

# **Intervista al Professor Gioacchino Pagliaro**

**a cura di Lucio Sotte\***

**D: Lei è riconosciuto in Italia come il primo che ha introdotto la meditazione nel Servizio Sanitario Nazionale, vuole raccontarci la sua esperienza?**

**R:** Nel 1990 ho iniziato a utilizzare la meditazione presso il Centro di Psicologia Clinica di Chiavenna dell'ASL di Sondrio di cui ero Responsabile, utilizzandola prevalentemente nel trattamento dei disturbi psicopatologici e successivamente con i pazienti oncologici. Quell'esperienza accolta con grande interesse dei pazienti, mi ha permesso di consolidare una visione olistica dell'uomo, della cura e della salute.

Da allora, sulla scorta di una letteratura scientifica che ne consolidava le prove di efficacia, è venuta a delinearsi la richiesta anche da altre tipologie di utenza.

Nel 2002, arrivato a Bologna, con l'attivazione della UOC di Psicologia Ospedaliera nel Dipartimento Oncologico dell'AUSL di Bologna, ho diffuso l'applicazione della meditazione non solo nell'ambito oncologico ma anche in quello cardiologico e neurologico.

L'interesse per questa pratica si è consolidato nel tempo anche tra i professionisti sanitari (infermieri, medici, fisioterapisti, ecc.), che hanno iniziato a richiederla per la gestione dello stress e per la promozione del benessere organizzativo.

**D: L'AIREMP, di cui è Vicepresidente, si occupa di introdurre il nuovo paradigma della Fisica Quantistica e**

**dell'Entanglement in Medicina e in Psicologia, per questo motivo voi vi occupate di un nuovo orientamento della PNEI, ce ne vuole parlare?**

R.: la PNEI di cui si occupa l'AIREMP fa riferimento a un nuovo ambito di ricerca e di applicazione clinica che evidenzia il profondo collegamento tra i processi fisiologici e bio-chimici del nostro organismo e i processi quantistici, abbiamo denominato questo ambito PNEI Quantistica.

Questo nuovo modello modifica la precedente convinzione che i geni condizionino il nostro funzionamento e il nostro comportamento e privilegia l'idea che i sistemi di credenze, le emozioni, le pratiche meditative e le pratiche bio-naturali svolgano un ruolo determinante sulla nostra dimensione biologica.

La PNEI Quantistica sostiene che la mente non sia un epifenomeno del cervello (come dimostrano le teorie di molti scienziati di fama mondiale Penrose, Libet, Hamerof, Davidson, Pribram e Shaldrake) e concepisce la Mente come eterna ed infinita, in grado di manifestarsi con specifiche proprietà e limiti in termini di mente individuale nel corpo umano.

L'Entanglement è la struttura teorico scientifica introdotta dalla Fisica Quantistica che supera le teorie deterministiche riduzionistiche e considera l'uomo come un'entità processuale, dove la mente individuale e il corpo sono tutt'uno. L'unità mente-corpo sarebbe pervasa dall'energia/informazione della Mente, intendendo con tale termine quella forma di intelligenza atemporale che sottende ogni forma e ogni entità che percepiamo intorno a noi, e che è caratterizzata dalla interconnessione e dall'interdipendenza con la realtà circostante. In questo senso la terapia e la cura per noi psicologi, medici, biologi e professionisti sanitari dell'AIREMP vanno oltre la "riparazione di una parte malata", curare vuol dire prendersi cura, interagire anche energeticamente con la persona malata per aiutarla ad attivare

il processo di guarigione che è dentro di lei. Tutto questo implica la possibilità di integrare le cure bio-mediche con le pratiche bio-naturali, con le M.N.C., superando le visioni neo-riduzioniste (Modello bio-psico-sociale, e psicosomatico) che generano oggi pasticci semantici e linguistici.

**D.: Il 29 e 30 novembre l'AIREMP organizzerà a Bologna un Congresso Internazionale che voi avete definito un vero e proprio evento scientifico, di che cosa si tratta?**

R.: Obiettivamente come Consiglio Direttivo, man mano che il congresso prendeva forma, ci siamo resi conto che stavamo lavorando intorno a un vero e proprio evento, in quanto per la prima volta in Italia tre grandi Scienziati Olistici saranno presenti per discutere l'introduzione del nuovo paradigma nel campo della salute, della cura e della guarigione. Il Congresso infatti avrà come ospiti:

Luc Montagnier, premio Nobel per la Medicina, 2008, noto per i suoi studi sulla rimodulazione dell'informazione a livello cellulare;

Amit Goswami già prestigioso e autorevole Fisico all'Università dell'Oregon, fondatore del Movimento Quantistico Mondiale, ha dedicato tutta la sua vita professionale all'incontro tra la fisica, i sistemi biologici dell'uomo e la spiritualità;

Ervin Laszlo, considerato uno dei fondatori della Teoria Generale dei Sistemi, è tra i più autorevoli teorici al mondo del Modello Olistico.

Il Congresso Internazionale intende offrire una importante riflessione sul modo in cui i processi quantistici e mentali che sottendono la dimensione biologica (campi morfici, risonanza, coerenza, interferenza, bio-fotonica, rimodulazione, etc) possono influenzare la salute genesi o

l'insorgenza della malattia. Per questa ragione il Congresso sarà organizzato in tre grandi sezioni :

Olismo nuovi ambiti della ricerca e nuove prospettive nelle cure

Entanglement non località e guarigione

Olismo, Medicine Non Convenzionali e umanizzazione delle cure

Al Congresso parteciperanno i più autorevoli Clinici e Studiosi Italiani di questo innovativo modello scientifico.

Per le informazioni sull'iscrizione si rimanda al Programma allegato.

---

# **Dal “vuoto del cuore” a Carlo Rogers: analogie tra filosofia cinese e l'approccio psicoterapeutico centrato sulla persona**

**Giovanna Albertini\***

Mi sono avvicinata alla Medicina Tradizionale Cinese nel 2000 quando, frequentando dei seminari di *Qi Gong* tenuti da Li Xiao Ming, un medico cinese, per la prima volta e in modo semplice e chiaro sentii parlare della relazione tra malattia e stato emozionale.

La medicina cinese è una medicina globale, che concepisce

l'Uomo come un'unica entità, costituita da corpo, mente e spirito. Nata circa 3000 anni fa nell'antica società rurale, studia i fenomeni della natura osservando come vi sia sempre risonanza tra l'Uomo e la Natura.

Secondo il pensiero cosmologico cinese, la realtà deriva da un *quid* unico, inizialmente indistinto, un'unità primordiale da cui tutto prende origine: il *Tao*. Privo di forma, di tempo e di limiti, il *Tao* dà origine all'uno (il *Qi* primordiale) e l'uno si differenzia in Yin e Yang.

Il *Tao* è anche una *summa oppositorum*, il punto e il momento in cui tutte le polarità si incontrano e si completano, è l'insieme dell'essere e del non essere, del principio maschile e del femminile, della luce e dell'ombra. È l'armonia di tutti i contrasti, di tutto ciò che si alterna.

Yin e Yang sono le due manifestazioni del *Tao*, opposte ma complementari per cui ogni fenomeno è se stesso ma contiene la radice del suo opposto.

Il concetto Yin-Yang è applicato all'interpretazione della realtà e di tutti i fenomeni naturali.

Lo Yang, rappresenta lo stato più rarefatto della materia, leggero ed etereo si eleva a formare il Cielo. Lo Yin, più denso, scende pesante e dà vita alla Terra.

Tra il Cielo e la Terra si apre uno spazio per l'Uomo: un sistema energetico aperto, in stretto interscambio tra i due. Il Cielo corrisponde alla sua parte psichica e spirituale. La Terra, madre e produttrice di forme, determina la struttura del corpo.

Il Taoismo, complesso sistema di dottrine fiorite nella Cina antica (VI-V secolo a.C.) ha avuto un significativo impatto sullo sviluppo della civiltà cinese e ha successivamente

influenzato l'Occidente. Il richiamo esercitato risiede nel suo misticismo naturalistico e nella sua concezione dell'universo che prevede l'integrazione tra essere umano e mondo naturale.

La condizione prima per la ricerca del *Tao* è rendersi disponibili a cogliere la musica che ci viene incessantemente dall'Universo, dalla Natura, dal nostro Corpo.

L'uomo che ritrova il *Tao* dentro di sé, si ritrova e si realizza, partecipando della stessa armonia che scandisce i ritmi universali. Non cerca più l'affermazione di sé nel fare, ma mira ad essere *in modo autentico*, ad agire conformemente al Cielo e la Terra, a vivere in armonia con l'universo.

L'acqua è il simbolo di chi vuole seguire il *Tao*: segue il suo corso naturale, aggira gli ostacoli senza volerli modificare, va al suo scopo e raggiunge il mare.

L'aneddoto di Confucio e il nuotatore fa comprendere che cosa i taoisti intendessero con il "seguire il *Tao*".

Confucio contemplava la cascate di *Luliang*. Ad un certo punto vide un uomo che si tuffava dall'alto delle cascate. Confucio, pensò che l'uomo si volesse uccidere. In realtà quell'uomo, dopo avere nuotato, uscì dall'acqua e camminò sulla sponda, cantando. Confucio gli chiese come ciò fosse stato possibile.

L'uomo rispose: «Sono partito da un dato riguardante la mia origine, ho sviluppato la mia natura e ho perseguito il mio destino. Mi immergo con l'acqua che cade ed emergo, seguendo l'onda. In questo modo seguo il *Tao* dell'acqua senza imporre il mio io. Io sono nato su queste colline e quindi sono a casa mia: ecco il dato. Sono cresciuto nell'acqua e mi trovo nel mio elemento: è la mia natura. È così senza che io sappia il perché: questo è il destino».

Il taoismo offre metodi di cura fisica e spirituale. Molte pratiche sono ad esso connesse: *Tai Ji*, *Qi Gong*, Medicina

tradizionale cinese e Agopuntura.

Per la medicina tradizionale cinese, come per altre medicine tradizionali, l'inscindibilità tra mente e corpo è un assunto fondamentale. Psiche e soma vivono l'una nell'altro in un'unità/dualità altrettanto inscindibile quanto quella che unisce Yin e Yang.

La teoria dello Yin e dello Yang è applicata anche al funzionamento dell'essere umano sia in condizioni di salute che di malattia. La buona salute è vista infatti come l'espressione di una situazione di equilibrio dinamico tra le componenti Yin e Yang dell'organismo. La malattia come uno squilibrio.

A completamento e approfondimento della teoria dello Yin e dello Yang vi è la teoria dei cinque elementi.

I cinque elementi: Legno, Fuoco, Terra, Metallo e Acqua, rappresentano cinque diverse qualità e direzioni di movimento dei fenomeni naturali.

Ad ogni elemento corrisponde una stagione: il Legno corrisponde alla primavera ed è associato alla nascita, il Fuoco corrisponde all'estate ed è associato alla crescita, il Metallo corrisponde all'autunno ed è associato al raccolto, l'Acqua corrisponde all'inverno ed è associata all'accumulo, la Terra corrisponde all'ultimo periodo di ogni stagione ed è associata alla trasformazione.

Oltre alla stagione, ad ogni elemento corrisponde anche un colore, un sapore, un suono, un clima ma anche un organo, un viscere e un'emozione.

Questa teoria rappresenta un complesso di relazioni funzionali che comportano una totale integrazione delle funzioni del corpo, degli organi, dei tessuti, delle attività mentali, delle emozioni e delle influenze ambientali.

Gli organi come gli elementi sono cinque: fegato, cuore, milza, polmone e rene.

Ad ogni organo corrisponde un'emozione: rabbia, gioia, preoccupazione, tristezza e paura.

Mentre nella medicina occidentale i processi emozionali e mentali sono attribuiti al cervello, nella medicina cinese sono parte della sfera d'azione degli organi. La relazione tra ciascun organo e una particolare emozione è mutua: lo stato di salute dell'organo influisce sull'emozione e l'emozione influisce sullo stato di salute dell'organo.

In ognuno degli organi alloggia uno *Shen*. L'ideogramma cinese *Shen*, significa Spirito, principio vitale. Indica le forze della natura poste sotto l'autorità del Cielo.

Gli *Shen* sono lo spirito vitale di una persona e ne strutturano le istanze psichiche, mentali, affettive ed emotive.

Al momento del concepimento gli *Shen* vengono ad "animare" l'embrione, costituendo così l'aspetto "celeste" dell'uomo.

Rappresentano anche la coscienza e la consapevolezza. Costituiscono il principio organizzatore che armonizza l'innato e l'acquisito per svolgere il progetto di vita e favorire lo sviluppo spirituale dell'individuo.

Pensare agli *Shen* vuol dire pensare ad una manifestazione del Cielo che abita in noi. Gli *Shen*, si caratterizzano per l'andare e venire, il muoversi liberamente e incessantemente. Sono la parte del Cielo che entra in ogni uomo, gli dà vita, lo custodisce, permette tutti i meccanismi più intimi e profondi. Gli *Shen* si proiettano incessantemente al di fuori, verso il mondo esterno, verso gli altri per relazionarsi ad essi e, contemporaneamente, si dirigono verso l'interno per raccogliere e vagliare sensazioni, pensieri, sogni. Infatti è grazie agli *Shen* che l'uomo è capace di intuire la propria



anima e quella degli altri, di riconoscere ed elaborare i pensieri, di memorizzare.

Gli *Shen* abitano tutto l'uomo, ma la loro dimora privilegiata è il Cuore.

Dallo *Shen* del cuore dipende l'equilibrio psicofisico della persona e la sua capacità di correlarsi agli altri.

Figura 1. Il cuore *Xin*

L'ideogramma cinese del Cuore, aperto in alto, suggerisce come lo *Shen* possa discendere e trovare in esso dimora proprio per questa sua "apertura".

Il Cuore per accogliere gli *Shen* deve essere vuoto, se c'è pienezza non può ricevere. Questo concetto di "Cuore vuoto", non è tanto un concetto energetico ma piuttosto un elemento di tipo filosofico: è necessario un atteggiamento di *accoglienza*, di *apertura*, di non interferenza per lasciare spazio all'azione degli *Shen*.

Gli eventi dovrebbero scorrere nel cuore come l'acqua.

L'acqua che passa in ogni istante, viene accolta nel letto del fiume e subito dopo essere fluita lascia un letto "vuoto" che permette lo scorrere di nuova acqua. Questo vuoto, che costantemente si rinnova, permette all'Uomo di vivere ogni avvenimento contemporaneamente con piena passione e sereno distacco e di focalizzare la propria attenzione sugli elementi più autentici della vita che sono il presupposto per seguire il *Tao*.

È attraverso questo percorso che si può diventare "*Zhen ren*"

cioè “Uomini autentici” capaci di conoscere il mistero della propria vita e di “rispondere sempre al Cielo e alla Terra”.

La responsabilità e il lavoro di ogni Uomo consiste nell'esercitare l'*arte del Cuore*, cioè mantenere l'apertura attraverso la ricerca del “Vuoto del Cuore”, presupposto per la dimora stabile dello *Shen*.

“Vuoto del Cuore” significa che tutto è accolto e nulla è trattenuto: la vita deve scorrere nel cuore come l'acqua di un fiume.

Secondo la medicina tradizionale cinese la tecnica del Vuoto del cuore è di fondamentale importanza anche per esercitare la pratica medica. Infatti, secondo l'antica tradizione, il medico può instaurare una *relazione autentica* con chi deve curare, solamente mettendosi in relazione con la verità di sé. Egli non può giungere a cogliere la realtà del suo paziente, il suo stato di salute o di malattia se prima non ha fatto il Vuoto dentro di sé. Questa è la premessa del trattamento. Il medico “svuota” il suo cuore e si concentra, prima di relazionarsi con il paziente.

Il *Ling shu* (Perno spirituale) afferma:

*«Quando trattate, siate come colui che spinge il suo sguardo in fondo all'abisso. Niente turbi il vostro animo: nella calma considerate il paziente senza girare lo sguardo a destra e a sinistra. La vostra dirittura richiamerà la rettificazione. Prima di tutto rettificare il vostro Shen: perché è lo sguardo che voi portate al malato che richiama la regolazione del suo Shen»*

Il Vuoto del cuore permette al medico di accogliere veramente il suo paziente, di capire il suo stato, di intervenire con parole e gesti esatti e con una terapia efficace, rivolgendo un messaggio preciso al suo spirito. L'incontro tra lo *Shen* del terapeuta e quello del paziente è possibile solo se il terapeuta vive il Vuoto del Cuore e questo incontro è ciò che

consente di attivare le forze di autoguarigione presenti nel paziente.

Carl Rogers, psicologo umanista, aspirava all'armonizzazione con l'universo, inteso come totalità di rapporti possibili con la natura e gli altri esseri umani. Per la sua infanzia e i suoi studi in agraria traeva dal mondo naturale metafore come il seme, la patata, ecc... Credeva che per favorire la tendenza attualizzante bisognasse agire sull'ambiente, creando un clima facilitante di congruenza, accettazione incondizionata ed empatia.

*Lun yu, discepolo di Confucio, nei suoi dialoghi scriveva che: «l'Uomo non diviene tale se non nella relazione (Zhen ren, che significa "Uomo autentico", è costituito dal radicale Uomo e dal numero Due)».*

Rogers riteneva che la relazione costituisca il fattore terapeutico di gran lunga preminente e, all'interno della relazione, conferiva al paziente pari dignità e responsabilità. Dava grande valore alla congruenza: i sentimenti provati nei confronti del cliente devono essere pienamente disponibili alla sua coscienza. Asseriva che il terapeuta deve essere quindi in uno stato di buon funzionamento della personalità. La congruenza e l'accettazione sono due valenze della stessa attitudine di apertura all'esperienza propria e altrui. La congruenza del terapeuta viene percepita dal paziente come una genuinità, un fare spontaneo ed autentico.

Quando il terapeuta non è pienamente se stesso, quando non è consapevole dei vari aspetti del proprio vissuto, spesso manca di efficacia. Quando è pienamente se stesso, in contatto con il proprio organismo e pienamente consapevole del proprio vissuto, allora è affidabile e il suo comportamento è costruttivo.

Oltre ad un elevato grado di maturità emotiva e di

comprensione di sé, tre sono le condizioni dell'approccio centrato sulla persona essenziali per consentire al cliente di affrontare i problemi: *empatia*, *accettazione* e *autenticità*. Quando il terapeuta attua tali condizioni, esse hanno un effetto talmente potente che, come numerose ricerche hanno dimostrato, esse sono necessarie e sufficienti a favorire la crescita personale e il cambiamento del cliente.

L'*empatia* è la comprensione sensibile e profonda dei pensieri e delle emozioni dell'altro, la capacità di comunicare la propria percezione dell'esperienza dell'altro e di ritrasmettergliela in modo che egli possa sentirsi compreso e riconosciuto. Si intende la capacità di immergersi nel mondo soggettivo altrui e di partecipare alla sua esperienza in tutta la misura in cui la comunicazione verbale e non verbale lo permetta. Consiste nel captare e nel riflettere il significato personale delle parole del cliente molto di più che nel rispondere al loro contenuto intellettuale. Per riuscire in questo compito il terapeuta deve fare astrazione dai propri valori, sentimenti e bisogni e deve entrare nel mondo del cliente. In sostanza, si focalizza sul paziente e lascia il resto fuori. Diventa compagno per l'individuo, diceva Rogers, mentre esso ricerca la sua esperienza personale e relaziona il suo nucleo interiore con il nucleo interiore dell'altra persona, partecipando alla sua esperienza, restando del tutto indipendente emotivamente. L'*empatia* evita ogni valutazione diagnostica e trova le sue radici nella personalità di colui che la pratica.

L'atteggiamento principale del terapeuta rogersiano, quello che domina tutti gli altri, è l'atteggiamento di considerazione positiva incondizionata. La caratteristica di questo atteggiamento è, oltre al suo carattere incondizionato, l'*autenticità*. In effetti il terapeuta non deve soltanto dare testimonianza di un simile atteggiamento, ma anche provarlo. Per essere terapeuticamente fecondo, questo atteggiamento deve ancorarsi profondamente nel sistema del professionista in

quanto persona. È soltanto quando questo rappresenta un'espressione della sua personalità, più precisamente del suo concetto di uomo e delle relazioni umane, che può esercitarsi in modo diretto.

Si tratta, diceva Rogers, di dimostrare un reale interesse per l'essenza del cliente. Un modo di porsi aperto e non giudicante verso un altro essere umano anche se diverso da noi e con valori e convinzioni diverse. Consentendo al cliente di avere ed esprimere qualsiasi pensiero ed emozione provato nel momento in cui parla.

La terza condizione è l'*autenticità*, una capacità di essere genuini, schietti e congruenti. Un agire secondo i propri pensieri e le proprie vere emozioni, essendo disponibili a mostrarsi per quello che si è veramente, senza rigide facciate di ruolo. È l'evidenza di uno stato di accordo tra l'esperienza e la sua rappresentazione nella coscienza dell'individuo. All'inizio Rogers si serviva di un termine molto simile alla nozione di sincerità. Tuttavia, traducendo l'esperienza in concetti teorici, egli si rese conto del fatto che il termine non era adatto. L'accordo di cui si tratta presuppone che non vi sia errore nella percezione dell'esperienza, quindi che la sua rappresentazione sia autentica. Maggiore è la comprensione di se stessi, maggiore è la capacità di raggiungere tale accordo interno.

Oltre alle tre condizioni, l'Approccio centrato sulla Persona presuppone un elevato grado di maturità emotiva e di comprensione di sé.

Con maturità emotiva si intende anche la capacità di partecipare al cambiamento di un'altra persona senza essere tentati di modellare questo cambiamento sull'immagine di sé. Una qualità che può descriversi come la volontà autentica di servire non da guida, da giudice o da modello, ma semplicemente da risonatore o amplificatore degli sforzi di risanamento del cliente e la capacità di prestarsi, in quanto

persona, ai bisogni dell'individuo impegnato nella ricerca e nell'attualizzazione di se stesso.

Nel *Tao Te Ching* (Classico della Via e della Virtù) di Lao Tzu come in altri testi taoisti è data molta importanza alla meditazione.

Nel 1986 Rogers scriveva: «Noto che quando sono più vicino al mio Sé interiore e intuitivo, quando sono in qualche modo in contatto con l'ignoto in me, quando sono forse in uno stato di coscienza lievemente alterata, allora, tutto ciò che faccio sembra possedere un'intima qualità curativa. Allora, la mia semplice presenza è liberante e utile per l'altro. Non c'è niente che io possa fare per forzare la sua esperienza, ma quando sono in grado di rilassarmi ed essere vicino al nucleo trascendentale che è in me, allora posso comportarmi in modi che non potrei giustificare razionalmente, che non hanno niente a che fare con i miei processi di pensiero. Ma questi strani comportamenti alla fine risultano essere giusti, sembra che il mio spirito interiore abbia raggiunto e toccato lo spirito interiore dell'altro. Il nostro rapporto trascende se stesso e diventa parte di qualcosa di più grande. Sono presenti una crescita, un'energia e un potere guaritore profondi. Questo tipo di fenomeno trascendente è stato talvolta sicuramente sperimentato nei gruppi in cui ho lavorato, e ha trasformato le esistenze di alcuni che vi si trovavano. È chiaro che le nostre esperienze nella terapia e nei gruppi coinvolgono il trascendente, l'indescrivibile, lo spirituale. Sono costretto ad ammettere che io, come molti altri, ho sottovalutato l'importanza di questa dimensione mistica e spirituale. C'è nell'universo una tendenza formativa e direzionata, che può essere osservata e ricostruita nello spazio stellare, nei cristalli, nei micro-organismi, nella più complessa vita organica e negli esseri umani. Nella specie umana, questa tendenza si rivela come la serie progressiva che ha origine nella singola cellula e che giunge ad un complesso funzionamento organico, al conoscere e percepire al di sotto

*del livello di coscienza, al farsi conscio dell'organismo e del mondo esterno, alla consapevolezza trascendente dell'armonia e dell'unità del sistema cosmico. Siamo in armonia con una potente tendenza creativa che ha dato forma al nostro universo, dal più piccolo fiocco di neve alla galassia più grande, dall'umile ameba al più sensibile e dotato essere umano. E forse stiamo toccando il limite estremo della nostra capacità di trascenderci, di creare direzioni nuove e più spirituali nell'evoluzione umana. Questo tipo di formulazione, per me, costituisce una base filosofica all'approccio centrato sulla persona. Un'altra importante caratteristica del processo di formazione di una comunità, è la sua trascendenza o spiritualità. Queste sono parole che, in anni passati, non avrei mai usato. Ma la saggezza che raccoglie il gruppo, il senso dell'esistenza di "qualcosa di più grande", sembrano rendere necessario un tale termine".*

In ogni psicoterapia il terapeuta stesso è una parte molto importante dell'equazione umana. Ciò che egli fa, il suo atteggiamento, l'idea che ha del suo ruolo, tutto ciò ha un'influenza sulla terapia. Orientamenti terapeutici diversi hanno idee diverse su questi punti. Il terapeuta utilizza un insieme coerente di atteggiamenti profondamente radicati nella sua organizzazione personale, un sistema di atteggiamenti che si realizza con metodi coerenti con quello stesso sistema. Esiste infatti una relazione tra la filosofia di base e il lavoro scientifico professionale e di primaria importanza è la posizione del terapeuta nei confronti della dignità e del significato dell'individuo.

La persona con maggior rispetto per l'individuo trova nell'ACP una conferma ed una implementazione del suo orientamento. Scopre che questo è il modo di concepire le relazioni umane che, da un punto di vista filosofico, porta a posizioni più avanzate di quelle finora concepite e mette a sua disposizione una tecnica operativa atta a realizzare pienamente quel

rispetto della persona che già esiste nel suo pensiero.

Rogers arrivò alla conclusione che quello che conta, in questo approccio, è la presenza nel terapeuta di certi atteggiamenti verso il cliente e di una certa concezione delle relazioni umane. In altri termini, egli giunse a realizzare che l'essenza del suo approccio non consisteva tanto in un modo di agire, quanto in un modo di essere. Se il comportamento del terapeuta non è l'espressione di certi atteggiamenti e convinzioni profondamente radicate nella sua personalità, egli non giungerà mai a far scattare nel cliente quel genere di processo chiamato "attualizzazione di sé".

Lo studio dell'Approccio centrato sulla persona e la frequentazione della Comunità di apprendimento mi ha permesso quindi di implementare alle conoscenze della filosofia cinese e alla pratica dell'agopuntura, quello che andavo cercando. Ho cioè dato un più profondo significato alle conoscenze e al mio modo di essere.

In Un modo di essere (1980) libro nel quale Rogers abbraccia i cambiamenti che hanno avuto luogo nella sua vita negli anni '70, scriveva che sarebbe dovuto emergere un nuovo tipo di persona, pienamente funzionante e capace di accettare i propri sentimenti senza averne paura, lasciando che la consapevolezza fluisca liberamente dentro e fuori dalla proprie esperienze.

Le qualità di quella che Rogers indicava come la persona di domani sono:

L'apertura e cioè un atteggiamento di recettività e apertura all'esperienza. Si riferisce sempre a uno stato che permette a ogni stimolo di percorrere l'intero organismo senza essere deformato o intercettato da qualche meccanismo di difesa; in altri termini, l'organismo è completamente aperto e disponibile all'effetto dell'esperienza.

Il desiderio di autenticità e cioè a quello stato di accordo interno che rende potente ed efficace la relazione



terapeutica.

Il desiderio di totalità (sono persone che non amano vivere in un mondo a compartimenti stagni: corpo e mente, salute e malattia, intelletto e sentimento, individuo e gruppo, lavoro e gioco. Esse lottano invece per una totalità della vita, dove pensieri, sentimenti, energia fisica, energia psichica, energia guaritrice, siano tutti integrati nell'esperienza).

Sentimenti di vicinanza e dedizione alla natura (trovano il loro piacere da un'alleanza con le forze della natura, anziché dal dominio di essa).

Brama per lo spirituale (le persone di domani sono ricercatori. Desiderano trovare un significato e uno scopo nella vita che siano più grandi dell'individuo, desiderano vivere una vita di pace interiore. Talvolta negli stati alterati di coscienza sperimentano l'unità e l'armonia dell'universo).

Sono persone che tentano di essere persone totali, con corpo, mente, sentimenti, spirito e psiche integrati tra loro.

Persone gentili, incerte, che ricercano la verità... ..come un saggio taoista *"che veste di sacco e cela in petto la giada"*.

## **Bibliografia**

M. Muccioli, *Gli Shen. Il mondo delle emozioni nella pratica clinica tradizionale cinese*. Rivista di MTC n°76, Civitanova Marche, 1999.

E. Minelli, *Le cinque vie dell'agopuntura*. Gemma Editco, 2000.

G. Maciocia, *La clinica in medicina cinese*. Ed. Ambrosiana, Milano, 1994.

G. Di Concetto, *Le basi della terapia in medicina tradizionale*

cinese. Ed. Ambrosiana, Milano, 2002.

Lao-Tzu, *Tao te ching (Il libro della via e della virtù)*. Traduz. J.J.L. Duyvendak, ed. Adelphi, 1973.

Alan Watts, *Taoismo*. Ed. Red, Como, 1999.

Jennifer Oldstone-Moore, *Capire il taoismo*. Ed. Feltrinelli, Milano, 2003.

C. Rogers, *Un modo di essere*. Ed. Martinelli, 1983.

C. Rogers, D. Russell, *Un rivoluzionario silenzioso*. Ed. Meridiana, 2002.

C. Rogers, *On becoming a person. La terapia centrata sul cliente*. Ed. Martinelli, 1970.

V. Vaccari, *Una teoria umanistica della personalità: la Client-centered Therapy di Carl Rogers*. 1994.

C. Rogers, *Terapia centrata sul cliente*. Ed. Meridiana, 2007.

C. Rogers, M-Kinget, *Psicoterapia e relazioni umane*. Ed. Bollati Boringhieri, 1970.

---

**Approvata nelle Marche una nuova legge per disciplinare le medicine complementari:**

# **agopuntura, fitoterapia, omeopatia, omotossicologia e antroposofia**

Giovedì 24 novembre è stata presentata nella Sala Ricci del Palazzo delle Marche la Proposta di Legge su “Modalità di esercizio delle medicine complementari” che è già stata approvata dalla V Commissione Salute dell’Assemblea Legislativa delle Marche. Il testo è stato illustrato da Francesco Comi, Presidente della V Commissione Salute, da Giancarlo D’Anna, Vicepresidente della V Commissione Salute e da Lucio Sotte, medico chirurgo e Coordinatore del gruppo di lavoro sulle medicine complementari che ha collaborato con la V Commissione Salute nella definizione e stesura del testo.

Lo scopo di questa legge è disciplinare i trattamenti e le cure non convenzionali esercitati tramite agopuntura, fitoterapia, omeopatia, omotossicologia e antroposofia. La legge recepisce il testo già approvato, nell’ambito della Conferenza Stato Regioni, dagli Assessori Regionali alla Sanità e dai Presidenti di tutte le Regioni italiane nel dicembre 2012 ed approvato dal Ministero della Salute il 7 febbraio 2013. Tale testo regolamenta le modalità di formazione dei medici che desiderano studiare e perfezionarsi nelle medicine complementari e quelle di accreditamento degli Istituto di Formazione.

L’accordo approvato dalle Regioni e dal Ministero stabilisce che gli Ordini dei Medici istituiranno degli elenchi per l’iscrizione dei medici che praticano queste discipline e che hanno i titoli per qualificarsi come esperti. Dal 2015, dopo la fine del regime transitorio, i medici che vorranno iscriversi a questi registri dovranno dimostrare di avere un curriculum formativo maturato a livello universitario tramite un master di formazione specifica, oppure aver completato un

iter triennale di formazione presso una scuola privata accreditata per un monte orario complessivo di 500 ore di formazione, di cui 100 di pratica clinica e 400 di lezioni, il 30% delle quali possono essere erogate in FAD (formazione a distanza). Gli studenti dovranno inoltre superare un esame teorico-pratico alla fine di ognuno dei tre anni del corso e discutere una tesi finale.

Le Scuole di formazione private che dimostreranno di ottemperare alle feree regole stabilite nel testo potranno essere riconosciute e abilitate a formare i medici nelle discipline specifiche.

La ricaduta positiva a garanzia dei cittadini utenti delle MC è intuibile: qualunque medico vanti competenze nelle medicine complementari regolamentate potrà essere rintracciato dai cittadini nel registro apposito presso l'Ordine dei Medici della provincia di appartenenza.

Puoi scaricare [qui](#) i PDF della [Conferenza Stampa](#)

---

## **Oncologia integrata in Europa: la Toscana partecipa alla Joint Action europea EPAAC**

Il tumore è una patologia sistemica e multifattoriale che in quanto tale trae beneficio dall'impiego sinergico di più strumenti terapeutici che possono concorrere in vario modo alla salute e al benessere del paziente oncologico.

Numerosi studi condotti in Europa rilevano che un malato di tumore su tre fa ricorso alle medicine complementari (MC), mentre in Italia la percentuale dei pazienti oncologici che utilizza queste terapie è stimata intorno al 15-25% ed è formata soprattutto da donne con un buon livello d'istruzione.

A livello internazionale sono stati identificati circa una cinquantina di possibili trattamenti "complementari", che il più delle volte sono associati ai protocolli terapeutici convenzionali. Può accadere però che le terapie non convenzionali siano assunte come una forma di automedicazione, indipendentemente dalle verifiche scientifiche o dai requisiti di qualità e sicurezza. Questo fenomeno può avere delle conseguenze per la gestione clinica dei pazienti, per la mancata comunicazione all'oncologo dell'uso di queste terapie, per le possibili interazioni con i trattamenti "ufficiali" o per la ridotta compliance nei confronti della terapia antitumorale. Anche per questa ragione è fondamentale che i medici di famiglia, gli oncologi e più in generale gli operatori sanitari abbiano conoscenze di base delle varie problematiche poste da questi trattamenti, per poter consigliare i pazienti e realizzare un programma terapeutico che integri i benefici possibili dei differenti approcci.

Ed è altrettanto importante sviluppare la ricerca in questo settore per conoscere a fondo il ruolo che le medicine complementari possono avere sul benessere e sulla qualità della vita dei pazienti oncologici.

### **Le attività della Toscana per EPAAC**

In questo quadro si inseriscono le attività promosse dalla Joint Action "European Partnership on Action against Cancer" (EPAAC).

Si tratta di un'iniziativa della Commissione europea avviata nel settembre del 2009 con il sostegno di numerosi partner e cofinanziata dal programma Salute dell'Unione europea.

Quest'azione – in cui confluiscono gli sforzi di Commissione europea, Stati membri e relativi ministeri della Salute, associazioni di pazienti, medici e ricercatori, industria e società civile – intende affrontare la questione del cancro in maniera più efficace e uniforme all'interno dell'Unione Europea. Vi aderiscono un ampio gruppo di enti, associazioni scientifiche e istituzioni del Vecchio Continente, 36 partner associati e oltre 90 collaboranti suddivisi in 10 Gruppi di lavoro (WP).

La Regione Toscana partecipa al progetto come partner associato ed è inserita nel Gruppo di lavoro 7 "Healthcare", che ha tra i suoi compiti l'identificazione e la promozione delle buone pratiche in ambito oncologico.

Più nello specifico l'obiettivo affidato alla Toscana è raccogliere e analizzare le prove scientifiche sull'uso delle medicine complementari in oncologia e proporre i criteri per una corretta divulgazione delle informazioni a medici, operatori sanitari, pazienti e decision-makers; predisporre un censimento delle strutture sanitarie che, a livello europeo, erogano servizi di "oncologia integrata" e mettere in rete le informazioni attivando in questo modo un coordinamento permanente fra i diversi centri che praticano l'oncologia integrata.

Il lavoro di raccolta e revisione delle esperienze pubblicate in letteratura internazionale sull'uso delle medicine complementari in oncologia è in corso e si focalizza su agopuntura, omeopatia, fitoterapia, antroposofia e omotossicologia. Alla fine del percorso sarà redatto un testo che riporta i lavori di ricerca più significativi nonché tabelle che indicano per ogni disciplina sintomi, studi realizzati, grading di evidenza, forza di raccomandazioni, eventi avversi e/o controindicazioni dei diversi trattamenti.

## **Il censimento: primi risultati**

L'obiettivo è fotografare la situazione delle strutture sanitarie, pubbliche e private, che praticano l'oncologia integrata in Europa elaborando i dati di un questionario in cui si richiedono, oltre a informazioni generali sulla struttura, sull'attività di medicina integrata (e più in particolare la tipologia dei servizi erogati), il campo di applicazione dei trattamenti complementari utilizzati, la tipologia di servizio (pubblico/privato).

Fino al 21 maggio 2013 sono state contattate 228 strutture in Italia e Europa e hanno risposto in 44 (19,2%), 15 europee e 29 italiane. Il 70,4% dei responders pratica l'oncologia integrata.

Sono stati inseriti nella mappatura 24 centri su 31 che utilizzano le medicine complementari (escludendo i singoli studi medici), di cui il 62,5% sono pubblici, 7 attivi in Europa e 8 in Italia (vedi mappa).

Fra i centri inclusi nel censimento in Italia quelli pubblici rappresentano il 50% del totale. Il 45,8% delle strutture italiane ed europee offre ai pazienti attività di omeopatia e agopuntura, il 33,3% di fitoterapia mentre nel 29,1% dei centri vengono praticate altre tecniche della medicina tradizionale cinese. La media dei pazienti seguiti ogni anno dai centri che hanno risposto al questionario è 289.

## **Seminario EPAAC a Firenze**

Nel febbraio 2013 esperti italiani ed europei di oncologia integrata si sono riuniti a Firenze per seguire il workshop "Oncologia integrata: analisi di evidenze scientifiche ed esperienze cliniche", organizzato dalla Rete Toscana di Medicina Integrata (RTMI) all'interno delle attività dell'EPAAC. Il dibattito si è focalizzato sulla definizione

delle linee di consenso per una valutazione della letteratura scientifica e dell'esperienza clinica in oncologia integrata e i criteri per realizzare la mappatura dei centri oncologici europei che offrono ai pazienti servizi di medicina complementare (MC).

Nella discussione è emerso che con il termine "oncologia integrata" si intende un approccio multidisciplinare al paziente oncologico, finalizzato a migliorare i risultati ottenuti dalla terapia antitumorale convenzionale.

Questa infatti, pur avendo effetti positivi, produce anche delle reazioni indesiderate, che talvolta risultano insopportabili per il paziente.

La terapia integrata, utilizzando medicinali e pratiche considerati generalmente privi o con scarsi effetti indesiderati, cerca principalmente di ridurre questi problemi e propone un uso complementare di medicinali e/o pratiche selezionati sulla base delle prove di efficacia per potenziare la terapia assunta dal paziente e renderla il più efficace possibile.

Sono stati discussi i criteri per realizzare il censimento delle strutture pubbliche e private europee in cui si pratica l'oncologia integrata e definite le modalità operative per raggiungere gli obiettivi del progetto.

---

## **Il trattamento del dolore**



# muscolo-scheletrico con l'iniettopuntura

Nicolò Visalli\*

L'iniettopuntura, definita anche chimiopuntura, consiste nell'iniettare delle sostanze medicamentose nei punti di agopuntura.

In Cina vengono utilizzate a questo scopo, sia medicinali derivati dalla farmacologia tradizionale, sia prodotti farmacologici chimici. L'iniettopuntura può essere impiegata sia successivamente sia congiuntamente al trattamento di agopuntura per amplificare l'effetto terapeutico o per stimolare maggiormente l'agopunto o addirittura per desensibilizzarlo. L'iniezione viene praticata su punti specifici dei Canali e Collaterali e/o Canali Extra, secondo i criteri fondamentali della Medicina Tradizionale Cinese, in rapporto all'azione energetica del punto stesso. Si può utilizzare perciò sia una semplice soluzione fisiologica, per stimolare uno o più agopunti, oppure si può iniettare per es. una soluzione di *Salvia miltiorriza* su 6PE (Neiguan) per favorire la circolazione a livello coronario. O ancora è possibile iniettare piccole dosi di steroidi negli agopunti localizzati nel dorso (13BL) a livello della 3<sup>a</sup> dorsale per favorire la disassuefazione dal cortisone nei soggetti asmatici, sotto terapia.

Questa metodica viene praticata elettivamente anche nella terapia del dolore con grandi benefici per le patologie osteoarticolari e muscolari.

Il meccanismo d'azione di questa metodica è certamente complesso, perché da una parte si promuove uno stimolo diretto della sostanza iniettata nell'agopunto, le cui peculiari azioni si esplicano tramite i molteplici legami con gli

organi, i visceri, l'energia vitale, i tessuti, le ossa e le zone coinvolte dalla malattia. D'altra parte schematizzando estremamente, possiamo focalizzare l'attenzione su un meccanismo biochimico, tissutale, ed anche riflessogeno.

L'iniettopuntura negli ultimi anni si è sempre più affermata come tecnica da associare all'agopuntura, anche se deve essere ben distinta dalla mesoterapia, ovvero l'iniezione nel tessuto di origine mesodermica. La definizione più recente di mesoterapia è "Trattamento medico, attuato attraverso iniezioni loco-regionali di sostanze biologicamente attive, che sfrutta la particolare reattività del tessuto connettivo utilizzando il sinergismo esistente tra l'azione riflesso-terapica della microiniezione e l'effetto medicamentoso della sostanza iniettata". Rispetto ad alcuni anni or sono nella meso sono meno utilizzati i multi-iniettori, mentre la lidocaina ha sostituito la procaina e spesso si usano pistole automatiche o manuali.

L'iniettopuntura si pratica in zone o più particolarmente negli agopunti, anche con micro-dosi di uno o più farmaci diluiti e dinamizzati (omeopatici). Con questa metodica si ottengono tre distinti effetti terapeutici:

1. Stimolazione dell'agopunto tramite la sostanza iniettata, per diffusione del farmaco nei tessuti oltre che nel punto interessato.
2. Stimolazione di tutto il tragitto del canale.
3. Efficacia aggiunta delle proprietà intrinseche del farmaco sia omeopatico sia fitoterapico, sia chimico.

In Medicina Tradizionale Cinese si dice che: nove malattie su dieci sono dolorose.

L'iniettopuntura è una metodica molto efficace nel trattamento delle patologie dolorose perché potenzia l'azione dell'agopuntura e con la somministrazione di sostanze in

micro-dosi (omeopatiche) prive di effetti avversi, si ottiene in aggiunta l'effetto specifico della sostanza inoculata.

Di norma si utilizzano farmaci omeopatici con differenti proprietà per cui si scelgono secondo l'azione peculiare che sarà secondo le circostanze: antiflogistica, antalgica e/o trofica.

Secondo i principi della Medicina omeopatica i farmaci utilizzati derivano dal mondo vegetale come ad esempio *Arnica*, *Rhus tox.*, *Bryonia*; dal mondo minerale come *Aurum met.*, *Silicea*, *Mercurius* e dal mondo animale come *Cartilago*, *Disci lumbales*, *Medulla*. In quest'ultimo caso è possibile utilizzare medicamenti cosiddetti organo terapeutici, la cui azione è esercitata sulle componenti strutturali dell'organismo.

Gli agopunti prescelti si determinano in base a:

- la differenziazione della sindrome algica, con gli agopunti ad azione generale;
- le zone cutanee specifiche, interessate dal dolore;
- i canali coinvolti nel processo patologico;
- gli agopunti locali;
- i punti dolorosi definiti Ashi points o/e Trigger points.

Con questa metodica si possono raggiungere risultati eccellenti non solo nel vasto campo delle patologie dolorose di pertinenza muscolo-scheletrico, ma è possibile applicare l'iniettopuntura anche in medicina estetica, nella paradontologia, nella caduta dei capelli, nell'acne, nella flebologia, nell'asma e nelle patologie bronco-polmonari, nella ginecologia, nelle cefalee, nell'impotenza, solo per citare i campi di maggior impiego.

Nella pratica generale l'iniettopuntura ha una efficacia dimostrata:

1. nella medicina sportiva: sui traumi acuti e sulle infiammazioni, come tutti i diversi tipi di tendiniti e/o borsiti e le patologie muscolari, la pubalgia.

2. nel dolore muscolo – scheletrico:

sulle rachialgie di diversa eziologia;

- le patologie dolorose del gomito;
- le patologie dolorose del polso e tunnel carpale;
- le patologie dolorose delle dita mani e piedi;
- le gonalgie anche traumatiche sportive;
- le patologie della caviglia in ambito sportivo.
- le patologie del piede in ambito sportivo.

Non bisogna comunque tralasciare le algie di diversa natura che coinvolgono altre distretti come:

- le cefalee e le emicranie a eziologia diversa;
- l'herpes zooster e sequele relative;
- le nevralgie facciali a eziologia diversa inclusa quella trigeminale e temporo-mandibolare;
- le nevriti di eziologia diversa;
- la sinusite fronto-mascellare;
- l'artrite gottosa;
- l'artrite reumatoide;
- la condromalacia;
- l'osteoporosi;
- la polimialgia reumatica.

## **I limiti dell'iniettopuntura**

Poiché alcune malattie possono creare sequele più serie delle manifestazioni anche severe della patologia, è importante riconoscere i segnali e sintomi clinici delle malattie che non possono essere trattate con l'iniettopuntura. In tali casi, si ricorrerà ad un trattamento di altra natura.

L'iniettopuntura non è indicata nei seguenti casi:

1. nelle emergenze cliniche come lo shock settico, l'ebbrezza etc.
2. quando sono coinvolti organi vitali (meningite, pericardite, etc.)
3. nel caso di pazienti che necessitano di chirurgia, radioterapia o chemioterapia (con l'eccezione della terapia con iscador).
4. quando si tratta di gravi patologie psichiatriche
5. quando esistono gravi e avanzati difetti strutturali: Alzheimer, AIDS, cancro, depressione grave, diabete, epilessia, patologie genetiche, cirrosi epatica, enfisema polmonare, schizofrenia, tubercolosi ect.

Chiaramente si verificano alcune eccezioni nella pratica giornaliera perciò ogni caso dovrebbe essere valutato su base individuale.

Nei casi dubbiosi, è essenziale un approccio multidisciplinare come spesso avviene nella pratica clinica corrente. In alcuni pazienti, il trattamento convenzionale e il trattamento con iniettopuntura può essere convenientemente integrato.

In conclusione l'iniettopuntura può essere uno strumento ampiamente efficace ed offrire una valida opzione, lì dove:

- il trattamento terapeutico convenzionale delude nel risultato
- il trattamento terapeutico, qualunque sia, ha raggiunto il suo limite
- non esiste un trattamento convenzionale
- il trattamento convenzionale è controindicato
- il trattamento convenzionale è molto costoso
- il trattamento convenzionale non è tollerato e vietato a causa degli effetti collaterali.

## **Bibliografia**

- Kersschot J., *Biopuncture and homotoxic medicine inspiration*, Aartselaar, 2002
- Italia E., De Bellis M., *Manuale di omeomesoterapia*, Guna Editore, Milano, 1995.
- Visalli N., Pulcri R., *Manuale di Agopuntura*, Tecniche Nuove, Milano, 2003
- Tian C., *101 Enfermedades tratadas con acupuntura y moxibustion*, Ediciones en lenguas Extranjeras, Beijing, 1992
- Deadman P., Al Khafaji M., Baker K., *Manuale di agopuntura*, C.E.A., Milano, 2000
- Bernard H., *Traité de médecine homeopathique*, Vaden Broele s.p.r.l. Société d'édition, Bruges, 1981
- Dufilho R., *Geografia omeopatica*, C.E.A., Milano, 2000
- Heel, *Ordinatio Antihomatoxica et Materia Medica*, XIV<sup>a</sup> Ed., Guna, Milano, 2006

# L'universo polimorfo delle medicines non convenzionali

Stefania Florindi\*, Francesca Gnudi\*\*

## Introduzione

A che cosa ci riferiamo esattamente quando parliamo di «medicines non convenzionali»? La risposta non è affatto così semplice o così immediata come potrebbe sembrare. Quello delle cosiddette *medicines non convenzionali* costituisce un universo variegato dai confini non ben definiti e delineati che, a seconda del sistema di riferimento/osservazione, assumono dimensioni e caratteristiche differenti.

*Se per un determinato fenomeno sociale è difficile trovare una definizione univoca, si tratta già di un preciso indicatore non solo di complessità semantica e strutturale ma anche, probabilmente, di una pluralità di valenze soggettive ad esso attribuite. [...] Quando gli aggettivi sovrabbondano rivelano il tentativo più o meno manifesto di chi li utilizza di voler imporre la propria definizione del fenomeno, spesso più ideologica che reale: chi le chiama “medicines naturali” o “dolci” intende sottolinearne la presunta valenza non iatrogena, meno rischiosa rispetto alla medicina ufficiale; chi preferisce definirle “olistiche” sembra scordarsi che, forse, non tutte poi lo sono davvero e, soprattutto, che almeno una parte della medicina di origine biomedica ormai si considera tale; chi utilizza l'espressione “non scientifiche”*

*tradisce il proprio intento derogatorio e l'assunzione etnocentrica che la biomedicina costituisca l'unica forma possibile di medicina scientifica nelle società tardoindustriali [Giarelli 2007: 13-14].*

Quelle che qui vengono definite MNC sono da sempre parte integrante del patrimonio culturale della generale pratica di cura variamente utilizzata dall'uomo per recuperare o migliorare il proprio stato di salute. Ci sono state ovviamente nel corso del tempo molte e più o meno profonde trasformazioni all'interno dei vari sistemi di cura, dei differenti paradigmi di riferimento e nell'ambito delle metodologie e delle tecniche utilizzate, ma possiamo affermare che:

*Le medicine considerabili come non convenzionali, o comunque parallele alla medicina ufficialmente riconosciuta, sono dunque sempre esistite e l'emergere della loro visibilità e del loro successo commerciale, non può essere considerato in sé come una caratteristica specifica del nostro tempo, ma piuttosto come una generica relazione tra medicina ufficiale e medicina «altra» che si è storicamente riprodotta in forme diverse nel corso dell'evoluzione della scienza medica [Colombo e Rebughini 2003: 74-75].*

La ormai vasta letteratura di riferimento indica l'esistenza di almeno tre differenti definizioni convenzionalmente riconosciute sia a livello nazionale sia a livello internazionale.

La prima è quella di "Complementary and Alternative Medicine" (CAM), utilizzata per la prima volta nel 1997 durante la Conferenza dell'Office of Alternative Medicine statunitense<sup>2</sup> e che indica:

*La Medicina Complementare e Alternativa (CAM) costituisce un esteso ambito di risorse per la guarigione che abbraccia tutti i sistemi sanitari, le modalità e le pratiche e le teorie e le*



*credenze ad esse relative, considerati altri rispetto a quelli intrinseci al sistema sanitario politicamente dominante in una particolare società o cultura in un dato periodo storico [O'Connor 1997: 50].*

Secondo Giarelli, che riporta e commenta tale definizione [2007: 14], in realtà essa non è completamente adeguata a rappresentare compiutamente l'universo delle MNC per almeno due ragioni principali: da un lato, parlando di sistemi "altri" sembra fare riferimento prevalentemente a quei modelli e quelle pratiche che si pongono in alternativa al paradigma dominante all'interno di una determinata cultura e società, tralasciando in realtà le caratteristiche di complementarità che, di fatto, spesso assumono; dall'altro, la definizione "Medicina Complementare e Alternativa", sottolineando il carattere singolare della definizione stessa, racchiude un indistinto insieme di pratiche e discipline il cui unico tratto distintivo sembra essere semplicemente l'esclusione dall'ambito della medicina allopatrica.

La seconda definizione è quella di "*Medicina Tradizionale*" utilizzata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità:

*La Medicina Tradizionale ha una lunga storia. Rappresenta la somma totale del sapere, delle abilità e delle pratiche basate su teorie, credenze ed esperienze indigene alle differenti culture, sia esplicabili che non, utilizzate per il mantenimento della salute come pure per la prevenzione, la diagnosi, il miglioramento o il trattamento delle malattie fisiche o mentali [WHO 2000: 4].*

Il problema relativo a questa seconda definizione, ci suggerisce sempre Giarelli, nonostante essa possa essere facilmente adattata alla maggior parte delle medicine "altre" non occidentali, in realtà la sua applicazione risulta alquanto ambigua nel contesto occidentale, dove tra le pratiche "indigene" potrebbe essere inclusa anche la stessa biomedicina [Giarelli 2007: 15].

La terza definizione è quella di *“Medicine Non Convenzionali”* (MNC) che ormai viene prevalentemente usata nel contesto europeo. Come afferma lo stesso Autore, questa definizione è preferibile alle altre utilizzate perché: *è quella che appare meno carica di valenze ideologiche sia positive che negative e, quindi, più scientificamente neutrale; ha il pregio di ricordare, per converso, il carattere convenzionale della ortodossia medica ufficiale e del suo processo storico di legittimazione; definisce in modo dinamico e relativo una serie di medicine la cui identità non può che essere indicata in maniera negativa rispetto alla medicina convenzionale. Si tratta infatti di medicine al momento escluse dall'organizzazione formale dei servizi sanitari e dall'insegnamento delle facoltà di Medicina e, in questo senso, il “non convenzionale” è sinonimo di “non ortodosso” e di “altre” rispetto all'identità della biomedicina [ibidem].*

Oltre alle difficoltà descritte nel ricercare una definizione universalmente accettata e valida per indicare il variegato mondo delle MNC, non meno arduo appare il compito di tentare una qualsiasi categorizzazione di tutte le discipline e pratiche che appartengono a questo universo polimorfo. Individuare delle categorie non significa necessariamente voler a tutti i costi sistemare e inquadrare tutte queste diverse pratiche in un rigido schematismo fatto di confini netti ed invalicabili, quanto piuttosto un tentativo di fare un po' d'ordine nella varietà e molteplicità della realtà delle MNC con l'obiettivo di analizzarne in maniera articolata e sistematica le principali caratteristiche, gli elementi che ne influenzano la domanda e l'offerta, la loro posizione rispetto al paradigma biomedico, il posto occupato all'interno della società.

Pienamente consapevoli dunque, dei rischi e dei limiti connessi a qualsiasi proposta di individuazione di tipi, categorie o classi di appartenenza, convinti del fatto che comunque qualsiasi tentativo di sintesi classificatoria è una

mera riduzione di complessità del reale, che in quanto tale rifugge da ogni tipo di standardizzazione, di etichetta, ciò non ci esime dalla possibilità di tentare almeno una lettura, se non esaustiva almeno adeguata, della realtà che ci circonda.

Il *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) definisce quelle che chiama *Complementary and Alternative Medicine* (CAM) come

*un insieme di differenti sistemi medici e di cura, di pratiche e prodotti che attualmente non sono considerati parte della medicina convenzionale. La medicina convenzionale è la medicina così come viene praticata da chi possiede il titolo di M.D. (dottore in medicina) o di D.O. (dottore di osteopatia) e dagli altri professionisti della salute che collaborano con loro, come ad esempio terapeuti fisici, psicologi ed infermieri registrati [il riferimento è ovviamente agli USA, NdA].*

*Alcuni professionisti praticano sia le CAM sia la medicina convenzionale. Mentre esistono alcune evidenze scientifiche riguardanti alcune terapie di CAM, per la maggior parte di loro restano interrogativi per i quali non è ancora stata trovata una risposta attraverso studi scientifici di rilievo, interrogativi che riguardano il grado di sicurezza di queste terapie e la loro possibilità di intervenire positivamente sulle malattie o sulle condizioni mediche per le quali sono utilizzate [NCCAM 2007].*

E propone una distinzione tra cinque categorie di CAM (*Complementary and Alternative Medicine*) [ibidem]:

– i sistemi di medicina alternativa (*Whole Medical Systems*): si tratta di sistemi completi di teorie e pratiche che si sono sviluppate in maniera del tutto indipendente oppure parallela alla medicina allopatrica convenzionale. In molti casi si

tratta di sistemi tradizionali di medicina che vengono praticati da specifiche culture nel mondo. Tra i maggiori sistemi medici orientali troviamo la Medicina Tradizionale Cinese (MTC) e la Medicina Ayurvedica indiana<sup>3</sup>. Tra quelli occidentali troviamo invece l'Omeopatia<sup>4</sup> e la Naturopatia<sup>5</sup>;

– la medicina mente-corpo (*Mind-Body Medicine*): è quella disciplina che si concentra sulle interazioni esistenti tra cervello, mente, corpo e comportamento ed anche sugli effetti attraverso i quali i fattori emotivi, mentali, sociali, spirituali e comportamentali possono esercitare un'influenza diretta sullo stato di salute/malattia. Questo tipo di approccio tende a rispettare e sviluppare le capacità di conoscenza di sé e di autocura di ciascun individuo attraverso l'utilizzo di tecniche di rilassamento, l'ipnosi, il *biofeedback*, il *tai chi*, il *qi gong*, lo *yoga* e la meditazione, per citarne alcuni;

– le pratiche a base biologica (*Biologically Based Practices*): che comprendono una serie eterogenea di pratiche, interventi e prodotti come diete speciali, fitoterapia, terapie ortomolecolari (concentrati chimici di vitamine, magnesio e melatonina, ad esempio) e biologiche (come la cartilagine di squalo ed il polline d'api);

– le pratiche manipolative e basate sul corpo (*Manipulative and Body-Based Practices*): si tratta di un insieme composito ed eterogeneo di pratiche e terapie che comprendono Chiropratica<sup>6</sup> e Osteopatia<sup>7</sup>, il massaggio terapeutico, *Tui Na*, la Riflessologia, il Rolfing, il Metodo Feldenkrais, la Tecnica di Alexander ed altri, che hanno come comune denominatore l'attenzione alle strutture ed ai sistemi del corpo umano, incluse ossa ed articolazioni, i tessuti molli ed i sistemi circolatorio e linfatico.

– le terapie energetiche (*Energy Medicine*): che comprendono pratiche che pongono al centro dell'attenzione i campi

energetici, che sono essenzialmente di due tipi. Da un lato i campi energetici che possono essere misurati e «che utilizzano vibrazioni meccaniche (come ad esempio il suono) e forze elettromagnetiche, incluse la luce visibile, il magnetismo, la radiazione monocromatica (come ad esempio i fasci laser) e raggi provenienti da altre parti dello spettro elettromagnetico. Esse comprendono l'uso di specifiche e misurabili lunghezze d'onda e frequenze per trattare i pazienti.» [ibidem]. Dall'altro i cosiddetti "biocampi", che si fondano sull'idea che gli essere umani siano costituiti anche di una sottile forma di energia, che assume nomi diversi a seconda della cultura di riferimento: è il *qi* della MTC, il *ki* giapponese, i *doshas* della Medicina Ayurvedica, *mana*, *prana*, risonanza omeopatica, solo per citare alcuni esempi. Gli operatori di queste discipline affermano l'esistenza di tale forza vitale che attraverserebbe il corpo di ogni essere umano, anche se non è mai stato possibile misurarla attraverso i normali strumenti a disposizione dei ricercatori.

Dato che questa classificazione è nata e viene utilizzata negli USA con uno scopo specifico, vale a dire quello di assegnazione dei fondi che il NCCAM stanZIA per la ricerca scientifica e la sperimentazione delle diverse MNC, risulta di scarsa utilità per una lettura articolata dell'insieme delle caratteristiche delle differenti MNC.

Un altro tentativo di classificazione è quello adottato dalla *House of Lords* britannica che, muovendo da una logica fondata sul grado di standardizzazione e di istituzionalizzazione professionale di ciascuna disciplina considerata, propone una tripartizione a partire dalla quale imposta poi le sue raccomandazioni relative all'uso/domanda di tali discipline e delle pratiche ad esse correlate (Fig.1).

Il primo gruppo così individuato riguarda le *terapie alternative organizzate professionalmente*, in quanto già professionalizzate (Chiropratica e Osteopatia) oppure in fase di prossima professionalizzazione (Agopuntura, Fitoterapia e

Omeopatia). Il secondo gruppo comprende le *terapie complementari*, vale a dire un insieme composito e variegato che va dalla Tecnica di Alexander, ai Fiori di Bach, allo Shiatsu per arrivare fino allo Yoga, passando attraverso altre pratiche più o meno distanti tra loro e per le quali la Camera dei Lords si limita a raccomandare il rispetto per standard minimi di qualità, come del resto per qualsiasi altra attività medica.

Infine il gruppo delle cosiddette *discipline alternative*, che è a sua volta suddiviso in due sottogruppi: da un lato, troviamo i “sistemi di assistenza sanitaria di antica tradizione” (Medicina Antroposofica, Medicina Ayurvedica, Medicina erboristica cinese, Medicina orientale *Tibb*, Naturopatia e Medicina Tradizionale Cinese); dall’altro, le “altre discipline alternative” (Cristalloterapia, Iridologia, Kinesiologia, Radionica). Le discipline e le pratiche appartenenti a questi due sottogruppi sono quelle considerate più “lontane” rispetto alla biomedicina, maggiormente caratterizzate dall’alterità rispetto al paradigma scientifico dominante e per le quali la Camera dei Lords chiede comunque la introduzione di forme di autoregolamentazione professionale.

Anche questa seconda classificazione, però, non sembra apportare un aiuto significativo per un’analisi approfondita delle differenti caratteristiche delle MNC. Così come del resto anche la definizione utilizzata dalla *Cochrane Collaboration*:

*[...] con il termine di CAM si intende un ampio campo di risorse per la salute che abbraccia tutti i sistemi, le modalità e pratiche sanitarie e le loro teorie di supporto e credenze, che siano distinte da quelle che costituiscono il sistema sanitario politicamente dominante in una particolare società o cultura in un determinato periodo storico.*

*Fig.. 1 – La classificazione delle medicine complementari e alternative proposta dalla House of L*

<p><i>Gruppo 1: Terapie alternative organizzate professionalmente</i></p>	<p>Agopuntura Chiropratica Fitoterapia Omeopatia Osteopatia</p>
<p><i>Gruppo 2: Terapie complementari</i></p>	<p>Tecnica di Alexander Aromaterapia Fiori di Bach Massaggi e altre terapie del corpo Terapia dello stress con counselling Ipnositerapia Meditazione Riflessologia Shiatsu Guarigione Medicina Ayurvedica Maharishi Medicina Nutrizionale Yoga</p>

<p><i>Gruppo 3: Discipline alternative</i></p>	<p><i>3a: Sistemi di assistenza sanitaria di antica tradizione</i> Medicina antroposofica Medicina ayurvedica Medicina erboristica cinese Medicina orientale (<i>Tibb</i>) Naturopatia Medicina tradizionale cinese</p>
	<p><i>3b: Altre discipline alternative</i> Cristalloterapia Iridologia Kinesiologia Radionica</p>




<i>Gruppo 3: Discipline alternative</i>	<i>3a: Sistemi di assistenza sanitaria di antica tradizione</i> Medicina antroposofica Medicina ayurvedica Medicina erboristica cinese Medicina orientale ( <i>Tibb</i> ) Naturopatia Medicina tradizionale cinese
	<i>3b: Altre discipline alternative</i> Cristalloterapia Iridologia Kinesiologia Radionica

Fonte: House of Lords Select Committee on Science and Technology 2000, in Giarelli [2005: 32]

Dopo aver passato in rassegna le classificazioni utilizzate al livello internazionale, consideriamo un più utile tentativo in questo senso effettuato da Colombo e Rebughini in occasione di

una recente indagine sulla diffusione delle MMC in Italia [2003]. I due Autori utilizzano due criteri principali di distinzione del complesso mondo delle MMC: il primo è quello dell'origine culturale ed il secondo è quello delle caratteristiche empiriche della terapia. A partire dal primo principio, essi fanno una distinzione tra il "paradigma orientale" (Medicina Tradizionale Cinese – MTC – Medicina Ayurvedica, Medicina Tibetana) e la "medicina occidentale non allopatrica" (Erboristeria, Fitoterapia, Omeopatia).

In base al secondo principio, distinguono tra:

– le "pratiche mediche magico-carismatiche" (che comprendono le attività svolte da sciamani, guaritori, pranoterapeuti, guide spirituali,...): si tratta di tutte quelle attività che, pur se con origini e peculiarità differenti, condividono l'interesse e l'attenzione per il soprannaturale, la presenza e l'uso di forze ed energie di cui comunque non si riesce a dare una spiegazione;

– il "Bodywork", che include le pratiche manipolatorie e di lavoro sul corpo (Chiropratica, Osteopatia, Rolfing, Tecniche cranio-sacrali, Shiatsu) e le tecniche di lavoro autonomo sul corpo (ginnastiche psicosomatiche, Metodo Feldenkrais, Yoga, Bioenergetica, Tai Chi). Si tratta di un insieme di pratiche corporee, che si rifanno ad antiche tradizioni orientali, cinesi o indiane, oppure ad "invenzioni" occidentali più recenti e che sono accomunate da un'attiva e consapevole partecipazione o azione individuale ed autonoma del paziente in cui l'attenzione è posta principalmente sulla consapevolezza del proprio corpo:

*La guarigione viene ottenuta attraverso un'azione e un lavoro fisico sul corpo, attuato in prima persona o con l'aiuto di un terapeuta a cui è richiesta una specifica abilità manuale [ivi: 102].*

– le "terapie al confine tra cura del corpo e cura della

mente” (Aromaterapia, Cromoterapia, Fiori di Bach e Musicoterapia, tutte pratiche con una forte componente psicologica).

I due Autori aggiungono inoltre una ulteriore categoria che riguarda quelli che vengono considerati come tentativi di sintesi culturale e terapeutica (Antroposofia<sup>8</sup>, Naturopatia e Psicosomatica).

Secondo quanto argomentato da Giarelli [2005 e 2007], per dare conto di tutte le complesse ed articolate relazioni di interconnessione esistenti all'interno del variegato mondo delle MNC, bisognerebbe andare oltre la semplice e semplicistica dicotomia, di matrice etnocentrica, tra convenzionale e non convenzionale ed uscire quindi dagli angusti confini classificatori tra ciò che è e ciò che non è biomedicina.

## **1. Diffusione delle MNC: un'analisi epidemiologica**

### **La situazione statunitense**

Negli Stati Uniti, come riportato anche nel documento dell'Institute for Alternative Futures del 1998 “gli approcci complementari ed alternativi alla salute e alla medicina sono tra gli aspetti in più rapida crescita nell'assistenza sanitaria degli Stati Uniti”. Uno studio condotto nel 1990 da ricercatori dell'Università di Harvard e realizzato attraverso interviste telefoniche, ha messo in luce come oltre un terzo degli americani (33.8%) avesse utilizzato almeno un tipo di terapie non convenzionali nel corso dell'anno precedente (Eisenberg et al., 1998) mentre un secondo studio realizzato dagli stessi autori consistente in un follow up rispetto al primo, riportava dati di prevalenza ancora superiori 42.1% della popolazione (Eisenberg et al., 1998). Tali studi sono

stati molto criticati nel mondo medico: infatti manca una definizione univoca di medicine non convenzionali, e questo produrrebbe una sovrastima del campione. (Gorski, 2002).

Le due survey cui si fa riferimento presentano anche dei limiti relativi alla composizione del campione rappresentato perchè: vi è una netta maggioranza di popolazione di razza bianca rispetto alle minoranze afroamericana, ispanica e asiatica, dovuti sia a problemi linguistici che alla mancanza di telefono. Inoltre possono essere stati causa di bias sia l'incentivo economico elargito ai rispondenti sia l'aver incentrato l'intervista sul solo ricordo del ricorso alla MnC.

Al di là delle critiche metodologiche, dallo studio emerge un quadro dell'utente delle MnC, caratterizzato da queste caratteristiche: sesso femminile, età adulta, livello di istruzione medio alto, reddito elevato, residente per lo più negli Stati occidentali del continente.

Un'altra survey condotta successivamente e realizzata dallo Stadford Centre for Research in Disease Prevention sembra confermare questo profilo (Astin, 1998), sottolineando in particolare il livello di istruzione. Questo influenza l'informazione delle persone sulle proprie malattie e sui possibili trattamenti, rendendo più disponibili a forme di assistenza non tradizionali, ponendo più facilmente in discussione l'autorità dell'operatore tradizionale, possedendo maggiori disponibilità economiche che consentano di utilizzare forme di trattamento come quelle non convenzionali (Austin, 2000).

Dagli studi emerge inoltre che tra le MnC le più diffuse sono: la chiropratica (15.7%), le diete-stile di vita (8%), gli esercizi fisici (7.2%) e il rilassamento (6.9%). Tra le patologie quelle per le quali si fa maggiore ricorso alle MnC sono il dolore cronico, (37%) l'ansietà e la sindrome da affaticamento cronico (31%), gli strappi muscolari (26%), le artriti (25%), i problemi di assuefazioni (25%) e le emicranie

(24%). Il dato che emerge dall'analisi comparata di queste due ultime categorie è che manca una corrispondenza univoca tra patologia e tipo di trattamento utilizzato. Comunque, analizzando le patologie più rappresentate si può osservare come vi sia una prevalenza di forme cronico degenerative con una forte componente psicosomatica.

Il confronto tra queste due indagini mette in evidenza come sia stata, nell'ambito dell'evoluzione temporale osservata (1990 - 1997), un significativo aumento del ricorso alle MnC per patologie quali: le allergie (dall'8.7% al 16.6%), le artriti (dal 17.5% al 26.7%), i problemi digestivi (dal 13.2% al 27.3%) e soprattutto il mal di schiena (dal 35.9% al 47.6%). Si può osservare inoltre un trend in netto aumento in quest'ultimo settennio sia per quanto riguarda la percentuale di popolazione che ha fatto ricorso alle MnC (dal 22.9% al 33.7%) sia per quanto riguarda i diversi tipi di MnC utilizzate: in totale tale incremento va dal 33.8% al 42.1%, mentre per singola terapia si può osservare un incremento per la fitoterapia (dal 2.5% al 12.1%) la massoterapia, (dal 6.9% al 11.1%), le megavitamine (dal 2.4% al 5.5%) i rimedi popolari (dallo 0.2% al 4.2%).

### **La situazione europea**

Per quanto riguarda l'Europa, una survey condotta nel Regno Unito rivela un tasso di prevalenza di utilizzo del 33% tra la popolazione (Thomas et al., 1993 e 1995). Tra le MnC le più utilizzate risultano agopuntura, chiropratica, osteopatia, fitoterapia e omeopatia, mentre il profilo di utente medio prevede una donna di età compresa tra i 35 e 60 anni, status socio economico elevato, con tassi maggiori di prevalenza in Galles, Scozia, e Inghilterra settentrionale.

Nel resto d'Europa i tassi d'incidenza oscillano tra un quinto e quasi la metà della popolazione adulta (Lewith et al.,

1999). La Francia e la Germania risultano i paesi con più alto tasso di utilizzo di MnC (rispettivamente 49% e 46%). Per gli altri paesi si ricordano: il Belgio (31%), la Svezia (25%), la Danimarca (23.2%), Olanda (20%) (Fisher et al., 1994).

### **La situazione italiana**

Secondo l'indagine multiscopo presentata dall'ISTAT nel 2001 il ricorso alle MnC presenta una forte crescita. Dal 1991 al 1997 il numero di persone che si sono affidate almeno una volta a una di queste terapie è raddoppiato nonostante l'Italia si collochi tra i paesi a minore utilizzo di tali procedure rispetto al resto d'Europa.

Anche in Italia sono soprattutto le donne (18.2%) rispetto agli uomini (12.9%). Per quanto riguarda le differenze di genere relativamente all'uso dei singoli rimedi considerati, si riscontra una netta differenza per l'Omeopatia, utilizzata dal 10,1% delle donne rispetto al 6,1% degli uomini e per la Fitoterapia, con il 5,9% delle donne ed il 3,7% degli uomini. Per l'Agopuntura e per i trattamenti manuali invece le percentuali d'uso risultano rispettivamente pari al 3,3% delle donne contro il 2,3% degli uomini e pari al 7,7% delle donne contro il 6,3% degli uomini [ISTAT 2003: 35].

La classe d'età più rappresentata va da 35-44 anni (22.1%); seguono i 45-54enni, mentre la percentuale di utilizzatori di MNC tende a calare tra le fasce d'età anziane (con il 12% degli ultra sessantacinquenni), fatta eccezione per l'Agopuntura, che fa registrare un positivo utilizzo anche da parte degli ultra sessantacinquenni (3,3%) [ISTAT 2003].

Per quanto riguarda i bambini ed i ragazzi fino a 14 anni d'età, il 9,1% è stato sottoposto a trattamenti e terapie di tipo non convenzionale nei tre anni che hanno preceduto l'intervista. Il tipo di trattamento più utilizzato per questa fascia d'età risulta essere l'Omeopatia (7,6%). Pare inoltre

che la maggior parte dei bambini sottoposti a cure omeopatiche appartenga alla classe d'età dai 3 ai 5 anni con una percentuale pari al 9,6%; mentre la percentuale d'uso tende a calare nella fascia d'età tra i 6 e i 10 anni (8,8%) ed in maniera significativa in quella 11-14 anni (5,7%).

L'indagine dimostra inoltre che vi è un maggior avvicinamento a queste pratiche da parte dei laureati (24.1%).

Anche il reddito, quando considerato, risulta correlato alla tendenza all'uso di MNC: all'aumentare del primo aumenta infatti anche il ricorso a terapie non convenzionali [Giarelli 2007: 63]: *Considerati congiuntamente, i due fattori relativi al livello d'istruzione e di reddito sembrano dunque inequivocabilmente indicare una prevalenza di utilizzo delle MNC tra le classi sociali medio-alte, grazie sia ai più elevati livelli di istruzione che di reddito, che consentono loro di poter fruire di maggiori opportunità di accesso a queste opzioni terapeutiche alternative [ibidem].*

Valutando invece la distribuzione geografica si può osservare come la maggior parte di coloro che usufruiscono di tali pratiche vivano nel Nord Est (24.11%) e nel Nord Ovest (20.71%) dell'Italia. Dall'analisi comparata dei tassi di prevalenza relativi all'utilizzo delle MNC in Italia si può affermare che tale pratica risulta ubiquitariamente diffusa con tassi che variano dal 15 al 40%.

Dalla rielaborazione dei dati del censimento nazionale pubblicato dalla Regione Toscana, si può analizzare l'offerta pubblica di MNC all'interno del SSN: in cinque regioni (Trentino Alto-Adige, Marche, Molise, Basilicata, Sardegna) non esiste alcun centro pubblico; nelle regioni del centro-nord, l'offerta appare più concentrata rispetto al sud. In particolare, nel centro-nord, l'offerta è concentrata in quattro regioni: Toscana, Lombardia, Lazio ed Emilia-Romagna.

Tra le MNC erogate risulta sempre presente la MTC, insieme

alla sua pratica elettiva rappresentata dall'agopuntura; seguono l'Omeopatia e l'Omotossicologia.

Anche in Italia il profilo di utente che emerge dall'analisi dei dati è quello di una donna adulta con livelli di istruzione e reddito medio - alti.

### *L'atteggiamento dei medici rispetto alle MNC*

In base alla delibera di Terni (FNOMCeO 2002) in Italia alcune pratiche di MNC possono essere esercitate soltanto da medici essendo state definite ad ogni titolo "atto medico".

Sono stati condotti studi per valutare la posizione dei medici nei confronti delle Mnc. Il Centro di collaborazione con l'OMS per le medicine tradizionali dell'Università degli Studi di Milano nel 1999 ha svolto uno studio con lo scopo di valutare la diffusione delle Mnc e la tipologia dei medici utilizzatori di questa, sottoponendo un questionario a 2000 medici. Il questionario era costituito da una parte generale e da altre tre parti destinate ad omeopati, agopuntori e fitoterapeuti con domande specifiche sulle tendenze dei professionisti nel momento della diagnosi e della prescrizione. Al questionario hanno risposto 737 operatori. Il 53% dei rispondenti erano in possesso di una specializzazione (12% in pediatria, 6% in medicina interna, 5% in anestesia e rianimazione, 4% in ortopedia e medicina dello sport, 26% altre). Il 54% apparteneva ad una fascia di età compresa tra i 41 e i 50 anni, il 38% aveva tra i 30 e i 40 anni. Il 57% risiedeva nel Nord e svolgeva attività professionale propria in centri medi e piccoli (47%). La maggior parte esercitava l'omeopatia (81%), il 45.5% l'agopuntura e il 43% la fitoterapia (Solimene, 1999).

Nel 2001 l'Ordine dei medici di Parma ha realizzato un'indagine mirante a valutare opinioni e comportamenti circa le Mnc. E' stato inviato a tutti gli iscritti all'ordine un



questionario cui ha risposto il 66% della popolazione. L'analisi dei dati ha messo in luce che oltre la metà dei medici intervistati (soprattutto tra le donne) attribuisce una certa utilità alle MnC e circa l'8% la pratica direttamente (Cocconi, 2006).

In Toscana, il punto di vista dei medici è stato studiato dall'Agenzia Sanitaria regionale in collaborazione con la commissione regionale MnC. All'indagine hanno risposto 1801 medici di cui 1484 medici di medicina generale (MMG) e 317 pediatri. Dai risultati dello studio è possibile affermare che, in questa regione, esiste una prudente ma concreta apertura verso le MnC tra i medici e i pediatri di famiglia. L'opinione prevalente è che le MnC rappresentino un complemento alla medicina convenzionale ma non una possibile alternativa ad essa e l'atteggiamento generale più diffuso nei confronti di queste terapie è correlato al tipo e alla gravità della patologia da trattare. Vi è da parte di questi medici un chiaro desiderio di approfondire le conoscenze in questo campo e la maggior parte di essi si dichiara favorevole all'insegnamento di MnC nel corso di laurea in medicina e chirurgia. La maggior parte dei MMG (58%) ed una parte consistente dei pediatri (42%) consigliano ai propri pazienti l'uso delle MnC, mentre il 15% ed il 19%, rispettivamente, la praticano. L'interesse rivolto alle MnC da parte dei MMG e pediatri di famiglia è avvalorato dal fatto che essi ne fanno uso personale, in qualità di pazienti, superiore a quello della popolazione generale Toscana (24% dei MMG e 34% dei pediatri rispetto al 20% della popolazione).

### *La formazione*

Le modalità didattiche offerte dal panorama italiano prevedono corsi, nell'ambito della formazione universitaria, per studenti in Medicina e Chirurgia; corsi di perfezionamento post-laurea che garantiscono al professionista una più

approfondita competenza relativamente ad una specifica disciplina di MNC; master universitari, che rappresentano la più elevata forma di didattica professionalizzante fornita dalle università italiane, escludendo le specializzazioni.

Tra le esperienze attualmente in corso, l'Università degli studi di Firenze, con il sostegno della Regione Toscana ha attivato, nel gennaio 2006, un Master in Agopuntura e Medicina Tradizionale Cinese, in collaborazione con la Beijing University of Chinese Medicine di Pechino. Il Master, a carattere formativo e informativo, si avvale della collaborazione didattica di docenti universitari italiani e cinesi, di esperti medici agopuntori e fitoterapeuti appartenenti ad organizzazioni e scuole facenti capo alla FISA. L'aspetto peculiare del Master è l'integrazione tra la didattica occidentale evidence-based e la pratica tradizionale della disciplina presentata da docenti cinesi.

Questo tipo di approccio didattico consente di portare contenuti e pratiche di medicine tradizionali, quali la MTC, all'interno delle nostre strutture universitarie sollecitando l'interesse dei partecipanti attraverso il filtro della ricerca evidence-based, favorendo così l'avvicinamento ai fondamenti teorici di queste discipline che altrimenti potrebbero apparire bizzarri se non addirittura infondati.

Questo stesso articolo comprensivo di note e bibliografia (che in questa versione abbiamo dovuto eliminare per questioni di spazio) può essere scaricato all'interno della rubrica medicine complementari del sito di Olos e Logos [www.oloselogos.it](http://www.oloselogos.it)

---

# La sindrome da fatica cronica in biomedicina e medicina tradizionale cinese

Alberto Lomuscio\*

## MEDICINA OCCIDENTALE

Fin dal 1982, molti lavori hanno descritto una sindrome da affaticamento cronico nel corso della quale si riscontra la presenza di anticorpi che indicano un'infezione persistente del virus di Epstein-Barr (EBV). Questa sindrome, già intravista nei decenni precedenti, era stata chiamata in vari modi: encefalomyelitis mialgica benigna, malattia islandese, sindrome dello yuppie ("*young urban professional*"), neuromiastenia epidemica, sindrome post-virale, malattia cronica da EBV.

Nel 1986, il gruppo di R.C. Gallo scopre un nuovo virus umano del gruppo *Herpes* nei linfociti del sangue periferico: la sua replicazione era particolarmente attiva nei linfociti B e per questo è stato chiamato virus umano B linfocitotropico (HBLV). In effetti questo virus può replicarsi in diversi tipi di linee cellulari, comprese le linee linfocitarie T. Il nome adottato oggi è quello di herpes virus 6 umano (HHV6). Inizialmente rinvenuto tra i pazienti con sindrome linfoproliferativa, questo virus è stato poi trovato anche nei soggetti con sindrome da fatica cronica.

I caratteri fisici e molecolari dell'HHV6 sono quelli di un virus del gruppo *Herpes*. Di grandi dimensioni, è formato da un

rivestimento periferico e da un "core" di forma icosaedrica che contiene il genoma virale costituito da una doppia catena di DNA. Il DNA virale e le proteine virali non sono quasi per nulla analoghe agli *herpes* umani e animali noti. Diversamente dal virus di *Epstein-Barr*, l'HHV6 ha un effetto citopatico, senza effetti sui linfociti B. Restano a tutt'oggi molte incognite riguardo al ciclo di replicazione virale, l'esistenza di uno stato di latenza sotto forma di DNA integrato e il ruolo di geni regolatori. La risposta immunitaria specifica nei confronti di questo virus è ancora in gran parte sconosciuta. Si sa che esso induce la comparsa di anticorpi diretti contro il rivestimento.

L'evidenziazione dell'HHV6 non è di pratica corrente e si basa sulle tecniche seguenti:

- isolamento del virus a partire dai linfociti ematici, dalla saliva o dai tessuti linfonodali,
- evidenziazione del genoma virale a livello cellulare mediante ibridazione in situ o Southern blot,
- individuazione di anticorpi anti-HHV6 di tipo IgM o IgG mediante immunofluorescenza indiretta su una linea infettata.

L'incidenza dell'infezione dal HHV6 è poco nota. I primi studi sierologico-epidemiologici suggerivano che questa si ritrovava raramente nell'uomo. In effetti, i dati recenti mostrano al contrario una sieroprevalenza elevata negli USA e in Europa: presenza di anticorpi nel 40-70% della popolazione normale, fin dai primi anni di vita, con riduzione del tasso di anticorpi con l'età. Si tratta quindi di un'infezione ubiquitaria e precoce.

L'isolamento del virus e l'individuazione di anticorpi anti-HHV6 a un tasso elevato nei pazienti con sindrome da fatica cronica hanno indotto a pensare a un nesso di causalità tra questo virus e la comparsa di questa entità clinica mal definita. In effetti, l'entusiasmo iniziale deve essere

temperato tenendo conto dei dati sierologico-epidemiologici recenti nella popolazione normale. Può trattarsi di un epifenomeno che esprime la riattivazione di un'infezione latente da virus HHV6 che a sua volta provoca un'iperattivazione dei linfociti B con un aumento di numerosi anticorpi antivirali.

La responsabilità dell'HHV6 (infezione primaria o riattivazione virale) è stata chiamata in causa in numerose situazioni cliniche, ma senza una prova definitiva: oltre che nella sindrome da fatica cronica, nella sindrome mononucleosica EBV negativa, nella sarcoidosi, nella sindrome di Sjogren, nell'esantema critico, e anche come cofattore durante l'infezione da HIV. La sua presenza in corso di un piccolo numero di linfomi è dimostrata più chiaramente. In realtà l'HHV6 è ancora un virus "orfano", alla ricerca di una malattia precisa o di un altro virus col quale potrebbe essere associato.

Questa sindrome colpisce più frequentemente soggetti tra i 20 e i 40 anni, con predominanza per il sesso femminile. È costituita dalla diversa combinazione di sintomi non specifici: l'astenia è costante, ribelle al riposo, impedisce o riduce l'attività quotidiana abituale. Possono associarsi febbre moderata (non oltre i 38.5°C), faringite, artralgie, mialgie, cefalea, poliadenopatie. Vengono spesso proposte consulenze psichiatriche e trattamenti ansiolitici o antidepressivi che restano spesso senza risultato. Più raramente vengono segnalate turbe gastro-intestinali, vertigini, turbe visive, turbe del sonno, un certo dimagrimento. Ovviamente, non esiste alcuna patologia sottostante che possa spiegare queste turbe. Infine, a parte una poliadenopatia, l'esame clinico è normale. In anamnesi si ritrova spesso una mononucleosi infettiva, ma questo dato non è costante. Si osserva spesso una deformazione dei globuli rossi che potrebbe indicare una turba della microcircolazione. Gli altri esami di laboratorio sono invece normali. Gli studi virologici e immunologici possono invece fornire importanti

informazioni: è noto che nella maggior parte degli adulti si è avuta un'infezione asintomatica da EBV che dà origine ad anticorpi contro l'antigene nucleare, contro l'antigene del nucleocapside virale, e contro l'antigene precoce della replicazione virale. La sierologia dei pazienti con sindrome da fatica cronica presenta alcune peculiarità:

- presenza di anticorpi anti-nucleocapside virale di tipo IgM, espressione di una riattivazione endogena dell'EBV;
- presenza di anticorpi anti-nucleocapside virale di tipo IgG a tassi significativamente superiori ai controlli, come anche per gli anticorpi contro l'antigene della replicazione virale di tipo IgG;
- gli anticorpi contro l'antigene nucleare di tipo IgG sono spesso assenti, contrariamente ai controlli, che indicano un'immunodeficienza specifica per l'EBV: forse si deve ascrivere questo fatto a un deficit selettivo di IgG3 segnalato nei pazienti da parte di alcuni Autori.

I test di sensibilità cutanea sono normali, né vi sono particolarità di tipo linfocitario.

Gli orientamenti attuali stanno rapportando questa patologia alla presenza attiva del virus di *Epstein-Barr* (o forse di altri virus) in un organismo incapace di liberarsene o quanto meno incapace di renderlo inattivo.

La persistente presenza del virus agirebbe attraverso la produzione continua di interferoni di cui si sa che l'utilizzazione terapeutica produce effetti abbastanza simili alla sindrome da fatica cronica. Si è anche notata la presenza in eccesso di 2-5-oligoadenilato sintetasi, enzima specifico della produzione di interferoni, nei pazienti affetti da questa sindrome. Tuttavia, si può anche considerare che i numerosi marcatori della presenza virale sono soltanto un epifenomeno, potendo diversi fattori eziologici (altri virus, agenti tossici) essere in causa nella riattivazione di

un'infezione latente da EBV. Nessuna terapia antivirale è efficace. Tentativi isolati di perfusione di gammaglobuline avrebbero apportato un certo miglioramento.

## **MEDICINA TRADIZIONALE CINESE**

Dal punto di vista della Medicina Tradizionale Cinese, la distinzione tra "vera" sindrome da fatica cronica e altre forme di fatica cronica post-virale è irrilevante.

Qualsiasi tipo di fatica post-virale, sia essa una sindrome da fatica cronica o no, può essere interpretata alla luce degli stessi concetti energetici.

### **Eziopatogenesi**

La sindrome da fatica cronica riconosce tre principali fattori eziopatogenetici:

- fattori patogeni residui;
- calore latente;
- quadro di *Shao Yang*.

### ***Fattori patogeni residui***

Se il Vento, dopo aver invaso l'organismo non viene adeguatamente eliminato, o se il paziente non si riposa adeguatamente durante l'invasione acuta del Vento, il fattore patogeno può restare nell'interno, trasformandosi in Calore o in Umidità-Calore, e può provocare due situazioni: o continua a produrre sintomi oppure predispone il paziente a ulteriori attacchi delle energie patogene esterne in quanto ostruisce la normale diffusione e discesa dell'energia del Polmone.

Inoltre, si avrà un progressivo indebolimento del *Qi* e/o dello Yin, con creazione di un circolo vizioso.

In effetti, l'Umidità-Calore rappresenta un fattore patogeno residuo molto frequente dopo una malattia febbrile. Ciò è provocato da due cause fondamentali: in primo luogo, durante una malattia febbrile i normali movimenti della Milza (ascendente) e dello Stomaco (discendente) risultano capovolti, per cui il *Qi* di Stomaco non scende, e i liquidi torbidi non vengono trasformati; e il *Qi* di Milza provoca formazione di Umidità che ristagna. In secondo luogo, il Calore fa evaporare i liquidi organici che lasciano, come sedimento, ulteriore Umidità e Catarri. Così, una volta formatasi, l'Umidità tende ad autoperpetuarsi, in quanto essa danneggia ulteriormente la Milza (che ama la Secchezza), con conseguente ulteriore formazione di Umidità, e il circolo vizioso è completo.

Anche gli antibiotici rappresentano una delle cause più importanti di fattori patogeni residui: essi sono sì in grado di distruggere i batteri, ma dal punto di vista della Medicina Tradizionale Cinese tendono anche a bloccare i fattori patogeni all'interno senza permettere la liberazione dell'esterno nelle fasi iniziali della malattia, e senza permettere di liberarsi del Calore-Umidità residuo nelle fasi più tardive. È stata ideata una bella similitudine degli antibiotici da JHF Shen: se noi sentiamo entrare un ladro in casa di notte, abbiamo due possibilità: o facciamo rumore, in modo che il ladro scappi senza rubare nulla, oppure prendiamo un'arma e gli spariamo.

Se consideriamo che il ladro è il batterio e la casa il nostro organismo, il fucile è "l'antibiotico" e la creazione del rumore "l'attivazione delle nostre difese organiche". Se scegliamo la prima opzione, il ladro scapperà senza rubare nulla e senza lasciarci col problema di un cadavere in casa (fattore patogeno residuo): questo è il punto di vista della Medicina Tradizionale Cinese senza scordare che sparando nel



buio potremmo colpire, oltre al ladro, anche un nostro familiare (che nell'esempio rappresenta i batteri saprofiti utili al nostro organismo).

L'antibiotico, tra l'altro, lede lo *Yin* di Stomaco, come è confermato dalla scomparsa dell'induito linguale e dall'arrossamento della lingua in corso di antibioticoterapia.

### **Calore latente**

Nelle "*Domande semplici*", al Capitolo III, si legge: "*Se il freddo penetra nel corpo in inverno, verrà fuori come calore in primavera*", e ciò significa che talora un fattore patogeno (come il Freddo), quasi sempre veicolato dal Vento, può entrare nel corpo senza dare sintomi al momento, ma trasformarsi in Calore e dare sintomi solo dopo mesi. Il Calore latente tende a ledere il *Qi* e/o lo *Yin*, ancora una volta provocando un circolo vizioso.

Il Calore latente può emergere spontaneamente, oppure essere spinto a emergere da un nuovo attacco del Vento perverso, oppure ancora può essere spinto alla superficie da fattori scatenanti di tipo psichico.

La ragione per cui il Vento perverso non dà sintomi subito, ma solo dopo mesi, risiede molto spesso nel deficit di Rene: se infatti le condizioni generali, e soprattutto quelle del Rene, sono buone, i sintomi appariranno nel momento in cui il Vento perverso entra, e la malattia verrà sgominata senza lasciare residui latenti.

Se il Rene è in deficit, il *Qi* organico non saprà opporsi al Vento esterno, il quale potrà entrare indisturbato e senza sintomi di allarme, per poi trasformarsi in Calore e uscire successivamente.

D'altro canto, il deficit di *Qi* di Rene spiega anche la

carezza di difese immunitarie contro il virus in questione, poiché è il Rene, appunto, che produce l'energia difensiva (*Wei qi*).

### **Quadro di Shao Yang**

Sia i fattori patogeni residui (punto 1), sia il Calore latente (punto 2) possono assumere la forma del quadro di *Shao Yang*, che non è in realtà una terza forma eziopatogenetica, ma piuttosto un'evoluzione delle prime due.

I fattori patogeni possono talora rimanere incarcerati in un livello energetico intermedio (lo *Shao Yang*, appunto), dove possono ristagnare a lungo: se rimanessero infatti nel *Tai Yang*, verrebbero espulsi rapidamente perché il *Tai Yang* apre verso l'esterno; se rimanessero nello *Yang Ming*, che apre verso l'interno, verrebbero rapidamente spostati, e la forma clinica si trasformerebbe comunque.

Questa modalità si verifica quando le condizioni generali del soggetto sono troppo deboli al momento dell'invasione della noxa esterna.

### **Terapia**

Per trattare adeguatamente la sindrome da fatica cronica, è molto importante distinguere preventivamente se l'aspetto predominante sia il fattore patogeno (quadro di pienezza), oppure il deficit di energia organica (quadro di vuoto).

Se infatti noi tonifichiamo il *Qi* quando domina il fattore esterno, o se al contrario aggrediamo il fattore esterno quando è in causa un deficit di *Qi*, la malattia può anche peggiorare.

Uno degli elementi che ci consente di distinguere se sia più

in causa una pienezza o un vuoto è il polso: vi sarà deficit di *Qi* (vuoto) se il polso è debole o fine, mentre dominerà il fattore patogeno (pieno) se il polso è pieno, duro o scivoloso.

## **Clinica**

Si riconoscono 3 forme da pienezza e 3 da vuoto:

### A. Pienezza.

- Calore latente nell'interno,
- Calore-umidità nei muscoli,
- Quadro di *Shao Yang*.

### B. Vuoto

- Deficit di *Qi*,
- Deficit di *Yin*,
- Deficit di *Yang*.

## ***Calore latente nell'interno***

*Sintomi*: fatica muscolare con lieve o nulla dolenzia, sete, insonnia, tosse con scarso escreato giallastro, dispnea da sforzo, perdita di peso, gola secca.

*Lingua*: rossa con induito giallastro, più rossa nella parte anteriore.

*Polso*: rapido e leggermente duro.

*Note*: questa forma compare solo per pochi mesi, poi lascia il posto alla seguente, oppure consuma lo *Yin* portando a un

deficit di Yin. Il Calore è nascosto prevalentemente nel Cuore e nel Polmone.

*Terapia:* eliminare il Calore interno.

- GV 14: elimina il Calore, soprattutto se cronico,
- TE 5 e GI 11: eliminano il Calore,
- LU 10 e HT 8: tolgono il Calore dal Polmone e dal Cuore, rispettivamente, – SP 6: nutre lo Yin.

### ***Calore-umidità nei muscoli***

*Sintomi:* mialgie intense, astenia e sonnolenza, pesantezza del corpo o della testa, fatica muscolare anche dopo lievi sforzi, inappetenza, oppressione toracica o epigastrica, gusto appiccicoso, mancanza di concentrazione e intontimento, turbe della memoria a breve termine, cefalea sorda.

*Lingua:* induito giallastro e denso.

*Polso:* scivoloso.

*Note:* Se il Calore domina, si avrà sete, urine giallo-carico, xantorrea, muco intestinale, bruciore anale, talora proctorragia, sudorazioni notturne. Se l'Umidità-Calore interessa la Cistifellea e il Fegato, si avrà gusto amaro in bocca, ipocondralgie, talora ittero. Se l'Umidità-Calore interessa la Vescica, si avrà difficoltà a urinare, urine torbide e stranguria.

*Terapia:* eliminare l'Umidità e il Calore.

- SP 9, SP 6 e BL 22: eliminano l'Umidità.
- CV 12 e CV 9: regolano la trasformazione dei liquidi.
- GI 11: elimina il calore-umido.

- SP 3 e ST 8: eliminano l'Umidità dalla testa.
- TE 7 : elimina il dolore dei muscoli da Calore.
- GV 14: elimina il Calore, soprattutto quello latente.

### ***Quadro di Shao Yang***

*Sintomi:* febbre alternata a brividi (la febbre può anche essere assente, ma trattarsi solo di una sensazione di febbre), tensione costale e ipocondriaca, inappetenza, irritabilità, gola secca, nausea, gusto amaro, visione confusa.

*Lingua:* induito bianco-giallastro scivoloso su un lato solo.

*Polso:* duro.

*Terapia:* ripulire lo *Shao Yang*.

- TE 5 e GV 14.

### ***Deficit di Qi***

*Sintomi:* astenia peggiore al mattino, lievi mialgie, fatica muscolare per lievi sforzi, respiro corto, voce debole, sudorazioni diurne, inappetenza, lieve distensione epigastrica e addominale, feci molli, palpitazioni (se c'è deficit di *Qi* di Cuore), pollachiuria (se c'è deficit di *Qi* di Rene).

*Lingua:* pallida.

*Polso:* vuoto.

*Terapia:* tonificare il *Qi*, espellere i fattori patogeni.

- ST 36, SP 6, BL 20 e BL 21: tonificano la Terra.

- LU 9, GV 12 e BL 13: tonificano il *Qi* di Polmone.
- HT 5: tonifica il *Qi* di Cuore.
- CV 6: tonifica il *Qi* in generale.
- GI 10 tonifica il *Qi* e insieme a ST 36 elimina il dolore e la fatica muscolare.
- GV 20: fa salire lo *Yang* e migliora l'umore.

## ***Deficit di Yin***

### *Sintomi:*

Deficit di Polmone-Yin: gola secca, tosse secca, astenia intensa, dispnea e voce rauca, febbre pomeridiana, sudorazione notturna, calore ai 5 cuori, flush agli zigomi.

Deficit di Stomaco-Yin: bocca secca, inappetenza, feci secche, lieve dolenzia epigastrica, flush agli zigomi, sete senza desiderio di bere.

Deficit di Rene-Yin: lombalgie sorde, depressione, scarsa volontà, gambe e ginocchia deboli, vertigini, tinnitus, ipoacusia, secchezza delle fauci che peggiora di notte, sudorazioni notturne, flush agli zigomi, risvegli notturni, magrezza.

### *Lingua*

Deficit di Polmone-Yin: rossa, senza induito anteriore, crepacci nella zona del Polmone.

Deficit di Stomaco-Yin: normale il colore, crepaccio nel centro, dove manca l'induito, o crepacci trasversali sui lati che indicano deficit di Milza-Yin o di *Qi* di Milza.

Deficit di Rene-Yin: rossa, senza induito.

*Polso*: Deficit di Polmone-Yin: fine e rapido, o vuoto. Deficit di Stomaco-Yin: idem. Deficit di Rene-Yin: idem.

*Terapia*: Deficit di Polmone-Yin: nutrire lo Yin, generare i liquidi, rinforzare il Polmone.

– LU 9 e CV 17: tonificano Yin e *Qi* di Polmone.

– BL 43: nutre il Polmone-Yin.

– BL 13 e GV 12: tonificano il *Qi* di Polmone.

– CV 12, ST 36 e SP 6 tonificano la Terra, madre del Polmone e generano liquidi; inoltre, CV 12 tonifica il Polmone perché il canale del Polmone parte da questo punto.

– GV 20 rischiarava il cervello e l'umore.

Deficit di Stomaco-Yin: nutrire lo Yin, rinforzare la Terra.

– CV 12, SP 6, ST 36: già detti.

– ST 44: toglie il calore gastrico.

– GV 20: già detto.

Deficit di Rene-Yin: nutrire lo Yin, rinforzare il Rene e la volontà.

– KI 3: nutre il Rene.

– LU 7 e KI 6: in combinazione, aprono Vaso Concezione, nutrono il Rene e umidificano la gola.

– CV 4 e SP 6: nutrono il Rene-Yin e beneficiano i liquidi.

– BL 23 e BL 52 rinforzano la volontà (in combinazione).

– GV 20: già detto.

### ***Deficit di Yang***

*Sintomi:* lombalgia, ginocchia fredde, freddolosità, pallore, impotenza, eiaculazione precoce, poliuria pallida, apatia, edema malleolare, infertilità.

*Lingua:* pallida, edematosa, umida.

*Polso:* debole e profondo.

*Terapia:* tonificare lo Yang, scaldare il Rene.

- BL 23 e GV 4: scaldano il Rene Yang.
- CV 4: in moxa, idem (senza moxa, tonifica il Rene-Yin).
- KI 3 e KI 7: idem.
- BL52: rinforza la volontà.
- GV 20: già detto.

*Nota:* il deficit di Yang può accompagnarsi ai segni di deficit di Milza-Yang, che talora sono predominanti.

---

**Emilia Romagna – Per un  
programma sperimentale  
regionale sull'integrazione  
delle medicine non**



# convenzionali nei percorsi assistenziali del SSN

Guido Giarelli\* Francesco Cardini\*

Sin dai suoi esordi negli anni '90, l'utilizzo del termine "integrazione" per delineare l'articolazione delle medicine non convenzionali con la biomedicina (1) ha sofferto di una fondamentale ambivalenza sul piano concettuale, che si è riflessa poi inevitabilmente anche sul piano operativo.

Già nella sua definizione, infatti, il concetto di "medicina integrata" non appare chiaro e univocamente definito. Vi è chi ritiene che la medicina integrata (o integrativa, come viene definita negli Stati Uniti) consista nel praticare la medicina in un modo che selettivamente incorpori elementi della medicina complementare e alternativa entro programmi terapeutici comprensivi accanto ai metodi di diagnosi e terapia solidamente ortodossi (Rees, Weil, 2001). Così delineata, la medicina integrata/integrativa sembrerebbe dunque una forma di incorporazione selettiva di elementi delle MNC all'interno di una biomedicina rigidamente fondata sull'ortodossia evidence based. Si tratta di una strategia di cooptazione (Kelner et al., 2004) o di inclusione subordinata come è stata definita da altri (Colombo, Rebughini, 2006) che non rimette in discussione il sapere e la pratica clinica biomedica convenzionali e che riduce le medicine non convenzionali a strumento complementare (Giarelli, 2005).

L'accezione di medicina integrata a cui si fa riferimento in questo documento non è semplicemente un sinonimo di medicina complementare, ma ha un significato e una missione più ampi, i cui punti di forza sono:

- la considerazione del paziente come un'unità inscindibile mente-corpo, e l'inclusione di entrambe queste dimensioni

nella diagnosi e nel trattamento;

- la massima individualizzazione dell'approccio alla persona, considerata nella sua integrità bio-psichica;
- il focus sulla "salutogenesi" oltre che sul trattamento della malattia; pazienti e medici sono coinvolti nel lavoro di mantenimento della salute prestando attenzione al sostegno alle risorse biologiche e psichiche della persona in cura e ai fattori legati agli stili di vita come la dieta, l'esercizio fisico, la qualità del riposo e del sonno, e la natura delle relazioni sociali (Rees, Weil, 2001);
- l'attenzione alle preferenze del paziente, ai fattori culturali e di contesto;
- la complessità dell'intervento, non riconducibile esclusivamente al trattamento farmacologico.

È evidente come questa seconda accezione risulti profondamente diversa e in sostanziale contraddizione con la precedente: anziché ridursi a incorporazione selettiva e subordinata di elementi complementari alla biomedicina evidence based, qui la medicina integrata diviene l'occasione per un ripensamento e una rimessa in discussione del sapere e della pratica medica che coinvolgono l'approccio al malato, il suo ruolo così come quello del terapeuta e la natura stessa dell'incontro terapeutico (vedi anche Roberti di Sarsina, 2011).

È necessario sottolineare che i punti di forza elencati poco sopra non sono una caratteristica esclusiva degli approcci non convenzionali, ma costituiscono tendenze presenti anche in campo biomedico, particolarmente in settori quali le cure primarie, l'assistenza a patologie croniche e l'oncologia. Infatti l'approccio olistico (detto di volta in volta anche sistemico, connessionista, o umanizzante delle cure) è possibile a prescindere dal paradigma medico o dall'ambito disciplinare del professionista della cura. Esso rappresenta un requisito della buona medicina in generale, in

contrapposizione all'approccio "riduzionistico", tendente alla cura della parte malata e favorito dalla superspecializzazione del professionista e dal sovra-utilizzo della tecnologia sia per la diagnosi che per la terapia.

Nel contesto delle società cosiddette affluenti, il modello dominante è oggi quello di una medicina farmaco-dipendente e tecno-dipendente, che tende a concepire la salute come ottimizzazione del rischio (Illich, 1999) e che, di conseguenza, punta in modo esplicito all'industrializzazione delle cure. Con il supporto di gran parte dell'apparato mediatico, essa alimenta nel pubblico l'illusoria aspettativa che qualsiasi limite di efficacia della prevenzione e della cura possa essere superato (Bobbio, 2010).

Questo modello vive una duplice crisi: di sostenibilità economica (argomento che non verrà approfondito in questa sede) e di valori, primo fra tutti il mancato riconoscimento che la cura è prima di tutto una relazione umana, e che sulla qualità di questa relazione si basa buona parte della sua efficacia. Va qui sottolineato come la tendenza all'industrializzazione della medicina ha come prima vittima il tempo della cura, progressivamente ridotto e frammentato, a danno non solo del paziente ma anche dell'agente della cura, e (ovviamente) della relazione tra i due.

È indubbio che, in tale contesto, le MNC sono state e sono portatrici di visioni e di messaggi controcorrente, quali la riconciliazione con i ritmi (i tempi!) e le inevitabili esigenze della natura, la restituzione alla relazione medico-paziente di un ruolo centrale nella cura, la promozione della salute mediante azioni positive sugli stili di vita e il contrasto all'attuale dannoso, oltre che costosissimo, sovra-utilizzo delle tecnologie.

Tuttavia, la crescente diffusione dell'utilizzo di medicine non convenzionali nelle società occidentali in questi ultimi decenni ha portato alla luce anche alcuni limiti loro propri,

primo fra tutti la scarsa propensione a sottoporsi a valutazione di efficacia. Ciò purtroppo tende a verificarsi anche nelle rarissime e fortunate occasioni in cui si sono offerte condizioni ottimali per tale valutazione, cioè quando sono disponibili risorse sufficienti e metodologie di ricerca appropriate per valutare outcome complessi, salvaguardando nel contempo l'autenticità e l'integrità dei trattamenti in esame. Questa scarsa propensione (per la verità non egualmente distribuita nel vasto e molto variegato arcipelago delle MNC) rappresenta una palla al piede rispetto alla possibilità di compiere il salto decisivo da fenomeno con impatto prevalentemente culturale – filosofico – ideologico, a fenomeno in grado di irrompere nella pratica della medicina con le sue provocanti novità, conquistandosi gli spazi che merita e rinunciando a quelli che non merita affatto. A tutt'oggi infatti, data la relativa scarsità delle evidenze disponibili, non si ha ancora un'idea chiara di quale sia lo spazio che le pratiche delle MNC possano/debbero occupare (indicazioni, controindicazioni, limiti nel loro utilizzo) e ciò non può che dare ampio spazio all'autoreferenzialità degli esperti e alla proliferazione delle pratiche più fantasiose nei campi più vari, a danno di quel paziente che tutti affermano di voler mettere al centro della propria azione di prevenzione e cura.

È da segnalare a questo punto quanto breve sia la distanza tra autoreferenzialità e concezione paternalistica della cura. Quest'ultima a sua volta è funzionale alla riduzione della salute a merce (piuttosto che alla sua elevazione a diritto) e, di conseguenza, alla conferma delle disuguaglianze nell'accesso alle cure. È evidente come il campo delle MNC sia tutt'altro che esente da queste problematiche, sulle quali, negli ultimi decenni, il dibattito è stato invece assai serrato (anche se con esiti assai incerti) in campo biomedico.

È altrettanto evidente da queste considerazioni come nessun modello possa rivendicare una totale verginità, o peggio il

ruolo salvifico di “nuovo” in contrapposizione al “vecchio”. Al contrario, premessa indispensabile perché un processo di integrazione possa innescarsi è la condivisione dell’idea che ogni modello presenta aspetti positivi e utili, ma anche carenze e difetti. L’integrazione non potrà svilupparsi a partire da auto-referenzialità, auto-promozione, lotta tra modelli esclusivi, difesa a oltranza del proprio orticello, sia esso convenzionale o non convenzionale. Al contrario, è necessario unire le energie, valorizzare tutte le risorse disponibili, promuovere competizioni virtuose, conservare e trasmettere ogni preziosa differenza e specificità, ma anche – nel disegno dei percorsi assistenziali e dei pacchetti di cura – essere pragmaticamente disponibili alla contaminazione e selezionare il meglio.

Chiariti questi aspetti, possiamo tornare ai concetti di partenza e approfondire ulteriormente l’analisi: se l’accezione di “medicina complementare” non appare particolarmente problematica per la biomedicina, perché lascia sostanzialmente inalterato il sistema sanitario, quella di “medicina integrata” diventa davvero una sfida potenzialmente in grado di ridisegnarne i contorni (Maizes, Caspi, 1999). Infatti, laddove la prima accezione tende a ridursi a un problema di razionalizzazione dell’esistente, di assimilazione (2) delle MNC al linguaggio e al modus operandi biomedici, in fondo, banalizzandola, la seconda accezione consiste in un processo sincretico e, come tale, sostanzialmente creativo. Essa non può essere semplicemente il risultato della combinazione o giustapposizione dell’esistente:… la medicina combinatoria (le medicine alternative e complementari aggiunte a quella convenzionale) non è integrativa. La medicina integrativa costituisce un sistema di ordine superiore dei sistemi di cura che enfatizza il benessere e la guarigione dell’intera persona (nelle sue dimensioni bio-psico-sociali e spirituali) come obiettivi primari, attingendo sia dagli approcci convenzionali che da quelli alternativi e complementari, nel contesto di una relazione medico-paziente

di sostegno ed efficace (Bell et al., 2002).

Il problema quindi è quello del superamento di un'ambivalenza costitutiva, in quanto tale di difficile risoluzione: quello di una intrinseca dialettica tra pluralismo e incorporazione. Si tratta di un trade off tra due polarità difficilmente conciliabili. Privilegiando il polo del pluralismo si tende a creare un settore parallelo e separato delle MNC, a tutto discapito di una effettiva integrazione. Privilegiando il polo dell'incorporazione, si tende a inglobare in forme omologanti le MNC nel sistema di medicina convenzionale, a tutto discapito del mantenimento della loro peculiare differenza identitaria.

La medicina integrata come processo sincretico apre dunque un orizzonte di ridefinizione del paradigma biomedico che costituisce l'ipotesi di lavoro sulla quale questo progetto intende muoversi, considerando l'incontro con le MNC lo stimolo e l'occasione per un suo ripensamento profondo nella direzione di una medicina centrata sulla persona e sulla relazione di cura (care) (vedi anche Roberti di Sarsina, 2010). Su questa strada, è possibile individuare i tre nodi fondamentali del processo di integrazione stesso, "i tre livelli-problema" dell'integrazione (Giarelli, 2005):

- al livello micro – è la dimensione clinica dell'integrazione ad essere messa a fuoco, consentendo di ripensare lo stesso incontro terapeutico nelle sue caratteristiche più assodate: dalle modalità diagnostiche al percorso terapeutico, dalla relazione medicopaziente al problema della malpractice e della gestione del rischio clinico;
- al livello meso – è la dimensione organizzativa dell'integrazione a innescare una revisione profonda della tradizionale divisione gerarchica di tipo professionale del lavoro sanitario e dell'attuale tendenza all'industrializzazione della cura; l'espansione del continuum dell'assistenza sanitaria consente infatti di includere in

esso forme di lavoro sanitario non biomedico secondo una logica funzionale di tipo multiprofessionale e interdisciplinare e riporta al centro dell'attenzione il problema del tempo della relazione e della cura;

- al livello macrosociale – è la dimensione strutturale dell'integrazione a consentire di interrogarci sulle nuove modalità di interazione che i diversi attori collettivi coinvolti – professioni sanitarie, Stato, opinione pubblica, complesso sanitario-industriale – mettono in atto nell'ambito di un sistema sanitario che sembra tornare ad essere pluralista, anche se in un senso probabilmente diverso da quello che aveva prima del lungo periodo di egemonia biomedica.

A ciascuno dei tre livelli-problema è necessario individuare i nodi critici e, conseguentemente, i metodi e gli strumenti più opportuni che consentano di affrontarli in maniera adeguata. A livello micro-clinico, sono il lavoro clinico e il rapporto con il paziente le due variabili fondamentali che possono consentire di analizzare come cambiano le modalità diagnostiche, terapeutiche e inferenziali del lavoro clinico, nonché le principali caratteristiche della relazione terapeutica quale conseguenza della scelta di integrazione: che cosa significa realmente una medicina olistica centrata sul paziente nella concretezza del lavoro clinico quotidiano? quali nuove modalità diagnostiche e terapeutiche comporta? come cambia la logica inferenziale del ragionamento clinico in conseguenza di una comprensione più globale del problema di salute del paziente? e quale nuovo ruolo il paziente stesso è chiamato davvero a svolgere, al di là di ogni appello retorico, nella relazione terapeutica?

A livello meso-organizzativo, un processo di integrazione di tipo sincretico e centrato sul paziente (de Bruyn, 2003) dovrebbe implicare un approccio che rimetta in discussione il tradizionale modello di organizzazione del lavoro sia di tipo gerarchico-verticale che funzionale-specialistico, per

costruire forme di collaborazione orizzontale nelle quali i diversi professionisti operano in équipe con modalità paritarie e disciplinarmente integrate (Giarelli, 2005; Leach, 2006): le diverse forme di équipe multiprofessionale e interdisciplinare possono assumere varie modalità a seconda dei casi trattati e dei contesti organizzativi, disponendosi lungo una sorta di continuum che va da forme di tipo semplicemente consultivo-collaborativo a forme di effettiva integrazione interdisciplinare (Boon et al., 2004).

Infine, a livello macro-strutturale, sono le problematiche di regolamentazione/autoregolamentazione, accreditamento, formazione, organizzazione professionale oggi tanto discusse a costituire il quadro di riferimento istituzionale indispensabile per definire la cornice entro cui la medicina integrata possa operare in maniera legittimata.

Lo spazio concreto reso disponibile a tutt'oggi dalle politiche relative alle medicine non convenzionali deliberate dalla Regione Emilia-Romagna consente di sperimentare modelli di integrazione relativamente ai primi due livelli-problema, con l'obiettivo di mettere a disposizione dei decisori istituzionali concrete esperienze che orientino le future scelte del livello macro-strutturale.

## **Note**

1. In questo documento il termine "biomedicina" è sinonimo di "medicina convenzionale" ed intende indicare il modello scientifico di medicina oggi dominante.
2. Colombo e Rebughini (2006, p. 69-72) ben analizzano alcune delle strategie di assimilazione più diffuse: come quella di "traduzione" nel linguaggio della biomedicina delle tecniche e dei concetti delle MNC (come è il caso dell'agopuntura, dell'osteopatia, della fitoterapia e di molte tecniche di massaggio), o come



quella della “ridefinizione e declassamento” di un sistema di medicina a semplice insieme di tecniche specifiche di intervento estraibili e utilizzabili senza più riferimento al contesto culturale originario (come è il caso sempre dell’agopuntura, ma anche di altre componenti della medicina tradizionale cinese come la sua farmacopea, lo shiatsu e la tuina, o lo yoga nell’ambito della medicina ayurvedica).

---

## **Intervista a Carlo Giovanardi Presidente FISA sull’accordo siglato al Ministero della Salute sulle Medicine Complementari**

**Giovedì 7 febbraio 2013 nella conferenza permanente tra lo Stato e le Regioni è stato siglato l’accordo per la certificazione di qualità della formazione e dell’esercizio dell’Agopuntura, della Fitoterapia e dell’Omeopatia da parte dei medici chirurghi, degli odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti. Come giudica il testo dell’accordo, in particolare per quanto riguarda l’Agopuntura?**

Occorre per prima cosa ricordare che l’accordo firmato tra lo Stato e le Regioni va a colmare un vuoto legislativo che da anni i professionisti che operano nel campo delle medicine non convenzionali chiedevano con forza. Faccio notare che la prima proposta di legge su questo tema depositata in Parlamento risale al 1987, purtroppo in questi 27 anni i deputati e i senatori succedutisi nelle passate legislature non sono mai

riusciti ad approvare nemmeno una delle tante proposte di legge presentate, nonostante il tema dibattuto non fosse strettamente politico, tant'è che i sostenitori e i detrattori di queste medicine appartenevano a tutti gli schieramenti politici.

### **Quali sono i punti di forza dell'accordo?**

Tra i punti di forza vi è la riconferma che la pratica di queste medicine è riservata ai laureati in medicina e chirurgia, in odontoiatria e in veterinaria per i campi che a loro competono. Rispetto alla situazione in altri paesi europei dove invece alcune di queste pratiche non sono di esclusiva pertinenza medica, l'accordo mantiene l'Italia come un paese di riferimento in termini di appropriatezza, sicurezza ed efficacia per quanto riguarda le medicine non convenzionali. È necessario ribadire che questa posizione, fortemente difesa dai medici italiani, si fonda sul principio che qualunque intervento terapeutico convenzionale o non convenzionale deve essere preceduto da una diagnosi corretta che solo chi è in possesso dei due modelli, convenzionale e non convenzionale può fare.

Altro punto di forza è il riconoscimento degli Istituti di formazione Privati ai quali si deve riconoscere il merito di avere formato a partire dalla fine degli anni '60 migliaia di medici esperti in medicina non convenzionale.

Negli ultimi anni ai consolidati percorsi formativi degli Istituti Privati si sono affiancati Master universitari con programmi e caratteristiche diverse per cui mancava uno standard minimo formativo comune. Paradossalmente i Master universitari, che per programmi e durata erano più informativi che professionalizzanti, rilasciavano titoli con valore legale, che gli Istituti Privati, pur avendo un carattere altamente professionalizzante, non potevano rilasciare.

Poiché l'accordo diventerà operativo, gli Istituti Privati che

saranno riconosciuti rilasceranno titoli con valore legale equipollenti a quelli rilasciati dall'Università.

Infine, i responsabili didattici degli Istituti di formazione sia pubblici che privati dovranno avere almeno 10 anni di esperienza clinica documentata e 7 anni di docenza, condizioni minime che a mio parere garantiscono una buona conoscenza della materia.

### **Quali invece i punti di debolezza dell'accordo?**

Il non aver distinto i percorsi formativi delle varie medicine regolamentate che necessitavano invece percorsi diversi in termini di durata e quindi di monte ore. I corsi di agopuntura della FISA, ad esempio, durano quattro anni e questo è il tempo che la nostra esperienza didattica ci ha dimostrato essere il periodo giusto per apprendere in maniera sufficiente la materia. Stabilire per legge che il percorso minimo deve essere di tre anni significa autorizzare e incentivare la creazione di percorsi formativi di livello inferiore.

Maggiore invece è il problema dell'Omeopatia che comprende erroneamente tutte le terapie che utilizzano medicinali in diluizione, quale ad esempio l'Omotossicologia che ha epistemi diversi dall'Omeopatia.

### **Qual è stato il contributo della FISA al successo dell'accordo?**

La Federazione Italiana delle Società di Agopuntura fin dal 1987, data della sua fondazione, si è sempre battuta per il riconoscimento del profilo del medico agopuntore e per il riconoscimento del valore legale dell'Attestato Italiano di Agopuntura rilasciato dalle Scuole a essa aderenti. In particolare, rappresentanti della FISA hanno partecipato ai lavori del tavolo tecnico interregionale per la parte riferita all'Agopuntura, che ha gettato le basi del documento iniziale che ha seguito poi il suo iter istituzionale. A questo punto è fondamentale che nel momento dell'attuazione dell'accordo a

livello regionale siano rispettati i principi contenuti nell'accordo, apportando dove possibile i necessari miglioramenti.

---

# **Regolamentazione formazione ed accreditamento in Agopuntura, Fitoterapia ed Omeopatia approvata dal Ministero della Salute**

*di Lucio Sotte*

Il documento sulla formazione ed accreditamento in agopuntura, fitoterapia ed omeopatia preparato dal gruppo di lavoro della Conferenza Stato Regioni ed approvato lo scorso 20 dicembre dai Presidenti delle regioni italiane è stato approvato anche dal Ministero della Salute il 7 febbraio scorso.

Agopuntura, fitoterapia ed omeopatia sono di fatto riconosciute su tutto il territorio nazionale. Gli Ordini dei Medici istituiranno degli elenchi per l'iscrizione dei medici

che praticano queste discipline e che hanno i titoli per qualificarsi come esperti. Dal 2015, dopo la fine del regime transitorio, i medici dovranno dimostrare di avere un curriculum formativo maturato a livello universitario tramite un master di formazione specifica, oppure di aver completato un iter triennale di formazione presso una scuola privata accreditata per un monte orario complessivo di 500 ore di formazione, di cui 100 di pratica clinica e 400 di lezioni, il 30% delle quali possono essere erogate in FAD (formazione a distanza).

Si tratta di un passo avanti che porta il resto d'Italia su posizioni già regolamentate in Toscana fin dal 2009, quando la regione capofila in Italia in materia di ordinamento delle MC si è dotata di una Legge di riconoscimento (9/07) e di un protocollo d'intesa che ha fissato criteri di formazione analoghi a quelli ora approvati a livello nazionale. Le Scuole di formazione private che dimostreranno di ottemperare alle regole stabilite potranno essere riconosciute e abilitate a formare i medici nelle discipline specifiche e questo le pone, finalmente, sullo stesso piano della formazione universitaria, l'unica che fino ad oggi era istituzionalmente riconosciuta. La ricaduta positiva a garanzia dei cittadini utenti delle MC è intuibile: qualunque medico vanti competenze nelle complementari potrà essere rintracciato dai cittadini nel registro apposito presso l'Ordine dei Medici della provincia di appartenenza.

Leggi qui il [pdf](#) del testo dell'accordo.