

# GUARIRE “SECONDO NATURA”? MODELLI EZIOLOGICI DELLA MALATTIA NEI SISTEMI MEDICI

Guido Giarelli\*

## 1. Modelli eziologici e sistemi medici

È un luogo comune piuttosto diffuso, oltre che una motivazione tra le principali (71,3%) per cui ci si rivolge ad esse (ISTAT 2003), quella che ritiene le medicine non convenzionali siano da considerarsi “più naturali”, perché “meno tossiche” e quasi prive di quei potenziali effetti collaterali iatrogeni (Illich 1991) cui la biomedicina ci ha abituato dalla nota vicenda del talidomide<sup>1</sup> in poi. Anche se, come ogni credenza di senso comune, essa presenta come vedremo un qualche fondamento, è evidente che una sua analisi scientifica comporta per lo meno una messa in discussione epistemologica del concetto stesso di “natura”; mentre, ad un livello storico e socioantropologico, essa implica una riflessione di carattere più generale sul tipo di medicina e di eziologia della malattia sottese.

Per quanto riguarda anzitutto il concetto di “natura”, va detto che esso appare quanto mai problematico nella sua applicazione nell’ambito della cultura occidentale sin da quando i filosofi greci presocratici lo utilizzarono per indicare il principio generativo delle cose soggette a nascita e morte (*phýsis*), contrapponendolo poi con Aristotele nella sua *Metafisica* a quegli “enti ingenerati ed eterni” che costituivano l’oggetto della metafisica e della matematica. Un vitalismo teleologico immanente al divenire della natura che si ritrova nell’organicismo degli stoici e nella loro concezione di un “soffio vitale” (*pnêuma*) che organizzerebbe l’universo secondo un ordine necessario e razionale, anche se privo della diacronicità aristotelica fatta di crescita e riproduzione. È l’origine dell’idea che il “seguire la natura” (*naturam sequi*) costituisca al tempo stesso una legge morale ed una legge naturale, oltre che la sola vera libertà. Posizione praticamente opposta alla svalutazione della natura intesa come realtà sensibile e materiale operata dal pensiero cristiano influenzato dal neoplatonismo; anche se Tommaso d’Aquino cercò di conciliare aristotelismo e cristianesimo ricomponendo l’unità (pur asimmetrica) tra creatore (Dio) e creato (la natura). Dopo la ripresa del panteismo vitalistico operata dal pensiero rinascimentale, il meccanicismo della nuova scienza galileiana-newtoniana concepirà la natura come una grande macchina ingegneristico-matematica dalla cui spiegazione derivare il dominio tecnico della natura stessa. Una concezione della natura che dominerà il pensiero occidentale nei secoli successivi sino ad oggi, nonostante alcune eccezioni come il rousseauiano “ritorno alla natura” contrapposto all’artificialità corruttrice del vivere sociale e la ripresa di motivi panteistici e vitalistici della filosofia romantica, dell’idealismo e dello storicismo. Anche se lo stesso sviluppo del pensiero scientifico sembra approdare, almeno nelle sue componenti più avanzate (fisica atomica, teoria della relatività, elettromagnetismo, astrofisica, ecc.), ad una concezione meno meccanicistica e più probabilistica (teoria dell’indeterminismo di Heisenberg<sup>2</sup>) della natura, delle sue leggi e della loro possibilità di comprensione.

Ad un secondo livello più generale, è possibile tentare di collocare il concetto di “natura” nel contesto storico e socio-antropologico che caratterizza i diversi sistemi medici e le teorie eziologiche della malattia anche nei contesti non occidentali. Il nostro punto di partenza è

---

\* Docente di sistemi sanitari comparati e politiche per la salute, Università di Bologna.

<sup>1</sup> Il caso del talidomide costituisce il primo esempio noto di farmaco iatrogeno di particolare drammaticità, con migliaia di casi di effetti tossici sul sistema nervoso e di malformazioni neonatali in tutto il mondo: si trattava di un sedativo commercializzato tra il 1957 e i primi anni ’60 (quando fu ritirato dal mercato) da una industria farmaceutica tedesca.

<sup>2</sup> Com’è noto, il fisico tedesco della scuola di Copenaghen (Premio Nobel 1932) sostenne la necessità di servirsi di previsioni di carattere statistico per determinare il grado di probabilità che un evento abbia luogo, escludendo la possibilità di un ordine naturale deterministico dietro le asserzioni della fisica quantistica.

rappresentato da tre generalizzazioni empiriche formulate da Wellin (1977:48) sulla base di una lunga tradizione di riflessione storico-antropologica:

- la malattia, in qualche forma, è un fatto universale tipico della vita umana: esso si verifica in tutte le società conosciute, in ogni tempo e luogo;
- tutte le società umane conosciute hanno creato una serie di credenze e di saperi su base più o meno empirica e in coerenza con la propria matrice culturale più generale per definire e pensare la malattia;
- tutte le società umane conosciute hanno sviluppato delle modalità e allocato dei ruoli, coerenti con le loro risorse e strutture sociali, per fronteggiare e rispondere alla malattia.

Sulla base di queste tre generalizzazioni incontrovertibili – che, proprio in quanto “empiriche”, si limitano a descrivere delle regolarità osservate senza pretendere di spiegarle – possiamo tentare di costruire uno schema concettuale articolato a tre livelli che ci consenta di ragionare in maniera appropriata sul rapporto tra natura e medicina. Possiamo parlare di *sistema medico* o di *medicina (medical system)* intendendo una specifica risposta adattiva di tipo socioculturale sviluppata da una determinata società in risposta alla minaccia rappresentata dalla malattia come evento universale. In quanto tale, essa si articola a due livelli interni (Foster e Anderson 1978:37): un *pattern* di tradizioni culturali - costituito da un modello eziologico della malattia, da una teoria della medicina e da determinate concezioni della natura e del corpo umano su cui esse si fondano - ed una organizzazione dei servizi sanitari o dell’assistenza sanitaria, composta dal complesso di istituzioni sanitarie, di ruoli terapeutici professionali e assistenziali non professionali e di risorse sanitarie (medicine, tecnologie, attrezzature, strutture, ecc.) in una determinata società. Se il *pattern* culturale svolge dunque una funzione prettamente esplicativa della malattia e della medicina, costituendone l’architettura teorica e concettuale, l’organizzazione dell’assistenza sanitaria rappresenta invece un complesso di ruoli e di istituzioni sociali deputati a rispondere fattivamente alla funzione terapeutica nei confronti della malattia: è del tutto evidente che tra i due aspetti esiste una stretta interconnessione e deve inoltre sussistere un certo grado di coerenza.

Ad un secondo livello, esterno al sistema medico, ciò che definiamo *sistema sanitario (health care system)* rappresenta, in senso lato, il complesso di *n* sistemi medici con i relativi *pattern* culturali e modelli organizzativi dei servizi sanitari presenti una determinata società: come tale, esso può essere *monistico* quando si fonda su di un unico sistema medico<sup>3</sup>, o *pluralistico*, quando ricomprende più sistemi medici con i relativi *pattern* culturali e modelli organizzativi, secondo diverse modalità di articolazione<sup>4</sup>.

Ogni sistema sanitario, a sua volta, si riconnette ed è espressione - ad un terzo livello - dello specifico contesto storico-sociale che lo esprime, sia per quanto riguarda il tipo di tradizioni culturali presenti (e di cui i *pattern* culturali medici sono parte integrante) che la specifica struttura

---

<sup>3</sup> Possiamo poi distinguere, con Stepan (1983:292) tra sistemi sanitari monistici *esclusivi* (o monopolistici) quando vi è un unico sistema medico riconosciuto legalmente con l’esclusione di ogni altro sistema, e *tolleranti*, quando invece benché vi sia sempre un’unica forma legale di sistema medico, gli altri sistemi alternativi ed eterodossi sono comunque, almeno fino ad un certo punto, legalmente non perseguiti.

<sup>4</sup> Sempre Stepan (ibid.) distingue tra sistemi pluralistici *inclusivi* (quando diversi sistemi medici sono inclusi su di un piano di parità nello stesso sistema sanitario ma in forme istituzionalmente separate) e *integrati* (quando i diversi sistemi medici sono parte integrante, sul piano istituzionale, dello stesso sistema sanitario).

del sistema sociale entro la quale il sistema sanitario si articola in quanto sottosistema sociale specifico. Infine, il sistema sanitario (così come il sistema sociale) è in relazione sia con un ambiente interno (costituito dalla popolazione in quanto complesso di organismi viventi di natura biopsichica con le proprie caratteristiche demografiche, genetiche ed epidemiologiche) sia con un ambiente esterno (costituito dal contesto ecologico col quale contribuisce a sviluppare la necessaria relazione di adattamento), contribuendo così a creare un più ampio sistema di salute (*health system*).

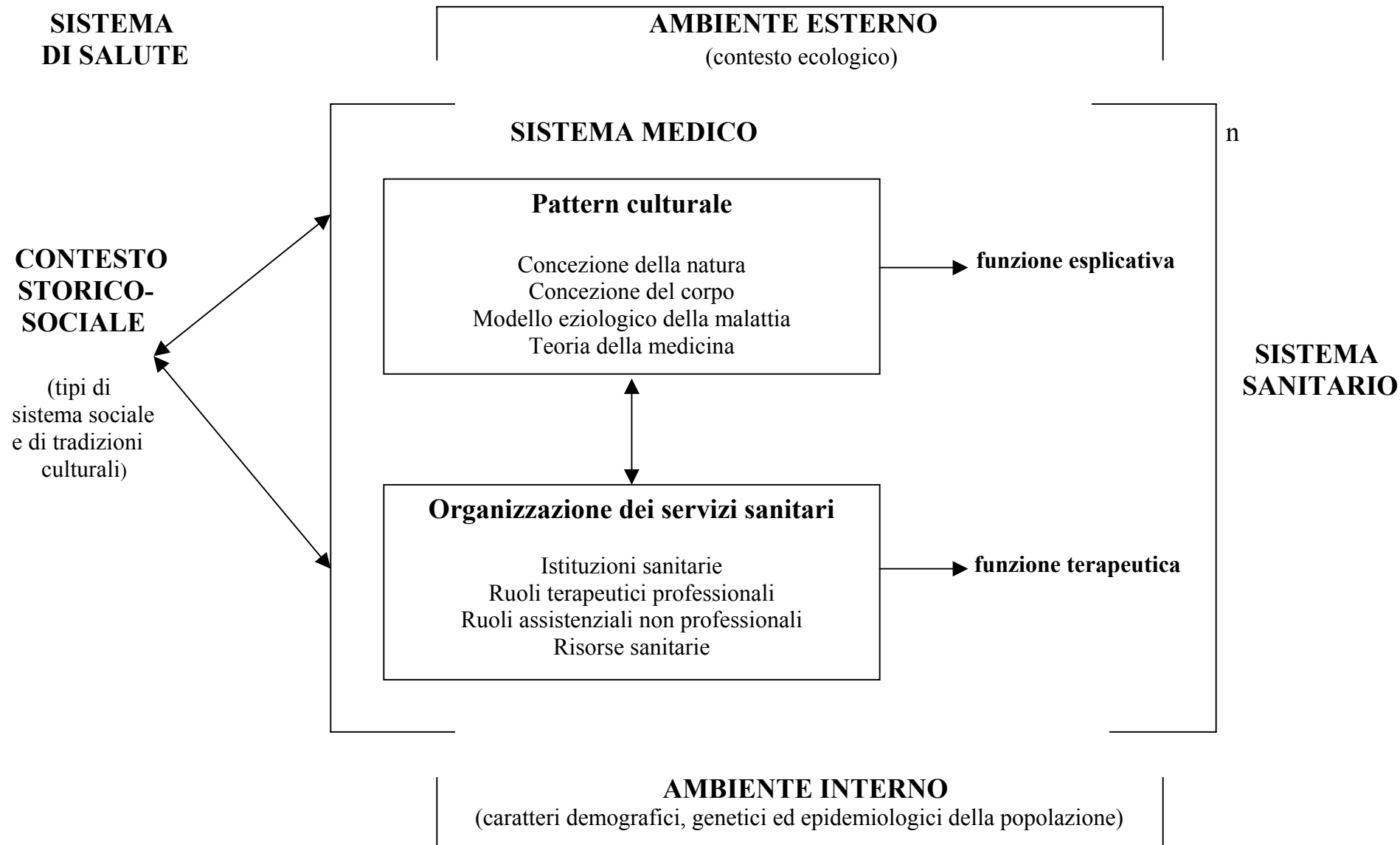


Fig.1 Un quadro di riferimento ecologico dei concetti di sistema medico/sanitario/di salute

Di questo complesso quadro di riferimento concettuale che definiamo *ecologico* (fig.1), ci limiteremo qui a sviluppare per ragioni di spazio solo un'analisi comparata dei diversi modelli compongono l'insieme del sistema medico; come pure non possiamo certo affrontare la complessità delle questioni sottese al secondo e terzo livello indicati, ovvero le connessioni esistenti tra sistemi medici e sistemi sanitari e fra questi ultimi ed il contesto storico-sociale, l'ambiente interno e l'ambiente esterno, sulle quali peraltro abbiamo cercato di sviluppare un primo approccio teorico comparato (Giarelli 1998). Ci limiteremo quindi ad alcune considerazioni di carattere generale per quanto riguarda in particolare il contesto storico-sociale nel quale ciascun modello eziologico sorge e si sviluppa; senza dimenticare, peraltro, che "la storia della medicina è tutt'altro che un percorso lineare, in cui le conoscenze si sommano ordinatamente e i modelli esplicativi nuovi cancellano quelli vecchi" (Parodi 2002:XI).

## 2. I modelli ontologici delle società comunitarie

Se nelle società di caccia e raccolta preistoriche "la conoscenza della malattia/guarigione non era sistematizzata" (Fabrega 1997:85), è con quelle che possiamo definire "società comunitarie" o "a livello di villaggio" sorte dopo la rivoluzione agricola (pastorali nomadi e orticole) che i modelli eziologici della malattia cominciano ad acquisire i contorni di specifiche costruzioni culturali. La concezione della natura prevalente in queste società è centrata sulla "idea della non-autonomia della natura (la natura da una parte è vista come mossa da forze esterne e dall'altra finalizzata ai bisogni dell'uomo) e dall'esigenza di tenere sotto controllo i fenomeni «sorprendenti» che colpiscono l'uomo provocando incertezza, angoscia, sofferenza e morte" (Parodi 2002:6). Questo atteggiamento magico nei confronti della natura porta a costruire spiegazioni eziologiche della malattia che fanno ricorso a entità e forze che agiscono in modo materiale a livello di mondo visibile pur non facendone parte: spiriti, demoni e divinità, che vengono rappresentati secondo un processo di personificazione della malattia; oppure forze e oggetti (sassi, frecce, ecc.) cui vengono attribuiti particolari poteri. Anche la natura assume talora tratti antropomorfi nelle sue diverse manifestazioni telluriche, uraniche, atmosferiche, animali e vegetali. Ciò che è stato per molto tempo definito "animismo" (Tylor 1871) nella storia delle religioni costituisce in realtà un processo di ontologizzazione della natura cui non sfugge neppure la malattia: essa viene così personificata sotto le sembianze di un nemico insidioso e imprevedibile, o assume le vesti di forze misteriose (malocchio, stregoneria, ecc.) che sfuggono ad ogni possibilità di controllo razionale.

I due principali modelli ontologici della malattia che fanno uso di entità (persone o oggetti) per darne una spiegazione sono costituiti dallo sciamanesimo e dalla stregoneria. Entrambi si fondano su di una rappresentazione simbolica del corpo come campo di lotta tra forze contrastanti che si danno battaglia: da una parte quelle malefiche che hanno "invaso" il corpo dall'esterno producendo la malattia, dall'altra quelle benefiche messe in campo dalla medicina per eliminare gli invasori. I due modelli ontologici indicati hanno anche in comune l'idea che solo un soggetto dotato di particolari poteri taumaturgici ("uomo-medicina")<sup>5</sup> sia in grado di controllare tali forze: ma è sulle tecniche terapeutiche messe in campo per esercitare tali poteri che i due modelli si dividono. Nel complesso culturale sciamanico - originario dell'area himalayana ma diffusosi poi in gran parte dell'Asia e delle Americhe - lo sciamano utilizza la tecnica della *trance* (spesso supportata dall'uso di strumenti musicali iterativi come il tamburo o dall'assunzione di sostanze stupefacenti naturali) per entrare in estasi e cominciare così il suo "viaggio" simbolico all'interno del corpo della persona malata combattendo contro forze oscure, spiriti e demoni per tornarne vincitore sconfiggendo la malattia: "La guarigione avviene, a questo punto, mediante una sorta di «suzione» reale o simulata consistente nel «succhiare» dal corpo del malato un oggetto - un ciuffetto di peli o un sassolino - che viene presentato come il «male»" (Voltaggio 1992:11-12).

---

<sup>5</sup> Che costituisce il prototipo del processo di specializzazione in senso professionale del sapere medico.

Fondamentale è qui la convinzione sciamanica che il “male” sia in realtà un uomo, col quale lo sciamano, grazie alla sua natura bisessuale, entra in contatto anche fisico per poterlo sconfiggere: “Non appena siamo riusciti a catturare *l’anima della malattia, che è un uomo*, muore la malattia, che è un uomo; il suo corpo scompare dentro di noi” (Levi Strass 1966:199).

Il complesso culturale delle stregoneria, presente soprattutto nell’Africa nera e nel ceppo etnolinguistico Bantu, si fonda su di una concezione della natura di tipo più panteistico, dal momento che la divinità viene identificata con la natura e non con qualche entità ontologica con sembianze antropomorfe. Queste intervengono invece a livello intermedio tra l’uomo e la Terra-Madre assumendo le vesti di spiriti maligni che abitano i luoghi più reconditi della natura (boschi, laghi, montagne, caverne, ecc.) a seconda dei diversi miti cosmogonici. L’eziologia della malattia è quindi riconducibile all’azione di questi esseri malvagi i cui poteri possono essere attivati inconsapevolmente da determinate categorie di persone (in genere, con qualche anomalia fisica) oppure consapevolmente mediante l’uso di qualche forma di fattucchieria<sup>6</sup> da parte di chi provi qualche sentimento negativo (invidia, gelosia, ecc.). Fondamentale diviene qui la distinzione tra lo “stregone” – colui che è in grado di confezionare la fattura per conto della persona che gliel’ha richiesta - e l’ “antistregone”, inteso come colui che è capace di contrastare l’azione della fattura praticando una contofattura rituale in grado di sconfiggerla. Prima del suo intervento, è tuttavia necessario conoscere appropriatamente la “causa” della malattia: per questo è indispensabile l’azione divinatoria messa in campo da chi è in grado di “vedere” (divinatore) ciò che gli occhi dei profani non possono vedere. La seduta divinatoria costituisce una sorta di esplorazione del passato della persona volta, tesa a ricostruire la trama delle relazioni sociali all’origine della malattia: la fattucchieria è sempre il risultato di un qualche sentimento negativo espressione di relazioni sociali problematiche tra i membri della comunità (Giarelli 1995).

La seduta terapeutica diviene quindi non già un viaggio sciamanico alla ricerca dell’ “anima” della malattia: l’antistregone non usa la *trance*, ma una serie di pratiche rituali che, al di là della loro variazione culturale, evidenziano un meccanismo simbolico di ripetizione-inversione: per poter guarire il malato, egli deve anzitutto ripetere l’azione di fattura (dimostrando così di conoscerla) per poi rovesciarne gli effetti grazie alla sua inversione simbolica. È grazie a questo meccanismo di manipolazione simbolico-rituale praticato in stato di perfetta coscienza che l’antistregone può dispiegare il proprio potere di guarigione, la cui efficacia può essere compresa solo superando una concezione meramente positivista del “reale”: “Se non vogliamo ridurre il problema dell’efficacia terapeutica ad una questione meramente empirica, è opportuno articolarlo a diversi livelli di analisi. Tali livelli di efficacia possono essere almeno tre: un livello organico, clinico, relativo agli effetti della terapia sulla fisiopatologia del paziente; un livello psichico, relativo ai suoi effetti sulla sfera emotiva e cognitiva del paziente; un livello sociale, relazionale, relativo agli stessi effetti sui comportamenti di ruolo, l’identità ed il controllo sociale. Ciò che definiamo «efficacia terapeutica» è in realtà il risultato dell’intersecarsi di questi tre piani di analisi, che corrispondono ad altrettanti livelli di realtà” (Giarelli 2000:210).

La persistenza di questi modelli ontologici della malattia anche in epoche storiche e società successive è testimoniata sia dalla presenza di forme di iatrodemonologia (la malattia come demone intruso nell’organismo da esorcizzare), iatroteologia (la malattia come colpa e punizione divina), iatroastrologia (la malattia come corrispondenza verticale tra macrocosmo e microcosmo) e iatromagia (la malattia come corrispondenza orizzontale tra le cose terrene), sia dall’utilizzo ancora oggi nella vita quotidiana della nostra società di determinate espressioni linguistiche<sup>7</sup> (Parodi 2002: 8-29). Più di recente, appare di un certo rilievo il fenomeno del neosciamanesimo come ripresa di molti elementi culturali propri del complesso culturale sciamanico, anche se più spesso in chiave sincretica mediata dall’incontro con la cultura occidentale contemporanea, del cui malessere e della cui crisi di fiducia nella biomedicina tale fenomeno costituisce l’espressione (Filoramo 1999).

<sup>6</sup> È la classica distinzione operata da Evans-Pritchard (1976) tra stregoneria e fattucchieria.

<sup>7</sup> Come, ad esempio, quando diciamo che una persona è stata “colpita” o “attaccata” dal male; o che la malattia è stata “debellata”, “sconfitta”, “vinta” (Parodi cit.: 30).

### 3. I modelli armonici degli stati, delle civiltà e degli imperi

Con il formarsi di società organizzate su base statale, di civiltà ed imperi ad economia agricola ma con un significativo settore commerciale e mercantile, notevoli centri urbani e forme di stratificazione sociale e di specializzazione occupazionale consolidate anche i sistemi medici assumono forme più complesse. Grazie all'invenzione della scrittura, si crea una élite intellettuale in grado di elaborare e trasmettere una tradizione colta distinta da quella popolare, nella quale persistono invece molte delle eziologie ontologiche precedenti. I tre maggiori esempi storici di questi nuovi pattern culturali sono la Medicina ayurvedica indiana, la Medicina tradizionale cinese e la Medicina umorale ippocratico-galenica mediterranea.

La Medicina ayurvedica è molto antica e affonda le sue radici nella cultura indiana, dove veniva già praticata nel III millennio a.C. E' un sistema diagnostico-terapeutico comprensivo che combina le terapie naturali con un approccio altamente personalizzato per il trattamento della patologia. Essa sostiene che la salute di ogni singolo individuo dipenda dall'equilibrio tra salute fisica, mentale, sensoriale e spirituale. Essere in salute significa quindi sentirsi bene non solo fisicamente ma anche psicologicamente, sensorialmente e spiritualmente. A tal fine, è necessario conoscere la propria costituzione psicofisica, la *prakruti* regolata da tre diversi principi o *dosha*: *vata* (movimento), *pitta* (energia) e *kapha* (struttura). Questi tre principi pervadono tutto l'universo (composto da cinque elementi: fuoco, aria, acqua, terra ed etere) e la loro diversa combinazione caratterizza fisicamente e psicologicamente fin dalla nascita ogni persona. La perfetta salute è il risultato dell'equilibrio di queste forze, mentre la malattia è causata da uno squilibrio delle stesse. Lo stile di vita, l'alimentazione, lo stress, i fattori stagionali e atmosferici, i traumi, l'età, possono squilibrare la propria *prakruti* e dare così origine a disturbi di vario tipo o natura. L'Ayurveda ritiene che le relazioni, gli stimoli e le interdipendenze del nostro vivere quotidiano possano, a seconda dei casi, aiutarci o disturbarci, che siano quindi collegate al nostro equilibrio psicofisico. Da uno stato iniziale di disagio psicofisico si originano poi disturbi o affezioni di vario tipo, a volte ricorrenti, fino ad arrivare ad uno stato patologico vero e proprio.

Le tecniche di cura adottate sono svariate e comprendono azioni volte al riequilibrio sia del corpo che della mente e delle loro relazioni con l'ambiente mediante l'impiego di molte specie di piante secondo ricette millenarie e secondo una farmacopea che comprende oltre 9.000 specie vegetali. A questi rimedi si affiancano trattamenti fisici esterni quali i massaggi (*abyangam*), effettuati con oli e tecniche particolari, terapie disintossicanti, diete, tecniche di purificazione. Particolare rilievo hanno le tecniche di rilassamento e di meditazione, tra cui lo *yoga*.

La storia della Medicina tradizionale cinese è pure molto antica: essa risale, infatti, al II millennio a.C., ma si sviluppa in modo particolare nel II-III secolo a.C. per giungere sino ai giorni nostri articolandosi in una serie di specializzazioni simili a quelle della biomedicina occidentale ma profondamente diverse nei loro contenuti: anatomofisiologia, eziopatogenesi, semiologia, diagnostica, clinica e terapia. Secondo la Medicina tradizionale cinese la malattia è dovuta ad uno squilibrio tra lo *yin* e lo *yang*, le due manifestazioni dell'universo: una anormale o difficoltosa circolazione di queste due energie all'interno del corpo umano porta al sorgere della patologia. Essa risulta inoltre influenzata da un complesso sistema di corrispondenze simboliche che lega il microcosmo del corpo al macrocosmo della natura, che è composta da cinque elementi: fuoco, acqua, terra, legno e metallo. L'uomo è infatti in costante comunicazione con le energie dell'universo, delle stagioni, del clima e dell'alimentazione che penetrano in lui; e il suo corpo è attraversato da canali energetici, detti meridiani (*ching*), che conducono e regolano l'energia (*qi*) prodotta e immagazzinata dai vari organi garantendo tutte le funzioni vitali. La concezione del corpo si basa su dodici meridiani principali, distinti in *yan* (portano energia dalle mani al capo e da questo ai piedi) e *yinq* (portano energia dai piedi al tronco e da qui alle mani). Ogni meridiano è in relazione con un organo (polmone, rene, fegato, cuore, pericardio, milza) o con una viscera. I meridiani secondari servono per distribuire l'energia e il nutrimento a tutti i tessuti mentre quelli straordinari hanno la funzione di immagazzinare energia in caso di necessità.

Fra le diverse tecniche terapeutiche adottate, la più nota è certamente quella dell'agopuntura: grazie all'inserimento degli aghi nei punti di affioramento di questi canali energetici si può generare un "corto circuito" e ristabilire una corretta circolazione dell'energia. Il medico agopuntore svolge, prima di tutto, una diagnosi sulla patologia della persona, in base alla quale verranno individuati i punti da stimolare. La terapia prescelta è originata dalla combinazione di diversi punti selezionati in base alle loro proprietà terapeutiche. Esistono moltissimi tipi di manipolazione degli aghi che vengono inseriti in maniera più o meno profonda all'interno dello strato epidermico. Da ricordare anche la tecnica complementare della *moxibustione* - che consiste nel riscaldamento degli agopunti mediante cauterizzazione, ottenuta tramite la lenta combustione di sostanze (foglie di *artemisia vulgaris* essiccate e triturate) che producono brace senza sviluppare fiamma – nonché una elaborata farmacopea, tecniche di massaggio (*shiatsu, tuina*), di rilassamento (*tai chi*) e di meditazione (*qigong*).

Infine, la Medicina umorale si sviluppa nell'ambito delle diverse civiltà (greca, romana, araba) del bacino del Mediterraneo a partire dal V sec. A.C. grazie all'opera di Ippocrate e della scuola di Cos, trovando poi in Galeno (129-201 d.C.) il suo maggior sistematizzatore con il contributo di elementi aristotelici, neoplatonici, stoici e alessandrini. Anche alla base della medicina umorale vi è una concezione della natura come composta da elementi, che divengono però quattro: aria, acqua, terra e fuoco. Dalla loro combinazione hanno origine tutte le cose, compreso il corpo umano, che risulta composto da quattro umori: sangue, flegma (muco), bile gialla e bile nera. Ad essi sono associati due copie di qualità contrapposte: caldo/freddo e secco/umido. Il corpo risulta dunque omogeneo all'ambiente, non solo perché composto dai medesimi elementi, ma anche perché ogni sua parte si adatta funzionalmente alle condizioni della vita biologica e sociale. Ogni individuo è dotato di un particolare "temperamento", risultante da una specifica mescolanza dei quattro umori dei quali uno domina sugli altri<sup>8</sup>: la salute è la risultante di questa complessa interazione tra equilibrio interno degli umori del corpo con l'ambiente esterno.

La malattia (*discrasia*) è soprattutto la risultante di una disarmonia o di uno squilibrio degli umori, da ricercarsi in un mutamento delle qualità fondamentali dovuto a dinamiche ambientali, climatiche e stagionali, ma anche comportamentali (alimentazione, riposo, attività sessuale, vita emotiva). Queste cause "esterne" interagiscono con le cause "interne" al corpo legate alla predisposizione a certe malattie dovuta al particolare temperamento individuali e con le cause "immediate" contingenti. Dunque, "nel modello ippocratico la malattia deriva dalle stesse cause che producono la salute, solo in proporzioni diverse. Non si tratta di qualcosa di nuovo e soprannaturale che entra nell'organismo, ma di un cambiamento degli elementi naturali costitutivi dell'organismo stesso" (Parodi 2002:44). Esiste dunque un *continuum* che collega tra loro salute e malattia come stati contigui, secondo la condizione di equilibrio interno degli umori ed esterno tra questi e l'ambiente circostante.

Se la malattia è una questione di squilibrio umorale, la terapia non può che cercare di ristabilire l'equilibrio alterato attraverso l'eliminazione degli umori eccedenti mediante salassi, purganti, diuretici o emetici; oppure, attraverso la loro reintegrazione in caso di deficit mediante diete appropriate, cambiamenti dello stile di vita, o l'utilizzo di farmaci in genere allopatici<sup>9</sup>. Il tutto non meccanicamente, ma sulla base di una personalizzazione della terapia: "Il medico umoralista deve adattare la terapia alla malattia e al tipo, all'età del paziente e alla stagione, poiché ogni stagione ha a sua volta una qualità prevalente tipica, secondo serie che associano il vecchio al flegma e all'inverno, il bambino alla primavera e alla bile, e così via" (id.: 52). Il medico diviene così un attento osservatore del paziente e del suo ambiente, nell'intento di assecondare quella *vis medicatrix naturae* che deve guidare sia la prevenzione che la terapia.

---

<sup>8</sup> Da cui il tipo sanguigno, se a dominare è il sangue (caldo-umido); flemmatico, se è il muco (freddo-umido); collerico, se è la bile gialla (calda-secca); e melanconico se è la bile nera (fredda-secca).

<sup>9</sup> Anche nella Medicina umorale esiste la possibilità, sia pur minoritaria, di utilizzo di farmaci omeopatici operanti sulla base del principio di attrazione (*similia similibus*).

In sostanza, i tre modelli eziologici della Medicina ayurvedica indiana, della Medicina tradizionale cinese e della Medicina umorale ippocratico-galenica condividono una medesima concezione della salute come equilibrio dinamico, armonico, tra una molteplicità di piani (organico, psichico, comportamentale, sociale, ambientale) tra loro in costante interazione secondo modalità peculiari al temperamento di ciascun individuo. Anche questi modelli hanno conosciuto una notevole persistenza storica: la Medicina ayurvedica e quella tradizionale cinese costituiscono ancora oggi parte integrante dei rispettivi sistemi sanitari nei paesi d'origine e in numerosi altri paesi asiatici; esse hanno avuto inoltre notevole diffusione, nel corso degli ultimi decenni, anche in gran parte dell'Occidente, sia pure spesso in forme sincretiche. La medicina umorale, dopo aver costituito attraverso il Medioevo e la Scuola di Salerno<sup>10</sup> il fondamento della medicina ufficiale in Occidente sino al XIX secolo, ha dovuto cedere il passo alla nuova medicina scientifica a base biochimica: essa ha mantenuto tuttavia la sua influenza, oltre che nel linguaggio medico e comune<sup>11</sup>, sia sullo sviluppo della moderna Igiene pubblica (specie con la teoria miasmatica<sup>12</sup>) sia sui diversi tipi di medicina non convenzionale fondati sulla riscoperta della natura, come l'idroterapia di Prießnitz (1799-1851), la naturopatia di Kneipp (1821-1897) e l'elioterapia di Just (1859-1936).

#### **4. I modelli meccanicistici e vitalistici delle società industriali**

Con l'affermarsi delle società industriali a partire dalla seconda metà del XVIII secolo, i processi di differenziazione funzionale dei diversi sottosistemi sociali subiscono una forte accelerazione stimolati dalla logica di sviluppo dell'industrializzazione. Anche il sistema sanitario non fa eccezione, configurandosi progressivamente come un sottosistema sociale autonomo, nel quale convivono, almeno inizialmente, una pluralità di sistemi medici. Quel pluralismo sanitario che avevamo visto caratterizzare già le società precedenti in termini dualistici e stratificati come dislivelli interni di cultura (Cirese 1973) ora si articola all'interno della stessa cultura dominante, producendo una competizione ed un conflitto fra diversi sistemi medici che attraverserà tutto il XIX secolo in Europa e in Nordamerica fino a concludersi con la piena vittoria e la legittimazione di uno di essi – la nascente biomedicina – e la sconfitta degli altri tipi di medicina che saranno relegati per circa un secolo, durante quasi tutto il Novecento, in posizione subordinata e marginale (Giarelli 2003).

Il processo di crescente professionalizzazione della biomedicina e la sua conquista dell'egemonia culturale e sociale all'interno dei sistemi sanitari delle società industriali sono il risultato dell'enorme accumulazione del sapere scientifico verificatosi già a partire dagli inizi dell'età moderna con l'affermarsi della nuova scienza sperimentale galileiana-newtoniana. Nella seconda metà dell'Ottocento tale processo subisce una brusca accelerazione grazie ad una serie di scoperte scientifiche che forniranno un nuovo quadro concettuale empirico e teorico a quella medicina anatomo-clinica che già era sorta negli ospedali parigini in epoca rivoluzionaria e napoleonica. Tre sono le principali scoperte che cambieranno il volto della scienza medica europea, tutte sull'asse Parigi-Berlino: la patologia cellulare di Rudolf Virchow (1858), la fisiologia

---

<sup>10</sup> La Scuola, che fiorì tra il IX ed il XIII secolo, costituì un'istituzione formativa basata sulla traduzione di testi medici classici greci, bizantini e arabi precedente alla fondazione delle grandi università medievali europee.

<sup>11</sup> Si pensi a termini specialistici come quello di "epidemia" o, nel linguaggio comune, ad espressioni come "farsi il sangue cattivo", o "essere di buono/cattivo umore".

<sup>12</sup> La teoria dei "miasmi" costituì nel corso del XIX secolo la spiegazione alternativa a quella "contagionista" sostenuta dai batteriologi per spiegare l'origine e la diffusione delle malattie epidemiche: mentre questi ultimi ritenevano infatti il contagio all'origine della loro diffusione e suggerivano quindi misure prevalentemente di tipo segregativo individuale per evitare contatti (quarantena), la teoria miasmatica, rifacendosi alla tradizione umorale, considerava i fattori ambientali (terra, aria, acqua) quali principali responsabili delle epidemie e suggeriva quindi interventi preventivi basati sulle popolazioni (miglioramento delle condizioni di vita socio-economiche) e sull'ambiente (igiene urbana, risanamento dei terreni, dell'acqua potabile e dell'aria) per modificarli.

sperimentale di Claude Bernard (1865) e la rivoluzione batteriologica con la teoria dei germi di Pasteur (1857) e con la scoperta del bacillo della TBC di Koch (1882). Se a ciò aggiungiamo l'introduzione dell'etere nella pratica anestesistica pre-operatoria - che segna una vera rivoluzione nella cultura del corpo<sup>13</sup> e nel rapporto cruento chirurgo/operato - e la scoperta dei raggi X ad opera di Roentgen nel 1895, abbiamo un'idea sia pure molto schematica di quale frenetico sviluppo caratterizzi l'accumulo di conoscenze nella base cognitiva biomedica.

Tali scoperte sono il risultato della "grande fisiopatologia sperimentale franco-tedesca che studia in chiave fisico-chimica e microbiologica le strutture e le funzioni dell'organismo sano e malato" (Cosmacini 1987:314), segnando il passaggio da una medicina ancora descrittiva e osservativa ad una medicina sperimentale e positivistico-naturalistica. Unitamente alla nascente tecnologia medica (il termometro clinico di Wunderlich, lo sfigmografo di Marey, ecc.) e alla nuova possibilità della chimica di produrre industrialmente farmaci di sintesi, esso tende ad alimentare nell'opinione pubblica l'immagine positivistica di una medicina non più arte ma scienza, in grado di fondare sempre più il proprio processo diagnostico-terapeutico su dati "oggettivi" di natura quantitativa e quindi misurabili.

La concezione del corpo che la nuova scienza medica delinea è, per la prima volta, di tipo non olistico: è il corpo-macchina suddiviso in parti sempre più ridotte la metafora di un sapere sempre più frammentato che, grazie all'anatomia patologica e microscopica, raggiunge un livello di dettaglio empirico tale da arrivare all'invisibile a occhio nudo. Un dettaglio così minuto da far dimenticare il tutto: l'eziologia della malattia viene ora ricercata prima negli organi, poi nei tessuti e infine nelle cellule in qualcosa di esclusivamente interno all'organismo e precisamente localizzabile. La nuova eziologia localistica è anche monocausale: non prendendo più in considerazione i fattori ambientali esterni e la storia dell'individuo, essa si concentra sui soli fattori biologici interni all'organismo. La malattia diviene così un semplice guasto circoscritto e storico localizzato in una parte precisa del corpo-macchina.

Questo modello eziologico meccanicistico trova il suo coronamento con la batteriologia: la malattia torna ad essere un corpo estraneo, un'entità ontologica (il microrganismo) che, come un nemico occulto (visibile solo al microscopio) "attacca" l'organismo scatenando la malattia con la quale viene spesso confuso. Che da questa eziologia monocausale possa corrispondere anche un farmaco *ad hoc* il passo è breve: "«Un» agente, «una» malattia, «un» farmaco sarà la triade ideale della microbiologia" (Parodi 2002:142). Sottesa a questo modello, è anche una concezione della natura come sostanzialmente ostile, nemica, potenzialmente generatrice di agenti patogeni per la salute, quindi da controllare e dominare con la tecnica grazie ai progressi scientifici: "È attorno alla metà del diciannovesimo secolo che l'ideologia della *vis medicatrix naturae* sembra essere soppiantata da un'ideologia della *natura esterna soprattutto patogena, piena di agenti patogeni* da cui la scienza deve immunizzare gli individui in vari modi" (Ardigò 1997:99).

Il grande successo di consenso che questo modello eziologico meccanicistico nella variante batteriologica di tipo neo-ontologico ottiene presso l'opinione pubblica occidentale può essere così spiegato: "Dal punto di vista della percezione della malattia da parte del pubblico, il modello batteriologico si prestava, oltre che al sogno moderno del trionfo sulle malattie, anche alla rinascita di forme di pensiero magico e teologico: il microrganismo, oltre a essere piccolo e subdolo, era (...) veicolato da contagi che avevano in molti casi a che fare con comportamenti stigmatizzanti. Lo status ontologico dei microrganismi era a metà tra la personificazione e l'ubiquità: caratteristiche degli esseri soprannaturali ..." (Parodi 2002:142). Il carattere quasi ritualistico-sacrale di questo modello appare poi evidente anche a livello diagnostico nello spostamento operato dalla clinica al laboratorio: "Una caratteristica rilevante della microbiologia è che solo i medici e i ricercatori vedono l'entità patogena: i profani vedono solo l'individuo malato, sé o altri, e devono credere alla medicina in modo ancora più incondizionato di prima. Il laboratorio diviene il luogo dei responsi così come il tempio di Asclepio era la sede della divinazione della diagnosi; l'attesa di una risposta

---

<sup>13</sup> Sino alla metà dell'800, l'insensibilità al dolore era considerato un segno di santità o di stregoneria.

(positività o negatività alla reazione, riscontro del microrganismo nel sangue) conferisce alla diagnosi, che viene tra l'altro differita, un alone di solennità e definitività. Il responso, inoltre, che è «positivo» nel linguaggio del laboratorio quando è «infausto» per il paziente e viceversa, si allontana anche linguisticamente dalla sfera dei rapporti umani per assumere il valore di giudizio inappellabile” (ib.:142-143).

Il complesso dei sistemi medici sconfitti dall'egemonia della biomedicina sui sistemi sanitari occidentali e relegati per lungo tempo in posizione marginale può essere invece fatto rientrare, *lato sensu*, nell'ambito di un modello eziologico di tipo vitalistico che trova nella dottrina romantica del mesmerismo e nell'omeopatia i suoi primi esempi storici. Nel mesmerismo, in particolare, le idee guida della nuova scienza fisica (polarità, luce, peso, elettricità neuromuscolare, scoperta da Galvani nel 1791 ed elettromagnetismo, scoperto da Oersted nel 1820) diventano i poli magnetici originari di una tensione vitale onnipresente, che nella teoria e metodologia del magnetismo umano del medico svevo Franz Anton Mesmer si fondono con lo *spiritus vitalis* degli impulsi della forza magnetica come forza curativa intrinseca trasmissibile dal curante al curato. Il pensiero romantico vede nella seduta terapeutica mesmeriana lo “stabilirsi temporaneo di un'anima unitaria”, una “unione simpatica” tra medico e paziente, simile al rapporto madre-feto.

L'omeopatia costituisce l'altra principale dottrina alternativa sia alla tradizione medica “umoralista” che alla nascente biomedicina: Hahnemann critica apertamente l'efficacia della medicina tradizionale e l'abbandona in favore di una dottrina della salute come armonia e della malattia come metafora musicale, “forza vitale stonata”, a suo parere diametralmente opposta alla dottrina galenica basata sulla “legge dei contrari”, o allopatia, in quanto fondata sul principio omeopatico della “legge dei simili” e sulla dottrina filosofica delle analogie universali. Il trattato di Hahnemann *Organo dell'arte razionale di guarire* (1810) fonda il suo metodo terapeutico a prescindere da conoscenze mediche parziali (anatomiche, fisiologiche e patologiche), per fare riferimento alla totalità della malattia come espressa dalla sintomatologia del paziente: si tratta di saper scegliere i farmaci con le loro particolari doti e le loro giuste dosi minime (belladonna, noce vomica, arsenico) potenziati mediante polverizzazione e scuotimento, cosicché il medicinale omeopatico si trasformi in spirito medicinale. Come scrive Hahnemann nel suo Trattato, “i medicinali non sono sostanze morte nel senso comune del termine; piuttosto la loro vera essenza è solo dinamico-spirituale, è forza vera, la quale, mediante lo straordinario processo del polverizzare e scuotere, può venir condotta fino ai limiti dell'infinito”: il passaggio dalla dose infinitesimale alla forza infinita, come nell'analogia di Paracelso fra il microcosmo alchemico ed il macrocosmo astrale fondante le forze occulte dei veri farmaci (gli *arcana*), è ancora considerato quindi del tutto legittimo. Inoltre, almeno nella sua versione unicista più fedele agli scritti di Hahnemann, la medicina omeopatica considera il paziente come un *unicum*, secondo un complesso sistema di corrispondenze tra tipi individuali, sintomi e rimedi farmacologici che porta ad individuare un unico rimedio adeguato: “la malattia manifesta è il risultato dell'interazione di un disturbo di origine esterna, anche sociale, con l'unicità individuale del paziente. Infatti, la causa a cui Hahnemann attribuisce la malattia è un disturbo nella forza vitale” (ib.: 289)<sup>14</sup>.

Questo modello eziologico vitalistico, che si ritrova anche in altre medicine eterodosse (naturopatia, fitoterapia, medicina tradizionale cinese, ecc.), riuscirà a sopravvivere in quanto corrente alternativa al meccanicismo e al cartesianesimo sino ai nostri giorni, sia pure relegato in posizione marginale nei sistemi sanitari ad egemonia biomedica, quando troverà nuova legittimazione sia dalla crisi della biomedicina sia dagli stessi sviluppi della valutazione scientifica<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> Questo principio dell'unicità del paziente costituisce, tra l'altro, uno dei problemi fondamentali da affrontare per la valutazione scientifica dell'omeopatia unicista poiché essa non consente di condurre esperimenti clinici randomizzati e controllati sull'efficacia dei rimedi omeopatici data l'impossibilità pratica di costruire un gruppo di controllo adeguato, dal momento che considera ogni individuo inconfondibile e unico per definizione.

<sup>15</sup> Gli studi di laboratorio in vitro più recenti sembrano infatti dimostrare l'esistenza di un effetto terapeutico dei farmaci omeopatici, specie quelli a basse diluizioni, fondata sull'ipotesi di un meccanismo di tipo fisico anziché biochimico

Il modello eziologico meccanicistico di tipo batteriologico invece, oltre che nel linguaggio quotidiano<sup>16</sup> e nelle modalità ancor oggi prevalenti di utilizzo dei farmaci, ha trovato nel moderno ospedale la sua traduzione anche spaziale che perdura tutt'oggi: organizzati secondo le diverse specialità in cui si articola il sapere medico, i reparti suddividono i malati in base alla patologia d'organo ("Cardiologia", ecc.) o al tipo di malattia ("Malattie infettive", ecc.). La conseguenza è piuttosto evidente: "La malattia, e la sua sede, sono il criterio di classificazione dei pazienti nell'istituzione ospedaliera. Questo fatto può condurre ad astrarre l'organo dall'individuo sia in senso spaziale che in senso temporale: non si (e il «si» è riferito tanto al medico quanto al paziente) considera la totalità dell'organismo e si concentra l'attività riparatrice su un unico punto, né si tiene conto della storia causale della malattia" (Parodi 2002:111).

## 5. I modelli genetici e biopsicosociali delle società postindustriali

È forse ancora prematuro ogni tentativo di delineare con qualche precisione i contorni di quelle società variamente denominate (già questo un sintomo d'imprecisione) come "postindustriali", "tardoindustriali", "postmoderne" o "dell'informazione" verso le quali stiamo vivendo l'attuale fase di transizione. Certo è che almeno alcuni caratteri di queste società paiono già delinearsi in maniera sempre più evidente anche a livello di sistema sanitario: come "il modo subdolo con cui la sfera medica ha insinuato sé stessa all'interno di quasi ogni aspetto della vita, del pensiero e del comportamento contemporanei. L'alta prevalenza di malattie croniche, una preoccupazione ossessiva per la salute e la *fitness* e il paradosso di una società «sana ma più malata» sono parte della configurazione postmoderna della malattia e della medicina" (Fabrega 1997:137). Oltre ai costi sociali crescenti dei sistemi sanitari che questa medicalizzazione sempre più pervasiva della vita sociale sta comportando<sup>17</sup>, è rimarchevole il fatto che, proprio nel momento in cui la medicina sembra divenire un'istituzione dominante funzionale al controllo sociale di tipo biopolitico che Foucault (1979) definisce "*governmentality*", essa sembra entrata in una crisi irreversibile, almeno per quanto riguarda la specifica configurazione strutturale che essa aveva assunto nel corso del Novecento. È lo stesso *mandato di legittimazione* che sanciva istituzionalmente il riconoscimento della funzione di un sottosistema come quello sanitario ad essere rimesso in discussione: un mandato che, secondo alcuni, ha preso la forma di un *contratto sociale* stipulato idealmente tra biomedicina, stato e società nel momento in cui la prima raggiungeva il traguardo della professionalizzazione sul finire del XIX secolo, riuscendo a modellare su di sé l'intera struttura dei sistemi sanitari nelle società industriali:

"La medicina moderna, basata su di un contratto sociale tra i medici, lo stato e il pubblico, si è rivolta ai problemi della forma industriale della società. Come Brown (1979) ed altri hanno sostenuto, la corrispondenza tra l'immaginario meccanicistico embricato all'interno della forma di produzione industriale, la teoria dei germi e la promessa generale della scienza di curare i mali sociali ha permesso ai fautori della classe media professionale emergente di sostenere la preminenza della medicina 'scientifica' sugli altri sistemi. Nell'ambito della transizione in atto verso una nuova forma societaria, istituzioni sociali come la medicina vacillano nella loro capacità di risolvere i problemi di salute e malattia della popolazione e non forniscono una buona aderenza a quanto gli erogatori si aspettano il sistema produca e alle modalità con cui il pubblico utilizza l'assistenza sanitaria" (Pescosolido e Kronenfeld 1995:9).

A questa crisi profonda di legittimazione che da circa tre decenni sta attraversando i sistemi sanitari a egemonia biomedica, quest'ultima sta cercando di rispondere differenziando se stessa

---

(come quello che agisce nel caso dei farmaci allopatrici) basato sulla cosiddetta "memoria dell'acqua" (Attena 1991) e su di un determinato tipo di energia caratterizzato da una specifica onda elettromagnetica (Bellavite 1998).

<sup>16</sup> Si pensi a tutta la famiglia semantica delle espressioni legate alle infezioni e al contagio.

<sup>17</sup> Costi sociali che includono non soltanto i costi economici, pure significativi, ma anche quelle conseguenze culturali e sociali in termini di espropriazione della salute che Illich (1991) ha così ben riassunto nel suo concetto di "iatrogenesi".

secondo due pattern culturali emergenti profondamente diversi tra loro. Da una parte, infatti, nel corso degli anni '90 è andato emergendo un modello eziologico di tipo genetico, originato dal convergere di alcune scienze naturali (biologia molecolare, genetica, fisica, ecc.) e scienze dell'artificiale (ingegneria biologica, informatica sanitaria, ecc.). Esso ha avuto il suo punto di forza in una serie di nuovi sviluppi applicativi in campo medico che lo hanno reso particolarmente idoneo per il complesso sanitario-industriale: microchirurgia, trapianti d'organo, telemedicina, ecc. Ma è soprattutto nel campo della genomica e delle nuove terapie geniche che questo paradigma ha destato l'interesse maggiore: grazie alla mappatura del genoma, esso sembra aprire una nuova frontiera alle ottimistiche previsioni di una liberazione dell'umanità dalle malattie grazie alle nuove conoscenze acquisite sulla struttura dei geni e alle possibilità offerte dalle nuove biotecnologie di "riparare" i cromosomi e di sostituire i geni "difettosi"<sup>18</sup>.

Anche se qualche beneficio potrà derivarne per la cura di alcune malattie (come il diabete, l'emofilia, il cancro o l'AIDS), la via della terapia genica apre soprattutto scenari inquietanti, non più solamente futuribili, per quanto riguarda le possibilità incontrollabili di una ingegnerizzazione genetica delle società umane da essa offerte. Le questioni implicate, di carattere etico-filosofico, politologico e sociologico, originate soprattutto dai problemi connessi al controllo degli strumenti della bio-ingegneria molecolare e della commercializzazione di parti del corpo umano (sangue, organi, proteine, ecc.) richieste in misura crescente dalla nuova farmacologia genomica, sono fin troppo evidenti (Habermas 2002). Per non parlare delle problematiche quasi fantascientifiche che le promesse di clonazione umana che periodicamente si susseguono<sup>19</sup> sollevano per il futuro dell'umanità stessa. Così come non può apparire preoccupante la trasformazione in atto negli stessi sistemi sanitari a causa dell'enorme concentrazione di risorse umane, finanziarie e strutturali che attorno alla nuova medicina genica si sta verificando, anche a motivo dei massicci investimenti di capitali finanziari privati operati dalle multinazionali farmaceutiche e dal complesso sanitario-industriale più in generale in questa direzione.

Il paradigma genico è, in fondo, l'ultima versione di quell'ottimismo positivisticò ottocentesco, ancora in parte diffuso, fiducioso nelle possibilità illimitate offerte dallo sviluppo scientifico e tecnologico medico di risolvere definitivamente i problemi di salute: accentuando fino alle sue estreme conseguenze il carattere manipolatorio già proprio del sistema sanitario fondato sulla biomedicina nei confronti dell'organismo umano, esso considera il corpo come un oggetto perfettamente manipolabile e ricreabile secondo l'intenzionalità umana. Il che realizzerebbe anche l'altro sogno positivisticò: quello di rendere la natura ormai perfettamente asservita e dominata grazie ai progressi della tecnica.

Di natura profondamente diversa è invece l'altro modello eziologico emergente nell'ambito dei più recenti sviluppi della biomedicina: quello bio-psico-sociale. L'impianto meccanicistico del paradigma biomedico classico – monocausale, monodimensionale, riduzionistico e fondato sulla dissociazione cartesiana mente/corpo – viene messo radicalmente in discussione in questo nuovo pattern culturale. Sviluppatisi nell'ambito dell'epidemiologia, della medicina sociale, della gerontologia e della geriatria, della bioetica, il paradigma bio-psico-sociale si fonda su di un impianto pluricausale, pluridimensionale e olistico che cerca di ricomporre la scissione cartesiana mente/corpo, trovando la sua espressione più compiuta nel modello medico sistemico di Engel (1977) della *Harvard Medical School*, che cerca di integrare tutti i diversi campi delle scienze biomediche:

“La malattia è infatti contemporaneamente un fenomeno molecolare o genetico, fisiologico,

---

<sup>18</sup> La ricerca genica considera infatti l'eziologia delle malattie come il risultato di geni "difettosi" e punta a creare nuove forme di terapia basate sulla sostituzione di tali geni con copie di geni "normali", eventualmente clonate. Diverrebbe così possibile prevedere e correggere in anticipo le eventuali predisposizioni biologiche alla malattia e le malformazioni ereditarie di un individuo attraverso l'esame del suo codice genetico alla nascita.

<sup>19</sup> Con l'ennesimo annuncio dell'avvenuto completamento della mappatura del genoma umano da parte di qualche istituto di ricerca privato statunitense a caccia di fondi, destinato poi puntualmente a rivelarsi falso.

psicologico, familiare, sociale, economico e viene studiata a ciascuno di questi livelli dalla genetica, dalla biochimica, dalla fisiologia, dalla psicologia, dall'epidemiologia" (Parodi 2002: 300).

Riprendendo la tradizione epidemiologica, questo paradigma ritiene che "la medicina dovrebbe adottare un inquadramento diagnostico sistemico, inclusivo di vari livelli disciplinari gerarchicamente organizzati, per affrontare una catena di sub-sistemi: dalla cellula dell'organismo biologico umano, alla persona, alla famiglia, alla società più ampia" (Ardigò 1997:52-53). Grazie a questo approccio eziologico e clinico di tipo sistemico, il corpo torna ad essere inserito in una prospettiva olistica nel suo contesto ambientale più ampio; e la natura sembra riacquisire la sua necessaria contiguità e, al tempo stesso, autonomia dal mondo sociale umano. Di particolare interesse appaiono le applicazioni in atto di questo modello nel campo della nuova disciplina psiconeuroimmunologica volte ad illuminare, mediante l'analisi delle relazioni tra sistema nervoso, sistema endocrino e sistema immunitario, le possibili influenze reciproche tra fattori psico-sociali e capacità immunologiche del sistema neuronale.

## 6. Conclusioni: la "natura" tra olistismo e riduzionismo

A conclusione del nostro percorso, vorremo cercare di sintetizzarne il significato ritornando alla questione iniziale per tentare di ridefinirla nei termini dell'opposizione olistismo/riduzionismo: posto che il concetto di "natura" è sempre una costruzione culturale<sup>20</sup>, il problema diviene come la natura venga concepita secondo i diversi modelli eziologici considerati. Definiamo *olistici* quei modelli eziologici della malattia (e, per estensione, quei pattern culturali dei sistemi medici) fondati su di una concezione del corpo come fenomeno *emergente* - non riducibile cioè a livelli di complessità inferiore<sup>21</sup> (comunque considerati: organi, tessuti, cellule o oggetti inanimati). Secondo tali modelli, il corpo viene concepito in stretta connessione con gli altri sistemi complessi: la mente, il sociale e la natura. Quest'ultima, in particolare, viene considerata secondo una visione fondamentalmente ottimistica e positiva come una forza riequilibratrice ed una risorsa (*vis medicatrix naturae*) cui la medicina può far ricorso per ripristinare quello stato di equilibrio perturbato dalla malattia che essa può soltanto coadiuvare a raggiungere mediante la cura (*medicus curat, natura sanat*). Definiamo invece *riduzionistici* quei modelli eziologici della malattia che considerano il corpo come qualcosa di non superiore alla semplice sommatoria delle parti che lo compongono e alle quali è quindi riducibile sia in termini esplicativi che terapeutici. Secondo tali modelli, non esiste connessione necessaria (o, comunque, essa non è considerata rilevante) tra il corpo, la mente e il sociale (talora ritenuti del tutto inesistenti); mentre la natura viene considerata secondo una visione fondamentalmente pessimistica e negativa come una minaccia, una fonte di pericoli spesso nascosti e imprevisi, un nemico ostile da combattere con ogni mezzo (tecnico) o da manipolare medicalmente (realmente o simbolicamente).

Se, sulla base di tale opposizione così definita, costruiamo una sorta di *continuum* con ai due estremi la coppia semantica oppositiva olistismo-riduzionismo, possiamo collocare nel mezzo i diversi modelli eziologici considerati secondo i diversi gradi di approssimazione di ciascuno di essi ad una delle due polarità (fig.2). Risultano quindi più prossimi alla polarità olistica il modello armonico, vitalistico e biopsicosociale (che considerano il corpo come un fenomeno emergente e la natura come amica); alla polarità riduzionistica quello genetico, meccanicista e ontologico (che riducono il corpo alle sue componenti genetiche, fisico-chimiche o simboliche e considerano la natura come nemica). Ci sembra, infine, che il *continuum* olistismo-riduzionismo possa essere probabilmente considerato anche come uno strumento di qualche utilità per misurare il grado di

---

<sup>20</sup> Come afferma Parodi, "ogni periodo e ogni ambiente hanno infatti una concezione diversa del naturale, dalla quale si trae quella di non-naturale" (Parodi 2002:4).

<sup>21</sup> Secondo la tesi *emergentista*, propria delle teorie sistemiche, tutti i fenomeni di organizzazione sono disposti secondo una gerarchia di livelli di complessità crescente, nella quale i gradi superiori non sono riducibili a quelli inferiori.

incommensurabilità e, quindi, di “traducibilità” o meno di un modello rispetto ad un altro a seconda del loro grado di prossimità; come pure per valutare l’eventuale possibilità di una integrazione fra due o più di essi che non neghi la rilevanza dei rispettivi pattern culturali e consideri la medicina integrata di cui oggi si parla (Giarelli 2005) come una prospettiva da fondare epistemologicamente.

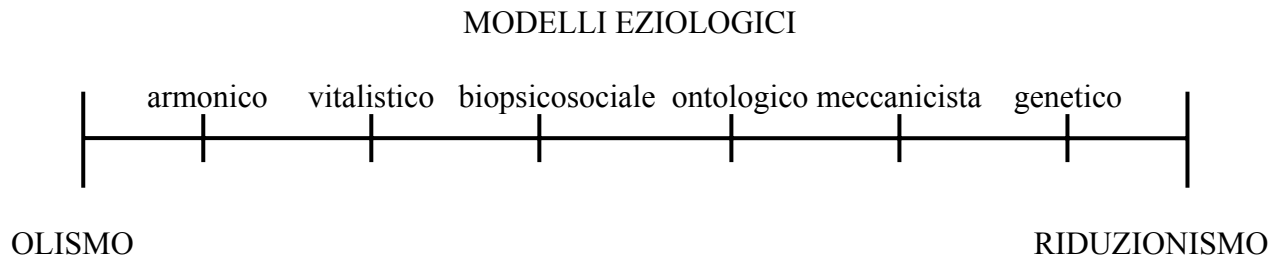


Fig. 2 Il *continuum* olismo-riduzionismo dei modelli eziologici

### Bibliografia di riferimento

- Ardigò A. (1997) *Società e salute. Lineamenti di sociologia sanitaria*, Franco Angeli, Milano.
- Attena F. (1991), *Omeopatia e memoria dell’acqua. Fondamenti scientifici e considerazioni sociologiche*, Federazione Medica, Roma.
- Bellavite P. (1998), *Biodinamica. Basi fisiologiche e tracce di metodo per una Medicina Integrata*, Tecniche Nuove, Milano.
- Brown E.R. (1979), *Rockefeller medicine-men: medicine and capitalism in America*, University of California Press, Berkeley.
- Cirese A.M. (1973), *Cultura egemonica e culture subalterne*, Palumbo, Palermo.
- Cosmacini G. (1987), *Storia della medicina e della sanità in Italia: dalla peste europea alla guerra mondiale, 1348-1918*, Laterza, Bari.
- Engel G.I. (1977) “The need for a new medical model: A challenge for biomedicine”, *Science*, 196, 4286: 129-136.
- Evans-Pritchard E.E. (1976), *Stregoneria, oracoli e magia tra gli Azande*, FrancoAngeli, Milano.
- Fabrega H.Jr. (1997), *Evolution of sickness and healing*, University of California Press, Berkeley.
- Filoramo G. (1999), *Millenarismo e New Age, apocalisse e religiosità alternativa*, Dedalo, Bari.
- Foster G. M. e Anderson B.G. (1978), *Medical Anthropology*, John Wiley & Sons, New York.

- Foucault M. (1979), "On governmentality", *Ideology and Consciousness*, 6: 5-22.
- Giarelli G. (1995), *Il corno dell'ugao. Viaggio iniziatico in una medicina africana*, L'Harmattan Italia, Torino.
- \_\_\_ (1998), *Sistemi sanitari. Per una teoria sociologica comparata*, FrancoAngeli, Milano.
- \_\_\_ (2000), "La giurisdizione professionale del guaritore africano. L'ugao tharaka (Kenya)", in Schirripa P. e Vulpiani P. (a cura di), *L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nelle Americhe*, ARGO, Lecce.
- \_\_\_ (2003), *Il malessere della medicina. Un confronto internazionale*, FrancoAngeli, Milano.
- \_\_\_ (2005), *Medicine non convenzionali e pluralismo sanitario. Prospettive e ambivalenze della medicina integrata*, FrancoAngeli, Milano.
- Habermas J. (2002), *Il futuro della natura umana: i rischi di una genetica liberale*, Einaudi, Torino.
- Illich I. (1991), *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Red Edizioni, Como (ed. orig.: 1976, *Limits to Medicine. Medical Nemesis: the Expropriation of Health*, Boyars, London).
- Istat (2003), *La cura e il ricorso ai servizi sanitari*, Istat, Roma.
- Levi Strass C. (1966), "Lo stregone e la sua magia", in id., *Antropologia strutturale*, Il Saggiatore, Milano: 189-208.
- Parodi A. (2002), *Storie della medicina*, Edizioni di Comunità, Torino.
- Pescosolido B.A. e Kronenfeld J.J. (1995), "Health, illness, and healing in an uncertain era: Challenges from and for Medical Sociology", *Journal of Health and Social Behaviour*, n. spec.: 5-33.
- Stepan J. (1983), "Patterns of legislation concerning traditional medicine", in Bannerman R.H., Burton J. e Wen-Chieh (eds), *Traditional medicine and health care coverage*, WHO, Geneva.
- Tylor E.B. (1871), *Primitive culture*, J. Murray, London.
- Voltaggio F. (1992), *L'arte della guarigione nelle culture umane*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Wellin E. (1977), "Theoretical orientations in Medical Anthropology: Continuity and change over the past half-century", in Landy D. (ed.), *Culture, disease and healing*, Macmillan, New York-London: 47-58.



Articolo pubblicato sulla rivista Janus n.16 - Inverno 2004