

NOTE

Commenti

La malattia fra interpretazioni biologiche e sociali

La differenza fra una recensione ed un commento ad un'opera può anche essere piuttosto sottile o non ben delineata. In genere, il secondo è più vasto ed articolato della prima e non si limita ad attraversare, sinteticamente, un solo libro. Si muove lungo una dimensione più ampia, polivalente ed approfondita. È questo il nostro caso.

Pur prendendo le mosse e fondando-
ci sull'intelligente ed interessante testo di una giovane studiosa [Alessandra Parodi, *Storie della medicina*, Comunità, Torino 2002, Euro 22,00], ci è parso riduttivo riportare le ampie argomentazioni svolte al livello di una pura e semplice recensione. Lo spunto, se così si può dire, o la serie di considerazioni da esso dedotte ci sono parse reggere un intervento più completo e coinvolgente: non un vero e proprio saggio autonomo, ma un commento propedeutico ad altri percorsi di approfondimento.

Le storie della medicina (o i libri che le contengono) si sono succedute negli anni in modo abbastanza convenzionale secondo un canone metodologico che le riconduceva (grosso modo) a tematiche quali quelle della filosofia storica, della biografia della scienza, della vita e dell'opera dei medici, della patologia storica, della paleopatologia, dello studio dell'assistenza, dell'evoluzione disciplinare e dell'insegnamento medico¹. Si tratta evidentemente di aree investigative di grande importanza che hanno portato contributi sicuramente significativi al sapere medico in particolare ed al sapere scientifico-sociale in generale.

Il testo che poniamo come base e premessa metodologica di questo nostro commento rompe di fatto (almeno in Italia) con questa continuità ripetitiva ed apre fronti in parte inediti nella storia della medicina. Esso, infatti, la affronta volutamente ed esplicitamente in un'ottica epistemologica di filosofia della scienza, con forti aperture ai fattori sociali della malattia² e con riferimenti non effimeri alle politiche sanitarie nazionali e sovranazionali, ormai parte necessaria e costitutiva di ogni storia del sapere e della prassi medica³.

1. Così, da V. Busacchi, A.R. Bernabeo, *Storia della medicina*, Patron, Bologna 1978, pp. 8-9.

2. Ciò, per il vero, senza analoghe aperture alla sociologia, quasi mai ripresa nell'opera, che pur se ne sarebbe sicuramente giovata.

3. Lungo questa dimensione, qui non al centro ovviamente dell'attenzione, vedi G. Vicarelli, *Alle radici delle politiche sanitarie in Italia*, Il Mulino, Bologna 1997 ed il recen-

Andando oltre dunque una concezione convenzionale della storia della medicina, concentriamoci sulle valenze conoscitive e gnoseologiche del sapere medico, seguendo l'impostazione del testo di Alessandra Parodi che fa del pluralismo dell'approccio integrato fra biologico, sociale e psicologico⁴, e della coesistenza societaria di più modelli di cultura della malattia/salute, la sua stessa ragion d'essere.

Spiegazioni epistemologiche e sociali delle malattie

Le modalità secondo le quali i medici interpretano e leggono la malattia non esauriscono sicuramente le maniere secondo le quali i malati ed i loro vicini affettivi comprendono lo stesso

fenomeno. Già questo dà bene l'idea della difficoltà, da parte di ogni studioso, di dar conto delle varie spiegazioni che si accompagnano ai vari tipi di malattia. Può essere vero che la medicina è una sorta di "scienza applicata" molto fragile in quanto basata essenzialmente sulla biologia, scienza recente e molto articolata, nonché ancora impastoiata nelle sue fasi iniziali⁵. Può essere vero che la medicina è una disciplina piuttosto tradizionalista e conservatrice⁶, perché fatta di fiducia dell'altro (il malato) e di bisogno di sicurezza psicologica. Può essere vero che la fretta⁷ sia ormai la vera nemica dell'atto medico, in una sorta di lavoro tayloristico che perde di vista la globalità del malato. Può essere vero che l'*Evidence Based Medicine*, non sia né evidente⁸, né fondata⁹, né medicina¹⁰ e,

tissimo G. Cosmacini, *Milano capitale sanitaria*, Le Monnier, Firenze, 2002. In un'ottica non molto diversa, cfr. G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Laterza, Bari/Roma, 1995.

4. È questo un aspetto cruciale delle nostre argomentazioni su cui torneremo. Cfr., comunque, A. Ardigò, *Società e salute*, Angeli, Milano 1997.

5. Scrive E. Bonicelli: "La medicina, in particolare, non è mai stata una scienza, non lo è oggi né forse non lo sarà mai. [...] la scienza della medicina è recente e si chiama biologia. Mentre gli ingegneri da 150 anni utilizzano la fisica e la chimica, sono solo pochi anni che la biologia produce cose degne di essere definite come scienza". Cfr. *Il medico fra arte e scienza*, in "Kéiron", 4, sett. 2000, pp. 23-24.

6. Così, J. Ben-David, *Scienza e società*, Il Mulino, Bologna 1975, p. 51. L'impressionare e la dottrina esoterica valgon più, ancora oggi, dell'empirismo razionale?

7. Così, E. Bonicelli, *op. cit.*, p. 25.

8. *Evidence* è traducibile in molti modi e contempla il concetto di prova, di risultato, di esito controllato, ma non abbandona mai quello di evidenza. Prova ed evidenza sono spesso l'opposto l'una dell'altra. Sul tema della verità (anche, ma certo non solo come evidenza), cfr. C. Cipolla (a cura di), *Il nodo di Gordio: verità e sociologia*, Angeli, Milano 2002.

9. Ha ragione D. Antiseri nel criticare questo aspetto da una posizione coerentemente ed "infallibilmente" popperiana. Cfr. *Le "evidenze" della EBM: "fatti" o artefatti?*, in "Kéiron", 4, sett. 2000, pp. 14-21.

10. Su questo, concordano tutti gli autori del bel numero di "Kéiron", citato, dedicato a questo argomento. Riprendo Cinzia Caporale, Ivan Cavicchi, Massimo Tombesi, Giovanni Jervis, Gilberto Corbellino, Domenico Costantino. L'EBM va intesa in un'accezione laica e non integralista. Essa non può ridurre la medicina a statistica, né passare da metodo (da integrare con altri) a paradigma o ideologia. Essa, comunque, combatte di fatto la magia e impone l'onere della prova, presupposto di ogni scienza. Cfr., in merito, C. Cipolla, *Epistemologia della tolleranza*, Angeli, Milano 1997, 5 voll., voce "Onere (della prova)", pp. 1.960 ss. del IV volume.

comunque, sia solo un metodo statistico e non una concezione paradigmatica della malattia/salute.

In ogni caso, quello che conta è che la malattia resta (o diventa) sempre più tante malattie e che le sue forme di spiegazione o di interpretazione sono (o diventano) sempre più innumerevoli. Può sembrare strano ma questa tendenza pluralistica pare essere l'evoluzione collettiva in atto sia essa letta dal versante professionale che da quello dei cittadini.

Partiamo dall'*approccio soprannaturale* alla malattia¹¹. Esso muove dal presupposto che non è data un'autonomia della natura, la quale dipende da Dio (o simili). La malattia è intesa come un'invasione dall'esterno, come spirito maligno (animismo), come demone, come conseguenza del peccato, come derivazione da un'offesa avanzata verso la divinità. Solo l'esorcista, il propiziatore, il mago (?) possono eliminare la malattia. Qui, magia ed astrologia svolgono un ruolo non secondario sia verso il cielo (divinità), sia verso la terra (altre persone, malocchio). In tale ottica, le formule rituali e la lettura delle corrispondenze astrali servono a cacciare l'invasore. Il cristianesimo è stato ed è ambivalente rispetto a questa prospettiva, soprattutto per quanto concerne la dimensione del peccato, della protezione, del ricorso a Dio.

Cheché se ne possa pensare, questa lettura della salute è ben presente nella

nostra società e convive pacificamente con molti altri paradigmi medico-epistemologici di stampo ben più razionale che vedremo più oltre. Detto altrimenti, il razionale non scaccia mai del tutto l'irrazionale dalla scena della vita¹².

L'*approccio ippocratico* o ad impianto umorale è quello che ha governato in campo medico la storia dell'umanità per oltre 2000 anni, almeno in Occidente. Esso si basa¹³ sul superamento della concezione sacrale della malattia a favore di una sua lettura quale squilibrio naturale fra gli "umori" che compongono il nostro organismo. Il recupero di un equilibrio armonico a favore di proporzioni corrette fra catarro, sangue, bile, ecc. è lo scopo della *técne medica* cioè della "scienza" spendibile sul caso singolo per il recupero della salute. Ippocrate fu preceduto da Asclepio¹⁴ e seguito da Galeno per una sorta di continuità che si fece etica professionale, uso dei farmaci al fine di modificare il corpo, rifiuto del nichilismo terapeutico e della iatrogenesi medica (primo: non nuocere), attenzione prestata allo stile di vita, al ruolo intersoggettivo assoluto dalla medicina, alle intuizioni sul senso dell'empatia e delle cure palliative. Insomma, lungo questo percorso, che giungerà oltre la Regola Salernitana e verrà messo in crisi (parzialmente) solo dal Rinascimento, si dipana la medicina moderna che, ancora ai giorni no-

11. Seguo il testo di A. Parodi, *op. cit.*, pp. 3 ss.

12. Che è anche uno dei canoni guida della mia opera epistemologica citata nella nota 10 ed a cui rimando per le argomentazioni giustificative del caso.

13. Rimando, ancora, ad A. Parodi, *op. cit.*, pp. 33 ss.

14. I templi degli asclepici (da Asclepio), anche ospedali e ricoveri per il vero, furono una sorta di scuole mediche, di taglio filosofico pre-socratico, a cavallo fra sacro e profano, fra religione e scienza. Tali scuole furono la linfa vitale da cui derivò, in Grecia, il *Corpus Hippocraticum* (Scuola di Cos del V sec. a.C.). Questo fu essenzialmente razionale ed a base scritta. Il disegno di copertina della presente rivista rappresenta Asclepio, sotto forma di un medico in foggie stilizzate seicentesche (o settecentesche): la rinascita razionale della ricerca medica, a partire da quel lontano semidio, però.

stri, è avvolta da alcune di quelle premesse. Se oggi non è più possibile essere o dirsi ippocratici nel merito, è però possibile muoversi dentro quel mondo (in linea di massima), fatto di codici deontologici, di ruoli professionali, di rendicontazioni societarie, di conoscenza e azione, di condizionamenti ambientali e sociali, di rispetto per l'altro, di igiene e così via.

L'*approccio empirico*, seguendo sempre la classificazione proposta dalla Parodi (pp. 61 ss.), di fatto si oppone ad ogni modello specifico di spiegazione della malattia e si rifiuta ad ogni apriori. Ad una tale concezione della medicina, non servono impianti teorici ma solamente dati sensoriali. L'osservazione è fatta esclusivamente dall'esterno, non c'è spazio per gli umori, né per la medicina razionale. La cura non si appella a cause, lavora per singoli casi e per segmenti. Lo spontaneismo, l'atomismo, l'isolamento operativo che ne conseguono risultano essere mitigati da principi di natura metodica, analogica, storica: intesa questa come un "aver visto" intersoggettivo secondo la logica e la prassi del resoconto. Parafrasando il grande Marcello Malpighi¹⁵, potremmo osservare come la medicina empirica sia o possa essere parte (non eludibile) della medicina in generale, che, per altro, allo stesso modo per cui non può prescindere da essa, non può allo stesso

modo ad essa limitarsi. Ciò vale ancora oggi e resta un sano modo (preteorico) di aprirsi al nuovo.

L'*approccio anatomico*¹⁶ prende corpo con i grandi geni, spesso italiani, del periodo rinascimentale¹⁷. Esso sposta il fuori al dentro, si occupa essenzialmente di organi, riducendo al minimo le cause delle malattie. La sua scientificità è indubbia (e forse eccessiva) e porterà, nel tempo, alla scoperta del ruolo dei tessuti nella genesi della malattia, all'analisi del rapporto localismo-olismo, all'individuazione delle cellule, fino alle odierne radiografie, ecografie, tomografie. Dal libro e dalle sue regole si passa alla dissezione del cadavere ed alle autopsie, non disgiunte dall'osservazione clinica¹⁸. Si approfondiscono gli aspetti della comparazione¹⁹ e ci si colloca esplicitamente a valle della malattia. Naturalmente, per questa via, ancor oggi vivissima, si trascurano tutte le componenti storiche, contestuali, ambientali della malattia, allo stesso modo della sua dimensione preventiva che non entra mai in scena. Un'altra critica può riguardare la sostituzione (anche per via chirurgica) dei vari organi o dei diversi tessuti al paziente considerato nella sua globalità umana.

L'*approccio delle parti in movimento*²⁰ è di per sé di natura meccanica, come è facilmente intuibile, ma di fatto

15. Di e su questo grande medico universitario, cfr. L. Belloni (a cura di), *M. Malpighi*, Utet, Torino 1967. Malpighi, bolognese di Crevalcore, fu un grande anatomo-patologo, un caposcuola della medicina e, soprattutto, dell'anatomia microscopica. Visse dal 1628 al 1694.

16. Traggio sempre da A. Parodi, *op. cit.*, pp. 86 ss.

17. Vedi, ad esempio, Berengario da Carpi (1460-1530) e i suoi splendidi disegni, nonché Vesalio, belga, ma laureatosi e docente a Padova (1514-1564), le cui opere anatomiche furono quasi tutte illustrate da artisti.

18. E qui emerge la grande intuizione combinatoria di G.B. Morgagni (1682-1771) che fuse anatomia, metodo clinico e storia del paziente. Ricordo che egli fu anche storico, letterato, archeologo.

19. Scrive bene la Parodi (p. 106): "Se i crostacei studiassero gli uomini, direbbero che noi abbiamo la corazza dentro il corpo".

20. Così A. Parodi, *op. cit.*, pp. 115 ss.

sottende una filosofia di fondo di impianto galileiano. L'organismo umano è una sorta di orologio che può essere studiato secondo i criteri della fisica ed attraverso la misurazione, conformandosi la natura alle leggi della matematica. Emergono qui geometria e chimica che, di fatto, riportano a sé tutta la biologia. Nasce la farmacologia, oltre le preparazioni galeniche. La iatromecanica e la iatrochimica, che sostituiscono l'alchimia²¹, vengono a farla da padrone accompagnandosi con la biometria, con la quantità, con i calcoli. La terapia si fonda su azioni circoscritte, sulla parcellizzazione dell'intervento, lasciando sullo sfondo o cancellando le qualità umorali. I movimenti e i processi sostituiscono in questo caso la struttura anatomica dell'uomo²². La fisiologia analitica fa aggio sulle visioni generali della persona. Ancor oggi, molto linguaggio medico è organicistico, anche se temperato di vitalismo. Il riduzionismo "disumano" di tale approccio appare evidente e, pur con una sua utilità funzionale, si commenta da solo²³. Esso può essere considerato un precursore dell' *Evidence Based Medicine*?

L' *approccio batteriologico*²⁴ attribuisce la genesi della malattia ad entità

microscopiche (batteri, virus, ecc.) dotate di una loro minuscola (inferiore al millimetro) corporeità. Questi nuovi nemici, di fatto non visibili nel normale decorrere della vita, questi *animalcula* possono essere combattuti a valle della situazione patogena con farmaci mirati o unici o colpiti a monte, preventivamente, attraverso procedure di vaccinazione. Questo approccio risulta essere chiaramente antimiasmatico e, come tale, anche contagionista (ovvio) e portato a sottovalutare la funzione dell'ambiente nella genesi delle malattie. In ogni caso, da questo filone derivarono le analisi di laboratorio e gli antibiotici di cui la penicillina può essere considerata il grande capostipite metodologico²⁵. I vantaggi di questo "localismo" mirato addirittura su di un'unica malattia sono evidenti rispetto alla lontana e generica impostazione pratica ad impianto ippocratico, ma la sottovalutazione del contesto, l'azione solo a valle, il rapporto causale uno ad uno sono, di fatto, un limite molto forte di questa fondamentale conquista dell'umanità.

L' *approccio epidemiologico* ha vita piuttosto recente e, ponendosi decisamente a monte dell'insorgenza della

21. Paracelso, medico svizzero, vissuto dal 1493 al 1541, è forse il fondatore del filone iatrochimico in medicina. Personaggio singolare ed eccentrico, scrisse moltissime opere sui più svariati settori di competenza medica. Egli fu un profondo innovatore ed uno studioso indipendente ed eterodosso. La sua fu una sorta di "medicina alternativa", con forme di mutamento violente ed radicali. Scrisse in volgare tedesco, bruciò in piazza i libri di alcuni classici (Galeno, Avicenna) quale monito per uno studio diretto della natura, si concesse divagazioni di impianto magico e sacrale.

22. G. A. Borelli (1608-1675) può essere reputato come il fondatore della iatromecanica. Allievo di Galileo, fu forse il più grande studioso che trasferì rigorosi calcoli e ragionamenti matematici in ambito medico.

23. Il cuore è solo una pompa o anche il simbolo dell'amore?

24. Seguo A. Parodi, *op. cit.*, pp. 140 ss. La batteriologia è recente. Forse, suo padre fu il tedesco R. Koch (1843-1910).

25. Gli antibiotici, con l'anestesia che permise la vera e propria nascita della chirurgia moderna, sono due grandi conquiste dell'800 e del '900. Ricordo che la penicillina, scoperta da A. Fleming nel 1928, fu resa operativa sul piano terapeutico solo dopo la seconda guerra mondiale. Siamo a ieri.

malattia, si colloca nell'ottica delle politiche sanitarie di natura preventiva²⁶. Esso sconta, tutto sommato, il presupposto che la sede originaria della malattia sia la società. È il contenitore dell'organismo, lo stile di vita del soggetto, i ruoli sociali da lui assolti che generano a monte o contribuiscono a generare quasi ogni tipo di malattia²⁷. È lungo questo percorso e secondo questa logica che l'igiene da fatto personale o individuale diviene fatto sociale o collettivo contribuendo e legittimando la nascita di politiche pubbliche di prevenzione. Il paradigma olistico in gioco è del tipo sistema-ambiente²⁸ per linee guida operative di impianto probabilistico. Tale anti o pre-medicina²⁹ si associa o fa nascere "malattie sociali" legate al lavoro, alla povertà³⁰, all'alimentazione³¹ e, comunque, connesse a pratiche di intervento pubbliche. Al metodo numerico, alla statistica sociale e sanitaria si accompagnano metodi investigativi più di impianto associativo-probabilistico che causale-deterministico con apertura ai percorsi biografici ed a varie prospettive di pensiero³². Il condizionalismo sistemico

dell'epidemiologia ha indubbi ambiti di verità e di utilità sociale, traducibili appunto in congrue politiche sanitarie, ma esso non può sostituirsi all'intervento medico, non può superarne o annullarne i confini se non presupponendo, per via preventiva e deterministica, la fine delle malattie. La devianza (il pluralismo) è un valore anche in medicina: sia dal lato del professionista che del paziente?

L'*approccio genetico*³³ ha base ovviamente biologica e si fonda sulla scienza dell'ereditarietà. Esso muove da fattori microscopici, da cause uniche di tipo batteriologico secondo un'epistemologia atomistica ed individuale. La sua ineluttabilità tenderebbe a svaloriare la funzione dell'ambiente nell'insorgere delle malattie a favore di prospettive epigenetiche o pre-formanti. In ogni caso, la predizione della malattia non è più dovuta al microbo, bensì al gene. È il patrimonio genetico la causa ultima delle nostre disgrazie. La risposta non può che essere la diagnosi precoce o la prevenzione personale secondo il modo di intervenire della medicina mole-

26. Cfr. A. Parodi, *op. cit.*, pp. 179 ss. In questo caso, il taglio dell'Autrice è forse meno nitido e completo del solito.

27. All'origine di questo approccio sta forse il lavoro di B. Ramazzini (vissuto a cavallo del '700) che si occupò analiticamente delle malattie dei vari tipi di lavoratori, dando origine di fatto all'igiene sociale.

28. Cfr., in merito, C. Baraldi, G. Corsi, E. Esposito, *Luhmann in Glossario*, Angeli, Milano 1996 (2ª ed.).

29. Non a caso l'epidemiologia è poco sviluppata nelle Facoltà di Medicina. Essa ha trovato più spazio negli enti pubblici e nei loro centri di ricerca.

30. È ormai classica e premonitrice l'opera di J.P. Frank (1745-1821), il quale sostenne essere la povertà la madre di tutte le malattie. Esso è anche l'autore di quello che può essere definito il primo contributo di politica sanitaria.

31. Si veda il recente e rilevante testo di L. Stagi, *La società bulimica*, Angeli, Milano 2002.

32. Emblematico, in campo medico, il testo di L. Fleckh, *Genesi e sviluppo di un fatto scientifico*, Il Mulino, Bologna 1983. Il testo della Parodi contraddice nei fatti l'opera di Kuhn sulle rivoluzioni scientifiche. La vita della medicina è co-esistenza, più che azzerramento rivoluzionario.

33. Cfr. A. Parodi, *op. cit.*, pp. 216 ss.

colare³⁴. L'eccesso di determinismo e di biologismo, a sfavore della storia e della sociologia, nonché la sottovalutazione della pluralità delle dimensioni implicate³⁵ non depongono e non possono deporre a favore di questo, per altro innovativo, paradigma³⁶.

La medicina patogena ed alternativa

La nascita delle malattie ed i paradigmi che le spiegano non sono, però, riconducibili solamente a quelli che abbiamo appena analizzato. Giustamente, la Parodi (nei cap. IV e V del testo in esame) si occupa anche della iatrogenesi, cioè delle malattie prodotte dalla stessa medicina, e delle medicine "minori" o non occidentali o non a base scientifica o non fondate su principi epistemologici analoghi a quelli prevalenti. Si tratta di un tema sterminato che non può che essere affrontato in modo tangenziale al fine di dimostrare che la vita ci propone forme di vita, anche medica o sanitaria, che spesso superano ogni fantasia. La critica della medicina alla medicina o della società alla medicina viene da lontano ed è forse coeva alla stessa nascita della medicina. Quello che però qui si vuole porre in evidenza è il fatto che spesso la medicina produce di per se stessa malattie. Insomma, vi è anche una iatrogenesi della malat-

tia. Lasciando stare le critiche generali connesse all'avidità legata al guadagno, al linguaggio incomprensibile, all'indisponibilità temporale, all'incompetenza diffusa fra i medici³⁷, cause convergenti di molti svarioni, e senza scomodare il lontano Paracelso o il sempre attuale Illich³⁸ possiamo fornire un sintetico elenco di errori medici più comuni, generatori di malattie, non dovuti a cause di forza maggiore, ma normalmente a responsabilità specifiche del medico³⁹.

Un primo tipo di errore può essere connesso alla *reiterazione abitudinaria* di pratiche correnti proprie della storia del medico, dei suoi pazienti, del contesto in cui egli vive ed opera. La consuetudine che ripete se stessa è, in generale, un alleggerimento funzionale ed operativo non di poco conto, una scorciatoia sempre facile da prendere e da mettere in atto⁴⁰.

Un secondo tipo di errore può essere quello che si definisce come *principio di autorità*. È una storia antica, che solo il Rinascimento cominciò a mettere veramente in crisi. Nell'atto medico deve prevalere il testo o il soggetto, la forza del libro o quella del paziente, la regola generale e scritta o quella specifica e spesa? Anche l'appellarsi alla reputazione di un grande medico, più o meno a base scientifica, può essere un facile e comodo approdo, foriero di gravi errori.

34. Vedi G. Corbellini, *Le grammatiche del vivente. Storia della biologia e della medicina molecolare*, Laterza, Bari-Roma 1999.

35. L'ereditarietà non è solo a base biologica. Anche la teoria di Darwin è una delle possibili in interazione con altre.

36. Così G. Corbellini, *Contare-replicare-misurare-correlare-determinare-modulare* in "Kéiron", 3, aprile 2000, pp. 72-83.

37. Vedi G. Cosmacini, *Il mestiere di medico*, Cortina, Milano 2000.

38. Cfr. I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Mondadori, Milano, 1977.

39. Riprendo da P. Skrabonek, J. McCormick, *Follie e inganni della medicina*, Marsilio, Venezia 1992.

40. Rimando a C. Cipolla, *Epistemologia della tolleranza*, op. cit., voce "Abitudine", pp. 67 ss. del I vol.

Un terzo tipo di sbagli può derivare da *condizionamenti socio-economici* di vario genere e natura, spesso connessi all'influenza delle industrie farmaceutiche o dei mass media. Non si tratta, ovviamente, della stessa cosa, anche se il legame fra queste due dimensioni è più esteso di quello che si pensi. In ogni caso, esso porta a scelte spesso piuttosto ingiustificate e difficili da sostenere.

Un quarto tipo di deficienza è quella connessa all'*intrasparenza* rispetto agli errori commessi dai medici nella loro prassi. Con buona pace di Popper e senza voler accettare il suo radicalismo per cui un errore val più di mille conferme, è evidente che tacere sui propri errori concreti, se è umanamente comprensibile, è del pari estremamente negativo per lo sviluppo della disciplina medica.

Un quinto errore può essere ricondotto alle *mode* che attraversano periodicamente la medicina e che, diffondendosi in modo acritico nella cultura dei medici e dei malati⁴¹, portano ad interventi di cui non sono chiari né le conseguenze a lungo termine, né gli esiti a breve. Di fronte a riscontri empirici deboli, si hanno interventi decisamente sproporzionati che solo il tempo faticosamente correggerà.

Un sesto tipo di errore concerne l'accentuazione, sia personale che intersoggettiva, di alcuni *risultati positivi* a scapito di quelli negativi rispetto ad una determinata cura. È vero che basta poco per rendere felice un malato. È vero che un leggero miglioramento a volte equivale quasi ad una guarigione, ma è del pari vero che l'ottimismo a senso unico non è mai (allo stesso modo del suo contrario) una buona medi-

cina. Forse l'equilibrio, un giusto equilibrio resta, ma senza concessioni umorali, la via maestra per ogni atto medico⁴².

Una settima categoria di errori è molto semplicemente connessa all'*ignoranza* del medico. Tutti siamo, a nostro modo, ignoranti ed è ovvio che a questa regola non sfugge il lavoro diagnostico e terapeutico. Non di rado, gli errori più macroscopici dei medici derivano dalla mancanza di conoscenza, dalla rinuncia all'aggiornamento professionale e non dalla complessità della malattia o dalle modalità del tutto anormale in cui essa si presenta. Ricordo che, in qualche modo, il medico deve sempre dare una risposta al malato e questo non è irrilevante ai fini del discorso che stiamo facendo.

Un'ottava (e ultima) categoria di errori possiamo ritenerla di natura *metodologica*, se non addirittura epistemologica. Come passare da logiche di concomitanza o di associazione a pratiche di imputazione causale? Come trasferire dei collegamenti estrinseci a produzione intrinseca? Esistono vari percorsi più o meno completi o plausibili⁴³ che possono risolvere il problema in questione, anche se non sempre tutti i dati per prendere una decisione coerente sono disponibili. In ogni caso, anche qui si annidano errori di taglio iatrogeno.

Non di rado, l'eccesso di malattie prodotte dalla sanità, "ufficialmente" tale, porta i cittadini-pazienti a cercare vie o percorsi alternativi rispetto a quelli propri della medicina riconosciuta socialmente come tale. Senza entrare nel merito del problema, ci limitiamo a segnalare alcuni di questi possibili approcci che possiamo definire "eterodossi".

41. Cfr. P. Vineis, S. Capri, *La salute non è una merce*, Bollati/Boringhieri, Torino 1994.

42. Così C. Cipolla, *op. cit.*, voce "Salute", pp. 2.575 ss. del V vol.

43. Consulta A. Parodi, *op. cit.*, pp. 204 ss.

A questo filone, ampio e strutturalmente del tutto disomogeneo al suo interno, possiamo ricondurre: tutte le varie forme, sempre più diffuse, di *auto-cura* che non rendono conto, nel loro estrinsecarsi, a nessun paradigma medico particolare; il *ritorno alla natura*⁴⁴ ed alle sue qualità rigeneratrici sotto gli aspetti poliedrici e puri dell'acqua, del sole, dell'aria, della luce e delle terapie connesse e conseguenti; il *vegetarismo*, nelle sue innumerevoli sotto articolazioni che vanno da diete mirate al fruttismo, dal vegetalismo (nulla di origine animale può essere mangiato) al latte-ovo-vegetarismo e così via; la *fitoterapia* che utilizza farmaci solo di provenienza vegetale e non chimica; la *medicina omeopatica*, la quale concepisce la malattia in modo personale ed unico, propone terapie "diluite" o leggere sulla base del principio che il simile cura il simile e solo dopo un coinvolgimento dialogico del paziente⁴⁵; l'*agopuntura*, che trae la sua legittimazione dalla tradizione cinese⁴⁶; la medicina *ayurvedica* di derivazione indiana che si rivolge alla totalità della persona e che ricorre anche a tecniche di meditazione⁴⁷; l'*iridologia*⁴⁸ e, infine, la *chiropratica* che rappresenta forse l'espressione più diffusa della cura attraverso l'arte del "tocco magico".

Insomma, la medicina riconosciuta socialmente come tale è contornata da altro da sé, da medicine, se così possono essere definite, che, in modo più o

meno verificabile e plausibile, curano a loro modo le malattie dei cittadini secondo approcci epistemologici e pratici di incerto statuto e di ancor più incerta controllabilità. In ogni caso, la loro valenza poliedrica è indubbia e la loro persistenza nelle nostre società sembra essere fuori discussione.

Esse sono, con la loro sola esistenza, una critica alla medicina in quanto tale o alla società comunicazionale⁴⁹ senza amore e senza tranquillità? La loro genesi è un'accusa psico-sociale al complesso medico, cioè alla nostra società dell'informazione, o un semplice portato di libertà, comunque essa possa essere intesa? Le medicine alternative sono tolleranza⁵⁰, nel senso di essere più vicine all'altro (paziente) della medicina canonica? La loro presenza ed il loro successo "assurdo" devono indurre la medicina a base scientifica a qualche autocritica?

La peste: la malattia come fatto sociale per eccellenza

Nel testo di Alessandra Parodi che abbiamo posto al fondo di questo nostro argomentare, vi è, a pagina 23, una scheda dedicata alla spiegazione della peste: flagello dell'umanità per qualche secolo, capace di ridurre dal 30 al 70% la popolazione di una determinata città. La scheda ci permette di porre in evidenza l'ineludibile intreccio fra epistemologia, sociologia, psicologia, biolo-

44. Rousseau, fin dal '700, fu sostenitore di tale ritorno e propugnò una sorta di naturalismo medico, anche se in modo non organico.

45. La medicina classica agirebbe in senso *allopatrico*, cioè per contrari, anche se si possono avere seri dubbi rispetto a questa affermazione.

46. Ricordo che l'agopuntura è stata a lungo vietata in Cina.

47. Andiamo per necessarie e drastiche semplificazioni.

48. Anch'essa, pur essendo incontrollabile, aspira ad essere scienza: l'iride contiene, per chi la sa leggere, le malattie del corpo.

49. Cfr. C. Cipolla, *op. cit.*, voce "Comunicazionale (società)", pp. 462 ss. del I vol.

50. Nel senso argomentato in C. Cipolla, *op. cit.*, voce "Tolleranza", pp. 2.980 ss. del V vol.

gia (e quant'altro) nell'insorgere e nel diffondersi di ogni malattia. La peste bubbonica (la "peggiore malattia immaginabile") colpì dal 1347 al 1350 l'intera Europa e ne distrusse probabilmente più di 1/3 della popolazione: "di tutte le epidemie ricordate nella storia, questa fu certamente la più atroce"⁵¹. Essa (si sa forse oggi) deriva da un bacillo (scoperto nel 1894) parassita del sangue del topo, il quale può essere punto da una pulce che, trasferendosi sull'uomo, lo infetta. Il bacillo (*yersinia pestis*) è la causa; le pulci ed i topi sono il contesto imprescindibile per la diffusione della malattia, oltre che l'aspettorazione dei malati. Recentemente, questo modello è stato messo in discussione⁵² proprio per rapporto alla peste, con argomentazioni che, sociologicamente, mi paiono di notevole interesse: un contagio così celere come quello descritto dal Boccaccio (o dal Manzoni per la peste del 1630 a Milano) non può seguire percorsi troppo lunghi, ma deve derivare da un rapporto diretto fra persone. Tesi interessante, ma che poco incide sul nostro argomentare, dal momento che la peste è stata letta in mille modi ed ha avuto sempre e comunque drammatiche conseguenze sociali.

Gli studiosi di epoca rinascimentale⁵³, pur avvolti da istanze alchemiche ed astrologiche, descrissero bene e meticolosamente la malattia in questione, articolandola⁵⁴ anche in peste bubbonica, affezione pestilenziale e febbre lenticolare (tifo petecchiale). Ma quali furono le reazioni delle autorità pubbliche di fronte al dramma sociale della peste? Quali conseguenze ebbe sulla vita quotidiana della popolazione?

È difficile sintetizzare periodi storici abbastanza lontani fra loro e contesti socio-economici che, nonostante le apparenze, risultano essere piuttosto diversificati. In ogni caso, la peste doveva innanzi tutto essere riconosciuta come tale: cosa difficile, complessa, dura da accettare per tutto quello che essa comportava. Se prendiamo, come esempio, la tremenda peste di Venezia (e di Mantova) del 1575 e 1576⁵⁵ e quella di Milano del 1630, immortalata dal Manzoni⁵⁶, vediamo sostanzialmente ripetersi le stesse situazioni. Siamo in presenza di chi nega e di chi afferma l'esistenza stessa della peste, chi la fa essere solo in casa d'altri, corrompendo le autorità sanitarie, e chi scarica tutto sugli untori⁵⁷. Naturalmente, peste voleva dire isolamento, crollo del commercio, vita nel lazzaretto, messa al

51. Così H. Pirenne, *Storia economica e sociale del Medioevo*, Garzanti, Milano 1967, p. 213.

52. Almeno pare, anche se il contagio per via aerea, unito alle modalità dette, complica le cose. Cfr. S. Scott, C. Duncan, *Biology of Plagues*, Cambridge Un. Press, Cambridge 2002.

53. La vera peste bubbonica fu ben descritta da Girolamo Mercuriale da Forlì (1530-1605) nel 1577. Ricordo che il Mercuriale seguì, per conto della Repubblica di Venezia, la peste del 1575-77 (vedi oltre), essendo titolare della prima cattedra di Medicina pratica dello studio di Padova. Egli, però, fu licenziato in tronco per aver negato dottamente (aria sana, pochi morti) l'esistenza della peste, di fronte alla montante evidenza.

54. Va ricordata l'opera di G. Fracastoro, *Il contagio, le malattie contagiose e la loro cura*, Olschki, Firenze 1950. Fracastoro fu un tipico e grande studioso rinascimentale (1483-1553), eclettico e versato per la poesia, l'umanesimo, l'astronomia.

55. Riprendo da A. Zorzi, *Venezia nel secolo di Tiziano*, Rizzoli, Milano 2000, cap. XI.

56. A. Manzoni, *I Promessi Sposi*, RCS, Milano 2002, pp. 484 ss.

57. Memorabili, in tal senso, le pagine del Manzoni.

bando della città e delle famiglie colpite, fuga in villa, anche se tassata⁵⁸. Peste voleva poi dire morti, tanti decessi in breve tempo (1 o 2 anni). A Milano, i morti accertati possono essere stimati intorno agli 80.000 su circa 200.000 abitanti (sempre stimati) dell'epoca, pari al 40% della popolazione⁵⁹. A Venezia, la pestilenza fece morire in due anni circa 50.000 persone, soprattutto poveri, su una popolazione stimabile in 170.000 abitanti, pari a circa il 30% del totale⁶⁰. A Mantova, i morti furono, dopo stime e calcoli vari, poco meno di 4.000⁶¹, su una popolazione valutabile intorno ai 20/25.000 abitanti, per una percentuale di decessi di poco inferiore al 20% del totale dei residenti⁶².

Ma peste voleva anche dire come spiegarla, quale genesi attribuirle. Esempari sono in proposito le pagine del Manzoni che nei primi dell'800 interpreta, dopo essersi sufficientemente documentato, eventi dei primi del '600: la medicina è impastoiata in tante cose e dimostra di saperne poco, ben poco⁶³. Basti citare il Manzoni, attraverso don

Ferrante⁶⁴: “la c'è pur troppo la vera cagione”, diceva; “e son costretti a riconoscerla anche quelli che sostengono poi quell'altra così in aria... La neghino un poco, se possono, quella fatale congiunzione di Saturno con Giove. E quando mai s'è sentito dire che l'influenze si propaghino...? E lor signori mi vorranno negar l'influenze? Mi negheranno che ci sian degli astri? O mi vorranno dire che stian lassù a far nulla, come tante capocchie di spilli ficcati in un guancialino?... Ma quel che non mi può entrare, è di questi signori medici; confessare che ci troviamo sotto una congiunzione così maligna, e poi venirci a dire, con faccia tosta: non toccate qui, non toccate là, e sarete sicuri! Come se questo schivare il contatto materiale de' corpi terreni, potesse impedir l'effetto virtuale de' corpi celesti! E tanto affannarsi a bruciar de' cenci! Povera gente! brucerete Giove? brucerete Saturno?”. E il buon don Ferrante, come noto, senza prendere alcuna precauzione, ben presto andò a morire “prendendosela con le stelle”⁶⁵.

58. La “concessione agli cittadini di star in villa” costò ai mantovani per l'inverno 1576-77 il 2 e mezzo per cento delle loro entrate “per amor di Dio it in soventione delli poveri”. Così G.B. Vigilio, *L'insalata*, Arcari Ed., Mantova 1992 (ed. or. 1602), p. 51. Si tratta di una cronaca mantovana dal 1561 al 1602.

59. Cfr. A. Manzoni, *op. cit.*, p. 511 (con note).

60. Cfr. A. Zorzi, *op. cit.*, p. 404.

61. Il calcolo è dedotto sulla base dei dati contenuti nel testo, citato, del Vigilio, pp. 47 ss. Ai morti correnti totali sono tolti quelli del lazzaretto e considerate (con giustificazioni empiriche varie) al 50% le morti “di sospetto”. Tra i ricoverati al lazzaretto, le guarigioni erano stimabili intorno al 40% (sempre su dati mantovani).

62. Ma il calcolo andrebbe probabilmente maggiorato, per la tendenza (detta) a nascondere per ragioni economiche e sociali (basti ricordare la “quarantia” lontano da casa) i propri “appestati”.

63. Anche a Venezia, accadono cose analoghe. Cfr. A. Zorzi, *op. cit.*, pp. 400 ss.

64. Cfr. A. Manzoni, *op. cit.*, p. 602.

65. Ivi. La letteratura, contrariamente alle scienze sociali (storia, sociologia, ecc.), non ha l'onere della prova di giustificare per vero ciò che scrive. A volte, essa interpreta, però, liberamente ed artisticamente squarci di vita che poco importa che siano più o meno veri: “Scendeva dalla soglia d'uno di quegli usci, e veniva verso il convoglio, una donna, il cui aspetto annunciava una giovinezza avanzata, ma non trascorsa; e vi traspariva una bellezza velata e offuscata, ma non guasta, da una gran passione, e da un languor mortale: quella bellezza molle a un tempo e maestosa, che brilla nel sangue lombardo. La sua andatura era

Le autorità sanitarie cercarono con diverso esito (bene a Venezia e Mantova, male a Milano) di controllare con interventi ad hoc il contagio e di contrastare le crisi economiche coeve ad ogni tipo di peste, a dimostrazione che, a modo suo, igiene pubblica e politica sanitaria sono di fatto sempre esistite, almeno da quando c'è la storia.

Verso la fine del '600 o la fine del '700⁶⁶ la peste scomparve dal vecchio continente e cessò di essere (con fame e guerra) una delle tragedie sociali per eccellenza. Essa, però, non scomparve per ragioni mediche o per successi della scienza medica, ma per ragioni sociali, connesse al miglioramento della qualità complessiva della vita della popolazione (fogne, maggior pulizia, più cibo, meno promiscuità, ecc.). Una malattia essenzialmente sociale, anche se ovviamente a base biologica, fu sconfitta per via sociale, senza ricorrere ad alcun modello interpretativo di stampo epistemologico.

La malattia: una ricomposizione per connessione

Le storie della medicina sono dunque storie che si impattano sempre con

tante dimensioni che le rendono a tutto tondo. Il bel libro di Alessandra Parodi ci ha fatto vedere come l'epistemologia nasca e viva sempre in un dato contesto sociale da cui è condizionata e che condiziona. Essa si traduce necessariamente in pratica e non può non fare i conti con il malato, oltre che con la sua malattia⁶⁷. Non esiste ormai medicina senza politica sanitaria, senza bilancio economico, senza ruoli professionali specifici, senza malati con tutta la loro cultura. La malattia è dentro tutto questo. L'epistemologia della medicina, necessariamente plurale e con coesistenze parallele, è dentro tutto questo. Ridurre la malattia/salute o la medicina a una cosa sola è comunque sbagliato, sia essa la tecnica chirurgica, la professione medica, il lavoro clinico, l'impatto economico, la relazione sociale, il punto di vista del malato, la politica per la salute, il modello epistemologico e così via.

Dato ciò e quale chiusura di questo nostro commento, cerchiamo di riproporre il *modello correlazionale di interpretazione della salute*⁶⁸ per rapporto ai modelli epistemologici che abbiamo visto e secondo una logica ricompositiva che traccia collegamenti attra-

affaticata, ma non cascante; gli occhi non davan lacrime, ma portavan segno d'averne sparse tante; c'era in quel dolore un non so che di pacato e di profondo, che attestava un'anima tutta consapevole e presente a sentirlo. Ma non era il solo suo aspetto che, tra tante miserie, la indicasse così particolarmente alla pietà, e ravvivasse per lei quel sentimento ormai stracco e ammortito ne' cuori. Portava essa in collo una bambina di forse nov'anni, morta; ma tutta ben accomodata, co' capelli divisi sulla fronte, con un vestito bianchissimo, come se quelle mani l'avessero adornata per una festa promessa da tanto tempo, e data per premio. Né la teneva a giacere, ma sorretta, a sedere sur un braccio, col petto appoggiato al petto, come se fosse stata viva; se non che una manina bianca a guisa di cera spenzolava da una parte, con una certa inanimata gravezza, e il capo posava sull'omero della madre, con un abbandono più forte del sonno: della madre, ché, se anche la somiglianza de' volti non n'avesse fatto fede, l'avrebbe detto chiaramente quello de' due ch'esprimeva ancora un sentimento" (ivi, p. 553).

66. Gli storici in materia sono piuttosto divisi. Di fatto, però, col '700 la peste cessa di essere un evento di natura epocale.

67. In tal senso, cfr. L. Altieri (a cura di), *Ascolto e partecipazione dei cittadini in sanità*, numero tematico di "Salute e Società", I, 2, 2002.

68. Esso è stato descritto e commentato in C. Cipolla (a cura di), *Trasformazione dei sistemi sanitari e sapere sociologico*, Angeli, Milano 2002, pp. 20 ss.

verso processi attivi e comunicativi (connessione). La Parodi, quale chiusura del suo lavoro, propone il superamento dell'insufficiente *modello bio-medico* a favore della nota tesi di George L. Engel per un *approccio bio-psicosociale* di lettura della malattia⁶⁹. Si tratta di una strada che nel complesso possiamo considerare positivamente, anche se essa appare poco percorsa, ancor meno contestualizzata⁷⁰ e troppo sveltamente assunta, proprio perché non fa i conti con quanto abbiamo qui descritto e con la varietà dei modelli epistemologico-operativi in gioco. Insomma, essa resta tutto sommato troppo clinica, anche se con sviluppi interessanti verso la *clinical social science*⁷¹ e con filoni epidemiologici che forse meriterebbero miglior fortuna dentro e fuori questa disciplina⁷².

Intanto, partiamo dal presupposto che definire e classificare la malattia è di per sé complesso e rimanda a varie opzioni che sono almeno di tre tipi: professionali, soggettive, strumentali⁷³.

Queste possono convergere o divergere fra di loro dando luogo a vari tipi di malattia-salute, ma limitiamoci in questa sede ai casi convergenti, anche se le divergenze sono forse il sale del tutto e comportano vari ri-pensamenti del problema nel suo insieme⁷⁴.

Scontato ciò, possiamo assumere come epistemologicamente e praticamente condivisibile il fatto che nessuno dei modelli detti può essere assolutizzato o reso esclusivo, così come, del pari, nessuno può essere del tutto scartato o buttato a mare in blocco e nell'insieme dei suoi significati. La malattia non è mai solo biologia ed i "miracoli" sono sempre dietro la porta⁷⁵. In tal senso, potremmo ripercorrere quanto scritto nei paragrafi precedenti e salvare per ogni approccio commentato qualche dimensione ancor oggi rilevante. La fede è attualmente fuori dalla salute? L'eliminazione, più o meno da esorcista, della malattia non esiste più? La *técne*, l'effetto placebo⁷⁶, l'empatia sono venuti meno? Le dimensioni empiriche,

69. A. Parodi, *op. cit.*, p. 300. L'autrice non cita la sociologia fra le scienze che possono studiare la genesi delle malattie, anche se sostiene che la medicina nel suo complesso è "politica".

70. Ad esempio, può esistere un modello "bio-psico-sociale" di intervento medico che prescindendo dalla *governance* complessiva del sistema sanitario? Sul tema, vedi C. Cipolla, G. Giarelli (a cura di), *Dopo l'aziendalizzazione. Nuove strategie di "governance" in sanità*, numero tematico di "Salute e Società", I, 1, 2002.

71. Cfr. M. Kleinman, L. Eisemberg, B.J. Good, *Culture, Illness and Care*, in "Annals of Internal Medicine", 88, 1978. L'approccio che qui si sostiene non è olistico, né localistico, ma connettivo ed integrato.

72. A cui viene ricondotto, non di rado, questo approccio. Cfr. H.R. Wulff, S.A. Pederesen, R. Rosemberg, *Filosofia della medicina*, Cortina, Milano 1995. A. Ardigò, *Società e salute, op. cit.*, a p. 52, attribuisce il modello in questione ad un'evoluzione della medicina clinica.

73. Vedi C. Cipolla, G. Giarelli, L. Altieri (a cura di), *Valutare la qualità in sanità*, Angeli, Milano 2002, p. 13.

74. Rimando ai malati immaginari, alle malattie senza riscontro strumentale, a quelle "viste" solo dal medico, anche se la casistica è ben più vasta e non può non comprendere le diverse opinioni fra gli stessi medici.

75. Cfr. C. Cipolla, *Epistemologia della tolleranza, op. cit.*, voce "Miracolo", pp. 1.754 ss. del III vol. Il "fuori del comune" è, a suo modo, un miracolo.

76. Sempre attuale e vivo e nei modi più strani. Cfr. S. Coyand, *Riciclaggi*, in "Kéiron", 4, sett. 2002.

anatomiche, fisiche sono forse, oggi, escluse dalla medicina? I batteri, i geni, l'ambiente non sono sempre dentro a loro modo in ogni atto medico? La iatrogenesi non ci circonda quotidianamente? Le medicine non canoniche, pur a volte con le loro assurdità, non continuano a vivere?

Non voglio con questo sostenere che tutto ciò che la storia ha prodotto possa oggi essere assunto come valido, a suo modo, in campo medico. Ciò non è sicuramente vero. È però accettabile la constatazione per cui molti di questi approcci erano e sono portatori di una loro capacità esplicativa che, senza egemonie, concorre e compete con le altre⁷⁷ per la soluzione, lì ed in quel momento, di quel problema di salute. Non tutta l'epistemologia può essere semplicemente epistemologia. La scienza non è mai sola ed egemone. Ciò vale in tutti i campi ed a maggior ragione in quello medico, posto spesso di fronte al bivio vita-morte. Ecco perché un medico non può mai essere solo tale. Ecco perché tutto si tiene, si connette, si integra.

Al fondo, un approccio allargato e disponibile ad impianto co-relazionale salva tutto ciò, non riduce mai il lavoro del medico a pura scienza e permette selezioni per gerarchie etiche e valori sociali. Ogni malattia è, a suo modo, una ricomposizione tramite connessioni le più diverse tra di loro.

Costantino Cipolla

In Memoriam

Abdel R. Omran

Nel 1999 moriva Abdel R. Omran, epidemiologo egiziano naturalizzato statunitense. A Omran si deve la for-

mulazione della teoria della transizione epidemiologica che, come è detto in più saggi di questo numero di "Salute e Società", si riferisce al sistema di cause che determinano il cambiamento dei profili epidemiologici delle popolazioni in età moderna. Tali profili sono segnati dal passaggio dalla prevalenza delle malattie infettive a quella delle malattie degenerative tra le principali cause di morte. Omran, ed è questo il suo principale contributo, ha cercato di mettere in evidenza che il cambiamento non doveva essere attribuito *sic et simpliciter* agli sviluppi delle tecnologie mediche. Le cause di questo complesso processo di transizione andavano, forse più sottilmente, ricercate in un insieme di ragioni di natura sociale.

Il lavoro su questa teoria, che ha visto la luce grazie a un articolo pubblicato nel 1971, *The epidemiological transition. A theory of the epidemiology of population change*, non è stato un evento isolato nell'attività di ricerca di Omran. Al contrario, una maggiore conoscenza della relazione tra cambiamento sociale e profili epidemiologici ha costituito un programma di ricerca a cui ha dedicato le proprie energie di studioso. Nel tempo, infatti, si è impegnato ad affinare specifici aspetti di questa teoria, nonché a indagarne le implicazioni teoriche ed empiriche. Non solo si è occupato del tema della pianificazione familiare in contesti musulmani, ma ha anche contribuito alla preparazione del Summit delle Nazioni Unite sulla popolazione tenutosi al Cairo. Negli ultimi anni della sua vita, inoltre, ha lavorato al Centro per lo sviluppo internazionale e il conflict management dell'Università del Maryland, sempre dedicandosi allo studio delle transizioni demografiche ed epidemiologiche in relazione agli ambiti

77. È una teoria della verità che si può dedurre da C. Cipolla, *op. cit.*, voce "Euristica", pp. 995 ss. del II volume.

della cultura e dello sviluppo.

Sono in molti a ritenere che il lavoro di Omran è stato pionieristico e anticipatore. Non gli sono state risparmiate, però, critiche anche severe. Alcuni sostengono, ad esempio, che proprio il riacutizzarsi delle malattie infettive piuttosto che la loro diminuzione costituisce un tratto distintivo della modernità. Altri accusano la sua teoria di eurocentrismo, essendo basata sull'analisi dell'evoluzione dei quadri epidemiologici nel contesto della modernizzazione di paesi europei. Alcune di queste obiezioni sono senz'altro fondate, tanto che la riflessione sulle modalità con cui si verifica la transizione oggi in molti paesi in via di sviluppo, e il ruolo della città nel definire i profili epidemiologici, è aperta (a questo tema è dedicato uno degli articoli della rivista).

Le caratteristiche del processo di transizione epidemiologica, naturalmente, devono essere indagate più approfonditamente. Probabilmente la teoria di Omran non regge ad alcune delle critiche che le sono state rivolte nel tempo. Rimane l'importanza di un'intuizione, e cioè il peso dei fattori sociali nel determinare lo stato di salute della popolazione. Come ha detto uno studioso impegnato sulle tematiche della transizione sanitaria, John C. Caldwell, il più grande merito del saggio del 1971 di Omran è quello di aver stimolato la ricerca. Il che, occorre dirlo, non è poco.

Andrea Declich

Attualità

Segnalazione di eventi

Qualità

A Johannesburg, dal 4 al 7 febbraio 2003, si terrà l'*African Women's Health Conference* sul tema *African Women Celebrating our Rights to Healthy*

Minds, Bodies and Souls. L'iniziativa intende promuovere una riflessione tra ricercatori, studiosi e operatori sul tema del rapporto tra questioni di genere e salute. Per informazioni, visitare il sito: www.amanitare.org

Dal 6 all'8 marzo 2003 a Città del Capo (Sudafrica) si svolgerà la Conferenza internazionale sul tema *Geriatric Care in Africa - Now and the Future*. L'iniziativa è organizzata dalla *South African Gerontology Association* con l'intento di condurre una riflessione sulla sfida dell'equità e della qualità delle cure geriatriche per gli anziani africani. Per informazioni contattare il sito: jsirmong@curie.uct.ac.za.

Tra il 14 e il 16 maggio 2003 si terrà a Grieghallen, in Norvegia, l'ottavo *European Forum on Quality Improvement in Health Care*, organizzato dal "British Medical Journal". L'incontro è dedicato a otto temi: miglioramento della sicurezza dei pazienti; la partnership con gli utenti; sostegno al miglioramento della formazione e del *capacity building*; leadership, mutamento culturale e management; miglioramento radicale della qualità e ridefinizione delle cure; politiche della salute per migliorare la qualità nei servizi di cura; misurazione e miglioramento della qualità; apprendimento e sostenibilità dei sistemi di qualità; persona e cambiamento; qualità professionale individuale. Per ulteriori informazioni, visitare il sito: www.bma.org.uk/forms.nsf/confweb/.

Ambiente

Il *Global Health Council* organizza dal 27 al 30 maggio 2003 a Washington, DC, la Conferenza internazionale *Our Future on Common Ground: Health and Environment*. La conferenza si muove su due assi tematici principali: i rapporti tra salute e ambiente fisico e tra salute e ambiente sociale. Per ulteriori informazioni, visitare il sito:

www.globalhealth.org

L'Università degli studi di Catania e il *Wessex Institute of Technology* organizzano la Seconda Conferenza internazionale sull'impatto dei fattori ambientali sulla salute, dal titolo *Environmental Health Risk 2003*, che si svolgerà a Catania dal 17 al 19 settembre 2003. Per acquisire maggiori informazioni ed eventualmente inviare *abstracts*, si può visitare il sito: www.wessex.ac.uk/conferences/2003/healthrisk03/.

Il *Water Supply and Sanitation Collaborative Council*, iniziativa sui temi della salute e dell'ambiente promossa dall'OMS insieme all'UN-Habitat e in collaborazione con l'UNICEF, che anima alcune reti tematiche composte da ricercatori e *decision makers* in tutto il mondo, terrà il suo sesto Global Forum nel 2003 a Dakar (Senegal).

Lo *Health Systems Development* della Banca Mondiale organizza dal 15 al 18 giugno 2003 all'Hilton S. Francisco and Towers (California) il suo IV Congresso dal titolo *Global Health Economics: Bridging Research and Reforms*. Per informazioni contattare lo *Health & Population Advisory Service* della Banca attraverso il sito: healthpop@worldbank.org.

Dal 20 al 23 settembre 2003 si svolgerà la V Conferenza internazionale della scienza per la salute che quest'anno è dedicata al tema *Global evidence for local decisions*, organizzata a Washington, DC, dall'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) e dall'*Academy for Health Services Research and Health Policy*. Saranno discusse, in particolare, le possibilità di utilizzare i risultati delle ricerche in campo medico e organizzativo per il miglioramento della qualità dei servizi sanitari. Per maggiori informazioni visitare il sito: www.icshhs.org/about.htm.

Professione infermieristica

L'*International Council of Nurses* promuove, a partire dal 2003, una serie di conferenze biennali. La prima Conferenza internazionale si svolgerà in Marocco e sarà dedicata a quattro temi di particolare attualità: le pratiche professionali, l'approccio basato sulla prova (*evidence-based practice*), la leadership e il benessere sui luoghi di lavoro. Per maggiori informazioni, visitare il sito: www.icn.ch/maroc/2003conf.htm.

Maresa Berliri

Sanità on line

Informazione e conoscenza in rete

Nell'attuale "società della conoscenza", l'acquisizione di informazioni attraverso la rete per avere rapido accesso ai risultati di indagini e studi già svolti sui temi di nostro interesse è ormai una pratica di routine prevista in ogni progetto di ricerca. Per quelle di carattere più generale, può essere più che sufficiente il ricorso ai più noti motori di ricerca. Quando però ci si deve occupare di temi specifici, è diventato indispensabile ricorrere alle banche-dati specializzate e ai siti on line.

In campo sanitario, vi è stato un notevole investimento nell'attivazione di banche-dati, la maggioranza delle quali dedicate ad aspetti diagnostici e terapeutici. Non mancano tuttavia quelle che includono un più ampio spettro di temi collegati alla salute, tra i quali quelli che fanno propriamente riferimento alle scienze umane e alle scienze dell'organizzazione.

www.oclc.org

L'*OCLC First Service Database*, gestito dalla *Online Computer Library*

Centre, è una banca-dati di banche-dati, in grado di fornire un vasto spettro di possibilità nel campo della ricerca via internet. Essa prende in considerazione ben 3.700 riviste on line e 9.000 periodici ed è attualmente organizzata in 89 archivi, alcuni a carattere generale, la maggioranza dei quali specializzata in arti e scienze umane, business ed economia, consumi, educazione, ingegneria e tecnologia, scienze della vita, medicina e salute, medicina e professione, scienze politiche e giuridiche e scienze sociali. I database dai quali OCLC “pesca” informazioni riguardo ai temi socio-sanitari e medici sono in tutto otto: *World Cat*; *AIDS and Cancer Research with abstract*; *CINAHL*; *Electronic Collection Online*; *Health and Wellness Information*; *Medline*; *Psycfirst*; *PsycInfo*. Alcuni di questi – come *Medline* – sono particolarmente ricchi di informazioni e indicati per ricerche in cui interagiscono temi medici e temi sociali.

www.ingenta.com

Simile a OCLC quanto a concezione, il sito *Ingenta* è stato costituito nel 1998 con l'intento di contribuire allo scambio di informazioni e contenuti online tra ricercatori, studiosi e professionisti. *Ingenta* accede a 5.400 pubblicazioni on line e a 26.000 periodici. Si stima che gli utenti di *Ingenta*, che registra circa 3 milioni di accessi al mese, siano circa 25 milioni. Le fonti utilizzate includono pubblicazioni, fonti generali (come conferenze, linee guida, career, resoconti clinici), fonti di ricerca (archivi e banche-dati, banche-dati di immagini, informazioni sui farmaci, statistiche e registri di ricerca), corsi di formazione, associazioni mediche e di ricerca e “metasiti”. Oltre a una sezione molto articolata su temi medici, in gran parte corrispondenti alle differenti specializzazioni cliniche, *Ingenta* pre-

senta anche una sezione interamente dedicata al welfare.

healthpromis.hda-online.org.uk

HealthPromis è una banca-dati inglese, interamente dedicata alle politiche sanitarie. Tra le banche dati che afferiscono a *Health Promis* vale la pena segnalare *Medline*; *Toxline*; *Aidslines*; *Aidstrialis*; *Bioethicsline*; *Cancerlit*; *Healthstar*; *Eric*; OMS documentazione on line; *Wholis World Health Organization Library Catalogue*; *Whosis World Health Organization Statistical Information System*; *UK Clearing House on Health Outcomes*; *United Nations Electronic Documents*; *United Nations Databases*; *Social Sciences Internet Gateway*; *Combined Health Information Database*; *Copac*; *HEBS*; *CDC Web*; *English Nursing Board Health Care Database*; *British Library Catalogue*; *National Research Register*; *Center for Research on Ethnic Relations*; *Journals on line*. Inoltre, *HealthPromis* accede ai documenti ufficiali del governo inglese, alle circolari del dipartimento inglese per la salute, oltre che alle biblioteche mediche delle più importanti università inglesi. *HealthPromis* contiene anche banche-dati sui problemi sanitari riguardanti differenti gruppi di popolazione come le minoranze etniche, i disabili con problemi nell'apprendimento o gli anziani. Si tratta di un sito particolarmente utile, non solo per i ricercatori, ma anche per gli operatori sanitari e i *social workers*.

chid.nih.gov

Il *CHID - Combined Health Information Database* è un sito costituito dalle agenzie del governo federale americano che intervengono in campo sanitario (in particolare, il *National Institute of Health*, il *Center for Disease Control and Prevention* e la *Health Re-*

sources and Services Administration). Il CHID accede a 16 differenti data-base specialistici (ad esempio, negli ambiti dell'Alzheimer, dell'Aids o dell'educazione sanitaria), ognuno dei quali gestito da differenti istituzioni governative statunitensi specializzate. La ricerca può essere effettuata alternativamente all'interno di ognuno dei data-base o contemporaneamente su tutti. Ogni testo rintracciato viene presentato secondo una scheda standand che include anche un *abstract*. Per le sue caratteristiche, il sito può essere utilizzato anche come portale di accesso al sistema delle istituzioni sanitarie e di ricerca socio-sanitaria degli Stati Uniti.

www.nisc.co.za

Il sito NISC - *Global Information for Africa* è stato istituito nell'intento di sostenere la ricerca in Africa in tutti i principali settori, comprese le scienze fisiche e matematiche, le scienze sociali e la ricerca in campo tecnologico. Per quel che concerne l'ambito medico e socio-sanitario, NISC consente l'accesso all'*African Health Anthology*, un sistema di archivi che comprende 12 banche-dati bibliografiche di tutto il mondo, in grado di fornire complessivamente circa 565.000 riferimenti sulla salute in Africa. Tra queste banche-dati, vanno segnalate in particolare: il *Community Health Information Database*, che offre informazioni soprattutto nel campo della medicina di comunità; l'*African Index Medicus*, promosso congiuntamente dall'ufficio per l'Africa dell'OMS e dalla AHILA (*Association for Health Information Libraries in African*); l'*AIDS Consortium Resource Centre Database*, gestito dall'Università di Witwatersrand, specializzato nella lotta contro l'HIV in Africa; il SAMED, gestito dal *Medical Research Council of South Africa* (MRC), contenente più di 11.000 rife-

rimenti su temi medici e socio-sanitari. L'*African Health Anthology* rappresenta un valido strumento di ricerca, anche se si avverte un preponderante interesse nei confronti del Sud Africa, poiché la maggior parte delle sue banche-dati è promossa e gestita da istituzioni sudafricane.

Maresa Berliri e Marina Cacace

La riforma sanitaria in America Latina

Come ben sa chi è impegnato quotidianamente in attività di ricerca, gran parte dei dati, delle informazioni e spesso anche delle migliori formalizzazioni teoriche, piuttosto che sui libri, si trovano nella cosiddetta "letteratura grigia", espressione generica che indica tutti i testi che non sono stati pubblicati, quali paper e relazioni scientifiche, tesi di laurea, documenti amministrativi, interventi a incontri e convegni o documenti interni alle organizzazioni.

Fino a pochi anni fa, rintracciare documenti di questo tipo costituiva un'operazione spesso complessa, proprio a causa dell'assenza di riferimenti bibliografici certi e di cataloghi di cui potersi servire. Con l'avvento di internet, tuttavia, essa è divenuta decisamente più facile, sia perché ormai si sta diffondendo l'uso di inserire nella rete la documentazione non destinata alla pubblicazione, sia perché, in qualche modo, attraverso i motori di ricerca, è possibile accedere ai documenti anche in assenza di riferimenti bibliografici.

Sfruttando le potenzialità di internet, la Divisione Sviluppo dei sistemi e dei servizi sanitari della Sezione panamericana dell'OMS (OPS), nel quadro di un programma a sostegno della riforma dei sistemi sanitari in America Latina, ha dato recentemente vita a un archivio specificamente volto a facilitare la ri-

cerca di testi di letteratura grigia relativi ai temi della salute nel continente latinoamericano.

La raccolta include per ora 355 documenti, prodotti da differenti soggetti (ministeri, agenzie governative, organizzazioni private, ONG, istituzioni culturali e accademiche, ecc.), che trattano in maniera preponderante la riforma dei sistemi sanitari nei paesi del Centro e Sud America. I testi, di una lunghezza variabile dalle 20 pp. alle 300 pp. e oltre, sono stati redatti per la maggior parte negli anni '90, quindi nel decennio in cui in questi paesi si mettevano in atto imponenti sforzi soprattutto in direzione di una maggiore equità nell'accesso ai servizi sanitari, della garanzia di qualità dei servizi stessi e della soddisfazione degli utenti.

I testi, accessibili attraverso tre indici – tematico, per titoli e per paesi – sono quasi tutti di autori latinoamericani, in prevalenza esponenti di governi nazionali e locali e di organismi internazionali.

Particolarmente interessante è un'analisi dell'archivio secondo l'indice tematico (più di 120 voci) che rende conto, in maniera dettagliata, della varietà e ampiezza degli argomenti considerati pertinenti alla trattazione del grande tema della salute (dall'approvvigionamento idrico alla bioetica, dallo sviluppo umano e sociale all'informazione e alla nuove tecnologie). Presentate in modo particolarmente analitico sono ovviamente le voci riguardanti la qualità dei servizi, i costi e la sostenibilità della riforma dei sistemi sanitari,

il loro sviluppo, il finanziamento delle prestazioni, l'accreditamento, la partecipazione degli utenti nella promozione del miglioramento della qualità dei servizi o il *priority setting*.

Al di là di alcuni limiti tecnici (ad esempio, la mancanza di un indice per autori o di una datazione di riferimento per i testi, l'assenza, negli indici, di indicazioni circa la consistenza dei singoli file), l'iniziativa promossa dall'OPS merita una particolare attenzione, non solo perché rende disponibile un'informazione altrimenti difficilmente attingibile, ma soprattutto per l'intento che la anima, quello cioè di creare, intorno alla costituzione dell'archivio, una rete di comunicazione tra i molteplici attori pubblici e privati che sono coinvolti nei processi di riforma della sanità in America Latina. Si tratta, dunque, di un esperimento che cerca di coniugare l'esigenza della conoscenza con quella di un confronto sui temi più sensibili della riforma sanitaria, utilizzando al massimo le potenzialità della comunicazione elettronica; un esperimento che potrebbe essere, in qualche modo, paradigmatico, di come, già oggi e ancor più in futuro, la dimensione della politica e quella della ricerca possono integrare.

Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Collección Electrónica de Literatura Gris en texto completo*, Grey Literature Fulltext Electronic Collection, voll. 1-3 (www.americas.health-sector-reform.org).

Maria Letizia Coen Cagli