



## Perché la medicina occidentale non è esportabile

La medicina non è solo una questione biologica. Anche la cultura, le condizioni di vita e le tradizioni devono essere considerate, in un processo di cura che non può essere inteso come in Occidente.

di Sofia Toniolo

Pasteur ci ha proprio rovinati! Grazie ai suoi studi sul colera dei polli, noi tutti siamo caduti vittime della fascinazione della microbiologia, sedotti dall'assioma un germe = una malattia. Ma la medicina è tutt'altro che lineare, assiomatica. È ormai universalmente riconosciuto che i fattori di rischio sociali, ambientali, socio-economici, di genere o semplicemente legati all'età del soggetto svolgono un ruolo determinante nello sviluppo della malattia (oltre che del tipo di malattia). L'equazione sopracitata è falsa e fuorviante anche perché presuppone, se riletta al contrario, di poter curare una malattia eliminando il germe, la causa. Qui entra in campo, prepotentemente, la medicina occidentale,

con la sua santificazione del farmaco, della *evidence based medicine*. Ma non tutti i corpi sono uguali: così come reagiscono in modo differente all'aggressione da parte di un agente patogeno, presentano anche elevate differenze nell'assorbimento e nella metabolizzazione di un farmaco.

Parlando di un altro corpo, o meglio di *corpus* di abitudini e pratiche (la cultura!), ci imbattiamo nel secondo ordine di problemi: la ricezione della medicina da parte di una cultura altra. Ciò che consideriamo maggiormente

Sopra: vaccinazioni in un villaggio africano. Nella pagina a fianco: un medico visita un bambino accompagnato dal padre.

valido ed efficiente secondo i nostri standard occidentali può rivelarsi totalmente inadeguato se trapiantato in un altro contesto. Il fallimento della prevenzione primaria della trasmissione dell'Hiv in Africa con l'uso del preservativo, determinata dallo scarsissimo potere contrattuale della donna all'interno del nucleo familiare, è un chiaro esempio di come una politica sanitaria basata su pianificazioni di stampo occidentale abbia portato a un enorme spreco di risorse economiche, oltre che alla mancanza di risultati.

**Siamo tutti caduti nella fascinazione della microbiologia, sedotti dall'assioma "un germe = una malattia".**

Un altro ordine di problemi è costituito dalle esternalità negative prodotte dalla medicina occidentale. Il fenomeno della resistenza agli antibiotici è ormai talmen-



te diffuso che farmaci sia di prima sia di seconda generazione non hanno più alcuna efficacia. L'esempio più preoccupante, più eclatante degli errori/orrori commessi dalla biomedicina occidentale in Africa è dato dalla nascita dei ceppi di tubercolosi Mdr e Xdr, ovvero ad altissima resistenza. La virulenza del microrganismo è aumentata a dismisura soprattutto grazie a una politica sbagliata di assistenza "monofarmaco", che agendo su un unico meccanismo d'azione, spesso contro un'unica chinasi o enzima, ha favorito le mutazioni del micobatterio, che al fine di garantire la sua sopravvivenza ha acquisito mutazioni in modo da aggirare l'ostacolo e poter infettare ancora. Questi stessi ceppi terrorizzano ora i nostri centri occidentali perché non esiste alcun tipo di cura. Altro grande scoglio, sbaglio: la perdita dei saperi tradizionali. "L'incontro della medicina come attività curativa con la biologia come scienza dei viventi e risposta alle domande causali sui loro processi è un evento storico verificatosi nell'ambito della cultura europea, e non un tratto intrinseco della medicina. Non ogni medicina è fondata sulla biologia scientifica" (Parodi).

#### BIBLIOGRAFIA

A. Colajanni, *Problemi di antropologia dei processi di sviluppo*, Ed. Iasco, Varese 1994.

L. de Heusch, *Con gli spiriti in corpo*, Bollati Boringhieri, Torino 2009.

A. Parodi, *Storia della medicina*, Edizioni di Comunità, Torino 2002.

Spesso le teorie dello sviluppo ricalcano esplicitamente lo schema narrativo del mito dello sviluppo: un remoto e povero "non sviluppo" prelude a una fase di grandi pericoli e rischi di esposizione alle crudeli sfide della natura, per giungere infine alla fase nella quale interviene l'aiuto costituito dalla scienza e dalla tecnica. In realtà, quando si guarda alla medicina popolare si commette un errore logico nel passare da assenza di trasmissione scritta ad assenza di teoria. Le popolazioni con medicine tradizionali, infatti, uniscono solitamente al trattamento materiale delle malattie una visione animistica o magica o demoniaco-religiosa. Le stesse terapie, di solito a base di vegetali, uniscono al tratto empirico della ripetuta osservazione dell'efficacia altri caratteri, analogici su piani diversi, provenienti da visioni del macro e microcosmo, che collegano ad esempio alla forma della pianta la forma dell'organo da trattare. Molto spesso la scoperta di proprietà farmaceutiche di una determinata pianta, o fungo, precede di gran lunga la scoperta e caratterizzazione del suo principio attivo.

In Africa il discorso si complica perché ci troviamo di fronte a una realtà dominata dal fenomeno della "possessione". La malattia è vista come l'intrusione del dio nel corpo del malato. Il malato si trova di fronte a una scelta: rifiutare la possessione, o *esorcismo*, o accettarla, o *adorcismo*. Come possiamo noi pretendere di inserirci in un contesto culturale in cui sia

la concezione di malattia che ancor più di cura sono diverse e stravolgerlo mediante inoculazione di semplici preparati di laboratorio? Pur essendo efficaci dal punto di vista teorico, non partecipano al processo dello *healing*, ma solo del *curing*. L'atteggiamento recalcitrante e miope di noi occidentali verso le altre forme di sapere medico ci ha portato a ignorare del tutto questa dicotomia e ci sentiamo persino orgogliosi quando affermiamo di voler portare ospedali d'avanguardia, con standard occidentali nel Terzo Mondo (pensando solo in termini di *curing*).

Facciamo un esempio puramente teorico. Adediwura soffre di una cardiopatia congenita lieve. Secondo i nostri standard occidentali andrebbe operato, perché così il soffio al cuore scomparirebbe e avrebbe meno problemi di complicanze cardiovascolari, specie in tarda età. Come se poi un infarto fosse il problema principale di un paziente in Africa: avendo un'aspettativa di vita media che equivale alla metà di un cittadino europeo o nordamericano è già molto fortunato se arriva al *cut-off* dei 50 anni, quando si ha aumentato del rischio cardiovascolare. Decidiamo comunque di operarlo, dopo 2 o 3 giorni torna a casa o, meglio, nella sua capanna di fango e sterco e muore

### La malattia è vista come l'intrusione del dio nel corpo del malato, che può rifiutare la possessione o accettarla.

per una sepsi generalizzata. Un avvenimento raro? Tutt'altro. E con quali soldi si potrà pensare di dare il via a una campagna per seguire i pazienti che hanno eseguito un intervento cardiocirurgico? Byron J. Good e Arthur Kleinman tenevano giustamente separati i tre piani di *illness*, *sickness* e *disease*. Per *disease* intendiamo la malattia sotto il profilo strettamente biomedico, in quanto associazione di sintomi clinici, mentre *illness* e *sickness* rappresentano rispettivamente la percezione soggettiva della malattia da parte del malato e il significato che assume la malattia nel contesto sociale in cui si trova il paziente. La biomedicina in Africa si limita a cercare di curare il *disease*, ma se non si agisce sui determinanti della salute, non si arriverà mai a guarire il paziente. ■