

Comprendere il “perché” dell’atto medico

Salute e malattia tra biologia e giudizi valoriali

di Maria Cristina Amoretti

Abstract: L'articolo analizza i concetti di malattia, salute, autonomia e prevenzione per chiarire le finalità dell'atto medico. Si sostiene che la malattia, pur essendo identificata con una disfunzione biologica, implica soglie valutative, mentre la salute è un concetto pluralistico, non riducibile né al benessere né alla mera assenza di patologia. L'atto medico integra così funzioni terapeutiche, riabilitative, preventive ed epistemiche, includendo anche la dimensione diagnostica e la gestione del rischio.

Introduzione

L'attuale definizione di “atto medico” condivisa dall'Unione Europea dei Medici Specialisti (UEMS 2009) circoscrive le sue finalità nel modo seguente: «L'atto medico comprende tutte le azioni professionali [...] svolte per promuovere la salute e la funzionalità (autonomia), prevenire le malattie, fornire assistenza diagnostica o terapeutica e riabilitativa».

Per comprendere il “perché” dell'atto medico è dunque necessario riflettere sul significato di alcuni termini chiave – quali “malattia”, “salute”, “autonomia” e “prevenzione” – che non sono

tuttavia puramente descrittivi, ma anche, come avremo modo di vedere, normativi e contestuali. Ne consegue che non esiste una loro definizione univoca e universalmente condivisa, che il loro significato dipende dal contesto in cui vengono utilizzati e che comportano importanti implicazioni etiche, sociali e politiche. Essi figurano, non a caso, tra i concetti più complessi e controversi della riflessione filosofica contemporanea sulla medicina. Una definizione di atto medico che vi faccia riferimento senza chiarirne almeno in parte il significato rischia pertanto di risultare semanticamente indeterminata. L'obiettivo di questo contributo è dunque offrire una breve chiarificazione concettuale di tali nozioni.

1. Il concetto di malattia tra biologia e valori

Il dibattito filosofico contemporaneo sul concetto di malattia è spesso descritto nei termini di due correnti a confronto (Amoretti 2015). Da una parte, i “naturalisti” considerano la malattia come qualcosa di “reale” e oggettivo, ovvero come un “fatto” del corpo umano che può essere scoperto, descritto e studiato con i mezzi empirici della scienza medica. Dall'altra, i “normativisti” considerano invece la malattia come qualcosa di intrinsecamente negativo (*a bad thing to have*), ovvero come qualcosa che coinvolge un giudizio normativo e valoriale che dipende in modo costitutivo da ciò che una certa cultura o gruppo sociale valuta sfavorevolmente.

La medicina scientifica contemporanea si fonda in larga misura su una concezione naturalista della malattia, che viene generalmente identificata con un'alterazione della struttura o del funzionamento di una qualche parte dell'organismo. La malattia può

dunque essere descritta e analizzata attraverso gli strumenti della fisiologia, della patologia e delle scienze biomediche. In questo senso, il concetto di malattia è strettamente legato alla nozione di disfunzione biologica (Boorse 1977).

Questa impostazione ha avuto un ruolo fondamentale nello sviluppo della medicina moderna, permettendo di comprendere i meccanismi patogenetici di molte condizioni morbose e di sviluppare interventi diagnostici e terapeutici sempre più efficaci. Tuttavia, l'applicazione concreta del concetto di malattia nella pratica clinica mostra come la distinzione tra funzionamento normale e patologico non possa essere determinata soltanto sulla base di criteri puramente biologici o descrittivi.

Molti autori hanno così elaborato delle teorie della malattia cosiddette “ibride”, identificando la malattia con una disfunzione dannosa (*harmful dysfunction*), ovvero con una disfunzione biologica giudicata negativamente – valutata cioè come dannosa – a livello sociale e culturale. Questa mossa rende di fatto la malattia una nozione non più esclusivamente naturalista, ma anche costitutivamente normativa (Wakefield 1992). In tal caso, si presenta però la difficoltà di definire e operazionalizzare in modo preciso e non ambiguo la nozione di “danno” (Amoretti, Lalumera 2019).

Altri autori condividono invece l'intuizione naturalista secondo cui la malattia sia semplicemente una disfunzione biologica, ma riconoscono altresì come la distinzione tra basso funzionamento (che si configura ancora come normalità) e disfunzione (anormalità) non sia netta, né identificabile senza far riferimento a considerazioni valoriali (Amoretti, Lalumera 2022). In tal caso non è la nozione di malattia a essere costitutivamente normativa, bensì la sua operazionalizzazione – o meglio, l'operazionalizzazione del concetto di disfunzione.

Ciò risulta particolarmente evidente non solo nel caso di malattie legate a numerosi parametri fisiologici come la pressione arteriosa, il *Body Mass Index (BMI)*, i livelli di glicemia o alcuni indicatori metabolici, ma anche nel caso dei tumori o dei disturbi mentali. In questi casi la medicina definisce soglie oltre le quali una determinata condizione viene considerata clinicamente significativa. La determinazione di tali soglie non dipende soltanto da dati biologici, ma implica anche valutazioni relative al rischio, alla probabilità di sviluppare complicazioni, all'impatto sulla qualità della vita e alle possibilità di intervento terapeutico, benefici attesi e impatto sulla vita dei pazienti. In altre parole, la definizione della disfunzione clinicamente significativa – e, dunque, il concetto di malattia – resta saldamente ancorato alla conoscenza biologica e fisiopatologica, ma l'individuazione delle condizioni che richiedono una diagnosi e, eventualmente, un intervento medico implica inevitabilmente anche decisioni di carattere pragmatico e valutativo condivise dalla comunità medica.

Questa concettualizzazione della malattia nei termini di disfunzione clinicamente significativa si può adattare anche al caso dei disturbi mentali. A differenza delle condizioni somatiche, che sono classificate in termini eziologici o fisiopatologici, i disturbi mentali sono attualmente classificati prevalentemente in termini sintomatici. Più nello specifico, essi sono definiti come delle sindromi, che sono costituite da *pattern* ricorrenti di esperienze soggettive e comportamenti osservabili (sintomi e segni), anziché sulla base di meccanismi eziologici o fisiopatologici chiaramente identificati. Tuttavia, ciò non implica che il concetto di disturbo mentale sia puramente descrittivo o convenzionale. Infatti, la definizione generale di disturbo mentale, presente nell'*Introduzione del Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali* dell'American Psychiatric Association (APA 2022), richiede esplicitamente che le sindromi

siano espressione di una sottostante disfunzione nei processi psicologici, biologici o evolutivi dell'individuo.

In questo senso, anche nei contesti in cui la classificazione è sintomatica, il riferimento alla disfunzione rimane centrale, sebbene spesso non direttamente osservabile o completamente spiegato sul piano della ricerca medica. Inoltre, analogamente a quanto avviene per molte condizioni somatiche, anche nel caso dei disturbi mentali la distinzione tra basso funzionamento (normalità) e disfunzione (anormalità) non può prescindere da considerazioni valoriali. Ne consegue che il concetto generale di malattia conserva, anche nel caso del disturbo mentale, una duplice dimensione: da un lato, il riferimento a una disfunzione sottostante, coerente con l'impostazione biologica della medicina; dall'altro, la necessità di fare riferimento a dei criteri valutativi per stabilire dove fissare la soglia in cui si può parlare effettivamente di disfunzione clinicamente rilevante (anziché di basso funzionamento).

2. La pluralità del concetto di salute

Nel contesto delle scienze biomediche, il concetto di salute presenta un'ampia pluralità di significati. Questa pluralità non è semplicemente il risultato di una mancanza di accordo teorico, ma riflette la varietà degli scopi della medicina contemporanea. Come è stato osservato nella riflessione filosofica recente, infatti, i diversi concetti di salute utilizzati nella pratica clinica, nella ricerca clinica, preclinica ed epidemiologica nonché nelle diverse politiche sanitarie rispondono a funzioni differenti tra cui: descrivere lo stato dell'organismo, valutare l'impatto delle condizioni patologiche sulla vita delle persone e sulle popolazioni, orientare le decisioni terapeutiche, stimare i benefici degli interventi sanitari.

Molte definizioni istituzionali si rifanno alla celebre definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, secondo cui la salute è uno «stato di completo benessere fisico, mentale e sociale» (WHO 1948). Questa definizione ha avuto una grande influenza, perché ha contribuito non solo a superare una visione puramente biologica della medicina, ma anche a estendere la sfera di intervento delle politiche dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Tuttavia, essa è stata altresì oggetto di numerose critiche. Da una parte, identificare la salute con una condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale rende estremamente difficile individuare un confine operativo tra salute e malattia, poiché un simile benessere rappresenta una condizione irraggiungibile. Dall'altra, la definizione tende a confondere il concetto di salute con una nozione molto più ampia di benessere complessivo, rischiando così di trasformare quasi ogni individuo in un potenziale malato. In questo modo, si espone al rischio di favorire nuove forme di medicalizzazione, estendendo indefinitamente il campo della medicina a problemi sociali, relazionali o esistenziali (Amoretti 2015).

Per queste ragioni, una definizione operativa dell'atto medico dovrebbe evitare di identificare la salute con il completo benessere della persona. Il benessere, infatti, è un concetto difficilmente delimitabile e comunque ben più ampio rispetto a ciò che può essere considerato propriamente oggetto dell'intervento medico.

Un'altra concezione, più restrittiva e ampiamente diffusa nella pratica medica, identifica la salute con l'assenza di malattia. Si tratta di una prospettiva che non solo è coerente con la concezione biologica della malattia discussa nella sezione precedente, ma che è stata anche fondamentale per il passaggio dalla medicina intesa come arte della cura alla medicina intesa come scienza del corpo umano. Poiché in questo caso la salute è intesa come nor-

malità clinica determinata sulla base della migliore medicina di cui attualmente disponiamo – ovvero coincide con il non avere patologie che possano essere identificate da specialisti diversi – promuovere la salute significa principalmente prevenire l'insorgenza della malattia o limitarne la diffusione, oppure, nel caso delle patologie acute, significa curare la malattia, eliminarla e ripristinare così la normalità clinica. L'idea di salute come assenza di malattia appare inoltre coerente con una concezione minimale del diritto alla salute, inteso come diritto alla “salute giusta”, ovvero alla protezione dalle malattie fisiche e mentali, nonché all'accesso alle eventuali cure necessarie (Daniels 2008).

Tuttavia, lo sviluppo della medicina contemporanea – e in particolare la crescente rilevanza delle malattie croniche, delle condizioni di disabilità e dei disturbi mentali – ha mostrato i limiti di questa interpretazione. In molti casi, infatti, la presenza di una condizione patologica non esaurisce la valutazione dello stato di salute di una persona, poiché non esclude la possibilità che individui affetti da una qualche patologia mantengano comunque livelli significativi di funzionamento e di partecipazione alla vita sociale. In questi contesti, la promozione della salute non consiste tanto nella cura e nell'eliminazione di una patologia acuta, quanto piuttosto nel miglioramento o nel mantenimento dell'autonomia funzionale della persona. La medicina riabilitativa, la geriatria, la gestione delle cronicità e delle disabilità, nonché numerosi ambiti della salute mentale operano precisamente in questa prospettiva.

Un'idea analoga è presente anche nell'*International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF), che, distinguendo tra condizioni patologiche e livelli di funzionamento, interpreta la disabilità non come una semplice proprietà dell'individuo, ma come il risultato dell'interazione tra fattori biologici, sociali e ambientali. In questa prospettiva, la salute non può essere iden-

tificata né con uno stato di completo benessere né con la mera assenza di malattia, ma deve essere valutata in relazione al livello di funzionamento che una persona è in grado di esprimere nel proprio contesto di vita, sociale e ambientale. Tale funzionamento dipende infatti non solo dalle capacità intrinseche dell'individuo, ma anche dalle caratteristiche dell'ambiente, che possono facilitare o ostacolare la sua performance, ovvero la sua capacità reale di agire e di partecipare alla vita sociale.

Per questa ragione, la filosofia della medicina contemporanea ha sviluppato modelli della salute che mettono al centro della definizione, da una parte, la capacità della persona di fare ciò che per lei è normale, vitale o importante, oppure, dall'altra, la relazione tra individuo e ambiente.

Una prima linea teorica interpreta la salute in termini di capacità. In una delle sue formulazioni più influenti, una persona è sana nella misura in cui ha la capacità di secondo ordine di fare ciò che è necessario per realizzare i propri "scopi vitali" in circostanze standard, cioè la capacità di imparare a svolgere quelle azioni che considera essenziali per raggiungere la propria felicità minima (Nordenfelt 1987). Senza entrare in dettagli troppo filosofici, la salute non coincide qui con l'assenza di malattia, bensì con la capacità effettiva di agire e di condurre una vita significativa per l'individuo. Ritornare alla salute significa dunque poter tornare a fare ciò che è necessario compiere per raggiungere i propri scopi vitali. Questa concezione consente di includere tra le persone "in buona salute" anche individui affetti da condizioni patologiche, purché tali condizioni non compromettano in modo rilevante la loro capacità di funzionare efficacemente in vari contesti per raggiungere i propri scopi vitali. Essa risulta così particolarmente adatta ai contesti della medicina riabilitativa, della disabilità, delle malattie croniche e dei disturbi mentali, dove l'obiettivo

dell'intervento medico è spesso quello di sostenere o recuperare capacità funzionali piuttosto che curare ed eliminare la patologia. Esempio a questo proposito è la caratterizzazione dell'invecchiamento sano (*healthy ageing*) fornita dall'OMS: «processo di sviluppo e mantenimento delle abilità funzionali che consentono il benessere in età avanzata» (WHO 2020).

Una seconda linea teorica interpreta invece la salute come capacità di adattamento e di equilibrio con l'ambiente. In questo contesto, essere in salute significa essere in grado di adattarsi alle possibili circostanze avverse, ripristinando una “nuova norma” (Canguilhem 1966). Le circostanze avverse possono essere sia esogene, provenienti dall'ambiente esterno (sociale e naturale), sia endogene, provenienti dalla propria situazione fisiopatologica e psicologica. In una simile prospettiva, acquistano dunque centralità nozioni come quelle di adattamento, autogestione e resilienza, mentre resta possibile parlare di salute anche in presenza di una qualche condizione patologica. La salute, infatti, è intesa come un processo dinamico, che consiste nella capacità dell'individuo di mantenere un equilibrio funzionale e di autogestirsi anche in condizioni avverse, come appunto possono essere le condizioni di malattia.

Questa prospettiva, sviluppata in ambito clinico, di sanità pubblica e di medicina preventiva, ha il vantaggio di cogliere la dimensione dinamica della salute e potrebbe contribuire, in alcuni contesti, a limitare il fenomeno della cosiddetta “troppa medicina” (*too much medicine*), soprattutto in contesti come la disabilità e l'invecchiamento. Tuttavia, una definizione della salute centrata esclusivamente sull'adattamento rischia altresì di sovrapporre salute e resilienza individuale, trascurando il ruolo delle condizioni sociali e ambientali, nonché introducendo forme problematiche di responsabilizzazione del paziente rispetto al suo stesso stato di salute.

Nel loro insieme, le considerazioni di cui sopra suggeriscono come il concetto di salute non possa essere considerato in modo univoco, ma debba essere inteso piuttosto in senso pluralista, declinandolo in relazione ai vari scopi della pratica medica. In particolare, nella definizione dell'atto medico, la promozione della salute dovrebbe essere intesa non solo come prevenzione della malattia (attraverso interventi volti a evitare l'insorgenza delle malattie, individuarle precocemente o ridurne l'impatto, agendo soprattutto su persone sane o a rischio), cura della malattia (attraverso specifici percorsi terapeutici volti a eliminare la malattia, laddove sia presente), ma anche come sostegno alla capacità delle persone di mantenere, migliorare o recuperare livelli adeguati di autonomia funzionale (attraverso diverse strategie riabilitative e favorendo la resilienza individuale, nel caso di cronicità e disabilità).

3. Autonomia funzionale

Il riferimento all'autonomia nella definizione dell'atto medico richiede una particolare attenzione, poiché il concetto, avulso dal contesto, potrebbe essere interpretato in almeno due sensi distinti.

In un primo senso, che è quello che traspare dalla definizione, l'autonomia può essere intesa nei termini di autonomia "funzionale". In tal caso si riferisce alla capacità della persona di svolgere attività significative, di condurre la propria vita quotidiana e di mantenere una vita indipendente. Come abbiamo visto, tale nozione cattura una dimensione della salute (o un modo particolare di concettualizzare la salute), ovvero quella di salute come capacità, ed è centrale in molti ambiti della medicina contem-

poranea, come la geriatria, la medicina riabilitativa, la gestione delle malattie croniche, la disabilità e la salute mentale. In questi contesti, come abbiamo già avuto modo di rilevare, l’obiettivo dell’intervento medico non è infatti l’eliminazione della malattia, bensì il preservare, recuperare o migliorare la capacità funzionale della persona, ovvero un adeguato livello di indipendenza e di partecipazione sociale.

Il concetto di autonomia, tuttavia, può essere utilizzato anche in un secondo senso, ovvero in quello di autonomia “decisionale”, un senso che è particolarmente rilevante nel contesto della bioetica e in ambito giuridico. In questo caso, l’autonomia si riferisce alla capacità del paziente di partecipare alle decisioni riguardanti il proprio trattamento e trova espressione nel principio del consenso informato. Essa rappresenta dunque un principio fondamentale dell’etica medica contemporanea e costituisce una condizione essenziale della legittimità dell’intervento medico.

È importante, quindi, distinguere chiaramente tra questi due possibili significati del termine e avere ben chiaro che l’autonomia funzionale riguarda uno degli obiettivi principali dell’atto medico, mentre l’autonomia decisionale definisce il quadro etico e giuridico entro cui tale atto deve essere esercitato.

4. Prevenzione

La definizione di atto medico include tra le sue finalità anche la prevenzione delle malattie. Nella medicina contemporanea questo ambito ha assunto un’importanza crescente, grazie allo sviluppo dell’epidemiologia, della medicina preventiva e delle numerose strategie di sanità pubblica.

La prevenzione si riferisce generalmente agli interventi volti a ridurre la probabilità di insorgenza di una malattia, o a limitarne le conseguenze attraverso l'identificazione dei fattori di rischio, oppure, ancora, a formulare una diagnosi precoce che consenta un intervento tempestivo. Essa comprende tradizionalmente diversi livelli.

La prevenzione primaria interviene prima che la malattia si manifesti, mirando proprio a evitare o ridurre il rischio dell'insorgenza della malattia stessa. Sono esempi di prevenzione primaria le campagne vaccinali, la promozione di stili di vita sani (alimentazione, attività fisica, ecc.) e la riduzione dei fattori di rischio (fumo, inquinamento, ecc.). La prevenzione secondaria si ha invece nelle fasi iniziali della malattia, spesso quando è ancora asintomatica e ha come obiettivo la diagnosi precoce. Alcuni esempi in tal senso sono gli esami di *screening* (mammografia, PAP test, ricerca di sangue occulto nelle feci, ecc.) nonché gli specifici controlli periodici per i soggetti a rischio.

Emerge qui in modo evidente come la malattia sia intesa in senso biologico, come una disfunzione, che può essere presente anche se il soggetto non ha (ancora) alcun sintomo a livello personale e fenomenologico. La prevenzione terziaria, inoltre, agisce quando la malattia è già presente e si pone come obiettivo la riduzione delle complicazioni e il miglioramento della vita quotidiana. Se il concetto di malattia che è sullo sfondo dei primi due casi di prevenzione è quello di salute come assenza di malattia, in questo terzo caso si fanno strada i concetti di salute come capacità di agire per raggiungere determinati scopi vitali, nonché di salute come capacità di adattarsi all'ambiente. Oggi, infine, si parla anche di prevenzione quaternaria, che si riferisce al bisogno di evitare di sottoporre gli individui a esami inutili, nonché di limitare il numero di sovradiagnosi e di trattamenti medici non necessari.

L'espansione delle pratiche preventive ha infatti ampliato il campo della medicina, includendo tra i pazienti anche soggetti che non presentano alcuna patologia (o, perlomeno, alcun sintomo a livello personale e fenomenologico), ma che vengono considerati essere esposti a un maggiore rischio di svilupparla (o di averla già sviluppata sebbene in forma ancora latente). Tuttavia, questa estensione della prevenzione ha sollevato negli ultimi decenni alcune questioni concettuali ed etiche assai rilevanti, che hanno come oggetto la cosiddetta dinamica della “medicalizzazione”. Con questo termine si indica il processo attraverso cui condizioni della vita quotidiana, variazioni fisiologiche o fattori di rischio vengono progressivamente interpretati e gestiti come problemi di natura medica. La prevenzione rappresenta uno dei possibili motori di questo processo, poiché l'identificazione e la gestione dei fattori di rischio comportano spesso l'intervento medico su popolazioni che si percepiscono come sane, o che possono essere considerate tali, soprattutto se si adottano le concezioni della salute come capacità di agire o di adattarsi.

A questo proposito è stato frequentemente richiamato il cosiddetto “paradosso della prevenzione”. Molti interventi preventivi producono benefici rilevanti a livello di popolazione, ma comportano vantaggi molto limitati per il singolo individuo. Ciò significa che un gran numero di persone deve sottoporsi a controlli, trattamenti o modifiche dello stile di vita affinché un numero relativamente ridotto di casi di malattia possa essere evitato (Stegenga 2018).

Queste considerazioni non mettono ovviamente in discussione l'importanza della prevenzione, che rimane uno degli strumenti più efficaci per migliorare la salute pubblica e dei singoli individui. Esse suggeriscono, tuttavia, che l'estensione delle pratiche

preventive richiede una costante attenzione ai criteri di proporzionalità, appropriatezza ed evidenza scientifica, al fine di evitare forme di medicalizzazione non giustificate.

Nel contesto della definizione di atto medico, ciò implica riconoscere che la prevenzione non coincide semplicemente con l'anticipazione della cura, ma rappresenta un ambito di intervento caratterizzato da specifiche sfide epistemiche ed etiche, legate alla gestione del rischio e alla valutazione dell'equilibrio tra benefici e possibili effetti indesiderati.

Conclusioni

L'analisi dei concetti di malattia, salute, autonomia e prevenzione consente di chiarire in modo più preciso il perché e le finalità dell'atto medico.

Il concetto di malattia, pur essendo fondato su basi biologiche, richiede l'introduzione di soglie cliniche che implicano valutazioni pragmatiche e valoriali. La medicina non si limita infatti a descrivere il funzionamento dell'organismo, ma deve stabilire quando una variazione biologica diventa clinicamente significativa e quando richiede un intervento medico. In questo senso, la pratica medica si colloca sempre all'intersezione tra conoscenza scientifica e giudizio valutativo.

Il concetto di salute, a sua volta, non può essere ridotto né al benessere complessivo né alla semplice assenza di malattia, ma deve essere inteso in modo pluralistico, tenendo conto dei diversi scopi della pratica medica. Questi non si esauriscono nella cura della malattia, attraverso interventi terapeutici, ma includono anche il mantenimento, il miglioramento e il ripristino dell'abilità funzionale, attraverso interventi riabilitativi, nonché la

prevenzione della malattia, attraverso interventi specificamente preventivi.

In questo quadro, l'autonomia funzionale rappresenta una dimensione centrale della salute e uno degli obiettivi principali dell'atto medico, soprattutto nei contesti della cronicità, della disabilità e della salute mentale. La prevenzione, dal canto suo, mostra come l'atto medico si estenda oltre la malattia manifesta, intervenendo nella gestione del rischio e contribuendo, al tempo stesso, a ridefinire i confini tra normalità e patologia. Essa rende particolarmente evidente il carattere normativo delle soglie cliniche e solleva questioni rilevanti relative alla proporzionalità e all'appropriatezza degli interventi.

A queste finalità si aggiunge una dimensione spesso meno esplicitata e discussa, ma altrettanto centrale, ovvero quella propriamente epistemica dell'atto medico, che si realizza nell'attività diagnostica. Fornire assistenza diagnostica non significa soltanto individuare una patologia, ma anche offrire al paziente una spiegazione dei sintomi che esperisce, riconducendoli a uno specifico quadro eziologico o fisiopatologico, oppure collocandoli all'interno di un quadro interpretativo coerente.

In molti casi, soprattutto nell'ambito dei disturbi mentali, dove le classificazioni sono ancora prevalentemente basate su criteri sintomatici piuttosto che eziologici o fisiopatologici, la diagnosi consiste infatti nel riconoscere e nominare una specifica configurazione di sintomi. Anche in assenza di una spiegazione causale pienamente sviluppata, questo processo ha comunque un valore epistemico rilevante: permette di rendere intelligibile l'esperienza del paziente, di orientare le scelte terapeutiche e di favorire forme di comprensione e accettazione della propria condizione.

La diagnosi, dunque, svolge primariamente una funzione co-

noscitiva e orientativa, non solo per il medico, ma anche per il paziente. Da una parte, permette al medico di ridurre l'incertezza e di porre le basi per successivi interventi terapeutici e/o riabilitativi; dall'altra, consente al paziente di comprendere ciò che accade al proprio corpo o alla propria mente, agevolando una più appropriata presa in carico della propria condizione. In tal modo è altresì possibile affermare che la funzione della diagnosi è sì primariamente conoscitiva, ma anche, allo stesso tempo, pratica e relazionale.

Per concludere, una definizione contemporanea di atto medico dovrebbe rendere esplicita questa pluralità di scopi e di concetti, evitando di ridurli a un'unica nozione di salute o di malattia.

Appendice: il perché e le finalità dell'atto medico

1. Finalità pratiche: promuovere la salute

Scopo	Concetto di salute	Tipo di intervento
Prevenzione delle malattie (acute e croniche)	Salute come assenza di malattia; salute come capacità di agire; salute come adattamento	Assistenza preventiva
Cura delle malattie (soprattutto acute)	Salute come assenza di malattia	Assistenza terapeutica
Mantenimento, ripristino e miglioramento dell'autonomia funzionale (malattie croniche, disturbi mentali, disabilità)	Salute come capacità di agire; salute come adattamento	Assistenza riabilitativa (e terapeutica in senso lato)

2. Finalità epistemiche

Scopo	Concetto di malattia	Tipo di intervento
Identificazione della diagnosi	Malattia come disfunzione clinicamente significativa	Assistenza diagnostica

Riferimenti bibliografici

- Amoretti M.C. (2015), *Filosofia e medicina. Pensare la salute e la malattia*, Carocci, Roma.
- Amoretti M.C., Lalumera E. (2019), *Harm Should Not Be a Necessary Criterion for Mental Disorder: Some Reflections on the Dsm-5 Definition of Mental Disorder*, in «Theoretical Medicine and Bioethics», 40, pp. 321-37.
- Eaed. (2022), *Wherein Is the Concept of Disease Normative? From Weak Normativity to Value-Conscious Naturalism*, in «Medicine, Health Care and Philosophy», 25, pp. 47-60.
- APA (2022), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision: Dsm-5-Tr*, American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Boorse C. (1977), *Heath as a Theoretical Concept*, in «Philosophy of Science», 44, pp. 542-73.
- Canguilhem G. (1966), *Le normal et le pathologique*, Presses Universitaires de France, Paris.
- Daniels N. (2008), *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, Cambridge University Press, Cambridge-New York.
- Nordenfelt L. (1987), *On the Nature of Health: An Action-Theoretic Approach*, Reidel, Dordrecht.
- Stegenga J. (2018), *Care and Cure: An Introduction to Philosophy of Medicine*, The University of Chicago Press, Chicago.
- UEMS (2009), *Union Européenne des Médecins Spécialistes, European Definition of the Medical Act*, <https://uems-prm.eu/wp-content/uploads/2011/05/1306.pdf>.

Wakefield J.C. (1992), *The Concept of Mental Disorder. On the Boundary between Biological Facts and Social Values*, in «American Psychologist», 47, pp. 373-88.

WHO (1948), World Health Organization, *Constitution*, in «Official Records of the World Health Organization», 2, p. 100 (rist. in Caplan A.L. et al. (eds.), *Concepts of health and disease: interdisciplinary perspectives*, Addison-Wesley, Reading, Mass, 1981).

WHO (2020), World Health Organization, *Healthy Ageing and Functional Ability*, <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing-and-functional-ability>.