

Falsi allergici, malati immaginari?

di *Salvatore Colazzo*

Coordinatore del Gruppo di ricerca in Pedagogia della Salute del Dipartimento di Scienze Pedagogiche, Psicologiche e Didattiche dell'Università del Salento

Sommario

Vi sono dei malati che verrebbe voglia di definire "falsi allergici". Le loro patologie sembrano più dovute a forme di somatizzazione che a vere e proprie problematiche di stretto interesse del l'allergologo. Tuttavia, è opportuno guardare a questi malati con maggiore attenzione: probabilmente le loro sofferenze sono spiegabili e affrontabili adottando una prospettiva teorica ed operativa che va oltre il costrutto di "somatizzazione", adottando lo schema esplicativo derivante dalla psiconeuroimmunologia (PNEI) oppure dalla neurofenomenologia. Secondo tale modello, la mente è fenomeno emergente del corpo. È il risultato della complessità: l'identità è l'"emergenza" di un processo che interessa il network di sistemi che costituiscono l'organismo: ogni sistema si struttura ed organizza a partire dalle relazioni che stabilisce tra i suoi componenti nel mentre è in relazione con gli eventi e i processi che caratterizzano tutti gli altri sistemi. La medicina sistemica e regolatoria è in grado di offrire delle risposte al bisogno di salute dei "falsi allergici".

Se il problema dei "falsi allergici" è riconducibile all'intrinseca complessità dell'organismo umano, non è pertanto risolvibile producendo riduzionismi, semplificazioni, creando illusioni di soluzioni facili. Esso richiede alla medicina di tornare a pensarsi come "scienza dell'individuale". Solo così essa riuscirà a superare la visione del sintomo isolato, della malattia separata dal corpo sofferente, dell'organo decontestualizzato dall'organismo, ritrovando l'interezza del componente.

Una medicina veramente attenta alla complessità dell'organismo umano diviene disponibile a ripensare la relazione medico-paziente come relazione di cura (latamente intesa), a ritrovare la dimensione umanistica della medicina, a riabilitare un ascolto attivo e profondo del malato.

Parole chiave e sigle: *complessità, nuovo olismo, PNEI (Psiconeuroendocrinoimmunologia), neurofenomenologia, apprendimento*

Abstract

"False allergic sufferers" or hypochondriacs?

by Salvatore Colazzo

Some patients can be defined "false allergic sufferers". Actually, they suffer from somatization disorder rather than an allergy. So, a theoretical perspective and an operational criteria are needed to be considered for a better understanding of this problem. Psychoneuroendocrineimmunology (PNEI) processes and a neurophenomenological approach should be used to explain the real meaning of "somatization". According to this model, mind is intertwined with the body.

Identity is the result of a continuous interaction between different organism's systems. Every body system has internal elements which work together and the system itself interacts with other systems in the human body. The systemic and regulatory medicine is able to help and cure "false allergic sufferers".

Even if the problem of "false allergic sufferers" was connected only to the intrinsic complexity of the human body, it could not be solved just by reductionisms, simplifications or easy solutions. This requires the medicine to turn into "individual science". So, medicine will treat not only an isolated symptom, the illness or the organ, but it will take into account the "mind-body" connection.

A medicine, which looks at the complexity of the human organism, considers the doctor-patient relationship as a care relation. It finds out the human dimension of medicine and the ability not only to listen, but to hear (deep listening).

Key words and acronyms: complexity, new holism, PNEI (Psychoneuroendocrinoimmunology), Neurophenomenology, learning.

1. L'articolo di Guido Sacerdoti *et alii*, apparso su "Not. Allergol.", dal titolo *Allergici tra virgolette: che fare?* (1), appare, per chi si occupi dei temi che interconnettono scienze umane e

medicina, piuttosto interessante. In questa nota cercherò di chiarire le ragioni per cui la sua lettura a me è risultata ricca di spunti. Cercherò pure di interconnettermi con Paolo Falagiani e la sua nota introduttiva all'articolo. Falagiani coglie l'importanza del lavoro di Sacerdoti e compagni nell'invito che esso contiene all'allergologia di allargare il proprio sguardo, cercando di pervenire ad una sorta di **nuovo olismo**, più adeguato a rendere gestibile la **complessità**, a cui le malattie allergiche e, più in generale, le patologie immunomediate, rinviano.

E su questo mi trovo senz'altro ad essere d'accordo, ciò invece su cui sono un po' meno d'accordo è la proposta di Sacerdoti *et alii* della derubricazione del caso dei "falsi allergici" a **somatizzazione**, riconducendo quindi sostanzialmente la problematica alla pertinenza psicologica o psichiatrica; da ciò deriva l'idea che quando se ne occupi l'allergologo, egli deve assumere in qualche modo il punto di vista e l'approccio proprio del counselor o dello psicoterapeuta.

La domanda che gli autori si pongono, a fronte di queste tipologie di pazienti è: "Ci troviamo dunque di fronte alle manifestazioni di una patologia organica, con ricadute secondarie sul piano psicologico e comportamentale? O, al contrario, siamo di fronte a somatizzazioni?" (2). La domanda, così come è posta, sottende ad una dicotomia tra il mentale ed il corporeo, che non aiuta ad inquadrare - a parer mio - correttamente il problema.

Il paradigma psicosomatico evoluto, quale ad esempio si ha nella **psico-neuroendocrinoimmunologia** (PNEI) (3), oppure nella **neurofenomenologia** di stampo vareliano (4), è propenso a concepire la mente come fenomeno emergente del corpo, il quale, nella sua complessità, vede l'identità come il risultato di un processo che interessa il network di sistemi che lo costituiscono: ogni sistema si struttura ed organizza a partire dalle relazioni che stabilisce tra i suoi componenti nel mentre è in relazione con gli eventi e i processi che caratterizzano tutti gli altri sistemi. L'adesione a un tale modello esplicativo porta l'allergologia ad assumere uno sguardo ben più ampio, quello proprio della medicina sistemica e regolatoria, la quale rifiuta la per troppo tempo dominante **metafora bellica** (5). Questa si è costituita nell'infettivologia, da dove, impropriamente viene trasferita ad altri ambiti, compresi quelli che si misurano con i disturbi cronici. Tali ambiti si gioverebbero ben più, invece, di un modello ecologico-sistemico di medicina, assai più prossimo alla vocazione iniziale del **metodo clinico**, in qualche modo distorto dalla piega *scienziata* imposta alla medicina in epoca positivista.

La incidenza negativa sulla vita delle popolazioni sostenuta, in passato, dalle infezioni spesso causa di gravissime pandemie, portò al maturare in ambito medico, allorché verranno scoperti gli antibiotici atti a contrastare efficacemente le cause di tali problematiche, di una prospettiva culturale (che ancora oggi in gran parte sopravvive) della medicina come pratica riparativa, atta cioè a ripristinare per quanto possibile condizioni di salute messe in crisi da un evento traumatico o da agenti patogeni che dall'esterno minacciano l'organismo. La metafora bellica si impossessò della medicina. Sulla base di essa il medico è colui che intrepidamente combatte le malattie facendo ricorso a un ventaglio di armi (i medicinali o il bisturi) messe a disposizione da un'industria farmaceutica in grado di assicurare approvvigionamenti crescenti in quantità ed efficacia.

Quando nei paesi occidentali, dagli anni Sessanta del secolo scorso, comincia a manifestarsi una espansione dello stato sociale e la salute è assunta a bene pubblicamente tutelabile, si verifica un incremento abnorme della spesa farmaceutica quasi che potesse valere l'equazione: più medicine per tutti, più salute per ognuno.

Salvo poi scoprire che lo straordinario, progressivo allungamento della vita media, cominciato già a partire dal secondo decennio del XIX secolo, generalmente associato ai progressi della medicina, in realtà è in buona parte dovuto al miglioramento quantitativo e qualitativo dell'alimentazione. Lo attestano i pionieristici studi dello storico Joel Mokyr e quelli successivi di Robert Fogel (6), che, col supporto di puntuali dati statistici, hanno potuto dimostrare la correlazione esistente fra l'allungamento delle aspettative di vita e il miglioramento delle condizioni nutrizionali umane.

Chiunque si è posto il proposito di superare la metafora bellica, è tornato ad Ippocrate e a riflettere il senso profondo del metodo clinico. Uno sforzo assai apprezzabile in questo senso è il recente libro di Bottaccioli *Filosofia per la medicina. Medicina per la filosofia* (7).

A me piace qui riprendere la ricostruzione operata da Carlo Ginzburg (8), che si è occupato della specificità dell'approccio medico allorché si è chiesto se vi possa essere **scienza dell'individuale**. La medicina finché si è attenuta al metodo clinico ha potuto rispondere positivamente a questa domanda, quando si è lasciata suggestionare dal metodo galileiano non ha saputo più realmente *reclinarsi sul paziente* e ha visto il sintomo isolato, la malattia separata dal corpo sofferente, l'organo decontestualizzato dall'organismo, perdendo con ciò di vista l'interezza del corpo-mente.

Ginzburg esamina, nel suo ottimo saggio, le radici remote e prossime del metodo clinico, delineandone con precisione i caratteri. Sorprende la straordinaria lucidità epistemologica, grazie alla quale è possibile delineare con certezza la distinzione tra un'idea di medicina, malattia e salute proveniente dalla tradizione ippocratica e un'idea di medicina, malattia e salute che è tributaria dell'approccio meccanicistico derivato dalla fisica galileiana, approccio divenuto, ad un certo punto dello sviluppo storico, egemone.

Quando l'anatomopatologo non aveva ancora sostituito il clinico e quando erano ancora molto primitive le attrezzature diagnostiche atte a "visualizzare" la malattia, lo stato patologico del soggetto era arguito "sulla base di sintomi superficiali, talvolta irrilevanti agli occhi del profano" (9). La medicina non fondava il suo giudizio sulla certezza dell'osservazione diretta, ma sull'arguzia e la sagacia del clinico, facoltà proprie del paradigma indiziario, sì da far accostare la medicina all'arte, se non addirittura (per metafora) alla pratica divinatoria.

D'altro canto, remotamente divinazione e medicina si trovarono sovrapposte. Ginzburg cita il caso del trattato di divinazione mesopotamico che contiene acutissime osservazioni in merito ad una diagnosi di trauma cranico formulabile a partire da uno strabismo bilaterale.

Successivamente, presso i greci, la medicina si svincolò dall'abbraccio con la divinazione, pretendendo di applicare l'abduzione sulla base del presupposto che dalle faccende umane debba essere, per principio, escluso l'intervento divino.

Nacque così la "medicina ippocratica, che definì i propri metodi riflettendo sulla nozione decisiva di sintomo (*semeion*). Solo osservando attentamente e registrando con estrema minuzia tutti i sintomi, affermavano gli ippocratici, è possibile elaborare 'storie' precise delle singole malattie; la malattia è, di per sé, inattuabile. Quest'insistenza sulla natura indiziaria della medicina era ispirata con ogni probabilità dalla contrapposizione, enunciata dal medico pitagorico Alcmeone, tra l'immediatezza della conoscenza divina e la congetturalità di quella umana" (10).

Questa negazione di trasparenza del corpo porta a collocare la medicina fra le discipline eminentemente qualitative. In quanto tale essa ha "per oggetto casi, situazioni e documenti individuali, *in quanto individuali*" (11), è **scienza dell'individuale** e pertanto modula i suoi strumenti di intervento sulla singola situazione indagata e ricostruita nella sua singolarità. Ne deriva che i risultati a cui essa perviene sono inevitabilmente aleatori o quantomeno fortemente contestualizzati e difficilmente generalizzabili.

Il modello di scienza suggerito da Galilei è del tutto differente. Si perviene a risultati scientifici in quanto si trascura l'individuale, si può dare scienza solo dell'universale. Di per sé stesso l'individuale è "ineffabile". Il ricorso alla matematica conduceva ad occuparsi della reiterabilità dei fenomeni, escludendo del tutto la prospettiva individualizzante.

Si crea, nel XVII secolo, una forte contrapposizione tra due modelli di scienza, che considerano rilevanti per l'indagine realtà differenti. Ginzburg acutamente osserva come tale distanza è ben illustrata dall'immagine che vede "il fisico galileiano professionalmente sordo ai suoni e insensibile ai sapori e agli odori" contrapporsi al "medico suo contemporaneo, che arrischiava diagnosi tendendo l'orecchio a petti rantolanti, fiutando feci e assaggiando urine" (12).

Quando la medicina deciderà di abbandonare la conoscenza dell'elemento individuale sacrificandolo alla generalizzazione, acquisterà in rigore, ma perderà alcune caratteristiche sue più proprie, che solo molto tempo dopo saranno riconquistate, quando si avvertiranno i limiti di approcci che, oggettivando la malattia, finiscono per alienare il malato, fatto oggetto di uno sguardo analitico, astratto e indifferente.

Bisognerà attendere la nascita di discipline quali l'**ecologia**, l'avvento di teorie come quella della complessità e quella sistemica affinché si affermi un significato nuovo di malattia, salute, corpo, liberando la medicina dalla metafora bellica che ha caratterizzato una stagione di successi, che però oggi mostrano la loro parzialità e spingono verso un *nuovo olismo*, quale è quello che presiede all'affermarsi dei paradigmi, sopra nominati, neurofenomenologico e PNEI

2. I “falsi allergici”, che in realtà sono soprattutto delle “false allergiche” (vi è una netta prevalenza femminile in questa tipologia di malati: ciò potrebbe indicare più che la propensione femminile all'isteria, convinzione questa ottocentesca, la maggiore complessità del sistema neuro-endocrino-immunologico delle donne, e quindi la sua maggiore potenziale vulnerabilità), a fronte del loro inevaso bisogno di salute (la medicina tradizionale, che ha necessità di isolare i problemi, di circoscrivere all'organo malato il suo intervento secondo l'approccio *evidence based medicine*, è piuttosto incapace di trattare queste tipologie di malati), spesso si rivolgono a professionisti (non sempre medici), che, servendosi di test dalla presunta inoppugnabilità scientifica, danno una spiegazione che attribuisce ad una polintolleranza uno stato di malessere. Son d'accordo con gli autori dell'articolo che si tratta di “risposte cialtronesche, ma dotate di apparente chiarezza” (13), cioè di quella idea dominante di scientificità come correlazione certa, evidente, oggettiva ed indubitabile tra un effetto ed una causa. L'ansia di non sapere a cosa questi misteriosi disturbi possano ricondursi appare placata. Il rimedio ne consegue: scoperti gli elementi scatenanti le reazioni simil-allergiche, è sufficiente che la paziente eviti di entrare in contatto con essi. Spesso si tratta di alimenti, e allora è invitata a sottoporsi ad una dieta che è quanto mai restrittiva nel numero degli alimenti concessi. Tutti gli altri sono tabù. Ogni tabù comporta sensi di colpa ogni qualvolta sia violato, così per molte è un'altalena penosa di eroici tentativi di attenersi con rigore alle prescrizioni, violazioni, che generano frustrazioni tremende, espiazioni, confessioni e promesse. Ma c'è pure chi con questi tabù convive bene. Un soggetto che abbia problemi di relazione con l'alterità, nel momento in cui riceve la conferma che la sua guarigione dipende da una strategia di esclusione, uscendo confermato nella struttura psico-corporea che sorregge il suo disturbo, assume ben volentieri una postura di chiusura all'estraneo. Viene istituito un nesso lineare di causa-effetto tra supposti agenti eziologici e sintomatologia, secondo “il paradigma delle infezioni acute” (14), e questo non può funzionare. È troppo comodo, sia per il medico che per le pazienti, “illudersi di trovare il colpevole negli alimenti” (15).

Tuttavia quest'acquisita certezza che escludendo si guarisce presto comincia a vacillare, riappare “prurito, orticaria, diarrea” (16), nonostante la dieta sia stata seguita nel modo più rigoroso, nonostante abbiano rinunciato ai ristoranti, alle cene con gli amici, a condividere coi familiari il piacere del cibo consumato assieme.

È il dispositivo di spiegazione del disturbo che non funziona. Il problema dei “falsi allergici” è riconducibile all'intrinseca complessità dell'organismo umano, non è pertanto risolvibile producendo riduzionismi, semplificazioni, creando illusioni di soluzioni facili. Parimenti semplificatorio è, a mio avviso, ricondurre una rinite o un'orticaria aspecifiche, a mere somatizzazioni.

Va, per onestà intellettuale, riconosciuto che Sacerdoti e gli altri autori dell'articolo, intuiscono la complessità del problema dei “falsi allergici” e sono ad un passo dall'assumere il paradigma della psicosomatica evoluta, che è tale in quanto rifiuta ogni dualismo e riduzionismo, e ritiene locale e globale come strettamente interconnessi, secondo una logica che è quella dell'*emergenza*. Scrivono infatti: nel caso di queste pazienti, intervengono “circolarmente una serie di fattori di varia natura che sono nello stesso tempo ciascuno causa e effetto dell'altro” (17).

Lo straordinario incremento di queste allergie e intolleranze difficilmente inquadrabili dovrebbe condurre probabilmente ad una riflessione di medicina sociale: la grandissima quantità di inquinanti, o comunque di sostanze prima ignote alla specie umana con cui siamo quotidianamente costretti ad entrare in contatto, che la pressione da noi esercitata sull'ambiente, con le attività

produttive, genera, costituisce un fattore costante di stress dell'organismo, con un interessamento del sistema immunitario, particolarmente deleterio per quei soggetti con caratteristiche inferiori di resilienza, i quali soffrono per lo scompenso temporale tra capacità specifiche di adattamento e modificazioni ambientali. Le malattie croniche infiammatorie, che vanno interessando sempre più ampie fasce di popolazione, sono una delle tante manifestazioni del fatto che la società che abbiamo concorso a creare con le nostre innovazioni, con la logica dello sviluppo a tutti i costi, è conclamatamente una *società del rischio*, per riprendere la definizione di U. Beck, ovvero una *società della velocità*, come ama dire P. Virilio, che richiede, allo scopo di evitare catastrofi, una nuova politica del rischio e della velocità, una nuova considerazione dei processi di crescita, che dovrebbero - a parere di Latouche - essere raffreddati, se non addirittura invertiti (cfr. il costrutto di *decrescita*).

E dovrebbe forse pure implicare qualche considerazione di politica economico-sanitaria. Nei paesi occidentali i sistemi sanitari assorbono quantità veramente esorbitanti di risorse, gran parte del PIL è impegnato nel tentativo di soddisfare il bisogno di salute dei cittadini, ma i successi ottenuti sono piuttosto insoddisfacenti, se confrontati con le risorse impegnate. Probabilmente c'è un errore strategico di fondo ed è nei modelli organizzativi e nei paradigmi epistemologici adottati dalla medicina. A fronte di un incremento dell'incidenza delle malattie croniche e sistemiche, si continua ad adottare, con sguardo miope, una logica maturata in stagioni storiche precedenti, quando vigeva la parcellizzazione specialistica quale strategia di attacco alla malattia. Oggi appare a molti chiaro che la crisi del sistema sanitario è superabile a due condizioni:

a) miglioramento dei servizi con accesso ad un nuovo concetto di welfare, più partecipativo, che veda il coinvolgimento attivo dell'utenza, il che implica una ridefinizione della relazione medico/paziente;

b) riorganizzazione epistemologica della medicina, sì da promuovere nuove alleanze e nuove sintesi, incrementando l'efficacia sociale degli interventi, ispirati alla *promozione della salute* in quanto *benessere*.

Si tratta quindi di una ristrutturazione culturale, che non può non prevedere un ripensamento dei modelli formativi, educazionali e comunicazionali finora utilizzati per il perseguimento degli obiettivi propri dell'assistenza pubblica.

3. I “falsi” allergici indubbiamente hanno strutture di personalità ansiose, in cui prevalgono dei meccanismi difensivi persecutori, ma ciò è insieme risultato e causa di una certa configurazione corporea, è il sistema della comunicazione intracorporea e del corpo nel suo complesso con l'ambiente che ha portato ad una certa configurazione dell'io, che ha selezionato modelli di lettura della realtà d'un certo tipo piuttosto che di un certo altro. Siamo molto prossimi ad un'idea che vede coincidere l'io con “il continuo lavoro che un corpo determinato (non c'è individuazione mentale senza individuazione corporea) [...] compie per raccontare agli altri, e quindi a sé, ciò che è stato quello stesso io, e pertanto ciò che sarà” (18).

E tuttavia essi recano una sofferenza che è corporea e che denuncia una modificazione degli assetti sistemici, i quali (attraverso interventi opportuni, che debbono intelligentemente, e cioè concordemente, riguardare l'intero network delle reti comunicative che sono il nostro corpo) hanno necessità di apprendere equilibri nuovi, meno disfunzionali.

Questo presuppone che un intervento realmente efficace su un “falso” allergico deve seguire le vie dell'approccio multifattoriale al problema: del suo corpo devono interessarsi contemporaneamente più specialisti, i quali devono concordare tra loro, interdisciplinariamente, un intervento, che, dosando opportunamente i possibili apporti di ognuno, abbia di mira lo stabilirsi di un nuovo equilibrio che porti l'unità corpo-mente che il “falso” allergico esprime, a conseguire sistemi di definizione dell'io, dell'alterità, della relazione dell'io con se stesso e dell'io col contesto, più flessibili, meno esclusivi e selettivamente meno efficienti.

Una teoria unitaria dell'**apprendimento**, che spieghi come avviene che si modificano le risposte di ogni sotto-sistema dell'organismo agli stimoli esterni, può aiutare a impostare degli interventi

realmente efficaci, in quanto sinergici. Nell'ordine della complessità non vige, si sa, la logica dell'apprendimento come effetto di un'azione di insegnamento, in realtà vige la logica del **feedback**, cioè di aggiustamenti progressivi, che si ottengono attraverso delle azioni perturbative del sistema, che stressato, si autoristruttura e diviene in grado di gestire il fattore stressogeno. Molto probabilmente i problemi del “falso” allergico si strutturano già nell'utero materno, quand'egli si trova nel bagno ormonale del grembo che l'accoglie, e va formandosi il suo sistema nervoso. Venuto al mondo il sistema di relazioni all'interno della famiglia condizioneranno tanto il formarsi della sua identità quanto il costituirsi del sistema di relazioni che sono il suo corpo. Il tutto secondo schemi coerenti, nel senso che vi è una struttura che connette l'ecologia della mente con l'ecologia del sistema nervoso, con l'ecologia del sistema endocrinologico, ecc. Le successive esperienze della vita avverranno a partire dall'identità mentale e corporea costituita per la mediazione esercitata dal nucleo familiare. L'identità dobbiamo pensarla come un sistema di vincoli, cioè di modi preferenziali, di routine, attraverso cui il soggetto risolve il suo rapporto col mondo e con se stesso. Se il rapporto si rivela disfunzionale, bisogna aiutare il soggetto a “cambiare gioco”, cioè a rompere gli schemi, sostenendolo opportunamente nell'apprendimento di nuovi modelli di risposte (e mentali ed organiche), con azioni che vanno a svolgere una sorta di *scaffolding*.

Falagiani, nella presentazione dell'articolo di Sacerdoti *et alii*, propone un racconto in prima persona che aiuta molto bene ad inquadrare le problematiche poste dal caso “falsi allergici”, risolvibile soltanto attraverso l'assunzione di uno sguardo, capace di ricondurre quelle problematiche alla dimensione sistemica da cui derivano (19).

Inizia con il ricordo di sé bambino che accompagna il padre. Per un pedagogo, quest'immagine è ricca di suggestioni: parla di una relazione privilegiata, che consente, nella ricorsività delle interazioni che si stabiliscono tra due soggetti, il costituirsi (*l'emergere*, se si vuole) dell'identità infantile, su cui si edificherà, nel bene come nel male, la vita adulta.

Nel caso dei falsi allergici, ci viene da pensare, le relazioni primarie risultano alterate. Sarebbe molto interessante studiare le relazioni all'interno del nucleo familiare. Non ci meravigliremmo di trovarci in presenza di fenomeni di familismo, di eccessiva chiusura del nucleo familiare su se stesso, di dialettica opposizione di esso ad un esterno, avvertito come pericoloso, in grado di attentare all'unità della famiglia, in cui solo consiste la possibilità di sopravvivenza dei singoli in un mondo categorizzato sempre come ostile.

Il padre addestra dei cavalli: intuendo le loro inclinazioni, verificando i loro difetti, istituisce delle azioni correttive: mediante una sapiente interazione riesce a modificare i loro naturali comportamenti. Il vivente ha una naturale attitudine ad apprendere, cioè a rispondere alle sollecitazioni ambientali riconfigurandosi, sicché l'identità è un processo continuamente in atto, derivante dal “dialogo” che il soggetto istituisce col proprio contesto.

Cosa ricavare da questa immagine per il caso dei “falsi allergici”? Che il miglioramento delle loro condizioni di salute può verificarsi in un tempo piuttosto lungo, mediante un'attività di regolazione dei sistemi psichico, endocrino, neuro e immunologico, che comporterà l'apprendimento di nuovi schemi relazionali, di nuovi stili di vita, grazie al monitoraggio del funzionamento sistemico e al sostegno offerto da un'équipe multidisciplinare, in grado di istituire processi di “ri-educazione” dei sistemi disfunzionali.

Altra immagine evocata è quella del formicaio. Il bambino, esplorando l'ambiente che gli è intorno, incuriosito da un grosso sasso, che si presenta liscio e tondeggiano, lo rovescia e scopre un mondo. Quello organizzatissimo delle formiche, le cui comunità, con la loro straordinaria complessità, mostrano di quale inventività la natura sia capace per assicurare la continuità delle specie, e pongono il problema di comprendere in qual modo la comunità si autosostenga, quali comunicazioni, e in quali forme, intervengano per consentire ad ognuno dei membri di modulare il proprio comportamento sulla base di quello altrui. Questa unità nella complessità, questo divenire che nel mentre diviene definisce il confine del soggetto, della comunità, questa chiusura che è insieme apertura (e quindi relazione), questo convivere di singolarità e pluralità, questa possibilità

che il molteplice sia organizzato, questa possibilità che esista un confine che ha una sua propria permeabilità, costituisce - ci suggerisce Falagiani - un che di *sacro*.

Sacro è termine usato da Bateson ed è legato alla sua concezione ecologica dell'essere. Un termine prezioso poiché definisce l'intimo legame che unisce gli esseri: nulla succede nel cosmo che non abbia ripercussioni nel complesso sistema di relazioni che lega tutti i suoi componenti. Nulla accade nel cosmo che non procuri effetti di apprendimento a catena, di ridisegnamento della/e identità. Spiega il sistema di analogie, di corrispondenze, che deriva dal complesso flusso di relazioni funzionali che si stabiliscono tra la preda e il predatore, tra l'individuo e il suo ambiente. Corrispondenza è analogia, e analogia è metafora, ci ha insegnato Bateson. Secondo il **principio ologrammatico** ogni sistema vivente, complessità in atto, è un cosmo. Un cosmo che echeggia altri universi...

E a conclusione di *Mente e natura*, in una delle sue innumerevoli conversazioni con la figlia, il buon Gregory chiarisce quale sia la sua idea di complessità connessa all'ecologia: “noi viviamo, come ho detto, in una tautologia che guarisce da sola, la quale più o meno sovente viene lacerata in modo più o meno grave. Così sembra che vadano le cose nella nostra zona di spazio-tempo. Direi anche che qualche lacerazione del sistema ecologico tautologico sia addirittura - in un certo modo - positiva. Può darsi che la sua capacità di guarire da solo abbia bisogno di esercitarsi, come dice Tennyson, 'affinché una sola buona consuetudine non abbia a corrompere il mondo'” (20).

Bateson, col suo pensiero, indica la via di un olisto praticabile, è la via che sposta lo studio sulla **relazione**, che vede la connessione profonda tra i processi di differenziazione e quelli di integrazione. È la via di un nuovo dialogo fra Occidente ed Oriente, fra una scienza medica che nel mentre divide ed analizza per meglio approcciare i fenomeni, deve però non perdere mai di vista la struttura che connette e che consente al corpo di non essere una macchina ma un organismo vivente, o come dice von Foerster una **macchina non banale**.

Salvaguardare quindi la vita significa riuscire a comprendere, nel caso specifico dei “falsi allergici”, come funzioni presso di loro l'interazione organismo-ambiente, per individuare come sia possibile suggerir loro nuove strategie di dialogo individuo-contesto, facendo leva su tutte le risorse a cui essi possano attingere.

Non vi è alcuna ragione di essere diffidenti rispetto a spiegazioni di alcuni disturbi sistemici col ricorso anche all'attività psichica dei soggetti, purché si assuma un atteggiamento che veda la stretta connessione dello psichico con il neurologico, del neurologico con l'endocrinologico, dell'endocrinologico con l'immunologico. Seguendo Bateson, il pericolo di operare dentro la cornice di un dualismo improduttivo si rivela infondato, poiché il mondo delle cose che in natura vivono, e cioè crescono, apprendono, si evolvono è il mondo creaturale dei processi mentali. Questi processi mentali non sono affatto separati dalle cose che in natura vivono, sono lo specifico modo attraverso cui le cose che vivono esplicano il loro esser vive. Questo significa che ogni atto di conoscenza inevitabilmente modifica il modo in cui le cose son vive, modifica il loro stato, le rende più o meno resilienti al potenziale destrutturante che è negli agenti ambientali. In un regime di complessità le vie che possono produrre degli effetti sono molte, non sempre misuratamente prevedibili, la conoscenza non esaurisce mai l'oggetto, anche perché il soggetto che conosce è implicato nell'atto della conoscenza, cioè modifica se stesso nel mentre conosce, rendendo il conoscere un compito infinito. Non esistendo la linearità dei rapporti causa-effetto, bisogna agire per ottenere un qualche apprezzabile risultato su molte dimensioni. Nel caso del soggetto immunopatico (perché tale gratta gratta è il “falso allergico”), ad esempio, bisogna, a vario livello, indurre un atto di apprendimento: il corpo deve imparare a trovare un equilibrio più elastico con l'ambiente, ivi compresa l'assunzione di nuovi stili di vita (e qui l'educativo entra prepotentemente in gioco), che hanno tante maggiori possibilità di successo in quanto il contesto sociale più immediato in cui il soggetto vive è pronto ad accogliere e sostenere lo sforzo che l'individuo deve fare (questo è un problema di modificazione della cultura) e il contesto sociale più ampio si dispone in modo tale da mettere a disposizione del soggetto immunopatico quanto gli occorre per aiutare il suo corpo a trovare la definizione di nuovi equilibri sistemici (mettendogli a disposizione ad esempio certe tipologie di alimenti, coltivati in

terreni predisposti in un certo modo, ecc., riducendo l'impatto ambientale degli inquinanti, riducendo i fattori di stress, ecc.); ma anche una organizzazione del sistema sanitario funzionalizzato a riconoscere il bisogno del corpo d'essere considerato come totalità.

4. L'articolo di Sacerdoti *et alii* ha ancora un ulteriore motivo di interesse. È nel riconoscere che l'allergologo, di fronte alla provocazione costituita dal “falso allergico”, chiamato a doversi misurare con i limiti della medicina fondata sulle evidenze, è sollecitato ad affacciarsi alla *narrative based medicine*, a riflettere sulla relazione medico-paziente come **relazione di cura** (latamente intesa), a ritrovare la dimensione umanistica della medicina, chiamata a porre al centro della sua attenzione non il disturbo, ma la persona coi suoi bisogni di salute, a riabilitare un **ascolto attivo** e profondo del malato. Appare del tutto condivisibile la richiesta contenuta nell'articolo che nelle scuole di specializzazione di allergologia si studino anche discipline quali la psicologia. Personalmente aggiungo che è indispensabile aprire l'allergologia realmente ad uno sviluppo *iuxta propria principia*, affinché pervenga alla considerazione delle istanze poste dal modello ecologico-sistemico. In tal modo essa potrà incontrare *dall'interno*, per così dire, le altre discipline, chiamate a offrire il loro contributo nel quadro di una strategia ispirata alla logica della **complessità**. Quando dico *iuxta propria principia* intendo dire che l'allergologia, trovando nell'immunologia i suoi schemi esplicativi, può, assumendo fino in fondo le conseguenze dell'approccio sistemico-regolatorio, scoprire gli elementi di un rinnovamento che dev'essere epistemologico, metodologico e operativo.

Il problema dei “falsi allergici” diventa allora paradigmatico. Il bisogno di cui essi sono portatori sta metonimicamente per tutti quei nuovi bisogni che attualmente sono emersi nel campo della salute. Molti di questi bisogni stentano a verificare il proprio riconoscimento da parte della società. A fronte dell'emergere di un nuovo bisogno necessitano dei cambiamenti sociali e culturali per potergli consentire le condizioni di esercizio, ciò vuol dire che esso dev'essere riconosciuto e reputato connesso con lo sviluppo della società civile.

Succede che laddove il mercato è l'unico arbitro, i bisogni debbono trasformarsi in domanda solvibile, cioè debbono dimostrare la loro giustificazione anche (se non soprattutto) sul piano economico.

I nuovi bisogni di salute emersi coi cambiamenti epocali in cui ci troviamo, oggi sono imbrigliati nelle logiche economiche di un'industria farmaceutica divenuta elefantiaca, e vedono minata la possibilità di estrinsecarsi pienamente: si trovano, infatti, ad essere soddisfatti solo in forma parziale o distorta. Una visione economicistica del bisogno di salute impedisce di demistificare le forme reificate che la medicina ha assunto e induce una reiterazione di vietati schemi concettuali ed operativi.

Anche nell'ambito sanitario necessita una “umanizzazione”, che si attua con la partecipazione effettiva e non soltanto manipolata dei portatori di bisogno, allargando gli spazi di democrazia e di dialogo, la corresponsabilizzazione di tutti gli attori, la lotta contro ogni forma di visione gerarchica, autoritaria ed élitaria della relazione terapeutica.

Sulla necessità di aprire in senso partecipativo la democrazia, hanno ampiamente ragionato la sociologia, la pedagogia sociale, la psicologia di comunità, la pedagogia di comunità. Quei contributi diventano preziosi per quanti ritengono che i contesti sanitari necessitino di essere ripensati per essere orientati ad un servizio veramente a misura di “cliente” e non invece autoreferenzialmente piegato su se stesso (21).

Bibliografia

1. Sacerdoti G., Cassaglia B., Gravina M.T., *Allergici tra virgolette. Che fare?*, *Not. Allergol.* 2010; 1: 3-9.
2. Sacerdoti G., Cassaglia B., Gravina M.T., *art.cit*; 4.
3. Bottaccioli F., *Il sistema immunitario, la bilancia della vita*, *Tecniche Nuove, Milano 2008*, e, dello stesso autore, *Psiconeuroendocrinoimmunologia, Tecniche Nuove, Milano 2005*. Cfr. pure Biondi M., *Mente, cervello e sistema immunitario, McGraw-Hill, Milano 1997*.
4. Cappuccio M. (a cura di), *Neurofenomenologia: le scienze della mente e la sfida dell'esperienza cosciente*, *Bruno Mondadori, Milano 2006*.
5. *Sulle metafore usate in medicina e sul loro potere di condizionamento dell'azione ha acutamente ragionato, con particolare riferimento a quelle provenienti dall'ambito militare*, Wenner M., *The war against war metaphors, The Scientist* 2007; 1.
6. Cfr. Mokyr J., *Irish History with the Potato, Irish Economic and Social History, 1980; VIII*. Cfr. pure Fogel R., *The Escape from Hunger and Premature Death, 1700–2100. Europe, America, and the Third World, Cambridge Studies in Population, Economy and Society in Past Time, Cambridge University Press, 2004; 38*.
7. Bottaccioli F., *Filosofia per la medicina. Medicina per la filosofia. Grecia e Cina a confronto*, *Tecniche Nuove, Milano 2010*.
8. Ginzburg C., *Spie. Radici di un paradigma indiziario*, in Gargani A.G. (a cura di), *Crisi della ragione*, *Einaudi, Torino 1979; 57-106*.
9. Ginzburg C., *cit*; 66.
10. Ginzburg C., *cit*; 70.
11. Ginzburg C., *cit*; 71.
12. Ginzburg C., *cit*; 73.
13. Sacerdoti G., Cassaglia B., Gravina M.T., *art. cit.*; 7.
14. Sacerdoti G., Cassaglia B., Gravina M.T., *art. cit.*; 7.
15. Sacerdoti G., Cassaglia B., Gravina M.T., *art. cit.*; 7.
16. Sacerdoti G., Cassaglia B., Gravina M.T., *art. cit.*; 7.
17. Sacerdoti G., Cassaglia B., Gravina M.T., *art. cit.*; 7.
18. Cimatti F., *L'io e la coscienza: mente, lingua e identità personale*, in Gensini S., Rainone A., (a cura di), *La mente. Tradizioni filosofiche, prospettive scientifiche, paradigmi contemporanei*, *Carocci, Roma 2008; 407-423; 421*.
19. Falagiani P., *Invito alla lettura, Not. Allergol.*, vol. 28, 2010; 1: 2.
20. Bateson G., *Mente e natura*, trad. it. *Adelphi, Milano 1984, 274*.
21. Manfreda A., *Valutazione ex-ante e mappatura dei bisogni formativi*, in Colazzo S. (a cura di), *Attori, contesti e metodologie della valutazione dei processi formativi in età adulta*, *Amaltea edizioni, Melpignano (Le) 2009*.