

COMUNICAZIONE

PER UN'ANALISI FILOSOFICA DEL CONCETTO DI MALATTIA: COMPONENTI FRASTICHE ED EMOTIVO-SOGGETTIVE DEL SIGNIFICATO

Maurilio Lovatti

Sul concetto di malattia, com'è noto, esistono notevoli divergenze d'opinione, non solo tra i filosofi, ma anche tra i medici, tanto che appare ancora attuale l'osservazione del 1926 di Viktor von Weizsacker ¹“il fatto che la medicina odierna non possenga una propria dottrina sull'uomo malato è sorprendente, ma innegabile”.

Sul piano filosofico almeno un briciolo di convergenza è riscontrabile sulla tesi che il termine “malattia” è politetico, cioè veicola diversi significati che tra loro hanno una somiglianza di famiglia, all'incirca nel senso indicato da Wittgenstein nelle Ricerche filosofiche. Assumendo il presupposto che il concetto di malattia si basa su un insieme ramificato di significati, svilupperò la mia analisi senza condividere il postulato wittgensteiniano secondo il quale solo l'uso può determinare il significato, e soprattutto mantenendo la logica classica e il principio di bivalenza, che invece sono generalmente respinti dagli epistemologi che hanno proposto la teoria dei “fuzzy sets” e spesso anche dagli studiosi delle scienze cognitive.

All'interno della famiglia di significati che formano il concetto di malattia, due sono quelli più diffusi, per i quali abbiamo in inglese due termini distinti: “disease”, come disfunzione dell'organismo rilevabile oggettivamente sul piano fattuale e “illness”, come percezione soggettiva della malattia stessa.

Lo scopo di queste note è indagare sull'utilità di assumere la distinzione tra linguaggio descrittivo da un lato e linguaggio prescrittivo-valoriale dall'altro (distinzione posta dalla cosiddetta legge di Hume e fatta propria anche dal neopositivismo) per far luce sulle difficoltà che il concetto di malattia presenta.

Hume, nella I sezione del libro III del Trattato, ha sostenuto che le distinzioni morali non sono il prodotto della ragione e che la moralità non consiste in nessun dato di fatto che si possa scoprire con l'intelletto. Hume, nel negare la possibilità di fondare razionalmente l'etica, ha svolto diverse considerazioni che la tradizione filosofica anglosassone ha denominato come “legge di Hume”, che può riassumersi così: è impossibile derivare razionalmente giudizi morali dalle conoscenze e dall'analisi di dati di fatto, o, detto in altri termini: non è corretto passare dal piano dell'essere, dei fatti, al piano del “dover essere”, o ancora, nei termini della filosofia analitica contemporanea, non si possono derivare asserzioni prescrittive da premesse descrittive.

Per Hume il criterio che ci guida ad agire in un certo modo, a scegliere ciò che è bene per noi, non può essere la ragione: “Una cosa è conoscere la virtù e un'altra conformare a lei la volontà.” e ancora: “Non è contrario alla ragione che io preferisca la distruzione del mondo intero piuttosto che graffiarmi un dito”.

Questa linea di pensiero è fatta propria da Wittgenstein che nel *Tractatus* (1921) afferma la totale eterogeneità tra fatti e valori: «Nel mondo tutto è come è, e tutto avviene come avviene; non vi è in esso alcun valore — né, se vi fosse, avrebbe un valore» (6.4.1). Di conseguenza, nell'ambito della concezione del linguaggio formulata in quest'opera, ne risulta che “l'etica non può formularsi. L'etica è trascendentale”. (6.421) ². Come è noto sia il Circolo di Vienna e sia, più in generale, il neopositivismo hanno seguito Wittgenstein anche in questa concezione.

La legge di Hume è stata oggetto di numerose analisi e dispute filosofiche in campo etico e metaetico ed è stata condivisa da grandi filosofi del '900 come Russell, Carnap, Ayer, Popper e

¹ V. von Weizsacker, *Il medico e il malato* (1926), in *Filosofia della medicina*, Guerini, Milano 1990, p.83-84

² L. Wittgenstein, *Tractatus logico-philosophicus*, Einaudi, Torino 1968, p. 79.

Hare. In questa sede si tratterà invece di valutare la fecondità della distinzione posta dalla legge di Hume ai fini dell'analisi dei concetti di salute e malattia.

Si può iniziare con una ricognizione dei vantaggi derivanti dall'assumere la distinzione di cui sopra, in particolare per quanto riguarda:

1. **la possibilità di includere nel concetto di malattia componenti che derivano dal contesto culturale di una data società od epoca**, senza per questo attribuire ambiguità o vaghezza al concetto di malattia, pur assumendo il dato di fatto che lo stesso insieme di fenomeni biologici sia considerato malattia in un contesto culturale e invece non lo sia in un altro. E' evidente che in casi di questo genere, la componente di significato che varia storicamente e che giustifica l'inclusione o meno di un dato set di sintomi tra le malattie è quella emotivo-soggettiva; in altre parole sono le aspettative diffuse e la "percezione" dei fatti nel quadro della mentalità del tempo che variano indipendentemente dai sintomi e dall'evoluzione dei fenomeni biologici.

2. **la rivalutazione dei vissuti e delle percezioni soggettive del paziente ai fini della valutazione delle strategie terapeutiche.** E' noto che i modelli di valutazione dei sintomi e dei risultati delle analisi e degli esami diagnostici proposti dalla Evidence-Based Medicine, o meglio dalle interpretazioni neopositivistiche della EBM oggi imperanti nella pratica medica, prevedono la determinazione delle terapie idonee solo sulla base della miglior informazione statistica disponibile e quindi tendono inevitabilmente a sottovalutare le percezioni soggettive del paziente, che in quanto tali sono meramente individuali e non correlabili coi dati statistici. L'idea fondante della EBM è che le migliori prove scientifiche e in particolare i risultati delle sperimentazioni della ricerca clinica, come i trial clinici randomizzati a doppio cieco, possono in linea di principio determinare l'opportuna terapia. In questo senso vi è l'applicazione di un modello positivista: le evidenze, se sufficientemente ampie e analizzate con metodo, determinano la teoria, e la teoria, se applicabile al caso concreto, determina l'agire razionale, cioè in questo caso la terapia. Da questo punto di vista, alla luce della legge di Hume, si comprende con chiarezza quanto sia arbitrario vincolare il dovere terapeutico del medico alle evidenze fattuali fornite dalla EBM e quindi come possano essere difese anche in linea di principio le tesi della medicina "orientata al paziente", cioè di quella concezione del ruolo del medico che si caratterizza per la comprensione del punto di vista del paziente e per il tentativo di approfondirne il vissuto. Il medico, cioè, accanto ai riferimenti clinici, esplora meglio ed accoglie la prospettiva del paziente e ragiona sulla sua esperienza.

3. **la necessità di contrastare visioni "riduzioniste" della malattia:** se la malattia viene concepita come pura disfunzione biologica, ne deriva la conseguenza di orientare le energie e le risorse sanitarie quasi esclusivamente sulla terapia farmacologica e chirurgica, con esiti controproducenti (il cosiddetto "effetto Knock"). Si può notare come il superamento del concetto di malattia come pura disfunzione biologica porta ad includere nel significato anche componenti non puramente frastiche, che nemmeno in linea di principio possono essere derivabili da resoconti fattuali, come appunto prescrive la legge di Hume. E' evidente che una concezione di malattia non riduttiva possa contribuire a rafforzare la cosiddetta tesi "olistica" e la convinzione dell'opportunità di favorire la prevenzione, investendo risorse economiche non esclusivamente sulla terapia. Olismo, in opposizione a riduzionismo, è il punto di vista per il quale "ogni complesso organizzato può considerarsi spiegabile solo in modo incompleto dalle parti nelle quali può venire scomposto: il residuo inspiegato emergente afferisce al tutto."³ Più precisamente, il termine olismo è usato nel significato stabilito dal biologo Paul Weiss.

³ G. Cosmacini, *La qualità del tuo medico: per una filosofia della medicina*, Laterza, Roma Bari 1995, p. 35

All'opposto la distinzione tra linguaggio descrittivo e linguaggio prescrittivo-valoriale non risulta di nessun'utilità in relazione ad altre significative problematiche connesse con la definizione di malattia, e più precisamente:

a) **alla difficoltà di stabilire canoni rigorosi di normalità fisiologica** in conformità a range di valori di analisi o di altri dati oggettivi, con le conseguenze di ridimensionare l'affidabilità dei risultati delle sperimentazioni della ricerca clinica, come i trial clinici randomizzati a doppio cieco, in relazione alla determinazione dell'opportuna terapia. E' noto che il discostarsi dai valori medi delle analisi non è indice di patologia per tutti i pazienti, anche se lo è per la stragrande maggioranza di essi.

b) **alla irreversibilità dei processi biologici** (dal sistema immunitario all'organizzazione del cervello) che determinano l'unicità dell'individuo e quindi non consentono l'applicazione meccanica al singolo malato di terapie sperimentate su campioni che, per quanto adeguatamente numerosi, sono stati costituiti proprio selezionando i pazienti sulla base di criteri di esclusione a priori di chi si allontana dallo standard astratto di paziente medio di una determinata patologia.

Sottolineo l'irrilevanza della legge di Hume rispetto a questi due ordini di difficoltà perché spesso, soprattutto nelle critiche all'EBM, essi si trovano disinvoltamente mescolati con le critiche al riduzionismo.

Nonostante l'utilità della distinzione fatto/valore per l'eliminazione di pericolose ambiguità connesse alla definizione del concetto di malattia, un'analisi della pratica medica e delle sue ricadute sociali mostrano l'impossibilità di separare interamente questioni di fatto e problemi etici. Come sostiene Paolo Vineis, l'incertezza che permea la diagnosi e conseguentemente la terapia è di per sé sufficiente per comprendere l'intreccio che lega irrimediabilmente fatti e valori⁴. Va quindi analizzato il contributo del pragmatismo alla definizione del concetto di malattia, assumendo emblematicamente il pragmatismo come posizione filosofica antagonista alla contrapposizione tra fatti e valori. Del pragmatismo (in particolare Dewey e Putnam) richiamo in particolare le tesi del primato della ragion pratica e dell'interdipendenza olistica di fatto e teoria, e di fatto e valore.

Per Putnam come per Dewey non esistono dati puri: nulla è un dato se non in relazione ad un'idea o ad un piano operativo che può essere espresso in termini formali; dal punto di vista formale, sia nei linguaggi naturali sia in quelli formalizzati, il dato è espresso da enunciati singolari, mentre la legge scientifica presenta un quantificatore universale, ma tale differenziazione non si fonda su un'irriducibilità in linea di principio. In altri termini: i fatti sono operazionali nel senso che sono esiti di operazioni di organizzazione e di scelta; i concetti sono operazionali perché non sono altro che proposte e piani di operazioni d'intervento sulle condizioni esistenti. Ogni scelta procedurale all'interno di un'indagine discende da giudizi pratici e, per Dewey, tutti i giudizi pratici sono valutazioni (cioè, in altri termini, la valutazione è originata dalla critica alle procedure di risoluzione dei problemi).

Dal punto di vista del pragmatismo i modelli formali di tipo nomologico-deduttivo non sono da soli sufficienti a rendere conto dei rapporti tra leggi universali e osservazioni particolari, sia nell'ambito della conoscenza scientifica, sia nell'ambito dell'etica. Sembra piuttosto esservi, in entrambi gli ambiti, uno scambio tra legge e dato: il principio generale, sia esso di natura etica o conoscitiva, estrae determinate caratteristiche comuni da situazioni che giudichiamo, sul piano congetturale, buone o giuste, vere o false. A sua volta questo principio viene utilizzato in modo estensivo per riconoscere altre situazioni analoghe, per prevedere o guidare l'azione. In entrambi i casi non è possibile tracciare una netta demarcazione tra fatti e teorie, tra descrizioni e credenze.

⁴ P. Vineis, *Nel crepuscolo della probabilità*, Einaudi, Torino 1999, in particolare p.7-14 e 79-89.

Nell'ambito di questo quadro teorico è possibile valutare l'apporto del pragmatismo alla definizione del concetto di malattia; in particolare:

1. Il punto di vista del pragmatismo è utile per confutare la tesi di chi definisce la malattia esclusivamente in funzione dell'autonomia dell'organismo dall'ambiente esterno.

Poiché la capacità degli esseri viventi di cambiare l'intensità delle proprie funzioni opponendosi alle conseguenze dei mutamenti ambientali ha permesso agli organismi di sopravvivere e riprodursi nel corso dell'evoluzione, la malattia si identificherebbe col fatto che l'organismo non è in grado di mantenere l'omeostasi a fronte di variazioni ambientali (l'organismo, non potendo modificare ulteriormente l'intensità delle sue funzioni, è costretto a modificare il proprio ambiente interno).

2. Il punto di vista del pragmatismo è utile per confutare la tesi di chi definisce la malattia esclusivamente in funzione della riduzione dell'efficienza dell'organismo.

Combinando i risultati delle teorie termodinamiche con l'evoluzionismo, è stato sostenuto che le strutture biologiche selezionate dall'evoluzione sono ottimali per massimizzare la conservazione di energia, e che quindi tendono a ridurre al minimo l'entropia nell'organismo. Un processo può essere allora definito patologico se produce aumento di entropia, che si traduce in minor efficienza dell'organismo (il lato positivo di questo punto di vista è che riesce ad includere adeguatamente anche le malattie croniche nel concetto generale di malattia). Questi due approcci alla definizione del concetto di malattia, basati rispettivamente sui concetti di omeostasi e di entropia, sono stati fatti propri anche in Italia da clinici illustri, come Federspil e Azzone,⁵ e sono emblematici della prospettiva di chi ritiene che la malattia possa essere adeguatamente definita rimanendo nell'ambito biologico, separando nettamente il piano fattuale da quello dei valori, delle aspettative individuali e da quelle collettive che dipendono da variabili storico-culturali. Questi approcci in ultima analisi si spiegano con riferimento allo scopo implicito di definire la malattia in modo tale che la condizione di normalità o patologia possa essere determinata univocamente e oggettivamente, cioè indipendentemente da convinzioni, preferenze e aspettative che possano variare da soggetto a soggetto: quindi questi approcci si fondano proprio sulla radicale irriducibilità tra fatti e valori. Ciò che appare così completamente trascurato è che, anche a livello di senso comune, la salute è percepita come un valore, un bene fondamentale e primario e, quindi, la malattia è concepita come disvalore, come privazione. Da questo punto di vista il pragmatismo, proprio per il ruolo centrale che attribuisce alla tesi dell'interdipendenza olistica di fatto e valore, fornisce, a mio giudizio, un efficace fondamento filosofico per criticare queste definizioni riduttive di malattia.

3. All'opposto il punto di vista del pragmatismo può fungere da sostegno al cosiddetto paradigma psico-sociale, che invece sottolinea le cause remote della malattia e riconosce che la definizione di patologico implica criteri fondati su valori. Il paradigma psico-sociale è fortemente criticato da filosofi della scienza e anche da clinici illustri con la motivazione che esso si baserebbe su una confusione tra livelli diversi di medicina. Ad esempio Federspil⁶ afferma che caratteri storico-sociali e valori morali sono incidenti solo per l'arte medica, vale a dire per la pratica clinica e la terapia, ma assolutamente irrilevanti per la medicina biologica, poiché la scienza è avalutativa, ha solo funzione esplicativa. Questo genere di critiche non è condivisibile dal punto di vista del pragmatismo: in particolare nel caso della medicina il piano teoretico non è autonomo rispetto a quello idiografico (diagnosi) e a quello pratico (terapia), anche perché, di fatto, l'attività diagnostica e le esigenze terapeutiche spesso

⁵ G. Federspil, La malattia come evento biologico, in *Minerva medica* vol.81, n.12, 1990, pp.845-854; id. Il concetto di malattia, in *Medicina EMI*, n.7, 1987, pp.471-478; G.F. Azzone, *Biologia e medicina tra molecole informazione storia*, Laterza, Roma-Bari 1991; id. L'eziopatogenesi delle malattie e il ruolo del caso, in *La medicina internazionale*, n.7, 1994, pp.49-80.

⁶ G. Federspil, La malattia come evento biologico, cit., p.852

orientano la ricerca pura, stimolando un'opera d'approfondimento, di revisione o di chiarificazione del quadro teoretico.

In conclusione, può essere utile esplicitare i **presupposti teoretici** che hanno guidato questa mia breve ricognizione sull'efficacia della legge di Hume ai fini dell'analisi del concetto di malattia. Come è apparso evidente da ciò che precede, queste note si inseriscono in un orizzonte di critica al sia al neopositivismo sia alle concezioni riduzionistiche della medicina, un orizzonte nel quale è considerato significativo utilizzare gli apporti delle scienze cognitive.

Tuttavia scegliere questo orizzonte e questa prospettiva non implica necessariamente né il ripudio della logica classica né l'accettazione dei presupposti dell'epistemologia naturalizzata, anche se la tendenza degli studiosi oggi più conosciuti nell'ambito della filosofia della scienza sembrerebbe mostrare esattamente il contrario.

L'abbandono della logica classica e del principio del terzo escluso sostenuto dai cultori della cosiddetta fuzzy-logic rappresenta un indebito indebolimento delle potenzialità di falsificazione della ragione, peraltro nemmeno giustificato dai risultati ottenuti, che grandi pensatori, certamente **non** neopositivisti, come Popper e Tarski, hanno a ragion veduta sempre avversato.

L'epistemologia naturalizzata, infine, presentandosi come una teoria descrittiva anziché normativa, costituisce in ultima analisi la rinuncia ad una delle finalità costitutive della filosofia della scienza.

Ha certamente ragione Quine quando sostiene che la biologia evuzionistica e la psicologia sperimentale dimostrano che, persino al livello della somiglianza percettiva, i nostri standard innati mostrano una confortante tendenza ad accordarsi con la tessitura della natura e che questa convergenza può essere senza dubbio addebitata alla selezione naturale. Ma è altrettanto ragionevole ritenere che, se le nostre modalità di formazione e uso degli apparati concettuali sono radicate in standard innati, come le scienze cognitive ci mostrano, compito della scienza è proprio quello di correggerle, in modo normativo, con lo scopo di rendere la conoscenza meno erronea e più efficace dal punto di vista pragmatico; in altre parole il compito della scienza è proprio quello di perfezionare le procedure di correzione degli errori e di formulazione di nuove congetture che sono già presenti nella quotidiana attività conoscitiva dell'uomo. Analogamente una filosofia della scienza che rinunci pregiudizialmente ad ogni ruolo normativo, rischia di abdicare ad un compito che è proprio della filosofia: in altre parole la filosofia in quanto tale è anche conoscenza razionale che orienta l'azione.

Nettuno (Roma), 30 settembre 2003

Comunicazione tenuta alla Scuola internazionale di filosofia e storia della biologia e della medicina.

BIBLIOGRAFIA

D.L.Sackett, W.S.Richardson, W.Rosemberg, R.B.Haynes, *Evidence-based Medicine: how to Practce and Teach EBM*, Churchill Livingstone, New York 1997;

T.Greenhalgh, *How to Read a Paper: the Basic of Evidence-based Medicine* BMJ, London 1997;

- A.Liberati (ed.), *La medicina delle prove di efficacia*, Il pensiero scientifico, Roma 1997.
- J.Worrall, What Evidence in Evidence-Based Medicine? in *Philosophy of Science*, 69 (2002), p.316-330.
- G.Cosmacini, *La qualità del tuo medico: per una filosofia della medicina*, Laterza, Roma-Bari 1995.
- P.Vineis, *Nel crepuscolo della probabilità*, Einaudi, Torino 1999.
- K.F.Schaffner, *Discovery and Explanation in Biology and Medicine*, University of Chicago Press, Chicago 1993.
- R.Money-Kyrle, *Il concetto antropologico e psicanalitico di norma*, in *Scritti 1927-1977*, Loescher, Torino 1985, pp.385-398.
- F.Mondella, Fatto scientifico e valore morale, in *Tempo medico*, n.223, 1984, pp.152 e ss
- G.Federspil, La malattia come evento biologico, in *Minerva medica* vol.81, n.12, 1990, pp.845-854;
- G.Federspil, Il concetto di malattia, in *Medicina EMI*, n.7, 1987, pp.471-478.
- G.F.Azzone, L'eziopatogenesi delle malattie e il ruolo del caso, in *La medicina internazionale*, n.7, 1994, pp.49-80.
- G.F.Azzone, La concezione biologica della malattia: dai meccanismi specifici ai principi generali, dal determinismo all'evoluzionismo in *Nuova civiltà delle macchine*, anno XIII, n. 3-4, 1995, pp.56-75.
- D. Thomasma, Clinical Ethics as Medical Hermeneutics, in *Theoretical Medicine*, XV (1994), p.27-42.
- G.Corbellini, Introduzione a mo' di premessa: olismo e riduzionismo nell'immaginario degli scienziati, in AA.VV. *La parte del tutto: saggi sull'olismo*, Casamassima, Udine 1992, p. 9-54.
- G.Edelman-G.Tononi, *Un universo di coscienza*, Einaudi, Torino 2000.
- I.Cavicchi, *La medicina della scelta*, Bollati-Boringhieri, Torino 2000
- E.A.Murphy, *The Logic of Medicine*, Hopkins U.P., Baltimore 1976
- C. Boorse, Health as a theoretical Concept in *Philosophy of Science* n.44, 1977, p. 542-573
- F.Kraupl-Taylor, *The Concept of Illness, Disease and Morbus* Cambridge U.P., Cambridge 1979
- E.Cassel, The Nature of Suffering and the Goals of Medicine in *New England Journal of Medicine*, n.306, 1982, p. 639-645.
- C. Whitbeck, Causation in Medicine: the Disease Entity Model, in *Philosophy of Science*, 44 (1977), p. 619-637
- H.Wulff-S.Pedersen-R.Rosenberg, *Filosofia della medicina*, Cortina, Milano 1995.
- E.Agazzi-C.Viesca (a cura di) *Le cause della malattia*, Erga, Genova 1998.