

*Salvatore Pisani**

La via transculturale per la salute di tutti

Queste due parole, *patria e cittadino*,
devono essere cancellate dalle lingue moderne.

J. Rousseau

Abstract

The transcultural way for the health of all

Transcultural approach, already known in medicine as a branch of psychiatry, is also used in epidemiology. Some examples, such as recent pandemic, cancer geography, health inequalities in migrants, chronic eating diseases, share contexts belonging both to transculturalism and epidemiology. The idea of illness required by transculturalism is different from a random event, and looks at common elements in the population. A further basic element is that the diseases cross national as well as ethnic and cultural boundaries. A third consideration involves ecological studies, based on the recognition of otherness for scientific progress. Finally, epidemiology deals with frail and migrant populations, detecting health inequalities and suggesting measures to fight them. These measures are prevention, regarding what comes before the disease, with involvement of doctors, educators, psychologists, sociologists.

Parole chiave

Epidemiologia; geografia; alterità; disuguaglianze; prevenzione.

* Nato a Grosseto nel 1958, laureato in medicina e chirurgia nel 1983 presso l'Università degli Studi di Catania si è specializzato in igiene e medicina preventiva presso lo stesso ateneo nel 1989. Dal 1987 al 2021 ha lavorato presso l'ASL di Varese, dirigendo dal 1998 una unità operativa di epidemiologia; dal 2005 al 2012 ha insegnato epidemiologia presso l'Università dell'Insubria, come professore a contratto. Dal 2021 è componente del Centro Studi Giulio Alfredo Maccacaro del sindacato FISMU.

Medicina ed epidemiologia

Ho cominciato ad appassionarmi di epidemiologia col professor Massimo Gaglio che, per patologia medica, consigliava agli studenti un testo in cui la descrizione delle malattie era preceduta da cenni su diffusione e fattori di rischio. D'altronde, il suo modo di vedere era ben chiaro, quando (Gaglio 1982, pp. 123-124) scriveva:

Non ho mai capito perché la medicina, a livello ufficiale, si deve occupare quasi esclusivamente di malattie rare, trascurando invece le malattie più diffuse. Anzi, no, l'ho capito da tempo: i professori fanno sfoggio di "cultura" (facile) e trascurano la vera preparazione degli studenti. Con le "raropatie" chi ne sa di più è sempre in vantaggio in confronto dei giovani, che ricevono un insegnamento già deformato.

Il concetto di malattia come evento sociale diffuso nella popolazione è un elemento fondante dell'epidemiologia, che affronta la medicina con un taglio complementare alla clinica, rivolta soprattutto al singolo paziente. Lo stesso sapere medico e la scienza derivano in modo dinamico dalla raccolta di dati sottoposti a controlli metodologici e statistici, e le conoscenze del singolo esperto richiedono il confronto democratico con la comunità scientifica, basato sulla revisione tra pari (*peer review*). Addirittura, il giudizio clinico di un esperto, che si basa sull'osservazione di singoli pazienti, sta al gradino più basso della scala gerarchica delle ricerche scientifiche, che ha all'apice gli studi randomizzati controllati, i più affidabili per valutare l'efficacia degli interventi terapeutici intrapresi (Cochrane 1972; trad. it. 1999, pp. 49-54). L'epidemiologia indaga cause e fattori di rischio associati alla malattia, escludendo con metodi statistici l'errore derivante dal caso. Osteggia, viceversa, un concetto di malattia legato al caso: "La malattia diventa quindi accidente, accidente personale, mala sorte; diventa sfortuna, disgrazia, cioè qualche cosa che in qualche modo esonera, assolve, il sistema: è una sfortuna e a tutti capitano delle sfortune." (Maccacaro 1979, pp. 413-414).

Il termine epidemiologia significa studio sulla popolazione o comunità, da un punto di vista sanitario (Figà-Talamanca 1981, p. 1). Con una definizione tautologica, si potrebbe dire che l'epidemiologia è lo studio delle epidemie. Attenzione, però: il concetto classico di epidemia induce a pensare solo alle malattie infettive e contagiose, mentre oggi riguarda anche le malattie cronico-degenerative quando si manifestano con una di frequenza superiore a quanto *normalmente atteso*. Per misurare le epidemie, servono sistemi di sorveglianza in grado di identificare tempestivamente *eccessi* di casi di una data malattia. La sor-

veglia epidemiologica si occupa di studiare sul campo le epidemie anche sospette, secondo tre criteri: tempo, spazio e caratteristiche principali dei malati come sesso, età e occupazione (Declich *et al.* 1994). È la forma pratica in cui viene declinata l'epidemiologia, che affronta le diversità della malattia nelle diverse popolazioni, con uno spirito di utilità pubblica che la solleva da quel disperato senso di evento casuale e sfortunato.

Salute e transculturalità

Proprio per questo, la sorveglianza epidemiologica si candida a essere uno studio sulla salute e sulla malattia aperto alla transculturalità. La sua funzione pubblica è il primo assunto che assicura che la salute diventi un bene transculturale, che vada oltre le culture. Segue la stessa esperienza fatta dalla psichiatria transculturale, che, per esempio, rileva come la depressione post-partum, comune nella cultura occidentale, non esista in alcune società africane (Harkness 1987). Si vuole così andare oltre le culture, non semplicemente tessere relazioni tra di esse: “la transculturalità va oltre i confini stabiliti dalle culture nazionali, razziali, professionali e di ‘genere’” (Tumino 2018). Si vuole che le culture, incontrandosi tra di loro, esprimano qualcosa che vada oltre la propria appartenenza e relazione, e che superino i propri limiti, trasformandosi in una nuova creatura, in una nuova utopia e in un nuovo confine della conoscenza e della tolleranza reciproca.

Il rapporto tra due diverse culture può convivere o, seguendo la dialettica hegeliana, può generare una nuova entità, il transculturale, che va oltre gli elementi di partenza. Questa relazione passa dalla considerazione che l'altro non è un estraneo, ma uno diverso da noi che può contribuire al nostro miglioramento. Verso gli estranei erigiamo muri, tracciamo frontiere, definiamo patrie, senza il vantaggio di superarli e di conoscere la diversità, in caso contrario c'è l'incontro culturale, la salute, la scienza, il mondo che verrà: “La frontiera corre sempre nel mezzo. Di qua c'è il mondo di prima. Di là c'è quello che deve ancora venire, e che forse non arriverà mai” (Leogrande 2017, p. 314).

La salute è un punto d'incontro tra cultura e scienza. C'è un dibattito mai sopito sul fatto che la medicina sia un'arte o una scienza. Questa divisione tra pensiero umanistico e pensiero scientifico, presente purtroppo nel modo con cui oggi si gestisce l'istruzione, non apparteneva alla filosofia greca antica. Si tratta di visioni non antitetiche, che tracciano un passaggio trasversale tra diversi saperi. In un'intervista rilasciata a Claudio Magris, l'oncologo Lorenzo Tomatis spiega come le due visioni si integrino (Tomatis 2008, pp. 6-10):

Da un certo verso potrei usare la definizione che Charles Percy Snow dava di sé, e cioè di professione scienziato e di vocazione scrittore. Credo di aver amato appassionatamente sia la letteratura sia la ricerca scientifica e mi sono servito, se così si può dire, della letteratura per esprimere quanto non si riesce a dire nel linguaggio scientifico e per trasmettere una convinzione con la forza del racconto.

Secondo la World Health Organization “la salute è uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale”. Non, dunque, un’assenza di malattia o infermità (WHO 1946). Nella pratica siamo nella seconda delle due situazioni, ma da anni lavoriamo per la prima, difficile da raggiungere soprattutto nei suoi aspetti mentale e sociale. La salute come assenza di malattia rischia di diventare la condizione in cui si pensa troppo alla malattia, fino a cercarla (Cavalli 2013, p. 101): “Rivoglio il tetano / in tarda mattinata / e il morso della vipera / il pomeriggio in piazza, / la meningite verso mezzanotte / e la poliomielite / subito al risveglio. / Rivoglio la mia salute, / fantasiosa salute / così potente e certa / che si eccitava a riempire / il suo ineffabile silenzio di terrori.”

La globalizzazione introdotta alla fine del millennio scorso, sotto la spinta economica e tecnologica, tende ad appiattire anche la salute al consumo di certi prodotti uniformando le varie culture dei popoli, ma lasciandoli in balia dei loro confini nazionali e patriottici. Negli esempi seguenti, invece, la salute si persegue grazie al confronto tra le condizioni sanitarie delle popolazioni locali e alla capacità di scambio continuo tra diverse culture che non siano quella unica del consumismo sanitario, in base al quale più consumi e più stai bene, almeno in apparenza.

Il caso ancora attuale della pandemia

Quello che per l’economia è la globalizzazione, per la medicina è la pandemia. Una forma di “epidemia che si sviluppa in tutto il mondo, o in un’area molto vasta, attraversando i confini internazionali e colpendo di solito un gran numero di persone” (Last 2001); generalmente richiede il coinvolgimento di almeno due continenti, con una sostenuta trasmissione da uomo a uomo. L’attuale pandemia di COVID-19 è dovuta a un nuovo coronavirus, e i virus non conoscono confini, parassitano esseri umani indipendentemente dal colore della pelle e dalla cultura. Nella gestione dell’emergenza sanitaria si è fatto l’errore di affrontarla come un’epidemia, come se fosse il problema di un singolo stato. All’interno dei vari stati, poi, si è oscillato da una visione individuale (ossia la ricerca dei singoli casi, fino alla caccia agli untori) a una visione comunitaria, intesa a fronteggiare la diffusione del virus nel territorio. Paradigmatica è stata

la visione di alcuni Paesi orientali come la Cina, dove l'approccio comunitario ha posto in quarantena intere metropoli, con forti limitazioni dei diritti democratici difficilmente sostenibili in occidente: qui l'economia è entrata in crisi, accentuando il suo conflitto di priorità con la salute.

Si possono individuare due aspetti tipici della transculturalità in una pandemia: il superamento dei confini e la scelta dell'alterità invece dell'estraneità al virus. Il superamento dei confini e l'atteggiamento di solidarietà tra Paesi, la messa in comune dei risultati della ricerca, in grado di diffondere dispositivi di protezione individuale (mascherine), mezzi diagnostici (tamponi), farmaci e vaccini, ha permesso di contrastare la pandemia in tempi brevi. L'acquisto centralizzato dei vaccini da parte dell'Unione Europea ha favorito un approvvigionamento più costante e risultati vaccinali migliori. Non così, invece, per il continente africano, dove alla fine del 2021 solo l'1% della popolazione è vaccinata (Colombo *et al.* 2021), senza grossi cambiamenti nei mesi successivi.

Quanto all'atteggiamento di estraneità verso il virus, con la paura d'infettarsi e la speranza di tornare al punto di partenza, ossia come se il virus SARS-CoV-2 non fosse mai esistito, non è stato quello vincente: la caccia all'untore (all'inizio i cinesi per gli italiani, poi gli italiani per svizzeri, austriaci etc.) è stata perseguita in molti stati, indotta indirettamente nelle popolazioni dalle campagne di screening indiscriminate invece dell'uso mirato dei tamponi per la ricostruzione delle catene di contagio. Il cosiddetto *tracciamento* è diventato impossibile durante i picchi epidemici, quando l'intensità della diffusione era tale da rendere insostenibile l'identificazione tempestiva di tutti i casi. A marzo del 2022 c'è un gran numero di immunizzati, convalescenti o vaccinati con ciclo di base, che in Italia sono rispettivamente circa il 23% (contando anche chi ha avuto una reinfezione) e l'84% (ISS 2022): dunque, la prospettiva più verosimile è non che il virus scompaia (come desidererebbero i sostenitori dell'estraneità del virus alla comunità), ma che diventi endemico, cioè che si instauri una sorta di convivenza, come succede con la maggior parte dei microbi.

Ecco, la convivenza col virus è una sorta di metafora della transculturalità del mondo microbiologico, da cui gli umani, filogeneticamente più recenti, essendo comparsi da solo qualche milione di anni, hanno tanto da imparare. D'altronde, i virus sono presenti sulla terra da almeno tre miliardi di anni, e con essi conviene fare la pace (Greco *et al.* 2021, pp. 11-15).

La geografia del cancro e della mortalità

Parlare di epidemia di cancro, anche se non si tratta di una malattia infettiva, sottolinea come questa sia stata dal secolo scorso una delle malattie più importanti. In Italia, ad esempio, nel 2020 si stimano circa

3,6 milioni di malati di cancro (AIRTUM 2020, p. 28), che causa circa il 28% dei decessi (ISTAT 2022). Il differente grado di diffusione di questa patologia è una chiave di lettura transculturale: le differenze o alterità di frequenza sono presenti e vanno studiate in funzione dei diversi fattori di rischio. È una delle tesi sviluppate per conoscere le cause del cancro, secondo cui la sua geografia è anche una mappatura della diversa distribuzione dei suoi fattori di rischio. Ad esempio, già nei primi anni Ottanta si era osservato che il cancro polmonare è più frequente negli inglesi (35 volte in più rispetto ai nigeriani), il tumore dello stomaco tra i giapponesi (25 volte in più rispetto agli ugandesi), il cancro alla pelle tra gli australiani (200 volte in più rispetto agli indiani di Bombay) (Doll *et al.* 1981; trad. it. 1983, pp. 5-9). Le cause principali di questi tumori si chiamano rispettivamente fumo di tabacco, cibi salati e affumicati, esposizione eccessiva ai raggi solari.

L'idea di legare la medicina alla geografia è un esempio, proprio della transculturalità, di mettere in relazione due discipline diverse, e questo passaggio di scienze avviene metodicamente nel campo dell'epidemiologia. La geografia del cancro fa rilevare le differenze, le *alterità* di vari Paesi: nel confronto tra quelli con alta e quelli con bassa incidenza, emergono i fattori di rischio principali, spesso più diffusi nei Paesi con un alto indice di sviluppo umano (Jemal *et al.* 2019, p. 45).

Nel 1986 compare il primo atlante italiano sulla mortalità per cancro, da cui si evince un gradiente decrescente da nord a sud sia negli uomini sia nelle donne (Cislaghi *et al.* 1986). Nel 2019, analizzando la mortalità in Italia in base al livello di scolarizzazione, viene prodotto il primo atlante sulle disuguaglianze di mortalità in Italia: nel triennio 2012-14 la mortalità complessiva attribuibile al basso livello d'istruzione è circa il 13% nelle donne e il 18% negli uomini (Petrelli *et al.* 2019, p. 12).

Le disuguaglianze di salute: l'esempio dei migranti

Le disuguaglianze in campo sanitario dipendono da fattori economici, ambientali e culturali. La medicina per secoli ha curato le malattie, da pochi decenni ha disegnato piani di prevenzione, oggi si integra in piani di sostenibilità, che legano il benessere fisico a quello sociale, e quest'ultimo a quello economico e ambientale. I percorsi per ostacolare le disuguaglianze di salute passano attraverso le azioni sulla stratificazione sociale, la diminuzione dell'esposizione differenziale ai fattori di rischio per la salute e la diminuzione della vulnerabilità differenziale (Costa 2020).

Alcune disuguaglianze si rilevano tra le popolazioni migranti, in cui la distribuzione delle patologie è diversa rispetto alla popolazione autoctona. La salute dei migranti passa attraverso l'inclusione e la contaminazio-

ne delle culture, superando il senso di emarginazione o frustrazione per avere strappato le proprie radici di origine. “Le radici le metti dove vivi. Nella terra che hai sotto i piedi” (Guenassia 2009; tr. it. 2010, p. 454). Il pensiero stesso, nella filosofia di Hegel, è il principio dell’inclusione (Fleischmann 1968; tr. it. 1975, p. 20). L’inclusione implica non solo il superamento del senso di estraneità proveniente dalla presenza di persone di un’altra nazione, ma anche la consapevolezza di un arricchimento derivante proprio da chi pensavamo fosse estraneo. Come suggeriscono alcuni versi di *Aspettando i barbari* (Kavafis 1904; tr. it. 2004, p. 23): “S’è fatta notte, e i barbari non sono più venuti. / Taluni sono giunti dai confini, / han detto che di barbari non ce ne sono più. / E adesso, senza barbari, cosa sarà di noi? / Era una soluzione, quella gente.”

Di fatto, diverse popolazioni soffrono delle stesse patologie in maniera disuguale. Per la COVID-19, ad esempio, nelle contee più povere degli USA, con popolazione prevalentemente non bianca, i tassi d’infezione erano 8 volte superiori rispetto a quelli registrati nelle contee abitate soprattutto da bianchi (Adhikari *et al.* 2020).

Il tasso di ospedalizzazione, rispetto a quella italiana, nella popolazione immigrata sotto i 65 anni è in genere minore, soprattutto nei maschi: nelle donne però risulta più alto per gravidanza e parto, mentre nei maschi è maggiore per avvelenamenti e traumatismi e per malattie infettive (Cacciani *et al.* 2019). Tra i migranti in Italia si è notata una peggiore salute materno-infantile (con una mortalità perinatale più alta del 50%) e una ospedalizzazione evitabile maggiore di un terzo, ossia un numero eccessivo di ricoveri per malattie che si potrebbero trattare in ambulatorio, come asma, gastroenterite pediatrica, diabete e ipertensione; gli accessi al pronto soccorso, infine, sono più numerosi negli stranieri che negli italiani (365 *vs* 299 per 1.000), con una maggiore frequenza di codici bianchi e verdi, che in teoria potrebbero essere trattati dalla medicina territoriale (Di Napoli *et al.* 2020).

Due diffuse patologie: malnutrizione e sovrappeso

Nel 2015, dei sette miliardi di persone del nostro pianeta, circa un miliardo soffre la fame e un altro miliardo mangia troppo. Sono due aspetti della stessa medaglia che costituiscono la più grande ingiustizia della terra, quella del disuguale accesso al cibo. E si traducono in due grandi patologie, la malnutrizione e le malattie da eccesso calorico, queste ultime chiamate *diabesità* (Berrino 2015, pp. 179-191). Questo problema sarebbe molto più ridotto se fosse concesso ai Paesi di coltivare la propria terra, senza l’espropriazione estesa dovuta all’agricoltura industriale, e se nei Paesi ricchi fosse permesso alla gente di scegliere il cibo, e non il contrario.

Secondo un report della Food and Agriculture Organization (FAO), nel 2019 il tasso di denutrizione nel mondo è stato pari all'8,9%, con variazioni che vanno dal 19,1% nel continente africano all'8,3% dell'Asia e al 7,4% dell'America Latina e Caraibi. La pandemia di COVID-19, purtroppo, ha aggravato la situazione, rendendo più vulnerabile l'insieme di attività di produzione e distribuzione delle risorse alimentari. Ciò ha provocato una battuta d'arresto dell'obiettivo 2 di sviluppo sostenibile, che prevedeva l'azzeramento della fame nel mondo entro il 2030. Le più recenti stime riguardanti la malnutrizione, ossia la mancanza di una dieta sana, indicano che ne soffrono quasi 3 miliardi di persone. Per contrastare denutrizione e malnutrizione, una conversione globale a una dieta sana permetterebbe di risparmiare i costi sanitari legati alla cattiva alimentazione (FAO 2020).

Nel frattempo, l'obesità è diventata una vera e propria pandemia. Già nel 2016 l'American Heart Association, visto che lo zucchero aggiunto ai cibi contribuisce a ipertensione, dislipidemie, diabete e obesità, raccomanda che non si aggiungano zuccheri ai cibi e alle bevande dei bambini nei primi anni di vita. Si sa che in genere quello che il bambino ingerisce nel primo anno di vita sarà un cibo amato anche in seguito, e lo zucchero crea una sorta di potente dipendenza (Berrino *et al.* 2018, pp. 57-62). Secondo la World Health Organization dal 1975 l'obesità è triplicata. Nel 2016 1,9 miliardi di persone con più di 18 anni erano in sovrappeso e, di questi, circa un terzo era obeso, rispettivamente il 39% e il 13% della popolazione adulta mondiale. I bambini sotto i 5 anni in sovrappeso o obesi nel 2020 risultano circa 39 milioni (WHO, 2021). La distribuzione geografica dell'obesità è speculare a quella della denutrizione.

Il mondo è spaccato in due, in aree geografiche ben delimitate, tra gente che soffre la fame e gente che muore per eccessi di nutrizione. Questi sono i mali più frequenti del pianeta, e la medicina può poco senza un approccio transculturale che cambi le capacità di produrre e distribuire alimenti in modo sostenibile.

La via transculturale e la prevenzione

Esiste una via transculturale per la salute di tutti? La medicina di oggi è cambiata. Prima si basava sulle esperienze, ora sulle prove di efficacia. Prima sugli scambi culturali tra le popolazioni agiate, che intensificavano le loro conoscenze scientifiche. Ora anche sulle conoscenze delle diverse patologie presenti nelle popolazioni più povere, spesso costrette a flussi migratori. E sul divario culturale, economico e sanitario che c'è rispetto alle popolazioni occidentali. Ciò sembrerebbe scontare la supremazia della medicina occidentale dei consumi, se non fosse che il bisogno di salute è la vera molla che spinge il progresso della medicina. La medicina

occidentale soggiace alle scoperte tecnologiche che inducono nuovi bisogni e nuovi consumi sanitari, quando invece ci sono problemi concreti da risolvere in tutto il mondo “terzo”, quali la fame, la malnutrizione, le malattie infettive come tubercolosi e malaria, ma anche AIDS e in ultimo COVID-19. Quest’ultima ha superato i confini della Cina per diffondersi in tutto il mondo, tranne rare eccezioni geografiche non raggiunte dalla globalizzazione degli scambi umani, come Sant’Elena. L’epidemiologia è un buon metodo per studiare la diversa diffusione delle malattie nel mondo. Come la psichiatria transculturale ha sistematizzato la conoscenza dei disturbi psichici presenti in Paesi lontani dal mondo occidentale, così l’epidemiologia raccoglie sempre più dati sulle malattie di solito più frequenti che hanno una distribuzione differente nelle varie aree geografiche del pianeta. Due principi della transculturalità sono patrimonio fondante dell’epidemiologia: il superamento dei confini e la conoscenza approfondita dell’alterità. Il superamento dei confini vale in particolare per il processo di formazione delle conoscenze scientifiche, contrastando il filone di un suo pensiero elitario a favore di uno democratico, con scambi sempre più veloci tra i ricercatori di parti lontane del mondo, com’è successo di recente nell’allestimento del vaccino contro la COVID-19. La conoscenza dell’alterità, all’opposto del rifiuto dell’estraneità (che riduce il sapere), è la base per lo studio dei fattori di rischio che permette di mappare la geografia delle patologie (AIDS, cancro, denutrizione etc.) e cercare i rimedi per osteggiarli, ridurli e, ove possibile, azzerarli. L’applicazione estensiva di questi rimedi si chiama prevenzione, indissolubilmente legata all’epidemiologia, che senza di essa sarebbe incompleta. La prevenzione è la via transculturale per la salute di tutti. Interviene prima che la malattia insorga. Ad esempio, noi oggi sappiamo che in Italia il 25% dei decessi è dovuto al fumo di tabacco e che circa il 15% della mortalità sarebbe evitabile se si colmasse il *gap* culturale tra persone con la terza elementare e persone laureate. La vera prevenzione interviene sui fattori di rischio, e su quelli appena citati c’è ancora molto da fare, in Italia e nel mondo. Non va scambiata con la medicina predittiva, quella che cerca di anticipare le diagnosi per curare di più invece che prevenire di più. Viene chiamata anche prevenzione secondaria, e permette ai medici di restare solo nel campo della medicina, invece di affrontare altri campi come la sociologia, la psicologia, i fattori culturali e sociali, la geografia, gli stili di vita, gli inquinamenti ambientali, ciò che in poche parole *viene prima* della malattia. Naturalmente nessuno vuole proporre di trasformare i medici in sociologi, psicologi, educatori o epidemiologi, ma di aprirsi nella loro attività quotidiana, se già non lo fanno, a scambi con altri professionisti, che alla fine permettano di curare meglio la salute dei loro pazienti, intesa come consolidamento del loro benessere e non solo come esclusione della malattia o dell’infezione, con cui, quando presenti, dobbiamo imparare a convivere.

Bibliografia

Adhikari S., Pantaleo N. P., Feldman J. M., Ogedegbe O., Thorpe L., Troxel A. B.
2020 *Assessment of Community-Level Disparities in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Infections and Deaths in Large US Metropolitan Areas*, in “JAMA Network Open”, 28 luglio 2020. <https://www.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.16938>

Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM), in collaborazione con AIOM e SIAPEC-IAP.
2020 *I numeri del cancro in Italia 2020*, Intermedia, Brescia.

Berrino F.
2015 *Il cibo dell'uomo. La via della salute tra conoscenza scientifica e antiche saggezze*, Franco Angeli, Milano.

Berrino F., Fontana L.
2018 *La grande via*, Mondadori, Milano.

Cacciani L., Bargagli A. M., Marino C., Agabiti N., Canova C., Bardin A., Dalla Zuanna T., Pacelli B., Caranci N., Zengarini N., Ferracin E., Davoli M. per il gruppo di lavoro SLM.
2019 *Ospedalizzazione: confronto tra popolazione italiana e immigrata nelle coorti della rete italiana degli studi longitudinali metropolitani*, in “Epidemiologia & Prevenzione”, a. XLIII, n. 5-6, Suppl. 1, pp. 57-70.

Cavalli P.
2013 *Datura*, Einaudi, Torino.

Cislaghi C., Mezzanotte G., La Vecchia C., Decarli A., Vigotti M. A.
1986 *Geografia del cancro: analisi dei trend territoriali e individuazione delle zone anomale*, in “Epidemiologia e Prevenzione”, a. VIII, n. 29, pp. 15-49.

Cochrane A. L.
1972 *Effectiveness and efficiency: random reflections on health services*, Nuffield Provincial Hospitals Trust; trad. it. *Efficienza ed efficacia. Riflessioni sui servizi sanitari*, Il Pensiero Scientifico, Roma 1999.

Colombo S., Murru M., Beesley M.
2021 *COVID in Africa, one year later*, in “Epidemiologia & Prevenzione”, a. XLV, n. 6, pp. 602-605.

Costa G.
2020 *Vulnerabilità e fragilità in sanità pubblica, nelle politiche e nei metodi di studio*, in “Epidemiologia & Prevenzione”, a. XLIV, n. 4-5, Suppl. 1, pp. 14-17.

Declich S., Carter A. O.

1994 *Public health surveillance: historical origins, methods and evaluation*, in “Bulletin of World Health Organization”, vol. 72, n. 2, pp. 285-304.

Di Napoli A., Rossi A., Battisti L., Cacciani L., Caranci N., Cernigliaro A., De Giorgi M., Fanolla A., Fath-Moghadam P., Franchini D., Lazzeretti M., Melani C., Mininni M., Mondo L., Recine M., Rosaia E. M., Rusciani R., Scondotto S., Silvestri C., Trappolini E., Petrelli A.

2020 *Valutazione dell'assistenza sanitaria nella popolazione immigrata in Italia attraverso alcuni indicatori di un sistema nazionale di monitoraggio*, in “Epidemiologia & Prevenzione”, a. XLIV, n. 4-5, Suppl. 1, pp. 85-93.

Doll R., Peto R.

1981 *The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risk of cancer in the United States today*, in “Journal of the National Cancer Institute”, vol. 66, pp.1191-1138; trad. it. *Le cause del cancro. Prospettive di prevenzione*, Il Pensiero Scientifico, Roma 1983.

Figà-Talamanca I.

1981 *Elementi di epidemiologia*, Il Pensiero Scientifico, Roma.

Fleischmann E.

1968 *La science universelle ou La logique di Hegel*, Librairie Plon, Paris; trad. it. *La logica di Hegel*, Einaudi, Torino 1975.

Food and Agriculture Organization of the United Nations.

2020 *2020. The state of food security and nutrition in the world. Transforming food systems for affordable healthy diets*, Roma.

Gaglio M.

1982 *La buona medicina*, Feltrinelli, Milano.

Greco D., Benelli E.

2021 *Le mie epidemie. Dal colera a ebola al covid-19, mezzo secolo di emergenze sanitarie in Italia e nel mondo*, Scienza Express, Trieste.

Guenassia J.

2009 *Le club des incorregibles optimistes*, Albin Michel, Paris; trad. it. *Il club degli incorreggibili ottimisti*, Salani, Milano 2010.

Harkness S.

1987 *The Cultural Mediation of Postpartum Depression*, in “Medical Anthropology Quarterly”, n. s., vol. 1, n. 2, pp. 194-209.

Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT).

2022 *Mortalità per territorio di residenza. Anno 2019*, Roma. In: <http://dati.istat.it>

Istituto Superiore di Sanità (ISS).

2022 *Report esteso ISS. COVID-19: sorveglianza, impatto delle infezioni e efficacia vaccinale. Aggiornamento nazionale 23 marzo 2022*, Roma.

In: https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_23-marzo-2022.pdf

Jemal A., Torre L., Soerjomataram I., Bray F.

2019 *The Cancer Atlas*, American Cancer Society, Atlanta.

Kavafis C.

2004 *Poesie* (trad. it.) RCS Quotidiani S.p.A., Milano.

Last J. M.

2001 *A dictionary of epidemiology*, Oxford University Press, New York.

Leogrande A.

2017 *La frontiera*, Feltrinelli, Milano.

Maccacaro A. G.

1979 *L'uso di classe della medicina* (1972), in: *Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976*, Feltrinelli, Milano.

Petrelli A., Di Napoli A., Sebastiani G., Rossi A., Rossi P.G., Demuru E., Costa G., Zengarini N., Alicandro G., Marchetti S., Marmot M., Frova L.

2019 *Atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione*, in "Epidemiologia & Prevenzione", a. XLIII, n. 1, Suppl. 1, pp. 1-120.

Rousseau J.

1762 *Émile ou de l'Éducation*, Néaulme, La Haye; trad. it. *Emilio. Pagine scelte*, Armando, Roma 2007.

Tomatis R.

2008 *L'ombra del dubbio*, Sironi, Milano.

Tumino R.

2018 *Trasformazione dell'universo in multiverso. La transculturalità come pratica d'inclusione*, in "Educazione Interculturale. Teorie, Ricerche, Pratiche", vol. 16, n. 2, pp. 18-36.

World Health Organization.

1946 *Constitution*, Geneva, in: <https://www.who.int/about/governance/constitution>

2021 *The Global Health Observatory*, Geneva, in: <https://www.who.int/gho/en/>.