L’universo polimorfo delle medicine non convenzionali

Stefania Florindi*, Francesca Gnudi**

Introduzione

A che cosa ci riferiamo esattamente quando parliamo di «medicine non convenzionali»? La risposta non è affatto così semplice o così immediata come potrebbe sembrare. Quello delle cosiddette *medicine 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 “medicine 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[2] 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 complementarietà 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 allopatica.

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 terapisti 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 allopatica 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[3]. Tra quelli occidentali troviamo invece l'Omeopatia[4] e la Naturopatia[5];

– 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[6] e Osteopatia[7], 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

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

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

Gruppo 3: Discipline alternative	*3a: Sistemi di assistenza sanitaria di antica tradizione* Medicina antroposofica Medicina ayurvedica Medicina erboristica cinese Medicina orientale (*Tibb*) Naturopatia Medicina tradizionale cinese
	3b: Altre discipline alternative 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 MNC in Italia [2003]. I due Autori utilizzano due criteri principali di distinzione del complesso mondo delle MNC: 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 allopatica" (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[8], 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 epidemiologca

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 intervisite 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

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: encefalomielite 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 siero-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 siero-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 dimagramento. 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 lgG3 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

carenza 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, febbricola 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 rischiara 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 beneficano 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/debbano 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 si 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.

Proposta di regolamentazione per la pratica dell’agopuntura e altre medicine non convenzionali

Muccioli dott. Massimo*

*Direttore didattico Scuola Tao – Bologna

CENNI STORICI SULL’AGOPUNTURA IN ITALIA. LA SITUAZIONE EUROPEA

Non considerando le singole persone ma l’insieme del processo di penetrazione dell’agopuntura in Italia, è possibile affermare che tale pratica si è instaurata nel nostro paese per impulso di alcune scuole francesi (in particolare del CEDAT con sede a Marsiglia). Sin dagli anni ’70 comparvero in Italia scuole organizzate per l’insegnamento di agopuntura e negli anni ’80 l’insegnamento si estese a poco a poco anche allo studio di altre metodiche della medicina cinese quali la farmacologia (uso di sostanze naturali), il tuina (massaggio cinese tradizionale) e la dietetica.

Le prime scuole italiane sorsero spesso su iniziativa di medici che si erano dedicati a tale disciplina, ma non tutte si configurarono come esclusivamente rivolte a medici. Già allora esistevano divergenze nel considerare l’agopuntura come “atto medico” o piuttosto come medicina salutare praticabile anche da non medici.

Le scuole rivolte ai soli medici fecero – sia per opera diretta dei loro rappresentanti, sia per azione dei discenti iscritti – forti pressioni sull’Ordine dei Medici per vedere riconosciuta da questo Ente la dignità e affidabilità della loro disciplina e per essere autorizzati a pubblicare questa

loro qualifica su ricettari o targhette professionali.

Queste pressioni, sostenute dall'aumentata richiesta di medicina naturale da parte degli utenti e da un aumento dei medici dediti a queste pratiche "non convenzionali" ha determinato nel tempo una diversa sensibilità da parte delle organizzazioni di categoria e un maggiore peso dei medici agopuntori e non convenzionali all'interno dei singoli Ordini: ne è derivato un avvicinarsi dell'Ordine dei Medici alle posizioni di quanti insistevano sulla specificità medica dell'agopuntura.

Questa condizione è in realtà, nel panorama europeo e mondiale, un'anomalia totale.

In Europa solo la Romania riserva la pratica dell'agopuntura, in modo netto ed esclusivo, ai soli medici. Nel Regno Unito, in Svizzera, ma anche in paesi extra europei come USA e Australia e in altri ancora la professione di agopuntore è consentita ai non medici. Tornando all'Europa, in Francia e Spagna la situazione è in via di definizione poiché sono molti gli operatori non medici a essere agopuntori; in Germania la pratica dell'agopuntura è consentita agli "Heilpratiker", figura intermedia non specificamente medica.

Al momento attuale in Italia, mancando una regolamentazione specifica, un medico potrebbe praticare agopuntura senza conoscerla: il fatto di essere laureato in medicina gli conferisce, infatti, la possibilità di attuare un qualsiasi atto definibile come "terapeutico". Non essendo specificamente normata, nel nostro paese anche un non medico potrebbe praticare agopuntura ma nella misura in cui non ponga in essere un atto di diagnosi e cura, elementi riservati alla professione medica. D'altra parte l'agopuntura non basa la propria azione su una diagnosi e trattamento di tipo occidentale, ma piuttosto su una valutazione "energetica" della persona che nulla ha a che fare con i criteri della nostra medicina.

LE BASI DELL'AGOPUNTURA

Appare alquanto anomala la possibilità per un medico occidentale di poter praticare agopuntura senza conoscenze specifiche poiché tale disciplina si basa sulla valutazione degli equilibri dello yin e dello yang e sulla circolazione del qi, cioè sui flussi dell'energia vitale nel corpo. La medicina occidentale non riconosce tali fenomeni anzi li osteggia ritenendoli retaggio di fantasiose idee arcaiche, estranee e contrarie alla cultura scientifica. Tali elementi non sono pertanto conosciuti né accettati, né tantomeno insegnati nelle facoltà che si occupano di formazione medica o sanitaria. Esiste dunque una chiara contraddizione quando si vuole fare rigidamente gravitare l'agopuntura attorno all'ambito medico che ne misconosce le basi.

L'agopuntura trae la propria origine dalla medicina cinese che è, a tutti gli effetti, un'altra medicina. Non è dunque una tecnica da apprendere ma una vera e propria medicina etnica, un modo diverso di guardare l'uomo e i suoi processi fisiologici e patologici. Solo basandosi su quella visione e quei parametri è possibile usare al meglio e con tutte le sue potenzialità questa medicina antica. La scelta e l'uso dei punti di agopuntura dipende da valutazioni e processi che si innestano nel pensiero della medicina cinese, elementi del tutto estranei alla scienza medica occidentale.

Trattandosi di una medicina che segue una logica completamente diversa, appare naturale mantenere differenziate le figure professionali di medico e agopuntore. Ciò naturalmente non esclude che i medici possano studiare agopuntura e diventare a loro volta agopuntori abilitati.

Nel momento in cui si importa una medicina così diversa nell'ambito della nostra cultura occidentale, appare necessario inserirla in modo organico all'interno dei processi

di studio inerenti corpo e salute, richiedendo a chi si occupa di agopuntura una sufficiente conoscenza dell'organismo umano secondo i criteri occidentali.

REGOLAMENTARE LA PRATICA DELL'AGOPUNTURA

In Italia le scuole private che insegnano agopuntura svolgono un programma complessivo di circa 600 ore, mentre nel resto dell'Europa si raggiunge un monte ore doppio o ancora superiore (nel Regno Unito alcune scuole svolgono programmi di 3600 ore complessive con un insegnamento che si estende però anche ad altre branche della medicina cinese).

La WFAS (World Federation of Acupuncture Society, il massimo organismo del settore con sede in Cina) sostiene che servano minimo 1200 ore di preparazione per i medici e 2000 per i non medici. Le 800 ore di differenza sono legate all'apprendimento di nozioni di medicina occidentale. La conoscenza dell'anatomia e della fisiologia corporea è necessaria all'agopuntore come lo potrebbe essere per un infermiere o un fisioterapista ed è un ulteriore elemento di sapere e qualità per chi dovesse praticare agopuntura.

Un corso di agopuntura potrebbe oggi strutturarsi come corso specifico (se in ambito universitario come corso di laurea autonomo) con suddivisione delle materie in due grandi aree: basi di medicina occidentale (anatomia, fisiologia, elementi di patologia e diagnosi, igiene, diritto sanitario) e medicina cinese (basi teoriche, canali e punti di agopuntura, valutazione energetica della persona, prevenzione e trattamento di specifici disturbi). Le lezioni di medicina occidentale potrebbero essere comuni con altri corsi di laurea, senza costi aggiuntivi per l'università ma con maggiori introiti. I medici o altre figure professionali sanitarie ne sarebbero esentati.

In un momento di crisi economica e occupazionale, separare la

qualifica di agopuntore dalla qualifica medica consente una dilatazione dell'offerta e della formazione e dunque dell'occupazione. Lasciare ai soli medici la pratica dell'agopuntura appare oggi anomalo sia in relazione a quanto accade negli altri paesi europei ed extraeuropei, sia in riferimento alla tipologia della materia di studio, sia per le conseguenze economiche e occupazionali.

La necessità di tutelare pienamente l'utente può essere garantita dall'obbligo della presentazione di un certificato medico al momento in cui la persona si sottopone a un trattamento con agopuntura. In tal modo il medico conserva il suo ruolo di "diagnosta", in quanto a lui e solo a lui compete il riconoscimento e la definizione della patologia in atto. L'operatore non medico non potrà, né mai dovrà, effettuare diagnosi di una malattia, commentare esami biologici o di altro tipo, prescrivere trattamenti farmacologici perché non abilitato a farlo. Non dovrà dunque in alcun modo sostituirsi o sovrapporsi alla figura del medico o alle sue terapie, per questo è auspicabile che possa esercitare la propria attività solo dopo valutazione medica con certificazione della patologia. Allo stesso modo l'atto specifico dell'agopuntura deve però essere affidato a persona qualificata e competente in medicina cinese, con adeguate conoscenze di medicina generale, igiene e diritto sanitario.

La figura dedita al trattamento medico e quella specificamente destinata a un trattamento di tipo salutare sarebbero chiaramente distinte, senza che questo venga a detrimento di una loro auspicabile collaborazione. L'integrazione dei saperi non può oggi avvenire concentrando le conoscenze in un unico soggetto (il medico), poiché tale scelta non solo limita il mercato e la crescita di occupazione, ma abbassa anche il livello della prestazione fornita che si basa sulla conoscenza approfondita del sapere inerente la propria attività. Appare infatti confusionario e velleitario pensare che una persona possa coltivare, in modo profondo, saperi totalmente

differenti, che richiedono nel tempo costante applicazione in studio ed integrazioni.

In modo restrittivo è possibile pensare di riservare la pratica dell'agopuntura a persone che hanno un diploma di laurea inerente l'area sanitaria (infermieri, fisioterapisti, medici, ostetrici, odontoiatri ecc), ma in tal modo decade l'idea di un corso di laurea specifico con i vantaggi connessi.

AGOPUNTURA E NON SOLO

L'agopuntura rappresenta con l'omeopatia l'aspetto più rilevante delle tante "medicine non convenzionali" alle quali si rivolge oggi un'ampia fetta di utenza.

Regolamentare tutto il comparto nelle sue diverse ramificazioni rappresenterebbe oggi un notevole vantaggio per l'azienda "Italia" sia per le maggiori entrate fiscali, sia per la movimentazione di occupazione e di mercato. Chi opera in settori non convenzionali accetterebbe volentieri il peso di una tassazione pur di vedersi tutelato e abilitato nel proprio agire.

In Svizzera chi vuole esercitare una medicina o pratica non convenzionale deve effettuare 600 ore complessive di studio su materie di sanità occidentale (a tale scopo esiste una "Scuola superiore medico tecnica") e possedere poi un diploma specifico nella branca che desidera esercitare. Volendo prendere spunto dall'esperienza Svizzera, anche chi si occupa di shiatzu, tuina, alimentazione secondo i principi della medicina cinese, ajurveda o altro dovrebbe conseguire un diploma che attesti la sua conoscenza in medicina occidentale.

Si potrebbe pertanto pensare, all'interno dell'ipotetico corso di laurea in agopuntura, che la parte di medicina occidentale potrebbe costituire un diploma obbligatorio per quanti

vogliono esercitare una qualsiasi attività inerente la salute e il benessere della persona. Anche in tal caso, in assenza di costi aggiuntivi, aumenterebbero considerevolmente le entrate economiche per le nostre università.

CONCLUSIONI

Una normativa che indichi quali siano i requisiti per esercitare la pratica di agopuntore appare oggi necessaria sia per tutelare l'utenza, sia per fare chiarezza su quali debbano essere i soggetti abilitati alla professione e quali le loro conoscenze.

Porre l'agopuntura in un ambito solo medico è restrittivo rispetto al panorama internazionale e appare oggi funzionale unicamente al mantenimento di un potere economico e professionale nelle mani di questa singola categoria. Creare un corso di studi o di laurea specifico aprirebbe nuovi scenari convenienti per l'università, l'economia, l'occupazione con una diversificazione nell'offerta dei servizi salutari utile e funzionale.

Il riconoscimento della figura di agopuntore aumenterebbe interesse e richiesta su questo tipo di formazione. Qualora si dovesse pensare a un ampliamento della normativa su tutto il comparto non convenzionale, le ricadute economiche, occupazionali e sociali sarebbero di tutta evidenza.

Regolamentazione dell'esercizio dell'agopuntura, della fitoterapia e dell'omeopatia da parte dei medici chirurghi ed odontoiatri

La Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome ha approvato il documento sulla regolamentazione della formazione in Agopuntura, Fitoterapia e Omeopatia da parte dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri proposto dal Gruppo Tecnico Interregionale Medicine Complementari, coordinato dalla Regione Toscana, e trasmesso alla Conferenza stessa dalla Commissione Salute.

Il documento approvato viene inviato al Ministero della Salute per seguire il percorso previsto che si concluderà con l'approvazione di un accordo Stato/Regioni.

Avendo partecipato (a nome della Regione Marche) a molti degli incontri che hanno permesso il raggiungimento di questo importante risultato, colgo l'occasione per ringraziare pubblicamente Sonia Baccetti ed Elio Rossi che hanno dedicato tempo, impegno ed energie per coordinare il nostro lavoro.

Nel file pdf allegato si trova il testo del documento.

Traditional, complementary and alternative medical systems and their contribution to personalisation, prediction and prevention in medicine–person-centred medicine

I sistemi medici tradizionali, complementari ed alternativi contribuiscono alla fondazione della medicina centrata sulla persona, che è un nuovo orientamento epistemologico per la scienza medica che pone la persona come entità fisica, psicologica e spirituale al centro dei processi di mantenimento della salute e dei procedimenti terapeutici. La medicina centrata sulla persona si pone lo scopo di allargare l'approccio bio-molecolare riduzionistico della scienza medica per portarlo ad una integrazione che permetta ai medici, agli infermieri, a tutti gli addetti ai processi di mantenimento della salute ed ai pazienti di diventare i reali protagonisti dei servizi sanitari.

L'articolo allegato "Traditional, complementaruy and alternative medical system and their contribution to personalisation, prediction and prevention in medicine – person-centred medicine" ci è stato inviato dal dott. Paolo Roberti di Sarsina che è uno degli autori ed è stato pubblicato sul EPMA Journal. Siamo lieti di proporlo anche ai lettori di Olos e Logos: Dialoghi di Medicina Integrata.

Nel file pdf allegato si trova il testo del documento.

O digita: http://www.epmajournal.com/content/pdf/1878-5085-3-15.pdf