

Perché la salute non è completo
benessere

*Why health is not complete well-
being*

ELISABETTA LALUMERA
elisabetta.lalumera@unibo.it

AFFILIAZIONE
Alma Mater Università di Bologna

SOMMARIO

I concetti di salute e benessere adottati dalle istituzioni sanitarie e dalla comunità scientifica influenzano le policy di salute, la ricerca e la cura. Questo articolo analizza analizza la definizione dell'Oms di salute come completo benessere, che raggiunge l'obiettivo di legittimare un ampio mandato per la salute pubblica, ma ha problemi di chiarezza e di applicabilità e, soprattutto, ha l'effetto di medicalizzare tutta la vita umana. I costi dell'identificare la salute con il benessere sembrano maggiori dei vantaggi, anche se la definizione dell'Oms è altamente motivante.

ABSTRACT

Diverse notions of health and well-being play a pivotal role in shaping both research directions and healthcare policies. This article critically examines the World Health Organization's (WHO) comprehensive conception of health as holistic well-being, delving into the discourse within medical and philosophical literature. While this definition effectively fosters an expansive foundation for public health initiatives, it is not without its challenges in terms of lucidity and practicability. Chiefly, it tends to pathologize the entirety of human existence. The drawbacks associated with equating health solely with well-being appear to surpass the advantages, despite the undeniable motivational force encapsulated within the WHO's definition.

PAROLE CHIAVE

Salute

Benessere

Medicalizzazione

KEYWORDS

Health

Wellbeing

Medicalization

DOI: 10.53267/20230103



1. PERCHÉ LA SALUTE NON È COMPLETO BENESSERE

I concetti di salute e benessere adottati dalle istituzioni sanitarie e dalla comunità scientifica influenzano le policy di salute, la ricerca e la cura. Leggiamo ad esempio che la salute delle persone che abitano in un certo quartiere della città è peggiore di quella di chi abita in altri quartieri: che cos'è la salute qui e come si misura? Oppure che praticare Pilates tre volte alla settimana migliora la salute: di che cosa stiamo parlando? Infine, immaginiamo di poter disporre di grandi risorse per migliorare la salute degli adolescenti della nostra città: che cosa faremmo? La salute può essere definita come assenza di malattia, quindi misurata a partire dai dati di ospedalizzazione e di intervento clinico – quanti meno, quanta più salute; oppure concepita come capacità di funzionamento; oppure ancora come completo benessere, psicologico, sociale e spirituale oltre che fisico. Adottare l'uno o l'altro concetto e le corrispondenti scale di misurazione significa adottare un obiettivo di azione e configurare in un certo modo la ricerca e l'evidenza. Oggi nelle scienze biomediche c'è una pluralità di concetti di salute e benessere, tutti esplicitamente definiti e associati a scale di misurazione validate, ma che contribuiscono complessivamente a una sorta di babele, che rende difficile mettere a confronto gli studi sull'efficacia degli interventi e i risultati delle ricerche. Uno dei compiti della filosofia della medicina applicata può essere quello di chiarire e valutare queste diverse nozioni in base ai loro scopi, con un lavoro di analisi o meglio di ingegneria concettuale¹.

In questa cornice metodologica, il presente contributo analizza la definizione dell'Oms di salute come completo benessere, concludendo che essa raggiunge l'obiettivo di legittimare un ampio mandato per la salute pubblica, ma ha problemi di chiarezza e di applicabilità e, soprattutto, ha l'effetto di medicalizzare tutta la vita umana. I costi dell'identificare la salute con il benessere sembrano maggiori dei vantaggi, anche se la definizione dell'Oms è altamente motivante².

2. LA DEFINIZIONE DELL'OMS

La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non solo l'assenza di malattie o infermità. Questa formulazione si trova tra i principi fondamentali della Costituzione dell'Oms, firmata nel 1946 da 61 stati membri ed entrata in vigore nel 1948; principi a cui l'organizzazione sovranazionale si dichiara ancora

vincolata, come possiamo leggere sui documenti più recenti e sulla stessa pagina web dell'organizzazione. Nella Conferenza sulla promozione della salute del 1986, la definizione è stata ulteriormente ampliata per includere la dimensione spirituale: la salute è uno stato dinamico di completo benessere fisico, mentale, sociale e spirituale, e non solo l'assenza di malattie o infermità³.

A livello di ricezione pubblica, è la definizione di salute a cui tutti oggi siamo abituati: è uno slogan familiare usato trasversalmente da chi vende rimedi di cristalloterapia online e dalle aziende sanitarie locali, dai politici e dalle aziende farmaceutiche, dai nutrizionisti laureati come dagli inventori di nuove religioni, dai pazienti che si lamentano della scarsa attenzione dei medici come dai medici che lamentano la scarsità di risorse. Difficile percepirla come controversa – eppure lo è, come cercheremo di mostrare. Uno sguardo alle origini di questa definizione può essere utile. L'Oms venne costituita come organizzazione sovranazionale per la salute pubblica subito dopo la fine della Seconda guerra mondiale, con l'Europa distrutta dai bombardamenti, il Giappone devastato dalle armi atomiche e gli Stati Uniti in posizione egemonica, ma con problemi diffusi di povertà e salute mentale. Come spiega il filosofo Sean Valles – che difende il concetto olistico di salute come completo benessere – la decisione di avanzare una definizione così evidentemente discutibile nel momento della sua fondazione aveva un senso strategico: questa definizione olistica permetteva all'organizzazione di perseguire ogni tipo di attività di promozione della salute senza essere frenata da un mandato troppo ristretto. Se l'Oms si fosse incaricata solo di prevenire le malattie, o di limitare i suoi sforzi alle malattie trasmissibili o di lavorare solo per il raggiungimento di alcuni parametri di riferimento – come aspettativa di vita e mortalità infantile – avrebbe potuto facilmente trovarsi nella situazione di promuovere la salute in modi non esplicitamente autorizzati. Oltre ai vantaggi pragmatici di un ampio mandato, l'impegno fondante dell'Oms per un significato ampio e onnicomprensivo della salute è un'estensione naturale della missione delle Nazioni Unite⁴. La definizione di salute dell'Oms figura, infatti, insieme a una serie di affermazioni altrettanto audaci, che si integrano bene con l'ambizioso obiettivo di pace e giustizia globale delle Nazioni Unite (dalla pagina web):

«Arrivare al più alto livello di salute raggiungibile è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano senza distinzione di razza, religione, cre-

do politico, condizione economica o sociale. La salute di tutti i popoli è fondamentale per il raggiungimento della pace e della sicurezza e dipende dalla massima cooperazione degli individui e degli Stati. I risultati ottenuti da ogni Stato nella promozione e protezione della salute hanno valore per tutti. La disparità di sviluppo nei diversi Paesi nella promozione della salute e nel controllo delle malattie, soprattutto quelle trasmissibili, è un pericolo comune»⁵.

Di fatto, l'Oms è la principale autorità internazionale su questioni come la classificazione delle malattie, la gestione delle epidemie e la promozione della salute, ma ha uno scarso coinvolgimento diretto nella fornitura di assistenza sanitaria. Semplificando, agisce solo fin dove comincia il lavoro dei governi nazionali che possono pianificare ed erogare l'assistenza, oppure non farlo. La definizione di salute ha comunque influenzato la definizione degli obiettivi di politica sanitaria a tutti i livelli e ha contribuito alla notevole espansione del settore sanitario nel dopoguerra fino ad oggi, comprendendo la protezione della maternità e della riproduzione sicura per le donne, la tutela dell'infanzia, le iniziative per l'*healthy ageing* e quelle contro il razzismo – tutti compiti che eccedono rispetto alla prevenzione delle malattie strettamente intesa (come vaccinazioni e stili di vita). Quindi, potremmo dire, a livello strategico la definizione ha raggiunto il suo scopo.

Una motivazione culturale alla base della decisione dell'Oms di andare oltre l'assenza di malattia può essere rintracciata nell'ottimismo scientifico dell'epoca, unito al pessimismo morale causato dagli orrori della guerra. Durante i lavori della commissione costituzionale Brock Chisholm, che sarebbe diventato il primo direttore dell'Oms, dichiarò che «Il mondo è malato e i mali sono dovuti alla perversione dell'uomo, alla sua incapacità di vivere con se stesso. Il nemico non è il microbo; la scienza è sufficientemente avanzata se non fosse per le barriere della superstizione, dell'ignoranza, dell'intolleranza religiosa, della miseria e della povertà.... Questi mali psicologici devono essere compresi per potervi porre rimedio, e la portata del compito che il Comitato si è prefisso non conosce limiti»⁶.

Oggi sappiamo che il nemico è ancora il microbo, o il virus, e che la scienza non è sufficientemente avanzata, e anche che non tutti i mali del mondo sono psicologici; tuttavia, il superamento del concetto minimale o negativo è ancora una priorità per l'Oms: il titolo del dodicesimo programma di lavoro ufficiale, la "Visione strategica di alto livello per il lavoro dell'OMS

per il periodo 2014-2019" era proprio *Not Merely the Absence of Disease*. Quanto al benessere come ingrediente positivo del concetto di salute, l'origine non è chiara, ma l'idea circolava nei documenti istituzionali dell'epoca e anche nell'Articolo 25 della Dichiarazione universale dei diritti umani, stipulata dalle Nazioni Unite nel 1948, troviamo la frase «ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia»⁷. Il benessere è tuttora nelle definizioni di salute dell'Oms, ad esempio in quella di salute mentale.

3. IRRAGGIUNGIBILE, INUTILIZZABILE O IMPRESCINDIBILE

Nella comunità scientifica la definizione dell'Oms è stata ed è spesso criticata. Il primo problema è che fissa uno standard irraggiungibile per la salute: chi mai si trova in uno stato di completo benessere da tutti i punti di vista, quando mai lo raggiungiamo? Forse nell'estasi mistica oppure – scriveva scherzando il direttore del *British Medical Journal*, in un editoriale che abbiamo già citato – solo al momento dell'orgasmo simultaneo; «è una definizione ridicola che rende la maggior parte di noi senza salute per la maggior parte del tempo»⁸. C'è chi ha provato a fornire dati: in un periodo di 14 giorni un adulto medio sperimenta circa quattro sintomi di malattia o malessere e il 99% delle persone al mondo ha bisogno di assistenza, secondo il criterio proposto. In sostanza, postulando un concetto di salute irraggiungibile, l'Oms avrebbe messo nero su bianco che sarà sempre necessaria per tutti e ovunque⁹. Sulla stessa nota pessimistica, l'epidemiologo Rodolfo Saracci ha proposto una piccola ma significativa modifica del concetto dell'Oms: la salute non è solo uno stato completo di benessere fisico, mentale e sociale, ma anche l'assenza di malattia o infermità. Per la maggior parte della popolazione umana, scrive Saracci, l'assenza di malattia e infermità resta l'obiettivo da raggiungere, né è chiaro quando potrà essere raggiunta con gli attuali mezzi terapeutici e preventivi¹⁰. Chi difende il concetto di salute come completo benessere non vede l'irraggiungibilità come un problema, anzi: gli esseri umani – argomentano alcuni – sono caratterizzati dalla capacità innata di estendere i propri limiti, spinti dal desiderio di una vita migliore e perfetta; in questo la definizione dell'Oms sarebbe in sintonia con la nostra essenza. Citiamo a questo proposito la famosa gerarchia dei bisogni umani, proposta dallo psicologo Abraham Maslow nel 1968 all'interno di una

teoria della motivazione. Dal basso della gerarchia verso l'alto, i bisogni sono: fisiologici (tra cui sono elencati cibo, acqua e sesso), di sicurezza (lavoro, salute, alloggio), di amore e appartenenza (amicizia, relazioni, famiglia), di autostima (fiducia, senso di individualità) e di autorealizzazione (moralità, creatività, arte, significato della vita). I bisogni più bassi della gerarchia devono essere soddisfatti prima che gli individui possano occuparsi dei bisogni più alti. Anche se la salute si trova tra i bisogni di sicurezza, in basso nella gerarchia, secondo Maslow l'individuo perfettamente sano deve essere inteso come quello che raggiunge l'autorealizzazione: la salute di base non sarebbe quindi la "vera" salute, che si trova solo al compimento del meglio di se stessi¹¹.

È stato anche suggerito che il concetto di salute dell'Oms, proprio in quanto irraggiungibile, colga l'essenza della medicina, come professione di cura: come scrive una specializzanda sul *British Medical Journal* nel 2011, «è forse l'incapacità di soddisfare la definizione dell'Oms che ci spinge a fare del nostro meglio per i nostri pazienti: questo ideale significa molto di più di una descrizione della salute; racchiude l'ethos della professionalità medica»¹².

A questo riguardo occorre ricordare che il concetto dell'Oms è prevalente nei *nursing studies* (propri delle professioni dell'assistenza sanitaria) e in quelli di etica femminista o etica della cura: qui l'idea è che il prendersi cura di qualcuno come dovere professionale sia appunto occuparsi della totalità della persona, a livello fisico, mentale, ma anche comprendendone le connessioni sociali e i valori spirituali ed etici. A questo punto di vista si può sempre rispondere che non è concettualmente necessario chiamare tutti questi diversi aspetti 'salute', svincolando quindi la cura dalla salute e dando a questo concetto un'estensione più ampia – ma questo è un discorso secondario che dobbiamo in questa sede abbandonare¹³.

Una seconda critica al concetto di salute come completo benessere è che sia inutilizzabile. È stato subito notato che non sappiamo quando il benessere sia completo, e nemmeno quando sia arrivato al massimo raggiungibile, perché il benessere, qualunque cosa sia, è una grandezza scalare. Per fissare una soglia di completezza dovremmo decidere se usare i criteri della persona singola, oppure altri parametri oggettivi, ma tendenzialmente le soglie dipendono da cultura, età dell'individuo, dal livello di disabilità e da altre variabili. Dalla psicologia sappiamo che le persone con cronicità modificano le proprie autovalutazioni

di salute adattandosi alla propria situazione: questo le farebbe arrivare al livello massimo (soggettivo) con molto poco (questo è il cosiddetto paradosso della disabilità). La questione ovviamente rimanda alla domanda più generale: che cos'è il benessere, che è il componente concettuale fondamentale della definizione di salute? Qui si apre il tema delle differenti accezioni e misure di questo costrutto in psicologia e, in particolare, nella psicologia positiva. In sostanza, non capiamo cosa sia la salute finché non scegliamo una tra queste.

La critica dell'inutilizzabilità consiste anche nel sottolineare la difficoltà di operationalizzare il completo benessere e assenza di malattia, qualunque sia la definizione di benessere. Il concetto di salute come completo benessere fisico, mentale e sociale non pesa le tre dimensioni, quindi l'ipotesi naturale è che debbano avere la stessa importanza. La salute complessiva è però difficile da valutare quando una persona raggiunge livelli elevati in una dimensione, ma non in altre. Il malato terminale che ha programmato il suicidio assistito e si trova a casa propria, circondato da amici, colleghi e una grande famiglia con tre generazioni può essere in uno stato di ottimo benessere sociale, ad esempio: è in salute? Pensiamo poi al ragazzo afgano che arriva in Italia su una barca che fa naufragio, sta fisicamente bene ed è forte – ha nuotato fino a riva – ma ha perso i genitori, è lontano da casa e senza un futuro immaginabile. Come si colloca rispetto al concetto di salute dell'Oms? Certamente questi due sono casi estremi, ma li propongo per rendere in modo più vivido l'essenza del problema.

In realtà il concetto di salute dell'Oms è stato usato per misurare lo stato di salute in un famoso studio di economia sanitaria, l'esperimento RAND (dal nome della compagnia assicurativa che l'ha realizzato). L'esperimento nasceva per rispondere fondamentalmente a due domande di ricerca cruciali negli Stati Uniti: chi ha un'assicurazione consuma più prestazioni rispetto a chi paga almeno in parte di tasca propria? E sta meglio? Tra il 1971 e il 1982 i ricercatori di RAND condussero uno studio randomizzato su 2.750 famiglie per un totale di 7.700 individui, tutti di età inferiore ai 65 anni, di diverso reddito e residenti in zone differenti, sia rurali che urbane, assegnandole a cinque diversi gruppi di contributo alla spesa sanitaria e misurando alla fine salute, accesso ai servizi sanitari e qualità delle prestazioni. I risultati di RAND mostrarono che chi paga almeno una parte dell'assistenza utilizza meno servizi rispetto al gruppo che non contribuisce

alla spesa. La partecipazione ai costi non influisce in modo significativo sulla qualità delle cure ricevute dai partecipanti (utili o inutili, efficaci o meno) e, in generale, contribuire o non contribuire ai costi non ha conseguenze sulla salute. Questo con eccezioni: nell'esperimento RAND l'assistenza gratuita aveva portato a miglioramenti nell'ipertensione, nella salute dentale, nella vista e in alcuni sintomi come il dolore al torace durante la fatica, soprattutto nelle fasce a minor reddito. L'esperimento è interessante e controverso in vari aspetti – e per questo valeva la pena citarlo – ma nel nostro discorso è rilevante perché i ricercatori di RAND hanno cercato di misurare tutti gli aspetti della salute indicati dalla definizione Oms: funzionalità fisica (mobilità, autosufficienza), dimensione psicologica (ansia, depressione e perdita di controllo ma anche emozioni e relazioni positive), contatti e partecipazione sociale e anche valutazioni sulla rilevanza della salute per la vita e sulla propria salute presente e passata.

Quindi non è vero che il concetto dell'Oms sia inutilizzabile, e si può misurare la salute come completo benessere fisico, psicologico, sociale (e spirituale)? Non è ovvio, perché dall'esperienza di RAND è emerso un problema tecnico, ma anche concettuale, rispetto al cosiddetto benessere sociale – o ai fattori sociali in generale come parti del concetto di salute. Se misuriamo «tutto insieme come salute», qualsiasi cambiamento nel supporto sociale (come la morte di una persona cara) indicherà per definizione un cambiamento nello stato di salute personale. Allo stesso modo, tra due persone che godono dello stesso livello di salute fisica e mentale, una verrà considerata meno sana se risiede in una comunità soggetta a conflitti o se è separata dai membri della famiglia. Questo è altamente controintuitivo e rende la misurazione meno valida (in senso tecnico). La conclusione che è stata tratta è che considerare i fattori sociali (insieme ad altri, come gli eventi della vita) come esterni, ma correlati allo stato di salute di un individuo, spiega meglio i risultati empirici rispetto a includere la componente sociale come parte integrante della salute¹⁴.

Misurare la salute è essenziale a molte attività sanitarie e scientifiche – confrontare l'efficacia di campagne e di interventi, comprendere i bisogni individuali e delle popolazioni, calcolare il rapporto costo-efficacia di farmaci o cure – e alla fin fine, è molto rilevante per ciascuno di noi. Quindi sembrerebbe ovvio che un concetto che non si può operationalizzare, o

che è molto difficile da convertire in costrutti misurabili, non sia un buon concetto di salute. Tuttavia, i concetti possono avere diversi obiettivi. Chi difende la definizione dell'Oms sostiene infatti che questo concetto va valutato secondo l'obiettivo di ispirare: il suo scopo è guidare la governance sanitaria nazionale e globale, non fornire un costrutto operativo per misurare la salute. Ispirare significa indicare in quali ambiti è auspicabile e legittimo che sia condotta la ricerca delle scienze della salute e vengano progettate e implementate le policy sanitarie e preventive. In linea con questa posizione, si può considerare quello dell'Oms non un concetto, ma un meta-concetto di salute, ovvero una sorta di linea guida per creare concetti di salute in aree specifiche. Questa è l'opinione di Sean Valles, che porta l'esempio del concetto di salute riproduttiva come completo benessere, definito dall'Oms a partire dal meta-concetto di salute:

«una popolazione con bassi tassi di patologie ginecologiche diagnosticabili, ma in cui le donne sono socialmente costrette a partorire un gran numero di figli, ha una scarsa salute sessuale e riproduttiva. Se adottiamo il concetto biomedico di salute, il concetto negativo, i bassi tassi di malattie riproduttive/sexuali qualificherebbero automaticamente quella stessa popolazione come relativamente sana e quindi a bassa priorità rispetto agli interventi per la salute riproduttiva. L'Oms ha ragione nell'affermare che una popolazione sana dal punto di vista riproduttivo se è libera da coercizioni riproduttive; è un piuttosto riduttivo affermare che una popolazione con donne che rimangono incinte contro la loro volontà sia in salute riproduttiva»¹⁵.

Si può replicare a Valles che la salute riproduttiva potrebbe essere tenuta distinta dal benessere inteso come capacità di disporre del proprio corpo, invece di considerare insieme questi aspetti. Ma forse allora l'Oms si dovrebbe chiamare "Organizzazione mondiale per la salute, il benessere e la giustizia sociale"? I concetti teorici delle istituzioni scientifiche sono strumenti e questo, massimamente olistico, è uno strumento collegato a un programma politico e a un'identità istituzionale: per l'Oms avere un concetto così ampio è imprescindibile per poter intervenire liberamente in tante situazioni diverse.

4. SE TUTTO È SALUTE

In un articolo del 1973 Daniel Callahan, fondatore dell'Hastings Centre, il primo centro di ricerca di bio-

etica negli Stati Uniti, notava che se benessere e salute equivalgono, allora si tenderà a cercare soluzioni mediche e tecnologico-farmaceutiche a tutti i problemi della vita, anche quelli che potrebbero essere risolti altrimenti – ad esempio con il supporto sociale o economico. Questo è un aspetto di ciò che si definisce 'medicalizzazione'. Facciamo un esempio provocatorio: un migrante che approda su un barcone di fortuna alla costa italiana, senza più famiglia, disperato, senza lavoro e nessun piano per il futuro – dovremmo dire che ha un problema sanitario, dato che tutti gli aspetti menzionati fanno parte del concetto di salute? E che quindi va preso in carico da un ospedale o dalla salute pubblica? Secondo Callahan – opinione che qui sottoscrivo – un concetto così ampio di salute «ha l'effetto pratico di confondere i confini dell'autorità e della responsabilità. Se tutti i problemi, politici, economici e sociali, si riducono a questioni di "salute", allora non c'è più modo di stabilire chi debba essere responsabile di cosa».

In sostanza, per dare attenzione a un'ampia gamma di determinanti e di fattori che influenzano la salute, dal reddito all'etnia, dal genere all'istruzione, non occorre renderli parte del concetto di salute. Compiendo tale scelta, infatti, si estende l'ambito medico e sanitario a tutta la vita umana e, simmetricamente, si attribuisce a medicina e sanità le responsabilità che sono proprie di altre istituzioni – responsabilità che sono essenzialmente politiche. Questo è il lato oscuro dell'affascinante olistico della salute.

Ma c'è di più, nel lato oscuro. Se la salute è tutto ciò che è buono per noi, a livello personale essa diventa un obbligo morale, è la "tirannia della salute", secondo Callahan:

«quando si trattano tutti i problemi umani - guerra, crimine, disordini sociali - come forme di malattia, allora si trasforma la salute in un concetto normativo, quello che gli esseri umani devono e dovrebbero avere se vogliono vivere in pace con se stessi e con gli altri. La salute non è più una scelta, ma la chiave d'oro per alleviare la miseria umana. Dobbiamo stare bene o periremo tutti. La 'salute' può e deve essere imposta; non c'è spazio per il lusso della libertà quando c'è così tanto in gioco»¹⁷.

Un altro modo di formulare questa obiezione al concetto olistico di salute è chiedersi in che rapporto sia la salute con lo scopo della vita. Se la salute è non solo assenza di malattia, ma completo benessere fisico, mentale, sociale e spirituale, la salute è lo scopo della vita: a che cos'altro

potremmo aspirare? Pensiamo a una qualsiasi ragione per cui valga la pena vivere: troveremo che quasi tutte ricadono sotto questa magica definizione – soprattutto prima di avere specificato che cosa sia il benessere. Ma anche senza essere radicalmente libertari e individualistici, si può rivendicare la possibilità e l'opportunità di avere altri valori e altri scopi nella vita, diversi dalla salute personale e anche da quella pubblica. Nei termini della filosofia della medicina Elseljin Kingma, il concetto di salute come completo benessere rende logicamente impossibile farlo:

«Ciò significa che se decido – ad esempio – di essere non in forma, in sovrappeso, sedentaria e sovraccaricata per perseguire la mia arte, la mia filosofia o un altro dei miei altri progetti terreni o spirituali che ritengo costituiscano la 'buona vita' per me, allora o mi sbaglio su ciò che contribuisce al mio benessere, o non sacrifico la mia salute. Allo stesso modo, se consumo regolarmente troppo alcol o mi abbuffo di cibi non proprio salutari con l'obiettivo di divertirmi, o decido di trasferirmi in una città con una qualità dell'aria peggiore – il che peggiorerà la mia asma – per cercare di un lavoro meglio retribuito e più soddisfacente, o non sacrifico la mia salute, oppure mi sbaglio sul fatto che queste decisioni migliorino il mio benessere. Ma, almeno in apparenza, sembra plausibile che si possa sacrificare la propria salute per perseguire altre cose importanti per noi. Sembra anche paternalistico e decisamente poco plausibile pensare che tutto ciò a cui dovremmo aspirare nella vita sia la salute»¹⁸.

Chi difende il concetto di salute come completo benessere potrebbe rispondere in due modi, spiega Kingma. Potrebbe dire prima di tutto che gli esempi proposti sono casi in cui si sacrifica una dimensione della salute, quella fisica, rispetto ad altre, quelle che vanno sotto la rubrica del benessere; quindi, non c'è alcun problema logico. Ma non è una risposta convincente: allora perché non distinguere direttamente salute e benessere? Oppure il difensore del concetto olistico potrebbe tenere fermo questo punto: non si può sacrificare la salute per il benessere, dato che sono la stessa cosa, ma in molti casi noi ci inganniamo su che cosa sia bene per noi – come in quelli di Kingma – e quindi ci sembra che salute e benessere divergano. Chi smette di fare attività fisica per lavorare non sta cioè sacrificando la salute per un altro scopo nella vita, sta sbagliando sugli scopi della vita. Questo può anche essere vero nello specifico, ma certamente è controverso. Dunque,

non c'è modo di evitare l'implausibile conclusione che la salute sia lo scopo della vita e che si possa razionalmente sacrificare la salute per altri beni, se adottiamo il concetto olistico dell'Oms.

A questo punto occorre menzionare una recente proposta di modifica della definizione dell'Oms, che salta a piè pari il problema del paternalismo, identificando la salute con il benessere individuato dalle preferenze della persona singola. Con questa modifica è ovvio che nessuno potrebbe obiettare che la salute diventi lo scopo della vita, perché si tratta di uno scopo personalizzato, diverso per ciascuno. Ecco la definizione:

«uno stato olistico di benessere fisico, mentale, emotivo e sociale, supportato da un sistema integrato e tecnologicamente sofisticato di fornitura di assistenza sanitaria, concepito per soddisfare la totalità delle esigenze mediche del paziente, compresa la prevenzione delle malattie e la gestione delle condizioni indesiderate, delle comorbidità, delle complicanze e delle circostanze uniche del paziente»¹⁹.

Gli autori presentano questo concetto di salute ragionando di riforma del sistema sanitario americano. Semplificando, nella situazione attuale c'è un ingente impiego di risorse, ma nessuno è soddisfatto; se la salute è definita da ciò che ognuno vuole – gli *outcome* sono soggettivi e anche la loro valutazione - allora possiamo avere un facile riscontro del successo o dell'insuccesso di un intervento caso per caso, e adeguare l'offerta di salute alla domanda. La proposta sembra coerente, ma rimanda a una domanda importante, che è impossibile affrontare in questa sede: quale sistema sanitario potrebbe garantire il diritto di tutti a questa salute, quello sancito nell'articolo 32 della nostra Costituzione? Se il completo benessere dell'Oms è alla fine paternalistico, quello personalizzato fa diventare la salute un prodotto di mercato.

5. CONCLUSIONI: DIFFERENZIARE GLI STRUMENTI PER UN LAVORO COMPLESSO

Concludiamo così la nostra valutazione della salute come completo benessere con un equilibrio precario, in cui il concetto dell'Oms ha un vantaggio istituzionale e motivazionale, come si è detto, ma è filosoficamente ed eticamente poco difendibile, oltre che poco pratico rispetto alla misurazione della salute. La salute contribuisce al benessere e probabilmente anche viceversa – a seconda di come quest'ultimo si intenda – ma identificarli costa più di quanto possa apparire.

Il punto generale è che concetti e le scale di misurazione di concetti astratti come quello di salute sono strumenti, come si è ricordato: servono a determinati scopi, possono essere meno adatti ad altri, come la forbice da carta e quella da giardino, la sedia da picnic e quella da lettura. Chi lavora nella ricerca medica e nelle professioni sanitarie può e deve conoscere, oltre al proprio ambito di *expertise* applicata, anche gli strumenti concettuali e le loro caratteristiche, al di là degli slogan, per scegliere quelli più adatti e soprattutto per capire meglio ciò che viene proposto. Per chiarire il punto, presentiamo rapidamente altri tre concetti di salute che servono ad altri scopi, e sono quindi alternativi rispetto a quello di completo benessere dell'Oms. Il primo è la salute come assenza di malattia, o concetto minimale. Il Sistema sanitario universalistico non può garantire a tutti il completo benessere psicologico, sociale e spirituale, ma solo l'assenza di malattia, ed è già un compito tanto nobile quanto gravoso; probabilmente non vorremmo nemmeno, ho suggerito nella sezione precedente, che fosse la sanità a renderci felici. Quando difendiamo il diritto alla salute o cerchiamo di comprendere e combattere le disuguaglianze di salute, usiamo questo concetto minimale²⁰. Una seconda alternativa è la salute come capacità di adattamento e autogestione, proposta da un gruppo di ricercatori dei Paesi Bassi nel 2011 e da allora molto usato nei contesti di ricerca e policy che riguardano le popolazioni anziane e con malattie croniche²¹.

In questo caso ciò che rende la persona più o meno in salute è il tipo di azioni che può compiere e di obiettivi che può raggiungere (ad esempio, leggere o camminare, fare la spesa e lavarsi, imparare qualcosa di nuovo, prepararsi un pasto) indipendentemente dalla situazione clinica, come anche da quella sociale. Infine, c'è l'approccio One Health, ovvero un modello di salute che include le condizioni climatiche e quelle delle specie non umane, e si applica ad esempio per comprendere e agire sullo sviluppo delle malattie zoonotiche o quelle a vettore animale. La One Health non misura la salute di una persona, ma quello di un ambiente e permette di mostrare le correlazioni tra variabili all'interfaccia tra le scienze del clima, la zoologia, la botanica e la medicina²².

Qual è il concetto 'giusto'? Non è utile usare lo stesso strumento per tutti gli scopi. Ci serviva l'approccio One Health per capire la genesi della pandemia da Covid-19; tuttavia durante

la pandemia, le nostre autorità sanitarie si preoccupavano (come forse tutti noi) della salute come assenza di malattia o di rischio sociale; in parte a scapito del benessere sociale e psicologico, data l'urgenza della minaccia – benessere psicologico che invece è al centro degli interventi ora. Imparare a leggere quale 'salute' ci viene proposta e a capire quale salute vogliamo o possiamo aiutare a mantenere è un vantaggio epistemico e pratico.

NOTE

1. Elisabetta Lalumera, "Conceptual engineering of medical concepts", *In M. G. Isaac & K. Scharp (Eds.), New Perspectives on Conceptual Engineering (Vol. 3)*. Springer, in stampa.

2. Questo testo è parzialmente tratto dal capitolo 5 di Elisabetta Lalumera, *Stare bene. Un'analisi filosofica*, Bologna: il Mulino, 2023.

3. Per una rassegna cronologica rimando a John Catford, "Ottawa 1986: back to the future", *Health Promotion International* 26, fasc. suppl_2 (1 dicembre 2011): ii163–67, <https://doi.org/10.1093/heapro/dar081>.

4. Sean A. Valles, *Philosophy of Population Health: Philosophy for a New Public Health Era* Routledge, 2018.

5. "Constitution of the World Health Organization", consultato 12 marzo 2023, <https://www.who.int/about/governance/constitution>., traduzione mia.

6. Daniel Callahan, "The WHO definition of 'health'", *Studies - Hastings Center* 1 (1 febbraio 1973): 77–88, <https://doi.org/10.2307/3527467>., pag.79-80, traduzione mia.

7. OHCHR, *Universal Declaration of Human Rights - Italian*, OHCHR, consultato 12 marzo 2023, <https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/italian>., traduzione mia.

8. Richard Smith, "In Search of 'Non-Disease'", *BMJ* 324, fasc. 7342 (13 aprile 2002): 883–85, <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7342.883>., p. 884, traduzione mia.

9. James S. Larson, "The Conceptualization of Health", *Medical Care Research and Review* 56, fasc. 2 (1 giugno 1999): 123–36, <https://doi.org/10.1177/107755879905600201>.

10. Rodolfo Saracci, "Re: How Should We Define Health?", 12 marzo 2023, <https://www.bmj.com/rapid-response/2011/11/03/re-how-should-we-define-health>.

11. Abraham H. Maslow, *Toward a psychology of being*, 2nd ed, *Toward a psychology of being*, 2nd ed Oxford, England: D. Van Nostrand, 1968.

12. Mahbuba Choudhury e Saiji Nageswaran, "Defining Health: An Unnecessary Endeavour?", 12 marzo 2023, <https://www.bmj.com/rapid-response/2011/11/03/defining-health-unnecessary-endeavour>.

13. Madeleine M. Leininger, *Care: The Essence of Nursing and Health*, Wayne State University Press, 1988.

14. J E Ware et al., "Choosing measures of health status for individuals in general populations", *American Journal of Public Health* 71, fasc. 6 (giugno 1981): 620–25, <https://doi.org/10.2105/AJPH.71.6.620>.

15. Sean A. Valles, *Philosophy of Population Health*, p. 67, traduzione mia.

16. Daniel Callahan, "The WHO definition of 'health'", p. 82, traduzione mia.

17. Daniel Callahan., p. 83, traduzione mia.

18. Elisabeth Kingma, "Contemporary Accounts of Health", in *Health: A History*, a c. di Peter Adamson, Oxford University Press, 2019., p. 645, traduzione mia.

19. Ido Badash et al., "Redefining Health: The Evolution of Health Ideas from Antiquity to the Era of Value-Based Care", *Cureus* 9, fasc. 2: e1018, consultato 20 febbraio 2023, <https://doi.org/10.7759/cureus.1018>., p. 7, traduzione mia.

20. Si veda Lalumera, *Stare bene. Un'analisi filosofica*, capitolo 2, per il concetto minimale.

21. Machteld Huber et al., "How Should We Define Health?", *BMJ* 343 (26 luglio 2011): d4163, <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>.

22. J. Zinsstag et al., "From 'One Medicine' to 'One Health' and Systemic Approaches to Health and Well-Being", *Preventive Veterinary Medicine* 101, fasc. 3 (1 settembre 2011): 148–56, <https://doi.org/10.1016/j.pvetmed.2010.07.003>.

23. Maria Cristina Amoretti e Elisabetta Lalumera, "The Concept of Disease in the Time of COVID-19", *Theoretical Medicine and Bioethics* 41, fasc. 5 (1 dicembre 2020): 203–21, <https://doi.org/10.1007/s11017-021-09540-5>.

Perché la salute
non è completo
benessere

Volume 8 ■ 2023

theFuture
ofScience
andEthics

45