

RAFFAELE PRODOMO

ALLEANZA TERAPEUTICA E METAMORFOSI DELLA SALUTE

1. *Premessa*

Qualche anno fa in una clinica milanese si praticavano interventi chirurgici inutili o addirittura dannosi per il paziente allo scopo di riscuotere i relativi rimborsi regionali. Il principale imputato, un chirurgo toracico, è stato condannato a molti anni di reclusione ed è stato radiato dall'albo per avere, tra le altre cose, operato soggetti affetti da tubercolosi polmonare come se fossero affetti da neoplasie. In questo modo, al fine esclusivamente di lucrare un maggiore profitto, al posto delle terapie antibiotiche specifiche per la tubercolosi a questi sfortunati venivano asportate parti del polmone malato. Più recentemente in un'altra clinica a Palermo, per incrementare i guadagni sono state negate ai malati oncologici ordinarie cure mediche di supporto alla chemioterapia. In maniera subdola, su istigazione della direzione sanitaria, negli ambulatori non si somministrava un farmaco che serve ad attenuare gli effetti collaterali negativi delle terapie antitumorali.

La tecnica truffaldina in entrambi i casi sfruttava a proprio vantaggio le particolari modalità di rimborso oggi in vigore in Italia: il cosiddetto sistema dei DRG (*diagnosis related group*) che prevede un rimborso forfettario per categorie diagnostiche. Nel primo caso, dunque, operare per tumore al polmone è più remunerativo rispetto al praticare una terapia medica per la TBC. Mentre nel secondo caso, siccome per la chemioterapia ambulatoriale è previsto un rimborso standard allora perché non "risparmiare" sui farmaci, soprattutto se a pagare in termini di sofferenza supplementare è il malato!

Tuttavia, i DRG, anche se il meccanismo si presta a distorsioni più o meno gravi, non per questo vanno demonizzati, essi hanno avuto un grande merito: quello di ridurre gli sprechi e le giornate di degenza inutili favorendo un recupero di efficienza nelle strutture sanitarie. Tutto sta ad applicarli correttamente.

Ora se negli esempi precedenti sono stati violati sia il giuramento di Ippocrate che il codice penale, in altre situazioni la questione si pone in termini più sfumati. Ad esempio, è noto che in molte regioni d'Italia, tra cui la Campania, la percentuale di tagli cesarei è superiore al 50% di tutti i parti, in altri termini: si nasce più mediante un intervento chirurgico che per le vie naturali! Non c'è nessuna ragione scientificamente valida in termini epidemiologici per questa prassi se non il confluire di interessi diversi: quello delle cliniche ad ottenere rimborsi più consistenti (le regioni pagano ovviamente più per un parto cesareo che per uno naturale), quello dei ginecologi (un misto di interesse economico unito alla maggiore programmabilità del cesareo rispetto all'imprevedibilità del travaglio fisiologico) ed, infine, non ultima, la preferenza di alcune donne verso una procedura ritenuta meno dolorosa (anche se la maggioranza delle donne sembrerebbe preferire il parto naturale). In definitiva, si opta in maniera massiccia per il cesareo sottovalutandone i rischi e ignorando le corrette indicazioni fornite dalle società scientifiche.

Mentre ci si contendono i finanziamenti pubblici proponendo trattamenti inappropriati, inutili o pericolosi si continuano ad escludere dal sistema sanitario nazionale cure mediche importanti. Si pensi a molte terapie riabilitative, ad alcune radioterapie di ultima generazione e alle cure odontoiatriche che inspiegabilmente sono monopolio esclusivo del privato con costi spesso proibitivi per una famiglia media.

Quelle prima ricordate sono manifestazioni patologiche e distorte di un problema di etica medica molto serio e interessante: *chi decide della appropriatezza delle cure?*

Questo è un problema distinto da quello del finanziamento pubblico. Un sistema sanitario può infatti decidere, come dimostra l'esempio prima riportato delle cure odontoiatriche, di non includere tra le prestazioni erogabili alcune terapie sicuramente utili ed appropriate. Si tratta in tali casi di una valutazione di etica pubblica che esula dal giudizio di appropriatezza in senso stretto. Ma allora a maggior ragione chi decide su tale delicata questione?

La risposta tradizionale individuava nella corretta prassi scientifica il parametro unico di appropriatezza delle cure: il medico, in un'apoteosi di positivismo scienziato e paternalismo etico, doveva farsi carico di porre indicazioni e controindicazioni stringenti. Sarebbe troppo semplicistico voler individuare, per reazione, nel cittadino malato l'unico depositario del potere decisionale in ambito medico. La partita, come dovrebbe essere chiaro dagli esempi concreti richiamati in precedenza, è una partita a tre: medico, cittadino malato e decisore pubblico, tutti ad eguale titolo concor-

rono alla negoziazione di quello che va considerato normale o patologico (e quindi, entro limiti di compatibilità finanziaria curato con fondi pubblici). Si tratta, in definitiva, di riconoscere il carattere storico della nozione di salute-malattia, quello che altre volte abbiamo colto con la metafora delle *metamorfosi* della salute o che Byron Good, un antropologo medico americano, identificava con un'altra metafora affine, il cosiddetto *narrare* la malattia. Come è evidente, qualcosa di più complesso dello schema paternalismo-autonomia predominante nel dibattito bioetico contemporaneo. Quali procedure sono proponibili allo scopo di raggiungere una narrazione della malattia soddisfacente, ossia una narrazione in cui si riconoscano tutte le parti in causa?

Esaminiamo un possibile modello decisionale, quello proposto da Rawls per dirimere le questioni politiche costituzionali.

2. *Il modello politico-costituzionale rawlsiano e i dilemmi bioetici*

«Se potesse esistere una comunità di santi che condividono un ideale comune, essa sarebbe esente da discussioni sulla giustizia»¹.

Questa situazione di una comunità dove non si disputa su concezioni alternative del giusto ma la condivisione dei valori è totale e profonda rappresenta un esempio di società immaginaria che, anche se ritenuta auspicabile da qualcuno, contrasta con la realtà effettiva delle società moderne in cui il cosiddetto *fatto del pluralismo*, ossia la frammentazione e la pluralità delle concezioni della vita buona, è un dato difficilmente superabile, anzi rappresenta il punto di partenza per una teoria politica della giustizia che aspiri al realismo e all'efficacia. Con ciò si individua il vero obiettivo della teoria rawlsiana, almeno nell'ultima e più matura fase della riflessione sulla giustizia e sui sistemi politici che culmina con la pubblicazione di *Liberalismo politico*², non a caso definito un vero e proprio trattato sulla tolleranza³.

Si tratta, in definitiva, della necessità di costruire modelli di integrazione politica stabile nel tempo per identità, individuali e collettive, plurali e contraddittorie tra loro.

1 J. RAWLS, *Una teoria della giustizia*, Feltrinelli, Milano 1982, 120.

2 J. RAWLS, *Liberalismo politico*, Edizioni di Comunità, Milano 1994.

3 S. VECA, *Sulla tolleranza*, in *Filosofia e Questioni pubbliche*, vol. I, n. 1, 1995, 5-28.

Il problema è: come è possibile individuare principi di giustizia su cui convengano cittadini che peraltro dissentono intorno al bene per una vita umana e per la società in cui vivono?

La risposta di Rawls è quella del *costruttivismo* politico, ossia di una elaborazione teorica che sia consapevole di non scoprire affatto un sistema di valori già dato quanto, piuttosto, di costruire con la teoria gli elementi che fondano l'assetto costituzionale di una società, ossia l'originaria condizione di valori su cui si basa il patto di cittadinanza. Questi valori comuni che garantiscono l'equità e, soprattutto, la stabilità di una società *bene ordinata*, sarebbero l'esito di una procedura di consenso per intersezione (*overlapping consensus*) tra le varie *dottrine comprensive ragionevoli*, termine con il quale si intendono gli ideali pluralistici ragionevoli presenti in ambito sociale.

Si manifesta con tutta evidenza un primo vincolo di cui la teoria costruttivistica tiene conto. Infatti, il pluralismo che essa si propone di governare è solo un pluralismo *ragionevole* tra dottrine *metafisiche* della persona, della società e della storia che non pretendano di essere l'unica vera dottrina possibile e concedano alle dottrine rivali il beneficio del dubbio. Se viene rispettata questa clausola anti-fondamentalista il confronto tra dottrine metafisiche ragionevoli può dare esito a un consenso per intersezione che metta in evidenza i valori, politici e non più metafisici, che sono ritenuti fondamentali per la convivenza civile. Il nucleo del consenso così raggiunto è, dunque, politico, da ciò l'insistenza di Rawls per un liberalismo *politico*, tuttavia le giustificazioni e le argomentazioni a sostegno di tali valori politici vengono estratte dal proprio bagaglio teorico da ognuna delle dottrine metafisiche ragionevoli e sono, quindi, ragioni genuinamente morali. La peculiarità della proposta sta proprio in questo invito a sostenere i valori politici comuni ognuno per le proprie ragioni etiche, senza per questo dover condividere l'area valoriale che deborda dai confini politici. Si comprende come l'area del consenso politico-costituzionale rappresenti, in fondo, quello che nessuna persona *ragionevole* potrebbe, *ragionevolmente*, permettersi di rifiutare o disconoscere.

A questo punto, il quadro teorico comincia a essere abbastanza delineato, tuttavia, accanto alle nozioni di costruttivismo normativo, consenso per intersezione, pluralismo ragionevole e concezione politica, si colloca con eguale importanza anche la nozione di *ragione pubblica*. Ad essa dedicheremo l'attenzione nelle prossime righe.

La *ragione pubblica* va interpretata come qualcosa di più dinamico rispetto al consenso per intersezione col quale è intimamente connessa, ossia come procedura che delimita lo spazio della discussione pubblica in cui si

colloca l'evoluzione storica delle aree di consenso politico. Essa è qualcosa di meno e qualcosa di più rispetto alla ragione in generale. Qualcosa di meno in quanto è uno strumento con un campo di applicazione più ridotto rispetto alla ragione in generale. Mentre, infatti, le dispute filosofiche si impegnano in discussioni di ampio respiro (metafisiche in senso rawlsiano) tese alla individuazione delle migliori teorie conoscitive ed etiche disponibili, la ragione pubblica è meno ambiziosa. Essa, come già accennato, mira al consenso politico, ossia alla individuazione delle aree di intersezione valoriale che sono indispensabili alla convivenza civile. La sobrietà nei contenuti e nelle ambizioni è, tuttavia, anche la sua forza, e questo rappresenta il di più rispetto all'uso in generale. Infatti, proprio le finalità che persegue e i metodi che adotta ne fanno uno strumento unanimemente condiviso, pertanto tale da riscuotere la massima affidabilità possibile.

Vediamo di chiarirci le idee con qualche esempio. Una riunione di assemblea, da quella condominiale a quelle parlamentari, è valida e ha un'efficacia in funzione di quello che viene effettivamente messo a verbale e registrato dai presenti. Qualunque sia il contenuto effettivo delle discussioni avutesi e quali e quanti siano stati i contrasti o le opzioni in ballo, alla fine quello che conta e vincola i partecipanti è ciò che resta a verbale. Analogamente, in tribunale esistono procedure che rendono valide e ammissibili le prove presentate in dibattimento e solo a quelle va indirizzata l'attenzione e il giudizio dei giudici. Verbale e codice di procedura sono modi di restringere la realtà effettiva e, in senso stretto, impoveriscono la rappresentazione del reale, tuttavia questa maggiore povertà descrittiva è compensata da un maggiore valore vincolante, in quanto i partecipanti all'assemblea e i protagonisti di un processo si impegnano a rispettare il resoconto che proviene da tali procedure. Uno dei principali luoghi dove è esercitata la ragione pubblica è la Corte Costituzionale nel cui ambito: «i cittadini siano in grado di spiegarsi reciprocamente come votano in termini di equilibrio ragionevole fra valori politici pubblici»⁴. Non si deve però pensare che la ragione pubblica funzioni come procedura che a priori garantisce, se ben applicata, l'esito voluto, ossia la ragionevolezza delle decisioni e l'equilibrio politico. Anche in questo caso vale la regola del costruttivismo e l'intersezione valoriale è solo una possibilità non una certezza.

Prima di procedere oltre, abbozziamo un breve riepilogo.

La ragione pubblica è lo strumento che in una società bene ordinata, ossia composta da cittadini che vogliono cooperare pur nella consapevolezza di professare fedi etico-religiose diverse, consente la costruzione e il

4 J. RAWLS, *Liberalismo politico*, cit., 206.

consolidamento di un consenso per intersezione. Tale idea implica, quindi, che le divergenze di opinione e di comportamento possano essere valutate alla luce di spiegazioni reciproche e con argomentazioni morali tali da raggiungere un duplice obiettivo. Da un lato, ognuno può conservare le proprie opinioni e convinzioni profonde ma, dall'altro, non considera irragionevoli (anche se non le condivide) le opinioni degli altri. In definitiva, con l'esclusione prima ricordata dei fanatici fondamentalisti, la discussione entro la cornice della ragione pubblica è orientata al raggiungimento di un consenso stabile e fondato su ragioni etico-politiche, intorno al quale i cittadini ragionevoli decidono di costruire la loro comunità politica. Si confinano, così, le ragioni strategiche, orientate al perseguimento di pur legittimi interessi di parte, al ruolo di ricerca di un consenso meno stabile, legato al *modus vivendi*, con ciò distinguendo tra consenso per intersezione e consenso politico ordinario, frutto dell'equilibrio tra rapporti di forza.

3. *Ragione pubblica e dispute bioetiche*

Forniti i lineamenti essenziali del discorso normativo rawlsiano cerchiamo adesso di estenderne il campo di applicazione alla bioetica.

Più in particolare, secondo l'obiettivo che ci eravamo prefissati all'inizio, è interessante focalizzare l'attenzione sulle questioni bioetiche, sia per il loro oggettivo interesse sia perché sono effettivamente, come affermato da Dworkin, il corrispettivo moderno delle dispute teologiche e delle guerre di religione del passato⁵. Per questo motivo sulle conclusioni prima riportate relativamente al possibile ampliamento dello schema rawlsiano di consenso per intersezione alla bioetica vale la pena di riflettere con maggiore attenzione.

Da un lato, abbiamo le preoccupazioni ispirate a un sano realismo circa l'improbabilità del consenso per intersezione in bioetica, dall'altro, però, va da sé che una decisione presa con una maggioranza parlamentare semplice sia un meccanismo decisionale che potrebbe andare troppo stretto in casi come quelli prima ricordati. Una nuova legge su aborto, eutanasia, ricerca su cellule staminali ecc., a ogni cambio di maggioranza politica,

5 R. DWORKIN, *Il dominio della vita. Aborto, eutanasia, e libertà individuale*, Edizioni di Comunità, Milano 1994, 4, dove si afferma: «La guerra tra gruppi antiabortisti e i loro oppositori è una nuova versione americana delle terribili guerre civili di religione nell'Europa del Seicento».

non è certamente auspicabile da nessuno (come non lo sarebbe una nuova legge elettorale o una legge di modifica radicale del regime delle eredità!).

Al contrario, una controversia che raggiunga il livello costituzionale di composizione fa presumere che la soluzione trovata sia stabile nel tempo e una eventuale modifica molto difficile e laboriosa, stante le più o meno complesse procedure previste in tutti gli ordinamenti internazionali per le modifiche costituzionali. Lo testimonia proprio il caso dell'aborto, la cui legalizzazione negli USA fu frutto proprio di una famosa sentenza della Corte Suprema nel 1973, una cui eventuale modifica richiederebbe un ripensamento dei giudici costituzionali o un loro rinnovo, nel caso degli USA successivo al ritiro o alla morte di uno di quelli in carica⁶.

Questo a parziale conferma del fatto che la strategia rawlsiana può essere estesa oltre il dibattito costituzionale tradizionale e trovare un'utile applicazione anche nel territorio dei conflitti bioetici. In questo modo, almeno a livello di auspicio e limitatamente ai casi in cui la discussione pubblica è svolta serenamente e senza pregiudiziali ideologiche, la bioetica potrebbe collocarsi in quel territorio intermedio tra la mera contrapposizione degli interessi e dei rapporti di forza e la "comunità di santi" in cui la condisione di un unico schema valoriale è forte e permea i rapporti sociali. Un territorio che in altri pensatori politici, si pensi alla categoria crociana dell'*etico-politico* o alla tripartizione habermasiana tra *discorsi strategici*, *etici* e *morali*, viene indicato e delimitato in modo diverso ma con un'identità di obiettivi, di cui, tuttavia, è opportuno discutere in altra occasione⁷.

4. *Le metamorfosi della salute e l'alleanza terapeutica*

Negli ultimi tempi è invalso l'uso di definire polemicamente come 'alleanza terapeutica' il rapporto medico paziente, tradizionalmente improntato in prevalenza su uno schema paternalistico di relazioni in cui l'autorità tecnica del medico deborda spesso dai confini strettamente professionali

6 Una discussione approfondita del dibattito costituzionale americano su questo tema si trova ancora in R. DWORKIN, *Il dominio della vita*, cit., 139-245.

7 L'*etico-politico* in Croce è il tentativo di individuare uno spazio all'agire pubblico distinto sia dallo scontro egoistico delle volontà individuali sia dalla pretesa totalitaria di imporre un'etica comunitaria e assoluta per decreto ministeriale. Sia consentito il rinvio a R. PRODOMO, *Quel conto ancora aperto con Croce*, in *Filosofia e Questioni Pubbliche*, vol. IV, n. 1, 1998, 175-184; per la distinzione tra discorsi strategici, etici e morali si veda J. HABERMAS, *Fatti e norme*, Guerini e Associati, Milano 1996.

per invadere il campo delle scelte di vita, esclusiva prerogativa del malato. Al contrario, col termine *alleanza* per alcuni si sottolineerebbe la tendenziale parità di rapporto che, nonostante numerose e persistenti asimmetrie, dovrebbe caratterizzare l'incontro tra medico e malato.

Nelle riflessioni che seguono, si cercherà di esaminare la connessione tra l'alleanza terapeutica così intesa (rapporto tra soggetti moralmente eguali) e la nozione di salute. Se, infatti, scopo indubbio della suddetta alleanza è il ripristino e la conservazione della salute, individuale e collettiva, il fatto che di questa idea esistano numerose concezioni, tanto da poter parlare di vere e proprie metamorfosi, complica il tentativo di accordo, mettendo in primo luogo in discussione l'obiettivo dell'alleanza stessa che, proprio alla luce della molteplicità di forme in cui si manifesta la salute, non sempre si può dare per scontato.

Secondo il Platone delle *Leggi*, il rapporto medico paziente può avere una duplice configurazione: il medico-schiavo cura gli schiavi senza interrogarli e senza fornire loro alcuna spiegazione; il medico libero cura gli uomini liberi interrogandoli sui propri sintomi e aspettative e spiegando loro il suo operato.

Nel primo caso, quello del medico e del paziente schiavi, parlare di alleanza terapeutica è, evidentemente, del tutto fuori luogo. Nel secondo caso, quello del medico e del paziente liberi, sembrerebbe esserci un'effettiva alleanza ma, vista la povertà di mezzi della medicina antica, essa appare ben poco *terapeutica*.

Nell'età della tecnica, quando la medicina ha acquisito un armamentario diagnostico-terapeutico efficace e ragguardevole, in un primo momento verrebbe spontaneo applicare lo schema platonico della libertà reciproca ma, a ben vedere, forse anche il primo schema conserva una sua plausibilità nel caso considerassimo medico e paziente dotati sì di garanzie e diritti, ma pur sempre entrambi asserviti ad una tecnica che, come potere esterno e indipendente, impone loro comportamenti e scelte in qualche modo obbligate e indiscutibili.

In realtà, storicamente le cose almeno fino a qualche tempo fa sono andate diversamente, lo schema prevalente sembrava essere un misto di quanto sostenuto da Platone: ossia una relazione tra un medico libero e un paziente schiavo. Fuor di metafora è evidente che ci si riferisce all'annosa questione del cosiddetto paternalismo medico che molto spesso ancora oggi caratterizza la pratica medica quotidiana, nonostante l'affermazione teorica del principio del consenso-informato. Eppure l'ideale di una relazione paritaria, pur nelle inevitabili asimmetrie di conoscenza, di potere e di condizione psicologica è un ideale antico:

«Narra un antico aneddoto che Aristotele, mentre era ammalato, si rivolse al medico che gli prescriveva una terapia, pregandolo in questi termini: dimmi le ragioni del tuo agire e se ne sarò persuaso le seguirò»⁸.

Questa richiesta attribuita ad Aristotele appare ragionevole a qualunque persona che aspiri a conservare, anche nella condizione di malattia, un comportamento razionale.

Ma potrebbe essere soddisfatta nel contesto moderno della medicina scientifica, quello che pone le sue radici nelle scoperte di Bernard e Koch alla fine del XIX secolo e si concretizza con la cosiddetta rivoluzione terapeutica della metà del XX secolo?

Si può sfuggire alla tirannia della tecnica e al paternalismo medico instaurando una vera e paritaria alleanza terapeutica?

Un'analisi delle diverse idee di salute può agevolare la risposta, anche se la rende indubbiamente più complessa. Si tratterà, infatti, di mettere a fuoco il problema preliminare ad ogni possibile intesa o alleanza terapeutica: ossia elaborare un'idea di salute quanto meno condivisa tra i due attori, medico e paziente, protagonisti dell'auspicata alleanza. Senza questo preliminare accordo sull'obiettivo comune ogni iniziativa, anche se ispirata in buona fede dalla volontà del rispetto reciproco, è destinata al fallimento.

Per costruire un'idea condivisa di salute torna utile la procedura del consenso per intersezione prima proposta. Ovviamente si deve partire dal presupposto che la salute non sia un mero fatto ma un valore. Solo come valore essa può presentarsi in tutte le sue trasformazioni storiche senza apparire contraddittoria.

In conclusione, se si acconsente al carattere pluralistico e complesso dell'idea di salute, nella cui costituzione, contravvenendo all'ingiunzione positivista di separare fatti da valori, entrano elementi sia descrittivi che normativi è possibile azzardare definizioni in positivo dell'essere in salute che vanno oltre la mera negazione della presenza di malattia. Dalla prospettiva di una definizione positiva e complessa, la salute potrebbe essere definita come la capacità di perseguire gli scopi vitali, ossia tutto quello che è possibile perseguire e realizzare usando le proprie predisposizioni fisiche e psichiche. In tal modo la salute è assimilabile ad una sorta di libertà che si esplicita a un livello organico. Infatti, dalla prospettiva normativa e olistica se la salute è possibilità di realizzare norme vitali nuove e più adatte all'ambiente è necessario presupporre la libertà di scelta come sua caratteristica essenziale.

8 K. JASPERS, *Il medico nell'età della tecnica*, Cortina Ed., Milano 1991, 147.

La salute quindi come libertà, *del* corpo e *nel* corpo, di esplorare e percorrere le potenzialità fisiologiche della specie⁹. Schematizziamo in breve e proviamo a trarre delle conclusioni.

5. La salute come fatto e la salute come valore

Riassumendo i termini della discussione finora portata avanti si possono delineare due concezioni della salute: quella che la considera un mero fatto e quella che la considera invece un valore, lo schema seguente riepiloga le caratteristiche principali delle due prospettive contrapposte.

Se la salute è un mero fatto si può definire in termini di *normalità*.

La normalità statistica è un qualcosa di misurabile e definibile oggettivamente indipendentemente dal contesto storico culturale ed è in definitiva oggetto di una *Scienza*

Se la salute è un valore si può definire in termini non di normalità ma di *normatività* ossia un ideale di capacità in riferimento al quale valutare il grado di efficienza individuale. In quest'ultimo caso ci si imbatte in un'imprescindibilità del riferimento a valori individuali o collettivi per cui la normatività si pone come oggetto di un sapere etico-filosofico.

Queste due prospettive non sempre si pongono in alternativa netta e distinta tra loro, spesso sono invece contaminate e partecipano l'una dell'altra generando talvolta confusione. L'ambiguità fatto-valore rende conto delle critiche e delle perplessità con le quali è stata spesso accolta la definizione dell'OMS che interpreta la salute come benessere fisico, psichico e sociale completo e non come mera assenza di malattia. Se, infatti, interpretiamo la salute come uno stato di fatto, allora è evidente che un completo benessere fisico, psichico e sociale non esiste in nessuna circostanza reale e l'obiettivo di salute delle politiche sanitarie di uno stato nazionale o di organizzazioni internazionali sarebbe utopistico sia a livello individuale sia al livello pubblico. Al contrario, la salute come completo benessere diventa plausibile se si connota il concetto di elementi normativi: se la salute è essenzialmente un valore e non un fatto, allora, come tutti i valori, essa non è mai pienamente realizzabile ma indica un punto di riferimento per l'azione che non potrà mai, asintoticamente, essere raggiunto.

A questo punto non è fuori luogo chiedersi: la contrapposizione e contaminazione tra fatto e valore nel campo della salute è insanabile, genera

9 Cfr. R. PRODOMO, *Una bioetica liberale*, Apeiron, Bologna 2003.

solo ambiguità o può essere, invece, suscettibile di una mediazione e integrazione proficue?

Alla luce delle precedenti considerazioni non è difficile immaginare l'opzione da noi preferita. Si discute spesso di modello biologico o modello bio-psico-sociale della medicina come se fossero alternative inconciliabili. Al contrario una visione sistemica e complessa della salute e della malattia è possibile, a nostro avviso, solo adottando un'integrazione delle due prospettive. Tuttavia, è importante tener ben fermo un punto: la valutazione pubblica precede logicamente (anche se non sempre cronologicamente) la misurazione scientifica della salute. In altri termini: la norma misurata è frutto di una precedente decisione normativa.

Quindi, prima si decide quale salute, ossia quale livello di capacità e funzioni si ritiene storicamente perseguibile o addirittura irrinunciabile, poi si procede alla misurazione e quantificazione scientifica del normale e delle sue oscillazioni.

Il dibattito etico giuridico sul diritto alla salute non potrà essere considerato alla luce di un mero conflitto distributivo, ossia *quanto* dare e *a chi* in termini di prestazioni sanitarie. Esso dovrà attrezzarsi a considerare le variabili multiculturali del concetto di salute, ossia *quale* salute si intende preservare e/o ripristinare attraverso le politiche pubbliche e l'assistenza sanitaria, realizzando in tal modo un vero e proprio conflitto identitario.

Proprio per questo, si può concordare con un autorevole antropologo medico contemporaneo che interpreta la malattia (e quindi anche la salute) come essenzialmente dialogica. Essa è: «sintetizzata nelle narrazioni [...] Tuttavia tale oggettivazione può essere respinta o sovvertita dai pazienti, dagli avvocati, o dagli agenti delle compagnie assicurative che autorizzano o rifiutano gli indennizzi per cure mediche, tutti impegnati in una grande trattativa per costituire *l'oggetto* medico e nel riferirsi al corpo fisico»¹⁰.

Questa grande trattativa vede impegnati tutti i cittadini consapevoli in uno sforzo di elaborazione concettuale e di proposta pratica che si sforzi di integrare misurazione e narrazione della salute e consenta il massimo di tolleranza possibile anche a quelle concezioni della salute minoritarie e, a prima vista, eccentriche che popolano le società multiculturali e complesse della nostra epoca storica secondo il motto già da noi ricordato in altre occasioni per cui se non si può sempre essere liberi dalla malattia, si può tuttavia essere sempre liberi anche nella malattia!