperienza umana. Nel rispondere a queste domande, lo stato di salute dell’organismo ha rilevanza nella misura in cui permette o impedisce di realizzare gli obiettivi e i desideri che il soggetto ritiene importanti. Per questo, al contrario delle teorie analitiche, per le teorie olistiche è il concetto di salute nel suo significato esteso di benessere complessivo a costituire il concetto primitivo da cui è possibile trarre la nozione di malattia definita come stato di compromissione della salute.

La teoria funzionalistica di Boorse rientra a tutti gli effetti sotto la classificazione delle teorie analitiche, come evidenziato dallo stesso Nordenfelt. Più complesso catalogare la posizione di Canguilhem che da una parte prende in considerazione l’ordine organico, ma dall’altra attribuisce al fenomeno della vita un’istanza normativa che sembra avere molto

---

<sup>28</sup> Cfr. L. Nordenfelt, *On the Nature of Health. An Action-Theoretic Approach*, cit., pp. 11-14.

più a che fare con la valutazione soggettiva che con la fredda misurazione scientifica. Esempi di prospettive olistiche, invece, sono la teoria del benessere di Lennard Nordenfelt e la concezione di salute presente nella definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Entrambe, come vedremo, legano la nozione di salute a quella di benessere, giudicando questo concetto più comprensivo rispetto alle tradizionali categorizzazioni della patologia medica che, ad esempio, esclude dall'ambito della patologia una serie di condizioni che possono impattare in modo assai rilevante sul benessere di un individuo come la menopausa, il sonnambulismo o anomalie come il labbro leporino, la polidattilia o *l'induratio poenis plastica*.

### **1.2.2 Nordenfelt: la teoria del benessere**

Come specificato poco sopra, Nordenfelt intende proporre una teoria olistica della salute. Per questa ragione la sua argomentazione inizia tentando di definire il concetto di salute, per poi dedurre quello di malattia. In linea con le teorie olistiche, Nordenfelt considera l'essere umano all'interno di un ambiente sociale in cui egli si trova a compiere un gran numero di azioni e a intrattenere relazioni.

In questo scenario comunemente si dice che un soggetto è in salute se si sente bene e riesce ad esplicare le sue funzioni nel contesto sociale. Questa definizione data dal senso comune offre un doppio sguardo su ciò che contraddistingue lo stato di salute per il soggetto. Un primo punto di vista rileva l'importanza della percezione soggettiva di una certa sensazione, di benessere nel caso della salute, di dolore e infermità nel caso della malattia. Un secondo evidenzia la relazione tra lo stato di salute e la possibilità di compiere le azioni prefissate o, detto in altri termini, la relazione tra stato di salute e abilità da un lato e tra stato di malattia e disabilità dall'altro. La salute, dunque, è connotata da una sensazione di benessere complessivo e dall'abilità nel compiere le azioni prefissate. Analizzando più da vicino questi due aspetti Nordenfelt sottolinea come a fungere da criterio per una definizione di salute e malattia abbia il primato la coppia di concetti abilità-disabilità rispetto alla coppia benessere-sofferenza. Infatti, se nella maggior parte dei casi sofferenza e disabilità sono interrelate e alla sofferenza segue un grado di disabilità, tuttavia esistono casi di malattia come lo stato di coma o la malattia mentale nei quali è presente una forma di disabilità ma non necessariamente una di sofferenza. Per questo motivo, mentre è possibile dire che in presenza di una sofferenza

c'è sempre un grado di disabilità, non si può affermare il contrario e dunque il concetto di disabilità presenta un dominio più esteso rispetto al concetto di sofferenza.

Se lo stato di salute dipende dall'abilità nel compiere certe azioni, allora si tratta di definire in modo più preciso quali siano le azioni che un soggetto deve essere in grado di fare per poter essere definito in salute. Per non dover ricorrere all'enunciazione di un lungo elenco di azioni, Nordenfelt riformula la domanda in termini di obiettivi (*goals*), specificando che non si tratta di obiettivi in generale, ma di obiettivi vitali (*vital goals*). La domanda dunque si articola nei seguenti termini: quali obiettivi vitali deve essere in grado di raggiungere una persona per essere definita sana?

Per rispondere a questo interrogativo egli prende in considerazione due teorie che declinano i *vital goals* in termini di bisogni (*needs*) o in termini di obiettivi definiti dall'agente stesso (*set by the agent itself*). Molto sinteticamente Nordenfelt rimarca innanzitutto come una teoria dei bisogni incardinata sulla nozione di sopravvivenza vada incontro a due obiezioni fondamentali: la prima è che l'essere umano valuta di grande importanza altri bisogni come il bisogno di sicurezza e di riconoscimento oltre a quelli strettamente legati alla sopravvivenza e che per questo i soli bisogni fisiologici non bastino a definire la gamma dei *vital goals*. La seconda obiezione che rende inadatta una teoria dei bisogni declinata in termini di sopravvivenza è che nel nostro tempo anche bisogni elementari come mangiare e bere sono inseriti all'interno di un complesso sistema di relazioni che legano, ad esempio, la possibilità di avere cibo con l'aver un lavoro. Per questo motivo, anche se al giorno d'oggi una persona avesse solamente l'obiettivo di sopravvivere si troverebbe a dover raggiungere una serie di sotto-obiettivi di natura molto più avanzata rispetto al semplice mangiare e bere. Tale critica ha il merito di mettere in luce la consapevolezza che anche una teoria dei bisogni nella società contemporanea non può più ridursi ad un discorso puramente biologico, ma deve essere pensata all'interno della cornice sociale.

Per quanto riguarda le prospettive che identificano lo stato di salute con la possibilità di realizzare gli obiettivi posti dall'agente stesso, Nordenfelt oppone quattro argomenti. I primi due sono esempi di tipo contro-intuitivo e dimostrano come sia paradossale valutare come meno sano un soggetto che abbia obiettivi irrealistici che non possa realizzare e valutare perfettamente in salute un soggetto con pochissime ambizioni facilmente realizzabili. Il terzo argomento mostra come non sia sufficiente il solo criterio

dell'intenzionalità per definire un obiettivo "vitale": decidere di bere una quantità eccessiva di alcol è un obiettivo intenzionale ma assolutamente controproducente sia riguardo ad altri valori più importanti, come lo svolgimento dell'attività professionale, sia per la salute mentale e fisica. Infine una prospettiva basata sull'intenzionalità ha un dominio di applicazione ristretto dal momento che esclude soggetti non ancora in grado di prendere decisioni, come i bambini appena nati.

La proposta di Nordenfelt consiste nel legare la nozione di *vital goals* al concetto di benessere e fondare la sua teoria della salute su tale concetto.

The vital goals of man are those whose fulfillment is necessary and jointly sufficient for a minimal degree of welfare, i.e. happiness. To be healthy, then, is to have the ability to fulfill those goals which are necessary and jointly sufficient for a minimal degree of happiness.<sup>29</sup>

Lo stato di malattia, di converso, corrisponde all'impossibilità di raggiungere il grado minimo di felicità. I *vital goals* sono dunque definiti come quegli obiettivi necessari al raggiungimento di una soglia minima di felicità. Di conseguenza, la salute corrisponde alla possibilità di conseguire tali obiettivi.

È bene notare come la salute sia una condizione necessaria per un grado minimo di felicità, ma non sufficiente al suo pieno raggiungimento. Nordenfelt presta molta attenzione a scongiurare l'equivoco per cui salute e felicità siano equivalenti. Dalla definizione riportata sopra è possibile evidenziare come l'idea di salute sia legata al concetto di felicità soltanto tramite la mediazione della nozione di obiettivi vitali; è il tentativo di definire più rigorosamente questo concetto che ha portato all'introduzione del concetto di felicità. In più il legame tra salute e felicità è parziale dato che si fa riferimento a un grado minimo di felicità e non alla felicità completa. Infine la salute non corrisponde all'effettiva realizzazione dei *vital goals*, ma ad una condizione in cui il soggetto ha l'*abilità* di poterli realizzare.

Nonostante l'accostamento al concetto di grado minimo di felicità, la definizione di obiettivi vitali resta ancora in parte indeterminata. A riguardo, Nordenfelt sostiene che a questo punto dell'argomentazione non sia più possibile proseguire fornendo una risposta di carattere scientifico ed empirico che decida una volta per tutte a cosa corrispondano gli obiettivi vitali di un soggetto e quale sia il livello minimo di felicità. Chi decide e valuta

---

<sup>29</sup> L. Nordenfelt, *On the Nature of Health. An Action-Theoretic Approach*, cit., p. 78.

su questi temi non può essere che il soggetto stesso. Egli deve valutare con acume quale sia il grado minimo di felicità e quali siano gli obiettivi vitali grazie ai quali è in grado di raggiungere quel livello. Nel compiere una tale valutazione va posta molta attenzione a non confondere un significato assoluto di salute, associato ad un'idea di felicità completa e alla soddisfazione di tutti i propri desideri, con il significato dimensionale di salute proposto da Nordenfelt per cui l'obiettivo è individuare il livello minimo di felicità. L'esito della trattazione, dunque, consiste nell'assegnare al concetto di salute un carattere valutativo e affidare al soggetto la valutazione sul contenuto degli obiettivi vitali.

Se questa posizione sembra condurre ad una deriva relativistica e soggettivistica, Nordenfelt puntualizza che il processo di valutazione e decisione di un soggetto non sia mai un evento astratto ed estemporaneo ma dipenda in larga misura dall'ambiente culturale e linguistico della società in cui vive. In quest'ottica la valutazione di quali siano i requisiti per raggiungere un grado minimo di felicità sarà fortemente orientata dagli standard suggeriti dalla società che fungerà da *background* culturale e ambientale per la decisione del soggetto.

Un ulteriore aspetto critico consiste nelle conseguenze pratiche che una tale concezione di salute può avere sull'idea di medicina, sulla pratica medica e sui sistemi sanitari. Affidare al giudizio soggettivo la decisione su cosa contraddistingua la salute parrebbe mettere in seria difficoltà sia i sistemi sanitari sia i medici stessi dal momento che nell'uno e nell'altro caso le scelte messe in atto rispondono a precise concezioni di salute e malattia. Detto in altri termini, come è possibile conciliare il significato di salute di un soggetto e il suo diritto a ricevere assistenza e cura con un sistema istituzionale che opera secondo delle linee guida che possono non corrispondere al bisogno del soggetto? Prendiamo ad esempio un uomo che abbia come genuino obiettivo vitale per ottenere un grado minimo di felicità il voler aumentare la propria statura, ma non possa ricevere il trattamento perché la sanità pubblica non considera un tale obiettivo come vitale. Da un lato, ammettere che la sanità pubblica si debba adattare completamente alle esigenze del soggetto è una posizione insostenibile perché significherebbe mettere la medicina al servizio dei desideri e dei capricci dei soggetti. Dall'altro ammettere la preminenza della posizione del sistema sanitario significa accettare che sul piano pratico è soltanto il significato deciso dalle autorità istituzionali ad avere una rilevanza e il giudizio soggettivo deve farsi da parte. La risposta di Nordenfelt va verso la seconda strada e consiste

nell'affidare alle istituzioni politiche e sanitarie il compito di definire il significato pubblico di salute e assegnare ad esso un valore prioritario nella pratica. La società, quindi, tramite le autorità politiche e le autorità sanitarie, oltre a fare da *background* alle decisioni individuali, svolge anche un ruolo attivo nella determinazione dei giudizi di valore collettivi.

Per queste ragioni, se sul piano teorico la proposta di Nordenfelt può sembrare relativista, le sue risposte in merito al rapporto tra soggetto e società chiariscono come sul piano pratico il problema del relativismo sussista in minima parte.

In conclusione, la teoria di Nordenfelt ha come esito quello di svincolare il processo di determinazione di una malattia dal piano solamente empirico e sperimentale e assegnare invece al processo di valutazione soggettivo e intersoggettivo il compito di identificare volta per volta i significati di salute e malattia sulla base dell'interpretazione degli obiettivi vitali. Ciò non significa escludere la dimensione biologica dalla salute, bensì sostenere che essa non rappresenti il centro del significato di salute e vada invece collocata all'interno di una valutazione che ha come proprio centro gli obiettivi vitali. Come abbiamo rimarcato sopra, Nordenfelt offre una teoria che, oltre ad essere molto rigorosa sul versante teorico, è anche molto accorta nell'offrire delle soluzioni efficaci alle possibili conseguenze pratiche. Infine, va sottolineata ancora una volta l'attenzione nello specificare come il concetto di salute sia legato ai concetti di benessere e felicità solo in modo parziale: la salute non corrisponde al benessere *tout court* né alla felicità completa, bensì corrisponde ad un grado *minimo*.

### **1.3 Problemi e conseguenze delle teorie olistiche**

#### **1.3.1 Porre un limite alle teorie olistiche: il caso della definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità**

Le teorie olistiche hanno il grande merito di offrire visioni della salute che tengano conto della complessità filosofica ed esistenziale di un fenomeno così vicino all'esperienza di ognuno ma così difficile da definire univocamente. Nel dibattito sulla salute c'è un sostanziale consenso sull'idea che la salute non sia in ultima istanza riducibile alla sola assenza di malattie; prospettive che tengano in considerazione la globalità della persona sembrano più appropriate per la caratterizzazione generale dell'idea di salute, mentre le teorie analitiche vengono collegate all'ambito più

circoscritto della salute oggettiva e della medicina come sistema scientifico.

La celebre definizione di salute coniata nel 1946 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità secondo la quale «la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non soltanto l'assenza di malattia o di infermità» ha costituito un momento decisivo per il passaggio da una visione organicistica e biomedica della salute ad una visione più comprensiva. Nata per superare una concezione riduzionista e promuovere la salute come mezzo attraverso il quale favorire il benessere e la pace tra i popoli, la suddetta definizione ha dato il via ad un grande dibattito e ha aperto la strada a formulazioni estensive della salute.

Questo processo di espansione del dominio della salute, inoltre, è stato alimentato da diversi fattori. L'enorme innovazione tecnologica della seconda metà del Novecento ha fatto sì che interventi prima impensabili come il trapianto di organi divenissero non solo possibili, ma anche accessibili ad una vastissima fascia di popolazione; il progresso della ricerca medica in materia genetica ha prodotto tecniche in grado di intervenire ad un livello di profondità tale da mettere in discussione i lineamenti antropologici stessi. In secondo luogo, riflessioni di ordine filosofico e il grande sviluppo della psicologia hanno messo in luce da una parte l'esperienza soggettiva del malato, fatta di dubbi e dolori esistenziali, dall'altra l'incidenza di stati psichici patologici sulla salute. Infine la crescente consapevolezza dell'interconnessione e dell'interdipendenza tra gli esseri umani ha contribuito a rivolgere lo sguardo sui nessi che intercorrono tra salute, società e ambiente.

Nonostante tali traiettorie continuino ad esercitare una forte spinta espansiva verso il concetto salute, è oggi più che mai opportuno sottolineare come tale processo di espansione non sia unicamente un bene, ma porti con sé anche una serie di problematiche per la medicina come pratica e per la sostenibilità della sua impresa che richiedono un'analisi critica approfondita.

In particolare risultano assai problematiche quelle posizioni che appellandosi a formule come "salute integrale" o "salute perfetta"<sup>30</sup> propongono interpretazioni perfezionistiche e assolutizzanti della salute. Il dibattito sulla medicina del potenziamento (*enhancement*), ovvero quella medicina che utilizza tecnologie di tipo farmacologico o biotecnologico per migliorare le prestazioni di soggetti sani, dimostra

---

<sup>30</sup> Cfr. L. Palazzani a cure di, *Verso la salute perfetta. Enhancement tra bioetica e biodiritto*, Edizioni Studium, Roma 2014.



come il concetto di salute stia conoscendo un processo di trasformazione ed estensione del suo significato. I recenti sviluppi scientifici e tecnologici come la manipolazione genetica, la produzione di protesi o impianti da installare sul corpo umano, uniti all'affermarsi della cultura di stampo liberale improntata sui principi di libertà individuale e autonomia hanno contribuito all'affermarsi a livello sociale di un'idea di salute i cui contorni coincidono sempre di più con i bisogni dei singoli individui e i cui limiti sono definiti solamente dalle possibilità tecniche ed economiche. Per questa prospettiva l'impresa medica dovrebbe porsi al servizio dei bisogni e dei desideri dei singoli individui assecondando le loro volontà nel rispetto dei limiti imposti dalle spese economiche e dal principio di autonomia. Le dinamiche di mercato hanno acuito questo processo, incoraggiando la mentalità individualistica e scorgendo la possibilità di trarre grandi profitti dal *business* delle nuove tecnologie e dei farmaci.

Come sottolineato da Giovanni Berlinguer<sup>31</sup>, l'utopia di una "salute globale" intesa come salute perfetta e totale ha trovato degli appoggi consistenti nella stessa definizione di salute dell'OMS. Una definizione del genere ha dato luogo a pericolosi scivolamenti concettuali, conducendo, ad esempio, alla totale sovrapposizione tra il concetto di salute e quello di benessere o suggerito interpretazioni tanto ampie quanto vaghe della salute. Ad essere problematico nella definizione è soprattutto l'aggettivo "completo". Esso suggerisce un'idea di perfezione e compiutezza che rappresenta una vera e propria utopia quando si fa riferimento alla salute. L'idea di uno stato di completo benessere può essere al massimo un'idea guida, può suggerire una direzione, ma non può certo indicare un obiettivo realisticamente realizzabile e addirittura auspicabile, a maggior ragione se in gioco non c'è soltanto il benessere fisico, ma anche quello mentale e sociale. Identificare lo stato di salute come una condizione di benessere completo può far sorgere atteggiamenti perfezionistici o portare al paradossale convincimento che ognuno sia in qualche modo malato e ritenere fallimentare qualsiasi programma di promozione della salute. In generale, come sottolineato con Nordenfelt, la totale sovrapposizione tra salute e benessere rischia di allargare eccessivamente il dominio della prima avvicinando fino a farli coincidere i bisogni per la salute ai desideri personali. Inoltre, se il riferimento al benessere fisico è di più immediata comprensione, resta da definire più precisamente che cosa si intenda per benessere psicologico e soprattutto in cosa consista il benessere

---

<sup>31</sup> G. Berlinguer, *Bioetica quotidiana*, Giunti, Firenze 2000, p. 144.

sociale.

Possiamo schematicamente rilevare come dalla definizione dell'OMS sia desumibile una doppia assolutizzazione. Da un punto di vista qualitativo è possibile scorgere una radicalizzazione e assolutizzazione del desiderio di salute espressa dall'aggettivo "completo"; in quest'ottica la salute non è più soltanto l'assenza di malattia o il ristabilimento di un ordine messo in crisi da un male, ma uno stato di completezza e perfezione che non ammette "macchie". Lo stato di salute non è parziale: o è completo o non è. Da un punto di vista quantitativo emerge invece la varietà degli ambiti che interessano lo stato di benessere che contraddistingue la salute: fisico, mentale e sociale. Come fanno notare alcuni autori, la definizione dell'OMS ha segnato una rottura con le concezioni precedenti di salute estendendo tale concetto ad ambiti estranei alla sola biologia e medicina; in questo modo ha trovato giustificazione l'idea che un disagio di tipo sociale costituisca a tutti gli effetti uno stato di malattia<sup>32</sup>. In questo senso la salute abbraccia orizzontalmente l'intero dominio della vita un individuo.

In conclusione, le teorie olistiche rispondo all'esigenza di un concetto di salute più comprensivo e più vicino al senso comune, inserendo la dimensione fisica della salute all'interno di un quadro più ampio che tenga conto dei significati soggettivi e intersoggettivi. In questo modo, tali teorie permettono da una parte di tenere conto delle specificità culturali nei modi di concepire salute e malattia, dall'altra di concepire in modo più dinamico e aperto il rapporto tra la medicina e la società. Di contro, esse corrono il rischio di proporre interpretazioni della salute eccessivamente estese, incoraggiando visioni perfezionistiche e utopistiche della salute e favorendo fenomeni di medicalizzazione e di iper-responsabilizzazione dei medici.

### 1.3.2 La critica di Daniel Callahan

Il bioeticista Daniel Callahan in un articolo pubblicato nel 1973<sup>33</sup> e in un testo pubblicato nel 1990<sup>34</sup> offre una sintetica rassegna dei meriti e dei rischi collegati alla definizione dell'OMS. Egli in primo luogo riconosce nella connessione tra il bene del corpo e il bene del proprio sé il motivo di particolare attrazione della definizione dell'OMS. In essa il

---

<sup>32</sup> G. Federspil., R. Vettor, N. Sicolo, C. Scandellari, *Sui concetti di malattia e salute*, in "Atti dell'Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti", Tomo CLXVI (2007-2008), p. 53, citato in A. Pagnini (a cura di), *Filosofia della medicina. Epistemologia, ontologia, etica e diritto*, Carocci, Roma 2010, p. 50.

<sup>33</sup> D. Callahan, *The WHO Definition of Health*, "Hastings Center Studies", 1(3), 1973, pp. 77-87.

<sup>34</sup> D. Callahan, *What Kind of Life: The Limits of Medical Progress*, cit., pp. 34-38.

dualismo tra corpo e sé sembra essere superato nella nozione di benessere, nozione abbastanza ampia da poter includere nel proprio dominio sia la salute del corpo, sia la soddisfazione dei desideri personali. Il merito di questa definizione è aver posto l'accento sullo stretto rapporto che intercorre tra il sé e il corpo, alla luce del quale non è possibile interpretare la salute solo in termini di norma, ma anche come ideale soggettivo<sup>35</sup>. Ciononostante quest'idea rischia di portare con sé un'equivalenza tra salute e felicità che è tutt'altro che libera da problemi.

Nell'articolo Callahan innanzitutto specifica come la felicità dell'uomo non sia in ultima istanza legata alle sole condizioni di salute: una persona può essere felice anche nella malattia e nella sofferenza, così come un'altra può non giudicarsi felice pur essendo in ottima salute. Il rapporto tra salute e felicità è molto più complesso di come sembra emergere nella definizione dell'OMS.

In secondo luogo, sovrapporre salute e felicità significa assegnare alla medicina un compito quasi religioso, smisuratamente più grande delle proprie reali possibilità, e considerare medici e psicologi come possessori delle chiavi della felicità e del benessere sociale.

The most basic problem with the definition is that, by including the notion of "social well-being," it turns the enduring problem of human happiness and well-being into one more medical problem, to be dealt with by scientific means.<sup>36</sup>

Nell'ottica della definizione anche problemi di ordine sociale, la cui risoluzione spetta tradizionalmente alla politica, verrebbero affidati alla medicina, rischiando così di creare una medicalizzazione integrale della società e un'iper-responsabilizzazione di coloro che operano in ambito medico.

In terzo luogo, egli mette in luce come i presupposti storici e ideologici che hanno portato a questa definizione siano anch'essi assai problematici. Il proposito di mantenere la pace servendosi in modo prioritario della promozione della salute sottende il tacito presupposto che la salute rivesta il posto principale nella scala dei valori e dei bisogni dell'essere umano. Al di là delle possibili obiezioni che criticano l'idea della salute come valore fondamentale, è interessante sottolineare come questa prospettiva possa dar

---

<sup>35</sup> «Any notion of statistical norm will be influenced by some kind of ideal of the self and its relationship to the body. Health presents itself as an ideal, a good, and not just a set of averages». *Ivi*, p. 38.

<sup>36</sup> *Ivi*, pp. 36-37.

luogo ad una “tirannia della salute” per la quale:

Health is no longer an optional matter, but the golden key to the relief of human misery. We must be well or we will all perish. "Health" can and must be imposed.<sup>37</sup>

Se la salute è il mezzo attraverso il quale è possibile mantenere la pace e la prosperità tra gli uomini, allora essa acquisisce un vero e proprio significato morale diventando a tutti gli effetti un imperativo in nome del quale limare, fino a farlo scomparire nei casi più estremi, il limite che segna la distanza tra medicina e morale. Ma una medicina che si faccia morale rischia di mettere in pericolo la libertà stessa dell'essere umano.

Per tutte queste ragioni occorre analizzare in modo più approfondito il fenomeno dell'estensione del concetto di salute mettendone in luce le cause e le conseguenze. In questo modo sarà possibile comprendere più chiaramente la fisionomia di questo processo ed evidenziarne la problematicità su più versanti.

#### **1.4 Progresso medico e insostenibilità**

It is a part of the reigning idea of medical progress that there are no fixed limits to the therapeutic possibility of cure or amelioration, and thus no boundaries to the meeting of individual needs.<sup>38</sup>

Come ultimo passaggio di questo capitolo ritengo estremamente utile nonché necessario per una valutazione bioetica più puntuale e fondata indagare quali siano le traiettorie storiche e il retroterra culturale che hanno favorito e ancora incoraggiano l'estensione della nozione di salute nella direzione di una sovrapposizione con il concetto di felicità. Se, come è stato messo in chiaro da Nordenfelt, il concetto di salute è sempre connesso con i valori di una società, allora per comprendere appieno gli sviluppi di idee come salute e malattia è necessario concentrarsi non solo sul fronte puramente concettuale, ma anche sulle dinamiche culturali, sociali ed economiche che connotano il modo di pensare della società in cui viviamo. Posizione condivisa anche da Enrico Furlan, il quale fa notare come il contesto culturale

influenza profondamente sia il tipo di richiesta che i singoli cittadini e società pongono alla medicina, sia il modo in cui la medicina concepisce il proprio compito e definisce i propri scopi, oltre che i mezzi

---

<sup>37</sup> *Ivi*, p. 83.

<sup>38</sup> D. Callahan, *What Kind of Life. The Limits of Medical Progress*, cit., p. 51.

di cui si avvale.<sup>39</sup>

Lo strettissimo rapporto che intercorre tra l'impresa medica e la società suggerisce come nel valutare concetti che fanno riferimento alla prima non sia possibile prescindere dal mondo culturale della società: il ventaglio di valori e di significati propri di una società condiziona in modo determinante la concettualizzazione della pratica medica stessa. Ciò che vale per gli scopi e i compiti della medicina, vale anche per i concetti di salute e di malattia: anch'essi sono profondamente attraversati da valori culturali e storici che ne determinano il significato normativo in differenti modi.

La riflessione condotta da Daniel Callahan in celebri testi come *"False hopes"* o *"What Kind of Life. The Limit of Medical Progress"* costituisce un contributo di grande rilevanza in questa direzione. L'analisi del famoso bioeticista offre una descrizione estremamente completa e molto efficace delle direttrici culturali che guidano l'impresa medica moderna. Nello specifico, egli scorge nell'intersezione di traiettorie di natura culturale, scientifica e sociale il motore dell'impresa medica contemporanea.

La sua riflessione risulta ancora più interessante nel momento in cui egli, oltre a mettere in luce i presupposti concettuali di queste linee di tendenza, si preoccupa di mostrare le conseguenze sulla tenuta del sistema sanitario e sui modi di pensare della società di una forma di medicina improntata su queste traiettorie. Il termine che riassume la natura di questi effetti è "insostenibilità". Insostenibilità sia di natura economica, come impossibilità dei sistemi sanitari di corrispondere alle sempre più numerose richieste dei cittadini, sia di natura psicologica e sociale, come crescente insoddisfazione verso una medicina mai all'altezza delle aspettative a fronte di un aumento delle aspettative.

L'obiettivo di questo paragrafo è mostrare come l'estensione dei concetti di salute e di malattia pensata in termini di allargamento del dominio delle condizioni da valutare come patologiche e dei bisogni meritevoli di cura sia legata a doppio filo con il modello di medicina che Callahan definisce come insostenibile. Più nello specifico, si tratta di mettere in luce come questo tipo di estensione costituisca una delle traiettorie che insieme allo sviluppo tecnologico e all'idea di progresso illimitato produce il circolo vizioso che muove il modello di medicina contemporanea. Da questo punto di vista

---

<sup>39</sup> C. Viafora, E. Furlan, P. Poletti, *Scelte in sanità: senso, criteri, sfide*, in C. Viafora, E. Furlan, S. Tusino (a cura di), *Questioni di vita. Un'introduzione alla bioetica*, Milano, Franco Angeli 2019, p. 174.

“l’esplosione”, per usare un’immagine di Callahan, dei bisogni medici costituisce allo stesso tempo un effetto e una causa della medicina contemporanea: effetto perché è prodotta, ad esempio, dal crescente sviluppo tecnologico in grado di aprire nuove frontiere di intervento, permettendo di curare malattie ancora incurabili o, nel caso della medicina dell’*enhancement*, di migliorare delle prestazioni fisiche o cognitive; causa perché la moltiplicazione dei bisogni favorisce gli investimenti nella ricerca medica e dunque incoraggia lo sviluppo farmacologico e tecnico.

Vediamo dunque più nello specifico la natura e le caratteristiche di queste tre traiettorie.

#### **1.4.1 La medicina del progresso**

Lo spirito del nostro tempo nei riguardi della medicina, dice Callahan, è contraddistinto da tre traiettorie fondamentali attraverso le quali possiamo risalire ai presupposti del modello di medicina insostenibile. Esse sono: la volontà di sottomettere e dominare la natura<sup>40</sup>, la prospettiva di uno sviluppo lineare illimitato nel miglioramento delle condizioni<sup>41</sup> e la ridefinizione del posto sociale della medicina in nome di una concezione sempre più estesa di salute<sup>42</sup>. A queste tendenze va aggiunto il ruolo di catalizzatore rivestito dal mercato.

La prima traiettoria, che rinvia alla volontà di sottomettere e dominare la natura, fa riferimento all’idea moderna di considerare la natura sotto il profilo di un grande meccanismo cieco e necessario e alla possibilità data all’uomo di intervenire attivamente su tale meccanismo. Il primo passaggio per aprire le porte allo sviluppo tecnologico è stato quello di sganciare la natura da qualsiasi significato intrinseco ed interpretarla alla stregua di una grande macchina. La rivoluzione scientifica e la filosofia cartesiana hanno costituito un contributo decisivo per questo passaggio culturale. Il secondo passaggio è stato legare la conoscenza delle leggi naturali all’idea di potere e dominio, posizione espressa in modo esemplare da Francesco Bacone. In questo modo, mentre la concezione meccanicistica del cosmo ha costituito le basi concettuali per la nascita dell’impresa scientifica moderna, l’idea che la conoscenza delle leggi della natura potesse

---

<sup>40</sup> D. Callahan, *La medicina impossibile. Le utopie e gli errori della medicina moderna*, trad. it. di R. Rini, Baldini Castoldi Dalai, Milano 2009, p. 27.

<sup>41</sup> *Ivi*, p. 28.

<sup>42</sup> *Ibidem*.

essere utilizzata per modificare la materia in vista dei propri scopi è la fede che ha guidato il grande sviluppo tecnologico degli ultimi due secoli e mezzo.

Questa concezione della natura ha contribuito in modo radicale al ripensamento e alla ridefinizione della medicina e della sua pratica. Dal punto di vista teorico la medicina ha trovato nell'epistemologia meccanicistica una forte base d'appoggio su cui poter costruire un impianto di conoscenze evidenti, nel metodo scientifico lo strumento conoscitivo attraverso cui ottenere queste conoscenze, e nell'idea della modificabilità della natura una prospettiva teorica che permettesse di compiere un decisivo salto di qualità nel raggiungere i propri obiettivi di cura. Dal punto di vista pratico, invece, le conoscenze scientifiche hanno permesso un effettivo miglioramento nella pratica di cura offrendo una precisa conoscenza delle cause fisiologiche della malattia, mentre la tecnologia ha fornito strabilianti invenzioni in grado di estendere le possibilità diagnostiche e terapeutiche al di là di ogni precedente aspettativa.

Il confronto con questa nuova idea di natura fornita dalla scienza non solo ha contribuito ad una rivoluzione teorica e pratica, ma ha anche modificato l'atteggiamento di fondo della medicina nei confronti della natura stessa. Per esprimere efficacemente questo cambiamento, Callahan richiama le tradizioni di Igea ed Esculapio, espressioni del modo ambivalente in cui gli esseri umani si sono da sempre rapportati alla natura. La prima, simboleggiata da Igea, valorizza il corpo come prodotto della natura in grado di affrontare in modo autonomo i mali e le difficoltà, vedendo nell'attenzione ad esso e nella prudenza mezzi sufficienti per mantenersi in salute. La seconda, che fa capo ad Esculapio, declina la natura e il corpo umano come degli organismi imperfetti da correggere attraverso interventi esterni. La medicina moderna, facendo propria l'immagine meccanicistica della natura, ha adottato la tradizione di Esculapio, portandola alle estreme conseguenze. Animata dalla fede di poter intervenire in modo sempre più radicale sulla natura e sul corpo dell'uomo e dall'idea che tale potere costituisse allo stesso tempo di per sé un dovere morale, la medicina moderna ha intrapreso una vera e propria "guerra contro la natura"<sup>43</sup> orientata dall'idea di poter valicare i limiti imposti dalla natura e sconfiggere definitivamente la malattia e, alla fine, la morte stessa.

La seconda traiettoria individuata da Callahan indica, invece, il quadro di riferimento temporale in cui si inserisce l'azione dell'uomo moderno. La speranza in un bene futuro e

---

<sup>43</sup> D. Callahan, *La medicina impossibile. Le utopie e gli errori della medicina moderna*, trad. it. cit., p. 122.

nella salvezza dell'anima come risposta alla fatalità e all'immodificabilità della condizione umana ha lasciato il posto alla volontà e alla fiducia di un miglioramento illimitato garantito dalla costante innovazione scientifico-tecnologica. Alla temporalità chiusa dell'epoca premoderna, orientata alla conservazione e alla celebrazione, si è sostituita una temporalità indefinitamente tesa verso un meglio concretamente ottenibile.

La medicina moderna contemporanea ha assunto questa prospettiva temporale come propria. La malattia è soltanto un problema transitorio a cui la ricerca e la tecnologia riusciranno prima o poi ad offrire una soluzione. Ciò che oggi segna un limite non lo sarà più domani. Non ci sono quindi potenziali limiti al progresso medico:

At the heart of the public demand for good health is the insistence that life not be burdened with illness and that death be held at bay. That understandable desire has been plausible by medical advances. Disease causes illness and death, and disease we now know can be conquered.<sup>44</sup>

La fede che il progresso della ricerca e delle tecnologie consentiranno di migliorare indefinitamente le condizioni di salute della popolazione fornendo tecniche innovative e riducendo i costi complessivi è il presupposto che guida il modello di medicina moderna.

Riguardo alla terza traiettoria, Callahan in primo luogo osserva come la definizione di salute abbia conosciuto un decisivo ampliamento, tanto da creare una sovrapposizione tra salute e aspirazione alla felicità e al benessere. In particolare, egli rileva come la linea che distingue i bisogni dai desideri sia sempre più sfumata e come le richieste e le aspettative verso la medicina siano aumentate esponenzialmente.

In questo senso, egli evidenzia come la medicina sia sempre più utilizzata per scopi di potenziamento e miglioramento fisico, come nella chirurgia estetica, nell'uso di cure ormonali per aumentare l'altezza, nell'uso di farmaci per ottenere prestazioni atletiche migliori o per alleviare lo stress della vita quotidiana. In questi casi la medicina non è utilizzata per curare, bensì per migliorare caratteristiche di un soggetto che non soffre di nessuna patologia se non della frustrazione per un desiderio personale non soddisfatto. Per chiarire la differenza, Callahan distingue tra una medicina il cui obiettivo è normalizzare l'individuo portandolo ad uno stato di funzionamento regolare rispetto alla normalità statistica, e una medicina che tenta invece di ottimizzarlo mettendo a disposizione dei desideri dell'individuo le sue potenzialità tecniche come nel caso

---

<sup>44</sup> D. Callahan, *What Kind of Life. The Limits of Medical Progress*, cit., p. 33.



dell'uso del Prozac. La confusione tra medicina tradizionale e medicina volta ad ottimizzare l'individuo nasce dall'ambiguità dell'idea di sofferenza: essa può essere da una parte legata ad un male fisico che ci procura dolore indipendentemente dalla nostra volontà, dall'altra può derivare dai bisogni che scaturiscono dai nostri desideri di avere più di quanto già abbiamo. Dato che le potenzialità mediche permettono di soddisfare questi desideri e di alleviare la sofferenza ad essi connessa, allora, apparentemente, non sembrerebbero esserci validi motivi per cui la medicina non debba corrispondervi. Come forse possiamo aver notato, viene qui riproposta la critica all'appiattimento della differenza tra bene del corpo e bene del sé incontrata parlando della definizione di salute dell'OMS<sup>45</sup>.

Oltre alla tendenza ad utilizzare la medicina per scopi migliorativi Callahan fa notare come problemi di ordine sociale – quali il consumo di droghe, lo stress, la violenza e le gravidanze tra adolescenti – siano entrati a far parte dei compiti della medicina in nome di un'idea di salute estesa, veicolata dalla definizione dell'OMS, e di un'eccessiva attribuzione di importanza alle questioni di salute.

Infine la salute è passata dall'essere considerata un mezzo per raggiungere dei fini come l'educazione, il lavoro o la felicità, a divenire essa stessa il fine della vita degli individui e, più in grande, della società. La preoccupazione per la salute delle persone non è affatto diminuita a fronte di un decisivo miglioramento della speranza di vita e delle condizioni di salute generali; al contrario, si è abbassata la soglia di tolleranza dei disturbi mentre è aumentata la paura verso la malattia e il dolore. Sul piano economico negli Stati Uniti i costi per l'assistenza sanitaria sono passati da 25.9 miliardi di dollari a 50.9 miliardi tra il 1980 e il 1987, un aumento del 100%, sintomo della crescente importanza attribuita alle questioni di salute.

Esplicitate le tre traiettorie, possiamo ora notare come esse siano reciprocamente intrecciate in un insieme di relazioni che rende difficile affrontarne una senza considerare contemporaneamente le altre. È difficile ad esempio pensare alla realizzazione del progetto di dominio della natura senza associarvi un'idea di progresso lineare e potenzialmente illimitato, ed è altrettanto difficile pensare che un'impresa di tale portata possa essere raggiunta senza un impegno consapevole e un retroterra culturale favorevole all'interno della società. Di converso, l'estensione del raggio di

---

<sup>45</sup> Cfr. Paragrafo 1.3.2.

azione della medicina e l'ampliamento del concetto di salute sono resi possibili dallo sviluppo tecnologico orientato dalla fede verso un miglioramento illimitato. L'invenzione di nuove tecnologie in grado di fornire nuove cure e terapie a problemi precedentemente irrisolvibili rafforza la fiducia nell'idea di progresso la quale, a sua volta, ha l'effetto di moltiplicare i bisogni e i desideri degli esseri umani che, ritornando al principio, alimentano e rendono proficua la ricerca tecnologica. Le tre traiettorie individuate da Callahan si alimentano dunque vicendevolmente, dando luogo ad una spirale che in modo apparentemente virtuoso permette l'effettivo avanzamento della medicina.

In questo scenario il rapporto tra medicina e mercato costituisce un fattore determinante. Molto sinteticamente è possibile scorgere come il mercato trovi nel modello di medicina contemporaneo un ottimo partner strategico. La forza della domanda in ambito sanitario unita al suo carattere potenzialmente illimitato da una parte e lo sviluppo tecnologico dall'altra fanno sì che il mercato trovi negli investimenti in sanità un'enorme opportunità di profitto. Inoltre il mercato si presenta anche come un forte catalizzatore delle tre tendenze citate. Perché continuino ad esserci profitti è necessario che innovazione tecnologica e domanda sanitaria continuino ad alimentarsi. Per questo motivo fa parte dell'interesse economico incoraggiare una visione della medicina progressista e una concezione di salute più ampia e completa possibile in modo tale che vengano continuamente proposti nuovi beni e servizi che stimolino la domanda e inducano ulteriori bisogni nei consumatori. Da questo punto di vista il mercato non si limita a vendere beni e servizi, ma induce nella società nuovi desideri e bisogni.

Se questa combinazione di fattori sembra apparentemente portare ad un miglioramento della medicina in sé e delle condizioni di salute complessive, essa provoca invece delle conseguenze nefaste sia per quanto riguarda la sostenibilità psicologica e sociale sia rispetto alla tenuta economica di un sistema sanitario improntato all'equo accesso alle cure.

#### **1.4.2 Insostenibilità psicologica, sociale ed economica**

Dopo aver messo in luce i presupposti culturali che guidano l'impresa medica moderna, Callahan offre un'attenta analisi di quelle che sono le conseguenze psicologiche, sociali ed economiche di una concezione di salute eccessivamente estesa e assolutizzante.

Con la tacita implicazione che nella ricerca della salute sta, forse, il segreto del significato della vita, la medicina moderna ha indotto a pensare erroneamente che i mali fisici e la mortalità stessa, lungi dal dover essere integrati e compresi in una visione equilibrata dell'esistenza, vanno semplicemente combattuti e rifiutati.<sup>46</sup>

Concepire la salute in modo eccessivamente esteso, includendovi il benessere sociale o la felicità, e attribuire ad essa un'eccessiva importanza all'interno della scala dei valori di una società significa favorire derive medicalizzanti con gravi conseguenze prima di tutto sulla percezione di sé. Favorire l'idea che ogni problema della vita di un individuo consista, in fondo, in un problema di salute significa da una parte incoraggiare una visione che fa della salute il senso ultimo dell'esistenza, dall'altra promuovere la falsa speranza che ogni problema umano possa essere risolto attraverso interventi di natura medica. A queste idee si accompagna lo sviluppo di un rapporto distorto con la sofferenza e il limite che vengono considerati solo come mali da combattere e superare sempre e ad ogni costo, mentre l'attenzione verso possibili rischi e infermità cresce fino a diventare, nei casi più estremi, fanatismo per la salute o ipocondria.

Le persone, pur avendo complessivamente una vita più sana e più lunga che in qualsiasi altro periodo della storia umana e pur dovendo affrontare un minor numero di rischi per la salute, sono più preoccupate dei pericoli che corrono e meno disposte ad accettare altro che non sia la perfezione.<sup>47</sup>

Le continue innovazioni tecnologiche rendono sempre più difficile delineare uno stato di normalità che possa essere ritenuto soddisfacente. L'offerta di nuove possibilità tecniche e farmacologiche in grado di curare vecchie malattie o ottimizzare le già buone condizioni di salute rende del tutto insopportabile la possibilità che esse non possano essere messe all'opera o vengano limitate nel loro utilizzo.

Questo fenomeno genera quello che Callahan definisce «una sorta di narcisismo medico»<sup>48</sup> a causa del quale da un lato gli individui avanzano sempre maggiori richieste alla medicina, dall'altro cresce l'insoddisfazione per i risultati ottenuti.

Quali che siano i frutti della medicina, le si chiede sempre di più: e quando lo si ottiene, l'impressione non è di stare meglio, bensì di stare peggio. A stimolare questi bisogni incoercibili e queste speranze perennemente frustrate sono la costante attesa di nuove conquiste epocali, nonché il continuo innalzamento della soglia considerata il minimo della dignità e

---

<sup>46</sup> D. Callahan, *La medicina impossibile. Le utopie e gli errori della medicina moderna*, trad. it. cit., p. 29.

<sup>47</sup> *Ivi*, p. 80.

<sup>48</sup> *Ivi*, p. 186.

dell'adeguatezza.<sup>49</sup>

Dalle pagine di Callahan emerge con forza il risvolto antropologico dei significati di salute e malattia a cui abbiamo fatto accenno all'inizio del capitolo. Egli mostra come le ricadute esistenziali di tali nozioni siano estremamente concrete e configurino relazioni distorte con le esperienze umane fondamentali del limite, del dolore e della morte.

In secondo luogo, Callahan sottolinea le conseguenze sociali: oltre a generare un rapporto distorto con la percezione del proprio stato di salute e con la medicina, il narcisismo medico influisce anche sul rapporto con gli altri. La pretesa individualistica di godere di uno stato di salute perfetto offusca l'empatia verso la sofferenza dell'altro e rende l'individuo cieco di fronte alle necessità del suo prossimo. Ripiegato sul suo sogno perfezionistico, l'individuo percepisce come insopportabile qualsiasi limite che venga frapposto tra sé e il proprio desiderio, etichettando l'altro come mero ostacolo alla realizzazione del proprio interesse.

Il risvolto sociale di quest'ultimo aspetto consiste nel venir meno del fondamento solidaristico che rende pensabile la vita comunitaria. Il ripiegamento degli individui su se stessi sfalda le relazioni intersoggettive e indebolisce il vincolo comunitario della società contribuendo a diffondere ulteriormente questo stesso atteggiamento.

Oltre agli evidenti rischi di tipo sociale, dal punto di vista sanitario questa tendenza mette a repentaglio la sostenibilità di un sistema sanitario universalistico improntato su criteri di giustizia e uguaglianza. Infatti, perché un sistema sanitario che voglia assicurare un equo accesso alle cure possa essere sostenibile occorre che gli individui accettino delle limitazioni in termini di prestazioni ricevute, prendendo consapevolezza della limitatezza delle risorse a disposizione e dell'esistenza di altri soggetti ugualmente bisognosi di assistenza. Il mancato riconoscimento di questi due aspetti indotto dalla cecità narcisistica provoca l'ingigantimento delle richieste al sistema sanitario che, a lungo andare, risultano del tutto insostenibili per la spesa pubblica.

Le alternative ad un modello fondato sull'universalità e l'equità nell'accesso sono essenzialmente due: o favorire un modello di assistenza sanitaria di stampo liberale e individualistico governata da dinamiche di mercato oppure aumentare gli investimenti pubblici in sanità. Mentre la prima alternativa si scontra con il principio di giustizia e inficia la possibilità di godere del diritto alla salute per moltissimi soggetti che non

---

<sup>49</sup> *Ivi*, pp. 36-37.

possono sostenere economicamente le spese, la seconda strada conduce a lungo andare verso il collasso economico. Rispetto a questa seconda strada, Callahan evidenzia come la scelta di alcuni Stati di alzare continuamente il tetto di spesa pubblica destinato alla salute abbia in primo luogo contribuito attivamente a creare quella sproporzione nella valutazione del ruolo della medicina nella società accelerando il circolo vizioso che induce l'aumento della domanda. In secondo luogo egli sottolinea come questa tendenza abbia raggiunto una soglia limite di sostenibilità a causa dell'aumento progressivo dei costi provocati dalla moltiplicazione delle richieste, dalle nuove tecnologie e dall'invecchiamento della popolazione<sup>50</sup>.

Per di più, oltre ad aver già raggiunto una soglia di insostenibilità sistemica, questo squilibrio economico favorisce la crescita delle disuguaglianze. La prevalenza della medicina altamente tecnologica fa sì che anche nei paesi meno sviluppati prevalga un modello di medicina attento alla cura di patologie acute a discapito di un servizio di medicina di base estremamente più necessario. Ma anche nei paesi avanzati, la progressiva privatizzazione dei servizi sanitari provocata dall'impossibilità di poter provvedere al continuo aumento della spesa pubblica rischia di precludere la possibilità di accesso a molti servizi alla fascia più povera della popolazione.

Per Callahan, dunque, occorre ripensare il modello di medicina e di politiche sanitarie su cui ci siamo basati per lungo tempo per evitare di alimentare quel circolo vizioso che sta conducendo le persone e le società verso condizioni insostenibili. In altri termini, occorre tentare un cambiamento di prospettiva.

Nel prossimo capitolo proveremo a indagare più da vicino un altro punto di vista possibile sulla salute, cioè quello dei determinanti della salute. Questa scelta è basata sull'idea che la prospettiva sui determinanti possa offrire al dibattito medico e bioetico sulla salute un contributo fondamentale sia dal punto di vista teorico e metodologico sia dal punto di vista pratico. Lo studio sui determinanti, infatti, sembra offrire uno sguardo complementare rispetto al modello biomedico. Mentre quest'ultimo pone l'attenzione prevalentemente sulle tecniche di cura e sulla malattia, lo studio sui determinanti della salute indaga le cause profonde dell'insorgenza della malattia e offre preziose indicazioni per la prevenzione. Inoltre, dal punto di vista etico, gli studi sui determinanti sollevano problematiche di carattere collettivo e questioni di giustizia sociale ed equità, di contro

---

<sup>50</sup> *Ivi*, pp. 78-79.

alla predominanza di un'ottica focalizzata sul singolo paziente propria dell'etica biomedica.

## **Conclusioni**

Nei primi tre paragrafi di questo capitolo abbiamo condotto un'analisi sui diversi modi di concettualizzare le nozioni di salute e di malattia, disegnando una traiettoria di progressiva espansione. Abbiamo preso le mosse dalla formulazione descrittiva e avalutativa di Boorse, incentrata sul corretto funzionamento delle parti dell'organismo, indagando il significato oggettivo di salute e malattia. È stato evidenziato come, nonostante un discorso oggettivo e avalutativo sia assolutamente necessario per la scientificità della medicina, tale prospettiva non sembri sufficiente per cogliere la complessità dei concetti di salute e di malattia e conduca verso letture riduzionistiche. In seguito, con Canguilhem abbiamo messo in discussione la presunta avalutatività dell'idea di salute proposta da Boorse. Attraverso l'esplicitazione della priorità dell'esperienza soggettiva sul sapere scientifico e l'attribuzione alla dinamica della vita di un'istanza normativa intrinseca si è visto come le idee di salute e di malattia presentino caratteri normativi anche all'interno di un discorso di carattere biologico. Infine, la teoria del benessere di Nordenfelt ha messo pienamente in luce il carattere valutativo della definizione di salute: essere in salute significa essere in grado di poter raggiungere quei bisogni vitali capaci di assicurare un livello minimo di felicità e benessere. La natura valutativa del concetto dipende dal fatto che la definizione del contenuto dei bisogni vitali non può essere raggiunta "scientificamente" ma spetta al singolo soggetto e, più in generale, alla società. In quest'ottica i concetti di salute e di malattia non sono fondati in ultima istanza su un discorso biologico o fisiologico, ma sono inseriti all'interno del sistema di valori della società stessa.

Se la prospettiva normativista di Nordenfelt sembra poter cogliere più pienamente la natura dei concetti di salute e di malattia, abbiamo puntualizzato come il carattere valutativo e soggettivo della nozione di salute rischi di condurre verso posizioni relativistiche o esageratamente estese. Nel paragrafo 1.3 abbiamo quindi brevemente analizzato alcune delle criticità che accompagnano formulazioni eccessivamente estese di salute. Prendendo paradigmaticamente in esame la definizione proposta dell'OMS, si è mostrato come adottando definizioni estensive di salute vi sia il rischio di sovrapporre la

salute alla felicità stessa e di produrre un'ideale di salute assolutamente irrealistico e irrealizzabile. Le critiche portate da Callahan hanno messo in luce come una tale prospettiva rischi sia di assolutizzare il valore della salute rispetto agli altri beni di una società, sia di favorire derive medicalizzanti.

Infine, nel paragrafo 1.4, richiamando ancora una volta le tesi di Callahan, abbiamo indagato le traiettorie culturali che guidano il modello contemporaneo di medicina evidenziandone i presupposti e la stretta interconnessione. In questo modo, il problema relativo alla definizione di salute e malattia è stato contestualizzato all'interno della cornice storico-culturale della nostra epoca. Da ultimo abbiamo preso in considerazione le ricadute psicologiche, mediche e socio-economiche di una concezione di salute eccessivamente estesa, riprendendo la triplice dimensione degli effetti del significato di questa nozione menzionata in apertura: antropologica, medica e sociale.





## 2. I determinanti della salute

«La bioetica deve impegnarsi [...] per ripensare il tema della salute, individuale e collettiva, alla luce di catene causali che non riguardano solo il prossimale, ma coinvolgono sempre più quelle che abbiamo definito cause distali»

Paolo Vineis

Luca Savarino<sup>51</sup>

### 2.1 Cambiare prospettiva

#### 2.1.1 Lo studio della salute al di là del modello biomedico

In un articolo pubblicato nel 1990 l'economista Robert G. Evans e l'epidemiologo Gregory L. Stoddart hanno cercato di ricostruire una raffigurazione semplificata del modello a feed-back su cui si fonda l'attività dei sistemi sanitari quando la salute è pensata in termini negativi come assenza di malattia (*disease*)<sup>52</sup>. I due autori paragonano tale modello ad un sistema di riscaldamento governato da un termostato.

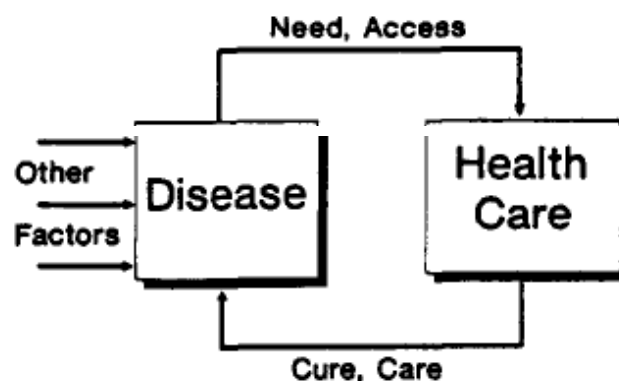


Figura 1 - Il modello a termostato

Fonte: R.G. Evans, G. L. Stoddart, *Producing Health, consuming Health Care*, cit., p. 1350.

Secondo questo modello quando le persone si ammalano o sono ferite a causa di una

<sup>51</sup> P. Vineis, L. Savarino, *La salute del mondo. Ambiente, società, pandemie*, Feltrinelli, Milano 2021.

<sup>52</sup> R. G. Evans, G. L. Stoddart, *Producing Health, consuming Health Care*, "Social Science & Medicine", 31 (12), 1990, pp. 1347-1363.

serie di fattori esterni non specificati, per essere curate si rivolgono al sistema sanitario dove la loro condizione specifica viene interpretata secondo i bisogni (*needs*) che la malattia o la ferita generano. Il ventaglio dei bisogni dei quali il sistema sanitario può farsi carico, espresso dalla freccia in alto, è definito da una doppia serie di fattori: da una parte dalle concrete possibilità di cura offerte dalla tecnologia e dallo sviluppo medico, dall'altra dal grado di accesso ai servizi sanitari previsto in quella determinata società, espresso in termini di risorse materiali e professionali disponibili e dalla quantità di finanziamenti stanziati. Il ciclo di feed-back si conclude con la freccia in basso: attraverso interventi di cura che ristabiliscono la salute o interventi di assistenza che alleviano il dolore viene abbassato il livello di malattie e viene ripristinato un grado di salute accettabile all'interno del sistema. Proprio come un termostato in un sistema di riscaldamento rileva un abbassamento della temperatura e interviene aumentandola, allo stesso modo il sistema sanitario ha il compito di rilevare il grado di malattia e rispondervi con dei trattamenti che ristabiliscano un certo grado di salute ottimale.

In un termostato, inoltre, è possibile configurare diversi livelli di temperatura, così come è possibile decidere il grado di suscettibilità oltre il quale il meccanismo termico venga attivato. Allo stesso modo, anche nei sistemi sanitari lo standard di accesso e la varietà di bisogni soddisfatti può essere collocato a gradi diversi a seconda dei fattori che abbiamo visto poco sopra.

Tuttavia, mentre la temperatura sopra una certa soglia diventa sgradevole, lo stesso non si può dire per il grado di salute di una persona e di una società. In questo caso è assai difficile definire uno standard preciso che definisca delle condizioni di salute ottimali. Come abbiamo visto nel capitolo precedente, la nozione di "normalità" connessa al concetto di salute non può essere definita una volta per tutte in termini oggettivi, ma è sempre il risultato di una valutazione soggettiva o intersoggettiva che cambia a seconda del contesto culturale.

Gli autori dell'articolo riconoscono come nei Paesi più sviluppati i bisogni da soddisfare per raggiungere un grado di salute accettabile sembrano non conoscere un limite superiore e si moltiplichino senza sosta apportando una pressione crescente sul sistema sanitario<sup>53</sup>. L'obiettivo di raggiungere una soglia accettabile di salute sembra essere, per

---

<sup>53</sup> «The combination of the 'ethical' claim that all needs must be met, and the empirical regularity that, as one need is met, another is discovered, apparently *ad infinitum*, leads to a progressive pressure for expansion in

usare le parole di Renè Dubos<sup>54</sup>, un vero e proprio miraggio. Come abbiamo già osservato con Callahan, linea di demarcazione che distingue i reali bisogni di salute dai desideri soggettivi degli individui si va progressivamente sfumando.

Evans e Stoddart fanno notare come seguendo questo modello a feed-back l'unico modo per promuovere un miglioramento delle condizioni di salute sia aumentare il numero di bisogni corrisposti dal sistema sanitario. Questa strategia è espressa attraverso la formula "*expanding needs*". In poche parole, se vogliamo aumentare il livello di salute complessivo è necessario fare in modo che il sistema sanitario sia in grado di incontrare e corrispondere ad una maggior quantità di bisogni provenienti dalla società. Dal momento che l'insieme dei bisogni di cui il sistema può farsi carico è definito in base alle possibilità tecnologiche, al numero di professionisti e ai finanziamenti stanziati, per aumentare il bacino dell'offerta occorre investire in questi tre ambiti.

Evans e Stoddart, tuttavia, oltre a mettere in luce i motivi per i quali questa strategia può risultare dannosa per la salute stessa delle persone e per la tenuta economica del sistema<sup>55</sup>, riportano come secondo recenti studi questa strategia sia in definitiva inefficace:

The combination of virtually universal concern over cost escalation, among payers for care, with steadily increasing evidence from the international research community that a significant proportion of health care activity is ineffective, inefficient, inexplicable, or simply unevaluated, constitutes an implicit judgement that the 'expanding needs- to which expanding health care systems respond are either not of high enough priority to justify the expense, or simply not being met at all.<sup>56</sup>

I margini di miglioramento della salute sembrano essere sempre meno raggiungibili attraverso interventi legati all'aumento di prestazioni mediche o per effettiva inefficacia dei trattamenti o per l'enorme sproporzione tra l'investimento e i benefici ottenuti. Da questo punto di vista, gli autori affermano che il progresso medico in questa direzione

---

the health care systems of all developed societies. It is as if no temperature level were ever high enough, more and more fuel must always be added to the furnace(s)». *Ivi*, p. 1351.

<sup>54</sup> Cfr. R. Dubos, *Mirage of Health. Utopias, Progress, and Biological Change*, Rutgers University Press, New Brunswick 1987.

<sup>55</sup> Nell'articolo vengono elencati tre livelli di rischio. Il primo fa riferimento al pericolo di favorire malattie iatrogene, effetti collaterali di terapie o dolore provocato da trattamenti sproporzionati. Il secondo rinvia alla sproporzione tra costi e benefici. Il terzo livello invece riguarda il rischio di indurre una percezione del proprio stato di salute sbagliata, esagerando il senso di pericolo e favorendo atteggiamenti ipocondriaci e paranoici. Possiamo notare come questi ultimi due punti ricalchino perfettamente l'idea di una insostenibilità economica e psicologica presentata nell'ultimo paragrafo del primo capitolo.

<sup>56</sup> *Ivi*, p. 1352.

potrebbe aver raggiunto il suo limite estremo<sup>57</sup>.

Di contro all'esaurimento del miglioramento della salute attraverso il progresso biomedico, essi rilevano come interventi di tipo strutturale al di fuori del sistema sanitario sembrano dimostrarsi assai più efficaci nel promuovere livelli di salute migliori nella popolazione.

Per questo motivo gli autori tentano di costruire un modello (*framework*) diverso per comprendere il fenomeno della salute da un'altra prospettiva rispetto al paradigma biomedico che permea il modello del termostato. L'intento è quello di spostare l'attenzione delle politiche sanitarie da un modello centrato sull'assistenza sanitaria (*healthcare*) ad un modello che prenda in maggiore considerazione i fattori che determinano lo stato di salute. Si tratta di rompere gli stretti limiti del modello a termostato ed espandere lo sguardo verso quelle zone esterne la cui influenza nell'insorgere delle malattie è tutt'altro che trascurabile.

Prendendo spunto dal *Lalonde Report*<sup>58</sup>, un documento pubblicato dal governo canadese nel 1974, Evans e Stoddart ampliano il "modello del termostato" analizzato precedentemente aggiungendo tre nuovi elementi: lo stile di vita, l'ambiente e la biologia umana (figura 2).

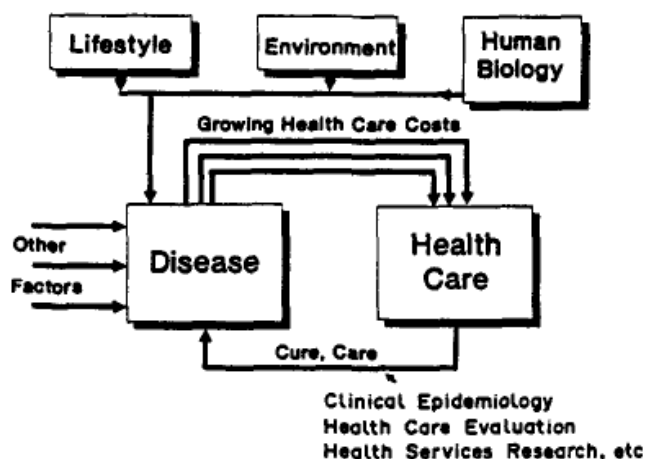


Figura 2- Il modello dei determinanti della salute

Fonte: R. G. Evans, G. L. Stoddart, *Producing Health, consuming Health Care*, cit., p. 1354.

Questi tre elementi sono inseriti all'interno di quegli "other factors" non specificati nel

<sup>57</sup> *Ivi*, p. 1353.

<sup>58</sup> M. Lalonde, *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document*, Ottawa: Report of the Government of Canada, 1974.

modello precedente che determinano l'insorgenza delle malattie. L'idea è che lo stile di vita individuale, l'ambiente circostante e alcuni fattori biologici individuali siano elementi che determinano l'insorgenza di stati patologici e meritino di essere indagati per potervi intervenire in modo efficace.

Al di là del modello specifico realizzato nella parte finale dell'articolo, dal modello in Figura 2 possiamo trarre due informazioni. In primo luogo, esso mostra come l'attenzione al funzionamento del sistema sanitario sia solo una parte del quadro di fattori che determinano lo stato di salute complessivo del sistema e che interventi in questo settore costituiscano un momento parziale delle politiche di salute pubblica. Il modello, in secondo luogo, suggerisce come per comprendere in modo più completo la complessità del fenomeno della salute sia necessario rovesciare lo sguardo guardando alle spalle della condizione patologica stessa per indagare la catena causale e la rete di fattori che la determinano.

Questo secondo aspetto costituisce il vero e proprio cambio di prospettiva. Il passaggio dal modello a termostato al modello dei determinanti costituisce un cambio di paradigma in senso qualitativo. Non si tratta di mettere in discussione o modificare un elemento del sistema o pensare ad una nuova strategia, mantenendo però la stessa impostazione di fondo, bensì di cambiare la logica stessa del sistema per spostare l'attenzione oltre l'orizzonte del modello stesso, adottando un nuovo punto di vista che non nega il precedente ma lo relativizza contestualizzandolo all'interno di un quadro di fattori più ampio e complesso.

Prima di passare al confronto diretto con gli studi sui determinanti della salute vorrei riprendere brevemente la questione della definizione di salute per mostrare la distinzione concettuale tra le due diverse prospettive che abbiamo incontrato in questa prima parte del capitolo. Ciò che vorrei far risaltare è come tale distinzione possa gettare una nuova luce sulle problematiche sollevate da un concetto esteso di salute, esplicitando due diversi modi di intendere tale estensione così da disambiguarne il significato.

### **2.1.2 Sulla definizione di salute: prospettive a confronto**

Ciò che costituisce un aspetto rilevante per il problema della definizione dei concetti di salute e malattia è il modo visivamente assai efficace in cui viene formulata la differenza

tra due modalità differenti di pensare la nozione di salute e l'idea di una sua espansione.

Nel primo caso, esemplificato dal modello (Figura 1), ci troviamo di fronte ad una nozione di salute pensata sulla base della nozione di malattia: salute è quello stato che deriva dall'assenza della malattia. Questa nozione è tipica di un paradigma biomedico il cui obiettivo principale è la cura. Da questa prospettiva, espandere il concetto di salute significa più propriamente espandere il concetto di malattia. Non a caso, gli autori definiscono con la formula "*expanding needs*" la strategia per aumentare il livello di salute seguendo la logica del primo modello. La salute non è il concetto primitivo, bensì è il risultato del processo che elimina i bisogni presentati al sistema.

I presupposti impliciti di questa prospettiva sono da un lato un concetto di malattia di tipo valutativo sovrapposto all'idea di bisogno, dall'altro la convinzione che la medicina attraverso il progresso della ricerca e l'ampiamiento delle risorse possa corrispondere pienamente a tali bisogni.

Se diamo per buona la sinonimicità tra bisogno e malattia, allora l'ampiamiento del concetto di malattia è una diretta conseguenza dell'espansione quantitativa e qualitativa dei bisogni individuali. Espansione quantitativa per quanto riguarda il numero di richieste rivolte all'impresa medica, espansione qualitativa, invece, per quanto riguarda la natura di tali richieste: ad essere presentate come questioni mediche, infatti, non sono soltanto problemi di natura fisiologica, ma anche disturbi emotivi e sociali come tristezza, disagi esistenziali o disadattamento. Da tale visione consegue, inoltre, una progressiva dilatazione degli spazi d'intervento della medicina, chiamata a corrispondere alle sempre nuove esigenze della società. L'esito estremo di questo processo è l'assoggettamento della definizione di salute all'arbitrarietà del capriccio individuale e la medicalizzazione di porzioni crescenti della vita umana.

Questa prima strada ricalca perfettamente le questioni che abbiamo già affrontato in modo approfondito nel capitolo precedente. Si tratta di una prospettiva che si muove all'interno di un paradigma biomedico, fondata su un'idea valutativa di salute intesa come assenza di malattia e di conseguenza orientata prevalentemente alla cura intesa nei termini del *to cure*. In questa prospettiva, è bene ripeterlo ancora una volta, estendere il significato di salute significa allargare il dominio delle condizioni considerate patologiche. Proprio come indicato da Callahan, Evans e Stoddart riconoscono che una tale traiettoria abbia esaurito gran parte del suo contributo nel migliorare le condizioni di

salute e che continuare per questa strada rappresenti un pericolo per la tenuta dei sistemi sanitari oltre che per l'incolumità fisica e psichica delle persone.

La natura della seconda prospettiva, presentata nel modello in Figura 2, è invece molto diversa. La salute è indagata dal punto di vista eziologico, nel senso della ricerca delle cause che influiscono sull'insorgenza della malattia. In questo caso non è in gioco il significato valutativo e normativo del termine salute, bensì la cornice fenomenologica nella quale la salute viene compresa. Detto in altri termini, non si tratta di capire che cosa *sia* (in senso valutativo) la salute, ma da *che cosa dipenda* la salute, quali relazioni ci siano tra condizioni patologiche e altre dimensioni della vita come i comportamenti individuali, le circostanze materiali, la società e l'ambiente.

Da questo punto di vista, estendere il concetto di salute ha un significato assai diverso. Nell'articolo, quest'idea è chiarita nel passaggio dal primo al secondo modello. In questo caso, non si tratta di estendere il dominio della salute includendovi nuove esigenze, rimanendo però all'interno di uno stesso modello, quello biomedico, bensì di ampliare l'orizzonte di comprensione del modello stesso analizzando la rete di relazioni causali che intervengono nel determinare le condizioni di salute. L'estensione, in questo senso, si riferisce all'ampiezza dell'orizzonte che viene adottato e alla distanza rispetto al singolo individuo delle cause della malattia.

Whatever the level of definition of health being employed, however, it is important to distinguish this from the question of the determinants of (that definition of) health.<sup>59</sup>

Dalla differenza di queste due prospettive deriva la distinzione tra un'idea di salute di natura valutativa e normativa definita in termini etico-filosofici e un'idea di salute centrata sull'indagine sistemica dei nessi che collegano le condizioni di salute a dimensioni come l'ambiente e la società.

Ciò che vorremmo sostenere è l'importanza che tale distinzione riveste all'interno delle riflessioni teoriche ma soprattutto bioetiche rispetto al concetto di salute.

In prima battuta, tale distinzione specifica come i due discorsi siano collocati su piani epistemologici differenti. Mentre la salute come concetto normativo e valutativo ha come dominio la filosofia, il discorso sui determinanti della salute si sviluppa principalmente nel campo dell'epidemiologia sociale, lavorando attraverso rilevazioni

---

<sup>59</sup> R. G. Evans, G. L. Stoddart, *Producing Health, consuming Health Care*, cit., p. 1348.

statistiche e correlazioni ottenute attraverso ricerche empiriche.

È bene soffermarsi brevemente su questo punto per chiarire alcuni possibili equivoci ed evitare di cadere in una semplificazione che abbiamo già criticato. Sostenere che lo studio sui determinanti si muova su un piano scientifico-descrittivo non significa eliminare del tutto la dimensione valutativa della salute. Come abbiamo visto con le critiche mosse a Boorse, qualsiasi ricerca di tipo statistico non può mai prescindere dal carattere valutativo dei concetti che utilizza. Se ad esempio l'obiettivo dell'epidemiologia sociale è individuare i nessi causali che legano la salute al contesto sociale, occorre comunque adottare in partenza una definizione di salute normativa. In altre parole, la risposta alla domanda filosofica sul concetto di salute resta il presupposto fondamentale di qualsiasi indagine di carattere meramente descrittivo. In secondo luogo, occorre tener presente che l'intero discorso epidemiologico si fonda su presupposti di tipo filosofico sia nei suoi concetti fondamentali sia nella sua pratica<sup>60</sup>. Infatti, i dati ottenuti attraverso le rilevazioni statistiche devono essere interpretati alla luce di concetti di relazione e causalità definiti filosoficamente. In più, come fanno notare Michael Marmot e Sridhar Venkatapuram<sup>61</sup>, la pratica scientifica stessa e il modo in cui i suoi risultati sono percepiti vengono influenzati da valori morali e prospettive etiche. Detto semplicemente, la teoria e la pratica dell'epidemiologia non si muovono all'interno di una dimensione puramente descrittiva, ma sono modellate da concetti filosofici e sono mosse dai valori sociali e individuali.

Chiariti dunque questi punti, non deve stupire che gli studi sui determinanti utilizzino un concetto di salute apparentemente riduttivo, definito molto spesso in termini di mortalità, aspettativa di vita, morbilità e assenza di disabilità. L'utilizzo di un tale concetto sembra più una necessità di tipo metodologico che una scelta, ovvero sia il bisogno di una definizione di salute che possa essere misurata numericamente per ottenere dati statistici.

Il modello messo all'opera negli studi sui determinanti, dunque, è sostanzialmente il seguente: rilevare attraverso una correlazione ottenuta da dati statistici l'incidenza di un fattore sulle condizioni di salute di un campione di individui. La lente di ingrandimento punta sempre a mettere in evidenza la correlazione tra un fattore estraneo al campo

---

<sup>60</sup> Cfr. S. Venkatapuram, M. Marmot, *Epidemiology and Social Justice in light of Social Determinants of Health Research*, "Bioethics", 23 (2), 2009, pp. 79-89.

<sup>61</sup> *Ivi*, p. 80.



biomedico come il lavoro, l'educazione, il sistema politico o le condizioni ambientali con la salute somatica. Tale correlazione è poi interpretata alla luce di teorie che forniscono spiegazioni differenti sulla causa primaria e sui meccanismi che conducono da questa alle condizioni di salute finali.

Il discorso filosofico, invece, si fonda su argomentazioni e attribuzioni di valore. Nel caso specifico delle teorie sulla salute, ciò che distingue il discorso etico-filosofico dal discorso sui determinanti è il fatto che mentre il secondo mette in luce una relazione il primo attribuisce un valore intrinseco ad alcune declinazioni della salute. Prendiamo ad esempio il tema della salute mentale. Mentre nelle ricerche sui determinanti le condizioni psichiche di un soggetto sono spesso considerate alla luce degli effetti sulla sua salute biologica declinata in termini di disposizione a malattie, mortalità e aspettativa di vita, la definizione di salute dell'OMS sembra attribuire al benessere psichico e sociale un valore intrinseco tale per cui esso deve essere garantito per se stesso, e non in vista di altro.

Detto in questi termini, la distinzione tra le due prospettive che abbiamo individuato serve in ultima istanza a distinguere in merito alla salute dei discorsi descrittivi, che espongono le relazioni tra fenomeni, da discorsi prescrittivi che invece identificano valori e istanze normative. Se la differenza può sembrare sottile, occorre sottolineare come misconoscere questo passaggio produca pericolose ambiguità e fraintendimenti. Da un punto di vista bioetico, ad esempio, è assai diverso sostenere che il benessere sociale è (in senso prescrittivo) una parte costitutiva dell'idea di salute piuttosto che il benessere sociale *influisce* sullo stato di salute. Mentre la prima formulazione esprime un significato prescrittivo individuando un valore da raggiungere, la seconda mostra una descrizione della relazione tra due elementi. Descrizione che tuttavia, lo ricordiamo ancora una volta, è comunque fondata su concetti di natura valutativa.

Questa distinzione concettuale ci permette di leggere da un altro punto di vista la definizione di salute dell'OMS e, più in generale, le teorie olistiche sulla salute, evitandoci di ricadere nelle problematiche evidenziate nel capitolo precedente. Nello specifico, il riferimento allo stato di benessere mentale e sociale presente nella definizione dell'OMS può essere interpretato non in senso normativo, tale per cui il benessere mentale e sociale è salute e va perseguito per se stesso, ma in senso relativo, riferendosi al fatto che situazioni psicologiche e sociali intrattengono una forte relazione con lo stato di

salute del corpo e vanno per questo tenute in debita considerazione. Da questa diversa angolatura, l'intento della definizione pare assumere un significato più comprensibile e misurato: spostare l'attenzione nei discorsi sulla salute dalla sola malattia all'insieme dei fattori psicologici e sociali che influiscono sull'organismo così da favorire uno sguardo più ampio che permetta di intervenire più efficacemente sulle cause della malattia e promuovere la salute.

Uno sguardo storico sullo sviluppo di una simile prospettiva sembra corroborare questo tipo di interpretazione.

## **2.2 Dai fattori contestuali ai determinanti sociali della salute**

### **2.2.1 Lo sviluppo storico dello studio sui determinanti**

La consapevolezza del contributo apportato dalle condizioni ambientali e sociali all'insorgenza delle malattie non è un'acquisizione degli ultimi cinquant'anni. Rudolf Virchow, celebre medico vissuto nel XIX secolo, capostipite della patologia cellulare, fu uno dei primi medici ad attribuire alle condizioni materiali e sociali il ruolo di principale causa di malattia e di morte. Già nella seconda metà dell'Ottocento egli osservò come le condizioni sociali svantaggiose unite ad ambienti estremamente affollati contribuissero in modo incisivo ad aumentare la suscettibilità delle persone agli agenti infettivi e favorissero lo sviluppo di epidemie. Per questo motivo egli era convinto che malattie infettive come tubercolosi e colera non richiedessero soltanto un intervento clinico, volto a fornire farmaci o terapie per curare i singoli malati, ma fossero da affrontare tramite interventi più estesi che solo la politica poteva attuare. Celebre, in questo senso, la sua affermazione secondo la quale la medicina fosse una scienza sociale e la politica non fosse altro che medicina su larga scala.

Nonostante questa precoce acquisizione da parte di Virchow, la consapevolezza dell'impatto sulla salute del contesto ambientale e sociale sembra generalmente trascurata dalla fine dell'Ottocento almeno fino agli anni Settanta del Novecento. Tale disinteresse può essere spiegato mettendo in relazione due fattori. Da una parte è probabilmente dovuto al poderoso sviluppo medico realizzato nella prima metà del secolo scorso: la scoperta di nuovi farmaci come gli antibiotici e l'utilizzo massiccio della vaccinazione fornirono strumenti decisivi per la cura e la prevenzione di moltissime malattie infettive, migliorando la salute complessiva della popolazione. Dall'altra parte la

creazione di sistemi sanitari universalistici e la nascita del *welfare state* favorirono un ambiente sociale migliore garantendo maggiori possibilità di cura, il diritto all'istruzione e la protezione contro la povertà. Il miglioramento delle condizioni sociali favorì il progresso della salute della popolazione. Da questo punto di vista, il procedere in parallelo di sviluppo medico e sviluppo sociale nella prima parte del Novecento, migliorando sinergicamente le condizioni di salute, avrebbe "nascosto" il ruolo dei determinanti sociali della salute mostrandone solo il lato positivo.

La fine degli anni Settanta e l'inizio degli anni Ottanta costituirono un momento di svolta per lo studio della salute sia da un punto di vista metodologico che epistemologico, nonché un cambio di rotta nelle politiche di salute internazionali.

In modi diversi, il modello biomedico dominante iniziava a mostrare delle criticità. Da un lato, il progresso medico sembrava non riuscire più ad apportare significativi miglioramenti alla salute della popolazione, se non a costi sproporzionati, mentre la percezione di una crescente inflazione di prestazioni sanitarie immotivate e inefficaci si faceva sempre più diffusa<sup>62</sup>. Accanto a questo eccesso di servizi, altri aspetti della pratica di cura come l'assistenza e l'alleviamento del dolore venivano declassati a strategie d'emergenza, da intraprendere là dove la tecnologia medica non era ancora arrivata. Dall'altro lato, emergevano con sempre maggiore evidenza le forti disuguaglianze tra le condizioni di salute dei Paesi sviluppati e quelli in via di sviluppo e una strategia orientata solamente a garantire medicinali e cure risultava del tutto insufficiente ad affrontare le radici strutturali di tali disuguaglianze. In più, come vedremo a breve, alcune ricerche misero in luce come anche all'interno dei paesi ricchi si evidenziassero forti disuguaglianze nella salute tra le classi sociali, nonostante la medesima possibilità di accesso ai servizi del sistema sanitario nazionale.

Sul versante delle politiche internazionali, il cambio di direzione intrapreso dell'OMS rappresentò un forte elemento di novità. Dopo aver concentrato la propria azione per quasi tre decenni verso programmi di controllo ed eliminazione di malattie infettive come sifilide, malaria e vaiolo, l'OMS, sotto la guida del nuovo Direttore generale Hafdan Mahler, annunciò un nuovo programma denominato "Salute per tutti entro l'anno 2000", appoggiato da tutti i governi del mondo ad Alma Ata nel 1978. La rottura con il paradigma precedente è testimoniata dalle parole dello stesso Mahler:

---

<sup>62</sup> Cfr. A. L. Cochrane, *L'inflazione medica. Efficacia ed efficienza nella medicina*, trad. it. di E. Coffano, Feltrinelli, Milano 1978.

Health For All implies the removal of the obstacles to health – that is to say, the elimination of malnutrition, ignorance, contaminated drinking water and unhygienic housing – quite as much as it does the solution of purely medical problems.<sup>63</sup>

La Dichiarazione di Alma Ata individuava nella *Primary Health Care* la strategia più adatta al raggiungimento dell'obiettivo della salute per tutti, specificando come essa non riguardasse soltanto il sistema sanitario ma coinvolgesse anche settori quali l'agricoltura, la zootecnica, la produzione alimentare, l'industria, l'istruzione, l'edilizia, i lavori pubblici e le comunicazioni<sup>64</sup>. Sul piano morale i temi dell'equità (punto 2) e della giustizia sociale (punto 5) costituivano la cornice etica complessiva della Dichiarazione.

Per quanto riguarda invece il versante teorico e metodologico, un primo importante passo verso una concezione più complessa di salute venne realizzato nel 1976 quando Thomas McKeown, un noto epidemiologo inglese, pubblicò il celebre libro: *The Role of Medicine. Dream, Mirage, or Nemesis*<sup>65</sup>. In questo lavoro, McKeown criticava alla radice le tradizionali linee di ricerca della medicina e della politica sanitaria:

Medical science and services are misdirected, and society's investment in health is not well used, because they rest on an erroneous assumption about the basis of human health. It is assumed that the body can be regarded as a machine whose protection from disease and its effects depends primarily on internal intervention. The approach has led to indifference to the external influences and personal behaviour which are the predominant determinants of health.<sup>66</sup>

La proposta di McKeown consisteva nello spostare l'attenzione della ricerca medica dalla spiegazione dei meccanismi delle malattie all'indagine sulle cause più profonde dello stato patologico. Per sostenere questa tesi, l'epidemiologo mostrò come il tasso di mortalità in Inghilterra per alcune malattie infettive come tubercolosi, polmonite e febbre tifoide non fosse direttamente legato ad interventi di tipo farmaceutico, ma avesse storicamente registrato una drastica riduzione prima dell'introduzione dei farmaci contro tali malattie. Ad esempio, secondo un grafico da lui ricostruito, la riduzione del tasso di mortalità della tubercolosi operata dalla streptomina nel periodo 1848-1971 era riferibile soltanto al 3,2% della riduzione totale<sup>67</sup>. L'autore riteneva tale fenomeno

---

<sup>63</sup> H. Mahler, *The Meaning of Health of All by the Year 2000*, "World Health Forum", 1981, 2 (1), pp. 5-22.

<sup>64</sup> World Health Organization, *Alma-Ata Declaration*, WHO, 1978, [https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf), p. 3.

<sup>65</sup> T. McKeown, *The Role of Medicine. Dream, Mirage, or Nemesis*, Princeton University Press, Princeton 1976.

<sup>66</sup> *Ivi*, pp. XV-XVI.

<sup>67</sup> *Ivi*, pp. 92-93.

una conseguenza del miglioramento delle condizioni di vita della popolazione definite in termini di nutrizione, ambiente e stili di vita. Per riferirsi all'insieme di questi fattori egli utilizzò per la prima volta la formula "determinanti della salute"<sup>68</sup>.

L'anno successivo alla pubblicazione del volume di McKeown, lo psichiatra George Libman Engel pubblicò nella rivista *Science* un articolo nel quale esponeva un nuovo modello medico centrato sulla complessità della persona: il modello bio-psico-sociale<sup>69</sup>. Engel pose l'accento sul riduzionismo del modello di medicina allora dominante, ovvero il modello biomedico, il quale impediva di prendere in dovuta considerazione nella definizione delle cause della malattia altre dimensioni oltre a quella biologico-somatica. In questo modo, per l'autore, la medicina si trovava da una parte a produrre una visione miope circa le cause delle malattie, concentrandosi soltanto sugli agenti biologici patogeni e sulle cause prossimali, dall'altra si limitava ad offrire una mera assistenza tecnica, disinteressata alle dimensioni psicologiche e sociali del paziente, e perciò poco attenta alla complessità della persona. Di contro, Engel riteneva che per offrire un'assistenza efficace fosse necessario considerare il paziente alla luce di tre dimensioni: somatica, psicologica e sociale. In questo modo, secondo lo psichiatra, sarebbe stato possibile da un lato risalire alle cause distali della malattia, ad esempio una dieta sbagliata nel caso di malattie circolatorie, non limitandosi alla semplicistica somministrazione di farmaci, e dall'altro prendere in carico la complessità del paziente, ascoltando e interpretando il significato personale dell'esperienza dell'infermità. Il modello bio-psico-sociale, dunque, prevedeva una visione più olistica della salute e della persona prendendo in considerazione sia in sede teorica che pratica la dimensione psicologica e sociale oltre che quella somatica.

Se i lavori di McKeown e Engel rappresentarono un contributo assai importante per un cambio di prospettiva dal punto di vista teorico, la pubblicazione del *Black Report* in Gran Bretagna all'inizio degli anni Ottanta costituì la svolta decisiva negli studi sui determinanti, inaugurando una nuova serie di ricerche incentrate sul concetto di determinanti sociali.

---

<sup>68</sup> Per correttezza scientifica, occorre precisare come le tesi di McKeown siano state criticate e parzialmente messe in discussione sia per la poca accuratezza dei dati presentati sia per l'eccessiva minimizzazione dell'importanza di terapie farmacologiche nel contenere malattie infettive. Cfr. J. Colgrove, *The McKeown Thesis: A Historical Controversy and Its Enduring Influence*, "American Journal of Public Health", 92 (5), 2002, pp. 725-729; B. Bynum, *The McKeown Thesis*, "The Lancet", 371 (9613), 2008, pp. 644-645.

<sup>69</sup> Cfr. G. L. Engel, *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*, "Science", 196 (4286), 1977, pp. 129-136.

Esito del lavoro triennale della Commissione sulle disuguaglianze di salute, il *Report* evidenziava come la mortalità in età lavorativa fosse connessa allo status sociale, determinato in base alla classe occupazionale di appartenenza. Ciò che risultava era un nesso tra lo status sociale e le condizioni di salute tale per cui alle classi più agiate corrispondeva un minor tasso di mortalità rispetto a quelle più svantaggiate. La differenza non riguardava soltanto le classi più alte e quelle più basse, ma l'intera scala: ogni livello aveva una mortalità minore del livello inferiore e maggiore del livello superiore. La potenza dirompente del *Report* consistette nel fatto che esso mise in luce come nonostante la presenza trentennale di un sistema sanitario universalistico, il *National Health Service*, le disuguaglianze nella salute all'interno della popolazione fossero aumentate in concomitanza alle disuguaglianze socioeconomiche.

Il *Report*, inoltre, compiva un passo ulteriore rispetto ai discorsi sui determinanti di Engel e McKeown. Lo studio, infatti, mostrava come ad essere determinanti della salute non fossero soltanto fattori di ordine materiale e "naturale" come le condizioni abitative e lavorative, gli stili di vita e la nutrizione, ma anche fattori di natura puramente sociale, come lo status sociale di un individuo definito in base alla classe occupazionale. Detto in altri termini, ciò che sembrava emergere dal *Black Report* era che a determinare le condizioni di salute degli individui non fossero solo condizioni individuali o naturali, ma la struttura stessa della società. Si tratta di un passaggio che può sembrare poco significativo, ma che in realtà ha aperto un vero e proprio filone di nuovi studi volti ad indagare in che modo e attraverso quali meccanismi la struttura della società determina le condizioni di salute degli individui. In questa prospettiva si è iniziato più propriamente a parlare di determinanti *sociali* della salute.

La pubblicazione del *Report* sollevò immediatamente rilevanti questioni etiche ed assunse connotati politici: se le disuguaglianze in termini di salute sono provocate dalle disuguaglianze sociali, allora – in nome del principio di uguaglianza e giustizia – bisogna intervenire su queste ultime per eliminare le condizioni evitabili che producono tali disuguaglianze. Le disuguaglianze rispetto alla salute erano avvertite in modo ancora più intollerabile rispetto a quelle sociali o economiche perché, mentre le seconde intaccavano la vita sociale e materiale, le prime segnavano una vera e propria differenza biologica incidendo direttamente sulla durata della vita degli individui.

Dall'altra parte, restava aperto il problema di come intendere il nesso causale tra salute

e status sociale, aspetto di cruciale importanza senza il quale le rivendicazioni etico-politiche avrebbero perso mordente. Una correlazione statistica, infatti, non è sufficiente a fornire una spiegazione esaustiva del legame tra due fenomeni differenti; essa può segnalare una concomitanza, può indicare la possibilità della relazione, ma non dice nulla di definitivo su di essa. Per questo motivo si sviluppò un acceso dibattito intorno alle spiegazioni causali dei dati che, come vedremo più avanti, ha prodotto diverse linee teoriche.

Quasi vent'anni più tardi, precisamente nel 1998, venne pubblicato il volume *Independent Inquiry into Inequalities in Health: Report*<sup>70</sup> contenente i risultati della ricerca sulle disuguaglianze nella salute nel Regno Unito affidata a Donald Acheson dal nuovo ministro della Sanità e condotta l'anno precedente. Ciò che emerse confermò la direzione del *Black Report*: le disuguaglianze nella salute negli ultimi vent'anni erano cresciute parallelamente alle disuguaglianze socioeconomiche. In particolare, venne evidenziato come i benefici in termini di longevità e diminuzione della mortalità procedessero in modi assai differenti nelle diverse classi sociali, segnando valori estremamente positivi per le classi più agiate mentre per le classi più basse il miglioramento era assai contenuto o addirittura inesistente<sup>71</sup>. Per condurre l'indagine venne utilizzato un modello divenuto poi celebre, ovvero il modello socioeconomico (*socioeconomic model of health and its inequalities*), rappresentato nella seguente figura.

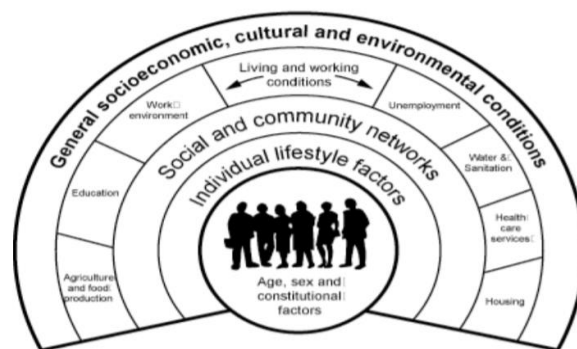


Figura 3- Socioeconomic model of health inequalities.

Fonte: D. Acheson, *Independent Inquiry into Inequalities in Health: Report*, cit., p. 110.

<sup>70</sup> D. Acheson, *Independent Inquiry into Inequalities in Health: Report*, UK Stationery Office, London 1997, [http://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/265503/ih.pdf](http://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/265503/ih.pdf).

Tale modello include diversi strati concentrici ordinati in base all'estensione e all'impatto generale sulla salute degli individui. Il cerchio centrale e il primo anello indicano i fattori individuali, mentre ogni anello successivo individua una zona più estesa, fino a raggiungere la fascia più esterna delle condizioni socioeconomiche, culturali e ambientali generali. L'utilizzo di questo modello così ampio permise di rilevare con maggiore chiarezza gli effetti del contesto socioeconomico sulla salute della popolazione, giungendo alla drastica conclusione espressa nel resoconto del *Report*: «health inequalities are the outcome of causal chains which run back into and from the basic structure of society»<sup>72</sup>.

I risultati dei *Report* di Black e Acheson aprirono il campo ad una serie di ricerche improntate sullo stesso modello di indagine anche in altri Paesi europei, registrando conclusioni assai simili.

L'ultima tappa di questo percorso storico si avvicina ai giorni nostri ed è rappresentata dal lavoro realizzato dalla Commissione sui determinanti sociali della salute.

La consapevolezza dell'importanza dei determinanti sociali e la crescente domanda di giustizia sociale spinsero il Direttore generale dell'OMS Lee Jong- Wook a istituire nel 2005 la *Commission on Social Determinants of Health* (CSDH) con gli obiettivi di raccogliere studi ed evidenze sull'impatto dei determinanti e di rielaborare tali informazioni in linee guida per i governi di tutto il mondo in vista del raggiungimento di un più alto livello di giustizia sociale ed equità nella salute. Il lavoro della Commissione rappresenta il grado più avanzato degli studi sui determinanti sia dal punto di vista teorico che applicativo. Riguardo il secondo aspetto, la CSDH non si è limitata a studi su scala nazionale, ma ha applicato il modello dei determinanti sociali all'interno di una cornice globale. Dal punto di vista teorico, come vedremo nel paragrafo 2.3, il modello concettuale realizzato per comprendere le dinamiche dei determinanti è estremamente elaborato e racchiude in modo sintetico le principali linee teoriche di studio sul tema. Nel rapporto conclusivo dei lavori, *Closing the Gap in a generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*<sup>73</sup>, venne marcata la fondamentale importanza per la promozione della salute di politiche in linea con i risultati degli studi

---

<sup>72</sup> D. Acheson, *Independent Inquiry into Inequalities in Health: Report*, cit., p. 11.

<sup>73</sup> Commission on Social Determinants of Health, *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*, (Final Report of the Commission on Social Determinants of Health), World Health Organization, Geneva 2008.



sui determinanti sociali alla luce del fatto che

the high burden of illness responsible for appalling premature loss of life arises in large part because of the conditions in which people are born, grow, live, work, and age<sup>74</sup>.

Tali condizioni venivano principalmente ricondotte all'azione modellante di dinamiche economiche e politiche ritenute le cause fondamentali dell'insorgenza di malattie.

In generale, come vedremo approfonditamente più avanti, la CSDH ha utilizzato un modello concettuale incentrato sulla dimensione sociale dei determinanti, sostenendo che la posizione sociale all'interno della gerarchia sociale è ciò che determina in modo preponderante le condizioni di salute di un soggetto.

Il modello della CSDH sembra rappresentare l'esito finale dell'approccio rivolto ai determinanti *sociali* della salute. Virchow, Engel, McKeown, Evans e Stoddart si riferiscono ai determinanti della salute in modo generale, per riferirsi a quei fattori contestuali che intervengono nell'influenzare le condizioni di salute di un soggetto. Dal *Black Report* in poi, invece, l'attenzione viene rivolta soprattutto al ruolo svolto dalla posizione sociale definita tramite diversi indicatori.

Nel prossimo paragrafo cercheremo di capire il motivo per il quale la posizione sociale ha assunto una tale rilevanza nei discorsi sui determinanti. Lo faremo mostrando come altri determinanti risultino insufficienti nello spiegare esaurientemente i risultati di alcuni studi e come invece la posizione sociale rappresenti lo strumento più efficace per cogliere l'andamento medio delle condizioni di salute all'interno di gruppi di popolazione.

## **2.2.2 Le evidenze negli studi: alla ricerca delle cause fondamentali**

### **a. Fattori biologici, stili di vita e accesso ai servizi sanitari**

Iniziamo confrontandoci con un punto di vista generalmente condiviso che considera come principali fattori determinanti della salute i fattori biologici, gli stili di vita e il grado di accesso ai servizi sanitari.

Nel modello rappresentato in Figura 3 possiamo osservare come fattori di ordine biologico individuale quali corredo genetico, sesso ed età costituiscano i determinanti più prossimali. Come possiamo notare, in questo primo livello siamo di fronte a fattori

---

<sup>74</sup> *Ivi*, p. 1.

individuali di carattere naturale, che non sono cioè, in linea generale, risultato di scelte o azioni umane ma dipendono principalmente da meccanismi naturali. Il corredo genetico, ad esempio, si eredita dai genitori e contribuisce all'insorgenza di molte malattie. Più in generale, esso influenza la costituzione dell'organismo nel suo complesso rendendolo più o meno vulnerabile alle patologie. Allo stesso modo, sesso ed età influenzano la capacità di risposta dell'organismo ad agenti patogeni e giocano un ruolo primario per lo stato di salute di una persona.

Ma oltre a fattori naturali, in linea di massima imm modificabili, anche le scelte di vita e le abitudini individuali influiscono sulle condizioni di salute di una persona. Uno stile di vita sano che eviti il consumo di alcol, di cibi ipercalorici, di tabacco e segua una dieta sana abbinata all'esercizio fisico è sicuramente uno dei fattori più importanti per preservare e migliorare lo stato di salute. Al contrario, abitudini come il tabagismo, l'alcolismo o una vita sedentaria sono spesso causa di danni alla salute e indebolimento dell'organismo. A differenza dei fattori naturali, in questo caso si tratta di aspetti frutto di scelte individuali e collettive sui quali è quindi possibile intervenire attivamente.

Oltre a questi elementi di carattere individuale, un ulteriore elemento che riveste sicuramente un'enorme importanza nel determinare le condizioni di salute è la possibilità di accesso ai servizi sanitari. Poter eseguire screening di prevenzione, potersi riferire ad un medico di fiducia, avere l'accesso a medicinali o interventi chirurgici in modo gratuito o per lo meno economicamente sostenibile sono elementi di fondamentale rilevanza nel determinare il livello di esposizione e vulnerabilità a fattori di rischio per la salute. L'OMS ha stimato che ogni anno circa mezzo milione di donne perda la vita durante la gravidanza o al momento del parto a causa della mancanza di accesso ai servizi sanitari. Più in generale, oltre la metà della popolazione mondiale non ha garantito l'accesso ai servizi sanitari di base e rischia di spendere cifre consistenti a causa di una malattia, mettendo così a repentaglio la sicurezza e la salute di intere famiglie<sup>75</sup>.

Ma i fattori biologici, gli stili di vita e il grado di accesso ai servizi sanitari sono gli unici elementi che determinano lo stato di salute? Essi sono sufficienti a spiegare tutte le differenze di salute oppure entrano in gioco anche altri aspetti?

La risposta, come ci viene già suggerito dal modello socioeconomico in Figura 3, è che la triade di fattori che abbiamo individuato non esaurisca il ventaglio dei determinanti della

---

<sup>75</sup> Cfr. G. Maciocco, F. Santomauro, *La salute globale. Determinanti sociali e disuguaglianze*, Carocci Editore, Milano 2016, pp. 43-47.

salute, ma debba invece essere inserita all'interno di un quadro più ampio. Questo ulteriore passaggio permette da una parte di evitare ricadute in prospettive di tipo biomedico incentrate soltanto sull'individuo, dall'altra di spiegare i risultati di alcuni importanti studi che hanno messo in relazione la posizione sociale alla salute.

Un esempio in questa direzione è costituito dai famosi *Whitehall Studies*, un gruppo di ricerche sulle condizioni di salute dei dipendenti pubblici (*civil servants*) condotte dagli anni Settanta dello scorso secolo nel Regno Unito attraverso un'indagine longitudinale durata 25 anni. Dai risultati ottenuti venne constatato come l'andamento della mortalità seguisse in modo inverso il livello di responsabilità nella gerarchia occupazionale. Nello specifico, gli impiegati al secondo livello presentavano una mortalità per ogni causa di morte e in particolare per malattie cardiovascolari superiore del 25% rispetto ai dirigenti, quelli del terzo una mortalità superiore del 60% e quelli dell'ultimo livello addirittura dell'80%. I risultati stupirono i ricercatori stessi, convinti di riscontrare una maggiore mortalità per malattie cardiocircolatorie negli individui ai vertici della gerarchia, soggetti a condizioni di stress continuo. Ma ciò che stupì ancora di più furono i risultati della ricerca sulle cause della differenza di mortalità.

In primo luogo, venne riscontrato come stili di vita dissimili e livelli di pressione arteriosa, glicemia e colesterolemia diversi spiegassero meno di un terzo delle differenze in mortalità<sup>76</sup>. In secondo luogo, nemmeno differenze nell'assistenza sanitaria sembravano poter spiegare i risultati. Infatti, oltre al fatto che tutti i dipendenti avevano accesso ai servizi di base del *National Health Service*, venne notato che al discendere nella scala gerarchica corrispondevano maggiori accertamenti cardiologici e interventi coronarici per cui i dipendenti dei livelli più bassi utilizzavano addirittura più servizi dei loro superiori. Ciò indusse a pensare che la causa principale delle differenze risiedesse nel grado di subordinazione lavorativa degli individui. Per esprimere questo fenomeno Michael Marmot, direttore della ricerca e autore di riferimento negli studi sui determinanti sociali della salute, ha coniato la formula *Status Syndrome*<sup>77</sup>. Creando scarso controllo sul proprio lavoro, bassa partecipazione e perdita di autonomia, la subordinazione lavorativa genera reazioni di stress nell'organismo che alla lunga

---

<sup>76</sup> M. G. Marmot, G. Rose, M. Shipley, P. J. S. Hamilton, *Employment Grade and Coronary Heart Disease in British Civil Servants*, "Journal of Epidemiology and Community Health", 2 (4), 1978, pp. 244-249.

<sup>77</sup> M. G. Marmot, *Status Syndrome: A Challenge to Medicine*, "The Journal of the American Medical Association", 295 (11), 2006, pp. 1304-1307.

provocano un maggior rischio di incorrere in malattie. Il grado di occupazione, dunque, influenza meccanismi psicobiologici che favoriscono o meno patologie, producendo disuguaglianze nella salute tra individui.

Un'altra importante scoperta dei *Whitehall Studies* fu il rapporto tra stili di vita e posizione lavorativa. Nello specifico, venne rilevato come la percentuale di fumatori in una determinata fascia di dipendenti diminuisse al salire di grado: mentre nella fascia inferiore a fumare era il 33,6% dei dipendenti, al grado più alto la percentuale scendeva all'8,3%. Ciò suggeriva come non solo la mortalità, ma anche gli stili di vita individuali fossero intimamente collegati alla posizione socioeconomica, rilevata in questo caso attraverso il grado di occupazione. Più recentemente, altri studi hanno messo in relazione abitudini di vita dannose per la salute come tabagismo, inattività fisica, consumo eccessivo di alcol e dieta scorretta con la posizione socioeconomica giungendo agli stessi risultati dello studio inglese: i comportamenti individuali rispetto alla salute sono correlati al contesto socioeconomico<sup>78</sup>.

Ciò dimostra l'ipotesi di partenza: i fattori biologici e comportamentali individuali nonché l'accesso ai servizi sanitari non sono sufficienti a spiegare in modo esaustivo le condizioni di salute.

Più in generale, come sottolineato da Paula Lantz, Richard Lichtenstein e Harold Pollack<sup>79</sup>, una prospettiva di salute pubblica fondata sull'idea che i principali fattori determinanti per la salute della popolazione siano fattori biologici, comportamentali e la mancanza di accesso all'assistenza sanitaria nasce da una concezione medicalizzata di salute che richiama dei tratti che abbiamo già incontrato. Per questo tipo di posizione i problemi di salute consistono in «individual failures of biology, hygiene, and behavior»<sup>80</sup> e i principali strumenti per risolvere tali fallimenti consistono in trattamenti di tipo biomedico messi a disposizione dai medici o altri specialisti. Si tratta dello stesso funzionamento del “modello a termostato” presentato nella parte iniziale di questo capitolo.

## **b. Crescita economica e aspettativa di vita**

Constatato come fattori biologici e comportamentali individuali nonché grado di

---

<sup>78</sup> Institute of Medicine, *Health and Behavior: The Interplay of Biological, Behavioral, and Social Influences*, National Academies Press, Washington DC 2001, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43750/>.

<sup>79</sup> P. M. Lantz, R. L. Lichtenstein, H. A. Pollack, *Health Policy Approaches to Population Health: The Limits of Medicalization*, “Health Affairs”, 26 (5), 2007, pp. 1253-1257.

<sup>80</sup> *Ivi*, p. 1254.

accesso all'assistenza sanitaria non siano i determinanti decisivi, un'idea semplicistica sui meccanismi che legano la salute all'ambiente sociale potrebbe portare a concludere che il principale fattore determinante per la salute sia lo sviluppo economico di un Paese. Effettivamente, da un punto di vista globale, confrontando, ad esempio, l'aspettativa di vita alla nascita in paesi economicamente meno sviluppati dell'Africa con l'aspettativa di vita in Paesi caratterizzati da fiorente economia come Giappone o Svezia, il discorso sembra filare liscio: mentre nei primi una persona ha un'aspettativa di vita intorno ai 50 anni, nei secondi può tranquillamente sperare di vivere fino ad 80 anni. Allo stesso modo, anche l'andamento espresso in grafici che mettono in relazione il reddito e lo stato di salute su scala nazionale ha mostrato come le fasce più povere della popolazione versino in condizioni di salute peggiori rispetto a quelle più ricche. In questa prospettiva, la strategia politica più efficace per migliorare il grado complessivo di salute della popolazione consisterebbe nell'investire il più possibile in vista dello sviluppo economico e dell'aumento della ricchezza dei cittadini.

Tuttavia, pur essendo fattori di grande rilevanza, lo sviluppo e il benessere economico non influiscono in modo lineare sulle condizioni di salute né costituiscono gli unici determinanti grazie ai quali è possibile rendere conto precisamente delle condizioni di salute, come dimostrato nel grafico seguente.

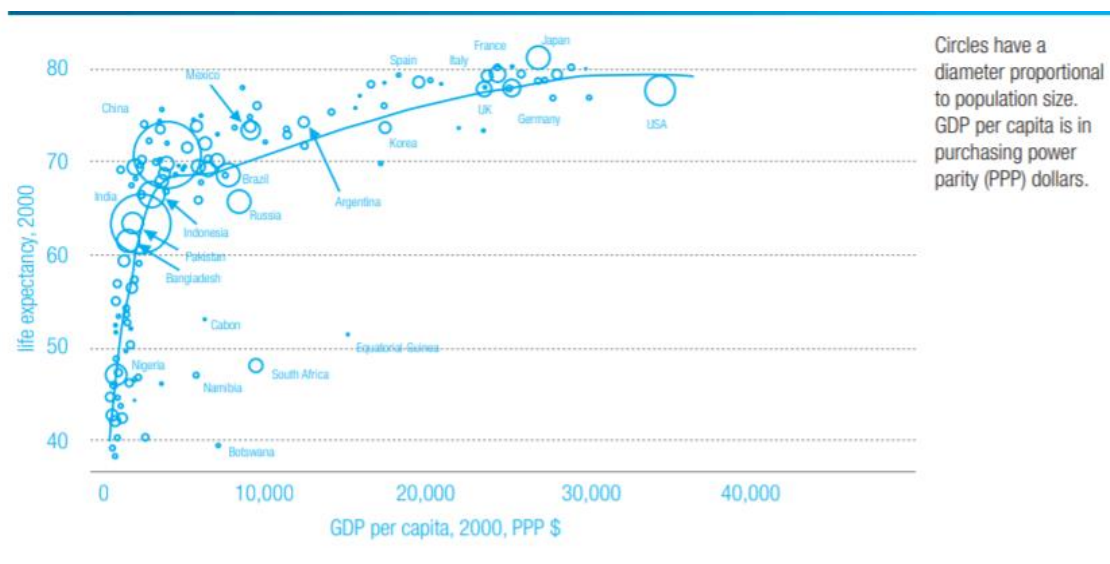


Figura 4- Curva di Preston: speranza di vita alla nascita e PIL pro capite.

Fonte: Commission on Social Determinants of Health, *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*, cit., p. 37.

Il grafico rappresenta la cosiddetta curva di Preston<sup>81</sup>, dal nome dell'economista che l'ha realizzata. Essa rileva la correlazione tra il prodotto interno lordo (PIL) di una nazione, espresso nell'asse orizzontale, e l'aspettativa di vita alla nascita (*life expectancy at birth* -LEB), espressa nell'asse verticale, nei diversi paesi del mondo, rappresentati con un cerchio di grandezza proporzionale al numero di abitanti. La linea rappresenta la LEB media di una nazione rispetto all'anno 2000.

Come è facilmente osservabile, il grafico mostra una fortissima correlazione tra crescita economica e LEB fino a circa 5000\$ di PIL pro capite: a questo livello piccole variazioni di reddito hanno un grande impatto sull'aspettativa di vita. Sopra questa soglia, invece, l'aumento del reddito non segue più lo stesso andamento e va mano a mano appiattendosi, soprattutto oltre i 15000\$. Ciò dimostra come la crescita economica non sia un fattore di crescita lineare per la salute.

Dal grafico, inoltre, è possibile constatare un altro importante dato. Molti paesi con lo stesso PIL presentano sostanziali differenze in termini di LEB. L'Argentina, ad esempio, pur avendo un PIL pro capite di poco inferiore alla Guinea Equatoriale, presenta una LEB superiore di 20 anni rispetto a quest'ultima; allo stesso modo, il Sud Africa, pur avendo grossomodo lo stesso PIL di Brasile e Messico, ha un'aspettativa di vita decisamente inferiore dei paesi americani. Nel 2007 a fronte di un PIL pro capite di 45000\$, gli Stati Uniti segnavano una LEB di 78 anni, esattamente come in Cile e Costa Rica, paesi che tuttavia avevano un PIL pro capite quattro volte inferiore a quello degli Usa. Questo secondo dato suggerisce come il PIL, pur rivestendo un ruolo molto importante, non costituisca l'unico elemento determinante, ma vada affiancato da altri fattori.

Nello specifico, la crescita economica non è un indicatore sufficiente dal momento che essa non tiene conto delle dinamiche economiche e politiche che distribuiscono in modo diseguale i benefici nella popolazione<sup>82</sup>. Il PIL pro capite di uno stato può anche essere molto alto, ma ciò non significa affatto che tutti i cittadini abbiano lo stesso reddito.

Per questo motivo, per cogliere più nel dettaglio l'impatto della struttura sociale sulla salute, è assai più efficace prendere in considerazione il reddito individuale e metterlo in relazione alle condizioni di salute. Il risultato, in questo caso, va a formare un grafico che

---

<sup>81</sup> S. H. Preston, *The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development*, "International Journal of Epidemiology", 36 (3), 2007, pp. 484-490.

<sup>82</sup> Degli esempi di incongruenza tra PIL di uno Paese e aspettativa di vita sono riportati in A. Sen, *Economics and Health*, "Lancet", 354 (9196), 1999, SIV20.

rappresenta quello che viene definito gradiente sociale.

### c. Il gradiente sociale e la posizione socioeconomica

La scoperta fondamentale dello studio sui determinanti sociali della salute è il fenomeno del cosiddetto gradiente sociale. Abbiamo già incontrato questo fenomeno parlando dei risultati del *Black Report*, dell'*Acheson Report* e dei *Whitehall Studies*. I due *Report* e gli *Studies* mettevano in relazione le condizioni di salute di alcuni individui con la loro posizione sociale definita rispettivamente in base al grado di occupazione, alla classe sociale di appartenenza e alla posizione nella gerarchia lavorativa. Tutti e tre rilevavano come le condizioni di salute peggiorassero al discendere della posizione sociale in modo graduale e, nel caso del *Report* di Acheson, che i miglioramenti delle condizioni di salute di una popolazione fossero distribuiti in modo diseguale tra le diverse classi sociali. Questo andamento è ciò che viene definito gradiente sociale.

Il grafico che segue è un esempio della correlazione tra condizioni di salute e condizione di reddito in un campione di popolazione del Regno Unito suddiviso in quartieri diversi a seconda del grado di ricchezza.

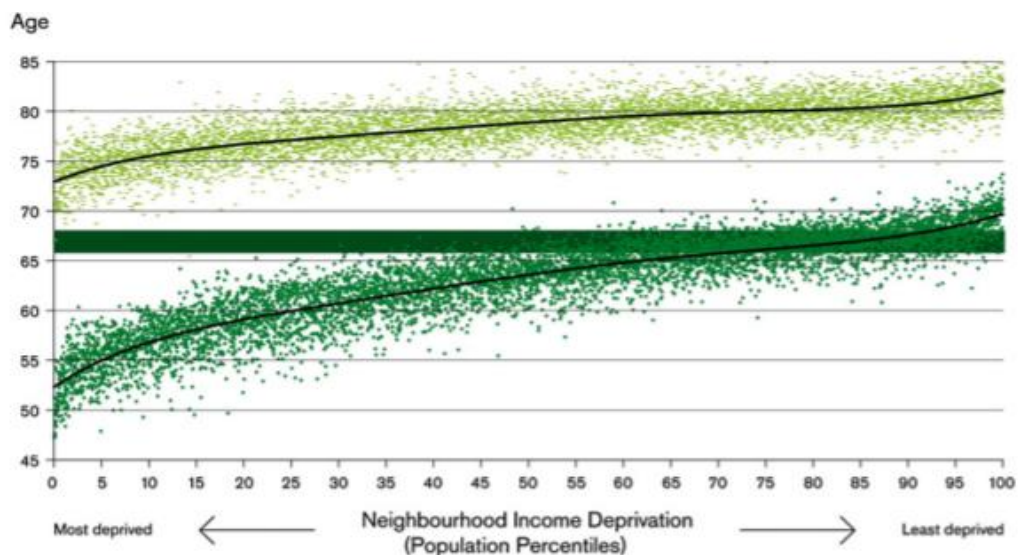


Figura 5- Speranza di vita alla nascita e speranza di vita libera da disabilità alla nascita in relazione alla condizione economica degli abitanti di differenti quartieri in Inghilterra (1999-2003)

Fonte: Marmot, Fair Society, Healthy Lives, <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf>, p. 17

Lo stato di salute, nell'asse verticale, è espresso in termini di anni, mentre la condizione di reddito, sull'asse delle ascisse, è collocata su una scala da 0 a 100 che rappresenta il

grado di deprivazione del quartiere. Le due curve che compaiono rappresentano la speranza di vita alla nascita (curva in alto in verde chiaro) e la speranza di vita libera da disabilità (curva in basso in verde scuro). Dall'andamento delle curve è possibile constatare due fenomeni. Il primo è che le persone che abitano in quartieri più poveri si trovano ad avere una aspettativa di vita di circa 7 anni inferiore agli abitanti dei quartieri più ricchi. La distanza si fa invece assai più notevole se si osserva la curva che indica la disabilità: in questo caso gli anni senza disabilità di differenza tra ricchi e poveri sono ben 17.

Tuttavia, l'aspetto più interessante che è possibile ricavare dal grafico è che non esiste una soglia oltre la quale il reddito non influenza lo stato di salute: ad ogni posizione sociale corrisponde un livello di salute peggiore rispetto alla posizione sociale immediatamente superiore e migliore rispetto alla posizione sociale inferiore. Questo fenomeno è osservabile non solo in relazione al reddito, ma anche utilizzando indicatori sociali differenti quali livello di istruzione, tipo di occupazione o condizioni abitative, come nel caso del seguente grafico.

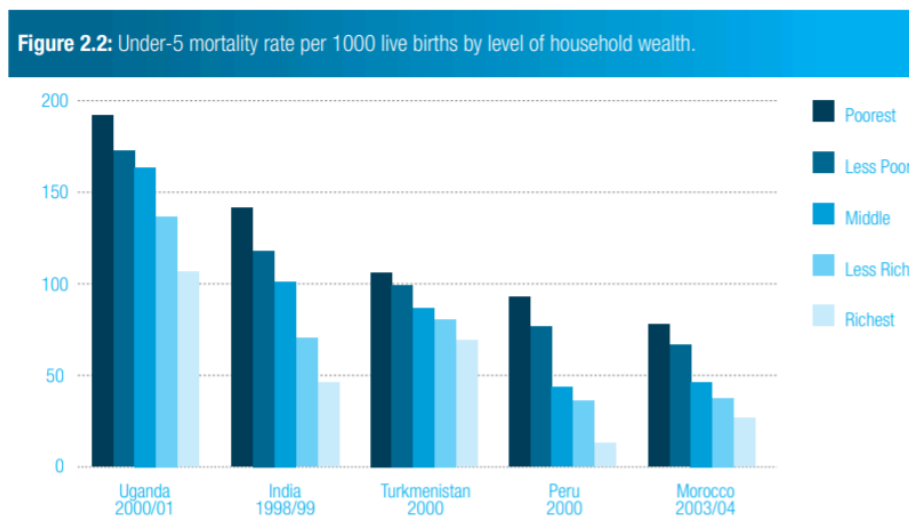


Figura 6- Mortalità sotto i 5 anni ogni 1000 nascite e livello di benessere del nucleo familiare

Fonte: Commission on Social Determinants of Health, *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*, cit., p. 30.

Il gradiente sociale, dunque, consiste nel progressivo aumento del rischio di mortalità o peggioramento di alcune condizioni di salute in concomitanza alla diminuzione delle risorse sociali disponibili per gli individui. Detto in altri termini, esso descrive l'andamento delle condizioni di salute in rapporto alla posizione sociale degli individui



definita a seconda di differenti indicatori.

Il fenomeno del gradiente sociale ci suggerisce come la posizione sociale sembri essere la chiave per rispondere da un lato alla domanda sul determinante fondamentale (*social causation of illness mortality*), ovvero da dove scaturisca la catena causale che conduce alla malattia, dall'altro alla domanda sul meccanismo che determina la produzione di disuguaglianze nella salute (*unequal social distribution of illness and mortality*)<sup>83</sup>, ovvero in che modo la salute sia distribuita in modo diseguale nella popolazione.

Il primo aspetto è dimostrato dal fatto che la correlazione tra posizione sociale e stato di salute non interessa soltanto gli strati più poveri della popolazione, ma vale per tutte le fasce della gerarchia sociale: non c'è una soglia oltre la quale la differenza di posizione diventa ininfluyente per le condizioni di salute. Per questa ragione, l'andamento tendenziale delle condizioni di salute all'interno di una popolazione segue l'andamento della scala sociale di quella stessa popolazione. Inoltre, come mostrato dal grafico in Figura 7, questo andamento non è riscontrato soltanto su scala nazionale ma anche su scala globale. Ciò significa che ad influenzare le condizioni di salute di un individuo è, in ultima istanza, la posizione sociale che egli occupa all'interno della gerarchia sociale.

Per quanto riguarda la domanda sulle disuguaglianze nella distribuzione della salute, il gradiente sociale dimostra come esse siano legate a doppio filo con le disuguaglianze sociali. Dal momento che è la posizione sociale definibile secondo reddito, educazione, genere e occupazione ad influenzare le condizioni di salute, allora sono le disuguaglianze sociali stesse a condizionare le disuguaglianze nella salute distribuendo in modo non equo i benefici e i rischi.

I risultati che abbiamo preso in esame ci hanno condotto alla conclusione che la posizione sociale e, più in generale, le dinamiche socio-politiche che strutturano la società costituiscono i determinanti fondamentali; tuttavia, resta ancora da capire in che modo e secondo quali meccanismi questi fattori esercitino tale impatto sui singoli individui. Come già puntualizzavamo a proposito dell'interpretazione dei risultati del *Black Report*, non basta rilevare una correlazione statistica per dire di aver individuato una relazione, ma è necessario offrire una spiegazione dei meccanismi causali che legano

---

<sup>83</sup> «Using one causal model shows that preventable death and morbidity of the most disadvantaged as well as the entire social gradient in health achievements in both rich and poor countries are the result of the way we organize our societies (and the global society) through economic, social, and political policies and practices». S. Venkatapuram, *Global Justice and the Social Determinants of Health*, "Ethics & International Affairs", 24 (2), 2010, p. 126.

i due fenomeni. Le prospettive teoriche sui meccanismi che legano posizione sociale alle disuguaglianze nella salute offerte dalla letteratura sono molteplici e, anche se non mutualmente esclusive, non risultano immediatamente assimilabili l'una con l'altra. Per quanto sono riuscito a trovare in letteratura, l'unico modello che prende in considerazione e tenta di integrare tra di loro le principali linee teoriche è il *framework* realizzato dalla CSDH.

Per questo motivo, nel prossimo paragrafo prenderemo in esame il *conceptual framework* realizzato e utilizzato dalla CSDH, analizzandone i presupposti teorici ed esplicitando l'articolazione generale della struttura.

### **2.3 Il *conceptual framework* della *Commission on Social Determinants of Health***

Lo studio condotto sui determinanti sociali della salute dalla *Commission on Social Determinants of Health* costituisce il lavoro più avanzato e completo sul tema in letteratura. Per questo motivo, il modello concettuale utilizzato per comprendere ed analizzare le ricerche rappresenta uno strumento di inestimabile valore per la comprensione dei determinanti sociali della salute. Nello specifico, il modello costituisce una rielaborazione complessiva delle principali linee di studio sui determinanti e offre una precisa e approfondita analisi dei singoli fattori e dei rapporti causali che intercorrono tra di essi.

Dal punto di vista teorico, l'aspetto di maggior rilievo è la distinzione concettuale tra *intermediary determinants of health*, ovvero i determinanti in senso più ristretto perché riferiti alle circostanze materiali e psicosociali, e i *social determinants of health inequities* o determinanti strutturali ovvero quei fattori che generano e rinforzano la stratificazione sociale distribuendo in modo diversificato i determinanti intermedi.

Prima di addentrarci nell'analisi del modello concettuale (*conceptual framework*) della CSDH può essere utile ripercorrere brevemente quali furono il contesto storico-politico e le motivazioni che indussero alla formazione della Commissione. Questa scelta è giustificata dal fatto che il lavoro della Commissione si inserisce all'interno di un contesto storico e politico molto preciso, in particolare rispetto alla storia dell'OMS, che è bene esplicitare per comprendere a pieno la portata etico-politica oltre che teorica dello studio sui determinanti sociali.

### 2.3.1 Motivazioni e obiettivi della CSDH

Come sottolineato nei documenti stessi prodotti dalla CSDH, da un punto di vista storico le politiche internazionali per la salute a partire dal 1948 hanno oscillato tra due approcci differenti: da un lato, un focus su interventi di salute pubblica uniti ad un'assistenza sanitaria basata sulla tecnologia, dall'altro la comprensione della salute come un fenomeno sociale caratterizzato da complessità e intersettorialità. La naturale scelta della Commissione di adottare il secondo approccio rimanda direttamente alle motivazioni che spinsero Lee Jong-Wook ad istituire una Commissione sui Determinanti sociali di salute nel marzo 2005.

Dopo tre decenni dalla Dichiarazione di Alma-Ata, gli obiettivi legati al programma della "Salute per Tutti entro l'anno 2000" fondato sulla strategia del *Primary Health Care (PHC)* e orientato dal principio dell'equità erano stati in gran parte disattesi: solo il 20% circa della popolazione mondiale viveva in circostanze sociali ed economiche in grado di garantire a tutti gli individui l'accesso ai servizi sanitari essenziali mentre il divario tra le condizioni di salute tra i Paesi più avanzati e quelli meno sviluppati era rimasto sostanzialmente invariato e in alcuni casi peggiorato. A contribuire in modo decisivo a questo fallimento era stata la convergenza di due fattori: la riduzione della strategia della *Primary Health Care* a *Selective Primary Health Care (Selective PHC)* e l'avanzata dell'ideologia neoliberale. Per quanto riguarda il primo punto, all'indomani della Dichiarazione di Alma Ata, la Banca Mondiale espresse il proprio parere negativo in relazione alla strategia della PHC sostenendo che le risorse da investire per realizzare la PHC sarebbero risultate troppo elevate. Per questo motivo sarebbe stato necessario ridurre le aspettative dedicandosi alla lotta contro alcune malattie particolarmente mortali, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo, attraverso interventi definiti "verticali", in opposizione alla dinamica *bottom up* presente nella filosofia della PHC. Questo approccio venne supportato da molte organizzazioni internazionali e divenne la prospettiva dominante. Questo nonostante alcuni ottimi risultati nel miglioramento della salute in paesi a basso reddito come Cina, Sri Lanka, Costa Rica e Kerala fossero riconosciuti in larga misura come correlati all'equa distribuzione del reddito,

all'accessibilità al sistema educativo e alla sicurezza alimentare<sup>84</sup>.

Dall'altro lato, la svolta neoliberale subordinò la promozione della salute al movente economico, favorendo in ambito sanitario un modello biomedico basato sulla tecnologia altamente specializzata e su interventi "verticali"; inoltre, i tagli dovuti alle politiche di aggiustamento strutturale (SAPs) condussero le politiche sanitarie ad enfatizzare il principio di efficienza rispetto a quello di equità come obiettivo primario del sistema, danneggiando ulteriormente le possibilità di accesso alle cure ai gruppi sociali già svantaggiati<sup>85</sup>.

Furono dunque la crescente consapevolezza dell'importanza teorica degli studi sui determinanti sociali della salute e l'urgenza data dalla crescente domanda di giustizia sociale sollevata dalle condizioni della salute globale a motivare la creazione della CSDH.

In linea con queste motivazioni, alla Commissione venne affidato un duplice obiettivo: fornire una maggiore comprensione sui determinanti sociali e sui meccanismi causali che intervengono nel determinare le condizioni di salute, e offrire alla politica linee guida precise per intervenire in modo efficace. Come è evidente, la scelta teorica di adottare una prospettiva che interpreti la salute come un fenomeno sociale è intimamente legata alla volontà di mettere al centro i temi del diritto alla salute, dell'equità e della giustizia sociale.

La Commissione ha declinato questi due obiettivi in tre domande fondamentali: da dove nascono le differenze di salute tra gruppi sociali se risaliamo alle loro radici più profonde? Quali sono i meccanismi che conducono dalle cause fondamentali alle nette differenze di condizioni di salute osservate a livello di popolazione? Alla luce delle risposte alle prime due domande, dove e come si dovrebbe intervenire per ridurre le disuguaglianze nella salute?<sup>86</sup>. I primi due interrogativi richiamano l'obiettivo della maggiore comprensione delle cause fondamentali, o meglio, dei determinanti sociali più

---

<sup>84</sup> S. B. Halstead, J. A. Walsh, K. S. Warren (eds.), *Good Health at Low Cost: Proceedings of a Conference Held at Bellagio Conference Center, Bellagio, Italy, April 29-May 3, 1985*, The Rockefeller Foundation, New York 1985, p. 136.

<sup>85</sup> Per un approfondimento sull'impatto delle politiche neoliberali sulle condizioni di salute e sui meccanismi di *governance* internazionali si vedano: G. Berlinguer, *Health and Equity as a Primary Global Goal, "Development"*, 42, 1999, pp. 17-21; A. R. Chapman, *Globalization, Human Rights, and the Social Determinants of Health, "Bioethics"*, 23 (2), 2009, pp. 97-111; S. Benatar and G. Brock (eds.), *Global health and Global Health Ethics*, Cambridge University Press, Cambridge 2011, pp. 143-165; E. Missoni, G. Pacileo, *Elementi di salute globale. Globalizzazione, politiche sanitarie e salute umana*, Franco Angeli, Milano 2016, pp. 59-61.

<sup>86</sup> World Health Organization, *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, World Health Organization, 2010, p. 9.

influenti e delle catene causali attraverso le quali essi agiscono fino a manifestarsi nelle condizioni di salute della popolazione; l'ultima domanda fa invece riferimento al movente pratico, rinviando ai possibili interventi politici che possono conseguire una maggiore giustizia ed equità.

La risposta alle prime due domande è stata esposta all'interno del documento *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, nel quale, come si evince dal titolo, viene esposto nel dettaglio il modello concettuale prodotto dalla Commissione che ora prenderemo in esame.

### **2.3.2 Analisi del *conceptual framework***

#### ***a. I presupposti teorici***

Il modello prodotto dalla Commissione è costruito a partire dalle ricerche di epidemiologia sociale. Questa scelta dimostra la volontà consapevole di opporsi agli approcci dominanti delle politiche di salute globali fondati su un modello biomedico individualistico e incentrati prevalentemente su quattro obiettivi: contenere specifiche malattie attraverso interventi "verticali" di salute pubblica, migliorare le performance dei sistemi sanitari, mettere in campo interventi economicamente efficaci per massimizzare i Disability Adjusted Life Years (DALYs) e contribuire alla crescita economica<sup>87</sup>.

Il *framework* della CSDH, invece, nasce dal confronto, l'analisi e l'integrazione di due linee di studio: da un lato le principali direzioni teoriche dell'epidemiologia sociale, dall'altra le prospettive sui meccanismi causali che legano la posizione socioeconomica alle condizioni di salute. Le prime riguardano la domanda sulla ricerca delle cause fondamentali, mentre le seconde offrono ipotesi sui meccanismi causali.

Per quanto riguarda il primo punto, la Commissione ha preso in esame le tre principali linee teoriche dell'epidemiologia sociale per spiegare la differenza nella distribuzione della salute nella popolazione. Esse consistono in tre diversi approcci non reciprocamente esclusivi che pongono l'attenzione di volta in volta su fattori differenti. Il primo, il modello psicosociale, sottolinea il ruolo della percezione e dell'esperienza del proprio status sociale nel favorire l'insorgere di stress e ansia, fattori che aumentano la vulnerabilità dell'organismo a stati patologici. Il secondo, invece, ritiene le condizioni materiali ed economiche direttamente responsabili della differente distribuzione di

---

<sup>87</sup> S. Venkatapuram, *Global Justice and the Social Determinants of Health*, cit., p. 121.

malattie: non è soltanto la percezione di sé e lo stress conseguente, ma è l'ambiente politico ed economico stesso ad influire sulle condizioni di salute distribuendo in modo diseguale le risorse e non garantendo investimenti nelle infrastrutture pubbliche indirizzati verso una maggiore equità. Per questi motivi il secondo modello è definito come modello della produzione sociale della malattia o economia politica della salute. Il terzo, il modello ecosociale, propone una visione a più livelli, integrando il piano biologico con quello sociale e ambientale. Il concetto di "*embodiment*"<sup>88</sup> tenta di cogliere la connessione tra il piano biologico del corpo e l'ambiente materiale e sociale in cui esso vive osservando come le influenze esterne siano "incorporate" nell'organismo sul piano biologico stesso.

Questi modelli costituiscono tre diverse direzioni teoriche seguite dall'epidemiologia sociale, ma non offrono una spiegazione esplicita sui meccanismi (*pathways*) che collegano le condizioni sociali alle condizioni di salute. Per questo motivo la CSDH ha ritenuto necessario confrontarsi con tre possibili prospettive che spieghino il nesso causale tra determinanti sociali e condizioni di salute. Anche in questo caso, le prospettive non sono totalmente alternative, ma ognuna di esse fornisce elementi importanti per cogliere la complessità della relazione tra condizione sociale e condizioni di salute.

La prima prospettiva, detta prospettiva della selezione sociale, interpreta la posizione sociale di un individuo come conseguenza delle sue condizioni di salute. Gli individui più sani per natura tenderanno ad occupare i posti più alti della gerarchia sociale, mentre coloro che hanno problemi di salute o disabilità saranno "spinti" verso il basso. Secondo questa visione, sono le condizioni di salute di un individuo a determinarne la sua posizione sociale, non viceversa. All'opposto, la prospettiva della *social causation* vede nella situazione socioeconomica il fattore determinante per lo stato di salute. Attraverso una serie di fattori intermedi come le condizioni materiali, comportamentali e psicosociali, lo status socioeconomico determina lo stato di salute in meglio o in peggio. Infine, la prospettiva del corso della vita (*lifecourse*) pone l'enfasi sul ruolo della durata e del tempo per comprendere il collegamento tra l'esposizione ai rischi e gli effetti sulla salute: l'esposizione in periodi critici della vita come l'infanzia e l'accumularsi nel tempo

---

<sup>88</sup> Concetto formulato da Nancy Krieger in *Embodiment: a Conceptual Glossary for Epidemiology*, "Journal of Epidemiology and Community Health", 59 (5), 2005, pp. 350-355. Può essere tradotto in italiano con il termine "incorporazione".

di fattori di rischio determinano le condizioni di salute complessive di un soggetto.

La sintetica rassegna delle posizioni teoriche sulle cause e sui meccanismi in merito agli studi sui determinanti sociali della salute dovrebbe aver reso almeno superficialmente l'idea della difficoltà, della complessità e della ricchezza che accompagnano i lavori su questo tema fin dai suoi albori, con la pubblicazione del *Black Report*<sup>89</sup>. Inoltre, la restituzione del dibattito sulle spiegazioni dei determinanti ha mostrato quelli che sono stati i presupposti e i diversi punti di riferimento del lavoro della Commissione. La rassegna, infine, ci permetterà di notare come il modello composto dalla CSDH, pur adottando delle scelte di campo ben precise, cerchi di tenere in considerazione tutti gli spunti teorici traendo da ognuno di essi gli esiti più fecondi. Il risultato è un modello che riesce a tenere insieme la complessità degli elementi e delle relazioni causali che intercorrono tra di essi, articolando nel dettaglio i passaggi teorici tra i diversi livelli della struttura senza schiacciarsi in interpretazioni semplicistiche o lineari.

### **b. La struttura**

Con l'aiuto della rappresentazione schematica riportata in figura 4 possiamo scendere più nel dettaglio per comprendere da vicino i singoli elementi individuati dalla Commissione e spiegare nel particolare la posizione che rivestono nel quadro complessivo.

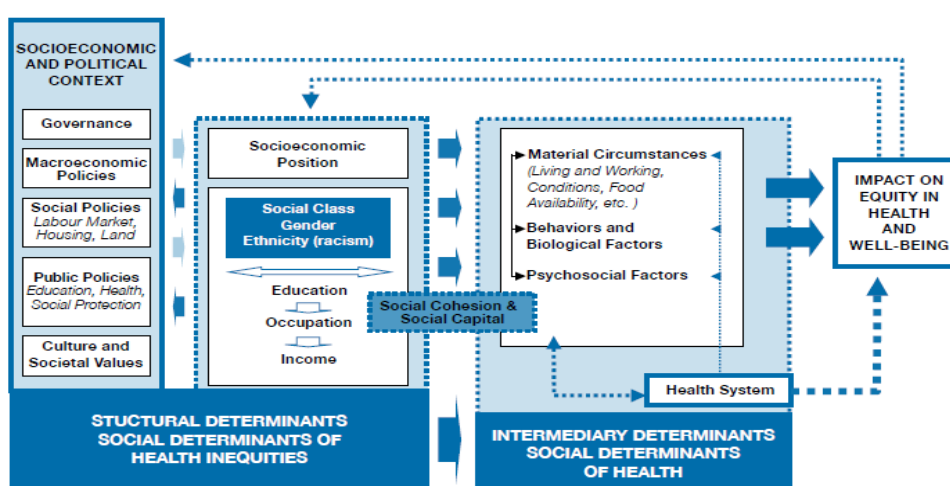


Figura 7- Rappresentazione schematica del conceptual framework.

Fonte: Commission On Social Determinants of Health, *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, cit., p. 6.

<sup>89</sup> Il problema della gerarchia causale e dei meccanismi di influenza relativamente al dibattito aperto dal *Black Report* è schematicamente riassunto in A. Pagnini a cura di, *Filosofia della Medicina*, cit., pp.62-64.

Nella colonna di sinistra troviamo il primo elemento: il contesto socioeconomico e politico. A differenza di altri studi sui determinanti della salute, la Commissione ha voluto attribuire un peso assai rilevante al contesto economico-politico. La scelta nasce dall'adesione al modello della produzione sociale della malattia realizzato da Finn Diderichsen, Margaret Whitehead e Timothy Evans<sup>90</sup> nel quale la posizione sociale determinata dal contesto sociale costituisce la chiave delle disuguaglianze nella salute.

Alcuni studi, inoltre, hanno messo in luce come il miglioramento delle condizioni di salute e la diminuzione delle disuguaglianze nella salute nella popolazione siano fortemente condizionati dalle politiche pubbliche. Un esempio è portato da uno studio di Vicente Navarro e Leiyu Shi sullo stato di Kerala, in India<sup>91</sup>: il miglioramento delle condizioni di salute nella popolazione lungo un arco di tempo di quarant'anni è andato di pari passo alla massiccia riduzione delle disuguaglianze sociali. Allo stesso modo, lo studio condotto da Chung e Muntaner<sup>92</sup> su diciotto paesi europei, nordamericani e asiatici ha mostrato come il 20% della differenza nella mortalità infantile tra i diversi paesi può essere spiegata tramite il tipo di *welfare state*.

Come possiamo vedere dall'immagine, il contesto socioeconomico e politico è definito in modo assai ampio e declinato in sei punti: *governance*, politiche macroeconomiche, politiche sociali, politiche pubbliche, cultura e valori della società.

Questi sei punti assieme alla posizione socioeconomica della colonna accanto vanno a formare i determinanti strutturali (*structural determinants*) o determinanti sociali delle disuguaglianze della salute (*social determinants of health inequalities- SDHI*). Prima di confrontarci direttamente con gli elementi della seconda colonna occorre specificare il motivo per cui la Commissione ha ritenuto necessario distinguere dei determinanti strutturali dai determinanti intermedi.

Come ha fatto notare la sociologa Hilary Graham, il concetto di determinanti sociali della salute ha assunto nel tempo un doppio significato, riferendosi ai fattori sociali che influenzano positivamente o negativamente la salute come condizioni abitative, cibo o accesso alle cure, e allo stesso tempo al processo sociale che sottostà all'iniqua

---

<sup>90</sup> F. Diderichsen, T. Evans, M. Whitehead, *The Social Basis of Disparities in Health*, in T. Evans et al. (eds.), *Challenging Inequities in Health*, Oxford University Press, New York 2001.

<sup>91</sup> V. Navarro, L. Shi, *The Political Context of Social Inequalities and Health*, "International Journal of Health Services", 31 (1), 2001, pp. 1-21.

<sup>92</sup> H. Chung, C. Muntaner, *Political and Welfare State Determinants of Infant and Child Health Indicators: An Analysis of Wealthy Countries*, "Social Science and Medicine", 63 (3), 2006, pp. 829-842.



distribuzione di questi fattori tra persone e gruppi in posizioni sociali diverse. Se la differenza può sembrare sottile e speciosa, essa è in realtà il nucleo fondamentale dell'intero *framework*. Distinguere tra le cause sociali della salute e i fattori che determinano la loro iniqua distribuzione nella popolazione significa focalizzare con maggior precisione la causa fondamentale delle disuguaglianze e il meccanismo che la collega agli effetti. Ciò che si vuole sottolineare è come i determinanti sociali intesi nel senso ristretto siano distribuiti in modo diseguale all'interno della popolazione a causa di fattori sociali contestuali, definiti come determinanti sociali nel senso più ampio. Questi fattori costruiscono il contesto all'interno del quale condizioni abitative, cibo, lavoro ecc. (determinanti sociali intermedi) vengono regolati e distribuiti, costituendo una sorta di determinanti dei determinanti. Per usare un'immagine molto utilizzata, potremmo dire che il contesto socioeconomico e politico costituisca l'ultimo pezzo di una matrioska. Concretamente la differenza si fonda sul fatto che un miglioramento complessivo della qualità dei determinanti intermedi, ad esempio delle condizioni abitative, non impatti allo stesso modo su tutta la popolazione ma venga invece distribuito in modo diseguale nella gerarchia sociale. Ciò, come abbiamo già visto, era già evidente nei risultati del *Black Report* e dell'*Acheson Report*: nonostante fosse possibile registrare un complessivo miglioramento nelle condizioni di salute della popolazione, tale miglioramento era distribuito in modo diseguale tra le diverse classi sociali.

La peculiarità e il grande merito del *framework* della CSDH stanno nell'aver distinto questi due livelli attraverso le definizioni di determinanti strutturali, per riferirsi al contesto socioeconomico macroscopico, e determinanti intermedi, riferendosi ai fattori più "a valle", e nell'aver esplicitato con maggior rigore e profondità quali siano gli elementi che costituiscono i determinanti strutturali. Inoltre, la rappresentazione schematica dimostra che questi ultimi non sono considerati soltanto dei fattori distali, come nel caso del modello socio-economico in Figura 3, ma costituiscano il principale nucleo di interesse della Commissione:

We prefer to speak of *structural determinants*, rather than "distal factors", in order to capture and underscore the causal hierarchy of social determinants involved in producing health inequities. Structural social stratification mechanisms, joined to and influenced by institutions and processes embedded in the socioeconomic and political context (e.g. redistributive welfare state policies), can

together be conceptualized as the *social determinants of health inequities*.<sup>93</sup>

Distinguere questi due concetti è fondamentale per poter orientare in modo efficace la strategia politica. Impegnarsi in un miglioramento dei determinanti intermedi avrà sicuramente un impatto positivo sulla popolazione nel suo complesso, ma in modo molto differenziato tra le classi sociali. Da questo punto di vista le disuguaglianze nella salute non verranno affatto intaccate. Intervenire sui determinanti strutturali, invece, significa orientare l'azione politica a limare le differenze di salute tra la fascia più povera della popolazione e quella più ricca intervenendo su quei fattori che strutturano la gerarchia sociale e determinano la posizione socioeconomica degli individui.

Le disuguaglianze nella distribuzione delle condizioni materiali e delle risorse all'interno di una società sono effetto della stratificazione sociale. Essa è generata e mantenuta da meccanismi strutturali contestuali di tipo politico e socio-economico e costituisce il passaggio che lega il contesto macroscopico alla posizione socioeconomica del singolo. Quest'ultima costituisce dal punto di vista individuale il determinante principale. Essa connette le dinamiche politiche ed economiche contestuali agli effetti sulla salute dei determinanti intermedi. Come mostrato da alcuni studi, la correlazione tra differenze in salute e differenze socioeconomiche è riscontrata in misurazioni relative all'aspettativa di vita, alla mortalità per tutte le cause, alla valutazione del proprio stato di salute e alla morbilità<sup>94</sup>. Inoltre ci sono evidenze che la connessione tra la posizione sociale e lo stato di salute sia presente ad ogni livello della gerarchia sociale secondo un andamento a gradiente<sup>95</sup>.

Tornando al modello, la posizione socioeconomica è rilevabile attraverso tre variabili: l'educazione, l'occupazione e il reddito. La classe sociale, il genere e l'etnia sono ulteriori elementi che intervengono nella creazione e mantenimento della stratificazione sociale.

Passando all'ultima colonna, troviamo i determinanti intermedi. Come è possibile dedurre dalle frecce in blu, è la posizione socioeconomica raggiunta all'interno di una

---

<sup>93</sup> World Health Organization, *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, cit., p. 30.

<sup>94</sup> J. P. Mackenbach et al., *Socioeconomic Inequalities in Health in Europe: An Overview*, in J.P. Mackenbach and M. J. Bakker (eds.), *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective*, Routledge, London and New York 2002; A. Antonovsky, *Social Class Life Expectancy and Overall Mortality*, "Milbank Memorial Fund Quarterly", 45 (2), 1967, pp. 31-73.

<sup>95</sup> M. Marmot, M. Kogevinas, M. A. Elston, *Social/Economic Status and Disease*, "Annual Review of Public Health", 8, 1987, pp. 111-135; M. Susser, W. Watson, K. Hopper, *Sociology in Medicine*, Oxford University Press, New York 1985.

precisa gerarchia sociale a determinare la differenza nell'esposizione a fattori sociali intermedi, ovvero i determinanti sociali della salute nel senso più stretto. Le principali categorie dei determinanti intermedi sono: le circostanze materiali; le circostanze psicosociali, i fattori comportamentali e biologici e la presenza o meno di un sistema sanitario. Concretamente essi riguardano le condizioni di abitazione e di lavoro, l'ambiente di vita, le abitudini alimentari e gli stili di vita, l'esposizione e la vulnerabilità a condizioni pericolose per la salute. Secondo il modello in esame, è la posizione socioeconomica di una persona o di un gruppo a determinare la qualità di questi fattori intermedi per cui mentre le persone della fascia più bassa della scala sociale si trovano a vivere in condizioni materiali più sfavorevoli e più frequentemente assumono comportamenti dannosi per la salute, la fascia più alta può permettersi ambienti di vita e lavoro non dannosi, stili di vita sani e maggiore accesso a cure e servizi.

Infine, all'estremo destro dell'immagine troviamo l'impatto sull'equità nella salute e il benessere. Le frecce che partono da questo riquadro e raggiungono le prime due colonne segnalano come gli esiti dell'azione dei determinanti strutturali e intermedi sull'equità e sul benessere abbiano ricadute sul contesto socio-politico e sulla posizione socioeconomica.

### **2.3.3 Sintesi**

Il modello concettuale proposto dalla Commissione è dunque strutturato su due livelli. Il primo è rappresentato dalla colonna di destra e comprende i determinanti sociali intermedi. Essi sono i principali fattori che agiscono nel determinare lo stato di salute di un individuo e costituiscono quella serie di fattori ai quali si riferivano già Virchow e McKeown: condizioni abitative, alimentazione, fattori biologici o comportamentali individuali, condizioni di lavoro e accesso ai servizi sanitari.

Al secondo livello, invece, rappresentato dalle due colonne successive, troviamo i determinanti strutturali o determinanti sociali delle disuguaglianze nella salute: dal punto di vista macroscopico il contesto socio-economico e politico, dal punto di vista individuale la posizione socioeconomica. Questo secondo livello non agisce in modo diretto sulle condizioni di salute, bensì opera attraverso i fattori intermedi, influenzando il livello di esposizione e di vulnerabilità a condizioni nocive.

## Conclusioni

In questo capitolo abbiamo affrontato l'estensione della nozione di salute da una prospettiva diversa rispetto al primo capitolo. Nel primo paragrafo, con l'aiuto delle rappresentazioni schematiche di Evans e Stoddart, abbiamo messo in luce in cosa consista questo cambio di prospettiva sul piano teorico: si tratta di mettere da parte un'ottica incentrata su un concetto di salute pensato in opposizione alla malattia e orientato alla cura, per puntare lo sguardo verso i fattori e i nessi causali che influenzano il fenomeno della salute. Questo cambio di prospettiva è realizzato negli studi sui determinanti della salute.

Abbiamo poi brevemente cercato di mostrare come la distinzione filosofica tra questi due diversi modi di comprendere la salute possa essere feconda per risolvere l'ambiguità di alcune concettualizzazioni estese di salute, come ad esempio quella offerta dalla definizione di salute dell'OMS.

Nel secondo paragrafo abbiamo ripercorso lo sviluppo storico dello studio sui determinanti della salute. Oltre a mettere in luce alcuni passaggi storici particolarmente significativi, si è cercato di evidenziare da una parte le motivazioni filosofico-scientifiche espresse da autori come McKeown e Engel, dall'altra i presupposti teorici e storico-politici che guidarono le scelte dell'OMS.

I risultati emersi dal *Black Report*, dall'*Acheson Report* e dal lavoro della CSDH hanno focalizzato l'attenzione sul carattere sociale dei determinanti della salute e sul problema delle disuguaglianze nella salute. Per questa ragione nel paragrafo successivo, attraverso il confronto con i risultati di alcuni famosi studi, abbiamo cercato di comprendere più nel dettaglio in che modo e per quali ragioni la posizione e il contesto sociale costituissero i determinanti fondamentali. Abbiamo mostrato come fattori biologici e comportamentali individuali, il grado di accesso al sistema sanitario e la crescita economica non siano parametri sufficienti per spiegare le differenze di salute. Al contrario, il fenomeno del gradiente sociale ci ha suggerito come condizioni di salute e posizione sociale siano fattori tra loro correlati. Questa correlazione è sembrata riuscire a rispondere tanto alla domanda sulla causa fondamentale quanto all'interrogativo sulle disuguaglianze nella salute nella popolazione.

Nell'ultimo paragrafo, abbiamo quindi preso in esame il modello concettuale realizzato dalla CSDH, giudicandolo l'approccio teorico più completo e fecondo per comprendere a

pieno i determinanti sociali. Il confronto con questo modello ha permesso di chiarire in che senso la posizione sociale costituisca il determinante primario delle disuguaglianze nella salute e attraverso quali meccanismi esso conduca alle differenze di salute osservabili. In particolare, è stata evidenziata la differenza concettuale tra determinanti sociali strutturali e determinanti sociali intermedi: mentre i secondi fanno riferimento a fattori materiali, biologici, comportamentali e psicosociali, i primi riguardano più espressamente il contesto socio-economico e politico che distribuisce i determinanti intermedi in modo diseguale all'interno della gerarchia sociale.

A questo punto, dopo aver chiarito i principali presupposti scientifici e concettuali dello studio sui determinanti sociali, possiamo analizzare la portata delle idee che abbiamo esposto in questo capitolo su due questioni morali fondamentali: la responsabilità personale per la salute e la giustizia nella salute.



### 3. Responsabilità e giustizia

Prima di entrare nel merito delle questioni etiche, ritengo utile riepilogare sinteticamente il percorso svolto fino a questo punto per ricordare alcuni snodi propedeutici a comprendere il seguito del lavoro.

Nel primo capitolo abbiamo visto come l'estensione del significato biomedico di salute sia causa ed effetto di un modello di medicina insostenibile. La moltiplicazione dei bisogni individuali per i quali viene richiesta una soluzione medica da un lato provoca negli individui una crescente insoddisfazione per le proprie condizioni di salute, dall'altro produce una continua crescita dei servizi da erogare e conseguentemente dei costi per i sistemi sanitari. Questi ultimi, nel tentativo di inseguire e corrispondere alle crescenti domande della società, rischiano di mettere in pericolo la tenuta stessa del sistema e l'equità di accesso alle cure.

Diversamente, nel secondo capitolo ci siamo confrontati con un altro modo di intendere l'estensione della nozione di salute. In questa differente accezione, l'estensione riguarda, per dirla con un'immagine celebre in epidemiologia sociale<sup>96</sup>, l'ampiezza della rete di relazioni che circonda le condizioni di salute di un individuo. In questa prospettiva, si tratta di estendere lo sguardo "alle spalle" della salute per indagare i meccanismi che la influenzano e la determinano. Il confronto con i documenti della CSDH ci ha mostrato i risultati più avanzati degli studi sui determinanti sociali della salute, offrendoci un modello concettuale sulla natura dei principali fattori e sulla loro disposizione gerarchica.

In quest'ultimo capitolo cercheremo di tirare le fila di questi due discorsi, mostrandone la connessione. Innanzitutto, si mostrerà come i caratteri principali e i presupposti concettuali di un modello di medicina sostenibile siano profondamente affini con le prospettive degli studi sui determinanti sociali della salute: la rilevanza dei problemi di giustizia, l'attenzione alla prevenzione piuttosto che alla cura e l'approccio centrato sulle cause psico-sociali piuttosto che sulle cause biologiche sono i tratti che accomunano queste due prospettive. In secondo luogo, affronteremo da vicino le due questioni morali fondamentali che ci accompagnano dall'inizio, ovvero il tema della responsabilità individuale per la salute e il problema della giustizia. Nel farlo, cercheremo di integrare le idee già esposte da Callahan con i risultati degli studi sui determinanti sociali.

---

<sup>96</sup> N. Krieger, *Epidemiology and The Web of Causation: Has Anyone Seen the Spider?*, "Social Science and Medicine", 39 (7), 1982, pp. 887-903.

In relazione al tema della responsabilità personale, condurremo un ragionamento preliminare volto a mostrare come la tensione tra libertà, dovere e colpa che accompagna il significato di responsabilità contraddistingua anche il discorso sulla responsabilità per la salute. Dopo aver messo in luce i termini di tale tensione, valuteremo quale sia il contributo dei risultati degli studi sui determinanti sociali in merito al tema della responsabilità personale.

Da ultimo, affronteremo il tema della giustizia cercando di capire su quali basi concettuali le disuguaglianze nella salute possano essere giudicate moralmente ingiuste o debbano invece essere considerate come una conseguenza irrimediabile di qualsiasi strutturazione sociale.

### **3.1 I pilastri della medicina sostenibile e le affinità con i determinanti sociali della salute**

Oggi è assolutamente evidente che, con un ambiente decoroso e abitudini sanitarie sane, quasi tutte le persone (non tutte) possono avere una vita lunga e sana senza dover contare molto sulla medicina. La prescrizione migliore per una popolazione sana potrebbe riassumersi in questi termini: buon sistema sanitario pubblico, condizioni di lavoro e istruzione di medio livello, stile di vita prudente<sup>97</sup>.

Per Daniel Callahan la strada da seguire affinché possa realizzarsi un modello di medicina sostenibile consiste nello spostare l'attenzione dalla salute del singolo individuo alla salute della popolazione nel suo complesso. Per l'autore, orientare le politiche sanitarie secondo un punto di vista centrato sulla salute del singolo significa innanzitutto esporsi al rischio di quella moltiplicazione dei bisogni che, come abbiamo visto, è la fonte inesauribile di insoddisfazione e soprattutto dell'aumento dei costi per il sistema sanitario. In secondo luogo, un modello di medicina centrato sul singolo privilegia l'attività di cura piuttosto che di prevenzione. Viceversa, adottare un'ottica collettiva significa da un lato consentire una distribuzione delle risorse più giusta ed utile per l'intera popolazione, dall'altro mettere in atto interventi che possano apportare benefici ad un numero più ampio di persone alla luce delle nuove conoscenze scientifiche sulle cause delle malattie. Per questi motivi, a parere di Callahan, occorre innanzitutto potenziare gli interventi di sanità pubblica.

A differenza della clinica medica, incentrata sull'attività di diagnostica e di cura delle

---

<sup>97</sup> D. Callahan, *La medicina impossibile*, trad. it. cit., p. 189.



patologie, la sanità pubblica si occupa essenzialmente di prevenzione. Essa si preoccupa della salute della popolazione in generale, adoperandosi a controllare le malattie infettive e gli altri fattori dannosi per la salute, a monitorare lo stato di salute complessivo, a prevenire le malattie e a promuovere la salute. Per sostenere l'importanza della sanità pubblica, Callahan propone tre diversi argomenti. Il primo è il fatto scientificamente appurato secondo cui la salute della popolazione è determinata dalle «caratteristiche di fondo della società - siano esse educative, sociali, economiche e ambientali»<sup>98</sup>. Ciò significa che, da un punto di vista collettivo, interventi volti a migliorare tali caratteristiche sono molto più efficaci dell'assistenza sanitaria individuale nel promuovere la salute complessiva della popolazione. Il secondo è l'ideale sociale per il quale la lotta contro la malattia e l'infermità non è soltanto un problema individuale, ma anche una questione di solidarietà sociale in nome della quale compiere sforzi comuni e sacrifici<sup>99</sup>. Infine, egli individua la necessità di rendere la medicina un progetto economicamente sostenibile, affinché la sanità non assorba troppe risorse economiche da altri settori e i benefici apportati da un'assistenza sanitaria pubblica possano essere garantiti anche in futuro.

Tuttavia, per il bioeticista statunitense, politiche di sanità pubblica non sono sufficienti ad assicurare la riuscita di un modello di medicina sostenibile. All'impersonalità degli interventi di sanità pubblica va affiancata la responsabilità personale di ogni singolo individuo nel mantenere e promuovere delle buone condizioni di salute.

Gli argomenti per sostenere la necessità di incentivare la responsabilità individuale sono sostanzialmente dello stesso tipo che per la sanità pubblica. In primo luogo, a spingere in questa direzione è il dato epidemiologico sulle principali cause delle malattie, in particolare il rilevamento di come tra gli anni Ottanta e gli anni Novanta del secolo scorso la maggior parte delle morti premature negli Stati Uniti sia stata provocata da malattie procurate da comportamenti imprudenti o dannosi<sup>100</sup>. In secondo luogo, per il principio morale secondo il quale all'equità di accesso all'assistenza deve corrispondere la condivisione delle responsabilità in nome dei principi di solidarietà e giustizia: dal punto di vista morale, allo sforzo comune, professionale ed economico, richiesto per assicurare

---

<sup>98</sup> *Ivi*, p. 192.

<sup>99</sup> *Ibidem*.

<sup>100</sup> J. M. McGinnis, W. Foege, *Actual Causes of Death in the United States*, "Journal of the American Medical Association", 270, 1993, pp. 2207- 2212.

un equo accesso alle cure deve corrispondere un impegno consapevole dei singoli individui nel mantenere una buona salute o per lo meno nel non metterla a rischio. A questi due argomenti è, infine, connessa la questione economica e il bisogno di contenere i costi complessivi.

Per raggiungere l'obiettivo di una maggiore responsabilizzazione, per Callahan occorre da un lato mettere in atto campagne educative per fare in modo che le persone divengano più consapevoli dell'importanza dei propri comportamenti, dall'altro introdurre delle regolamentazioni che favoriscano i buoni comportamenti, disincentivino i cattivi e, nei casi più estremi, prevedano maggiori oneri finanziari per chi adotta stili di vita insalubri.

Sintetizzando, la proposta di Callahan verte su due punti essenziali: potenziare le politiche di sanità pubblica e puntare sulla responsabilità personale dei singoli individui. Per l'autore, il lavoro sinergico su questi due fronti, assieme ad una buona assistenza medica di base, è sufficiente ad assicurare delle ottime condizioni di salute a quasi tutti a fronte di una spesa economica sostenibile che permetta di assicurare l'equità di accesso alle cure nel lungo periodo.

Lo stesso Callahan, tuttavia, dimostra grande consapevolezza dei limiti e delle possibili criticità della sua proposta. In particolare, egli nota come l'insistenza sulla responsabilità personale possa innanzitutto condurre a «fascismi salutistici», ovvero alla trasformazione della salute nel bene massimo per la società in nome del quale mettere in atto ogni misura possibile per preservare e migliorare la salute<sup>101</sup>. In secondo luogo, egli evidenzia come nel caso della salute l'attribuzione di responsabilità al singolo individuo sia estremamente problematico. Molto spesso, infatti, i comportamenti messi in atto da un soggetto non sono del tutto volontari, ma possono essere influenzati da fattori contestuali, ad esempio la massiccia esposizione a pubblicità di cibi ipercalorici o di sigarette. Tali comportamenti possono poi dipendere da condizioni materiali, ad esempio la povertà, o non essere i principali fattori di insorgenza di alcune patologie, per esempio nel caso di tumori alle vie respiratorie in presenza di alti livelli di inquinamento atmosferico. In tutti questi casi, non è affatto semplice stabilire il grado di volontarietà e

---

<sup>101</sup> Nel paragrafo 1.2.3 abbiamo già accennato ai rischi legati ad un'assolutizzazione del valore della salute e alle derive salutistiche cui questo processo può portare. In seguito, vedremo più da vicino come anche in relazione al tema della responsabilità personale per la salute sia necessario tenere ben presente un rischio di questo genere.

il peso causale dei comportamenti individuali.

A questo punto, la direzione e le motivazioni dietro le scelte di questo capitolo dovrebbero essere un po' più chiari. Infatti, il fatto che molto spesso le cattive condizioni di salute non siano riconducibili a scelte comportamentali del singolo individuo solleva una serie di questioni alle quali gli studi sui determinanti possono offrire un grande contributo: quali altri fattori intervengono nel determinare le condizioni di salute? In che misura lo fanno? È moralmente necessario intervenire su di essi perché ingiusti? Se la responsabilità del singolo individuo non è sufficiente, esiste una responsabilità per qualche altro soggetto al di là del singolo?

La tesi che vorrei sostenere è che esista una profonda affinità tra la riflessione di Callahan sulla sostenibilità del modello medico e gli studi più recenti sui determinanti sociali della salute, e che questi ultimi costituiscano un contributo assai fecondo per approfondire alcune questioni inerenti alla proposta di una medicina sostenibile. Nello specifico, i risultati di questi studi ci spingono a rileggere, alla luce di una nuova consapevolezza, due questioni morali centrali per la medicina sostenibile: il problema della responsabilità individuale e la questione della giustizia nella salute.

Ma andiamo per gradi e mostriamo innanzitutto in cosa consistono le affinità di cui ho parlato. Esse riguardano sia i principi morali che stanno alla base delle due prospettive, sia alcune delle proposte pratiche cui giungono i due discorsi.

Per prima cosa, tanto il lavoro di Callahan che quello sui determinanti nascono e sono mossi dal riconoscimento della presenza di ingiustizie e dal bisogno di porvi rimedio. Come abbiamo visto, il bioeticista statunitense ha particolarmente a cuore la questione della giustizia nella cura. Nello specifico, egli scorge nel progredire di un modello di medicina insostenibile il pericolo che l'equità nell'accesso ai servizi essenziali venga messa in discussione a causa del collasso del sistema sanitario pubblico e la conseguente privatizzazione dei servizi. Più in generale, egli riconosce come alla luce delle più recenti conoscenze scientifiche sia necessario affidare al singolo individuo una maggiore responsabilità per la propria salute in nome di un principio di giustizia e solidarietà sociale. Dall'altro lato, l'obiettivo degli studi sui determinanti di comprendere più a fondo le cause e i meccanismi sociali della malattia per poter porre rimedio alle disuguaglianze nella salute è anch'esso animato dall'idea di giustizia. In questo caso, però, più che sulla giustizia nella cura, l'attenzione è posta sul tema delle disuguaglianze

di salute e sul problema più ampio della giustizia nella salute.

In secondo luogo, entrambi i discorsi propongono una prospettiva che privilegia la prevenzione piuttosto che la cura. In questo caso, il legame è apertamente riportato dallo stesso Callahan, il quale riprende la distinzione tra modello biomedico e modello bio-psico-sociale e parla a più riprese di determinanti della salute citando studi come quello di Evans e Stoddart da cui siamo partiti nel secondo capitolo. Egli è convinto che la prevalenza di un modello biomedico centrato sui fattori biologici individuali sia uno dei principali ostacoli all'affermarsi di una medicina sostenibile<sup>102</sup>. L'idea di potenziare la sanità pubblica a dispetto della cura specialistica va chiaramente nella direzione di una sanità fondata su interventi di prevenzione. Dal lato dei determinanti, l'attenzione alla prevenzione è una conseguenza necessaria dello stesso punto di vista metodologico volto ad indagare la rete causale che interviene nel determinare le condizioni di salute. La profondità della prevenzione dipende dalla forza causale e dall'ampiezza del fattore su cui si vuole intervenire<sup>103</sup>.

Entrambi i discorsi, dunque, si ispirano ad un principio di giustizia e, a partire da evidenze scientifiche, individuano nella strategia della prevenzione la via maestra per mantenere e migliorare le condizioni di salute di una popolazione.

Allo stesso tempo, però, i risultati degli studi più recenti sui determinanti sociali (come quello compiuto dalla CSDH) costituiscono una radicalizzazione di alcuni aspetti della proposta di Callahan, segnatamente la questione delle cause della malattia e il problema della giustizia. Il primo tema ci induce a rileggere sotto una nuova luce la questione della responsabilità personale per la salute, uno dei due pilastri di una medicina sostenibile. Infatti, nonostante negli studi sui determinanti sociali la rilevanza dei comportamenti

---

<sup>102</sup> D. Callahan, *La medicina impossibile*, trad. it. cit., p. 112.

<sup>103</sup> Solitamente si distingue una prevenzione di tre livelli. La prevenzione primaria punta sulla riduzione del rischio per evitare le malattie, ad esempio favorendo l'esercizio fisico per evitare malattie cardiovascolari; la prevenzione secondaria opera cercando di identificare la malattia ai primi stadi per potervi intervenire tempestivamente. Un esempio sono i programmi di screening. La prevenzione terziaria si concentra sul ridurre o minimizzare le conseguenze di una malattia già sviluppata. Tuttavia, alla luce dell'impatto di fattori ambientali si è parlato anche di "*primordial prevention*" che consiste in azioni volte a inibire l'emersione di condizioni ambientali, economiche e sociali riconosciute causa di rischi per la salute. Cfr. D. S. Goldberg, *Public Health Ethics and the Social Determinants of Health*, Springer (ebook), 2017, p.47. Un esempio di "*primordial prevention*" viene dalla città di Alameda County, in California, dove il Dipartimento di salute pubblica ha realizzato l'iniziativa "*Place Matters*" il cui scopo consisteva nel riflettere sui modi in cui i diversi determinanti sociali convergevano nel concetto di spazio modificando le condizioni di salute. Il team incaricato di portare avanti il progetto ha identificato sei determinanti sociali chiave e, con la partecipazione comunità locale, ha creato un'agenda politica di interventi da mettere in atto. Cfr. K. Schaff et al., *Addressing the Social Determinants of Health through the Alameda County, California, Place Matters Policy Initiative*, "Public Health Reports", 128 (Supp. 3), 2013, pp. 48-53.

individuali non venga negata, essa sembra decisamente ridimensionata o per lo meno contestualizzata all'interno di un gioco di forze più ampio che ne relativizza la centralità. Questa nuova collocazione ci spinge a riflettere su quale debba essere il giusto peso morale soggettivo e collettivo affidato alla responsabilità per le proprie condizioni di salute affinché l'enfasi sul ruolo del singolo non conduca a derive colpevolizzanti e stigmatizzanti. Per quanto riguarda il problema della giustizia, abbiamo già anticipato come la prospettiva dei determinanti non sia interessata in ultima istanza alla giustizia nella cura, quanto piuttosto alle disuguaglianze nelle condizioni di salute. A suscitare l'impegno morale non è tanto il fatto che i soggetti non abbiano uguale accesso ai servizi sanitari, bensì il fatto che anche a parità di possibilità di accesso i singoli e i gruppi presentino condizioni di salute profondamente diverse. Questo non significa che la giustizia nella cura non sia importante. Come abbiamo visto il grado di accesso al sistema sanitario e la qualità dei servizi appaiono all'interno del modello della CSDH tra i determinanti intermedi. Tuttavia, essi non costituiscono né il fattore determinante principale né la causa prima delle disuguaglianze nella salute. Di converso, il fatto che si conoscano le cause di queste disuguaglianze ci impone di domandare se e secondo quali criteri esse debbano essere eliminate perché ingiuste.

Confrontandoci con il tema della responsabilità personale cercheremo quindi di integrare il contributo offerto dallo studio sui determinanti, mostrando come esso possa essere assai significativo nello scardinare quegli argomenti che enfatizzano eccessivamente il ruolo del singolo. Ridimensionando i significati più negativi, sarà possibile trovare una misura più giusta per la responsabilità personale e metterne maggiormente in luce i significati positivi.

### **3.2 La responsabilità personale per la salute**

«People may be their own worst  
enemies or greatest hope when it  
comes to health»

John P. Allegrante  
Lawrence W. Green<sup>104</sup>

---

<sup>104</sup> J. P. Allegrante, L. W. Green, *When Health Policy Becomes Victim Blaming*, "New England Journal of Medicine", 305, 1981, p. 1528.

### 3.2.1 Responsabilità: tra imputazione e libertà

Prima di addentrarci più nello specifico nel tema della responsabilità della salute, ritengo opportuno compiere un passaggio preliminare volto a mostrare come il significato del termine responsabilità non sia affatto scontato e presenti al proprio interno differenti sfumature semantiche cariche di conseguenze. L'obiettivo di questo primo passaggio non è esplicitare integralmente la ricchezza semantica del termine responsabilità e le possibili interpretazioni a partire dalle diverse etimologie<sup>105</sup>. Piuttosto si tratta di evidenziare come all'interno di questo concetto coesistano due anime diverse e complementari che prevalgono una sull'altra a seconda dell'uso che ne facciamo nelle situazioni e soprattutto rispetto alle intenzioni che guidano il discorso. In particolare, ciò che vorrei provare a sostenere è come la nozione di responsabilità presenti contemporaneamente il riferimento a concetti negativi come obbligazione, colpa e punizione, e concetti positivi come libertà, bene e cura. Mentre il primo significato sembra essere in molti casi il più utilizzato, soprattutto nei ragionamenti sulla responsabilità per la salute, vorrei tentare di mostrare come il rapporto tra responsabilità, libertà e dovere possa essere letto sotto una luce positiva, che metta in evidenza il valore e i meriti del soggetto piuttosto che le sue colpe. Sono convinto che una tale prospettiva possa rappresentare uno sguardo originale e fecondo per leggere con più attenzione e consapevolezza i temi che interessano la responsabilità, in particolare sulla salute.

Il termine responsabilità, già a livello di senso comune, sembra connotato da una certa ambiguità emotiva e semantica. Esso viene innanzitutto utilizzato per indicare una situazione nella quale qualcuno è venuto meno ad un dovere o ad un obbligo. "Era una tua responsabilità!" diciamo con tono di accusa quando qualcuno non ha portato a termine un impegno di sua competenza. "Chi è il responsabile?" chiede minacciosamente la mamma ai bambini quando trova un vaso rotto. In queste situazioni il termine ha evidentemente un connotato negativo: esso sta a indicare l'attribuzione di un'azione riprovevole a qualcuno, e quindi allude all'essere venuti meno ad un dovere o ad un obbligo.

---

<sup>105</sup> Per un'analisi dettagliata dei vari significati etimologici e concettuali del termine responsabilità si veda F. Turolto, *Il significato e il fondamento ontologico dell'etica della responsabilità*, in *Id. Bioetica ed etica della Responsabilità. Dai fondamenti teorici alle applicazioni pratiche*, Cittadella Editrice, Assisi 2009, pp. 15-49.

Questa prima connotazione del concetto di responsabilità è un retaggio semantico facilmente comprensibile se si osserva più da vicino la storia di questo termine. Può sembrare strano, ma un concetto oggi così inflazionato in ambito morale come quello di responsabilità è entrato nel lessico etico-filosofico soltanto nello scorso secolo dopo una centenaria permanenza quasi esclusiva nell'ambito del diritto<sup>106</sup>.

Nei testi in cui appare per le prime volte<sup>107</sup>, il termine responsabilità indica l'obbligo di rispondere delle proprie azioni davanti alla legge. Il termine, dunque, presenta un significato di carattere eminentemente giuridico-politico. La nozione a cui fa riferimento è quella di imputabilità, ovvero la attribuzione diretta di ogni azione all'agente che ne è causa. Il cittadino è responsabile delle proprie azioni nel senso che gli vengono imputate quelle azioni a cui la legge è chiamata a dare un giudizio. Tale giudizio consiste o in un'assoluzione, se le azioni compiute sono conformi alla legge, o in una condanna, se le azioni violano il dettato legislativo. La condanna consiste in ambito civile in un risarcimento per riparare il danno commesso e in ambito penale in una pena da scontare.

Come possiamo notare, il carattere giuridico di questa prima accezione del termine responsabilità porta con sé una costellazione precisa di significati. Innanzitutto, l'idea di imputabilità ha una connotazione prettamente negativa. Riprendendo la definizione di alcuni dizionari, Paul Ricoeur definisce il verbo imputare come

mettere in conto a qualcuno un'azione riprovevole, una colpa, dunque una azione preliminarmente a confronto con un'obbligazione o con un divieto che tale azione infrange<sup>108</sup>.

L'imputazione è sempre l'attribuzione di una (presunta) azione riprovevole o di una colpa rispetto ad un divieto. A livello giuridico, dunque, imputare a qualcuno delle azioni è il presupposto necessario per poter valutare la sua colpevolezza o la sua innocenza rispetto ad un'obbligazione. Il valore negativo del termine in questo ambito è facilmente intuibile dal fatto che lo scenario migliore che un imputato possa immaginare è l'assoluzione, ovvero non essere riconosciuto colpevole e perciò non dover pagare un risarcimento o subire una pena. In questo senso, la connotazione giuridica della

---

<sup>106</sup> Per una revisione completa della storia del concetto di responsabilità si veda P. Ricoeur, *Il concetto di responsabilità. Saggio di analisi semantica*, in Id. *Il Giusto*, SEI, Torino 1998, pp. 31-56.

<sup>107</sup> I testi principali sono *The Federalist* di Alexander Hamilton del 1794, il *Dictionnaire de l'Académie française* del 1798 e il Codice napoleonico. Cfr. B. Oliva, *Responsabilità*, in *Enciclopedia Italiana*, VII app. XXI sec., Treccani, Roma, 2007, pp.121-123.

<sup>108</sup> P. Ricoeur, *Il Giusto*, op. cit., p. 33

responsabilità fa direttamente riferimento ai concetti di obbligazione e divieto da un lato, e ai concetti di colpa e di pena dall'altro. L'imputazione è il concetto che fa da tramite tra l'obbligazione e la riparazione. Si è responsabili di fronte ad un'istanza che prescrive o interdice alla libertà alcuni comportamenti; quando quest'istanza è violata, essa agisce attraverso l'attribuzione di una colpa e la definizione di una pena.

Generalizzando, potremmo dire che questa prima costellazione semantica che accompagna l'idea di responsabilità si riferisce soltanto agli usi scorretti della propria libertà: si è responsabili nel momento in cui si deve render conto delle proprie azioni perché queste sono sospettate di essere dei reati.

Infine, è utile riconoscere come l'orizzonte temporale a cui fa riferimento questo primo significato di responsabilità è il passato, come luogo nel quale è stato compiuto l'atto da giudicare. Si parla, in questo senso, di responsabilità conseguente.

Se il rimando ai concetti di obbligazione e colpa sembra sempre molto presente anche nell'utilizzo del termine responsabilità che viene fatto a livello di discorso comune, dall'altro lato, tuttavia, in molti casi il riferimento alla responsabilità assume anche dei significati positivi. Ogni bambino avverte con entusiasmo le prime volte che i genitori gli affidano delle piccole responsabilità; egli percepisce in quel gesto la stima e il riconoscimento della sua autonomia e delle sue capacità. Allo stesso modo, quando diciamo che una persona è responsabile ne stiamo indicando un pregio, non certo una colpa o un difetto: implicitamente ci stiamo riferendo al fatto che è una persona di cui ci si può fidare, che agisce in vista di qualcosa di buono e che si impegna con dedizione. Così come avere un ruolo di responsabilità, ad esempio esercitando una professione o prendendosi cura di un soggetto vulnerabile, è una condizione che, oltre ad assegnare dei doveri, dona stima di sé e il riconoscimento da parte degli altri. In questi casi, ciò che è messo in evidenza dal riferimento alla responsabilità è da un lato la libertà e la competenza di un soggetto, dall'altro il fatto che egli agisce in vista di un valore giudicato positivamente: si è responsabili anche di buone azioni, non solo di azioni riprovevoli. In questa seconda accezione, quindi, essere responsabili è qualcosa di positivo, è un carattere che indica il valore professionale e morale di un soggetto.

Ciò che mi sembra interessante di questa seconda accezione di responsabilità è da un lato il riferimento alla nozione di libertà, dall'altro l'accento posto sulla positività del valore da perseguire attraverso l'azione piuttosto che sulla colpa derivante dal non



perseguirlo.

Per quanto riguarda il primo punto, cioè il riferimento alla libertà, la definizione di responsabilità proposta dall'Enciclopedia Treccani è particolarmente esplicita in questa direzione:

Dal punto di vista filosofico, la nozione di responsabilità è strettamente connessa a quella di libertà. Un uomo può infatti rispondere delle sue azioni soltanto se queste sono il frutto di una libera scelta e non sono determinate da leggi necessarie (siano esse fisiche, psichiche o socio-economiche)<sup>109</sup>.

Non si può attribuire una responsabilità in ambito morale a scelte compiute inconsapevolmente o non liberamente.

Anche sul piano del diritto, nel quale l'idea di responsabilità serve a congiungere il riconoscimento di un soggetto colpevole di alcune azioni e l'attribuzione di un risarcimento o pena, il problema della libertà e della volontarietà dell'azione è centrale. Per questo motivo, nel tempo sono stati stabiliti alcuni criteri per tenere in considerazione la volontarietà di un'azione e decidere l'eventuale imputabilità e la gravità della pena. Il soggetto non si trova a rispondere delle proprie azioni soltanto per quanto riguarda le conseguenze provocate da tali atti (responsabilità conseguente), ma è anche giudicato per le eventuali intenzioni che lo hanno mosso: un omicidio colposo è molto meno grave di un omicidio doloso, ovvero volontario, proprio perché il primo è compiuto senza alcuna intenzione di procurare il danno mentre il secondo è agito consapevolmente e volontariamente. Se in entrambi i casi la colpa come infrazione di un'obbligazione resta tale dal punto di vista oggettivo, la volontarietà con cui il soggetto ha agito è determinante per definire la pena.

Da questo punto di vista, risultano estremamente interessanti le disposizioni degli articoli 85 e 42 del Codice Penale italiano. Il primo recita: «nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se, al momento in cui lo ha commesso, non era imputabile» ovvero «capace d'intendere e volere». Un soggetto per poter essere imputabile deve dimostrare di essere capace di intendere e di volere. La maturità psichica e la sanità mentale sono elementi dirimenti per decidere l'imputabilità o meno di tale soggetto; questo perché il poter rispondere delle proprie azioni, dunque la responsabilità, postula la capacità di comprendere il significato del proprio

---

<sup>109</sup> Enciclopedia Treccani, dizionario di filosofia 2009.

comportamento ed il potere di controllare i propri impulsi ad agire. In modo più generico, l'articolo 42 dispone che «nessuno può essere punito per un'azione od omissione preveduta dalla legge come reato, se non l'ha commessa con coscienza e volontà». Viene qua chiamato in causa il *concetto di suitas*, ovvero la coscienza e volontà di una determinata condotta, in nome del quale è possibile decidere se esiste un nesso psichico tra l'agente e il fatto specifico.

Se però nel caso del discorso giuridico l'interesse per la libertà come presupposto della responsabilità è funzionale alla determinazione dell'imputabilità o meno di un soggetto, il punto di vista che vorrei presentare procede esattamente nella direzione opposta: si tratta di cogliere come possiamo parlare di responsabilità solo laddove riconosciamo presente la possibilità di un'azione prodotta da un soggetto in qualche misura libero. Detto in altri termini, la responsabilità, presupponendola, indica sempre la presenza di una forma di libertà. Ritenerne un soggetto responsabile di qualcosa significa allo stesso tempo affermare che quel soggetto è capace di una qualche forma di libertà: egli è in grado e ha gli strumenti per compiere quelle azioni di cui sarà ritenuto responsabile. In questo caso, tale riconoscimento non vuole accertare che vi siano i presupposti per un'azione in vista di un giudizio, come nel caso del diritto, ma, come nell'esempio del bambino riportato poco sopra, vuole mettere in luce i caratteri positivi di un soggetto, come la sua capacità di compiere azioni libere e le sue competenze.

Il secondo aspetto che vorrei mettere in luce in merito all'accezione positiva della responsabilità è come essa non entri in gioco soltanto per giudicare azioni riprovevoli, ma faccia anche riferimento a comportamenti messi in atto in vista di un bene. La responsabilità professionale, ad esempio, non ha un valore eminentemente punitivo; piuttosto essa è legata al fatto che al professionista è affidato un bene da perseguire tramite il suo impegno e la sua dedizione. I doveri che ne derivano non sono soltanto obbligazioni che limitano la libertà, bensì indicazioni su quale sia il bene a cui il soggetto deve mirare. Ad esempio, un medico è responsabile della salute dei propri pazienti nel senso che egli deve adoperarsi perché quel bene, ovvero la salute dei pazienti, possa essere raggiunto tramite la sua azione. Egli perciò è responsabile nel senso che collabora con il proprio agire alla realizzazione di tale bene. Se egli con il suo lavoro persegue il bene che gli è assegnato, allora riceverà in cambio stima, apprezzamento e gratitudine da parte degli altri che ne riconosceranno il valore. Ciò non significa escludere la

possibilità della colpa o dell'azione sbagliata: un medico che non rispetti il proprio dovere o compia azioni che vanno contro il bene del paziente deve sicuramente essere biasimato o punito per queste azioni. Ciononostante, questo significato punitivo non deve essere assolutizzato.

Il rischio di rimarcare in modo eccessivo la lettura punitiva della responsabilità è quello di trasmettere alle persone una percezione ostile tale per cui è più conveniente non avere alcuna responsabilità. In altri termini, porre un'enfasi sproporzionata sul significato punitivo della responsabilità può incoraggiare la de-responsabilizzazione del singolo. Al contrario, esplicitare i concetti positivi significa veicolare un'idea realizzabile di responsabilità e mostrare i valori che ne stanno alla base in modo tale da favorirne un'assunzione consapevole e libera da parte del soggetto.

Prima di passare ad affrontare il tema della responsabilità per la salute, ricapitoliamo brevemente il percorso svolto in questo primo paragrafo. Innanzitutto, abbiamo analizzato il significato negativo del termine responsabilità. In questa prima accezione, comune soprattutto in ambito giuridico, la nozione è utilizzata per riferirsi all'imputazione di un'azione riprovevole ad un soggetto ed è accostata ai concetti di colpa e di pena. In questo caso, il riferimento alla libertà costituisce soltanto il presupposto necessario perché possa darsi il giudizio. Al contrario, nel secondo passaggio, abbiamo sostenuto come il rapporto tra responsabilità, libertà e dovere possa essere letto anche da un altro punto di vista, che risalta le qualità e il valore del soggetto, riconoscendogli un grado di libertà e competenza e attribuendogli il merito per le azioni compiute in vista di un bene.

Dati questi presupposti, possiamo adesso rivolgerci alla questione della responsabilità per la salute. Affronteremo questo tema cercando di adottare uno sguardo che tenga conto dell'ambivalenza che abbiamo messo in luce in questo paragrafo, in modo tale da evidenziare sia le motivazioni positive e i benefici sia le possibili letture colpevolizzanti che accompagnano le argomentazioni sulla responsabilità per la salute.

### **3.2.2 I presupposti contestuali**

La questione della responsabilità individuale per la salute è divenuta un tema centrale nel dibattito in ambito sanitario soprattutto a partire dalla fine degli anni Settanta del secolo scorso e costituisce ancora oggi un problema molto dibattuto nelle discussioni etiche di salute pubblica.

Da un punto di vista storico, il *Lalonde Report*<sup>110</sup> in Canada del 1974 e il report del Ministero della Sanità negli Stati Uniti<sup>111</sup> segnarono un deciso cambio di rotta nelle politiche di sanità pubblica. I due report suggerivano come il modo migliore per affrontare le questioni sanitarie alla luce delle nuove conoscenze scientifiche fosse adottare strategie orientate verso la promozione della salute (*Health promotion*) basate sulla prevenzione piuttosto che proseguire potenziando soltanto l'assistenza sanitaria (*Healthcare*). In questa strategia, la modifica dei comportamenti individuali dannosi ricopriva un ruolo centrale. In verità i due documenti, oltre a prendere in considerazione il ruolo dei comportamenti individuali nel prevenire le malattie e promuovere le condizioni di salute, discutevano soprattutto l'influenza di fattori di tipo ambientale. Ciononostante, l'attenzione delle autorità politiche si focalizzò quasi esclusivamente sui comportamenti individuali, relegando in secondo piano le questioni ambientali<sup>112</sup>.

Più in generale, a sollevare il tema della responsabilità individuale per la salute è stata la convergenza di diversi fattori di ordine politico-culturale, sanitario ed economico. Come sarà immediatamente chiaro, questi fattori descrivono per molti aspetti ancora oggi il contesto socio-sanitario e culturale in cui ci troviamo a vivere. Per questo motivo una loro rassegna, oltre a permetterci di comprendere le motivazioni storiche che hanno dato il via al dibattito, ci fornisce degli importanti punti di riferimento per capire l'attuale contesto sanitario. Inoltre, un tale confronto ci consente di comprendere più a fondo i presupposti delle argomentazioni etiche e giuridiche che analizzeremo in seguito.

Un primo aspetto, di ordine politico culturale, riguarda la progressiva valorizzazione nelle democrazie occidentali della libertà individuale. Da questo punto di vista, non è un caso che il dibattito sul tema dei comportamenti individuali sia iniziato proprio negli Stati Uniti, Paese animato da una cultura radicalmente liberale. Gli Stati Uniti hanno da sempre attribuito un valore quasi sacro al principio della libertà e dell'intraprendenza individuale, conferendo grande prestigio a chi, tramite il proprio impegno e dedizione, raggiunge obiettivi di successo e – al contrario – addossando colpe e biasimo a coloro che ottengono buoni risultati.

Più in generale, lo sviluppo nei paesi più avanzati di sistemi democratici nel secondo

---

<sup>110</sup> M. Lalonde, *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document*, cit.

<sup>111</sup> Surgeon General of the United States, *Healthy People: Report on Health Promotion and Disease Prevention*, Washington D. C., Government Printing Office, 1979.

<sup>112</sup> Cfr. M. Minkler, *Personal Responsibility for Health? A Review of the Arguments and the Evidence at Century's End*, "Health Education & Behavior", 26 (1), 1999, p. 122.

dopoguerra non poteva che fondarsi sul rafforzamento dell'autonomia del singolo cittadino: il presupposto e al contempo l'obiettivo di una democrazia è la libertà dei cittadini che la compongono.

È emblematico il fatto che la stessa riflessione bioetica si sia concentrata sul principio di autonomia per almeno tre decenni a partire dagli anni Settanta dello scorso secolo, occupandosi di rafforzare sempre di più l'autonomia del paziente nella relazione con il medico<sup>113</sup>.

Questa posizione di centralità del singolo individuo è stata ulteriormente rafforzata e portata agli esiti estremi da politiche di orientamento neoliberale. In America, negli anni Ottanta, l'allora presidente Ronald Reagan contribuì tramite alcune riforme a diminuire l'intervento statale e a ridurre la spesa pubblica, favorendo una maggiore apertura dei mercati e la privatizzazione dei servizi. In questo modo egli ridusse il campo di azione, e dunque la responsabilità, delle istituzioni pubbliche e aumentò le possibilità di iniziative private. I presupposti culturali di queste politiche neoliberali, pur in modi differenziati, sono poi traghettati anche negli Stati del continente europeo, producendo un sostanziale cambiamento nell'orientamento politico che fin dal secondo dopoguerra aveva visto nello Stato e nel pubblico il fulcro dell'azione dei governi. La famosa frase di Margaret Thatcher secondo la quale non esiste la società ma soltanto gli individui esprime al meglio uno dei presupposti di questa ideologia politica: è l'individuo con i suoi interessi a costituire la realtà ultima e fondamentale. Per questo motivo, semplificando, la strategia neoliberale consiste nel lasciare al singolo un ampio margine di libertà affinché egli possa esprimere le proprie preferenze e portare avanti il proprio interesse, mentre alle istituzioni è affidato il compito di favorire le iniziative adeguandosi il più possibile alle richieste, secondo un modello che sempre più si avvicina al discorso economico di domanda e offerta. Come è facile intuire, questa valorizzazione del singolo ha come rovescio della medaglia l'iper-responsabilizzazione del soggetto tale per cui non solo il successo ma anche il fallimento è effetto delle sue scelte e azioni.

Il secondo aspetto riguarda, invece, il mutamento del contesto sanitario. La cosiddetta transizione epidemiologica e l'affermazione delle malattie croniche e degenerative come principale problema di salute negli stati più sviluppati ha costituito, ed è ancora oggi, un motivo assai rilevante per porre l'accento sulla responsabilità del singolo individuo.

---

<sup>113</sup> Cfr. H. Ten Have, *Bioetica Globale. Un'introduzione*, cit.

Nel panorama sanitario abbiamo assistito sia al declino delle malattie infettive trasmissibili ottenuto attraverso farmaci, vaccini e il miglioramento delle condizioni igieniche della popolazione, sia al parallelo aumento delle malattie croniche non trasmissibili come cancro, malattie cardiovascolari, diabete e patologie respiratorie, divenute il principale problema di sanità pubblica e di salute globale<sup>114</sup>.

Per percepire l'assoluta attualità del problema, è sufficiente osservare come nel 2005 l'OMS abbia stimato che oltre il 60% delle morti annuali su scala globale sia causato da malattie croniche, l'80% delle quali nei paesi meno sviluppati e in via di sviluppo.

Queste patologie si differenziano dalle malattie trasmissibili, come malaria e tubercolosi, o dalle malattie acute, come l'appendicite, in quanto hanno un esordio graduale, sono provocate da una molteplicità di fattori e perdurano nel tempo. La differenza rilevante per cui il comportamento individuale assume un'importanza primaria è che mentre le malattie infettive possono essere nella maggior parte dei casi curate una volta per tutte attraverso la vaccinazione o l'immunità acquisita, le malattie croniche e degenerative raramente permettono una terapia clinica diretta ad eliminare la malattia stessa. Per le patologie croniche, l'assistenza medica e farmacologica è semmai richiesta per alleviare gli effetti indesiderati più gravi o per far fronte a patologie improvvise, come ad esempio ictus ischemici o infarti.

Al contempo, le cause prossimali delle malattie croniche nei paesi sviluppati sono facilmente individuabili e riassumibili in quattro condizioni: il consumo di alcol, l'uso di tabacco, l'inattività fisica e una dieta squilibrata. Come è evidente, tutte e quattro le condizioni rientrano nelle categorie degli stili di vita e dei comportamenti individuali.

Per questo motivo, mentre nel caso delle malattie trasmissibili lo Stato può ricoprire un ruolo centrale garantendo investimenti in ricerca per nuovi farmaci e vaccini in grado di curare e prevenire malattie provocate da agenti patogeni, nel caso delle malattie non trasmissibili lo stile di vita degli individui costituisce – assieme alle condizioni ambientali – il fattore determinante per l'insorgenza di queste patologie.

Per queste malattie la strategia più efficace, dunque, non è tanto la cura quanto la

---

<sup>114</sup> Daniel Callahan definisce la diffusione delle malattie croniche come un *"turning point"* per i modelli di medicina negli stati più sviluppati. Gli scarsi risultati ottenuti per eliminare queste patologie uniti alle ingenti risorse economiche necessarie per le cure sono dei validi motivi per ricalibrare l'obiettivo dell'impresa medica e pensare ad un modello alternativo. Cfr. D. Callahan, *Medical Progress and Global Chronic Disease: The Need for a New Model*, "Brown Journal of World Affairs", 20 (1), 2013, pp. 35-46. Egli inoltre inserisce le malattie croniche tra le cinque minacce principali del mondo moderno. Cfr. D. Callahan, *The Five Horsemen of the Modern World. Climate, Food, Water, Disease, and Obesity*, Columbia University Press, New York 2016.

prevenzione da attuare tramite la promozione di stili di vita sani e la garanzia di condizioni ambientali meno dannose possibili.

Il terzo fattore è costituito dalla tensione tra diritto alla cura e comportamento individuale alla luce dell'aumento esponenziale dei costi della medicina e della necessità di operare delle scelte di priorità a fronte di risorse limitate. È un tema che abbiamo già brevemente affrontato nel primo capitolo e che intrattiene uno stretto legame con il problema delle malattie croniche e degenerative.

L'aumento del costo della medicina nella spesa pubblica degli Stati è un fatto acclarato che, come abbiamo visto, è catalizzato dal connubio dell'impresa medica con lo sviluppo tecnologico e dalla fede nell'idea di progresso lineare e illimitato<sup>115</sup>. Nel primo periodo in cui è stato istituito un servizio pubblico di assistenza sanitaria, la strategia per garantire a tutti i cittadini il diritto alla cura è stata quella di alzare costantemente le spese fino a toccare punte superiori al 10% della spesa pubblica. Dal momento che questa traiettoria si è dimostrata economicamente insostenibile sul medio-lungo periodo, è stato necessario porre un tetto massimo e cercare di ridurre le spese. Questo cambio di direzione, tuttavia, ha sollevato con maggiore urgenza il problema dei criteri di giustizia da adottare per la distribuzione delle risorse: dato che non è possibile soddisfare tutte le richieste perché le risorse sono limitate, quali sono i criteri da seguire per una giusta allocazione delle risorse? A quali terapie e ricerche è bene dare priorità? Come stabilire i criteri di accesso alle cure per chi ne ha bisogno?

In una cornice del genere, la crescente consapevolezza scientifica dell'impatto delle abitudini individuali sull'insorgenza di molte patologie è stata fonte di accesi dibattiti. In un contesto di risorse limitate, il fatto che delle risorse dovessero essere utilizzate per prendere in carico malattie dovute al comportamento e alle cattive abitudini dei pazienti suscitava molti dilemmi.

Un cattivo comportamento legato alla salute, infatti, non solo rischia di danneggiare altri individui (basti pensare agli effetti del fumo passivo), ma in un contesto di assistenza sanitaria garantita sottrae risorse economiche e professionali ad altri pazienti, provocando uno "spreco" che si sarebbe potuto evitare.

John Knowles, presidente della Rockefeller Foundation, nel 1977 denunciava come la maggior parte delle spese nazionali per la salute fossero destinate alla cura delle

---

<sup>115</sup> Cfr. Capitolo 1.

maggiori cause di morti e disabilità premature e prevenibili<sup>116</sup>. Al contempo, egli denunciava come

the cost of sloth, gluttony, alcoholic intemperance, reckless driving, sexual frenzy, and smoking is now a national, not an individual responsibility. This is justified as individual freedom- but one man's freedom in health is another man's shackle in taxes and insurance premiums<sup>117</sup>.

Ancora oggi la tensione tra il diritto alla cura e la responsabilità personale solleva interrogativi etici molto complessi e diventa particolarmente evidente nei casi più estremi: è giusto garantire l'accesso a servizi sanitari pubblici a coloro che volontariamente adottano stili di vita dannosi come l'alcolismo o il tabagismo o che compiono azioni rischiose come non mettere la cintura di sicurezza? Occorre inserire una tariffa aggiuntiva o addirittura far pagare per intero le spese sanitarie a coloro che non si prendono cura di se stessi in modo volontario? Con quali criteri si può definire il grado di priorità di un alcolista che ha bisogno di un trapianto di fegato o di una donna che richiede una fecondazione in vitro perché fumatrice?

Per cogliere quanto questa tematica sia attuale, è sufficiente guardare al dibattito che è scaturito pochi mesi fa. La questione infatti è sorta anche durante la pandemia di SARS-CoV-2 che stiamo vivendo, in particolare in merito al trattamento da adottare per coloro che, avendo consapevolmente scelto di non vaccinarsi contro il virus, si fossero trovati a dover ricevere delle cure dal sistema sanitario nazionale a causa di complicanze dovute al SARS-CoV-2. Alcuni hanno paventato la possibilità di introdurre oneri economici per non far ricadere gli effetti di una scelta individuale su tutti i contribuenti; altri hanno portato avanti l'idea di togliere la priorità nell'accesso ai non vaccinati per favorire invece le persone vaccinate bisognose di cure. Altri ancora hanno sostenuto l'equivalenza tra non vaccinati ed evasori fiscali, rimarcando il carattere antisociale della loro decisione. Anche in questi casi, il motivo principale del contendere è da rintracciare nel contrasto tra una decisione individuale dannosa per sé e per gli altri da una parte, e il diritto alla cura realizzato tramite gli sforzi professionali ed economici della collettività dall'altra.

Adesso che abbiamo tratteggiato con più precisione i presupposti contestuali, possiamo valutare con maggiore accuratezza il ruolo della responsabilità personale per la propria

---

<sup>116</sup> J. H. Knowles, *The Responsibility of the Individual*, in Id., *Doing Better and Feeling Worse: Health in the United States*, Norton, New York 1977, p. 75.

<sup>117</sup> *Ivi*, p. 59



salute. Mostreremo come da un lato una forma di responsabilità personale apporti degli innegabili benefici per i singoli e per la collettività, dall'altro come un'eccessiva enfasi su di essa possa condurre verso derive ultra-responsabilizzanti che, oltre alla colpevolizzazione del soggetto, rischiano di nascondere il ruolo di altri fattori ugualmente rilevanti nel determinare le condizioni di salute.

### **3.2.3 Empowerment, promozione della salute, giustizia e colpevolizzazione**

Tutte le posizioni che affidano alla responsabilità individuale una certa importanza apportano senza alcun dubbio al singolo e alla collettività dei benefici sostanziali. Riprendendo la tripartizione del paragrafo precedente, possiamo articolare il discorso secondo tre punti di vista diversi, ma interconnessi: l'*empowerment* del singolo individuo, il miglioramento della salute individuale e la riduzione dei costi.

In primo luogo, affidare agli individui una maggiore responsabilità per la propria salute presuppone che siano stati forniti ai diretti interessati gli strumenti necessari, in particolare le conoscenze scientifiche sui rischi e sui benefici di determinati comportamenti. Questo passaggio preliminare permette ai soggetti di aumentare le possibilità di controllo sulla propria vita, migliorare il grado di autonomia e promuovere il proprio benessere<sup>118</sup>. Campagne educative e attività di sensibilizzazione sui benefici di stili di vita sani e sui danni provocati da abitudini insalubri forniscono alle persone preziosi strumenti per poter compiere scelte più consapevoli e salutari. Da questo punto di vista, le conoscenze scientifiche sulle cause della malattia costituiscono un valido strumento per potenziare le capacità di azione, e dunque la libertà, degli individui. Avere un ruolo attivo nel promuovere la propria salute e il proprio benessere è sicuramente un aspetto rilevante per la percezione di sé da parte dell'individuo. Sapere di poter intervenire sulle proprie condizioni di salute tramite la propria libertà suscita nel soggetto un senso di maggiore controllo e autonomia, smorzando parte della paura legata all'incertezza della malattia, e allo stesso tempo ridimensiona la dipendenza dal medico e dal sistema sanitario<sup>119</sup>.

---

<sup>118</sup> "The encouragement of a sense of personal responsibility for health can be part of a program of positive freedom or empowerment- a realization that actions taken can have marked and positive impact on one's health while also radiating good effects on other dimensions of life and on other people" D. Winkler, *Personal and Social Responsibility for Health*, "Ethics and International Affairs", 16 (2), 2002, p. 54. Si veda anche l'articolo M. Minkler, *Challenges for Health Promotion in the 1990s: Social Inequities, Empowerment, Negative Consequences and Common Good*, "American Journal of Health Promotion", 8 (6), 1994, pp. 403-413.

<sup>119</sup> D. B. Resnik, *Responsibility for Health: Personal, Social, and Environmental*, "Journal of Medical Ethics", 33, 2007, p. 445.

In secondo luogo, la responsabilità per la propria salute contribuisce a diminuire l'insorgenza di patologie, in particolare di malattie croniche, preservando così la salute del singolo individuo e diminuendo il carico del sistema sanitario. Dal punto di vista individuale ciò significa prevenire, rimandare o quantomeno ridurre le probabilità di insorgenza di patologie dolorose e debilitanti come obesità, problemi cardiovascolari o tumori. Più in generale, uno stile di vita sano contribuisce a mantenere in buon funzionamento il sistema immunitario, preservando il soggetto anche da malattie infettive. Dal punto di vista collettivo, invece, la diminuzione dell'incidenza di malattie, in particolare croniche, ha l'effetto positivo di diminuire il carico di lavoro dei medici e del sistema sanitario, permettendo di investire le energie e le risorse umane nonché economiche in altre terapie o ricerche.

Quest'ultimo aspetto ci rimanda, infine, all'ultima serie di benefici, ovvero sia la diminuzione delle spese sanitarie e la promozione di un maggior sentimento di solidarietà. Da un punto di vista economico, maggiore è il numero delle persone che si prende cura di sé promuovendo le proprie condizioni di salute, minore è l'intervento richiesto al sistema sanitario. Evitare di caricare il sistema sanitario con malattie evitabili significa permettere di utilizzare preziose risorse per fare screening preventivi o fare interventi che invece sarebbero rimasti in lista d'attesa. Durante l'attuale pandemia di Covid-19, abbiamo visto come funzioni questo meccanismo, ma in maniera inversa: il sovraccarico del sistema sanitario dovuto all'ondata di contagi ha costretto altri pazienti a rimandare visite di screening o interventi chirurgici non urgenti, provocando innumerevoli disagi e peggiorando la salute complessiva della popolazione<sup>120</sup>.

Per questo motivo, la responsabilità personale è strettamente correlata alla solidarietà sociale e al principio di giustizia. L'attenzione del singolo verso la sua salute e quella degli altri non solo si fonda su questi due principi, ma contribuisce attivamente a rafforzarne il valore comune: mettendo in atto comportamenti responsabili non si sta agendo soltanto per se stessi, ma anche per gli altri, testimoniando agli altri il valore della giustizia e il riconoscimento di un bene che va oltre il proprio tornaconto. In questo senso, responsabilità personale e giustizia sono intimamente legate.

Ciononostante, il discorso sulla responsabilità personale non è stato sempre utilizzato in

---

<sup>120</sup> L'OCSE ha stimato che nel 2020 l'aspettativa di vita in Italia si è abbassata di 1,2 anni rispetto al 2019, tornando ai livelli registrati nel 2010. Cfr. M. Mueller et al., *The Health Impact of COVID-19*, in OECD, *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, Parigi 2021, p. 46.

relazione ai suoi benefici. La letteratura sul tema riconosce come molto spesso questo tema sia stato strumentalizzato per sostenere posizioni ideologiche o eccessivamente enfaticizzato portando a fenomeni di stigmatizzazione e di colpevolizzazione delle vittime.

In un celebre articolo del 1977, Robert Crawford denunciava come l'idea secondo la quale i principali fattori di rischio per la salute fossero gli individui stessi non si traducesse che in una posizione ideologica e in un argomento per rinsaldare le relazioni di potere politico ed economico, scaricando la colpa sulle vittime<sup>121</sup>. Nello specifico, egli sosteneva che la campagna di colpevolizzazione dei lavoratori era stata messa in atto dalle grandi industrie per nascondere l'impatto delle condizioni di lavoro sulla salute dei dipendenti e per non doversi prendere in carico i costi delle visite mediche. In questo modo, il peso morale ed economico delle malattie provocate da condizioni di lavoro insalubri veniva scaricato sulle vittime stesse.

In un lavoro più recente, Meredith Minkler ha invece notato come l'enfasi posta sui comportamenti individuali negli Stati Uniti a partire dagli anni Settanta dello scorso secolo non sia stata adeguatamente accompagnata dall'attenzione all'abilità di rispondere (*response-ability*) degli individui e della comunità o all'effettiva capacità di far fronte ai bisogni o alle sfide poste dall'ambiente, caricando i soggetti di impegni sproporzionati rispetto alle loro effettive capacità e forze<sup>122</sup>. Anche questa studiosa nota come tale esagerazione abbia finito per oscurare l'influenza per la salute dei fattori ambientali, sottovalutando per di più il contesto sociale nel quale le persone si trovano a vivere e a compiere le loro scelte.

A conclusioni simili giunge anche Daniel Wikler<sup>123</sup>. Egli chiarisce come la definizione del grado di responsabilità individuale per le proprie condizioni di salute determini il limite della sfera di azione della sanità pubblica. In particolare, sposando le idee del *luck egalitarianism*, la sanità pubblica non dovrebbe occuparsi degli effetti sulla salute delle persone provocati da comportamenti scelti deliberatamente dal singolo, ma soltanto dei rischi involontari. Di conseguenza, le politiche di promozione della salute non dovrebbero tentare di disincentivare questi comportamenti e allo stesso tempo dovrebbero implementare i costi o diminuire la priorità nell'accesso alle cure per chi ne

---

<sup>121</sup> R. Crawford, *You Are Dangerous to your Health: The Ideology and Politics of Victim Blaming*, "International Journal of Health Services", 7 (4), 1977, pp. 663-680.

<sup>122</sup> M. Minkler, *Personal Responsibility for Health? A Review of the Arguments and Evidence at Century's End*, "Health Education & Behavior", 26 (1), 1999, p. 124.

<sup>123</sup> D. Wikler, *Personal and Social Responsibility for Health*, cit., pp. 47-55.

abbisogni in seguito a scelte rischiose compiute consapevolmente. Il rischio di una tale posizione è che

the appeal of the notion of personal responsibility masks an ideological vulnerability that is ripe for exploitation- a fact that the tabacco industry has already demonstrated.<sup>124</sup>

Infine, il pericolo più grande è quello di estremizzare l'appello morale alla responsabilità individuale da rendere la salute un dovere e favorire la terribile equivalenza tra malattia e colpa. A tal riguardo, Becker ha parlato di "tyranny of health" riferendosi al rischio di rendere la salute il bene primario di una società subordinando tutti gli altri valori al raggiungimento di tale bene<sup>125</sup>. In questo scenario, le condizioni di salute divengono il nuovo paradigma morale: «being ill is redefined as being guilty»<sup>126</sup>. In questo modo il giudizio sulle condizioni di salute della persona non è più soltanto un problema medico, ma viene caricato di toni colpevolizzanti volti a stigmatizzare moralmente, in particolare coloro che perseverano in abitudini dannose come alcolismo o che si trovavano in condizioni problematiche a causa di comportamenti scorretti, come nel caso delle persone affette da obesità<sup>127</sup>. Questi individui non adempiono al loro dovere di mantenere una buona salute, mettendo a rischio gli altri o imponendo spese per la loro cura a carico di tutta la collettività. Il risultato di uno sguardo del genere è quello di mettere in secondo piano la sofferenza e il dolore del malato in nome della sua colpa morale. Ciò è estremamente pericoloso per l'assistenza sanitaria e deleterio per la società stessa. Da un lato, infatti, il dovere del medico di curare e prendersi cura del paziente, al di là di qualsiasi giudizio morale, è esposto al rischio di essere quantomeno frenato dalla volontà di valutare la responsabilità del paziente. Dall'altro, non è auspicabile che le persone sospendano il sentimento di empatia verso un loro vicino malato fintantoché non se ne sia appurata l'innocenza morale.

In conclusione, possiamo dire che il lato negativo della responsabilità personale è innanzitutto prodotto dalla sproporzione tra la misura dei benefici che essa può apportare e il valore che le è affidato. In secondo luogo, esso determina due sostanziali conseguenze: il misconoscimento o il nascondimento dell'intervento di altri fattori, come

---

<sup>124</sup> Ivi, p. 55.

<sup>125</sup> M.H. Becker, *The Tyranny of Health Promotion*, "Public Health Review", 14, 1986, pp. 15-23.

<sup>126</sup> Ivi, p.19.

<sup>127</sup> John Allagrange e Lawrence Green in una lettera indirizzata al governo Reagan parlano del rischio di creare un "elite moralism", di predicare una morale praticabile soltanto dai più ricchi e colpevolizzante i più poveri. J. Allagrange, L. Green, *When Health Policy Becomes Victim Blaming*, cit., p. 1528.

il contesto socio-economico e ambientale, e la stigmatizzazione di alcune categorie di individui o la colpevolizzazione delle vittime. Vediamo adesso come le evidenze portate dagli studi sui determinanti sociali possano supportare quelle argomentazioni che evitano di porre un' enfasi eccessiva sulla responsabilità personale.

#### **3.2.4 La responsabilità individuale alla luce dei determinanti sociali della salute**

Gli studi sui determinanti sociali della salute obbligano ad una rivalutazione di tutte quelle posizioni che attribuiscono alla responsabilità individuale per la salute un ruolo predominante nelle politiche sanitarie. La ragione essenziale consiste nel fatto che il contesto sociale ed economico nel quale gli individui si trovano a vivere agisce in modo assai rilevante sulle condizioni di salute delle persone, ben al di là delle loro capacità di azione e decisione. L'evidenza che le differenze nelle condizioni di salute procedono tendenzialmente secondo un gradiente sociale ci spinge ad interrogare nuovamente il problema della volontarietà delle azioni e dell'effettiva libertà degli individui. L'attribuzione di responsabilità per la salute, infatti, richiede che il comportamento del soggetto sia scelto volontariamente, che la persona sia effettivamente nelle condizioni di poterlo realizzare e che gli effetti sulla salute siano riconducibili causalmente alla sua azione.

Gli studi sui determinanti sociali sembrano mettere almeno in parte in discussione questi tre aspetti. Innanzitutto essi mostrano come le principali cause di una cattiva salute non siano riconducibili solo alle abitudini dei soggetti, ma affondino nel contesto sociale e nella struttura stessa della società. In secondo luogo, i risultati di questi studi evidenziano come la libertà degli individui e la loro possibilità di compiere azioni siano fortemente condizionate dal contesto nel quale nascono, vivono e lavorano: avere scarsa disponibilità economica, vivere in un quartiere con pochi servizi, non poter acquistare cibo sano a causa del prezzo troppo elevato o non poter accedere all'assistenza medica a pagamento rappresentano degli ostacoli materiali che limitano a vari gradi la libertà effettiva dei soggetti. Da ultimo, la posizione sociale non solo influenza le opportunità materiali del soggetto, ma condiziona attraverso percorsi psicobiologici la capacità stessa di compiere azioni libere. Da questo punto di vista, la limitazione della libertà non è soltanto materiale ma anche sostanziale. Questo fatto è particolarmente evidente osservando come anche gli stili di vita individuali seguano il gradiente sociale.

Precisiamo fin da subito che non si sta sostenendo che le scelte individuali non abbiamo

un impatto sulla salute e che questa invece sia totalmente determinata da condizioni ambientali e sociali. Si tratta semmai di mettere in discussione certi presupposti su cui si basano alcune posizioni in merito al tema della responsabilità individuale per la salute, mostrandone le eccessive semplificazioni alla luce dei rischi che abbiamo presentato nel paragrafo precedente.

L'importanza di questa critica e chiarificazione deriva dall'impatto che una teoria sulla responsabilità della salute esercita a vari livelli, dal significato morale soggettivo e intersoggettivo alle politiche di sanità pubblica. Attribuire un'eccessiva importanza al ruolo del singolo, come abbiamo visto, può da un lato portare ad una autocolpevolizzazione del soggetto o addirittura ad una stigmatizzazione sociale, dall'altro orientare le politiche sanitarie verso un'eccessiva considerazione dei comportamenti individuali a scapito del riconoscimento della natura strutturale delle cause delle differenze nelle condizioni di salute<sup>128</sup>. Evidenziare le esagerazioni e le incongruenze di tali posizioni alla luce di una teoria sulla salute più articolata dunque, non ha soltanto un significato di tipo accademico ma condiziona innanzitutto il modo di percepirsi del soggetto stesso e i rapporti a livello sociale. Una responsabilità troppo ampia corre sempre il rischio di rovesciarsi nel suo contrario, ovvero in un'irresponsabilità. Inoltre, il confronto con i determinanti sociali influenza le scelte di sanità pubblica, evitando che il ruolo dei fattori contestuali che determinano la diversa distribuzione della salute sia misconosciuto ed essi continuino ad esercitare i loro effetti sulla popolazione producendo patologie potenzialmente evitabili. Riprendendo una frase molto forte del filosofo ed economista Amartya Sen: «a misconceived theory can kill»<sup>129</sup>.

Procederemo, dunque, affrontando in primo luogo il problema della causalità e dell'impatto delle scelte personali sulle condizioni di salute, mostrando come esse siano solo uno dei fattori che intervengono nel determinare la salute; secondariamente ci confronteremo con la questione della libertà delle scelte, sostenendo come essa sia limitata dal fatto che gli individui sono sempre collocati all'interno di un contesto che ne condiziona gli orientamenti e le possibilità. Infine, sosterremo come il nesso sostanziale

---

<sup>128</sup> «If we assign responsibility for the excess mortality and morbidity associated with socioeconomic inequality to individuals (on the premise that these misfortunes stem from differences in lifestyles that reflect different personal priorities, tastes, and character traits), then we cannot demand remedial action by states bound by covenant», D. Wikler, *Personal and Social Responsibility for Health*, cit., p. 49.

<sup>129</sup> A. Sen, *Development as Freedom*, Knopf, New York 1999, p. 209.

che lega salute e libertà non permetta di prescindere durante la valutazione morale dalle effettive condizioni di salute di un soggetto.

Il primo presupposto in parte smentito dallo studio sui determinanti sociali è che gli stili di vita individuali siano il principale fattore condizionante la salute di un individuo. Come abbiamo visto confrontandoci con i *Whitehall studies*, le differenze di salute tra i soggetti presi in esame erano riconducibili per meno di un terzo a stili di vita differenti. Piuttosto, la spiegazione più plausibile ipotizzata e per molti aspetti verificata da Marmot e dai suoi collaboratori individuava nello stress provocato dalla condizione di subordinazione e di scarso controllo sul proprio lavoro l'innescò di un meccanismo psicobiologico che conduceva a peggiori condizioni di salute. L'epidemiologo Leonard Syme ha suggerito di utilizzare l'idea di controllo per riassumere efficacemente i concetti utilizzati per spiegare il fatto che le condizioni di salute peggiorano al discendere dello status socioeconomico<sup>130</sup>. I sentimenti di mancanza di controllo o di sfiducia non sono elementi che ricadono totalmente sotto il controllo della coscienza individuale, ma sono molto spesso indotti da condizioni relazionali o ambientali in cui il soggetto si ritrova a vivere al di là della propria volontà e sulle quali ha uno scarso potere. Per questo motivo, se è vero che almeno in parte le condizioni di salute sono influenzate da questo tipo di sentimenti, allora non è possibile attribuire alla singola persona l'intera responsabilità per le proprie condizioni di salute.

Dai risultati dei *Whitehall studies* possiamo trarre un'altra considerazione che ancora una volta relativizza l'importanza dei comportamenti individuali. Si è osservato che anche gli stili di vita individuali, infatti, procedono secondo un gradiente sociale. Anche negli stili di vita l'incidenza di abitudini insalubri aumenta in modo graduale al discendere della gerarchia lavorativa. Questa evidenza, confermata anche da altre ricerche già citate, ci suggerisce come i comportamenti malsani non possano essere considerati in modo astratto, come se a metterli in atto fossero individui puramente razionali che agiscono senza un contesto, ma siano invece da collocare all'interno di una cornice sociale più ampia che limita le scelte individuali e, addirittura, la libertà stessa degli individui. Questa cornice, che come abbiamo visto nel *conceptual framework* della CSDH è composta principalmente da fattori socio-economici e politici, contribuisce a

---

<sup>130</sup> Cfr. S.L. Syme, *Control and Health: An Epidemiological Perspective*, in J. Rodin, C. Schooler, K.W. Shaie (eds.), *Self Directedness: Cause and Effects Throughout the Life Course*, Lawrence Erlbaum, Hillsdale (NJ) 1990, pp. 213-229.

distribuire in modo differenziato tra la popolazione stili di vita più o meno dannosi per la salute.

Per chiarire questo concetto tramite un'immagine, potremmo dire che ogni soggetto fin dalla nascita si trovi al di là del proprio volere ad affrontare una strada con una diversa pendenza e con ostacoli differenti a seconda della posizione sociale in cui si trova a nascere, crescere e vivere. Alcuni avranno dinnanzi a sé un percorso in discesa e con pochi ostacoli e otterranno buoni risultati molto più facilmente; molti altri, invece, avranno una strada molto ripida e piena di insidie. In questo secondo gruppo è probabile che solo pochi riusciranno a raggiungere la mèta grazie all'impegno o alla fortuna, mentre molti altri si fermeranno a diverse altezze del percorso.

Messa in questi termini, chiunque avrebbe una qualche difficoltà a sostenere che, a parità di capacità, i soggetti del secondo gruppo abbiano la stessa responsabilità dei soggetti del primo gruppo per un eventuale fallimento: i soggetti del primo gruppo erano nelle condizioni di poter raggiungere il traguardo senza troppe difficoltà grazie alle proprie capacità; i soggetti del secondo gruppo, invece, avevano intrapreso un percorso molto più sfavorevole. Per questo motivo, mentre il fallimento dei primi può essere attribuito alla loro responsabilità, la mancata riuscita dei secondi non può essere ricondotta in modo esclusivo alla loro responsabilità individuale.

Come è possibile dedurre dall'immagine, il legame tra condizioni di salute e contesto non è certamente un nesso deterministico, tale per cui i comportamenti dei soggetti dipendono in modo necessario da fattori esterni ad essi. Questa posizione costituirebbe uno scivolamento sul fronte opposto, attribuendo l'intera responsabilità per la salute alle condizioni strutturali piuttosto che sul singolo soggetto. Allo stesso tempo questa visione deterministica metterebbe in discussione la possibilità stessa di un'azione effettivamente libera e dunque propriamente morale, minando il fondamento stesso della libertà umana. In più, dal punto di vista della percezione soggettiva, questa esagerata vittimizzazione condurrebbe ad una prospettiva fatalistica rispetto al proprio stato attuale che in modo paradossale ocluderebbe la possibilità stessa di un *empowerment*, rafforzando invece i sentimenti di mancanza di fiducia e scarsa stima di sé che come abbiamo visto influiscono in modo negativo sulle condizioni di salute.

Allo stesso tempo, tuttavia, non è teoreticamente e moralmente accettabile prescindere dall'evidenza che fattori contestuali esercitino una fortissima pressione sui



comportamenti individuali, e questo soprattutto nel momento in cui si fa riferimento al tema della responsabilità. Non è possibile attribuire la stessa responsabilità per la propria salute, nel senso punitivo, a soggetti che si trovano in situazioni assai diverse. Un ragazzo cresciuto in una famiglia di basso reddito e senza un'adeguata educazione che consumi elevate quantità di alcol in età adulta non può essere ritenuto responsabile della propria condizione allo stesso modo di un altro ragazzo che invece in condizioni assai più favorevoli abbia iniziato ad abusare di sostanze alcoliche. Certamente non è semplice stabilire con rigorosa precisione quali siano i criteri attraverso cui valutare in modo equo la responsabilità di ciascuno. Il ragazzo benestante potrebbe aver subito traumi dalla famiglia che lo hanno spinto verso il consumo di alcolici, oppure il primo ragazzo potrebbe aver scelto consapevolmente di abusare delle bevande. Allo stesso tempo, però, le evidenze negli studi mostrano che all'interno di diversi gruppi sociali è possibile riscontrare un andamento medio nell'adozione di comportamenti dannosi per la salute; anche se non tutti gli individui seguiranno lo stesso comportamento, è altamente probabile che molti di essi lo faranno<sup>131</sup>. Per questa ragione, non è possibile valutare in modo astrattamente egualitario la responsabilità per la propria salute.

Quest'idea risulta ancora più evidente confrontandoci con l'ultimo passaggio di questo ragionamento, ovvero sia il rapporto tra salute e l'esercizio della libertà sostanziale.

La salute, infatti, assume sul piano morale un duplice valore: intrinseco, in quanto essere in vita e senza limitazioni vitali costituisce un bene in sé; strumentale, dal momento che la salute è ciò che consente ad una persona di poter agire liberamente<sup>132</sup>. In questo secondo significato, la salute è il presupposto fondamentale della capacità di agire (*agency*) di una persona. Per questo motivo, una malattia o una forma di invalidità rappresentano per il soggetto una menomazione della propria libertà sostanziale da tre punti di vista: in primo luogo perché la malattia limita o addirittura impedisce completamente le facoltà di agire e di decidere; in secondo luogo perché, nei casi più

---

<sup>131</sup> Cfr. J. W. Lynch, G. A. Kaplan, and J. T. Salonen, *Why Do Poor People Behave Poorly? Variation in Adult Health Behaviors and Characteristics by Stages of the Socioeconomic Lifecourse*, "Social Science and Medicine", 44 (6), 1997, pp. 809-819. I risultati di questo studio mostrano come comportamenti dannosi per la salute siano fortemente predicibili a partire dalla povertà durante l'infanzia. Ciò non significa che ci sia un nesso deterministico, tant'è vero che alcuni soggetti riescono a trascendere queste origini e a vivere in maniera salutare

<sup>132</sup> I riferimenti al duplice valore morale della salute sono molteplici. Cfr. G. Berlinguer, *Bioetica quotidiana*, cit., pp. 144-145; Commission on Social Determinants of Health, *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, cit., pp. 12-13; S. Venkatapuram, *Health Justice*, Polity Press, Cambridge 2011, p. 6.

gravi, il grado di debilitazione può raggiungere un livello tale da costringere il soggetto a dover affidare la propria sorte ad altri che si prendano cura di lui o addirittura prendano per lui delle decisioni; in terzo luogo perché la malattia, soprattutto se grave e perdura nel tempo, potrebbe spingere il soggetto verso un circolo vizioso potenzialmente irreversibile<sup>133</sup>. Come alcuni autori hanno fatto notare<sup>134</sup>, il fatto che le fasce socialmente più svantaggiate della popolazione siano anche quelle che sopportano un maggior carico di malattia produce una spirale negativa che va progressivamente a peggiorare tanto la posizione sociale che la salute. Quest'ultimo aspetto ci suggerisce come salute e libertà non siano legate sono unidirezionalmente, bensì siano reciprocamente interrelate: la salute è il presupposto per la libertà, ma allo stesso tempo la possibilità di poter esercitare la propria libertà ed aver il controllo sulla propria vita è un fattore che migliora la salute stessa. Si potrebbe dire che la salute permette la libertà e che una maggiore libertà produce migliori condizioni di salute.

Quest'ultimo punto sembra complicare davvero molto qualsiasi tentativo di attribuire in modo chiaro una responsabilità personale per la salute. Non solo la libertà del soggetto è sempre situata e limitata dalle condizioni materiali e condizionata dal contesto socioeconomico, ma è anche fortemente determinata dalle effettive condizioni di salute del soggetto stesso. Per queste ragioni diventa veramente arduo discernere con certezza quali scelte individuali siano da considerare effettivamente libere e in che misura invece esse dipendano da altri fattori.

Allo stesso tempo, se ribaltiamo il punto di vista, possiamo osservare come il nesso indissolubile tra libertà e salute costituisca la chiave di volta per comprendere in che modo gli studi sui determinanti sociali possano apportare un contributo positivo al tema della responsabilità personale. Se è vero che può crearsi un circolo vizioso tra condizioni sociali sfavorevoli e peggiori condizioni di salute, tale per cui le prime contribuiscono a peggiorare le seconde, è anche vero l'opposto, ovvero che un miglioramento del grado di libertà e *agency* dei soggetti può produrre un circolo virtuoso: un miglioramento delle condizioni materiali può aumentare il grado di libertà di un soggetto e con esso anche la salute, che a sua volta avrà un impatto sulle condizioni materiali dell'interessato e di nuovo sul grado di libertà. Da questa diversa angolatura, possiamo leggere anche le altre

---

<sup>133</sup> G. Berlinguer, *Bioetica quotidiana*, cit., pp. 144-145.

<sup>134</sup> Cfr. P. Braveman et al., *Health Disparities and Health Equity: The Issue is Justice*, "American Journal of Public Health", 101 (1), 2011, pp. 149-155.

due critiche nel loro lato positivo. Infatti, migliorare le condizioni in cui i soggetti si trovano a nascere, crescere e vivere significa contribuire al miglioramento della loro salute e al tempo stesso aumentarne la libertà sostanziale e il controllo sulla propria vita. Offrire alle persone maggiori possibilità e capacità significa di rimando accrescere anche il loro grado di responsabilità individuale. Si tratta di una responsabilità che sarà il più possibile proporzionata alle concrete capacità e possibilità del soggetto, che in questo modo potrà assumersi consapevolmente l'impegno nella promozione della propria salute.

Per tali ragioni, l'azione sui determinanti sociali rappresenta uno strumento formidabile per accrescere la capacità di scelta dei soggetti e dunque il loro grado di responsabilità verso se stessi e gli altri.

### **3.3 Le disuguaglianze nella salute: ingiuste o inevitabili?**

Arrivati a questo punto, non ci resta che prendere in esame un'ultima tematica sollevata dagli studi sui determinanti sociali: il problema della giustizia nella salute.

Fino ad ora abbiamo incontrato il problema della giustizia soltanto in modo indiretto e parziale. La riflessione di Callahan sul modello di medicina impossibile ha messo in luce come l'aumento insostenibile della domanda di assistenza medico-sanitaria unita all'innalzamento dei costi dell'apparecchiatura tecnologica richieda di individuare dei criteri di giustizia distributiva che indichino il modo in cui i servizi devono essere ripartiti. Le stesse questioni sono emerse indirettamente in relazione al discorso sulla responsabilità personale: la scarsità di risorse è uno dei principali motivi per cui l'impegno personale per la propria salute diviene particolarmente cogente e rende il comportamento individuale un fattore importante nella determinazione delle priorità di accesso. In sintesi, fino ad ora i problemi di giustizia hanno riguardato prevalentemente la distribuzione delle risorse scarse e i criteri di priorità nella cornice dell'assistenza sanitaria.

I determinanti sociali spostano il problema ad un nuovo e inedito livello di profondità: mostrando come la salute individuale e collettiva sia influenzata da meccanismi che affondano le loro radici nella struttura stessa della società, il problema della giustizia nella salute non riguarda più soltanto l'accesso all'assistenza sanitaria (*healthcare*), ma incoraggia ad analizzare da un punto di vista morale le stesse differenze di salute tra

individui e gruppi di individui. In ballo non sono tanto il grado di accesso ai servizi sanitari o il modo in cui vengono distribuite le risorse in ambito medico; piuttosto è messo a problema il fatto che esistano tra i soggetti delle differenze o disuguaglianze nelle condizioni di salute. Ciò è reso possibile dalle nuove linee di ricerca e dai risultati ottenuti in relazione alla spiegazione dei meccanismi che intervengono nel determinare la salute.

La progressiva conoscenza delle cause delle differenze di salute sembra fornirci un quadro piuttosto esaustivo dei fattori determinanti e dei meccanismi (*pathways*) attraverso cui intervengono. A differenza di qualche decennio fa, abbiamo a disposizione un numero estremamente più vasto di evidenze scientifiche che mostrano un forte legame tra fattori socio-ambientali e condizioni di salute. Questa nuova consapevolezza sulle cause ci spinge ad affrontare nuovamente il problema delle disuguaglianze da un punto di vista etico. Infatti, percepiamo intuitivamente una certa indignazione se pensiamo che molte delle disuguaglianze nella salute potrebbero essere evitate eliminandone le cause. Riteniamo un'ingiustizia che un bambino nato in un certo Paese abbia un'aspettativa di vita di 30 anni più bassa di un altro bambino nato in un altro Paese per il solo fatto che la società nella quale nasce, cresce e vive è strutturata in un modo diverso. Perché non intervenire su questi fattori strutturali per consentire un miglioramento nella salute?

Nel proseguo del paragrafo cercherò di fare chiarezza sui presupposti e sulle problematiche di una tale domanda. Per prima cosa ci chiederemo quale sia il principio attraverso il quale è possibile giudicare moralmente ingiuste le disuguaglianze nella salute. Nel farlo, vedremo come non tutte le differenze di salute siano moralmente ingiuste e ci interrogheremo sul criterio di distinzione. Questo passaggio ci condurrà alla formulazione dell'idea di equità nella salute, nozione centrale nel dibattito sulla giustizia nella salute adottata come fondamento normativo anche dalla CSDH. In secondo luogo, dopo aver esplicitato l'impianto normativo che sottende alla CSDH, cercheremo di indagare la fondatezza di alcune critiche che sono state mosse a questa prospettiva e di rendere conto delle problematiche concettuali sottese al modello dell'«health equity through social change» (HESC)<sup>135</sup>, ovvero quel modello che individua nella trasformazione delle strutture sociali la strategia per raggiungere un più alto grado di equità.

---

<sup>135</sup> A. Preda, K. Voigt, *The Social Determinants of Health: Why Should We Care?*, "The American Journal of Bioethics", 15 (3), 2015, pp.25.

### 3.3.1 Health inequality e Health inequity

Le condizioni di salute delle persone sono estremamente variabili e disomogenee. Nel secondo capitolo abbiamo visto come i fattori che entrano in gioco nel determinare lo stato di salute siano molti e di varia natura: corredo genetico, età, sesso, stili di vita, possibilità di accesso all'assistenza medica, condizioni materiali e ambientali, la struttura della società e lo status socioeconomico. Il risultato dell'interazione di questa molteplicità di cause determina complessivamente lo stato di salute o malattia di un soggetto. Alla luce di questa complessità è assolutamente normale e comprensibile aspettarsi differenze di salute anche molto marcate tra gli individui. Non è strano quindi che vi siano disuguaglianze in tema di salute.

Tuttavia, le conoscenze ottenute da studi empirici rendono alcune di queste differenze intuitivamente ingiuste o quantomeno problematiche da un punto di vista morale. È giusto che gli abitanti di una città particolarmente inquinata soffrano di una maggiore insorgenza di tumori? È giusto che gli strati più svantaggiati di una popolazione abbiano un tasso di mortalità più alto? È giusto che i bambini con un livello di istruzione più basso degli altri abbiano maggiore possibilità di sviluppare patologie da adulti?

A loro volta, questi interrogativi ci inducono a porre alcune questioni di carattere più generale: quando le disuguaglianze in salute sono moralmente problematiche? Attraverso quali criteri si possono distinguere le differenze inique da quelle che non lo sono?

La riflessione di Giovanni Berlinguer può fornirci alcuni punti di riferimento importanti per iniziare a comprendere più a fondo i termini della questione.

Il bioeticista italiano considera concettualmente errato declinare il diritto alla salute in termini di uguaglianza<sup>136</sup>: sostenere che tutte le persone debbano avere la stessa salute è un'assurdità. Contrariamente, egli ritiene più corretto parlare di equità nella salute. In termini pratici equità significa «creare o favorire, per ciascun individuo, la possibilità di perseguire e di raggiungere il livello potenziale di salute che gli è proprio»<sup>137</sup>. L'equità, a differenza di un'idea astrattamente egualitaria, prende in debita considerazione tanto la peculiarità del singolo individuo che la quantità di risorse a disposizione. In altre parole, il

---

<sup>136</sup> G. Berlinguer, *Bioetica quotidiana*, cit., p. 176.

<sup>137</sup> *Ivi*, p. 177.

criterio distributivo deve confrontarsi da un lato con il grado di «salute possibile»<sup>138</sup> raggiungibile dall'individuo, dall'altro con le conoscenze, le risorse economiche, professionali e mediche realmente disponibili. Perciò l'obiettivo cui l'equità tende non è eliminare ogni tipo di differenza per assicurare a tutti la stessa salute, ma garantire a ciascuno le giuste opportunità affinché ogni individuo possa raggiungere il livello di salute per lui realizzabile.

Questa posizione deriva dall'idea che non tutte le differenze nella salute sono moralmente ingiuste. Ad esempio, le differenze che hanno una base genetica non sono ingiuste: in mancanza di una terapia o di metodi di prevenzione, l'insorgenza di un problema dovuto a fattori genetici non può essere giudicato moralmente ingiusto perché la sua causa è un meccanismo naturale su cui non è possibile intervenire. Allo stesso modo, il fatto che la popolazione anziana abbia un più alto tasso di mortalità per molte patologie rispetto al resto della popolazione non suscita scandalo: il processo di invecchiamento del corpo e l'indebolimento complessivo dell'organismo sono fatti naturali e inevitabili.

L'altro caso nel quale le differenze nello stato di salute non sono considerate ingiuste è quando esse dipendono da scelte compiute liberamente e consapevolmente dall'individuo stesso. Non si può parlare di ingiustizia o di disparità se due soggetti hanno condizioni di salute differenti a causa delle loro libere decisioni, dal momento che sono essi stessi con le loro azioni a procurarsele.

Perciò, la peculiarità del corredo genetico, della biografia e delle libere scelte rendono ogni essere umano diverso dall'altro rispetto alle condizioni di salute in un modo che non sembra chiamare in causa il principio di giustizia.

Al contrario, per Berlinguer, le differenze che meritano di essere definite ingiuste sono quelle legate all'«iniqua distribuzione delle malattie e degli incidenti correlati a condizioni lavorative e ambientali, alla collocazione nella gerarchia sociale e alle differenze di sapere e di potere, cioè ai modi in cui è strutturata la società»<sup>139</sup>. Contrariamente alle differenze dovute al corredo genetico e alle scelte individuali, queste differenze, secondo quanto afferma Berlinguer, sono non necessarie ed evitabili, ossia esse non devono obbligatoriamente esserci e possono essere eliminate. Per di più, tali

---

<sup>138</sup> Cfr. Comitato Nazionale per la Bioetica, *Orientamenti Bioetici per l'equità nella salute*, 25 maggio 2001. <https://bioetica.governo.it/it/pareri/pareri-e-risposte/orientamenti-bioetici-per-lequita-nella-salute/>.

<sup>139</sup> G. Berlinguer, *Bioetica quotidiana*, cit., p. 177.

differenze sono inaccettabili e ingiuste, cioè suscitano un sentimento morale di indignazione.

Ciò che mi pare importante in questo discorso è da un lato il fatto che il bioeticista italiano espliciti molto chiaramente come ai fini di un ragionamento morale occorra operare una distinzione tra quelle differenze nella salute che sollevano problemi etici e quelle che invece non lo fanno, dall'altro l'individuazione di un criterio per operare tale distinzione.

La letteratura sul tema ha formalizzato due diversi termini per esprimere concettualmente questa distinzione<sup>140</sup>. *Health inequalities* è la formula generica per indicare differenze e variazioni nelle condizioni di salute di individui e gruppi da un punto di vista descrittivo. In questa accezione, le variazioni e le differenze hanno un valore puramente quantitativo perché fotografano un determinato stato di cose. L'espressione *health inequities* rinvia invece a quelle differenze che sono ingiuste e moralmente rilevanti. Possiamo tradurre in italiano queste espressioni rispettivamente con "disuguaglianze/differenze nella salute" e "ingiustizie/iniquità nella salute".

Una tale differenziazione ha un'importanza essenziale per qualsiasi discussione filosofica sul tema dal momento che senza di essa si corre il rischio di generalizzare o di confondere inconsapevolmente concetti di giustizia differenti. Ad esempio, non ha alcun senso sostenere che la differenza di mortalità tra uomini e donne per tumore alla prostata sia ingiusto dal momento che tale differenza nasce da una comparazione che non ha alcun significato. Inoltre, passare immediatamente dal riconoscimento oggettivo di alcune disuguaglianze nella salute al giudizio normativo sulla loro iniquità significa veicolare inconsapevolmente un concetto di giustizia che ha come criterio l'uguaglianza assoluta: ogni disuguaglianza è ritenuta ingiusta in nome dell'idea che tutte le persone debbano avere condizioni di salute uguali o per lo meno simili.

Al contrario, essere consapevoli della distanza che separa il piano descrittivo dal piano normativo permette di riflettere sui criteri attraverso i quali comprendere e giudicare eticamente i dati. In altre parole, non basta riscontrare la presenza di disuguaglianze nella salute per sostenere che esse siano moralmente inique e vadano per questo attenuate o eliminate; occorre invece argomentare e spiegare secondo quali criteri esse sollevino una questione morale, perché e in che senso siano ingiuste.

---

<sup>140</sup> Cfr. I. Kawachi et. al., *A glossary for Health Inequalities*, "Journal of Epidemiology and Community Health", 56 (9), 2002, pp. 647-652.

Questo passaggio è ancora più importante alla luce del fatto che le scelte politiche e le pretese morali (*moral claims*) che vengono presentate ai governi o a chi ha la responsabilità per la salute sono fondate su precise concettualizzazioni di valori. Di conseguenza, non è affatto innocuo sostenere una nozione di giustizia piuttosto che un'altra.

Riguardo a come operare la distinzione, possiamo dedurre in modo più esplicito dalle parole di Berlinguer quali siano i criteri impliciti per giudicare quando una disuguaglianza non è ingiusta. In primo luogo, l'inevitabilità sembra uno di questi criteri: quando una malattia, una condizione patologica o più in generale differenze nella salute non sono evitabili preventivamente e non sono trattabili attraverso interventi o cure, non si può parlare propriamente di un'ingiustizia. Il fatto che le donne abbiano un'aspettativa di vita alla nascita più lunga degli uomini non costituisce un'iniquità perché è un fatto naturale ed inevitabile. Una maggiore mortalità provocata da una malattia per la quale non si conoscono rimedi non è un'ingiustizia perché non esistono gli strumenti per evitarla.

In secondo luogo, una differenza non è iniqua quando essa dipende dalle scelte del singolo individuo. Abbiamo già visto nel paragrafo precedente come la responsabilità personale sia profondamente legata alla giustizia. La motivazione che sottende a questa idea è la volontà di salvaguardare e valorizzare l'autonomia individuale: non è possibile reclamare giustizia per le conseguenze sulla propria persona di scelte prese liberamente e consapevolmente.

Mettendo assieme queste due idee possiamo costruire un criterio generale: le differenze di salute non sono ingiuste quando sono il risultato di processi non controllabili o di scelte personali prese liberamente. Di converso, le disuguaglianze sono inique quando possono essere evitate attraverso l'intervento umano.

Ora che abbiamo mostrato per quale motivo non tutte le disuguaglianze nella salute sono ingiuste e avendo esplicitato il criterio attraverso il quale distinguerle, possiamo affrontare le difficoltà concettuali che sorgono nel momento in cui i risultati degli studi sui determinanti sociali della salute vengono congiunti al principio di equità.

Confrontandomi con alcune argomentazioni portate da Adina Preda e Kristin Voigt<sup>141</sup>, tenterò di sostenere come le ricerche sui determinanti sociali non possano essere utilizzate in modo immediato per promuovere l'equità nella salute, ma sollevino alcune

---

<sup>141</sup> Cfr. A. Preda, K. Voigt, *The Social Determinants of Health: Why Should We Care?*, cit. , pp.25-36.



problematiche etiche e concettuali. In particolare, proverò a mostrare come il modello concettuale dell'«health equity through social change» (HESC)<sup>142</sup> non sia sufficiente a giustificare eticamente qualsiasi tipo di intervento volto ad eliminare le differenze ritenute ingiuste secondo il principio di equità; è necessario infatti inserire il tema dell'equità nella salute all'interno di una più ampia prospettiva di giustizia sociale.

### **3.3.2 Equità nella salute tramite il cambiamento sociale (HESC)**

Abbiamo già ricordato come il lavoro della CSDH avesse tra i suoi obiettivi quello di fornire delle raccomandazioni ai governi per mettere in atto politiche che promuovessero la salute della popolazione e diminuissero le disuguaglianze. Tale obiettivo presupponeva prima di tutto lo studio delle cause della malattia e dei meccanismi che ne distribuivano in modo diseguale gli effetti. Questo primo aspetto di natura scientifica ed empirica doveva però essere accompagnato da un fondamento etico-normativo che ne orientasse e ne interpretasse i risultati.

Nella seconda parte del secondo capitolo abbiamo già mostrato molti dei risultati delle ricerche empiriche e delle diverse linee di studio, nonché il modello teorico-concettuale che è stato applicato. Conviene ora riprendere in maniera sintetica solo i punti più importanti.

Il nucleo centrale che emerge da tali studi è che le condizioni di salute sono strettamente correlate allo status socioeconomico o alla posizione sociale. Quest'ultima è definita in base ad una varietà di elementi e dipende principalmente dal contesto socio-economico e politico di una società. Contesto socio-economico e posizione sociale sono i cosiddetti determinanti strutturali la cui azione consiste nel distribuire i determinanti intermedi (circostanze materiali, psicosociali, fattori biologici e comportamentali). Inoltre, la correlazione tra posizione sociale e condizioni di salute non riguarda solo gli strati più poveri della popolazione, ma comprende l'intero spettro socioeconomico procedendo in modo graduale. Questo fenomeno è chiamato gradiente sociale.

Per quanto riguarda invece l'impianto normativo, la Commissione fa espressamente riferimento all'idea di equità nella salute, specificando come essa sia l'esplicito

---

<sup>142</sup> *Ivi*, p. 25.

fondamento normativo del proprio lavoro<sup>143</sup>.

La riflessione di Margaret Whitehead sul concetto di equità è sicuramente un punto di riferimento fondamentale per l'impianto normativo della CSDH. L'autrice presenta una definizione di equità sostanzialmente identica a quella di Berlinguer:

Equity in health implies that ideally everyone should have a fair opportunity to attain their full health potential and, more pragmatically, that none should be disadvantaged from achieving this potential, if it can be avoided.<sup>144</sup>

Whitehead giunge a questa definizione stilando per prima cosa l'elenco delle sette principali cause di disuguaglianze nella salute: mentre le prime tre fanno riferimento a variazioni naturali o scelte individuali, le altre quattro sono di carattere preminentemente contestuale e sociale<sup>145</sup>. Secondariamente, osservando come la letteratura sia in genere concorde nel valutare moralmente ingiuste soltanto le seconde, Whitehead cerca di esplicitare quali siano i criteri in base ai quali viene compiuta una tale distinzione. Ne risultano tre criteri fondamentali: l'evitabilità, la non necessità e l'ingiustizia (*unfair/unjust*).

Come possiamo vedere dalla citazione che segue, la Commissione ha attinto a piene mani dalla riflessione sul concetto di equità condotta da Whitehead, con l'unica differenza di ridurre i tre criteri alla sola evitabilità:

where systematic differences in health are judged to be avoidable by reasonable action globally and within society they are, quite simply, unjust. It is this that we label health inequity. [...] Reducing health inequities is, for the Commission on Social Determinants of Health (hereafter, the Commission), an ethical imperative. The right to the highest attainable standard of health is enshrined in the Constitution of the World Health Organization (WHO) and numerous international treaties.<sup>146</sup>

---

<sup>143</sup> World Health Organization, *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, cit., p. 13.

<sup>144</sup> M. Whitehead, *The Concepts and Principles of Equity in Health*, "International Journal of Health Services", 22 (3), 1999, pp. 429-445.

<sup>145</sup> «1. Natural, biological variation. 2. Health damaging behavior if freely chosen, such as participation in certain sports and pastimes. 3. The transient health advantage of one group over another when that group is first to adopt a health-promoting behavior (as long as other groups have the means to catch up fairly soon). 4. Health-damaging behavior where the degree of choice of lifestyle is severely restricted. 5. Exposure to unhealthy, stressful living and working conditions. 6. Inadequate access to essential health and other public services. 7. Natural selection or health-related social mobility involving the tendency for sick people to move down the social scale». *Ivi*, p. 432.

<sup>146</sup> Commission On Social Determinants of Health, *Closing the Gap in a Generation*, cit., p. 26.

A questo punto possiamo compiere un passo ulteriore. Dobbiamo notare come, seguendo le tre definizioni di equità nella salute che abbiamo visto, a risultare ingiuste sono soltanto le differenze provocate da fattori sociali.

Nell'elenco delle ingiustizie presentato da Berlinguer figuravano in modo esclusivo fattori di ordine sociale. Allo stesso modo, leggendo le ultime quattro cause di disuguaglianza indicate da Whitehead possiamo constatare come facciano tutte riferimento a dinamiche sociali. Per quanto riguarda la CSDH, nel già citato documento del 2010 viene esplicitamente dichiarato che le ingiustizie nella salute sono nella loro essenza quelle prodotte a livello sociale<sup>147</sup>.

L'idea che le ingiustizie nella salute siano collegate ai fattori sociali non è quindi un'idea esclusiva della Commissione, ma è condivisa da gran parte della letteratura sul tema dell'equità.

Tuttavia, la Commissione giustifica questa idea in modo più dettagliato e approfondito. Infatti, il collegamento tra ingiustizie nella salute e fattori è reso comprensibile dai risultati della parte scientifica della ricerca e si basa sul nesso epistemologico che lega i fattori sociali alle condizioni di salute: essi sono i principali fattori che determinano lo stato di salute. Ciò è particolarmente evidente osservando le differenze nell'aspettativa di vita a livello globale e le cause di queste differenze. Non c'è alcuna ragione biologica per la quale una bambina nata in Sierra Leone debba avere un'aspettativa di vita alla nascita di 40 anni in meno di una bambina nata in Giappone. Le cause di questa terribile disparità sono da ricercare nei determinanti sociali, non nella biologia, ed un intervento su di essi permetterebbe di migliorare incisivamente la qualità della vita e ridurre il divario. I risultati scientifici forniti dall'epidemiologia sociale rappresentano, quindi, lo strumento essenziale attraverso il quale poter intervenire sulle disuguaglianze.

Dato che i fattori sociali costituiscono le cause principali delle differenze di salute, è necessario intervenire su di essi per evitare le disuguaglianze. Detto in altri termini, se le disuguaglianze sociali e le disuguaglianze nella salute procedono parallelamente, allora per raggiungere l'equità nella salute occorre intervenire sulla struttura della società stessa per ridurre le disuguaglianze sociali e, a catena, anche quelle di salute. Ad esempio, se siamo consapevoli del fatto che la differenza nel grado di istruzione contribuisca a creare disuguaglianze nella salute, essendo una causa sulla quale è

---

<sup>147</sup> World Health Organization, *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, cit., p. 13.

possibile intervenire, allora, in nome del criterio di evitabilità, tale disuguaglianza sarà giudicata moralmente ingiusta e occorrerà per quanto possibile porvi rimedio assicurando a tutti un livello di istruzione sufficiente<sup>148</sup>.

In generale, occorre quindi portare avanti politiche intersettoriali che intervengano a livello dei determinanti affinché venga assottigliata la distanza tra la parte più alta della gerarchia sociale e quella più bassa, in modo tale da ridurre di conseguenza la distanza tra gli estremi del gradiente sociale in salute. L'equità, dunque, va raggiunta attraverso l'azione sui determinanti sociali della salute<sup>149</sup>.

### 3.3.3 Le critiche e i limiti dell'HESC

Tralascio in questa sede il complesso problema filosofico ed epistemologico del nesso causale che dovrebbe legare i fattori sociali alle condizioni di salute anche se esso, come ho già sostenuto altrove e come dovrebbe essere ancora più chiaro alla luce dell'ultimo paragrafo, costituisce un nodo centrale e uno dei punti fondamentali dell'impianto etico e politico della CSDH.

Piuttosto vorrei analizzare due critiche presentate da Adina Preda e Kristin Voigt perché ritengo possano da un lato chiarirci un ulteriore presupposto del concetto di equità, dall'altro introdurci al problema dell'utilizzo di tale concetto come fondamento morale dell'azione sui determinanti sociali.

Iniziamo, quindi, mostrando la critica all'idea di equità presentata dalle filosofe Preda e Voigt. La prima tesi delle due studiose consiste nel sostenere che il criterio di evitabilità non sia né sufficiente né necessario a definire una disuguaglianza ingiusta.

La loro argomentazione prende le mosse assumendo il postulato sul quale il concetto di evitabilità sembra intuitivamente fondarsi: giudicare una situazione come ingiusta implica il dovere di modificarla, il che presuppone a sua volta la possibilità di cambiare tale situazione<sup>150</sup>. Perciò, il motivo alla base dell'importanza del concetto di evitabilità

---

<sup>148</sup> È bene sottolineare come una posizione normativa del genere non è l'unica possibile. Ad esempio, per Braveman e i suoi colleghi il dato importante fornito dai determinanti sociali non è tanto l'idea che le ingiustizie hanno cause sociali, bensì il fatto che le disuguaglianze di salute sono sempre connesse a condizioni socialmente svantaggiate. Per questo motivo gruppi che si versano già in condizioni sociali avverse si trovano a dover sopportare sofferenze aggiuntive legate alla salute con il rischio di cadere in un pericoloso circolo vizioso. Cfr. P. Braveman et al., *Health Disparities and Health Equity: The Issue is Justice*, cit., pp. 149-155.

<sup>149</sup> M. Marmot et al., *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*, "Lancet", 372 (9650), 2008, pp. 1661-1669.

<sup>150</sup> A. Preda, K. Voigt, *The Social Determinants of Health: Why Should We Care?*, cit., p. 30.

per il discorso morale consisterebbe nel fatto che attraverso quest'idea sia possibile discernere ciò che è possibile cambiare da ciò che non lo è. Successivamente, le autrici mostrano come il concetto di evitabilità possa essere inteso in due modi diversi. In una prima accezione, l'evitabilità può essere compresa nel senso della prevenzione (*preventability*): una disuguaglianza è evitabile in quanto prevenibile. Nella seconda accezione, invece, l'evitabilità fa riferimento alla disponibilità (*amenability*) di interventi che ne modifichino gli effetti: una disuguaglianza è evitabile nel senso che è possibile riequilibrarla attraverso degli interventi. Ora, dicono Preda e Voigt, non è chiaro quale sia il motivo per il quale le differenze provocate da fattori naturali non debbano essere considerate ingiuste, ma debbano esserlo solo quelle di origine sociale, come viene sostenuto da Whitehead e dalla CSDH. Infatti, anche se molte disuguaglianze naturali non sono prevenibili, molte di esse sono comunque disponibili (*amenable*) ad interventi di tipo medico che ne riducano la portata. Perché mai solo le differenze sociali dovrebbero essere considerate ingiuste?

A mio parere, questa prima critica è smentita dall'argomentazione stessa e non coglie un presupposto fondamentale della nozione di ingiustizia per come è pensata da Whitehead, Berlinguer e dalla CSDH. Iniziamo da questo secondo punto per spiegare il primo.

Stando a quanto espresso nelle definizioni e argomentato nei testi, il concetto di disuguaglianza ingiusta ha come presupposto la possibilità dell'essere umano di intervenire sulle cause o sulle conseguenze. Sono solo gli effetti di scelte compiute da una soggettività morale che possono essere giudicati moralmente. Non c'è un'ingiustizia nei processi naturali perché essi non sono guidati da una coscienza morale, ma dalla cieca ripetizione di meccanismi. Allo stesso modo, le differenze dovute a scelte libere sulla propria salute non sono ingiuste proprio perché dipendono dall'azione di un soggetto morale che se ne assume la responsabilità. Le disuguaglianze, invece, sono ingiuste quando sul soggetto individuale ricadono degli effetti involontari che dipendono da scelte di altri soggetti morali e, più in grande, della società stessa intesa come insieme di intersoggettività. È in questo senso che tutte le ingiustizie nella salute sono soltanto di carattere sociale. Per questo motivo, l'obiezione secondo la quale non c'è alcuna giustificazione per escludere le differenze dovute a cause naturali perché anch'esse sono evitabili si dimostra inconsistente. Esse, infatti, non sono evitabili (*amenable*) di per sé,

ma soltanto grazie all'intervento da parte di un altro soggetto, un medico ad esempio, che agisce all'interno di una struttura, l'ospedale, resa possibile da un'impresa sociale regolata da leggi e valori. È questa enorme impalcatura sociale che rende evitabili anche le disuguaglianze di origine naturale. Come specificato da Berlinguer, le disuguaglianze naturali non sono ingiuste solo finché non vengano scoperti rimedi o terapie<sup>151</sup>. In altri termini, anche l'evitabilità delle disuguaglianze provocate da fattori naturali di cui parlano le due autrici dipende in ultima istanza da dinamiche sociali su cui l'essere umano può esercitare un certo controllo. E quindi anche le disuguaglianze che in primo luogo sono di origine naturale diventano ingiuste per fattori di carattere sociale.

La seconda critica, invece, mette in luce un punto a mio parere molto importante che può aiutarci a comprendere meglio il secondo ordine di problemi che affronteremo. In questo caso, il bersaglio della critica non è tanto il criterio attraverso il quale individuare l'ingiustizia, ma il fondamento morale dal quale deriva il dovere di eliminare tutte le ingiustizie. Infatti, anche accettando che tutte le disuguaglianze evitabili siano ingiuste, resta comunque aperto il problema di dover giustificare il motivo per il quale esse dovrebbero essere eliminate. La sola evitabilità non sembra essere un elemento del tutto soddisfacente da un punto di vista morale. Riconoscere che una situazione possa essere cambiata non è sufficiente a sostenere che ciò debba essere fatto. Espressa sotto forma di domanda la questione è: per quale motivo dobbiamo eliminare tutte disuguaglianze evitabili?

La risposta a questo interrogativo sembra tutt'altro che semplice e sembra dover richiedere un'idea di giustizia più ampia e comprensiva. Da questo punto di vista, il criterio di evitabilità appare una condizione necessaria ma non sufficiente per un'idea di giustizia nella salute completamente fondata. Detto in altri termini, l'evitabilità è soltanto il primo setaccio nel processo di definizione delle ingiustizie nella salute; attraverso questo criterio è possibile individuare il dominio delle disuguaglianze modificabili, ma non è possibile articolare una concezione di giustizia che sappia prendere in carico le problematiche etiche successive a questa prima scrematura.

Nello specifico, la definizione di equità definisce moralmente ingiuste le disuguaglianze nella salute evitabili, cioè quelle sulle quali è possibile intervenire. Dal momento che l'epidemiologia sociale mostra come esista una forte correlazione tra i determinanti

---

<sup>151</sup> G. Berlinguer, *Bioetica quotidiana*, cit., p. 177.

sociali e la salute, le disuguaglianze che derivano da questi fattori sono giudicate moralmente ingiuste perché è possibile intervenire operando delle modifiche. Si promuove quindi l'equità nella salute tramite la trasformazione sociale. Questo passaggio, però, non è affatto automatico perché apre piuttosto una serie di problemi concettuali. Infatti, occorre chiarire il rapporto tra disuguaglianze sociali e disuguaglianze di salute da un punto di vista morale.

Una prima possibilità consiste nello stabilire il primato morale delle disuguaglianze nella salute sulle disuguaglianze sociali, giustificando su questa base gli interventi sulla struttura della società e assumendo il criterio di evitabilità come fondamento morale ultimo. In questo primo caso, si trascurava la valutazione morale delle disuguaglianze sociali assumendole soltanto come causa delle disuguaglianze di salute sulle quali è necessario intervenire. In questa visione, l'idea di giustizia è interpretata soltanto dalla prospettiva della salute: si valuta l'ingiustizia o meno di un fatto soltanto in relazione al suo impatto sulla salute. Una prospettiva del genere, tuttavia, è assai problematica.

Ad esempio, se in parallelo venisse condotta una riflessione morale sulle disuguaglianze sociali che stabilisse che esse sono giuste, allora la pretesa morale di intervenire per migliorare l'equità nella salute si scontrerebbe con il problema di dover modificare un ordine giusto, cioè quello sociale. Per diminuire le ingiustizie nella salute occorrerebbe crearne delle nuove nella struttura sociale.

La questione è trattata esplicitamente da Michael Marmot, direttore della CSDH, e Sridhar Venkatapuram:

*While some social determinants are such things as the social bases of autonomy, freedom, dignity, or respect, interventions to transform such determinants are such things could mean redistributing economic resources and opportunities, material goods as well as choices and duties of individuals and institutions. What this means is that addressing inequalities in the realm of individual or group health achievement will have to manipulate or, indeed, create inequalities in the other realms of individual lives and societal functioning (corsivo mio).<sup>152</sup>*

I due autori riscontrano come gli studi sui determinanti sociali si concentrino principalmente nel fornire informazioni sulle basi sociali e sui meccanismi causali sottostanti alla mortalità e alla disabilità, non dando però sufficiente attenzione alle

---

<sup>152</sup> M. Marmot, S. Venkatapuram, *Epidemiology and Social Justice in Light of Social Determinants of Health Research*, "Bioethics", 23 (2), 2009, pp. 78-79.

possibili conseguenze in ambiti non inerenti alla salute degli interventi su queste cause. Viene dato troppo spesso per scontata l'idea che questo tipo di interventi produca un circolo virtuoso tale per cui il miglioramento di salute raggiunto intervenendo su un determinante particolare produca altri determinanti sociali positivi. Ma laddove questo circolo non fosse possibile e gli interventi richiedessero un compromesso tra miglioramento della salute e funzionamento della società, quali criteri dovremmo utilizzare?

I due autori affermano che i criteri individuati dall'idea di equità della salute sono sicuramente adeguati nel cogliere alcune delle intuizioni morali sollevate dagli studi sui determinanti, ma non sono sufficienti a rispondere fino in fondo alle domande etiche. Nello specifico, non è sufficiente convenire sul fatto che una determinata modifica sociale migliori la salute perché si possa dire che essa sia moralmente necessaria; ciò dipende dal fatto che è parimenti necessaria una riflessione etica sull'accettabilità o meno di tale modifica e, più in generale, sul funzionamento delle istituzioni sociali basilari. A sua volta, questo passaggio richiede un complesso ragionamento morale sui principi primi che stanno alla base del funzionamento della società e su quale ruolo debba avere la salute<sup>153</sup>.

Per queste ragioni, l'approccio che pare moralmente più accettabile consiste nell'inserire il principio di equità della salute all'interno della cornice più ampia della giustizia sociale<sup>154</sup>.

A dire il vero, dei riferimenti ad una cornice più ampia sono presenti già nelle definizioni di equità che abbiamo ricordato sopra. Whitehead, ad esempio, individua come ultimo criterio dopo evitabilità e non necessità l'ingiustizia stessa (*unjust/unfair*). Se ad un primo sguardo quest'idea può sembrare tautologica (definire iniqua una disuguaglianza che è ingiusta), forse il riferimento della filosofa è proprio ad un'idea di giustizia sociale alla luce della quale discernere quali disuguaglianze evitabili e non necessarie bisogna trasformare.

Così anche nei documenti della CSDH viene specificato che occorre eliminare tutte le disuguaglianze evitabili «by reasonable action». Nonostante la vaghezza della formula,

---

<sup>153</sup> *Ivi*, p. 87.

<sup>154</sup> Il riferimento alla giustizia sociale è presente anche nei documenti della CSDH: «Putting these inequities right is a matter of social justice». Commission On Social Determinants of Health, *Closing the Gap in a Generation*, cit., p. 26.



essa evidentemente allude ad un livello ulteriore del discorso, ad una razionalità più grande che possa distribuire in modo razionale i compromessi tra interventi sui determinanti e il buon funzionamento della società.

In conclusione, possiamo dire che individuare la giusta risposta sociale per i problemi di salute richiede di mettere in relazione le preoccupazioni morali per la salute con il corretto e giusto funzionamento della struttura della società alla luce di un'idea di giustizia ampia e comprensiva.



## Conclusioni

Il presente lavoro ha perseguito un duplice intento: da un lato indagare in che modo fosse possibile estendere il concetto di salute al di là di una formulazione riduzionistica e biomedica, dall'altro evidenziare e analizzare le principali motivazioni e conseguenze di questo processo sul piano etico cercando di adottare una prospettiva ampia che contestualizzasse le singole problematiche.

I primi due capitoli hanno cercato di affrontare la prima questione, ovvero sia l'estensione del concetto di salute, adottando due prospettive differenti ma tra loro interconnesse. Nello specifico, nel primo capitolo abbiamo adottato un punto di vista preminentemente filosofico-concettuale, confrontandoci con il significato normativo delle idee di salute e di malattia. Innanzitutto è stato esplicitato come il nostro interesse per il significato di tali concetti non fosse di natura filologico-linguistica, bensì di carattere etico-esistenziale. In altre parole, non eravamo alla ricerca di un significato puramente descrittivo di salute, ma di una definizione che fosse consapevole della portata antropologica, medica e sociale di tale concetto. In questo senso, la scelta di prendere le mosse dalle argomentazioni di Christopher Boorse è nata dal voler subito analizzare il contributo e i limiti di una proposta meramente descrittiva. Attraverso Boorse, si è mostrato come un'accezione riduttiva e valutativa della malattia sia necessaria per garantire la scientificità del sapere medico, ma che allo stesso tempo tale accezione non possa essere esaustiva a causa dei limiti epistemologici ma soprattutto etico-normativi che essa presenta. Per questa ragione la proposta di Georges Canguilhem ci è parsa particolarmente adatta a dimostrare il carattere intrinsecamente normativo e valutativo della nozione di salute per l'uomo e per la pratica medica. Attraverso il confronto con alcuni passaggi de *Il normale e il patologico* abbiamo compreso come il fondamento cronologico e normativo della medicina sia sempre il lamento di un essere umano che si percepisce come inadeguato e anormale. Abbiamo visto come questa posizione sia una diretta conseguenza dell'idea che il fenomeno stesso della vita abbia, per Canguilhem, un carattere intrinsecamente normativo e che per questo motivo la percezione di inadeguatezza provocata dalla malattia non sia altro che un'espressione dell'attività normativa della vita. Infine, abbiamo esposto la teoria del benessere di Lennart Nordenfelt perché, malgrado l'argomentazione di Canguilhem fosse risultata soddisfacente in relazione alla spiegazione della natura valutativa della salute, essa era

limitata al corpo biologico di un soggetto individuale. Al contrario, l'intento di Nordenfelt era di realizzare una definizione di salute che tenesse conto anche della relazione dell'essere umano con l'ambiente sociale. Egli, quindi, fondando la nozione di salute sui concetti di abilità e bisogni vitali, ha formulato una definizione che ci è parsa più calzante per l'intento prefissato: la salute dell'essere umano consiste nel disporre dell'abilità di raggiungere quei bisogni vitali in grado di garantire un livello minimo di felicità. Tale definizione ci è sembrata cogliere nel segno un punto essenziale per l'esperienza che ognuno di noi fa della propria salute: l'abilità di poter agire. In questo senso, è stato evidenziato come una nozione di salute non possa mai prescindere completamente dal fatto che per l'essere umano la malattia costituisca sempre un impedimento a raggiungere un grado minimo di felicità. Dal momento che la soglia minima di felicità non può essere definita una volta per tutte in modo scientifico, allora il concetto di salute non può che avere in fondo un connotato valutativo. La definizione di Nordenfelt, inoltre, ci è sembrata da un lato sufficientemente ampia e flessibile da poter essere utilizzata in contesti culturali diversi, dall'altro abbiamo sottolineato come il riferimento ad un grado minimo di felicità costituisca un limite fondamentale affinché tale ampiezza non scivolasse verso indebite sovrapposizioni. Nell'ultima parte del primo capitolo ci siamo occupati proprio di quest'ultimo scenario, analizzando le motivazioni e le conseguenze di un modo di intendere l'estensione della salute nella direzione di una progressiva sovrapposizione all'idea di felicità. Il quadro che abbiamo costruito con l'aiuto dell'attenta riflessione di Daniel Callahan ci ha mostrato come un tale processo conduca verso derive medicalizzanti e metta in pericolo la tenuta economica dei sistemi sanitari. L'idea che il progresso scientifico e tecnologico possa proseguire in modo lineare ed illimitato induce nella popolazione la falsa convinzione che la medicina possa riuscire a risolvere qualsiasi tipo di problema umano tramite i propri mezzi farmacologici e tecnologici.

Nel secondo capitolo abbiamo innanzitutto mostrato come questo modo di intendere l'estensione della nozione di salute si fondi piuttosto sull'estensione della nozione di malattia, interpretata secondo una prospettiva ancora biomedica. In altri termini, in quest'ottica migliorare la salute significa aumentare il bacino di bisogni individuali di cui il sistema sanitario e la medicina devono farsi carico. Di contro a questo tipo di impostazione, abbiamo sostenuto come l'estensione della nozione di salute possa essere

pensata in un altro senso, ovvero sia come allargamento dello studio della rete di cause che intervengono nel determinarla. L'*excursus* storico ci ha aiutato a comprendere più da vicino le principali motivazioni teoriche, etiche e politiche che hanno portato alla riscoperta e alla riproposizione dei cosiddetti determinanti della salute. Nel seguito del capitolo, analizzando sinteticamente alcuni grafici e mostrando come la nozione di posizione sociale presentasse una stretta correlazione con le condizioni di salute, abbiamo giustificato la scelta di porre l'attenzione sui determinanti di natura sociale. Da ultimo, l'esposizione del modello concettuale realizzato dalla *Commission on Social Determinants of Health* ci ha fornito una base teorico-concettuale più solida per procedere nell'ultimo capitolo al confronto con le questioni morali della responsabilità personale e della giustizia.

Il secondo obiettivo del lavoro è stato quello di mostrare come anche questioni che avessero a capo il singolo individuo dovessero essere contestualizzate all'interno di un quadro più ampio per tener conto delle interconnessioni e delle interdipendenze tra individuo e ambiente sociale. Il modo in cui è stato trattato il tema della responsabilità personale per la salute costituisce da questo punto di vista un caso emblematico. Abbiamo infatti mostrato come anche una questione che può sembrare altamente circoscritta in realtà non possa mai essere scissa da aspetti di natura collettiva e non possa essere adeguatamente indagata da un punto di vista morale senza tenere in debita considerazione l'influenza di fattori contestuali. Nel caso della responsabilità individuale, abbiamo mostrato che ciò è vero in una duplice accezione. Da un lato, infatti, abbiamo visto come l'impegno consapevole dell'individuo per la propria salute e per quella degli altri sia necessario per garantire l'universalità dell'accesso ai servizi sanitari e la giustizia nella cura. Prendersi cura di sé ed evitare comportamenti imprudenti contribuisce ad abbassare il carico di lavoro per il sistema sanitario, permettendo così di utilizzare le risorse risparmiate per la cura e il trattamento di altri soggetti bisognosi. Dall'altro lato, tuttavia, è stato messo in luce come il peso morale da affidare alla responsabilità del singolo vada definito sulla base di una teoria della salute che tenga conto dell'influenza di fattori contestuali sul grado di libertà del singolo individuo e sull'insorgenza di patologie. I risultati degli studi sui determinanti sociali si sono rivelati un ottimo strumento per relativizzare le argomentazioni che enfatizzavano eccessivamente il ruolo del singolo individuo. Tali risultati infatti hanno messo in luce come molte delle

disuguaglianze nella salute non siano riconducibili a fattori individuali, bensì a cause di natura sociale. Per questo motivo, la responsabilità per le condizioni di salute non può essere interamente addossata al comportamento del singolo individuo. Da ultimo, dunque, ci siamo soffermati sulla valutazione morale di queste disuguaglianze. Attraverso il confronto critico con la letteratura sul tema dell'equità della salute, abbiamo evidenziato come il criterio di evitabilità rappresenti un primo e fondamentale strumento per discernere quali differenze nella salute meritano di essere considerate delle vere e proprie ingiustizie. Allo stesso tempo, però, abbiamo sottolineato come tale criterio non sia sufficiente per giustificare qualsiasi azione sulle cause delle disuguaglianze. Dal momento che molte delle cause delle differenze di salute sono state ricondotte a dinamiche sociali che non necessariamente potevano essere valutate moralmente ingiuste, abbiamo sostenuto come fosse necessario inserire il tema dell'equità nella salute all'interno della cornice più ampia di un'idea di giustizia sociale che sapesse tenere in considerazione e soppesare i diversi valori di una società.

In conclusione, riteniamo che gli obiettivi che ci eravamo posti in apertura siano stati almeno in parte conseguiti. Da un lato si è riusciti a rendere conto della complessità concettuale e fenomenologica della nozione di salute, analizzando e confrontandoci criticamente con due diverse prospettive di intendere una sua espansione. Dall'altro, portando come esempio concreto di studio i temi della responsabilità personale e della giustizia, si è motivata l'idea che l'indagine bioetica non possa prescindere dal prendere in considerazione il quadro più ampio all'interno del quale le singole questioni sono inserite. Inoltre, il percorso che ci ha condotto a questi risultati ci ha permesso di mostrare come il problema della salute abbracci trasversalmente molte questioni bioetiche. Ci riferiamo in particolare ai grandi dibattiti sulla sostenibilità dell'impresa medica e sul ruolo della responsabilità individuale per la salute. Rispetto al primo tema, grazie al confronto con Callahan, abbiamo analizzato le cause e le motivazioni culturali sottostanti ad un modello di medicina insostenibile, mostrando, di converso, la necessità di cambiamento di rotta da attuare sia sui presupposti dell'impresa medica stessa sia sulle richieste e le pretese avanzate dagli individui e dalla società alla medicina. In secondo luogo, abbiamo evidenziato l'uso ambivalente del riferimento alla responsabilità individuale per la salute, in bilico tra *empowerment* e colpevolizzazione. Abbiamo tentato di mostrare come l'analisi delle motivazioni di natura culturale, scientifica e morale

associata al confronto con i risultati degli studi sui determinanti sociali possa favorire un concetto di responsabilità individuale più proporzionato e realizzabile, tale da evitare sia la deriva deresponsabilizzante sia quella colpevolizzante.

Nonostante questi risultati ottenuti, ci sembra doveroso rendere espliciti due aspetti critici che ci paiono rilevanti alla luce di alcune recenti letture. Siamo infatti convinti che questi due limiti costituiscano al contempo due possibili percorsi di ulteriore sviluppo e approfondimento sul tema. In primo luogo, pare che il discorso filosofico-concettuale culminato con la definizione di salute formulata da Nordenfelt e il discorso sui determinanti sociali restino in fondo distinti e slegati. Da un lato, infatti, abbiamo la salute definita in termini di abilità di poter raggiungere gli obiettivi vitali, dall'altro gli studi sui determinanti sociali si limitano ad utilizzare un concetto di salute declinato in modo riduttivo in termini di mortalità, morbilità, aspettativa di vita e disabilità. Al contempo, anche la definizione di Nordenfelt non sembra del tutto soddisfacente dal momento che il contenuto di quei bisogni vitali su cui l'intera argomentazione si fonda sembra rimanere sostanzialmente vago e inespresso. Il passaggio ulteriore da compiere, dunque, potrebbe consistere nel tentare di mettere assieme questi due livelli di discorso. Un tentativo del genere è stato condotto da Sridhar Venkatapuram in un celebre testo intitolato *Health Justice*<sup>155</sup>. La tesi che egli presenta in questo volume e in molti altri articoli consiste nel mettere assieme la definizione di salute proposta da Nordenfelt e i risultati ottenuti dall'epidemiologia sociale attraverso l'utilizzo dell'apparato concettuale dell'approccio delle capacità elaborato da Amartya Sen e Martha Nussbaum. Le affinità della proposta di Venkatapuram con i riferimenti e il percorso svolto nel presente lavoro sono davvero molteplici e meritano senza dubbio un ulteriore approfondimento. In particolare, l'idea di pensare e definire la salute come "capacità di essere in salute" ci pare riesca a compendiare e a tenere assieme la diversità dei molteplici piani del discorso (concettuale, scientifico ed etico) e offrire

Il secondo limite riguarda invece un presupposto della prospettiva sui determinanti sociali della salute. Esso consiste nel fatto che un'ottica incentrata esclusivamente sui determinanti di natura sociale rischia di socializzare in maniera eccessiva la malattia e la

---

<sup>155</sup> S. Venkatapuram, *Health Justice*, Polity Press, Cambridge 2011. Dello stesso autore si vedano gli articoli *Health, vital goals, and the central human capabilities*, "Bioethics", 27(5), 2013, pp. 271-279; *On Health Justice. Some thoughts and responses to critics*, "Bioethics", 30 (1), 2016, pp. 49-55; *On Health Justice. Some thoughts and responses to critics*, "Bioethics", 30 (1), 2016, pp. 49-55; *Social Gradient in Capabilities*, "Journal of Human Development and Capabilities", 19 (4), 2018, pp. 553-558.

salute. Quest'idea rimanda alla più generale contrapposizione tra natura e cultura di cui hanno parlato nel loro ultimo libro l'epidemiologo Paolo Vineis e il filosofo Luca Savarino<sup>156</sup>. I due autori sostengono come sia un tratto caratteristico del mondo moderno aver secolarizzato il problema del male, traslando la responsabilità della sua esistenza da Dio alla società intesa come «macro-soggetto autonomo, che agisce nella storia [...] condizionando in modo determinante anche quei fenomeni che sembrano indipendenti dalla volontà e dal controllo dell'uomo»<sup>157</sup>. Per questa ragione, anche le forme in cui i problemi legati alla salute vengono concettualizzati, ad esempio il problema della natura del virus SARS-Cov-2, oscillano continuamente tra posizioni naturalistiche o socializzanti. Un concetto di salute che voglia realmente essere globale, dicono gli autori, deve invece abbandonare questa dicotomia schematizzante e iniziare a pensare in maniera ibrida, accettando cioè la commistione dell'elemento naturale e sociale come idea fondamentale. Per questa ragione, occorre pensare alla salute in termini di *One Health* o salute del mondo, intendendo con quest'idea non solo la salvaguardia della salute umana, ma anche la tutela degli animali e più in generale dell'ecosistema terrestre. Ciò non significa ripudiare la prospettiva dei determinanti sociali, quanto piuttosto integrarla all'interno di un concetto di salute che comprenda anche le molteplici realtà viventi del pianeta. Un simile punto di vista, dicono gli autori, richiede in parallelo lo sviluppo di un'etica che sia realmente globale, che sappia cioè andare oltre le contrapposizioni tra etica medica ed etica ambientale per poter affrontare l'ampiezza e la portata temporale dei problemi in cui siamo immersi, come ad esempio il cambiamento climatico e le pandemie. La natura ibrida di questo tipo di problematiche ci impone di superare un modello di salute pensato ancora all'interno del binomio natura-cultura e di realizzare più pienamente quell'idea di bioetica globale anticipata dallo stesso Potter: una nuova disciplina che metta assieme le immense conoscenze scientifiche che abbiamo a disposizione con il sistema dei valori umani per garantire la sopravvivenza delle varie specie viventi e del pianeta. La prospettiva offerta da Vineis e Savarino rappresenta quindi un quadro ancora più ampio rispetto a quello tratteggiato nel presente lavoro; un quadro che occorre oggi più che mai elaborare e mettere all'opera per rispondere alle sfide che abbiamo dinanzi.

---

<sup>156</sup> P. Vineis, L. Savarino, *La salute del mondo. Ambiente, società, pandemie*, cit.

<sup>157</sup> *Ivi*, p. 22.





## Bibliografia

AA. VV., *Filosofia della medicina*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2008.

Acheson D., *Independent Inquiry into Inequalities in Health: Report*, UK Stationery Office, London 1997,  
[http://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/265503/ih.pdf](http://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/265503/ih.pdf).

Allegrante J. P., Green L. W., *When Health Policy Becomes Victim Blaming*, "New England Journal of Medicine", 305, 1981, pp. 1528-1529.

Antonovsky A., *Social Class Life Expectancy and Overall Mortality*, "Milbank Memorial Fund Quarterly", 45 (2), 1967, pp. 31-73.

Becker M. H., *The Tyranny of Health Promotion*, "Public Health Review", 14, 1986, pp. 15-23.

Benatar S., Brock G. (eds.), *Global Health and Global Health Ethics*, Cambridge University Press, Cambridge 2011.

Berlinguer G., *Health and Equity as a Primary Global Goal*, "Development", 42, 1999, pp. 17-21.

–, *Bioetica quotidiana*, Giunti, Firenze 2000.

Bynum B., *The McKeown Thesis*, "The Lancet", 371 (9613), 2008, pp. 644-645.

Boorse C., *On the Distinction between Disease and Illness*, "Philosophy & Public Affairs", 5 (1), 1975, pp. 49-68.

–, *Health as a Theoretical Concept*, "Philosophy of Science", 44 (4), 1977, pp. 542-573.

Braveman P. et al., *Health Disparities and Health Equity: The Issue Is Justice*, "American Journal of Public Health", 101 (1), 2011, pp. 149-155.

Callahan D., *The WHO Definition of Health*, "Hastings Center Studies", 1 (3), 1973, pp. 77-87.

–, *What Kind of Life: The Limits of Medical Progress*, Georgetown University Press, Washington D.C. 1990.

–, *La medicina impossibile. Le utopie e gli errori della medicina moderna*, trad. it. di R. Rini, Baldini Castoldi Dalai, Milano 2009.

–, *Medical Progress and Global Chronic Disease: The Need for a New Model*, "Brown Journal of World Affairs", 20 (1), 2013, pp. 35-46.

–, *The Five Horsemen of the Modern World. Climate, Food, Water, Disease, and Obesity*, Columbia University Press, New York 2016.

Canguilhem G., *Il normale e il patologico*, trad. it. di D. Buzzolan, Einaudi, Torino 1996.

Chapman R. A., *Globalization, Human Rights, and the Social Determinants of Health*, "Bioethics", 23 (2), 2009, pp. 97-111.

Chung H., Muntaner C., *Political and Welfare State Determinants of Infant and Child Health Indicators: An Analysis of Wealthy Countries*, "Social Science and Medicine", 63 (3), 2006, pp. 829-842.

Cochrane L.A., *L'inflazione medica. Efficacia ed efficienza nella medicina*, trad. it. di E. Coffano, Feltrinelli, Milano 1978.

Colgrove J., *The McKeown Thesis: A Historical Controversy and Its Enduring Influence*, "American Journal of Public Health", 92 (5), 2002, pp. 725-729.

Comitato Nazionale per la Bioetica, *Orientamenti Bioetici per l'equità nella salute*, 25 maggio 2001, <https://bioetica.governo.it/it/pareri/pareri-e-risposte/orientamenti-bioetici-per-lequita-nella-salute/> .

Commission on Social Determinants of Health, *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health* (Final Report of the Commission on Social Determinants of Health), World Health Organization, Geneva 2008.

Crawford R., *You Are Dangerous to your Health: The Ideology and Politics of Victim Blaming*, "International Journal of Health Services", 7 (4), 1977, pp. 663-680.

Diderichsen F., Evans T., Whitehead M., *The Social Basis of Disparities in Health*, in Evans T. et al. (eds.), *Challenging Inequities in Health*, Oxford University Press, New York 2001.

Dubos R., *Mirage of Health. Utopias, Progress, and Biological Change*, Rutgers University Press, New Brunswick 1987.

Engel G. L., *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*, "Science", 196 (4286), 1977, pp. 129-136.

Evans G. R., Stoddart G. L., *Producing Health, Consuming Health Care*, "Social Science & Medicine", 31 (12), 1990, pp. 1347-1363.

Garrard S. T. (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, MacMillan Reference, New York 2003, Volume 2.

Goldberg D.S., *Public Health Ethics and the Social Determinants of Health*, Springer (ebook), 2017.

Halstead B.S., Walsh J.A., Warren K.S. (eds.), *Good Health at Low Cost: Proceedings of a Conference Held at Bellagio Conference Center, Bellagio, Italy, April 29-May 3, 1985*, The Rockefeller Foundation, New York 1985.

Jensen R.T., Moran D. (eds), *The Phenomenology of Embodied Subjectivity*, Dordrecht, Springer 2013.

Kahn J.P., Mastroianni A.C., Venkatapuram S., *Bioethics in a post-COVID World. Time for future-facing Global Health Ethics*, in H. Brands, J. G. Francis (eds.), *COVID-19 and World Order*, Johns Hopkins University Press, Baltimore 2020.

Kawachi I. et. al., *A Glossary for Health Inequalities*, "Journal of Epidemiology and Community Health", 56 (9), 2002, pp. 647-652.

Knowles J.H., *The Responsibility of the Individual*, in Id., *Doing Better and Feeling Worse: Health in the United States*, Norton, New York 1977.

N. Krieger, *Epidemiology and The Web of Causation: Has Anyone Seen the Spider?*, "Social Science and Medicine", 39 (7), 1982, pp. 887-903.

–, *Embodiment: a Conceptual Glossary for Epidemiology*, "Journal of Epidemiology and Community Health", 59 (5), 2005, pp. 350-355.

Lalonde M., *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document*, Ottawa: Report of the Government of Canada, 1974.

Lynch J.W., Kaplan G.A., Salonen J.T., *Why Do Poor People Behave Poorly? Variation in Adult Health Behaviors and Characteristics by Stages of the Socioeconomic Lifecourse*, "Social Science and Medicine", 44 (6), 1997, pp. 809-819.

Marin F., *L'agenda della bioetica. Problemi e prospettive*, Padova, Il Poligrafo 2019.

–, *Le sfide dell'Enhancement: presupposti antropologici e finalità della medicina*, in Ciolino D., Grigenti F. (a cura di), *Il soggetto possibile*, Padova, Cleup 2016, pp. 243-262.

Marmot G.M., Rose G., Shipley M., Hamilton P.J.S., *Employment Grade and Coronary Heart Disease in British Civil Servants*, "Journal of Epidemiology and Community Health", 2 (4), 1978, pp. 244-249.

Marmot G.M., Kogevinas M., Elston M.A., *Social/Economic Status and Disease*, "Annual Review of Public Health", 8, 1987, pp. 111-135.

Marmot G.M., *Status Syndrome: A Challenge to Medicine*, "The Journal of the American Medical Association", 295 (11), 2006, pp. 1304-1307.

Marmot M. et al., *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*, "Lancet", 372 (9650), 2008, pp. 1661-1669.

Marmot M., Venkatapuram S., *Epidemiology and Social Justice in Light of Social Determinants of Health Research*, "Bioethics", 23 (2), 2009, pp. 79-89.

McGinnis J.M., Foege W., *Actual Causes of Death in the United States*, "Journal of the American Medical Association", 270, 1993, pp. 2207- 2212.

McKeown T., *The Role of Medicine. Dream, Mirage, or Nemesis*, Princeton University Press, Princeton 1976.

Minkler M., *Challenges for Health Promotion in the 1990s: Social Inequities, Empowerment, Negative Consequences and Common Good*, "American Journal of Health Promotion", 8 (6), 1994, pp. 403-413.

–, *Personal Responsibility for Health? A Review of the Arguments and Evidence at Century's End*, "Health Education & Behavior", 26 (1), 1999, p. 121-140.

Missoni E., Pacileo G., *Elementi di salute globale. Globalizzazione, politiche sanitarie e salute umana*, Franco Angeli, Milano 2016.

Mordacci R., *Health as an Analogical Concept*, "The Journal of Medicine and Philosophy", 20, 1995, pp. 475-497.

Mueller M. et al., *The Health Impact of COVID-19*, in OECD, *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, Parigi 2021.

Navarro V., Shi L., *The Political Context of Social Inequalities and Health*, "International Journal of Health Services", 31 (1), 2001, pp. 1-21.

Nordenfelt L., *On the Nature of Health. An Action-Theoretic Approach*, Springer, Dordrecht 1995.

Oliva B., *Responsabilità*, in *Enciclopedia Italiana*, VII app. XXI sec., Treccani, Roma 2007, pp. 121-123.

Pagnini A. (a cura di), *Filosofia della medicina. Epistemologia, ontologia, etica e diritto*, Carocci, Roma 2010.

Palazzini L. (a cura di), *Verso la salute perfetta. Enhancement tra bioetica e biodiritto*, Edizioni Studium, Roma 2014.

Preda A., Voigt K., *The Social Determinants of Health: Why Should We Care?*, "The American Journal of Bioethics", 15 (3), 2015, pp. 25-36.

Preston H.S., *The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development*, "International Journal of Epidemiology", 36 (3), 2007, pp. 484-490.

Potter V.R., *Bioethics: Bridge to the Future*, Printice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey 1971.

–, *Global Bioethics: Building on the Leopold Legacy*, Michigan State University Press, East Lansing, Michigan 1988.

Reich W.T., *The Word "Bioethics": The Struggles Over Its Earliest Meaning*, "Kennedy Institute of Ethics Journal", 5 (1), 1995.

Resnik D.B., *Responsibility for Health: Personal, Social, and Environmental*, "Journal of Medical Ethics", 33, 2007, pp. 444-445.

Ricoeur P., *Il concetto di responsabilità. Saggio di analisi semantica*, in Id. *Il Giusto*, SEI, Torino 1998, pp. 31-56.

Schaff K. et al., *Addressing the Social Determinants of Health through the Alameda County, California, Place Matters Policy Initiative*, "Public Health Reports", 128 (Supp. 3), 2013, pp. 48-53.

Sen A., *Development as Freedom*, Knopf, New York 1999.

–, *Economics and Health*, "Lancet", 354 (9196), 1999, SIV20.

Syme S.L., *Control and Health: An Epidemiological Perspective*, in Rodin J., Schooler C., Shaie K.W. (eds.), *Self Directedness: Cause and Effects Throughout the Life Course*, Lawrence Erlbaum, Hillsdale (NJ) 1990, pp. 213-229.

Surgeon General of the United States, *Healthy People: Report on Health Promotion and Disease Prevention*, Government Printing Office, Washington D.C. 1979.

Susser M., Watson W., Hopper K., *Sociology in Medicine*, Oxford University Press, New York 1985.

Ten Have H., *Bioetica Globale. Un'introduzione*, Piccin, Padova 2020.

Turoldo F., *Il significato e il fondamento ontologico dell'etica della responsabilità*, in Id. *Bioetica ed etica della responsabilità. Dai fondamenti teorici alle applicazioni pratiche*, Cittadella Editrice, Assisi 2009, pp. 15-49.

Venkatapuram S., *Global Justice and the Social Determinants of Health*, "Ethics & International Affairs", 24 (2), 2010, pp. 119-130.

–, *Health Justice*, Polity Press, Cambridge 2011.

–, *Health, Vital Goals, and the Central Human Capabilities*, "Bioethics", 27 (5), 2013, pp. 271-279.



–, *On Health Justice. Some Thoughts and Responses to Critics*, “Bioethics”, 30 (1), 2016, pp. 49-55.

–, *Social gradient in Capabilities*, “Journal of Human Development and Capabilities”, 19 (4), 2018, pp. 553-558.

Viafora C., Furlan E., Tusino S. (a cura di), *Questioni di vita. Un'introduzione alla bioetica*, Milano, Franco Angeli 2019.

Vineis P., *Salute senza confini. Le epidemie al tempo della globalizzazione*, Codice Edizioni, Torino 2014.

Vineis P., Savarino L., *La salute del mondo. Ambiente, società, pandemie*, Feltrinelli, Milano 2021.

Whitehead M., *The Concepts and Principles of Equity in Health*, “International Journal of Health Services”, 22 (3), 1999, pp. 429-445.

Winkler D., *Personal and Social Responsibility for Health*, “Ethics and International Affairs”, 16 (2), 2002, pp. 47-55.

World Health Organization, *Alma-Ata Declaration*, WHO, 1978.

–, *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, World Health Organization, 2010.