



Sylvie Fainzang

*Collana*  
**SCIENZE E SALUTE**  
**TEORIE**

## **Farmaci e società**

Il paziente, il medico  
e la ricetta

Edizione italiana  
a cura di Vittorio A. Sironi  
e Mara Tognetti Bordogna



**FrancoAngeli**

*Collana Scienze e salute*  
Coordinata da Mara Tognetti Bordogna

Il rapporto sempre più autonomo e responsabile che il cittadino intrattiene oggi con il proprio benessere fa di salute e malattia il terreno su cui si misurano bisogni individuali e collettivi, esigenze relazionali e alterazioni biofisiche, richieste di intervento di apparati normalizzanti (il complesso sanitario).

La ricaduta di tali eventi nel quotidiano richiede chiavi di lettura coerenti che ne determinino il significato in rapporto sia al campo disciplinare di interesse che al contesto in cui maturano, dove si generano comportamenti non comprensibili a partire da un'ottica meramente sanitaria.

D'altro canto il diritto alla salute, diventato parametro di qualità della vita, investe di nuove responsabilità il sistema di cura sia esso pubblico, privato o di terzo settore aprendo al tempo stesso nuovi scenari occupazionali. Tutto ciò richiede attenzione e impegno sia nel campo della formazione delle figure che promuovono la salute, sia della produzione di testi per gli operatori, come è fondamentale che le diverse discipline concorrano a definire di volta in volta che cosa sia "salute" e attraverso quali azioni possa essere efficacemente promossa nel mutato contesto sociale.

Di qui l'urgenza di una collana che, seguendo più direzioni (*Teorie, Ricerca, Formazione, Comunicazione e Saperi transculturali*) e avvalendosi anche di apporti interazionali, contribuisca ad abbattere gli steccati disciplinari in cui la salute è stata rinchiusa e ne promuova una concezione più ampia.

#### **Comitato editoriale della collana**

*Roberto Beneduce*, Etnopsichiatria, Università di Torino; *Gilles Bibeau*, Antropologia, Mc Gill University, Università di Montreal; *Albino Claudio Bosio*, Psicologia medica, Università Cattolica di Milano; *Mario Cardano*, Metodologia della ricerca, Università di Torino; *Cesare Cislighi*, Economia sanitaria, Università di Milano; *Giorgio Cosmacini*, Università Vita-Salute dell'Istituto Scientifico Ospedale San Raffaele; *Antonio de Lillo*, Metodologia della ricerca, Università di Milano-Bicocca; *Pierpaolo Donati*, Sociologia della salute, Università di Bologna; *Claudine Herzlich*, Sociologia della medicina, CNRS-Ecoles Hautes Etudes en Sciences Sociales; *Marco Ingrosso*, Promozione della salute, Università di Ferrara; *Florentine Jaques*, Fitofarmacologia, Università di Metz; *Michele La Rosa*, Organizzazione sanitaria, Università di Bologna; *Sergio Manghi*, Sociologia della conoscenza, Università di Parma; *Mario Morcellini*, Scienze della comunicazione, Università di Roma; *Antonio Pagano*, Igiene e Medicina preventiva, Università di Milano; *Mariella Pandolfi*, Antropologia medica, Università di Montreal; *Benedetto Saraceno*, Riabilitazione, OMS, Ginevra; *Mara Tognetti*, Politiche socio-sanitarie, Medicine complementari, Università di Milano Bicocca, coordinatore della collana; *Giovanna Vicarelli*, Professioni sanitarie, Università Politecnica delle Marche; *Paolo Giovanni Vintani*, Farmacista in Barlassina (Mi).

I titoli della collana Scienze e salute sono sottoposti a referaggio.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Sylvie Fainzang

## **Farmaci e società**

Il paziente, il medico  
e la ricetta

Edizione italiana  
a cura di Vittorio A. Sironi  
e Mara Tognetti Bordogna

Postfazione di Pino Schirripa

**FrancoAngeli**

Ringrazio i Professori Jean-Marc Davy, François-Bernard Michel, Albert Mimran e Jean Ribstein, così come il Dott. Pascal Chanez e molti altri per l'interesse dimostrato verso questo studio e l'ottima accoglienza che mi hanno riservato all'interno del loro servizio o del loro ambulatorio. Ringrazio anche le tante persone che ho sollecitato nel corso di questa ricerca per l'aiuto che mi hanno dato e i numerosi contatti che mi hanno permesso di allacciare, e tra queste la mia riconoscenza va in particolare a Claude Levain. Infine, ringrazio la MGEN per il sostegno che ha concesso a questa ricerca nell'ambito della convenzione con il CNRS.

Titolo originale:

*Médicaments et société*

Copyright © 2001, Presses Universitaires de France, 6, Avenue Reille, 75014 Paris

Traduzione dal francese di Adelina Talamonti

Copyright © 2009 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni specificate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it)*

## *Indice*

<b>Presentazione</b> , di <i>Mara Tognetti Bordogna</i>	pag.	7
<b>Prefazione</b> , di <i>Vittorio A. Sironi</i>	»	13
<b>Introduzione</b>	»	25
<b>1. I pazienti e le ricette</b>	»	37
1. Lo scritto e la scrittura	»	38
2. Il problema dell'osservanza	»	44
3. Vita e morte della ricetta	»	46
<b>2. I pazienti e i farmaci</b>	»	52
1. L'uso dei farmaci	»	53
2. La sistemazione dei farmaci	»	64
3. L'autoterapia	»	70
4. Il foglietto illustrativo	»	72
5. Le medicine parallele	»	75
6. Gli psicofarmaci	»	76
<b>3. I pazienti e il corpo</b>	»	91
1. Spazio privato/spazio pubblico	»	91
2. Corpo soggetto/corpo oggetto	»	93
3. La persona e i suoi organi	»	95
4. Il dolore	»	101
<b>4. I pazienti e i medici</b>	»	104
1. La scelta del medico	»	104
2. Ritratti comparati	»	112
3. Sottomissione, resistenza e negoziazione	»	116
4. Autorità medica e autorità religiosa	»	126
<b>Conclusioni</b>	»	139
<b>Postfazione</b> , di <i>Pino Schirripa</i>	»	143
<b>Bibliografia</b>	»	149

*Mara Tognetti Bordogna*, professore di Politiche Sanitarie, direttore dell'*Osservatorio e metodi per la sanità*, Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale, Università degli studi di Milano Bicocca.

## *Presentazione*

di *Mara Tognetti Bordogna*

Il farmaco il suo uso nei diversi sistemi di cura, il trattamento o la somministrazione farmacologia rimanda ad un complesso processo di tipo relazionale fra il singolo terapeuta, il prodotto e l'assuntore, il sistema di cura e il sistema di produzione o di riconoscimento della sua validità curativa, l'individuo e il sistema culturale di appartenenza, ed il sistema economico.

*“Esso è anche un indicatore privilegiato del sistema-salute. In quanto elemento di un mercato che è costruito sotto il controllo e la guida statale (...) esprime concretamente la concezione vigente nel Paese rispetto ai rapporti tra una politica di attenzione ai bisogni sanitari e ai loro costi e quella che ha come referente primario l'apparato produttivo industriale. In quanto elemento centrale dell'attività medica attraverso l'esercizio quotidiano della prescrizione, rappresenta lo strumento più capillare di interfaccia tra il “servizio” e gli “utenti”, ed è in tal modo determinante nel definire il rapporto tra beneficio e rischio (...)”*<sup>1</sup>.

Il farmaco è, dunque, un prodotto sociale e la sua valenza simbolica e curativa variano in relazione sia al sistema sociale e culturale, sia a quello per la salute, che ai sistemi sanitari.

Ciononostante nei confronti del farmaco il paziente può mettere in atto, ha spazio per farlo, strategie personali di cura, di grande autonomia. Lo assume, ma non necessariamente nella misura e nei dosaggi definiti da chi è legittimato, il medico, a prescriverlo. Assume il farmaco fino a quando pensa di essere malato per poi sospenderne il trattamento. Acquista farmaci ricettati e non li assume, oppure li assume, solo nei primi giorni dalla prescrizione, e nei dosaggi che ritiene opportuno.

Comportamenti che rimandano alle molte valenze e significati del farmaco

1. Regione Piemonte, Assessorato alla Sanità e Assistenza, *La prescrizione dei farmaci in Piemonte (1980-84). Profilo statistico ed epidemiologico nella medicina convenzionata*, CSI-Piemonte, Torino, 1985, pag. 9.

nella nostra società, ma anche all'idea di salute e di malattia che, nel tempo, si è modificata pluralizzandosi.

Il farmaco va visto quindi quale relazione sociale, e come prodotto culturale. L'interazione fra queste due dimensioni determina e produce la sua rappresentazione sociale.

Solo tenendo presente questa complessità e pluralità è possibile comprendere il ruolo del farmaco, sia nella relazione terapeutica, sia nella nostra società e, di conseguenza, individuare le differenti pratiche messe in atto dai diversi attori della "politica del farmaco"<sup>2</sup>.

Il farmaco è, dunque, un oggetto complesso poiché prodotto di pratiche sociali differenziate nel tempo, il cui significato va ben oltre la sua funzione curativa.

Le diverse idee di salute e di malattia che si sono succedute e sviluppate nel tempo, da un punto di vista della sociologia della salute e della medicina, evidenziando come, all'interno dei singoli modelli, si delinei una specifica idea di farmaco socialmente costruita.

## **Modelli e punti di vista**

Fra le prime visioni vi è *la prospettiva bio-medica* che considera la malattia quale esito di un incidente, determinato da un cattivo funzionamento della macchina organica, che dipende da cause esterne o da difetti genetici. Malattia quale entità ben definita, rilevabile, misurabile e curabile. La medicina interviene, in modo puntuale, per riattivare la macchina/corpo, sempre di più con strumenti tecnologici e con farmaci di sintesi.

Nel modello bio-medico, del copro sano o malato, la somministrazione del farmaco, di competenza del solo medico, conferma e valida il ruolo e la capacità di guarigione del medico e della medicina, attraverso l'uso del farmaco, quale medium vincente della cura, rinforzando, ancora una volta, il potere del bio-medico.

Allo stesso tempo il medico, con la sua pratica/competenza di somministrazione, valida e legittima l'uso curativo del farmaco. Il paziente è dipendente dal medico e dal farmaco, in quanto soggetto incompetente, che deve sottostare al sapere medico.

Lo sviluppo della bio-medicina va di pari passo con il consolidamento della farmacopea e con la sua capacità di isolare i principi attivi alla base della capacità curativa, e che porta al crescere di prodotti di sintesi preparati in laboratori specializzati; così come lo sviluppo dell'anatomia patologica orienta la ricerca di farmaci ad azione localizzata. La possibilità di produrre farmaci di

2. V.A. Sironi, M. Tognetti Bordogna, "La politique du médicament en Italie: histoire et perspectives" in *Revue Sociologie Santé*, n. 30, 2009, pp. 65-80.

sintesi, ad azione selettiva, costituisce il motore dello sviluppo dell'industria farmaceutica. L'evoluzione delle scienze bio-mediche e lo sviluppo di nuove tecnologie aprono nuove frontiere per la farmacologia a livello cellulare e molecolare. Sarà, in molti casi, la stessa industria farmaceutica a sponsorizzare le ricerche cliniche; uno stretto legame, dunque, quello fra bio-medicina e farmaco.

*La prospettiva comportamentale o di medicina sociale*, vede la malattia come risultato di comportamenti, di condizioni ambientali e di vita. L'attenzione si sposta sui meccanismi patogeni e sui possibili interventi, per eliminare le cause e i fattori nocivi e di rischio<sup>3</sup>.

Il farmaco è una delle misure utile alla cura e alla guarigione, ma non sempre il più importante.

La prospettiva clinica evidenzia l'importanza della relazione e dell'empatia nella cura, si cerca di recuperare lo sguardo d'insieme. Si presta attenzione al curare più che al guarire, si cerca di comprendere il malato non solo di alleviarne le sofferenze.

Il farmaco si colloca all'interno e come tramite della relazione terapeutica, non sempre come elemento essenziale.

*La prospettiva bio-psico-sociale* vede la salute e la malattia sempre più come un'esperienza umana che va ben oltre gli eventi biologici ed in cui la danza terapeutica è elemento principe. L'aspetto soggettivo della malattia è importante quanto quello oggettivo. I significati che si attribuiscono a salute e malattia hanno una forte influenza sulla condizione fisica individuale. Il farmaco è uno dei componenti del percorso di malattia.

*La prospettiva bio-tecnologica o tecno scientifica* vede la capacità della tecnologia e della tecnica come soluzione ad ogni problema di malattia. Il legame è fra danno biologico e farmaco, più che fra medico e individuo che gli sta di fronte. Il malato è lì in quanto informatore di una condizione manchevole del corpo. Il farmaco performante è messo sullo stesso piano della tecniche che, insieme, rispondono ad ogni bisogno, anche non strettamente sanitario o di salute.

*La prospettiva alternativa* intende la salute e la malattia come esperienze che vanno garantite e tutelate, anche con comportamenti soggettivi, con un ruolo soggettivo centrale, in una relazione terapeutica dotata di senso, che vede la bio-medicina come iatrogenesi al pari del farmaco di sintesi. L'idea di cura è un percorso ed un'esperienza individuale in cui, anche l'incontro terapeutico, non necessariamente con il medico della bio-medicina, si fonda sulla responsabilità di tutti gli attori in gioco. La terapia è finalizzata a mobilitare ed attivare le capacità di autocura dell'individuo attraverso l'energia vitale. Il farmaco deve essere buono e non necessariamente di sintesi.

3. G. Nuvolati, M. Tognetti Bordogna, *Salute, ambiente e qualità della vita nel contesto urbano*, FrancoAngeli, Milano, 2008.

*La prospettiva complementare o integrata*, in cui la salute e la malattia è vissuta e percepita come evento soggettivo e relazionale, che va curata e perseguita con comportamenti sani scegliendo, di volta in volta, fra la medicina scientifica e quella complementare, così come il farmaco di sintesi o alternativo o omeopatico.

Il farmaco è utile, ma se buono, se usato in stretta relazione al tipo e allo stadio della malattia, ma anche tenendo conto del vissuto soggettivo dell'individuo. Il farmaco naturale è spesso usato anche per attutire gli effetti nocivi di quello di sintesi, assunto contemporaneamente al primo e per ridurre o eliminare gli effetti collaterali.

Il farmaco è visto come progetto di vita, al pari del processo di cura e di mantenimento della salute.

La medicina complementare si fonda sulla relazione competente, in cui il terapeuta e il paziente mettono insieme, in comune, le loro competenze per recuperare la salute.

Il terapeuta è il consulente, sia nelle scelte curative, che in quelle farmacologiche, è colui che orienta e che consiglia. L'automedicazione è tollerata e favorita. La domanda di farmaci o di prodotti per la salute, sia di sintesi che naturali è competente, articola e differenzia.

L'azione terapeutica ha più strade da seguire, ed è il paziente a scegliere quella più adeguata per recuperare l'equilibrio perso. Il trattamento e quindi anche il farmaco, non può essere valido per tutti, ma va definito e prescritto nella sua unicità perché i pazienti sono unici. Sono il tempo, i fattori soggettivi, la specifica relazione terapeutica ad essere determinanti: è la relazione quindi a diventare curativa.

Appare dunque chiaro come il farmaco sia strettamente legato all'idea di salute e di malattia, ma anche fortemente determinato dal modello della medicina.

È allora con piacere che presentiamo il seguente volume che costituisce per il panorama scientifico italiano una novità.

Il volume infatti raccoglie il risultato di ricerca, ma non solo, relativo al posto e al ruolo del farmaco e della ricetta nell'esperienza di salute e di malattia dell'individuo. Analisi che tiene conto, non solo del contesto sociale dell'individuo, ma in particolare della cultura religiosa d'appartenenza. L'autrice studia il ruolo assegnato alla prescrizione farmacologica e al farmaco e che tipo di ruolo essi rivestano nel processo di guarigione. Così come viene analizzata la rispondenza o meno fra prescrizione farmacologica e l'effettiva assunzione del farmaco da parte del malato.

L'analisi del comportamento degli individui in relazione al farmaco costituisce per l'autrice inoltre un modo di analizzare i comportamenti del singolo rispetto al medico, in quanto proscrittore di farmaci. In altri termini nel testo si analizza la dimensione sociale e la dimensione culturale del farmaco. Un testo importante perché ci aiuta anche a decodificare comportamenti di salute

nella società plurale come quella in cui ci troviamo a vivere, sia perché vengono considerati le condotte di persone appartenenti a religione diverse, sia perché vengono considerati i diversi comportamenti sempre rispetto al farmaco presso le coppie miste, al fine di analizzare l'influenzamento reciproco dei partner.

*Vittorio A. Sironi*, professore di Storia della medicina e della sanità, direttore del *Centro studi sulla storia del pensiero biomedico*, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli studi di Milano Bicocca.

*Prefazione*  
*Il farmaco: un protagonista poliedrico della scena terapeutica*

di Vittorio A. Sironi

L'uso di farmaci di fronte a eventi avversi per la salute rappresenta un elemento comune a tutte culture mediche, anche se il concetto di farmaco può assumere significati diversi a secondo dei contesti in cui si situa. Tuttavia è indubitabile che il farmaco costituisca ovunque un elemento di primaria importanza sulla "scena terapeutica" tra i mezzi utilizzati per cercare di ottenere la guarigione.

Questa connotazione è ancora più rilevante nell'ambito della medicina occidentale, la *biomedicina*, così chiamata perché fonda il suo sapere sulla conoscenza delle scienze biologiche. Qual è il significato curativo e come si esplica l'azione del farmaco in questa medicina? La risposta, apparentemente semplice, non è poi – come si vedrà – così scontata come potrebbe sembrare.

### **Una definizione appropriata e un concetto in evoluzione**

Nell'ambito della medicina occidentale il termine *farmaco* è sempre stato utilizzato per indicare ogni sostanza in grado di causare, per le sue proprietà chimico-fisiche, variazioni funzionali in un organismo vivente. Si trattava di sostanze di origine naturale (minerale, vegetale o animale) o di composti chimici di sintesi.

L'*ambiguità semantica* che ha sempre accompagnato la parola farmaco (in greco *pharmacon* significa sia pozione benefica che veleno, in inglese *drug* indica sia il medicamento che la droga) sembra essere uno specchio della sua ambivalenza farmacologica e del reale contenuto terapeutico: una sostanza la cui azione benefica non è mai disgiunta da un possibile effetto dannoso e per la quale solo il rapporto rischio/beneficio ne giustifica l'uso in determinate circostanze patologiche. A questa dicotomia lessicale si aggiunge, negli ultimi centocinquanta anni, anche un'*ambiguità costitutiva*: esso è un rimedio sanitario efficace e selettivo, ma è anche un prodotto commerciale sottoposto alle rigide

regole del mercato e del profitto economico. Ecco perché, a chi lo usa, il farmaco appare sovente come un amico, ma un amico dal cattivo carattere, prezioso quanto pericoloso, a cui far ricorso in modo intelligente e moderato, per ottenere il massimo dei vantaggi col minimo dei danni.

A partire dalla fine dell'Ottocento, con il sopravvento dei farmaci di sintesi prodotti dall'industria farmaceutica su quelli di origine naturale e con lo studio più rigoroso della farmacodinamica e della farmacologia clinica iniziato a partire dalla metà del Novecento, anche il concetto di farmaco subisce ulteriori precisazioni. Infatti si inizia a considerare "farmaco" non ogni sostanza in grado di indurre variazioni funzionali in un organismo vivente (azione farmacologica), ma solo quelle sostanze in grado di esplicare, accanto e/o insieme all'*azione farmacologica* (non dannosa ma sovente neppure necessariamente curativa), una reale, dimostrabile ed efficace *azione terapeutica*: un'attività in grado quindi di bloccare o distruggere agenti patogeni, impedire lo sviluppo e/o consentire la guarigione di una malattia, sopprimere le manifestazioni sintomatologiche delle forme morbose riducendo lo stato di sofferenza del paziente<sup>1</sup>.

Pertanto il termine "farmaco" deve essere oggi utilizzato correttamente solo per indicare una sostanza in grado di interagire positivamente con l'organismo vivente esplicando una precisa e mirata azione terapeutica. Questa definizione e l'oggetto che essa qualifica sono il punto d'arrivo di un lungo percorso storico e di un'evoluzione concettuale tuttora in atto.

## Le radici storiche

La ricerca di rimedi efficaci contro il dolore e la malattia ha caratterizzato la storia dell'umanità sin dalle sue origini<sup>2</sup>. Dapprima si è proceduto in modo *empirico*, attraverso il casuale riscontro delle proprietà benefiche di erbe, di acque sorgive o di sostanze alimentari, poi in modo *razionale*, partendo dall'idea che l'azione terapeutica potesse essere potenziata con il ricorso a pratiche magico-religiose in grado di facilitare la guarigione scacciando dal corpo del

1. Si veda al riguardo quanto ho scritto per il lemma *Farmaco* in G. Cosmacini, G. Gaudenzi, R. Satolli (a cura di), *Dizionario di storia della salute*, Einaudi, Torino, 1996, pp. 225-231 e inoltre E.M. Ross, "Farmacodinamica: meccanismi d'azione dei farmaci e relazione tra concentrazione ed effetto del farmaco", in A. Goodman Gilman, T.W. Rall, A.S. Nies, P. Taylor (a cura di), *Le basi farmacologiche della terapia*, ottava edizione italiana a cura di N. Montanaro, Zanichelli, Bologna 1992, pp. 31-44; F. Clementi, G. Fumagalli, "Introduzione alla farmacologia", in F. Clementi, G. Fumagalli (a cura di), *Farmacologia generale e molecolare*, Utet, Torino, 2004 (terza edizione), pp. 3-8.

2. Sulla storia del farmaco si veda J. C. Dousset, *Histoire des médicaments. Des origines à nos jours*, Payot, Paris 1985; V. A. Sironi, *Farmaco. Aspetti storici* nell'opera collettanea *L'universo del corpo*, vol. III, Istituto della Enciclopedia Italiana Treccani, Roma 1999, pp. 492-499; G. Cosmacini, V.A. Sironi, "Cenni di storia della farmacologia", in *Farmacologia generale e molecolare*, op. cit., pp. 9-23.

malato lo “spirito cattivo” ritenuto responsabile, secondo la concezione animistica, della malattia.

Molte piante medicinali, o i loro estratti, (olio di ricino, melograno, aloe, oppio, menta) erano parte rilevante del comune bagaglio farmacologico della medicina religiosa del mondo antico medio-orientale. Nella medicina razionale greca – dominata dalla “concezione umorale” di Ippocrate (460-377 a.C.), secondo la quale la malattia era causata da un difetto o da un eccesso di uno dei quattro umori presenti nel corpo umano (sangue, flegma, bile gialla e bile nera) – altre erbe medicamentose (veratro, elleboro nero, belladonna e ruta) rappresentavano le sostanze naturali più comunemente impiegate per preparare i medicinali adatti a curare i malati: purganti, narcotici, diaforetici, diuretici ed emetici.

Nei primi secoli dopo Cristo, la medicina classica greca e romana, come elencavano in modo preciso e analitico nelle loro opere mediche Dioscoride Pedanio (attivo in Asia Minore tra il 40 e il 60 d.C.) e Galeno (129-212 d.C.), aveva a disposizione un gran numero di sostanze medicamentose: 650 di origine vegetale, 85 di origine animale e 50 di origine minerale.

La cultura araba, che col disgregarsi dell’impero romano si sovrappose e si sostituì gradualmente in larga parte d’Europa a quella greco-romana, in ambito medico valorizzava ulteriormente l’uso delle erbe medicinali. Accanto a questo sapere d’importazione orientale, una preziosa opera di approfondimento delle proprietà curative delle piante medicinali si svolse prima nel silenzio dei monasteri e dei conventi, poi nelle chiassose aule delle nascenti “officine del sapere”, le università.

La medicina monastica conservava e tramandava le conoscenze dell’antica farmacologia vegetale, arricchendola con la scoperta di sempre nuove capacità terapeutiche delle erbe coltivate nel “giardino dei semplici”. La medicina medioevale e rinascimentale raccoglieva, catalogava e descriveva in eleganti erbari le piante medicinali coltivate negli “orti botanici”.

Il Rinascimento, rinnovando la cultura europea, contribuì anche al cambiamento scientifico. In campo farmacologico la “rivoluzione terapeutica” compiuta da Paracelso (1493-1541), che contrappose alla concezione terapeutica ippocratico-galenica *contraria contrariis curantur* (i mali si curano con i loro contrari) la nuova modalità di cura *similia similibus curantur* (i simili curano i simili), s’affiancava alla “rivoluzione anatomica” operata da Andrea Vesalio (1514-1564), che, proponendo una visione completamente nuova del corpo umano, iniziava il cammino che avrebbe portato alla moderna medicina. Paracelso proponeva una terapia protochimica basata sulla trasformazione alchemica dei metalli tendente a superare la semplice cura centrata sui rimedi vegetali: una farmacologia di “rottura” e di “contestazione” nei confronti del passato, attraverso la quale giustificava l’uso del mercurio per la sifilide o dei medicinali ottenuti dall’alchemica trasformazione dei “metalli” estratti dalle viscere della terra.

Una contestazione analoga caratterizzò, nei due secoli successivi, la concezione puramente “meccanica” degli eventi morbosi, aprendo le porte a una visione più “chimica” dei fenomeni patologici, premessa fondamentale per la nascita di una farmacologia razionale (chimica e non più solo alchemica) e sperimentale (verificata e non più solo empirica) dei rimedi curativi. Una farmacologia che – come la medicina – fu profondamente rinnovata nell’Ottocento grazie soprattutto alle originali concezioni di tre geniali scienziati: la “medicina sperimentale” di Claude Bernard (1813-1878), la “teoria dei germi” di Louis Pasteur (1822-1895) e la “patologia cellulare” di Rudolf Virchow (1821-1902).

La prima poneva l’accento sull’importanza di correlare correttamente e sperimentalmente cause ed effetti sia in campo patologico che terapeutico; la seconda dimostrava l’esistenza di organismi viventi invisibili a occhio nudo (microbi) all’origine di eventi fisiologici e patologici; la terza poneva l’accento sull’importanza delle modificazioni cellulari nei processi patologici, indicando la cellula (il mattone costitutivo di ogni organismo biologico) quale bersaglio principale sul quale dovevano agire i farmaci.

La chimica farmaceutica riuscì nei primi decenni dell’Ottocento a isolare dalle piante medicinali (soprattutto china, oppio, tabacco e caffè) il “principio attivo” responsabile dell’effetto curativo (chinina, morfina, nicotina, caffeina), purificandolo e iniziandone la produzione in grande quantità, in modo da renderlo disponibile per le indagini sperimentali degli scienziati e per l’uso terapeutico da parte di medici e farmacisti.

In ambito farmacologico, oltre a questa importante conquista, la vera novità dell’Ottocento fu la nascita dei *farmaci sintetici*: non più estratti di sostanze vegetali, animali o minerali presenti in natura, ma composti “costruiti” artificialmente in laboratorio mediante “sintesi chimica”, in grado di svolgere un’azione farmacologica selettiva ed efficace sull’organismo malato (come aveva teorizzato Rudolf Virchow), verificabile sperimentalmente (come aveva suggerito Claude Bernard).

Questa “rivoluzione farmacologica” avviò il processo di industrializzazione della produzione farmaceutica, facendo del farmaco un rimedio innovativo per le sue enormi capacità curative e per la sua ampia e facile disponibilità, ma anche un prodotto in grado di determinare un rilevante profitto economico e come tale sottoposto alle rigide regole del mercato commerciale<sup>3</sup>.

Le nuove modalità di produzione farmaceutica rispondevano anche ai bisogni emergenti dalla rapida trasformazione che la società stava subendo in seguito al fenomeno dell’industrializzazione: inurbamento, aumento delle malattie infettive, peggioramento della qualità della vita, necessità di mantenere al massimo integra la forza-lavoro.

I paesi di cultura e lingua tedesca furono quelli dove per il concorrere di molteplici fattori (presenza di un’importante tradizione chimica, disponibilità

3. V.A. Sironi, *Le officine della salute. Storia del farmaco e della sua industria in Italia*, Laterza, Roma-Bari, 1992 (seconda edizione).

economica di grandi capitali, forte capacità imprenditoriale) l'industria farmaceutica si sviluppò soprattutto come continuazione o filiazione di quella chimica dei coloranti: Bayer e Hoechst (1863), Basf (1865) e Schering (1871) in Germania, Ciba e Geigy (1884), Sandoz (1886) e Hoffman-La Roche (1894) in Svizzera furono le prime e principali industrie di farmaci a nascere verso la fine dell'Ottocento.

La ricerca di sostanze capaci di alleviare il dolore o esplicare un'efficace azione antifebbrile rappresentava a quel tempo il principale obiettivo da raggiungere. Il *Piramidone*, messo in commercio nel 1883 dalla Hoechst, e la *Fenacetina*, introdotta sul mercato nel 1888 dalla Bayer, furono i primi veri farmaci sintetici clinicamente utilizzabili prodotti dalla nascente industria farmaceutica. Nel 1899, sempre la Bayer, commercializzava un altro composto destinato a diventare famoso, l'*Aspirina* (acido salicilsalicylico), valido rimedio e più tollerato del semplice acido salicylico (questo noto e usato da tempo) contro dolori, febbri e reumatismi.

Nei paesi di lingua e cultura latina (Italia e Francia in particolare), invece, l'industria farmaceutica prese l'avvio dalla trasformazione dei numerosi laboratori che affiancavano le botteghe degli speziali, i più intraprendenti dei quali (come a Torino Giovan Battista Schiapparelli nel 1823, a Milano Carlo Erba nel 1853, Ludovico Zambelletti nel 1864 e Roberto Giorgio Lepetit nel 1868) diedero vita a importanti stabilimenti farmaceutici destinati a segnare la storia farmacologica europea.

Se agli inizi del Novecento i nuovi farmaci sintetici erano in grado di dominare efficacemente sintomi come il dolore e la febbre, non erano però ancora riusciti a incidere su quell'autentico flagello dell'umanità rappresentato dalle infezioni. L'impiego di sieri e vaccini (soprattutto per la difterite) e il ricorso al chinino (per la malaria) avevano certamente fornito un contributo importante, ma non sufficiente.

Nel 1910 un nuovo farmaco messo in commercio dalla Hoechst, il *Salvarsan*, per combattere la sifilide (una malattia infettiva a elevata diffusibilità), sembrò suscitare migliori speranze e dischiudere nuovi orizzonti. Era il frutto delle ricerche di un geniale scienziato, Paul Ehrlich (1854-1915), convinto assertore dell'importanza della "chemioterapia" nella lotta contro le malattie: la possibilità cioè che una sostanza sintetica - il farmaco - introdotta dall'esterno nell'organismo malato potesse agire, per affinità chimica, come una "pallottola magica" in grado di colpire selettivamente la causa del morbo e debellare il male. Il *Salvarsan* non si dimostrò purtroppo all'altezza delle aspettative nella cura della sifilide, ma la sua idea era sostanzialmente corretta. Alcuni anni dopo, nel 1932, la scoperta della prima vera classe di farmaci efficaci contro le infezioni, i sulfamidici, nasceva proprio grazie all'intuizione di Ehrlich.

La lotta contro le malattie infettive ottenne la sua vittoria definitiva durante gli anni della Seconda Guerra Mondiale, allorché nel 1942 s'iniziò la produ-

zione e l'impiego medico della penicillina, una sostanza prodotta da una muffa, le cui proprietà antimicrobiche erano stata casualmente scoperte nel 1929 da Alexander Fleming (1881-1955). Da allora l'impiego degli antibiotici (di cui la penicillina fu il capostipite) ha salvato milioni di vite e cambiato il destino dell'umanità.

Grazie alla "chimica biologica" - che nel Novecento ha integrato le conoscenze della chimica inorganica e organica del secolo precedente permettendo di scoprire ormoni (1905) e vitamine (1911) - anche gravi malattie provocate da carenza (come lo scorbuto o la pellagra) o patologie endocrine (come il diabete mellito e i disturbi tiroidei) hanno potuto essere sempre meglio curate.

La scoperta nel 1942 da parte di Daniel Bovet (1907-1992) dell'istamina e del suo ruolo nelle reazioni biologiche dell'organismo ha permesso, nel secondo dopoguerra, di utilizzare farmaci con azione antistaminica, come la fenotiazina, come sedativi centrali.

L'impiego in alcune forme di psicosi della clorpromazina (*Largactil*) nel 1952 segnò l'inizio ufficiale della "psicofarmacologia", destinata a continuare con antidepressivi e antipsicotici. L'introduzione del cortisone (1949) per la cura dell'artrite, la scoperta e l'impiego di nuovi antibiotici (1950-1957), l'uso in alternativa all'insulina di antidiabetici orali (1955), la nascita della "pillola contraccettiva" (1956) diedero inizio a un'"esplosione farmacoterapica" destinata a proseguire con l'impiego crescente di farmaci cardiovascolari e di diuretici, con l'uso, a partire dal 1960, di farmaci attivi contro il morbo di Parkinson e di tranquillanti minori come le benzodiazepine (*Librium* e *Valium*).

La tragedia del talidomide (un farmaco per vincere l'insonnia, apparentemente sicuro, ma che, se assunto da donne in gravidanza, provocava gravissime malformazioni al feto nascituro) impose agli inizi degli anni Sessanta una pausa di riflessione sul potere dell'industria farmaceutica e sulla sicurezza dei farmaci: utili ma allo stesso tempo potenzialmente pericolosi.

Una condizione, quest'ultima, che vale anche per i prodotti messi in commercio in questi ultimi decenni: nuovi potenti cardioprotettori e antipertensivi, antiulcera e gastroprotettori, antivirali, farmaci contro il colesterolo, molecole attive nel ridurre l'ipertrofia prostatica o nel curare le affezioni asmatiche, medicinali efficaci contro molte patologie cutanee e verso le malattie degli occhi o le affezioni artrosiche e osteoarticolari. Una situazione destinata a persistere, seppure mitigata, anche adesso che ai *farmaci sintetici* si stanno iniziando a sostituire i *farmaci biologici*, legati alle conoscenze del genoma umano e prodotti dalle moderne biotecnologie.

## **Una relazione triangolare**

L'evoluzione storica del farmaco aiuta a comprendere i cambiamenti avvenuti nel tempo dell'intrinseco potenziale terapeutico dei medicinali, ma non

esaurisce l'analisi delle potenziali interazioni di questo prodotto con i suoi utilizzatori (medici e farmacisti) e i suoi fruitori (malati). Il rapporto tra malato e farmaco, quando non è diretto – come nel caso dell'automedicazione –, è mediato dalla prescrizione effettuata dal medico e utilizzata dal farmacista per la consegna materiale del medicinale al paziente. Da un lato malato, medico e ricetta; dall'altro malato, farmacista e farmaco: una relazione triangolare che si attua tra attori differenti, tutti però che ruotano attorno a quel perno centrale del “rapporto di cura” che è il farmaco, la cui efficacia terapeutica dipende dall'efficienza relazionale.

Il posto della ricetta medica e dei farmaci riveste una grande importanza nella vita degli individui e occupa un ruolo rilevante non solo nel processo di guarigione, ma anche nel mondo del quotidiano e all'interno della famiglia. I differenti atteggiamenti che il malato assume di fronte ai farmaci – soprattutto quelli che agiscono sulla psiche – sono sovente coerenti (ma non di rado anche incoerenti) rispetto ai diversi comportamenti (sottomissione, resistenza o negoziato) del paziente di fronte al medico. Anche nel contesto familiare la relazione tra malato, ricetta medica e farmaco può variare in funzione dei legami e delle abitudini che esistono al suo interno: certi pazienti sono portati a condividere la loro terapia con i propri congiunti, qualcuno conserva gelosamente le proprie ricette mediche quasi avessero un potere taumaturgico, mentre altri le ricopiano prima di distruggerle o altri ancora, grazie ad esse, acquistano farmaci che poi però non assumono affatto.

L'influenza dell'ambiente sociale sui comportamenti che riguardano la salute è nota da tempo<sup>4</sup>, ma esplorando le differenze che esistono all'interno di una stessa categoria sociale, come fa l'autrice di questo libro, è possibile evidenziare il diverso modo in cui pazienti di diversa estrazione culturale e religiosa (cattolici, protestanti, ebrei e musulmani) instaurano il rapporto col medico, accolgono la prescrizione medica, percepiscono i farmaci e assumono la terapia proposta.

Specularmente anche il rapporto, mediato dal farmaco, del medico col paziente è influenzato dal retaggio storico e culturale della sua professione<sup>5</sup>.

Nell'ambito della concezione medica razionale umoralistica ippocratico-galenica l'applicazione all'uomo malato dei rimedi deve favorire la “grande forza guaritrice della natura” e l'impiego dei farmaci vegetali da parte del *medico ippocratico* rappresenta la principale modalità terapeutica per ricomporre il perduto equilibrio umorale, unica condizione in grado di restituire la salute.

Per il *medico galenico* curare i malati significa applicare, nelle varie fasi evolutive delle malattie, medicinali da lui stesso preparati (farmaci galenici) con azione ed effetti opposti a quelli del male: farmaci “riscaldanti” nelle ma-

4. G. Freyre, *Sociologia della medicina*, Rizzoli, Milano, 1975; G. Sigerist, *Sociologia medica*, Cedam, Padova, 1979; C. Cipolla, *Manuale di sociologia della salute*, 3 volumi, FrancoAngeli, Milano 2004-2005.

5. G. Cosmacini, *Il mestiere di medico. Storia di una professione*, Cortina, Milano 2000.