

dei Lumi, Restaurazione; ciarlatani religiosi e laici subiscono poi la concorrenza di una nuova figura, quella del ciarlatano-donna, divisa tra *piazza e salotto*, come Regina Dal Cin che, da guaritrice di campagna, divenne ben presto professionista cittadina: maestra, donna, madonna.

Col passare del tempo, mutano le figure, ma i ruoli mantengono una certa fissità: i guaritori dei nostri giorni hanno appellativi diversi e si avvalgono di mezzi diversi, ma rispondono ugualmente a quella necessità di trovare conforto là dove la medicina ufficiale è disarmata: superstizione, incapacità di accettare la malattia, impotenza della medicina di fronte a tante patologie sono le cause del persistere di questi nuovi ciarlatani, che spesso associano a devozioni di origine popolare i rituali di matrice più colta. L'Autore si sofferma ad analizzare il rapporto dei mass media nel trasformare notizie inconsistenti in annunci di grandi scoperte scientifiche, amplificando informazioni spesso parziali e non suffragate da dati statistici, arricchendole di aneddoti e colpi di scena, tanto da generare una sorta di aspettativa miracolistica e, forse, una progressiva sfiducia nella Grande Medicina.

A prescindere, quindi, dalla parte storica, sostenuta, come sempre, da una metodologia di ricerca precisa e dettagliata, il testo offre gli spunti per una riflessione attuale di estremo interesse, legata alla figura del professionista della salute, ai suoi limiti ed alle sue potenzialità, analizzando le modalità con cui altre figure si impongono e raccolgono consensi, rappresentando una risorsa importante ai bisogni dell'uomo che si sente malato.

Donatella Lippi

NESSE Randolph M. e WILLIAMS George C., *Perché ci ammaliano. Come la medicina evoluzionistica può cambiare la nostra vita*. Torino, Einaudi, 1999.

Nel 1991, George Williams e Randolph Nesse, il primo uno dei più autorevoli biologi evoluzionisti e il secondo uno psichiatra, pubblicarono sulla rivista diretta da Williams, la prestigiosa *Quarterly Review of Biology* un articolo intitolato *L'alba della medicina darwiniana*, in cui proponevano di inquadrare l'indagine sull'eziologia e le modificazioni della patogenesi e della diffusione delle

malattie nel contesto del programma adattamentista neodarwiniano. In sostanza, sostenevano che interrogarsi sulla funzionalità adattativa di ogni tratto o funzione fenotipici non significa che questi debbano necessariamente contribuire al *benessere della specie e alla felicità dell'individuo*. Anzi, che se si riconosce che *la selezione naturale massimizza la capacità degli organismi di guadagnarsi una rappresentanza genetica nelle generazioni future* si può arrivare alla conclusione controintuitiva che anche delle condizioni di sofferenza possono essere state selezionate per il vantaggio che procuravano nell'ambiente dell'adattamento evolutivo umano, vale a dire la savana del Pleistocene. Più intuitivamente si è legittimati a concepire certe predisposizioni che erano adattative in quell'ambiente, come per esempio certi tipi di preferenze alimentari o certe risposte a sostanze ambientali, nelle società civilizzate, dove non esiste più quel contesto ambientale, diventano il presupposto di gravi disagi organici e comportamentali.

Nesse e Williams giustamente sottolineano che la medicina scientifica si è concentrata solo sulle cause prossime, che Claude Bernard, più che Pasteur, definiva le *condizioni di esistenza dei fenomeni morbosi*, trascurando le cause remote o evolutive delle malattie. E' indubbio che i fisiologi e i fisiopatologi hanno avuto spesso delle difficoltà (perché non dire anche pregiudizi metodologici?) nei riguardi del pensiero evoluzionistico darwiniano. La loro concezione della scienza modellata sulle discipline chimiche e fisiche li induceva a cercare il determinismo e l'uniformità nei fenomeni biologici, piuttosto che riconoscere la loro irriducibile variabilità. Questo sforzo è stato premiato con straordinarie scoperte e conquiste pratiche, ma con scarsi risultati davvero rivoluzionari sul piano della teorizzazione. Invece, le più importanti teorie non solo della biologia, ma anche della medicina, hanno implicato la rinuncia a considerare la variabilità come un indesiderato rumore nel sistema sperimentale, per collocarla, come aveva fatto Darwin, all'origine di tutte le manifestazioni biologiche (normali e patologiche si può aggiungere). Si pensi in questo senso alle teorie che spiegano la fenomenologia immunitaria come risultato di eventi *selettivi* (gli immunologi li chiamano tranquillamente darwiniani) che interessano in questo caso popolazioni cellulari in vari distretti dell'organismo e in diversi momenti dell'ontogenesi e della funzionalità immunitaria.

Williams, Nesse e gli altri medici darwiniani – in realtà l'approccio darwiniano alla medicina sta catturando l'interesse soprattutto degli antropologi - non sono certamente stati i primi a chiedersi in che modo la selezione naturale modifica la virulenza e la patogenicità degli agenti infettivi, o quale possa essere la funzione evolutiva delle allergie o di alcuni difetti ereditari, o quali le basi evolutive del cancro e dei disturbi nervosi, a loro si deve il primo inquadramento problematico di un approccio darwiniano alla medicina. Nell'ambito della patologia di fine Ottocento, dell'epidemiologia delle malattie infettive e della genetica medica erano già state avanzate diverse ipotesi di tipo evolutivo per dar conto della fenomenologia morbosa. Peraltro, lo stesso Charles Darwin, nel corso della sua permanenza a Sidney, fra il 12 e il 30 gennaio del 1836, constatò che gli aborigeni australiani, così abili nel loro ambiente naturale, vivevano ai margini della società civilizzata e che il loro numero diminuiva come conseguenza della diffusione dell'alcolismo, dell'esposizione delle malattie europee che avevano effetti distruttivi su quelle popolazioni, e dell'elevata mortalità infantile dovuta al vagabondaggio. Il naturalista inglese, che aveva peraltro cominciato i suoi studi per diventare medico come il padre e che si formò diverse idee importanti su opere mediche, sarebbe quindi tornato più volte a sottolineare che malattie contagiose che colpiscono diversamente i nativi e gli stranieri presenti una determinata area geografica. Il suo interesse per questo aspetto *medico* della variazione umana è ulteriormente dimostrato dal fatto che, nell'introduzione all'*Origine delle specie*, Darwin attribuisce un'anticipazione della teoria della selezione naturale a un certo dottor W.C. Wells, che nel 1813 lesse alla Royal Society una relazione in cui spiegava l'adattamento delle razze umane ai diversi climi in termini di capacità di sopportare le malattie proprie di particolare regioni.

In vista di un inquadramento evolutivistico della malattia, Williams e Nesse individuano quattro categorie di cause: quella infettiva, quella meccanica e tossica, quella genetica e quella ambientale. Per ognuna di queste categorie analizzano il significato evolutivo dei meccanismi etiopatogenetici, delle manifestazioni cliniche e delle dinamiche ecologiche che concorrono alla loro distribuzione nella popolazione. Nonché riflettono sulle situazioni in cui l'intervento terapeutico o preventivo potrebbe in

qualche modo interferire con la funzione adattativa che una particolare condizione di sofferenza potrebbe avere anche in relazione al processo generale di guarigione da una malattia.

Mentre il Progetto Genoma Umano avanza, e aumenta la pressione per dare sbocchi commerciali (test genetici predittivi) alle continue scoperte di anomalie genetiche associate a diverse malattie, con il rischio di una progressiva restrizione della definizione di normalità, l'emergere di una visione evolutivistica dei problemi della medicina rappresenta probabilmente il più efficace antidoto culturale contro le possibili derive di tipo discriminativo nell'utilizzazione delle informazioni genetiche. Nel senso che da una prospettiva darwiniana o popolazionistica la diversità individuale, anche nelle predisposizioni alle malattie, costituisce una realtà biologica irriducibile, rispetto a cui il *genoma umano* e la *normalità* fisiologica sono delle astrazioni strumentali il cui abuso in contesti socio-politici sarà sempre meno difendibile con presunte argomentazioni scientifiche. Il punto di vista evolutivistico implica che gli adattamenti fisiologici ideali o ottimali, a cui fanno riferimento i concetti biostatistici della normalità, di fatto non esistono, e che le risposte funzionali assumono un valore adattativo in rapporto alle predisposizioni e alle aspettative individuali. Dal punto di vista della fisiopatologia, e quindi per l'epistemologia della medicina in generale, ciò significa che se si assume una prospettiva darwiniana non ha senso cercare delle cause singole, necessarie e sufficienti in quanto le risposte adattative sono sempre il risultato di un compromesso che non può essere direttamente correlato alle condizioni di partenza. Inoltre, è del tutto insensato pensare che il paradigma genetico della malattia porterà a una definizione ontologica e deterministica del funzionamento normale o patologico di un organismo vivente.

Una riflessione generale sulle prospettive teoriche e pratiche della medicina, alla luce dei suoi rapporti con le scienze che studiano l'origine e l'evoluzione delle caratteristiche fisiologiche dell'uomo sta diventando quanto mai necessaria per contrastare il rischio di una semplificazione o addirittura di una degenerazione del dibattito culturale su questi problemi. Peraltro, se davvero si vuole evitare che tornino a prevalere concezioni dogmatiche e riduttive in medicina, probabilmente la soluzione non è quella di negare le basi biologiche dei disturbi funzionali, ma stimolare una

corretta comprensione e interpretazione delle dinamiche fisiologiche che sono alla base della costruzione e del funzionamento dei fenotipi complessi. Si tratta di un obiettivo che investe direttamente la formazione del medico, oggi alquanto carente sul piano delle conoscenze bioevoluzionistiche, che rappresentano un orizzonte conoscitivo fondamentale per ragionare costruttivamente sui limiti e le potenzialità di qualsiasi strategia medico-sanitaria.

Gilberto Corbellini

HENDERSON John, *Pietà e carità nella Firenze del Basso Medioevo*. Firenze, Le Lettere, 1998. (Ed. originale *Piety and Charity in late medieval Florence*, 1994).

Una profonda conoscenza della storia fiorentina e una vasta e competente familiarità col patrimonio archivistico fiorentino presiedono a questa pubblicazione di John Henderson, versione italiana dell'originale inglese, a cui l'autore ha apportato alcune modifiche ed integrazioni.

Oggetto della ricerca è il rapporto tra sacro e profano nella Firenze tardo medievale attraverso lo studio delle attività delle Confraternite, associazioni laiche, che avevano funzioni religiose, ma anche sociali e politiche.

L'autore parte dal duplice approccio, ecclesiastico e storico-antropologico, che ha caratterizzato le ricerche in questo settore, accedendo così a tutti i tipi di documentazione disponibile.

La prima parte del testo si occupa della religiosità laica tra Duecento e Quattrocento; la seconda parte tratta il tema della carità ai poveri nel contesto sociale, economico e politico nella Firenze del basso Medioevo.

Pietà e carità sono i due poli concettuali attraverso i quali si approfondisce questo capitolo importante di storia della città. Un settore del testo è dedicato agli *spedali*; partendo dalla citazione di Cristoforo Landino, risalente alla metà del XV secolo, in base alla quale la situazione degli ospedali fiorentini era di alto livello, sia per l'igiene, sia per il trattamento individuale riservato ai pazienti, l'Autore procede ad un esame delle fonti ricostruendo una forma di assistenza ancora non ben finalizzata a scopi prettamente terapeutici, in quanto alcuni istituti continuavano ad occuparsi dei *pauperes*.

L'utenza ospedaliera viene ad essere differenziata in base alla provenienza, al mestiere praticato, al sesso.

Le possibilità assistenziali, da un punto di vista sanitario, *sensu latu*, erano offerte attraverso forme di beneficenza espletate anche dalle confraternite, ma queste ultime si rivolgevano prevalentemente ai cittadini e non si occupavano di due categorie, i servitori e gli schiavi liberi.

Era quindi un sistema integrato, che però seguì un'evoluzione non pianificata, come successe, ad esempio, a Milano, nello stesso periodo. La carità, da questo punto di vista, abbraccia anche l'assistenza, che ne diventa capitolo fondamentale.

L'Autore sostanzia la ricerca con profonda attenzione alle fonti e con un rara competenza; risulta così di grande interesse l'approfondimento relativo a questi aspetti della solidarietà fiorentina basso-medievale, che per certe prospettive è un settore ancora poco studiato. Iconografia e bibliografia completano il testo.

Donatella Lippi

REALE Giovanni., *Corpo anima e salute*. Milano, Raffaello Cortina Editore, 1999.

Quando nasce, in Occidente, il concetto di anima? Questa domanda, che il testo di Reale riconosce a fondamento e come "vertice assoluto" della ricerca filosofica antica, implica il riconoscimento prioritario di una dicotomia storicamente identificabile tra corpo ed anima, concetti che hanno subito un'evoluzione storica lenta ma certamente significativa.

Il percorso è lo stesso entro il quale si muovono le grandi direttrici del pensiero medico occidentale (dalla teogonia alla filosofia; dall'ontologia alla razionalità), e parte dall'analisi del ciclo omerico, in cui *soma* e *psyche* sono vocaboli strettamente connessi non tanto, come ci si aspetterebbe, con l'immagine *vitale* del corpo, quanto con l'idea della morte. Reale insiste a lungo sull'idea che il *soma* altro non sia, per gli eroi dell'Iliade e dell'Odissea, se non il corpo senza vita, in cui la molteplicità ed il movimento sono annullati per effetto di una privazione, che è appunto quella di movimento, attività, facoltà, cioè *psyche*: *psyche* è il fantasma del morto, l'anima che se ne va, ciò che garan-