

La patocenosi

Giancarlo Cerasoli

1 Introduzione

Ad un anno dalla morte di Mirko Grmek mi sembra utile ricordare il concetto di patocenosi, da lui coniato nel 1969 (1-5). Con questo termine egli definiva “l’insieme degli stati patologici presenti in una determinata popolazione in un certo momento e spazio” (1). Nell’esposizione originaria specificava altri due principi. Nel primo affermava che la frequenza e la distribuzione di ciascuna malattia presente nella patocenosi dipendono da diversi fattori, endogeni ed ecologici, e dalla frequenza e distribuzione di tutte le altre malattie. Nel secondo sosteneva che la patocenosi tende ad uno stato d’equilibrio che è particolarmente sensibile all’interno di una situazione ecologica stabile. Grmek ideò il termine patocenosi in analogia con quello di biocenosi che identifica un complesso d’individui, di diverse specie animali o vegetali, coabitanti in un determinato ambiente, detto biotipo, e interagenti tra loro nella lotta per la sopravvivenza. Gli individui che vivono in un dato ambiente in un tempo limitato stanno tra loro in un equilibrio che risente delle molte variabili legate all’ambiente. In modo analogo la distribuzione delle malattie per tipologia, gravità e frequenza, analizzate in un certo luogo e per un periodo definito, è in un determinato equilibrio.

Questo modo di vedere le malattie superava lo studio strettamente analitico, limitato all’esame di ciascuna patologia lungo una precisa scansione temporale, sottolineando le relazioni sincroniche esistenti tra i diversi stati morbosi. La messa a fuoco delle diverse patocenosi permetteva, inoltre, di seguirne l’evoluzione nel tempo, studiandone la dinamica e verificando l’influsso che su di essa hanno i fattori endogeni ed ambientali.

2 Le leggi che regolano l'equilibrio tra le diverse patologie

Secondo quest'indirizzo lo storico che vuole studiare le malattie deve modificare il suo agire passando dalla fredda descrizione dei resti documentali degli antichi morbi alla "osservazione astronomica" di un cosmo popolato di molte entità patologiche. Egli deve studiare i movimenti di ciascuna malattia in maniera empirica, ipotizzando teorie sul loro movimento in base ai riscontri che, nel nostro caso, sono rappresentati dallo studio quantitativo della loro diffusione.

Dall'analisi della distribuzione delle frequenze degli stati patologici in una determinata popolazione ed epoca si può constatare come in ogni patocenosi siano presenti certi rapporti matematici caratteristici, da cui si possono ricavare modelli molto importanti per capire il passato e predire il futuro.

In ogni patocenosi esistono poche malattie molto frequenti e moltissime malattie rare. In analogia con la genetica le malattie più frequenti si possono considerare come "dominanti", ossia maggiormente espresse clinicamente, vale a dire più gravi.

Esse causano una morbilità estremamente elevata e quindi comportano conseguenze sfavorevoli sulla situazione demografica e sulla qualità della vita del paziente (5). Esempi di queste patologie sono la malaria nel Mediterraneo nei tempi più antichi, la lebbra nel Medioevo e la tubercolosi in Europa nell'Ottocento (2). Le malattie rare si comportano come quelle geneticamente "recessive". Hanno bisogno di determinati fattori facilitanti per provocare danni e restano latenti sino a quando nell'ambiente e nell'organismo del malato non si verificano le condizioni che favoriscono il loro insorgere. Di solito sono schermate dalle malattie dominanti, che ne impediscono l'espressione clinica. Le malattie dominanti e quelle recessive sono in equilibrio dinamico tra loro e la loro distribuzione di frequenza sembra corrispondere ad un'interferenza tra la serie logaritmica semplice e la serie logaritmica normale. Non esistono formule matematiche che semplifichino questa delicata armonia. Nella patocenosi tipica dei momenti d'equilibrio predomina l'andamento della frequenza di una patologia simile alla serie logaritmica normale, che esprime per tutti i fenomeni in progressione geometrica quello che la curva di Gauss rappresenta per i fenomeni in progressione aritmetica, presentando una media e degli estremi (4). Ma questa tendenza ha spesso delle eccezioni. Ad esempio lo scoppio di un'epidemia

provoca una punta di frequenza di quella malattia che si situa al di fuori della sua curva “normale” ma, se la malattia diventa endemica, essa s’integrerà nella distribuzione normale. In questo modo il sovvertimento della curva di normalità è seguito dal suo riequilibrio. Se si considera, inoltre, che la fine di un’epidemia è dovuta in parte alla decimazione delle persone da essa colpite ed in parte all’aumento di frequenza di un gran numero di altre patologie che diventano spesso più letali, si comprende facilmente l’importanza di considerare quanto agisca sulla salute l’insieme delle malattie e non solamente l’entità epidemica analizzata.

Oltre alle malattie dominanti ed a quelle recessive si può tenere conto di quelle che hanno tra loro un’azione simbiotica, antagonista o indifferente, studiandone il reciproco mutare della prevalenza nel corso dei secoli in relazione alle situazioni ambientali (1). Diventerà chiaro in questo modo quanto complicato e vasto sia l’insieme delle variabili che regolano l’equilibrio tra i quadri morbosi. Come insegna lo studio delle malattie epidemiche, gli agenti patogeni hanno modo di manifestarsi solo in presenza di determinate situazioni ambientali e molte malattie interferiscono tra loro sia nel senso di favorirne lo sviluppo che, all’opposto, impedendone l’insorgenza.

3 I limiti dello studio quantitativo delle antiche malattie

Il ricercatore che vuole affrontare lo studio della prevalenza o dell’incidenza delle antiche patologie si trova davanti diversi importanti ostacoli. In primo luogo si rende conto di come le malattie non siano delle entità ben determinate, al pari delle specie viventi, ma siano semplici modelli paradigmatici della realtà, soggetti a frequenti mutazioni. Con il variare del pensiero medico si è modificata la nosografia, passando da una classificazione delle malattie essenzialmente clinica, basata sui sintomi e segni esterni e sulla concezione degli umori, ad un’altra fondata dapprima sulle lesioni anatomico-patologiche e successivamente su parametri eziologici sempre più complessi: tessutali, cellulari e molecolari (3). In tal modo quadri morbosi prima considerati all’interno di una determinata categoria sono stati improvvisamente attribuiti ad una differente tipologia. Come scriveva Grmek “Se in un villaggio si trova che in un determinato periodo storico compaiono malattie che non c’erano, se cambia notevolmente il numero di queste, la prima cosa da chiedersi è se è cambiato il medico”, ossia se è cambia-

to il metodo con il quale questi quadri patologici sono stati interpretati e classificati (2).

Ancora più complessa è la corretta identificazione, oppure l'inquadramento nelle categorie nosologiche attuali, delle patologie del passato, conoscendone solo la descrizione sommaria d'alcuni sintomi o l'antica diagnosi. Alcune delle classificazioni non più in vigore sono oggi quasi indecifrabili ed è assai arduo interpretare quadri clinici come quelli delle "febbri biliari", delle "febbri nervose", o dei "tormini" (1). Si deve ricordare a questo proposito come spesso nei tempi andati la diagnosi fosse fatta, come scriveva Grmek, "pressappoco come si emettevano le sentenze davanti al tribunale rivoluzionario, vale a dire in modo sommario e con l'evidente preoccupazione di dichiarare colpevoli tutti i sospetti" (1). In tal modo spesso un'unica categoria diagnostica sottintendeva un insieme di malattie, considerate in senso moderno, e la sua "traduzione" nei termini attuali non è facile né, a volte, possibile. Così molte affezioni polmonari nei tempi remoti erano etichettate indifferentemente come "tisi", ma non si trattava affatto di tubercolosi. In maniera analoga molte malattie gastro-intestinali spesso definite come colera, colerina o tifo, non erano causate né dal vibrione del colera né dalla salmonella typhi. Se si volesse prestar fede agli antichi registri ospedalieri si potrebbe credere che a causare la morte dei ricoverati concorresse una limitata gamma di patologie, ma questo non è affatto vero.

Al riguardo delle "statistiche mediche" del passato, oltre al vincolo di avere a disposizione soprattutto le cause di morte definite secondo criteri poco oggettivi, si devono valutare anche le modificazioni sociali e sanitarie avvenute nella popolazione presa in esame. Come ricordava Grmek "Se in un paese s'introduce un servizio sociale – sanitario pubblico, il risultato sarà un aumento statistico delle malattie, un apparente peggioramento dello stato generale di salute, perché la gente che prima non andava dal medico adesso ci va!" (2).

Informazioni più sicure per la definizione delle antiche patologie possono venire dall'esame antropologico e medico degli antichi resti umani, dallo studio dei bassorilievi, delle pitture, delle statuette e delle figure votive di organi, fonti che, essendo prive del supporto del linguaggio, possono sventare alcune insidie (3, 6).

Se volessimo invece ricavare la frequenza di una malattia dai suoi segni indiretti, ad esempio da quelli rilevati dagli ammalati e non dai medici, o

descritti dai letterati non medici, ci accorgeremmo come quest'operazione difficilmente dia risultati attendibili. Ad eccezione delle malattie dominanti maggiori, quali i morbi contagiosi più gravi come la peste e il colera, vissute sempre con estremo terrore, per molte altre patologie la storia della mentalità insegna che vi sono stati momenti di maggiore e minore accettazione. Così malattie endemiche come la malaria, la sifilide e la tubercolosi, il cui decorso può durare anni, consumando lentamente chi ne è affetto, sono state per così dire "introiettate" nella vita di molte persone costituendo uno degli scenari di intere popolazioni in determinati periodi, compresi i contadini malarici delle novelle di Verga o dei racconti della Deledda. Così anche gli storici spesso hanno ignorato le malattie più frequenti, dando rilievo solo ai fenomeni patologici più visibili, quali quelli legati al flagello delle malattie epidemiche (1).

È in tal modo abbastanza chiaro come sia estremamente difficile avere a disposizione dati certi sulla distribuzione della frequenza di molte malattie nel passato. Per tale motivo, come rilevava Grmek, "la documentazione storica riguardante la patocenosi è d'ordine più qualitativo che quantitativo, ma noi la riteniamo talvolta sufficiente per indagare e definire certe strutture o, come dicono gli Anglo-Sassoni, dei *patterns*" (1).

4 Le patocenosi tra passato e presente

Un'altra importante affermazione di Grmek si riferiva all'equilibrio tra le malattie nelle diverse epoche "la patocenosi tende verso uno stato ideale, e per lunghi periodi varia all'interno di limiti relativamente ristretti, ma i cambiamenti dei fattori esterni possono produrre rotture e creare disequilibri che determinano una nuova tendenza" (5). Per tale motivo egli prevedeva che l'attenzione dello storico della salute che indaga la dinamica della patocenosi si sarebbe diretta "sicuramente verso le due fasi più significative: da una parte verso le fasi di equilibrio e, dall'altra parte, verso i periodi di sconvolgimento" (1, 3). Esempi degli avvenimenti che hanno portato a cambiamenti epocali delle patocenosi nella storia del mondo occidentale sono stati: nel Neolitico il passaggio al modo di vita sedentario; nell'Alto Medioevo le migrazioni dei popoli provenienti dall'Asia; nel Rinascimento la scoperta dell'America; e infine, ai giorni nostri, l'unificazione mondiale del pool dei germi patogeni e la diminuzione spettacolare della maggior

parte delle malattie infettive (4). Ed è proprio il Novecento che “ha conosciuto la più profonda rottura patocenetica di tutta la storia dell’umanità” (5), rivelatasi drammaticamente quando negli anni Ottanta emerse un nuovo “flagello”, l’AIDS.

Ad esso Grmek dedicò uno dei suoi ultimi libri nel quale prese in esame i motivi che avevano permesso la straordinaria diffusione di quella nuova epidemia. Le riflessioni e le ipotesi contenute in quel testo rappresentano un’importante conferma della validità dell’applicazione del concetto di patocenosi (4).

Oggi le intuizioni di Grmek sono entrate a far parte dell’orizzonte di pensiero di molti storici della salute italiani, tra i quali ricordo soltanto Giorgio Cosmacini (7), Paolo Sorcinelli (8), Giovanni Berlinguer (9), Marco Soresina (10), Anna Lucia Forti Messina (11) e Paola Corti (12) ed il concetto di patocenosi si trova nei dizionari e nelle enciclopedie di medicina (13, 14). Con questa breve nota lo si è voluto semplicemente ricordare ai nuovi ricercatori, invitandoli a fare tesoro dell’opera di un uomo che ha sempre coltivato con intelligenza il fertilissimo campo dello studio transdisciplinare ricavandone frutti straordinari (15, 16, 17).

5 Bibliografia

5.1 Libri

1. M.D. Grmek, *Préliminaires d’une étude historique des maladies*, in “Annales E.S.C.”, XXIV (1969), fasc. 6, pp. 1437-1483.
2. M.D. Grmek, *La vita, le malattie e la storia*, Roma, Di Renzo, 1998, pp.22-25.
3. M.D. Grmek, *Le malattie all’alba della civiltà occidentale*, Bologna, Il Mulino, 1985, pp. 11-14 (Prima ed. Parigi 1983).
4. M.D. Grmek, *AIDS. Storia di un epidemia attuale*, Bari, Laterza, 1989, pp.205-208.
5. M.D. Grmek, J.C. Sournia, *Le malattie dominanti*, in M.D. Grmek (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale*, Bari, Laterza, 1998, vol. III°, pp.417-450.

6. M.D. Grmek, D. Gourevitch, *Le malattie nell'arte antica*, Firenze, Giunti, 2000 (Prima ed. Parigi 1998).
7. G. Cosmacini, C. Rugarli, *Introduzione alla medicina*, Bari, Laterza, 2000, pp.52-60.
8. P. Sorcinelli, *Per una storia della malattia in Italia*, in "Sanità scienza e storia", 1984, fasc. 2, p.72.
9. G. Berlinguer, *Storia e politica della salute*, Milano, Angeli, 1991, p. 21.
10. M. Soresina, *I medici tra stato e società*, Milano, Angeli, 1998, p. 171.
11. A.L. Forti Messina, *L'Italia dell'Ottocento di fronte al colera*, in F. Della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia, Annale 7, Malattia e Medicina*, Torino, Einaudi, 1984, p. 460, nota 3.
12. P. Corti, *La malaria nel mezzogiorno tra Otto e Novecento*, in F. Della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia, Annale 7, Malattia e Medicina*, Torino, Einaudi, 1984, p. 638, nota 14.
13. P. Dri, voce *Patocenosi* in G. Cosmacini, G. Gaudenzi, R. Satolli (a cura di), *Dizionario di storia della salute*, Torino, Einaudi, 1996, p.450.
14. G. Federspil, R. Vettor, voce *Malattia* in *L'universo del corpo*, Roma, Enciclopedia Italiana, 2000, vol. IV, p.299.
15. J. Duffin, *In memoriam: Mirko Drazen Grmek*, in "Bulletin of History of Medicine", 2000, vol. 74, fasc.3, pp. 561-565.
16. F. Voltaggio, *L'epidemiologo della civiltà*, in "Il Manifesto", 9 marzo 2000, pp. 25-26.
17. B. Fantini, *Mirko Drazen Grmek (1924 – 2000). Obituary*, in "Medical History", 2001, vol. 45, fasc. 2, pp. 273-279.
18. B. Fantini, *Obituary. Mirko Drazen Grmek (1924-2000)*, *Medical History*, 2001, vol. 45, n. 2, pp. 273-279.

19. J. Duffin, In memoriam: Mirko Drazen Grmek, *Bulletin of the History of Medicine*, 2000, vol. 74, n. 3, pp. 561-565.

5.2 Siti consigliati

- Wellcome Institute di Londra (www.wellcome.ac.uk)
- Museo delle scienze di Firenze (galileo.imss.firenze.it)
- Società Italiana di Storia della Medicina (www.move.to/sism)