

La volontà del malato e l'etica del medico: il problema del conflitto

Bisogna subito notare che i due termini messi a confronto non sono omogenei: dalla parte del malato ci troviamo nel piano dell'etica in generale, mentre dalla parte del medico siamo nel campo dell'etica professionale o della deontologia medica. Avvertiamo subito che qui non considereremo i casi di conflitto tra la volontà del paziente e l'etica personale del medico, che viene tutelata entro certi limiti dal diritto all'obiezione di coscienza. Non considereremo neppure i casi in cui il paziente non è in condizioni psichiche tali da potersi formare una propria volontà ed esprimerla. Nella sostanza dunque il nostro problema s'inquadra nell'ambito del rapporto tra le scelte etiche esistenziali e quelle governate dalle regole interne ad un'attività professionale.

Si può certamente verificare che secondo l'etica generale si pervenga o sia richiesta una decisione che contrasti con quella richiesta da quell'etica speciale che è la deontologia professionale. A sua volta è possibile che i soggetti della decisione etica in questione siano diversi oppure che essi s'identifichino. Un medico può curare se stesso. Nella stessa persona può esservi conflitto tra ciò che la sua coscienza di uomo richiede e ciò che il suo dovere professionale esige. Alla coscienza di un avvocato può ripugnare la difesa del criminale, ma ciò tuttavia fa parte del suo dovere professionale.

Non sempre è chiaro se i conflitti di coscienza interni allo stesso soggetto si possano configurare come conflitti tra forme di etica diverse (quella generale e quella professionale). Ad esempio, nel caso dell'obiezione di coscienza in tema di aborto si può discutere se il conflitto non riguardi una controversa interpretazione dei doveri professionali del medico, che secondo la visione tradizionale non deve mai essere operatore di morte, oppure se si vuole riconoscere uno spazio alla sua coscienza etica di essere umano in generale.

Il nostro tema richiede al contrario che i soggetti della decisione etica siano distinti e che siano anche distinti i piani in

cui essa si svolge: da una parte un soggetto malato, e quindi destinatario di un'attività professionale, e dall'altra un soggetto fornito di quella competenza professionale specificatamente richiesta. È chiaro, pertanto, che la problematica si dovrà articolare non solo nel confronto tra l'etica generale e quella professionale, ma anche nel rapporto tra volontà distinte che non possono essere ricondotte ad un unitario processo decisionale interno ad una stessa coscienza.

Quest'ultima condizione del problema contribuisce a rendere più stridente il primo possibile contrasto, perché questo non può più essere ricondotto alla base unitaria della stessa coscienza. Non è più possibile affidare all'insindacabile decisione personale la prevalenza o meno dei doveri professionali. È necessario trovare delle regole oggettive che aiutino ad individuare in quali casi debba prevalere l'una e in quali l'altra volontà. Voglio dire che la configurazione del nostro problema esclude in linea di principio un'etica della pura coscienza, in cui ognuno è giustificato per il solo fatto di seguire ciò che ritiene giusto e buono. Questa configurazione dell'etica qui non è utilizzabile, perché le decisioni di una volontà condizionano, interagiscono, favoriscono o vanificano quelle dell'altra. Siamo di fronte ad una dimensione sociale dell'etica che è qui assolutamente ineliminabile per la risoluzione stessa del problema morale.

In verità tutte le decisioni morali di un individuo hanno effetti o conseguenze sulle scelte morali di altri individui. È questa una constatazione sociologica che anche l'**individualismo** etico più solipsistico non può che accettare. **Tuttavia qui il problema è ben diverso. Non ci troviamo infatti in scelte etiche che si sviluppano su piani omogenei e che quindi possono essere sottoposte all'unico limite del rispetto dell'eguale libertà altrui. Al contrario, se si applicasse al paziente e al medico quest'ottica, l'eventuale conflitto sarebbe irrisolvibile. Ognuno tirerebbe per la sua strada e, conseguentemente, la volontà del più debole ne uscirebbe frustrata. In realtà, poiché sono a confronto forme di etica eterogenee e soggetti della decisione distinti, si esige una coordinazione del loro rapporto, una coordinazione delle regole morali e una coordinazione delle persone. Tutto ciò richiede a sua volta una formulazione di regole oggettive che governino la formazione della coscienza dei singoli soggetti. In questo caso si tratta di un'etica intersoggettiva, di un'etica del rapporto "medico-paziente".**

Si deve ritenere – a mio parere – che quest'etica intersoggetti-

va sia sovra-ordinata rispetto alle decisioni dei singoli soggetti del rapporto nel senso che governi la formazione delle scelte personali da parte delle coscienze. Ma questa considerazione può essere controversa. Si può ritenere che non si tratti propriamente di un'etica superiore, ma che in realtà siamo di fronte pur sempre all'etica deontologica che si fa più attenta alle esigenze dell'etica personale del paziente. Si può ritenere che il nostro problema non interessi in effetti direttamente il paziente, ma solo il medico. I fini etici prevalenti sono solo quelli del malato. È lui il vero soggetto del problema. Il ruolo del medico riguarda l'aiuto necessario affinché il malato riacquisti la salute. Ma non bisogna dimenticare che questa salute è quella del malato, che «non può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizioni di legge» (art. 32 Cost.). Il fine dell'azione del medico è qualcosa che è propria del malato. Pertanto, il problema dell'eventuale conflitto di volontà sembrerebbe interessare solo il medico e non già propriamente il paziente. È il medico che deve porsi il problema dei limiti imposti alle proprie scelte professionali e non già il malato, che è insieme il soggetto più debole e il detentore del fine.

Questa posizione è quella generalmente seguita e fa del nostro tema una questione interna alla deontologia professionale del medico. D'altronde si pensa che un'etica deontologica sia e debba essere per sua natura un'etica subordinata in quanto riguarda l'uso dei mezzi e non già la determinazione dei fini generali della vita umana. Così si tende a sviluppare, ad esempio, il problema dell'eutanasia come questione morale più del medico che del malato. La stessa formulazione del termine reca traccia di questa preferenza. Perché una morte sia "buona", quasi sempre essa richiede l'aiuto del medico. Sembra che, mentre non abbia senso porsi il problema di quale debba essere la coscienza del malato, abbia al contrario molta rilevanza interrogarsi su quale *debba* essere la coscienza del medico, fermo ovviamente restando il rispetto di essa. Il conflitto è pertanto tra un'etica dei fini fondata sulla pura intenzione e un'etica dei mezzi fondata sulle regole deontologiche. In questi termini non v'è dubbio a quale di esse debba essere data la prevalenza e la funzione direttiva.

Questa formulazione del problema non è accettabile per considerazioni di ordine diverso: essa non rispetta la vera e propria natura di un'etica deontologica come quella medica ed implica una concezione distorta del rapporto "medico-paziente".

L'etica deontologica è ritenuta essere un'etica esclusivamente dei mezzi e quindi una sorta di etica di serie B. Solo dei mezzi si può discutere, e non già dei fini, che si presentano come opzioni indiscutibili. L'etica deontologica si presenta così come un'etica ipotetica: posta la volontà di raggiungere un certo fine, s'individuano i mezzi più adatti e convenienti e ciò richiede la competenza professionale specifica. Tradizionalmente e normalmente il fine della medicina è la salute e i mezzi sono le cure che il competente professionista giudica adatte al suo conseguimento. È questa sicuramente la parte imperitura del famoso *Giuramento d'Ippocrate*¹. In una visione puramente strumentale dell'etica deontologica il fine (la salute) è realmente proprio del malato, mentre per il medico è solo un principio ipotetico sulla cui base si può valutare la solidità dei giudizi professionali, che sono il vero e proprio campo d'azione dell'esperto. In realtà, invece, una deontologia assurge ad etica vera e propria solo nella misura in cui essa comprenda il fine in modo non ipotetico. Si è liberi di esercitare la professione medica o quella forense, ma se si sceglie una di esse, si sceglie anche il fine che queste attività intendono conseguire. Non basta per essere medici essere esperti dell'arte sanitaria se non si vuole anche il fine a cui essa è rivolta. Non consideriamo, infatti, il medico nazista (e affini) un vero e proprio medico. Di conseguenza la salute (o, se vogliamo, una vita dignitosa) è insieme sia il fine del malato che quello del medico. Entrambi vogliono la stessa cosa in senso letterale, perché entrambi vogliono la salute del malato. Ma volere la stessa cosa non di rado provoca conflitti. Anche Francesco I e Carlo V volevano la stessa cosa, cioè il ducato di Milano.

Certamente non è irrilevante che il malato sia molto più interessato ad una salute, che è la *sua*. È per questa ragione che giustamente si segue il principio: «*voluntas aegroti suprema lex*». Ma ciò non significa che nel medico non vi sia in senso proprio la volontà del fine, ma solo che il malato deve conservare la piena disponibilità dell'interpretazione circostanziata di un fine, che è in prima e ultima istanza *suo*. Così il malato può richiedere in modo inequivocabile e con piena coscienza la so-

¹ G. Perico, *Il Giuramento di Ippocrate*, in "Aggiornamenti sociali", 4, 1989, pp. 263-276.

sensione delle cure senza che il medico abbia diritto d'ostacolare questa decisione².

Si palesa, pertanto, che la vera differenza tra paziente e medico nei confronti del fine è da individuarsi nel fatto che il primo propriamente non lo sceglie, mentre il secondo ha scelto semmai una professione (e quindi implicitamente di operare per un fine). Il malato non "sceglie" propriamente la salute, ma si trova in uno stato di vita che ha per "fine naturale" la guarigione. Chi è malato vuole necessariamente guarire, almeno nella normalità dei casi. Tuttavia volere la salute è un desiderio indistinto che non può essere pienamente compreso, precisato e realizzato senza la collaborazione del medico. Voglio dire che l'apporto del medico non è puramente strumentale, ma è anche cognitivo nel senso che è necessario ad una piena coscientizzazione dello stato di vita del malato.

È da rifiutare, pertanto, quella rigida ripartizione di competenze che assegna al malato la gestione del fine e al medico quella dell'uso dei mezzi. In realtà lo stato della malattia introduce ad una dimensione cooperativa in cui il medico partecipa alla più esatta determinazione del fine e il paziente viene chiamato ad una sempre maggiore conoscenza dei mezzi, del loro uso e dei loro effetti. D'altronde vari indizi mostrano sempre più presente l'esigenza di inserire nel rapporto tra medico e malato anche una collaborazione sul piano conoscitivo. Penso qui, tra l'altro, alle condizioni cognitive richieste per un consenso veramente "informato" che non abbia il mero obiettivo di evitare conseguenze legali per il medico.

Oggi siamo ormai divenuti pienamente consapevoli che il rapporto medico-paziente è una relazione paritaria, che il paziente ha il pieno diritto di decidere per la propria salute, che le terapie o la gestione dello sviluppo della malattia richiedono una partecipazione del diretto interessato, che la persona del paziente non è un oggetto affidato alle cure del medico e che il rapporto di fiducia non deve significare una condizione di inferiorità del malato e una sua mancanza di consapevolezza³.

I due cardini intorno a cui ruota ogni etica professionale so-

² Cfr. F. D'Agostino, *Criteri di valutazione giuridica della proposta di risoluzione sull'assistenza ai pazienti terminali presentata al Parlamento europeo*, documento presentato nella seduta del 10 giugno 1991 del Comitato Nazionale di Bioetica.

³ Cfr. S. Nespor, A. Santosuosso, R. Satolli, *Vita morte e miracoli. Medicina, genetica, diritto: conflitti e prospettive*, Feltrinelli, Milano, 1992, pp. 113-132.

no quelli della competenza e della responsabilità. La professionalità non è soltanto il risultato di una rigorosa preparazione tecnico-scientifica – come spesso si è inclinati a ritenere –, ma implica anche un coinvolgimento sul piano dei valori e sul piano personale. Più che nella competenza professionale bisogna vedere nella responsabilità il nucleo etico più significativo della deontologia. Un incompetente è sempre anche un irresponsabile ed infatti di solito non ha coscienza della propria incompetenza. La competenza tecnica attiene al potere, ma la responsabilità è questione di saggezza. Si è responsabili sempre nei confronti di altri⁴. In un'etica puramente soggettivistica non v'è posto per la responsabilità. Possiamo qui usare la formula di Jonas: «Agisci in modo tale che gli effetti della tua azione siano compatibili con la continuazione di una vita autenticamente umana». È qui evidente che il vero e proprio fine dell'agire anche in un'etica deontologica è il bene dell'uomo e non già l'efficacia dell'intervento di per sé. Non ha senso sostenere che l'intervento è perfettamente riuscito se il paziente è morto.

Per questo l'etica deontologica differisce da quella personale non già per il fatto di trovarsi su un piano inferiore, ma per il fatto di essere rivolta al bene altrui piuttosto che al proprio. L'etica deontologica è, infatti, un'etica sociale o un'etica altruistica. Si potrebbe anzi pensare che l'accrescimento della consapevolezza delle interdipendenze, delle connessioni e delle interrelazioni, che la società del futuro è destinata a moltiplicare, faccia assurgere l'etica professionale al rango di nuovo paradigma della morale contemporanea. Di fatto oggi, anche al di fuori dei modelli tradizionali delle professioni, ci si accorge sempre meglio delle responsabilità che non solo ogni scienziato, ma anche ogni lavoratore e operatore si devono assumere nei confronti di altre persone, del loro ambiente vitale, della loro qualità della vita e della loro stessa sopravvivenza.

Allora il nucleo più significativo della nostra questione si può ricondurre a questi termini: il rapporto tra l'etica del paziente e quella deontologica del medico è puramente strumentale o è cooperativo? L'opera del medico si sviluppa soltanto nell'apprestare i mezzi più consoni alla guarigione oppure interviene anche nella formazione della coscienza del malato?

⁴ H. Jonas, *Etica della responsabilità*, trad. di K. Tenenbaum, in "Micromega", 2, 1990, pp. 217-231.

Oggi le scelte etiche fondamentali richiedono informazioni e l'ausilio di competenze specifiche che di rado il soggetto della decisione possiede. Ciò significa che tali scelte esigono un affidamento, un atto di fiducia nei confronti di chi fornisce informazioni e competenze. Conseguentemente bisogna ripensare il concetto di autonomia morale, che è l'idolo indiscusso di un'etica individualistica. Se "autonomia" significa che ognuno è portatore della responsabilità delle proprie scelte, allora è una conquista morale irrinunciabile. Ma, se significa che ognuno è legge a se stesso o dà a se stesso la regola di condotta ovvero giustifica la propria condotta solo davanti al tribunale della propria coscienza, allora l'autonomia morale non è accettabile e neppure risponde al concreto operare della vita morale. In realtà nessuno di noi potrebbe compiere scelte morali senza la collaborazione degli altri, da cui riceviamo i dati necessari per la decisione e spesso anche i parametri normativi usualmente praticati. Certamente poi siamo solo noi a portare tutto il peso delle nostre decisioni, ma questa responsabilità può essere vissuta nella solitudine e nella separazione oppure nella condivisione e nella solidarietà.

È mia convinzione che solo attraverso una trasformazione del modello dei rapporti tra medico e paziente sia possibile affrontare in modo adeguato la questione del conflitto di volontà, questione che altrimenti non è suscettibile di soluzione diversa da quella attualmente corrente per cui si dà correttamente la priorità alla volontà del malato, ma non ci si cura della sua formazione cosciente.

Una volta stabilita la necessità di una cooperazione tra medico e paziente, occorre precisare la natura di questa dimensione collaborativa⁵. Le forme di cooperazione possono essere le più varie e d'intensità diversa. La più forte è quella che si realizza all'interno di una comunità di vita. Si può parlare di una comunità di vita tra medico e paziente ovvero dobbiamo rassegnarci al puro e semplice rapporto contrattuale⁶?

È dubbio che si possa parlare di una vera e propria comunità morale tra medico e paziente. L'etica della professione medica appare essere più universale di quella del paziente, che

⁵ Per gli aspetti psicologici del rapporto medico-paziente cfr. S. Leone, *Lineamenti di Bioetica*, Medical Books, Palermo, 1990, pp. 265-282.

⁶ Cfr. G. R. Dunstan, E. A. Shinebourne, *Doctors' Decisions*, Oxford U. P., Oxford, 1989.

appartiene a determinati contesti morali e vitali, che il medico personalmente potrebbe anche non condividere teoricamente ed esistenzialmente. «Medici e infermieri sono continuamente di fronte al conflitto tra rispettare la libertà dei pazienti e fare ciò che è nei loro interessi»⁷. La professione medica implica mettersi al servizio di quelli che sono i reali interessi del paziente, ma questi potrebbe interpretare i propri interessi in modo difforme da quello del medico.

Qui bisogna rendersi conto che ciò che è in gioco è il concetto stesso di 'comunità morale'. Per aversi una comunità morale è necessario che i suoi membri abbiano le stesse convinzioni etiche ed interpretino allo stesso modo i valori dominanti? Perché si parli di una comunità morale è necessario il consenso intorno alle scelte fondamentali di vita? Spesso si dà una risposta affermativa a tale quesito. Engelhardt definisce la comunità un'associazione volontaria di individui sulla base di una visione concreta del bene comune e la distingue dalla società, in cui gli individui non condividono una visione concreta del bene comune, anche se possono cooperare nel perseguire fini importanti⁸. Tuttavia in tal modo non si spiega come mai anche nelle comunità può aversi un conflitto d'interpretazioni a proposito del bene. Le comunità non sono da intendersi come un blocco monolitico d'individui omogeneizzati nei valori a cui consentono. All'interno di ogni comunità ci possono essere, e spesso ci sono, interpretazioni confliggenti riguardanti il contenuto di ciò a cui pure si consente. Non è sufficiente dissentire sul modo d'intendere i valori per considerare gli altri "stranieri morali".

Allora potrebbe sembrare importante stabilire se il conflitto di volontà tra medico e paziente debba intendersi come un conflitto interno ad una comunità di vita ovvero come un conflitto tra due universi morali, che pure debbono in qualche misura cooperare. Ma in realtà il rapporto medico-paziente non riguarda né la prima né la seconda ipotesi. Infatti abbiamo già detto che qui non hanno rilievo le convinzioni morali personali del medico, ma la sua etica deontologica. Il medico non si pone nella sua ottica morale personale quando si chiede quale sia il bene del malato, ma si colloca dal punto di vista dell'etica

⁷ H. T. Engelhardt, *Manuale di Bioetica*, trad. di M. Meroni, Il Saggiatore, Milano, 1991, p. 70.

⁸ *Ivi*, p. 63.

professionale, che – come abbiamo già notato – non è un'etica alternativa a quella del malato e non si pone sullo stesso piano.

L'etica deontologica, che è per sua natura tendenzialmente decontestualizzata, svolge il ruolo di un'etica critica nei confronti dell'etica personale del paziente. Non soltanto il medico fornisce quegli elementi necessari per prendere una consapevole decisione morale, ma conduce il paziente ad interrogarsi sulla sua stessa interpretazione dei valori accettati. Il caso emblematico è quello dei pazienti che rifiutano la trasfusione di sangue per motivi religiosi. Certamente la scelta personale del paziente deve essere alla fin dei conti, anche se sbagliata, accettata, perché bisogna rispettare le persone e la loro autonomia, ma l'opera del medico deve anche costituire uno stimolo per un atteggiamento critico e riflessivo da parte del paziente. Questi deve essere indotto ad interrogarsi sia sulla validità delle proprie interpretazioni della pratica morale diffusa, sia sulla fondatezza della pratica morale in se stessa. Infatti ogni atto di scelta morale non è una mera applicazione dei valori accettati, ma più propriamente è un rinnovato atto di adesione e di consenso. Il medico deve aiutare il paziente a rimettere in questione i propri principi morali qualunque essi siano.

Non bisogna confondere il principio universale del rispetto delle persone con il principio etico del fare agli altri il bene ed evitare il loro male, che Engelhardt chiama "principio di beneficalità". L'accettazione del primo non deve condurre a rinunciare al secondo, ma al contrario il rispetto delle persone dovrebbe spingere ad aiutarle ad individuare il loro vero bene o interesse.

Se si accetta che l'etica professionale del medico debba avere anche una funzione critica, allora implicitamente si riconosce che essa non può ridursi ad una dimensione puramente formale o procedurale. La professione medica porta in sé una certa visione di quello che è il bene del paziente, se è vero che il suo fine è procurare la guarigione e la salute.

Quest'ottica di collaborazione intersoggettiva e critica della gestione della malattia non sembra presente in modo soddisfacente nel nuovo Codice di deontologia medica del 1989⁹. Esso sembra preoccupato principalmente di fissare le condizioni rigorosamente "professionali" di libertà, indipendenza e dignità

⁹ Cfr. AA. VV., *Il nuovo codice di deontologia medica*, Giuffrè, Milano, 1991.

dell'attività del medico e di tutelare l'autonomia della volontà del paziente, ma non affronta i problemi complessi della loro interazione e soprattutto non offre l'immagine della cura sul modello di un'impresa cooperativa.

È vero che nel Giuramento iniziale il Codice fa riferimento al rispetto dei «principi etici della solidarietà umana», ma questo è sviluppato solo in senso negativo, cioè come impegno a non utilizzare le proprie conoscenze contro tali principi. Non si dice in positivo cosa possa significare esercitare la professione medica nell'ottica della solidarietà.

L'art. 25 invita il medico nell'esercizio della professione ad astenersi dall'influenzare le opzioni e le opinioni morali, religiose o politiche del paziente. È ovvio che qualsiasi condizionamento delle convinzioni altrui deve essere rifiutato, ma ciò non significa per nulla che ci si debba astenere dalla pratica discorsiva del consiglio rispettoso che appartiene alle condizioni necessarie affinché ogni essere umano si formi degli orientamenti consapevoli. Il paziente – come ogni altro essere umano – ha bisogno di essere aiutato a mettere a punto il *proprio* atteggiamento nei confronti della situazione esistenziale della malattia. La vita sociale esiste per questo e sarebbe assurdo che solo il medico, cioè colui che è l'esperto della salute, si sottraesse dal giustificare le basi etiche della propria attività e delle proprie prescrizioni terapeutiche, instaurando un rapporto discorsivo ben più ampio con il paziente. Qui è necessario ancora una volta ribadire che stiamo passando dalla convinzione dell'esistenza di un'etica generale meccanicamente applicata alle diverse condizioni di vita ad una concezione più complessa, in cui si moltiplicano le etiche regionali corrispondenti ai diversi stati di vita dell'uomo. Non esiste l'uomo in astratto o indifferenziato, ma si è esseri umani sempre in situazione, cioè in quanto fanciulli, donne, lavoratori, anziani, handicappati, malati... Ognuno di questi stati di vita ha le proprie condizioni d'esistenza, le proprie regole interne, i propri valori-guida, che certamente hanno un collegamento tra loro nell'ambito di una comune umanità, ma che possono essere pienamente compresi solo dall'interno delle varie situazioni esistenziali. Così l'ammalato deve essere aiutato ad assumere quella che potremo chiamare "l'etica del paziente", che non è certo quella impostagli dal medico o dalla società dei sani, ma è quella che risulta dal modo consapevole e responsabile di gestire il proprio rapporto con la malattia che ogni ammalato va maturando nella pro-

pria esperienza di vita¹⁰. Di questo processo di coscientizzazione il medico non può lavarsi le mani. Verrebbe meno al paziente quell'atto di solidarietà umana di cui più ha bisogno.

In conclusione, credo che si debba ribaltare l'assetto usuale dei rapporti tra l'etica generale e quella deontologica, per cui quest'ultima appare essere meramente subordinata e strumentale. In realtà l'etica deontologica oggi va assumendo una sempre maggiore universalità e una progressiva decontestualizzazione, mentre al contrario l'etica generale si particolarizza e si contestualizza negli stati di vita. Nello stesso tempo aumentano le possibilità di comunicazione tra l'etica del paziente e quella del medico, che è invitato ad abbandonare ogni atteggiamento di gelosa autonomia professionale per entrare in una logica di condivisione e di partecipazione cognitiva al paziente delle scelte "tecniche". Di conseguenza, piuttosto che parlare di etiche distinte, oggi comincia ad essere possibile considerare il processo delle scelte esistenziali come un'impresa cooperativa, in cui certamente si mantiene la distinzione dei ruoli e delle competenze, ma al contempo si abbattono gli steccati tradizionali e il modo individualistico d'intendere l'autonomia della persona e quella dell'esperto.

Non bisogna, però, in conclusione dimenticare che il problema qui discusso non è solo una questione di rapporto di volontà. Sullo sfondo c'è un fine che è quello della salute e del benessere fisico e psichico. Questo fine si deve considerare come "naturale" e in tal senso è necessariamente presupposto e costituisce la base giustificativa della relazione medico-paziente. Che questo fine è naturale significa che è in una certa misura indisponibile da parte delle volontà. Né il paziente né il medico scelgono di perseguire il raggiungimento della salute, ma questo fine è la ragion d'essere del loro rapporto cooperativo. La salute a sua volta non deve essere vista come il prodotto dell'arte medica, ma come il ristabilimento delle condizioni naturali dell'essere umano. La medicina non conferisce la salute, ma propriamente cerca di eliminare gli ostacoli che impediscono la salute.

¹⁰ In questa prospettiva non posso che guardare con sfavore l'ipotesi del testamento biologico, cioè i tentativi di determinare la volontà di un malato in atto incapace di volere sulla base di manifestazioni di volontà di un passato in cui era sano.

La medicina ha per fine non già l'arte medica stessa, ma uno stato naturale che non è una tecnica. Ciò significa che il principio di una tecnica sta nella competenza e nella preparazione dell'esperto e non già negli artefatti, mentre il principio della salute sta nella natura.

Aristotele¹¹ si è posto il problema del medico che cura se stesso, perché qui potrebbe sembrare che il principio del risanamento s'identifichi con il principio dell'arte medica. Tuttavia neppure in questo caso la tecnica sostituisce la natura. Una tecnica che fosse diretta a produrre se stessa non sarebbe in senso proprio una tecnica. «Ciò potrebbe avvenire solo se la vita come tale divenisse un artefatto producibile "tecnicamente"; ma se ciò avvenisse, in quello stesso momento non ci sarebbe più salute, né nascita e morte»¹².

¹¹ *Fisica II*, 192 b 23-27.

¹² M. Heidegger, *Sull'essenza e sul concetto della physis*, in *Segnavia*, ed. it. a cura di F. Volpi, Adelphi, Milano, 1987, p. 211.