

Francesca Marin

Vulnerabilità, salute e medicalizzazione della vita

1. *Premessa*

Il presente contributo intende indagare il rapporto tra vulnerabilità e salute, a partire dal riconoscimento della reciproca dipendenza tra le due nozioni. Una tale indagine è vantaggiosa per un duplice motivo: da un lato, consente di riconoscere il carattere polisemico, dinamico e relazionale sia della vulnerabilità sia della salute, evitando così di adottare approcci riduttivi, statici e individualistici rispetto a questi temi; dall'altro, facilita una messa in discussione di quell'ideale di completa salute che è all'origine del cosiddetto fenomeno della medicalizzazione della vita.

Per raggiungere i suddetti obiettivi, verrà esaminato dapprima il concetto di vulnerabilità e poi quello di salute. Attraverso questo esame si potranno cogliere le molteplici dimensioni di entrambi i concetti nonché constatare, anche mediante un rinvio all'esperienza pandemica Covid-19, una corrispondenza tra le fonti della vulnerabilità e i fattori che influiscono sulla salute individuale e collettiva. Nello specifico, le tematiche in questione mostreranno un vero e proprio intreccio di elementi soggettivi, sociali e ambientali, dando prova di come la risposta alla vulnerabilità e la promozione della salute non possano basarsi su interventi rivolti esclusivamente al singolo individuo.

Ciò che viene qui contestato, ovvero sia una visione riduttiva e individualistica della vulnerabilità e della salute, caratterizza invece la medicalizzazione della vita. In effetti, la ricerca di soluzioni di carattere medico a problemi di natura non strettamente medica è focalizzata sul singolo, con la conseguente sottovalutazione degli aspetti socio-economici e ambientali che possono influire negativamente sulla salute e rendere il soggetto ancor

più vulnerabile. Detto altrimenti, la medicalizzazione della vita rischia di ridurre la vulnerabilità e la salute a dimensioni prettamente individuali, misconoscendo così il loro carattere dinamico e relazionale. Si possono evitare queste derive proprio attraverso una valorizzazione del rapporto tra vulnerabilità e salute: come emergerà nella parte conclusiva di questo scritto, il riconoscimento di tale rapporto consente di analizzare criticamente la ricerca di una salute completa e di mettere in rilievo la natura intersoggettiva dell'essere umano nonché l'influenza del contesto in cui si vive.

2. Verso una lettura più articolata della vulnerabilità

Per compiere un'indagine etimologica della parola "vulnerabilità" è necessario volgere lo sguardo alla lingua latina, anche se in quest'ultima non vi è un sostantivo corrispondente al termine in questione. Occorre quindi confrontarsi con termini latini ad essa correlati, quali l'aggettivo *vulnerabilis*, il verbo *vulnerare* e il lemma *vulnus*. Questi vocaboli presentano una radice comune, cioè *vuln-*, che a sua volta rimanda alla radice indoeuropea *uel-*, la quale richiama i significati di ferire e scalfire o ancora strappare e incidere¹. Già a livello etimologico vi è allora un rapporto tra vulnerabilità e ferita: vulnerabile è colui che è soggetto ai *vulnera*, cioè alle ferite, e, stando alle fonti letterarie latine, il *vulnus* rimanda al dolore del corpo non solo nel caso di ferita fisica, ma anche dinnanzi a un danno di natura psicologica e morale². Va sottolineato poi come la relazione tra vulnerabilità e ferita rappresenti una costante, cioè si dia sempre anche in assenza di *vulnus*: come afferma Agostino, «la mancanza di necessità che questa nostra carne di adesso sia vulnerata non la rende invulnerabile»³. Detto altrimenti, la possibilità della ferita caratterizza l'essere umano in tutta la sua esistenza e quindi egli è vulnerabile anche quando non sta subendo determinati *vulnera*⁴. È questo il

¹ G. Maragno, *Alle origini (terminologiche) della vulnerabilità: vulnerabilis, vulnus, vulnerare*, in O. Giolo, B. Pastore (a cura di), *Vulnerabilità. Analisi multidisciplinare di un concetto*, Carocci, Roma 2018, pp. 13-35 (in particolare, pp. 16-18).

² Cfr. *ivi*, pp. 22-28.

³ «Sicut enim haec ipsa caro quam nunc habemus, non ideo non est vulnerabilis, quia non est necesse ut vulneretur». Aurelio Agostino, *De Peccatorum meritis et remissione et de baptismo parvulorum*, I, 3.

⁴ Come scrive Adriana Cavarero, «Vulnerabile è l'essere umano in quanto corpo singolare aperto alla ferita. Non c'è però alcuna necessità nel *vulnus* che il termine menziona, bensì solo la potenzialità di una ferita sempre incombente e legata alla contingenza». A. Cavarero, *Orrorismo, ovvero della violenza sull'inerte*, Feltrinelli, Milano 2007, p. 42.

significato universale della vulnerabilità perché quest'ultima indica la potenziale esposizione alla ferita e quindi allude alla possibilità comune a tutti gli esseri umani di subire un danno. Intesa in questi termini, la vulnerabilità costituisce un tratto ontologico e quindi una caratteristica intrinseca alla condizione umana (*inherent vulnerability*)⁵.

L'universale potenzialità del ferimento si spiega innanzitutto attraverso quella che è stata definita la "vulnerabilità corporea"⁶. Si tratta di una vulnerabilità ontologica che non può essere eliminata perché peculiare all'esistenza umana: in quanto esseri corporei, soffriamo quando non vengono adeguatamente soddisfatti alcuni bisogni primari (come bere, mangiare e dormire) e abbiamo una propensione all'indebolimento, alla malattia, alla vecchiaia e alla morte. La comune condizione di feribilità è poi dovuta al carattere sociale della vita di ciascuno di noi: come giustamente evidenziato da Catriona Mackenzie, Wendy Rogers e Susan Dodds, in quanto esseri sociali «siamo vulnerabili alle azioni altrui e dipendenti dalla cura e dal supporto delle altre persone»⁷.

Il carattere polisemico della vulnerabilità emerge ulteriormente nel momento in cui si considera la cosiddetta *situational vulnerability* (vulnerabilità situazionale)⁸. Utilizzando questa espressione, la suscettibilità al danno non viene più declinata solo in termini universali, cioè come una caratteristica intrinseca alla condizione umana dettata dalla corporeità e dal rapporto con gli altri, ma anche in maniera contingente, ovverossia sulla base del contesto sociale, economico, politico e culturale in cui si vive⁹. Considerata in termini particolari, la vulnerabilità riguarda infatti alcuni soggetti o gruppi che, in determinati momenti della vita oppure all'interno di uno specifico ambiente, vivono uno stato di maggiore fragilità a causa della loro mancata o diminuita capacità di proteggere se stessi. Proprio perché rinvia alla contingenza e non a un tratto connaturato all'essere umano, la vulnerabilità situazionale può essere a breve termine o intermittente, ma non si può escludere che il *vulnus* perduri nel tempo.

⁵ C. Mackenzie, W. Rogers, S. Dodds, *Introduction: What Is Vulnerability, and Why Does It Matter for Moral Theory?*, in C. Mackenzie, W. Rogers, S. Dodds (eds.), *Vulnerability. New Essays in Ethics and Feminist Philosophy*, Oxford University Press, New York 2014, pp. 1-29: 7.

⁶ Cfr. J. Butler, *Frames of War: When Is Life Grievable?*, Verso, London 2009; Id., *Precarious Life: The Powers of Mourning and Violence*, Verso, London 2004.

⁷ C. Mackenzie, W. Rogers, S. Dodds, *Introduction: What Is Vulnerability, and Why Does It Matter for Moral Theory?*, cit., p. 4 (trad. mia).

⁸ Cfr. *ivi*, p. 7.

⁹ Cfr. W. Rogers, C. Mackenzie, S. Dodds, *Why Bioethics Needs a Concept of Vulnerability*, in «International Journal of Feminist Approaches to Bioethics», 5 (2012), n. 2, pp. 11-38.

Vi è poi il rischio che le strategie messe in atto per limitare il danno contingente abbiano l'effetto paradossale di rendere i soggetti ancor più vulnerabili, alimentando forme di vulnerabilità patogena (*pathogenic vulnerability*)¹⁰. Tali forme si generano per esempio in seguito ad atteggiamenti paternalistici, oppressivi, discriminatori o addirittura violenti verso coloro che necessitano di particolari cure e attenzioni. A dire il vero, la vulnerabilità patogena può svilupparsi non solo in risposta ai *vulnera*, ma anche in fase di riconoscimento delle specifiche vulnerabilità situazionali. Vi è infatti il pericolo di considerare la *situational vulnerability* alla stregua di un'etichetta (*label*)¹¹ applicata ad alcuni soggetti o gruppi di persone, come avviene per esempio nei confronti dei migranti e dei senza tetto. In tal modo, la vulnerabilità viene considerata come un tratto permanente dell'individuo al punto che rimane traccia di essa anche nel caso in cui sia stata ridimensionata la vulnerabilità situazionale del soggetto in questione. In effetti, un'etichetta rimossa da un capo di abbigliamento lascia sempre un segno e quest'ultimo risulta ancor più marcato se è trascorso molto tempo dall'applicazione dell'etichetta stessa. È fondamentale allora riconoscere il carattere dinamico della vulnerabilità e guardare ad essa attraverso la metafora degli strati (*layers*) proposta da Florencia Luna: oltre ad essere vulnerabili a causa della nostra costitutiva limitatezza, siamo resi vulnerabili, e spesso su più livelli, in base al momento e al contesto in cui viviamo. È questa una prospettiva stratificata che riesce a cogliere la specificità del singolo e che adotta strategie dinamiche per contrastare i fattori che rendono l'individuo particolarmente vulnerabile.

Concludendo, vi sono diverse fonti di vulnerabilità, alcune intrinseche alla condizione umana e altre dovute allo specifico contesto in cui si vive, ma ciascuna di esse dà prova della natura intersoggettiva dell'essere umano. Non è possibile poi trattare il tema in questione ricorrendo a un'immagine in bianco e nero perché questa semplicità cromatica rischia di descrivere la vulnerabilità, specie quella situazionale, solo in termini di presenza o assenza di *vulnus*. È la stessa metafora degli strati che ci invita a considerare la vulnerabilità in base a una scala di grigi: tale scala consente infatti di adottare un approccio dinamico alla questione, riconoscendo come la vulnerabilità possa subire delle modifiche ed essere più o meno intensa, a seconda del momento e del contesto in cui si vive.

¹⁰ Cfr. C. Mackenzie, W. Rogers, S. Dodds, *Introduction: What Is Vulnerability, and Why Does It Matter for Moral Theory?*, cit., p. 9.

¹¹ Cfr. F. Luna, *Elucidating the Concept of Vulnerability: Layers Not Labels*, in «International Journal of Feminist Approaches to Bioethics», 2 (2009), n. 1, pp. 121-139.

3. *Le varie dimensioni della salute*

Tra le varie definizioni di salute sinora proposte, quella introdotta nel lontano 1948 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) costituisce tuttora un punto di riferimento sul tema tant'è vero che si registra oggi un suo utilizzo sia in ambito specialistico sia a livello pubblico. Descrivendo la salute come «uno stato di completo benessere (*wellbeing*) fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità», l'OMS non riduce il fenomeno salute al buon funzionamento delle strutture organiche dell'essere umano. Si pone infatti l'accento anche sulla salute mentale e sui fattori sociali che influenzano l'esistenza di ciascuno di noi. In tal modo, si va oltre quel concetto meramente organicistico di salute che stava alla base della medicina positivista di quell'epoca.

La definizione dell'OMS presenta però i seguenti nodi problematici: innanzitutto il termine “stato” declina la salute come una condizione statica definitivamente raggiunta, mentre in realtà essa è espressione di un processo dinamico. In effetti, ciascuno di noi sperimenta delle variazioni sul fronte salute anche nell'arco di una singola giornata, per non parlare poi di quei mutamenti dovuti per esempio all'età e ai vissuti personali. Per di più, il riferimento al concetto di benessere amplia notevolmente l'accezione di salute e quest'ultima sembra avere alla base solo delle valutazioni di carattere soggettivo. Si rischia così di mettere in questione lo statuto della medicina come scienza perché l'impresa medica viene in qualche misura indotta a lasciarsi guidare anche, se non soprattutto, dai criteri di salute stabiliti dal singolo individuo a partire dall'idea di benessere. Infine, affiancando il sostantivo “benessere” all'aggettivo “completo”, la salute assume i connotati di un bene mai del tutto fruibile, con la conseguente lettura utopica di qualsiasi programma di promozione della salute¹².

Quanto sinora detto rispetto alla definizione di salute dell'OMS consente di trarre la seguente conclusione: è irrealistica l'idea di una completa salute e risulta problematica la determinazione della salute stessa mediante parametri esclusivamente soggettivi. In altre parole, non si può intendere la salute come «un oggetto del desiderio allargabile *ad infinitum*»¹³ né tanto

¹² È questa una delle principali critiche che il bioeticista Daniel Callahan ha sollevato analizzando la definizione di salute proposta dall'OMS. Cfr. D. Callahan, *The WHO Definition of "Health"*, in «The Hastings Center Studies», 1 (1973), n. 3, pp. 77-87.

¹³ A. Da Re, *Salute si dice in molti sensi: aspetti epistemologici ed etici*, in L. Alici, S. Pirosara (a cura di), *Riduzionismo e complessità: ritrovare l'umano, umanizzare la cura*, Aboca, Città di Castello (PG) 2022, pp. 27-46: 45.

meno adottare una logica autoreferenziale rispetto al tema in questione. È necessario infatti circoscrivere il concetto di salute all'interno di confini più ristretti e rigorosi, riconoscendo altresì le dimensioni sia soggettive che oggettive della salute. Riguardo a quest'ultima osservazione, giova ricordare come, nel determinare la salute, risultino importanti le valutazioni soggettive del singolo; tali valutazioni non possono però essere assottigliate perché un appello esclusivo a parametri soggettivi rende la salute un concetto indeterminato e mette a repentaglio la concezione della medicina come di un'impresa scientifica. Infatti, se è vero che l'intervento medico non può risultare del tutto oggettivante, perché deve essere comunque incentrato sul singolo malato, è altrettanto vero che l'azione di cura deve fondarsi sul sapere scientifico e seguire un certo rigore metodologico. La necessità di un tale approccio si spiega alla luce del particolare statuto della medicina: quest'ultima è sia scienza che pratica clinica, ed è quindi chiamata ad adottare il criterio scientifico dell'oggettività e a valorizzare al tempo stesso la soggettività del malato¹⁴.

Ravvisare le dimensioni soggettive e oggettive della salute significa riconoscere il carattere polisemico della salute stessa, ma questa polisemia si accentua ulteriormente nel momento in cui si prende atto degli effetti della globalizzazione sulla salute individuale e collettiva. In effetti, oggigiorno appare sempre più opportuno parlare di salute nei termini di *global health* (salute globale) per mettere in rilievo sia le interconnessioni sia le interdipendenze presenti e operanti nella realtà globalizzata¹⁵. Nello specifico,

¹⁴ L'intreccio imprescindibile tra teoria e pratica emerge a chiari caratteri nella definizione di medicina offerta dal medico e filosofo americano Edmund Pellegrino in occasione della Sanger Lecture, svoltasi il 10 aprile 1970 presso il Medical College of Virginia (Virginia Commonwealth University): «Medicine is the most humane of sciences, the most empiric of arts, and the most scientific of humanities» (La medicina è la più umana delle scienze, la più empirica delle arti e la più scientifica delle *humanities*). Per un approfondimento, cfr. E.D. Pellegrino, *The Most Humane of the Sciences, the Most Scientific of the Humanities*, in H. Tristram Englehardt Jr., Fabrice Jotterand (eds.), *The Philosophy of Medicine Reborn: A Pellegrino Reader*, University of Notre Dame Press, Notre Dame (Indiana) 2008, pp. 309-331.

¹⁵ Nella consapevolezza dell'ampia bibliografia sul tema, si veda a titolo esemplificativo S.R. Benatar, G. Brock (eds.), *Global Health. Ethical Challenges*, Cambridge University Press, Cambridge (UK) 2021²; B.D. Nicholson, J. Mckimm, A.K. Allen (eds.), *Global Health*, SAGE, London 2015; A.-E. Birn, Y. Pillay, T.H. Holtz, *Textbook of International Health: Global Health in a Dynamic World*, Oxford University Press, New York 2009. Negli ultimi decenni un ampliamento di prospettiva ha caratterizzato anche la riflessione bioetica: dovendo superare un orientamento biomedico che la portava ad occuparsi prevalentemente delle questioni etiche sollevate dal continuo progresso medico-tecnologico, la bioetica è oggi chiamata a indagare temi di portata globale, quali il rispetto della dignità umana e delle libertà fondamentali, l'accesso giusto ed equo alle cure essenziali, la protezione della biosfera e della biodiversità. Questo pensiero

questa terminologia costituisce un invito a prendere consapevolezza della dimensione globale della salute e dei fattori che la mettono a rischio¹⁶. La globalizzazione facilita per esempio lo spostamento di merci, quali tabacco, cibi ipercalorici e bibite zuccherate, sostanze queste che possono modificare stili di vita e abitudini alimentari fino a compromettere la salute individuale e collettiva¹⁷. Questi fattori di rischio si stanno espandendo su scala globale al punto da comportare un aumento delle morti annuali per malattie croniche non solo nei Paesi industrializzati, ma anche in quelli in via di sviluppo¹⁸. Altrettanto dicasi per la graduale perdita di biodiversità e l'inquinamento atmosferico, che hanno senza dubbio un impatto diretto sulla salute delle persone. Da un lato infatti l'adozione di un regime alimentare sano e sostenibile si scontra con la produzione di cibo a basso costo che, assieme all'agricoltura intensiva (sempre più caratterizzata dall'utilizzo di fertilizzanti e pesticidi), determina la riduzione della varietà di specie animali e vegetali¹⁹. Dall'altro lato, stando ai dati dell'OMS pubblicati nel 2018, 9

bioetico ad ampio respiro viene solitamente indicato con l'espressione *global bioethics* (bioetica globale). Rispetto alla genesi di tale espressione e per un'analisi critica dell'utilizzo, sempre più frequente, dell'aggettivo "globale" nel dibattito bioetico, mi permetto di rinviare a F. Marin, *L'agenda della bioetica. Problemi e prospettive*, Il Poligrafo, Padova 2019, pp. 23-53.

¹⁶ World Health Organization, *Global Health Risks. Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks*, WHO, Geneva 2009.

¹⁷ Un caso esemplare a riguardo è quello descritto dall'epidemiologo Paolo Vineis nel testo *Salute senza confini. Le epidemie al tempo della globalizzazione*, Codice edizioni, Torino 2014. È la storia di Nauru, una piccola isola del Pacifico sia per abitanti (circa 10.000) sia per superficie (poco più di 21 km²), che negli anni Settanta del secolo scorso si è arricchita inaspettatamente grazie alla scoperta di giacimenti di fosfati. Tale scoperta ha aumentato in maniera vertiginosa il reddito pro-capite degli isolani, ma ha condotto altresì la popolazione a significativi cambiamenti legati alla salute. Gli abitanti dell'isola hanno infatti modificato la loro alimentazione (sino ad allora basata sul consumo di pesce e ortaggi), acquisendo abitudini alimentari insalubri e stili di vita sedentari. A causa di tali cambiamenti, Nauru si trova ancora oggi ad affrontare problematiche quali obesità e diabete, e deve fronteggiare questa emergenza dalla prospettiva di un paese povero visto che il rapido esaurimento delle riserve di fosfati l'ha portata alla bancarotta.

¹⁸ Le malattie croniche (come ad esempio cancro, diabete, patologie cardiovascolari e malattie respiratorie croniche) sono patologie non infettive, che hanno un impatto globale a livello sanitario, economico, sociale e politico. Non a caso Daniel Callahan le ha definite come una vera e propria emergenza globale alla pari del cambiamento climatico, della carenza di cibo, della scarsità d'acqua e dell'obesità. Cfr. D. Callahan, *The Five Horsemen of the Modern World*, Columbia University Press, New York 2016.

¹⁹ A riguardo si vedano il recente documento dell'OMS intitolato *Nature, Biodiversity and Health: An Overview of Interconnections*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2021 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341376/9789289055581-eng.pdf> - ultima consultazione 12-11-2022) e il rapporto stilato nel 2021 da Chatham House, in collaborazione con UNEP (Programma delle Nazioni Unite per l'Ambiente) e Compassion in World Farming, dal titolo *Food System Impacts on Biodiversity Loss. Three Levers for Food System Transformation in*

persone su 10 respirano aria contenente alti livelli di sostanze inquinanti e circa 7 milioni di morti all'anno sarebbero causate proprio dall'inquinamento atmosferico²⁰.

Dinnanzi a questo scenario, sembra indispensabile guardare al fenomeno della salute come a un rapporto dinamico individuo-collettività-ambiente. Di certo, già la definizione di salute dell'OMS analizzata in precedenza va in questa direzione perché include nel *wellbeing* non solo il benessere fisico e psichico, ma anche quello sociale. Al giorno d'oggi sembra però necessario ampliare ulteriormente lo sguardo e promuovere quella che è stata recentemente definita "la salute del mondo"²¹. Adottando questa prospettiva, si riconosce come sulla salute non agiscano solo i fattori individuali (quali età, sesso, corredo cromosomico), ma anche quelli legati agli stili di vita, alla rete comunitaria in cui si cresce, al contesto economico-sociale e ambientale. Sono questi i cosiddetti determinanti della salute che possono compromettere o migliorare la salute dell'individuo e della popolazione nonché influire sull'aspettativa di vita²².

4. *Promozione della salute: alcuni spunti di riflessione a partire dalla pandemia Covid-19*

Alla luce delle varie dimensioni della salute (soggettiva, oggettiva e globale) appena esaminate, si mostra riduttivo qualsiasi approccio individualistico al tema in questione. Oltre a proporre un concetto indeterminato di salute perché basato solo su valutazioni soggettive, un tale approccio misconosce l'impresa scientifica della medicina e focalizza l'attenzione solo sui fattori individuali di rischio legati alla salute. Occorre invece guardare a quest'ultima in chiave relazionale non solo per delineare una nozione composita di salute, ma anche per proporre delle adeguate strategie di *health promotion* (promozione della salute). In effetti, il mancato riconoscimento

Support of Nature (https://www.chathamhouse.org/sites/default/files/2021-02/2021-02-03-food-system-biodiversity-loss-benton-et-al_0.pdf - ultima consultazione 12-11-2022).

²⁰ <http://www.who.int/news-room/detail/02-05-2018-9-out-of-10-people-worldwide-breathe-polluted-air-but-more-countries-are-taking-action> (ultima consultazione 11-11-2022).

²¹ È questa una parte del titolo del volume di P. Vineis, L. Savarino, *La salute del mondo. Ambiente, società, pandemie*, Feltrinelli, Milano 2021.

²² Cfr. Commission on Social Determinants of Health, *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health* (Final Report of the Commission on Social Determinants of Health), World Health Organization, Geneva 2008.

dell'interdipendenza fra gli esseri umani, e ancora tra l'uomo e gli altri viventi così come tra le varie forme di vita e l'ambiente circostante renderebbe lacunoso, se non addirittura fallimentare, qualsiasi intervento di *health promotion*. Da qui l'esigenza di adottare in tema di promozione della salute una logica al tempo stesso individuale e sociale, inscritta in quella che Elena Pulcini ha definito la cura del mondo²³.

L'esperienza pandemica Covid-19 ha dato prova della necessità di un tale approccio. In primo luogo, la pandemia ha mostrato come non sia possibile promuovere la propria salute a prescindere dalla tutela della salute collettiva: infatti, seguire le norme di distanziamento sociale e utilizzare i dispositivi di protezione individuale significa proteggere se stessi dal contagio e al contempo tutti coloro che ci sono più o meno vicini. Ne è prova il fatto che, rafforzando tali misure, si limita il rischio di venire contagiati e di trasmettere agli altri il virus Sars-CoV-2. In altre parole, l'impegno personale verso il proprio stato di salute non può che essere affiancato all'interesse per la salute altrui. D'altronde, già la nostra Costituzione ci ricorda sia che la salute va intesa come «fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività» (art. 32, comma 1), sia che, sulla base dei principi di solidarietà e uguaglianza sanciti agli artt. 2 e 3²⁴, la responsabilità per la promozione della salute è individuale e al tempo stesso collettiva.

Un'ulteriore lezione che possiamo trarre dalla pandemia Covid-19 trova un'adeguata sintesi nello slogan «salute senza confini»²⁵: l'evento pandemico ha dimostrato come gli interventi di *health promotion* non possano rientrare in un progetto confinato all'interno dei singoli Paesi. In effetti, vivendo in una realtà globalizzata, le questioni di salute oltrepassano i tradizionali confini politico-amministrativi al punto da non poter più essere affrontate all'interno di una singola nazione, ma nemmeno attraverso relazioni multilaterali tra alcuni stati.

Infine, l'esperienza pandemica ha dato conferma del ruolo ricoperto dai fattori contestuali nel determinare le condizioni di salute. Come hanno dimostrato alcuni recenti studi, la diffusione del Covid-19 e il rischio di

²³ Cfr. E. Pulcini, *La cura del mondo. Paura e responsabilità nell'età globale*, Bollati Borinieri, Torino 2009.

²⁴ Nello specifico, mentre l'art. 2 sottolinea come la Repubblica riconosca e garantisca i diritti inviolabili dell'uomo, ma richieda al tempo stesso «l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale», l'art. 3 assegna pari dignità sociale a tutti i cittadini e inibisce ogni forma di discriminazione.

²⁵ È questa l'espressione impiegata nel titolo di un volume di Paolo Vineis citato in precedenza (*Salute senza confini. Le epidemie al tempo della globalizzazione*).

mortalità dovuto al contagio del virus Sars-CoV-2 aumentano nelle aree in cui si registrano accesso iniquo alle risorse sanitarie, disuguaglianze socio-economiche e inquinamento atmosferico²⁶. Riconoscere, non solo in tempi straordinari, l'influenza che questi elementi di natura sociale e ambientale esercitano sulle condizioni di salute significa considerare il buon funzionamento dei sistemi sanitari un aspetto necessario, ma comunque non sufficiente, in vista della *health promotion*. Per tutelare e promuovere la salute risultano infatti indispensabili anche delle politiche di inclusione volte a garantire un accesso equo ai servizi socio-sanitari nonché degli sforzi di carattere globale finalizzati a migliorare l'ambiente e la qualità dell'aria che respiriamo. Non si può pensare, però, che il riconoscimento dei determinanti della salute si limiti a chiedere ai vari ambiti disciplinari (scienze sanitarie, sociali, economiche e politiche) di collaborare vicendevolmente per la promozione della salute. Ciascuno di noi infatti è chiamato ad assumere la responsabilità sociale per la salute²⁷, guardando così a quest'ultima in un'ottica dinamica e relazionale.

²⁶ Cfr. A. Buja, M. Paganini, S. Cocchio *et al.*, *Demographic and Socio-economic Factors, and Healthcare Resource Indicators Associated with the Rapid Spread of COVID-19 in Northern Italy: An Ecological Study*, in «Plos One», 15 (2020), <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0244535> (ultima consultazione 12-11-2022); P. Vineis, M. Avendano-Pabon, H. Barros *et al.*, *Special Report: The Biology of Inequalities in Health: The Lifepath Consortium*, in «Frontiers in Public Health», 8 (2020), <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.00118/full> (ultima consultazione 12-11-2022); X. Wu, R.C. Nethery, M.B. Sabath *et al.*, *Air Pollution and COVID-19 Mortality in the United States: Strengths and Limitations of an Ecological Regression Analysis*, in «Science Advances», 6 (2020), https://www.science.org/doi/10.1126/sciadv.abd4049?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed (ultima consultazione 12-11-2022); A. Pozzer, F. Dominici, A. Haines *et al.*, *Regional and Global Contributions of Air Pollution to Risk of Death from COVID-19*, in «Cardiovascular Research», 116 (2020), pp. 2247-2253.

²⁷ È questo uno dei principi contenuti nella *Dichiarazione universale sulla bioetica e i diritti umani*, un documento internazionale adottato per acclamazione dalla Conferenza Generale dell'UNESCO il 19 ottobre 2005. Nello specifico, la responsabilità sociale per la salute viene tematizzata all'interno dell'art. 14 di tale Dichiarazione. Per un'analisi di questo articolo, cfr. H. Ten Have, M.S. Jean (eds.), *The Unesco Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. Background, Principles and Application*, UNESCO Publishing, Paris 2009, pp. 219-230. Per un approfondimento sul rapporto tra salute e responsabilità sociale, si veda S. Semplici, *Social Responsibility and Health*, in H. ten Have, B. Gordijn (eds.), *Handbook of Global Bioethics*, Springer, Dordrecht 2014, pp. 187-201. Per il testo integrale della *Dichiarazione*, cfr. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*, 19 October 2005, http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TO_PIC&URL_SECTION=201.html (ultima consultazione 12-11-2022).

5. *L'interdipendenza vulnerabilità-salute*

Al termine di un'analisi dapprima di carattere concettuale e poi di stampo applicativo con il rimando alla pandemia Covid-19, emerge una corrispondenza tra le fonti della vulnerabilità e i determinanti della salute. Infatti, come evidenziato nella prima parte di questo contributo, la vulnerabilità dell'essere umano è dovuta a motivi intrinseci e situazionali perché è determinata dalla corporeità, dal rapporto con gli altri nonché dal contesto sociale, economico, politico e culturale in cui si vive. Di riflesso, sulla salute agiscono i fattori individuali, ma anche quelli legati agli stili di vita, alla rete comunitaria in cui si cresce, al contesto economico-sociale e ambientale.

Si può quindi parlare di un'interdipendenza tra vulnerabilità e salute, aspetto questo che rende ancor più necessaria una visione dinamica di entrambe le questioni. Come già evidenziato, la nostra vulnerabilità si spiega a partire dai limiti intrinseci alla condizione umana; tuttavia, siamo resi più e meno vulnerabili in base al momento e al contesto in cui viviamo. Similmente, la salute non è una condizione statica perché, ad esempio, subisce delle variazioni a seconda dell'età, dei vissuti e delle condizioni socio-economiche. Siamo dinnanzi a dei processi dinamici che non viaggiano affatto su binari paralleli: alcuni importanti studi tuttora in corso hanno indagato quella che è stata definita "l'incorporazione del sociale nel biologico"²⁸, mostrando come le disuguaglianze presenti nella società si traducano in svantaggi in termini di salute²⁹. La biografia lascia dei segni sul corpo perché aspetti

²⁸ L. Carra, P. Vineis, *Il capitale biologico. Le conseguenze sulla salute delle disuguaglianze sociali*, Codice edizioni, Torino 2022, p. 78. La suddetta terminologia trova ispirazione nella teoria ecosociale della distribuzione delle malattie proposta dall'epidemiologa americana Nancy Krieger: si tratta di un approccio che riconosce il rapporto dinamico individuo-società-ambiente e che ravvisa un intreccio tra biografia e biologia comprovato dall'incorporazione delle disuguaglianze sociali. A riguardo, si veda N. Krieger, *Embodiment: A Conceptual Glossary for Epidemiology*, in «Journal of Epidemiology and Community Health», 59 (2005), n. 5, pp. 350-355.

²⁹ Le prime ricerche a riguardo sono state avviate alla fine degli anni Settanta dall'epidemiologo londinese Michael Marmot e la conclusione di tali studi è prevista per il 2030. Si tratta dei famosi *Whitehall Studies* che, finalizzati a indagare le condizioni di salute dei dipendenti pubblici (*civil servants*), hanno rilevato una significativa correlazione tra mortalità e posizione nella gerarchia lavorativa. Già i primi risultati di tali studi hanno dato prova di un tasso di mortalità più elevato in coloro che occupano le posizioni inferiori della scala gerarchica, e questo a causa del loro ruolo subordinato e dello scarso controllo sul proprio lavoro. Rispetto a tali risultati, cfr. G.M. Marmot, G. Rose, M. Shipley, P.J.S. Hamilton, *Employment Grade and Coronary Heart Disease in British Civil Servants*, in «Journal of Epidemiology and Community Health», 32 (1978), pp. 244-249; G.M. Marmot, M. Kogevinas, M.A. Elston, *Social/Economic Status and Disease*, in «Annual Review of Public Health», 8 (1987), pp. 111-135. Per un'analisi della correzione tra mortalità e classe sociale di appartenenza, si vedano i risultati di uno studio multicentrico

svantaggiosi legati al reddito, alla posizione gerarchica a livello lavorativo, al grado di istruzione e alla qualità dell'ambiente di vita «vengono via via incorporati nei funzionamenti biologici di una persona attraverso disturbi di regolazione dell'asse neuroendocrino, o attraverso meccanismi infiammatori ed epigenetici, che agiscono fin dai primi mesi di vita e si accumulano nel corso della vita»³⁰. Detto altrimenti, vivere in condizioni sociali ed economiche svantaggiate, soprattutto nell'infanzia, innesca dei meccanismi molecolari che influiscono sulla salute e sull'aspettativa di vita.

I risultati di questi studi epidemiologici confermano così quanto era già emerso dall'analisi concettuale della vulnerabilità e della salute, ovvero sia il carattere dinamico e relazionale di entrambe le nozioni. È questa una constatazione che ha degli inevitabili risvolti sul fronte pratico: le strategie per fornire delle risposte alla vulnerabilità e promuovere la salute non possono includere degli interventi esclusivamente focalizzati sul singolo individuo. Appare infatti riduttivo adottare un approccio individualistico rispetto ai concetti in questione visto che la vulnerabilità e la salute rinviano al rapporto dinamico individuo-collettività-ambiente.

6. Tra i principali limiti della medicalizzazione

Proprio alla luce delle riflessioni sinora proposte, è possibile avviare un esame critico della medicalizzazione della vita, ovvero sia della sempre più diffusa estensione della medicina nei diversi aspetti dell'esistenza umana³¹.

europeo, tuttora in corso, avviato nei primi anni Novanta del secolo scorso: V. Gallo, J.P. Mackenbach, M. Ezzati *et al.*, *Social Inequalities and Mortality in Europe. Results from a Large Multinational Cohort*, in «Plos One», 7 (2012), <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0039013> (ultima consultazione 13-11-2022). Un'altra importante ricerca che sta indagando il rapporto tra disuguaglianze sociali e salute è il progetto Lifepath finanziato dall'Unione europea nell'ambito del programma Horizon 2020 (<https://www.lifepathproject.eu/>).

³⁰ L. Carra, P. Vineis, *Il capitale biologico. Le conseguenze sulla salute delle disuguaglianze sociali*, cit., p. 8.

³¹ Cfr. P. Conrad, *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore 2007; A. Maturro, P. Conrad (a cura di), *La medicalizzazione della vita* (2ª ed.), FrancoAngeli, Milano 2011; A. Maturro, F. Setiffi, *Gli aspetti sociali del wellness*, FrancoAngeli, Milano 2021 (in particolare pp. 9-27). A metà degli anni Settanta del secolo scorso, Michel Foucault aveva descritto la graduale estensione della medicina nei vari aspetti dell'esistenza umana nei termini di una "medicalizzazione indefinita". Cfr. M. Foucault, *Crisis de un modelo en la medicina?*, in «Revista controamericana de Ciencias de la Salud», 1976, n. 3, pp. 197-209 (trad. it. di A. Petrillo, *Crisis della medicina o crisi dell'antimedicina?*, in A. Dal Lago (a cura di), *Archivio Foucault 2. Poteri, saperi, strategie*, Feltrinelli, Milano 1997, pp. 202-219).

Si tratta di un fenomeno che mal si inserisce nel quadro composito tracciato nelle pagine precedenti: la medicalizzazione della vita incoraggia infatti una visione riduttiva e individualistica della vulnerabilità e della salute perché propone dei trattamenti terapeutici (per lo più farmacologici) a problemi non medici, quali sbalzi di umore, irrequietezza, disfunzione erettile e invecchiamento, rintracciando le cause di tali problematiche «“dentro” alle persone, nelle loro dimensioni molecolari»³². Gli interventi di medicalizzazione sono quindi focalizzati sul singolo, con il conseguente rischio di sottovalutare gli aspetti socio-economici e ambientali che, come evidenziato in precedenza, possono influire negativamente sulla salute e rendere il soggetto ancor più vulnerabile. In tal modo, si verifica una sottovalutazione o addirittura un misconoscimento sia delle fonti della vulnerabilità legate al contesto in cui si vive, sia dei determinanti sociali della salute. Detto altrimenti, con la medicalizzazione della vita vi è il pericolo di ridurre la vulnerabilità e la salute a dimensioni prettamente individuali legate alla sfera corporea.

È questa una prospettiva problematica perché, oltre a non riconoscere il carattere relazionale delle nozioni qui oggetto di analisi, propone una lettura della corporeità in chiave esclusivamente biomedica. Medicalizzando la vita, si pone una particolare enfasi sulla vulnerabilità corporea e si delinea un'immagine sempre più patologizzata del corpo umano, il quale viene concepito come un oggetto del tutto quantificabile e misurabile. Così facendo, si considera il corpo come materia ridicibile alla sua oggettivazione (*Körper*), sminuendo sia l'esperienza soggettiva della corporeità, cioè il corpo vissuto (*Leib*), sia l'ambiente in cui si vive che è invece parte integrante della realtà corporea³³.

La medicalizzazione sembra poi guardare alle varie fasi della vita dell'individuo in maniera frammentata, proponendo così in un certo qual modo un'immagine statica della vulnerabilità e della salute. Per esempio, con la diffusione di quella che viene solitamente definita *anti-aging medicine* (me-

³² A. Maturo, V. Moretti, *La medicalizzazione della vita tra quantificazione e «gamification»*, in «Rassegna Italiana di Sociologia», 60 (2019) n. 3, pp. 509-530, p. 509. Sulla scia di Nikolas Rose, si potrebbe dire che il progresso medico-scientifico ha avviato un vero e proprio processo di molecolarizzazione della vita umana: «Lo “stile di pensiero” della biomedicina contemporanea immagina la vita a livello molecolare, come un insieme di meccanismi vitali intelligibili tra entità molecolari che possono essere identificate, isolate, manipolate, mobilizzate, ricombinate in nuove pratiche di intervento, che non sono più vincolate dall'apparente normatività di un ordine vitale naturale». N. Rose, *La politica della vita. Biomedicina, potere e soggettività nel XXI secolo* (2007), trad. it. di M. Marchetti e G. Pipitone, Einaudi, Torino 2008, p. 9.

³³ Cfr. R.T. Jensen, D. Moran (eds.), *The Phenomenology of Embodied Subjectivity*, Springer, Dordrecht 2013.

dicina anti-invecchiamento), ovvero sia di quel filone di ricerche medicoscientifiche finalizzate a individuare delle strategie per ostacolare i meccanismi di degenerazione cellulare³⁴, la senescenza potrebbe essere declinata come un evento che si verifica nella terza età. In tal modo, invecchiare bene sembra essere un problema che ci si può porre in là con gli anni, quando invece l'invecchiamento è un processo che inizia fin dalla nascita, se non addirittura prima, e che è influenzato dal contesto socio-economico e culturale in cui si vive.

Considerazioni analoghe possono essere sviluppate rispetto alla cosiddetta medicalizzazione della morte e del morire: poiché nella nostra cultura occidentale vi è ancora la tendenza a rimuovere il tema della morte dai nostri pensieri e discorsi³⁵, si cerca di allontanare sempre più il confronto con il nostro limite estremo, ricercando nella medicina le modalità più consone per gestire la fase finale della propria esistenza. In effetti, già da alcuni decenni, la morte e il morire sono oggetto di decisioni mediche e quella sorta di impreparazione all'evento fatale può motivare sia le richieste di eutanasia e di suicidio medicalmente assistito sia quelle di prolungamento della vita a tutti i costi³⁶. In una tale cornice, l'esperienza umana del morire si appella alla competenza medica e viene circoscritta solo in quei momenti che precedono il trapasso, dimenticando così l'imprescindibile intreccio tra vivere e morire, intreccio questo che è a sua volta influenzato dal contesto socio-culturale in cui si vive.

³⁴ Rispetto agli obiettivi della medicina *anti-aging*, si veda A.D.N.J. de Grey, B.N. Ames, J.K. Andersen et al, *Time to talk SENS: Critiquing the Immutability of Human Aging*, in «Annals of the New York Academy of Sciences», 959 (2002), pp. 452-462; S.G. Post, R.H. Binstock (ed.), *The Fountain of Youth. Cultural, Scientific, and Ethical Perspectives on a Biomedical Goal*, Oxford University Press, Oxford 2004 (in particolare pp. 177-200 e 271-285). Per un esame critico di questo specifico filone della medicina, ci si limita a segnalare L. Hayflick, *Anti-aging Medicine: Hype, Hope, and Reality*, in «Generations», 25 (2004), pp. 20-26 e G. Barazzetti, M. Reichlin, *Life Extension: A Biomedical Goal? Scientific Prospects, Ethical Concerns*, in «Swiss Medical Weekly», 141 (2011), <http://www.smw.ch/content/smw-2011-13181/> (ultima consultazione 13-11-2022).

³⁵ Vi è da dire però che al giorno d'oggi si assiste a un certo ridimensionamento del fenomeno di rimozione della morte: come evidenzia Stefano Allievi, da un lato il progresso medicoscientifico alimenta le discussioni pubbliche sul fine vita, dall'altro il pluralismo culturale e religioso della nostra società ci invita a riflettere sui diversi modi di vivere la morte e il morire. Cfr. S. Allievi, *La morte declinata al plurale. Tra rimozione ed emozione: smascherare i tabù per ritrovare un senso*, in «Studia Patavina», 61 (2014), n. 2, pp. 293-313 (in particolare pp. 306-312).

³⁶ In quest'ultimo caso, si incoraggia l'adozione di un approccio vitalistico nella pratica medica, legittimando così qualsiasi intervento volto a procrastinare l'evento fatale. Per un'analisi critica del vitalismo in ambito medico, mi permetto di rinviare a F. Marin, *L'atteggiamento vitalistico nella pratica clinica*, in Id., *L'agenda della bioetica. Problemi e prospettive*, cit., pp. 69-91.

7. Ulteriori risvolti della medicalizzazione in tema di salute e vulnerabilità

In seguito all'estensione della medicina nei diversi aspetti dell'esistenza umana, il concetto di salute presenta dei confini sempre più sfumati. Basti pensare a quella che potrebbe essere definita la “medicalizzazione del rischio” promossa dagli interventi di medicina predittiva e in particolar modo dai test di suscettibilità genetica. Rivolte a individui sani, queste indagini genetiche hanno l'obiettivo di determinare il profilo di rischio di una persona, ovvero la sua predisposizione genetica a malattie quali il Parkinson, l'Alzheimer e la celiachia. Oggigiorno si possono effettuare tali test senza l'intermediazione di un professionista sanitario (medico, genetista, consulente genetico, ecc.), acquistando ad esempio online degli appositi kit.

Esula dall'obiettivo del presente contributo un'analisi delle implicazioni etiche dei test di suscettibilità genetica diretti ai consumatori³⁷; è importante però ricordare come in questo caso l'indagine genetica non stabilisca una diagnosi né tanto meno confermi un sospetto clinico in un soggetto già affetto da una certa patologia. Ora, visto che l'interpretazione dei risultati dei suddetti test genetici avviene senza una consulenza professionale, il consumatore potrebbe determinare il proprio stato di salute attraverso una valutazione personale, cioè mediante criteri meramente soggettivi. In effetti, se il test rilevasse un livello di rischio di insorgenza di malattia inferiore alla media, il consumatore potrebbe sentirsi ancor “più in salute” rispetto a quanto pensasse di essere prima di sottoporsi all'indagine genetica; al contrario, se emergesse un livello di rischio superiore alla media, egli potrebbe considerarsi o essere considerato un “pre-paziente”. Detto altrimenti, il pericolo è quello di intendere la salute a modo proprio e, a lungo andare, di non essere

³⁷ Per un approfondimento a riguardo, rinvio a F. Marin, *Putting Health in the Marketplace. Ethical Issues about Providing Online Health Risk Information*, in «Medicina e Morale», 66 (2017), n. 1, pp. 31-43. In questa sede, ci si limita alle seguenti considerazioni: non può essere sottovalutato il grado di incertezza che caratterizza l'informazione ottenuta dai suddetti test dato che oggi non sono in grado di stabilire se, quando e a quale livello di gravità insorgerà la patologia. Vi è poi il divario tra le attuali capacità diagnostico-preventive e quelle terapeutiche perché si potrebbe predire l'insorgenza di una malattia per la quale, però, non è ancora disponibile alcuna cura. Per di più, accanto al danno psicologico derivante dal risultato dei test, potrebbero verificarsi delle discriminazioni sociali, ad esempio in ambito lavorativo o nel settore assicurativo. Cfr. Comitato Nazionale per la Bioetica, Comitato Nazionale per la Biosicurezza, le Biotecnologie e le Scienze per la Vita, *Test genetici di suscettibilità e medicina personalizzata*, 16 luglio 2010, <https://bioetica.governo.it/it/pareri/pareri-gruppo-misto-cnbcnbbsv/test-genetici-di-suscettibilita-e-medicina-personalizzata/> (ultima consultazione 13-11-2022).

più in grado di individuare i diversi livelli di uno stato di salute e di malattia.

Per di più, prevedendo l'insorgenza di una determinata patologia, si rende già in un certo qual modo vulnerata quella realtà corporea che è potenzialmente esposta alla ferita, ma che non sta subendo i *vulnera* dovuti a quella malattia. In simili circostanze, colui che si è sottoposto al test di suscettibilità genetica potrebbe modificare i propri stili di vita rendendoli più salubri, ma non si può escludere che egli ricorra a trattamenti preventivi e terapeutici non strettamente indispensabili. In quest'ultimo caso, si verificherebbero episodi di ipermedicalizzazione, che, oltre ad avere delle conseguenze dannose in termini di salute, renderebbero il soggetto in questione ancor più vulnerabile.

Se si passa poi dalla "medicalizzazione del rischio" alla "medicalizzazione del potenziabile", si delinea un modello di salute completa (o addirittura perfetta)³⁸ che rende la salute stessa un bene ancor più elusivo. In effetti, anche il progetto di potenziamento umano (*human enhancement*) si rivolge a soggetti sani, ma non per rilevare il rischio di insorgenza di una determinata patologia, bensì per potenziare le prestazioni fisiche e cognitive dell'individuo nonché per modulare le sue disposizioni emotive. In questo caso quindi non si medicalizza un'eventuale condizione pre-patologica perché si interviene per così dire sul normale ritenendolo oggetto di indispensabili miglioramenti.

Al giorno d'oggi gli obiettivi del suddetto progetto possono già essere in parte raggiunti con l'impiego di alcuni ormoni e sostanze farmacologiche (come ad esempio l'eritropoietina³⁹, il Ritalin e Adderall⁴⁰) nonché median-

³⁸ Cfr. L. Palazzani (a cura di), *Verso la salute perfetta. Enhancement tra bioetica e biodiritto*, Edizioni Studium, Roma 2014.

³⁹ Si tratta di un ormone prodotto dal rene che stimola la produzione di globuli rossi e che si può ottenere in laboratorio con la tecnologia del DNA ricombinante per curare alcune forme di anemia, ma anche per aumentare la resistenza allo sforzo fisico. In effetti, diversi controlli antidoping hanno confermato come questa sostanza venga impiegata in maniera illecita nel mondo dello sport perché migliora l'apporto di ossigeno nel sangue e quindi aumenta le prestazioni fisiche degli atleti. Non possono però essere sottovalutati gli effetti negativi sulla salute: l'eritropoietina aumenta la viscosità del sangue con conseguenti rischi di trombosi e problematiche cardiocircolatorie.

⁴⁰ Questi farmaci, un tempo utilizzati per porre rimedio a deficit delle funzioni cognitive, assumono oggi giorno i connotati di neurostimolatori capaci di aumentare la memoria, la vigilanza e la concentrazione. Anche in questo caso, non mancano gli effetti collaterali sulla salute. Per di più, i neurostimolatori possono potenziare alcune capacità cognitive, ma a discapito di altre. Si è infatti osservato come il farmaco Adderall possa incrementare la concentrazione, diminuendo però la creatività del soggetto che lo assume. A riguardo, cfr. M. Farah, C. Haimm, G. Sankoorikal, A. Chatterjee, *When We Enhance Cognition with Adderall, Do We Sacrifice Creativity? A Preliminary Study*, in «Psychopharmacology», 202 (2009), pp. 541-547.

te strumenti biotecnologici quali impianti e protesi. In futuro, le tecnologie per il potenziamento umano (*human enhancement technologies*) potrebbero includere anche degli interventi di modificazione del nostro corredo cromosomico; è quanto auspicano ad esempio i sostenitori del programma di potenziamento morale, finalizzato a potenziare moralmente l'individuo per renderlo più docile, altruista e generoso⁴¹.

Non è possibile esaminare in questa sede le questioni etiche relative al tema del potenziamento umano⁴²; ci si limita qui ad evidenziare come la diffusione delle *human enhancement technologies* comporti un ampliamento dei compiti della medicina, fino a chiedere a quest'ultima di soddisfare qualsiasi bisogno dell'uomo o addirittura di realizzare ogni suo desiderio. In tal modo, non solo il singolo, ma anche la pratica medica estende la sua accezione di salute⁴³, scivolando nelle pretese insite nel concetto di benessere completo. È questo un approccio che riduce la vulnerabilità a un'esperienza esclusivamente negativa: in effetti, il progetto di *human enhancement* mira ad eliminare le fonti della vulnerabilità umana dovute al deterioramento del corpo e all'avanzamento dell'età, prevenendo così quelle ferite causate da sofferenza psico-fisica e condizioni di dipendenza.

Non vi è dubbio che la vulnerabilità presenti un'accezione negativa a causa del suo rinvio ai *vulnera* attuali e alla possibilità di subire un danno. Ciononostante, in quanto vulnerabile, l'essere umano è bisognoso di cura e quindi la vulnerabilità è quel tratto peculiare che lo apre all'ambiente circostante e gli consente l'incontro con l'altro. In altre parole, il carattere vulnerato e vulnerabile della realtà corporea ci consente di riconoscere sia il legame con il contesto in cui viviamo sia la nostra natura intersoggettiva. Ecco perché si mostra lacunosa ogni prospettiva individualistica in tema di salute e di vulnerabilità, e appare invece doveroso il riconoscimento del rapporto dinamico individuo-società-ambiente.

⁴¹ Cfr. I. Persson, J. Savulescu, *Unfit for the Future: The Need for Moral Enhancement*, Oxford University Press, Oxford 2012 (trad. it. *Inadatti al futuro. L'esigenza di un potenziamento morale*, con postfazione di A. Lavazza e M. Reichlin, Rosenberg & Seller, Torino 2019).

⁴² Avendo proposto una tale analisi in altri contributi, mi permetto di rinviare a F. Marin, *Le sfide dell'Enhancement: presupposti antropologici e finalità della medicina*, in D. Ciolino, F. Grigenti (a cura di), *Il soggetto possibile*, Cleup, Padova 2016, pp. 243-262; F. Marin, *Sulla presunta necessità del potenziamento morale*, in B. Rähme, L. Galvagni, A. Bondolfi, *Enhancement umano: un dibattito in corso*, in «L'Arco di Giano», 80 (2014), pp. 55-69.

⁴³ Vi è prova di quanto appena detto nell'attuale versione del Codice italiano di Deontologia Medica (2014), precisamente al titolo XVI (Medicina potenziativa ed estetica), dove si fa riferimento all'oramai diffusa medicina estetica (art. 76 bis) e si disciplinano anche gli interventi medici finalizzati al potenziamento delle capacità psico-fisiche dell'uomo (art. 76).

English title: Vulnerability, Health, and the Medicalization of Life

Abstract

This article aims to analyze the relationship between vulnerability and health, giving proof of their mutual dependence. Such recognition is useful for two reasons: on the one hand, it highlights the polysemous, dynamic, and relational character of vulnerability and health, avoiding the adoption of reductive, static, and individualistic approaches on these topics. On the other hand, the proposed perspective critically analyzes the model of complete health which is at the origin of the so-called “medicalization of life”. The medicalization of life means the gradual expansion of medicine over different aspects of human life. This phenomenon considers vulnerability as a merely individual dimension and situates the problem of health at the level of the individual. In this way the determinants of health are underestimated, and the issues related to vulnerability and health are not faced as a dynamic relationship between individual, society, and environment.

Keywords: vulnerability; health; determinants of health; medicalization of life; predictive medicine; human enhancement.

Francesca Marin
Università di Padova
francesca.marin@unipd.it