

L'atto medico tra salute, malattia, autonomia e prevenzione

di Giuseppe Quintavalle e Dalila Ranalletta

Abstract: Il contributo esplora l'atto medico all'interno di una cornice multidisciplinare, evidenziando come salute, malattia, autonomia e prevenzione si interconnettano. Distingue tra malattia clinica, danno sanitario e prospettive penalistiche, e sostiene che l'atto medico debba promuovere una salute olistica, includendo prevenzione primaria, secondaria, terziaria e la recente prevenzione quaternaria. Sottolinea il ruolo dell'alleanza medico-paziente, dell'autodeterminazione e dei criteri bioetici e deontologici, in un contesto di *governance* sanitaria.

Introduzione

La definizione di atto medico comporta una preliminare riflessione sulla dimensione multidisciplinare del tema, che implica un'analisi che attraversa aspetti teorici, pratici, scientifici ed etici.

La parcellizzazione delle competenze mediche, motivata da ragioni economiche e di organizzazione sanitaria, comporta la necessità di individuare il punto di osservazione più adatto per impostare la riflessione sul significato e dunque sulla definizione dell'atto medico. In questa prospettiva, la formula dell'"alleanza medico-pa-

ziente” offre una utile chiave di lettura: la responsabilità della “cura” – intesa come prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione – deve integrarsi con l’approccio suggerito dalla medicina narrativa (Cannanzi 2023).

A ben riflettere, si tratta in fondo di privilegiare il concetto heideggeriano dell’aver cura per pervenire a una definizione di atto medico inteso proprio come “prendersi cura”, tenendo conto anche della dimensione sociale dell’attività sanitaria. In tale contesto, la posizione di garanzia del medico interviene come istituto diretto alla tutela del paziente di cui – alla luce dei più recenti indirizzi dottrinali e pronunce giurisprudenziali, all’interno della relazione terapeutica – deve comunque rispettare la libertà di scelta (Semerari 2022).

Questa cornice introduce due assi portanti della discussione: da un lato la necessità di una comprensione olistica della salute, che integri assenza di malattia con benessere fisico, mentale e sociale (Lalumera 2025); dall’altro la responsabilità normativa ed etica che grava sui professionisti sanitari nel garantire sia la tutela della vita sia l’autodeterminazione del paziente. Nel contesto della *governance* sanitaria, l’atto medico si presenta quindi come fulcro di una riflessione critica sui modelli di cura, sull’efficienza delle pratiche cliniche e sulla qualità della vita del singolo e della collettività.

1. Cura e autodeterminazione del paziente

In relazione al principio secondo cui il consenso informato legittima il trattamento sanitario esiste anche il diritto al rifiuto dei trattamenti nell’ambito del più ampio e inviolabile diritto alla libertà personale. Il fatto che il medico ricopra una posizione di garanzia nei confronti della vita e della salute non contrasta con

il rifiuto delle cure da parte di un paziente consapevole e debitamente informato sui rischi e sui benefici della proposta terapeutica (Italia 2017a). Guardando al quadro nel suo insieme, si può dire che si tratta di una più ampia e piena valorizzazione del rapporto medico-paziente: gli obblighi giuridici di cura del sanitario incontrano il limite invalicabile dell'autodeterminazione del paziente, senza che tale limite pregiudichi in alcun modo il valore e il significato giuridico autonomo del dovere di tutela della vita e della salute (Cupelli 2018).

Nondimeno, il peso della complessità decisionale che grava sul medico non è da sottovalutare: è necessario giungere a una sintesi delicata tra valutazioni scientifiche oggettive, dovere di curare, consenso informato, tutela della salute e libertà di autodeterminazione del paziente, anche quando ciò coinvolge il bene della vita. Da questa prospettiva si comprende come il concetto tradizionale di "alleanza terapeutica", per essere pienamente interpretato, debba essere integrato con ulteriori categorie concettuali di natura giuridica, ma anche bioetica e deontologica (Macellari 2025). L'atto medico pertanto risulta ormai fondato sull'alleanza terapeutica medico-paziente, la quale, partendo dalla dimensione teorica, si è progressivamente affermata nel bio-diritto. La dimensione bio-giuridica, formalizzando l'inviolabile diritto giuridico ed etico all'autodeterminazione, colloca il paziente al centro delle scelte assistenziali sanitarie che lo riguardano (Massaro 2025).

A fronte di tali riflessioni, che non intendono esaurire il complesso quadro concettuale nel quale si inserisce l'atto medico, non si può negare che, se da un lato la funzione della sanità è trasversalmente condivisa, non di meno le ragioni economiche e politiche comportano un inevitabile ridimensionamento dell'obiettivo di tutela globale del "bene salute". Ciò impone una giusta distanza emotiva di fronte all'inevitabile asimmetria tra modello e realtà.

In questa prospettiva, la definizione di “atto medico” può costituire la lente interpretativa attraverso cui leggere l'ampio contesto in cui si iscrive il modo di intendere la medicina.

2. Salute, benessere, malattia

Il concetto di salute, inteso in senso statico, è intuitivamente legato all'assenza di malattia: quando le funzioni normali dell'organismo sono compromesse, si è in uno stato di malattia, anche se la percezione soggettiva del benessere può coesistere con una situazione patologica. La definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità stabilisce invece che la salute è «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità» (WHO 1948). Non si tratta dunque di un'idea statica, ma di un concetto dinamico che descrive la salute come integrazione tra assenza di malattia e equilibrio vitale in cui l'individuo vive in armonia con se stesso e con gli altri nel quotidiano. Si tratta, inoltre, di un equilibrio attivo, che implica lo sviluppo del benessere fisico, mentale e sociale in una prospettiva olistica.

La domanda centrale è come concepire l'atto medico non solo per garantire l'assenza di malattia, ma soprattutto per interpretarne una valenza globale, in una dimensione olistica dell'intervento sanitario che promuova il benessere psicofisico dell'individuo (Gadamer 1994).

Nel nostro ordinamento, infatti, il concetto e la definizione di “malattia” non sono sempre coerenti con un'unica chiave interpretativa: dal punto di vista clinico la malattia è una compromissione temporanea o cronica dello stato di salute e dell'omeostasi; nella responsabilità sanitaria tale stato di alterazione della nor-

male funzionalità può essere valorizzato come “danno temporaneo alla salute”. Diversamente, nel contesto penalistico la malattia giuridicamente rilevante non richiede necessariamente lesioni anatomiche: può includere anche mere limitazioni funzionali apprezzabili ed evolutive, sufficienti a integrare l'ipotesi di reato.

A ben vedere, il comune denominatore del concetto di malattia nei vari contesti è comunque riconducibile alla qualità essenziale della salute e del benessere, intesa come qualità della vita in assenza di sofferenza fisica o psichica. In quest'ottica, il concetto di “salute e benessere” omnicomprendivo sul piano fisico, psichico e sociale, presenta variazioni dei caratteri di registro che, pur non alterando in modo significativo il comune denominatore di alterazione in *peius* della qualità della vita, comportano significati diversificati a seconda delle circostanze e dell'interlocutore. Si vede allora come la definizione di atto medico debba tener conto anche delle circostanze in cui viene invocato per farvi riferimento in casi di “malattia”, con l'obiettivo di pervenire a una auspicabile definizione univoca che prescinda dallo scenario in cui ci si cimenta.

La definizione di atto medico non può pertanto attestarsi su di una costruzione teorica, basata su concetti universali di carattere costitutivo astrattamente condivisibili (e condivisi), senza avvalersi di un inquadramento descrittivo che ne individui le peculiarità nell'ambito della promozione della salute intesa come benessere psicofisico e sociale. Peculiarità che contraddistinguono le prestazioni professionali innegabilmente dal punto di vista tecnico-scientifico ed etico-deontologico, ma che, nella gerarchia dei valori che promuovono, devono essere anche riconosciute come preminenti e fondative del mantenimento e miglioramento della salute, dunque della qualità della vita, del singolo e della collettività. In questo modo l'obiettivo viene spostato costantemente

sul ripensamento efficiente dell'insidioso comparto dell'organizzazione sanitaria nell'ambito della spesa pubblica (Italia 2017b).

3. Prevenzione

È innegabile che l'atto medico non rivesta un ruolo imprescindibile solo al fine della promozione e del mantenimento dell'equilibrio psico-fisico della persona, in quanto alle prestazioni mediche è demandata anche la "protezione" della salute (individuale e collettiva), attraverso l'analisi sistematica delle strategie da adottare e attuare per evitare il manifestarsi delle malattie, per ridurne le complicità e gli effetti (rispettivamente prevenzione primaria, secondaria e terziaria). In questo senso la multidimensionalità della prevenzione si arricchisce di competenze specifiche e sinergiche in tema di ambiente, educazione e ottimizzazione degli stili di vita, nonché di contrasto alle disuguaglianze, che integrano e condizionano le scelte in tema di politica sanitaria.

Nell'ottica della *governance* sanitaria, l'atto medico rappresenta dunque ancora una volta il pilastro della costruzione di politiche sanitarie efficaci in tema di prevenzione, integrando un intrascurabile valore socio-economico oltre che scientifico ed etico.

Nella storia dell'uomo (e della medicina) la prevenzione fa la sua comparsa molto lontano nel tempo. Viene in tal senso spesso ricordato che l'imperatore cinese Huang Ti Nei Ching Su Wen (2698 a.C.-2597 a.C.) raccomandò di limitare l'uso del sale per evitare che "il polso si indurisca". Ma anche Ippocrate (460 a.C.-377 a.C.) non mancò di dedicare le sue riflessioni al ruolo delle abitudini dietetiche in tema di prevenzione delle malat-

tie, così come nel *Liber dietarum* della Scuola Medica di Salerno (IX-XIII sec. d.C.) viene richiamata l'importanza delle abitudini alimentari per mantenersi in salute. Insomma, si può affermare che nella storia della medicina il tema della prevenzione abbia sempre rappresentato un profilo di profonda riflessione.

Il proverbio popolare “prevenire è meglio che curare” si è ormai radicato, in tutti gli ambiti, nel patrimonio linguistico comune. In realtà, la ripresa del proverbio in età moderna si deve a Erasmo da Rotterdam (XVI sec. d.C., *Praevenire melius est quam mederi*), ma la memoria storica è stata rinnovata e diffusa da Benjamin Franklin, che nel 1736, nel caldeggiare la costituzione di un corpo di vigili del fuoco, usò un'espressione rimasta nella storia: «An ounce of prevention is worth a pound of cure» (un grammo di prevenzione vale un chilo di cura). Nel formulare la definizione di atto medico è indispensabile includere il concetto di prevenzione, e anche se non v'è dubbio che questa sia preferibile al trattamento, non può rappresentare o sostituire la cura.

C'è un'ulteriore moderna integrazione concettuale della prevenzione che bisogna richiamare, e tenere attentamente in considerazione.

Oltre alla prevenzione primaria, che mira a prevenire l'insorgenza della malattia riducendo i fattori di rischio, alla prevenzione secondaria, che si concentra sull'individuazione precoce della malattia per intervenire tempestivamente e ridurne la gravità o la durata, e alla prevenzione terziaria, che riguarda la gestione della malattia già presente per prevenire complicanze o rallentarne la progressione, vi è anche una prevenzione quaternaria che è stata introdotta proprio per proteggere i pazienti da danni potenziali derivanti da interventi medici non necessari o eccessivi, prodotti da un'ipersanità che può causare più danni che benefici. Entrando a pieno titolo nel *management* del rischio,

in pratica si propone di evitare l'*overdiagnosis*, l'*overuse* di test e trattamenti, e di promuovere decisioni cliniche eticamente appropriate, centrando l'attenzione sul benessere reale dell'individuo (FNOMCco 2014).

4. Autonomia

Godere della libertà di autodeterminarsi senza la necessità di interventi esterni rappresenta una delle forme più invocate di libertà. Agire secondo la propria volontà comporta una condizione di indipendenza da altri, ed è l'aspirazione alla quale l'atto medico può offrire un contributo di profondo spessore etico oltre che di valore civile (Becchi 2025).

Se gli individui hanno la capacità di autosufficienza, anche in presenza di menomazioni che ne comportino limitazioni nell'agire, lo svantaggio sociale e lavorativo che deriva dalla disabilità si riduce unicamente a una condizione di contesto. In altre parole, spesso è il contesto che limita l'autonomia: talvolta un disabile non può porsi alla guida di veicoli se non ci si preoccupa di adattare il mezzo alle sue necessità, ed è anche vero che determinate limitazioni funzionali sono destinate a essere superate adottando protesi o ortesi che possono efficacemente vicariare una funzione ridotta o abolita (Ianes 2006).

L'esempio proposto richiama il ruolo fondamentale della bioingegneria, che però non può prescindere dall'integrazione di un atto medico in grado di predisporre l'individuo a possedere le caratteristiche necessarie per beneficiare dell'adattamento suggerito, in linea con le proprie esigenze.

Conclusioni

L'atto medico emerge dunque come ibrido dinamico, capace di integrare pienamente dimensioni biologiche, etiche e sociali in un contesto di salute olistica. Attraverso l'alleanza medico-paziente, la cura si ridefinisce non solo come trattamento mirato di una malattia, ma come impegno etico volto a preservare la dignità, l'autodeterminazione e la qualità della vita dell'individuo, in armonia con i principi di responsabilità professionale e di *governance* sanitaria.

La riflessione condotta invita a considerare l'atto medico non come semplice strumento di incremento della capacità terapeutica, ma come punto nodale in cui convergono prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione, accompagnate da una costante valutazione critica degli interventi, della loro proporzionalità e dei rischi di danno iatrogeno. In questo orizzonte, la prevenzione – anche nelle sue dimensioni innovative come la prevenzione quaternaria – e l'autodeterminazione del paziente non sono antagonisti, bensì elementi sinergici che plasmano decisioni cliniche attente al contesto e al valore intrinseco della vita.

Riferimenti bibliografici

- Becchi P. (2025), *Licenza di morire*, Giappichelli Multiversum, Torino.
- Cananzi D.M. (2023), *Medicina narrativa e bioetica della cura. Tre riflessioni sull'atto medico e la distinzione tra malattia e patologia*, Mimesis, Milano.
- Cupelli C. (2018), *Libertà di autodeterminazione terapeutica e disposizioni anticipate di trattamento: profili penali*, in «Criminalia. Annuario di scienze penalistiche», Edizioni ETS, Pisa, pp. 275-298.
- FNOMCeO (2014), Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirur-

- ghi e Odontoiatri, *Codice di deontologia medica*, https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2023/08/CODICE-DEONTOLOGIA-MEDICA-2014-e-aggiornamenti_acc.pdf.
- Gadamer H.G. (1994), *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina, Milano.
- Ianes D. (2006), *La speciale normalità. Strategie di integrazione e inclusione per le disabilità e i Bisogni Educativi Speciali*, Erickson, Trento.
- Italia (2017a), *Legge 22 dicembre 2017, n. 219. Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*, in «Gazzetta Ufficiale», Serie Generale n. 12 del 16 gennaio 2018.
- Italia (2017b), *Legge 8 marzo 2017, n. 24. Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*, in «Gazzetta Ufficiale», n. 64 del 17 marzo 2017.
- Lalumera E. (2025), *Health Concepts in Medicine and the Role of Philosophy*, in «Philosophy of Medicine», 6, 1, pp. 1-23.
- Macellari G. (2025), *Etica per il medico giusto*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Massaro A. (2025), *Questioni di fine vita e diritto penale*, Giappichelli, Torino.
- Semerari A. (2022), *La relazione terapeutica. Storia, teoria e problemi*, Laterza, Bari-Roma.
- 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).