Advanced Therapies
Terapie d'avanguardia

quadrimestrale
anno II - n. 3 - 2013

Direttore editoriale
Claudio Mazza

Direttore responsabile
Antonio La Rosa

Comitato scientifico
Mauro Alivia
Raffaele Cascone
Claudio Mazza
Leonello Milani
Paolo Roberti di Sarsina
Carmelo Samonà
Mara Tognetti Bordogna

Direzione e Redazione

Via Giuseppe Crispi, 50
90145 Palermo
Tel. 091.6832869
Fax 091.6816399
www.nuovaipsa.com
redazione@advancedtherapies.it

Reg. Trib. di Palermo n. 9 del 24/04/2012

Un numero: € 10,00
Abbonamento annuale (3 numeri): € 25,00
Credito siciliano
IBAN IT38 J030 1904 6110 0000 0001 409

In copertina:

Stampa
Seristampa - Palermo

Sommario

3 Guido Sartori
Concetto di salute nella cultura occidentale

23 Raffaele Cascone
Infiammazione, stress e comportamenti.
Regolatori ed epigenetica

32 Alessandro Perra
I sintomi: prevalenza della loro positività o negatività semeiotica?
Approccio ai sintomi infiammatori con la *Low Dose Medicine*:
nuove prospettive nella terapia farmacologica delle malattie
infiammatorie acute e croniche

42 Mauro Tronti
Malattia di Menière
e Insufficienza Venosa Cronica Cerebrospinale

50 Annunziato Gentiluomo
La formazione *post lauream* in Medicine Tradizionali e
Non Convenzionali in Italia.
Per una regionalizzazione dell'offerta formativa universitaria

62 Libri
Family Therapy, di Dorothy Stroh Becvar e Raphael J. Becvar
Le forme del centro, di Gaetano Roberto Buccola
Gli Aracnidi in omeopatia, di Fernando Piterà e Levio Cappello

Gunabasic

Dall'equilibrio acido-base salute e benessere per l'intero organismo

Aiuta a regolare le funzioni fisiologiche e l'equilibrio acido-base

Guna**basic** integratore completo, è formulato specificamente per ripristinare l'ideale equilibrio acido-base dell'organismo: contiene una selezione di componenti, tra cui sali minerali, beta carotene ed estratti vegetali, che, grazie all'azione sinergica, promuovono naturalmente la depurazione, il drenaggio e la remineralizzazione dell'organismo.
È consigliato nei casi di acidosi, legata a cattiva alimentazione, stress, osteoporosi.

- Confezione da 15 bustine da 7 g

il nostro laboratorio è a Impatto Zero®
GUNA S.p.a. aderisce al progetto Impatto Zero® di LifeGate, Compensate le emissioni di CO_2 con la creazione di nuove foreste.

GUNA
terapie d'avanguardia

GUNA S.p.a. - Milano
www.guna.it

UNI EN ISO 9001:2008
CERTIQUALITY
SISTEMA DI GESTIONE QUALITÀ CERTIFICATO

AZIENDA CON SISTEMA DI GESTIONE QUALITÀ
UNI EN ISO 9001:2008
CERTIFICATO DA CERTIQUALITY

Concetto di salute nella cultura occidentale

Guido Sartori

Medico Chirurgo - Esperto in Ayurveda e Fitoterapia

Parole chiave

Salute, filosofia della medicina, epistemologia medica, meccanicismo, scientismo, regime salutare, OMS, CAM/MNC.

Abstract

In this first chapter I address the issue of how the concept of "health" developed in Western culture from its Greek origins to the post-modern era. I focus my analysis on the physician's and medical science's interest neglecting what regards public health. After clarifying how "health" has to do with the doctor-patient relationship, I explain the etymology of the word "health" understood as 'salvation' that influences the Western view about health. I continue taking into account the presence and evolution of the concept of health in the History of Medicine from Hippocrates to the present day. The history of medicine shows a lack of attention for health, since the evolutionary history of medicine is centred on disease. I show how the body is experienced in the West and how the mind is a fundamental aspect of "health". I have isolated some models of health and carefully evaluated and criticized the definition and view proposed by the W.H.O. I believe we need to discuss the re-definition of health developed by doctors. The work of individual doctors, philosophers and the twentieth century philosophy (ontology and phenomenology), highlight the centrality of the person and his experience as a valid means to clarify the concept of "health".

Riassunto

In questo primo capitolo ho affrontato il tema dello sviluppo del concetto di "salute" nella cultura occidentale dalle origini greche all'era post-moderna. Mi sono limitato alla sfera d'interesse del medico e della scienza medica tralasciando ciò che riguarda la salute pubblica. Dopo avere chiarito quanto la "salute" compete al rapporto medico-paziente, chiarisco il significato etimologico della parola "salute" nel senso di 'salvezza' che condiziona la visione occidentale della salute. Prendo in considerazione poi la presenza e l'evoluzione del concetto di salute nella Storia della Medicina a partire da Ippocrate fino ai giorni nostri. È evidente quanto nella storia della medicina è carente l'attenzione alla salute, la storia dell'evoluzione della medicina ha come asse portante la patologia. Ho evidenziato come il corpo è vissuto in Occidente e come la mente sia un aspetto fondamentale della "salute". Ho isolato alcuni modelli di salute e valutato e criticato attentamente la definizione e la visione dell'O.M.S. Ritengo necessaria una discussione riguardo alla ri-definizione della salute da parte dei medici e individuo nell'opera di alcuni medici, filosofi e nella filosofia fenomenologica e ontologica del XX secolo, i riferimenti alla centralità della persona e al suo vissuto come validi strumenti di chiarificazione del concetto di "salute".

1. **Salute: il contesto**

In questa riflessione sul concetto di salute nella civiltà occidentale vorrei limitare il discorso al "medico in quanto tale". Intendo tralasciare cioè tutto quanto concerne la moderna organizzazione della sanità pubblica o sociale, indagine che ci porterebbe in un vicolo cieco vista la diversità delle situazioni fra stato e stato riguardo alla tutela della salute da parte dei ministeri preposti dai governi in tutto il mondo occidentale.

Mi limiterò a riferirmi al compito che l'Arte Medica deve assolvere nel suo campo specifico di attività cioè: la relazione medico – paziente. Questa relazione è un rapporto duale che è un dialogo, permanentemente aperto, fra persone.

Intendo ripercorrere la storia e l'evoluzione di quell'ambito privato in cui il medico, dopo l'anamnesi e la visita, si trova in uno stato di solitudine in cui affronta un duplice e arduo compito:

- primo, deve riconoscere la realtà clinica e pertanto il medico deve avere una pluralità di quadri teorici interpretativi di riferimento che lo guidi nella comprensione dello stato pluridimensionale del paziente (corpo, psiche, emozioni, ambiente);
- secondo, deve poter sapere agire in pratica in situazioni sempre diverse, specifiche per ogni individuo e, senza avere a disposizione un metodo basato sulle certezze delle scienze esatte (fisica, chimica), trovare la soluzione corretta e adeguata al singolo paziente.

Il medico si trova ad affrontare la realtà composita del paziente di cui acquisire informazioni ed elaborarle ragionando contemporaneamente in conformità a numerosi percorsi concettuali.

Qual è il parametro della salute per quel paziente? Cosa è prioritario per quella persona? Quali vantaggi gli offre la malattia? Il recupero della salute, intesa meccanicisticamente, comporta dei rischi di ulteriore scompenso? Per quella persona, sapere razionalmente che si può guarire, corrisponde al sentire viscerale di volere guarire? Rimettersi in salute corrisponderà a tornare esattamente come prima? Messa la protesi, smetterà di essere imprudente alla guida?
Queste e altre domande sono lecite e doverose, ma la più importante è: *Cosa significa quella malattia per quel malato? Che 'senso' ha per lui?*

Solo il significato e la soddisfazione esistenziale che si trae dalla salute, può eliminare il significato vitalistico della malattia e renderla non-necessaria. La malattia 'serve', in qualche modo, a soddisfare una necessità vitale. Leriche dice che '*vi sono in noi, ad ogni istante, più possibilità fisiologiche di quante ne dica la fisiologia, ma che è necessaria la malattia perché esse si rivelino*'.
L'Arte della Medicina consiste proprio nel riconoscere cos'è la "salute per quel paziente" e come funziona la sua fisiologia.
Il medico deve scoprire cosa la totalità di quella persona 'preferisce' e 'decide di scegliere' per se stessa.
Tutto ciò, benché sia condivisibile, è di difficile realizzazione nella medicina contemporanea.
L'orientamento della cultura occidentale propende per una valutazione quantitativa della salute.
La salute è fatta corrispondere alla fisiologia, ovvero a ciò che è verificabile in conformità a grandezze misurabili con i raffinati strumenti diagnostici moderni secondo un modello di scienza/conoscenza di tipo quantitativo. Questo è considerato l'unico criterio che permette di stabilire l'equilibrio e lo stato di normalità quantitativamente definito del paziente.
Io intendo analizzare cosa si intenda per salute a partire dall'essere un uomo o una donna, la distinzione di genere non è casuale, che si ritrova protagonista di eventi che riguardano il complesso di corpo/mente/spirito di ogni singolo individuo. Da questo punto di vista la salute è riferita alla condizione dell'uomo-nel-mondo: parte dalla persona e coinvolge l'ambiente in cui vive.
Tale visione della salute fa tesoro degli insegnamenti filosofici della fenomenologia di Edmund Husserl e dell'opera di Martin Heidegger. Ciò permetterà una rilettura della presenza ed evoluzione del concetto di salute nella cultura occidentale

2. **Il concetto di salute**

2.1 *Salute e salvezza*

La "salute" deriva dal latino *salus, utis*: salvezza, incolumità, integrità, salute; affine a *salvus*: salvo.
Salute è la liberazione o sicurezza da pericolo o male, la salvezza, come fin dal Trecento aveva finemente intuito il sommo poeta italiano, Dante Alighieri.

"Or, perché mai non può da sua salute / Amor, del suo subietto volger viso, /dall'odio proprio son le cose tute". (Purg. 17; 106,108).

L'ente non può odiare se stesso né però (può) volere il contrario del proprio bene.

"«Tu se' sì presso all'ultima salute»" cominciò Beatrice "«che tu deì aver le luci tue chiare e acute»". (Par. 22; 124-126).

Beatrice accompagna Dante verso l'esperienza della salvezza.

Dante si riferisce alla salute come alla salvezza di sé dai pericoli interiori ed esteriori. Non è possibile che Amore, la luce del Sé dentro di noi, volga la sua attenzione ad altro che alla sua propria salvezza-salute. In questo rivolgersi al Sé, l'ente cosciente non può che volere il proprio bene. Per realizzare la salute-salvezza, Beatrice ci suggerisce con precisione che bisogna possedere estrema chiarezza e acutezza di giudizio. Per questo Dante da poeta, scruta nelle pieghe della realtà dell'animo umano e sa, per sua personale esperienza esistenziale, che la salute-salvezza deve trovare il nostro sguardo e l'attenzione rivolti al Sé, dentro di noi. Altrimenti ci si perde in una selva oscura.

"Maggior bontà vuol far maggior salute; / maggior salute maggior corpo cape, / s'elli ha le parti igualmente compiute". (Par. 28; 67-69).

Al corpo fisico possiamo riferire ciò che Dante descrive del corpo dell'universo, una maggiore compiutezza delle parti comporta una migliore condizione di salute, di perfezione.
Salute è, infatti, lo stato in cui nulla manca e nulla eccede i bisogni essenziali della vita.
Ciò che emerge è il concetto di *salute-salvezza* in senso fisico, ma anche in una accezione religiosa, il cui inevitabile correlato nel caso della malattia è con i concetti di 'causa'-'colpa' espressi in greco dallo stesso termine: *aitía*. In Occidente il concetto di salute - salvezza si basa quindi sulla teoria di una causalità efficiente e di colpa nel comportamento del singolo. La salute-salvezza è cioè fondata negativamente: si addebita ad un ente, di volta in volta spirito, miasma, fluido, corruzione, microrganismo, ecc. l'essere l'agente causale della malattia; si individua in una colpa da espiare o nella negligenza del singolo la causa morale della malattia. Nelle lingue

derivate dal greco e latino non esiste una valutazione *in positivo* di salute, e anche se in inglese "*health*" significa interezza, essere intero, non ferito, vigoroso, sacro, prosperità e felicità, il concetto di salute che prevale in tutta la cultura dell'occidente, anche anglofona, è quello negativo del latino.
La salute è definita a partire dalla malattia.
I medici e la medicina odierni mantengono un tale atteggiamento verso la salute a partire dal suo aspetto negativo. L'attenzione alla malattia che è l'eccezione alla normale manifestazione della salute, richiama un atteggiamento simile ad una teologia negativa che nella reiterata negazione (es: la cefalea non è salute; la sciatica non è salute; l'ulcera non è salute; ecc.), afferma che si riesce a dire qualcosa della salute solo in modo negativo. I medici sono inconsapevolmente rimasti come i sacerdoti dei templi di Asclepio e i mistici del medioevo dei sacerdoti di un Dio sconosciuto, la *Salute*, che si manifesta e si riesce a descrivere solo nel suo aspetto *negativo*.

2.2 *Modelli di salute*
Oggi si identificano alcuni modelli di salute: il modello medico, il modello dell'O.M.S. (Organizzazione Mondiale della Sanità), il modello del benessere e il modello socio-ambientale. I diversi punti di vista individuano aspetti particolari della salute cui possono aggiungersi i prerequisiti della salute come la pace, l'educazione, il cibo, il reddito, la giustizia sociale, l'inquinamento, il lavoro e molti altri parametri che condizionano la vita quotidiana di tutti e quindi la salute di ciascuno. Il pericolo insito in questi modelli e condizioni è quello di esacerbare la medicalizzazione di ogni momento dell'esistenza, limitando la libertà individuale e la libertà di scelta terapeutica dei cittadini e dei medici; prerogative queste, teoricamente sancite anche dall'art. 32 della Costituzione Italiana e troppo spesso disattese nella prassi socio-sanitaria.
Le diverse classificazioni del concetto di salute isolano le componenti della salute stessa, pertanto è difficile ricostruire una visione complessiva di quanto identificato analiticamente.
Mi permetto di individuare un parametro che non ho visto citato neppure nei testi che si occupano di salute e che fa riferimento alla nostra inevitabile radice biologica: il momento del concepimento e i primi mesi di gravidanza. La nostra salute, oltre che da tutti i fattori elencati, dipende inequivocabilmente dall'atto fecondativo. Il livello di ignoranza e di trascuratezza al riguardo è imbarazzante. Quanto più le società sono tecnologicamente evolute, tanto più stupisce che l'evento primordiale della vita e della salute sia così trascurato. L'avvento delle nuove tecnologie di riproduzione assistita e il dibattito bioetico al riguardo hanno purtroppo, esacerbato le posizioni ideologiche su questo argomento portando ancora più confusione nella mente e nell'animo delle persone. Sarebbe auspicabile una corretta informazione biologico-scientifica e anche morale-religiosa adeguate alla delicatezza del tema.

3. **Salute: verso una definizione**

3.1 *Definizioni*
Salute: stato di benessere fisico e di armonico equilibrio psichico dell'organismo umano, in quanto esente da malattie, da imperfezioni e disturbi organici o funzionali. (*Vocabolario della Lingua Italiana*, Istituto dell'Enciclopedia Italiana, Treccani, vol. IV, pag. 34).

Salute: stato di benessere psicofisico di un organismo umano che deriva dal buon funzionamento di tutte le componenti e dall'assenza di malattie o disturbi, sia organici sia funzionali (*Grande Dizionario della Lingua Italiana*, Battaglia, vol. XVII, pag. 458).

Salute (medio inglese *helthe*, vecchio inglese *hælth, hâl)* come un *nome* che si riferisce ad una condizione generale di corpo e mente. La salute è associata con lo stato di essere vigoroso, vegeto o sano nel corpo, nella mente e nell'anima; specialmente, lo stato di essere libero da malattie fisiche o dolore. Stato di funzionalità del corpo di un organismo, specialmente del corpo umano. (*Dizionario Webster*).

Salute: uno stato ottimale di benessere fisico, mentale e sociale, non la mera assenza di malattia o infermità. (*Dizionario Medico Dorland*).

Non c'è accordo generale circa la definizione di salute poichè la salute stessa non è misurabile.
Altre definizione di salute considerano la salute come un processo adattativo.
Nel 1953 The United States President's Commission on Health Needs of the Nation (la Commissione del Presidente degli Stati Uniti sulle Necessità Sanitarie della Nazione) afferma: salute non è una condizione; è un aggiustamento. Non è uno stato, ma un processo. Il processo adatta l'individuo non solo all'ambiente fisico, ma anche a quello sociale.
René Dubos (1959) definisce la salute come: l'espressione dell'ampiezza in cui il corpo individuale e sociale mantiene la disponibilità delle risorse necessarie ad affrontare le esigenze del futuro.
Abraham H. Maslow (1968), nella gerarchia delle necessità è stato ampiamente usato per interpretare la definizione di salute dell'Organizzazione Mondiale della Salute come uno stato fisico, sociale e mentale di benessere. La sua gerarchia pone le necessità fisiologiche

come la sete, il cibo, e il riposo come la base di una piramide di motivazioni per soddisfare le necessità fisiche, seguite dalla sicurezza, quindi di amore, poi la considerazione e finalmente l'autorealizzazione. La soddisfazione di questi bisogni è salute.
T. Shilton, M. Sparks, M-C. Lamarre, S. Jakson (2011) danno una definizione alternativa: la salute si crea quando gli individui, le famiglie e la comunità può permettersi un salario, una educazione e la possibilità di controllare le loro vite; le loro necessità e diritti sono sostenute da sistemi, ambienti e politiche che consentono e contribuiscono ad una salute migliore.
Negli anni, molti professionisti della salute e teorici della salute hanno fornito le loro proprie definizioni di salute. Quindi, la salute diventa una percezione individuale che può essere raggiunta soltanto tramite un ininterrotto processo di aspetti della persona, del corpo umano, della mente e dei sentimenti.

3.2 *Documento dell'O.M.S. che contiene la definizione di salute.*
Constituzione della organizzazione mondiale della salute.
Gli Stati Partecipanti alla presente Costituzione dichiarano, in conformità con la Carta delle Nazioni Unite, che i seguenti principi sono fondamentali per la felicità, le relazioni armoniose e la sicurezza di tutti i popoli:
La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e di benessere sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità.
Il godimento del più alto livello di salute raggiungibile costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano senza distinzione di razza, religione, credo politico, condizione economica o sociale.
La salute di tutti i popoli è fondamentale per il raggiungimento della pace e della sicurezza e dipende dalla piena collaborazione di Individui e di Stati.
Il raggiungimento di tutti gli Stati nella promozione e tutela della salute è un valore per tutti.
Lo sviluppo diseguale nei diversi paesi nella promozione della salute e nel controllo delle malattie, specialmente malattie trasmissibili, è un pericolo comune.
Un sano sviluppo del bambino è di fondamentale importanza; la capacità di vivere armoniosamente in un ambiente che cambia totalmente è essenziale per tale sviluppo.
L'estensione a tutti i popoli dei benefici delle conoscenze mediche, psicologiche e correlate è essenziale per il pieno raggiungimento della salute.
Opinione informata e cooperazione attiva da parte del potere pubblico sono della massima importanza nel miglioramento della salute della gente.
I governi hanno una responsabilità per la salute dei loro popoli, che può essere soddisfatta solo attraverso la fornitura di adeguate misure sanitarie e sociali.
L'accettazione di questi principi, e ai fini della cooperazione tra loro e con gli altri per promuovere e tutelare la salute di tutti i popoli, le Parti Contraenti convengono alla presente Costituzione e istituiscono l'Organizzazione Mondiale della Sanità come una agenzia specializzata nei termini dell'articolo 57 della Carta delle Nazioni Unite.
Tradizionalmente, la sanità è stata definita come "la presenza o assenza di malattia". Ma con la creazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la definizione di salute ha ricevuto un approccio più olistico, che riflette la salute in relazione con una varietà di fattori come la condizione fisica, sociale, psicologica ed emotiva dell'individuo; fattori ambientali e culturali, così come la creatività e la produttività di una persona. Questa definizione di salute non è stata modificata fino dalla sua stesura nel 1948.

3.3 *Analisi del concetto di salute dell'O.M.S.*
Questa è una definizione di tipo idealistico, un'astrazione che descrive la salute ideale, quella che auspichiamo, cui cerchiamo di contribuire, ma che non ha però un corrispettivo nella realtà odierna e che non è detto si realizzi nel futuro. Si tratta di una definizione tautologica che ipotizza un 'completo benessere' allargando il panorama dal corpo fisico alla psiche e anche alla società, verso un lontano orizzonte radioso, dai contorni indefiniti. Di fatto non ha un diretto valore operativo per i sanitari o i legislatori; non aiuta i medici a distinguere salute e malattia e obbliga i legislatori ad una visione utopistica che si rivela economicamente insostenibile. È una definizione che si riferisce più alla felicità che non alla salute e genera confusione fra le due esperienze di vita che non sempre coincidono. Tale definizione, includendo fattori sociali, può portare a de-responsabilizzare l'individuo rispetto alla cura personale della propria salute. I referenti dei membri dell'O.M.S. sembrano essere più i governi che non i medici, non c'è traccia di un legame con una epistemologia della medicina occidentale, che già trova difficile definire e classificare la malattia e non rinuncia al meccanicismo e al relativismo scettico della scienza. Non sono pertanto presi in considerazione altri modelli epistemologici; l'indiano, il cinese, il siberiano, l'africano e quelli di tutti coloro che hanno differenti visioni della salute e della malattia. Nella definizione manca un richiamo al fattore più importante per il mantenimento della salute: l'*igiene*. Il miglioramento dei parametri di lunghezza della vita o il crollo della mortalità infantile nel mondo occidentale sono da attribuire in maggior percentuale agli ingegneri che progettano sistemi fognari, agli architetti che costruiscono bagni, in altre parole alle migliorate condizioni igieniche piuttosto che agli avanzamenti della medicina. Non si può dimenticare che ogni società umana ha selezionato le proprie droghe socialmente accettate,

caffé, coca, tabacco, alcool, oppio, farmaci, sesso e molto altro, il cui uso non è certo salutare per il singolo e la cui diffusione diventa piaga sociale. La testimonianza che la *salute non è un valore superiore* è dimostrato dalla necessità di assumere droghe illegali da parte di fasce sempre più vaste della popolazione. Nella definizione emerge ancora il mito *scientista* di una società perfetta regolata con precisione in cui il massimo di salute per tutti deve essere garantito su base statistica.

Partendo da questo punto di vista definire la salute clinico/sociale diventa una pretesa: è pura illusione conseguire rappresentazioni oggettive di fenomeni caratterizzati da comportamenti soggettivi. Sarebbe necessario definire la 'normatività' intrinsecamente presente in un corpo vivente che realizza il proprio progetto interiore, che si proietta nel mondo, che persegue dei fini di cui ha coscienza e che esprime nel suo comportamento etico. La 'normatività' di un corpo vivente, di una persona, non è riducibile ad un mero determinismo meccanicistico. Sarebbe utile fare sì che questa normatività/salute divenga un valore per l'individuo, ma manca nella famiglia e nella società una adeguata educazione su questo tema.

È necessario aggiornare o rivedere la definizione di salute e, ancora di più, verificare se è possibile restringere in una definizione cosa sia realmente salute. La formulazione dell'O.M.S. rispecchia il momento in cui è stata formulata e genera critiche fondate sull'evoluzione della situazione nel mondo.

Forse sarebbe meglio esprimere un concetto, anche composito, di cosa potrebbe essere salutare per l'individuo, più che una definizione solo virtualmente precisa.

3.4 *Salute: una possibile revisione del concetto*

Come abbiamo visto, già Ippocrate invitava i pazienti ad un regime di vita salutare, oggi il discorso sulla salute non può prescindere dalle condizioni ambientali in cui vive l'individuo, il che implica l'aspetto culturale, in altre parole il necessario stabilirsi di una *cultura della salute*, che oggi manca. Nell'analisi di cosa sia salute non possiamo dimenticare i suggerimenti che ci vengono dall'analisi fenomenologica di Husserl e Merleau-Ponty così come dall'analisi esistenziale e ontologica di Heidegger. Nella valutazione di cosa sia salute ritengo sia necessario inserire il vissuto della persona a partire dalle sue sensazioni e percezioni nonché della personale elaborazione di tali stimoli, in sintesi: l'esistenza umana nel corpo vissuto in prima persona. Il concetto heideggeriano di *dasein* l'esser-ci, trova precisa applicazione nel campo della salute. Essere-nel-mondo è il crocevia di tutti i vari aspetti che costituiscono la nostra vita e quindi della percezione soggettiva della nostra salute. L'uomo è un 'disporsi a' nell'apertura al mondo e anche un 'prendersi cura' che consiste nel badare e nel prestare attenzione alle cose poiché, se la coscienza è intenzionalità, allora essa non può che tendere alle cose del mondo e prendersene cura, in una modalità specifica per ciascuno. Ci si prende cura non solo di un esser-ci, della nostra singola esistenza, ma in generale di tutto ciò che incontriamo nel mondo, in cui già esistiamo. L'uomo, l'esser-ci, non solo ha un mondo, ma è un 'facitore' di mondo; il *dasein* 'ha' pieno significato solo nella sua apertura al mondo, nel suo essere-nel-mondo. Accade che, in assenza di una consapevolezza, il 'senza significato', ciò che non riusciamo a capire o ad assimilare e che riempie e costituisce il mondo, irrompa tramite l'apertura del *dasein*, l'essere-nel-mondo, nel *dasein* stesso e possa distruggerlo sotto forma di 'malattia'. La malattia ci colpisce come qualcosa di non familiare e che minaccia la nostra esistenza, ora non più in salute. La malattia ci estrania da noi stessi, ci fa sentire e ci rende diversi da prima. Nella vita ordinaria che ci affligge, non sempre il riscontro negativo di esami e accertamenti si coniuga con la sensazione soggettiva di 'sentirsi bene' così come gli esami positivi per qualche disturbo non ci preoccupano o, viceversa, ci fanno piombare in uno stato di malattia che non percepivamo. È connaturato all'esser-ci la capacità di domandarsi esplicitamente di sé, della propria esistenza. È caratteristico l'essere indotti dalla malattia a chiedersi: *Cosa mi sta succedendo? Perché proprio a me?* I limiti consueti di auto-riconoscimento sfumano. Il rifiuto fenomenologico della distinzione fra esterno e interno ci può aiutare a comprendere che il vissuto di ciascuno è sia oggettivo, perché relativo al mondo così com'è (*la malattia!*), sia soggettivo perché intimamente vissuto e percepito come consono o disturbante (*proprio io!).*

La distinzione ontologica fondamentale fra ente ed essere, considerando l'essere che, contemporaneamente, si manifesta e si sottrae nell'ente richiama da vicino la vita in salute che necessita di un corpo-mente nel quale manifestarsi, ma che diviene pienamente evidente solo quando si altera. È pertanto difficile costruire una definizione esaustiva della salute, in quanto questa si nasconde all'osservazione diretta dall'esterno e talvolta anche alla sensazione soggettiva.

Le evoluzioni della biologia e della fisica giustificano ulteriormente l'inevitabile valutazione soggettiva fenomenologico-esistenziale della salute, perché mostrano come i meccanismi di base fisico-chimico-genici siano peculiari ad ogni individuo e portatori di una intrinseca variabilità non prevedibile, che testimonia della creatività della vita radicata nella salute.

Con il passaggio dall'intenzionalità husserliana della coscienza alla cura heideggeriana, il pensiero si evolve dal progetto di una scienza e di una filosofia apodittiche che spiegano tutto in modo pienamente dimostrato, ma non soddisfacente, a quello di una filosofia

ermeneutica che interpreta i modi e i perché del nostro essere-nel-mondo in un intreccio di correlazioni fra il nostro sé e l'essere in un processo che va dalla totalità delle manifestazioni umane alle sue parti e viceversa. L'orizzonte trascendentale e metafisico lascia il posto a quello patico-affettivo: «fattualità e cura, esprimendosi nell'interpretazione, concorrono finalmente a lasciare scoprire il carattere costitutivamente affettivo o, come io preferisco dire, *patico* della soggettività» (Essere e Tempo, p. 393). Salute e malattia sono gli estremi di questo ininterrotto dialogo che si sviluppa in tutto l'arco della vita di ogni singolo individuo.

4. **Lavorare con la salute e la malattia. Evoluzione di una relazione**

4.1 *Cosa sono salute e malattia*?

Che cos'è la salute? Non parleremmo di malattia se non esistesse la salute. C'è inevitabilmente una relazione fra i due termini, ma con una differenza importante: la malattia la possiamo descrivere nei suoi segni e sintomi, nella sua patogenesi, nella sua evoluzione. La salute si sottrae ad una descrizione precisa, la salute si nasconde all'indagine, perché? Perché … non si fa sentire!

René Leriche diede questa definizione di salute: *la vita nel silenzio degli organi*.

La malattia si mostra come oggetto d'indagine. La salute non richiama mai l'attenzione.

La salute ci mette nella condizione di poterci dimenticare di noi stessi, non ci diciamo neppure "sto bene!", sarebbe superfluo! Ci sentiamo padroni di noi stessi.

Noi patiamo la malattia, ma siamo intrinsecamente inconsapevoli della salute.

Della salute ci fidiamo inconsciamente, fino a che non si indebolisce e allora compaiono delle sensazioni di noi stessi che non ci fanno piacere; se la salute ci lascia, ogni parte del nostro corpo si manifesta alterata nelle sue funzioni e irriconoscibile nella sofferenza.

Siamo intrinsecamente radicati nella salute, al punto tale da non farne oggetto di domanda, di studio, di indagine. Infatti nelle facoltà di medicina si studiano le malattie, ci si specializza nella cura di qualche patologia particolare, ma i giovani studenti non indagano la salute.

Vediamo brevemente come nei secoli si sia evoluta l'arte del medico e la scienza della medicina relativamente alla salute e alla malattia.

4.2 *Ippocrate*

Nella visione ippocratica il medico era totalmente dedito al recupero della salute del paziente che aveva in cura. La prognosi era il banco di prova che dimostrava la bravura del medico, non certo la diagnosi che non poteva fare riferimento ad una conoscenza anatomica adeguata e neppure alla fisiologia; la terapeutica, comunque efficace, era basata sulla dieta e sulle erbe, per arrivare solo in casi estremi alla chirurgia. Non vi era quindi una conoscenza specifica relativa alla salute od un interesse specifico al mantenimento della salute.

Non dobbiamo però dimenticare l'importanza riservata al 'regime' adatto alle persone in stato di benessere psicofisico e a quelli specifici per ogni malato in relazione alla debolezza del paziente e alla forza della malattia.

L'uso della ragione aveva portato il popolo greco a distinguersi dai barbari che non avevano né una cucina né una medicina. L'arte della medicina si arricchì del "perché?", della domanda sulla presenza della malattia, rimanendo sempre in Ippocrate centrale la figura del malato. L'essere portatori di malattia significa essere malati in tutto il corpo. La scienza medica è fin dal suo inizio una scienza causale: il suo compito è la ricerca delle cause di una patologia, cosa che permette di distinguere l'inizio della malattia e la sua evoluzione nella prognosi. La ragione fondamentale della malattia è una irregolarità del regime o del clima. Seguire con costanza alcune regole di igiene è il modo migliore per accrescere e preservare la salute. La moderazione nell'alimentazione e nel bere, il riposo tranquillo, libero da preoccupazioni, ripararsi dalle intemperie, sono i consigli di vita sana; a queste si aggiungono anche l'osservanza delle regole sociali e religiose. La medicina ippocratica persegue un ideale di purezza che coincide con il mantenimento dell'equilibrio dei quattro umori, del calore, del *pneuma*. Quando questi sono omogenei e fusi (*kràsis*) si è in salute, quando gli umori sono crudi (*diskrasìa*) si ha una situazione di squilibrio che coinvolge le loro qualità attive (*dynàmeis* – potenze) e la conseguente condizione di malattia. C'è una risposta degli umori alle influenze dell'ambiente in un circolo che può diventare vizioso, nel caso che la costituzione del singolo possa prevedere solo la malattia come possibile risposta e adattamento. Se la costituzione del singolo risponde in modo adeguato, gli umori non sono perturbati nelle loro funzioni.

Vediamo che nella tradizione ippocratica sono identificate con intelligenza le modalità di manifestazione della salute e della malattia, rimane però sostanzialmente non esplicitata una definizione di cosa sia la salute. Il medico ippocratico ha fiducia nella natura e nel processo spontaneo di guarigione che aiuta e asseconda con attesa sapiente e osservazione attenta.

4.3 *Platone*

Già Platone, per bocca di Socrate (*Gorgia, Fedro, Leggi*), così come i testi ippocratici (*De antiqua medicina*) considerava la medicina o il pilotare una nave come esempi di salute e di salvezza, attraverso le malattie o le tempeste. La medicina è un'arte che corregge il corpo e agi-

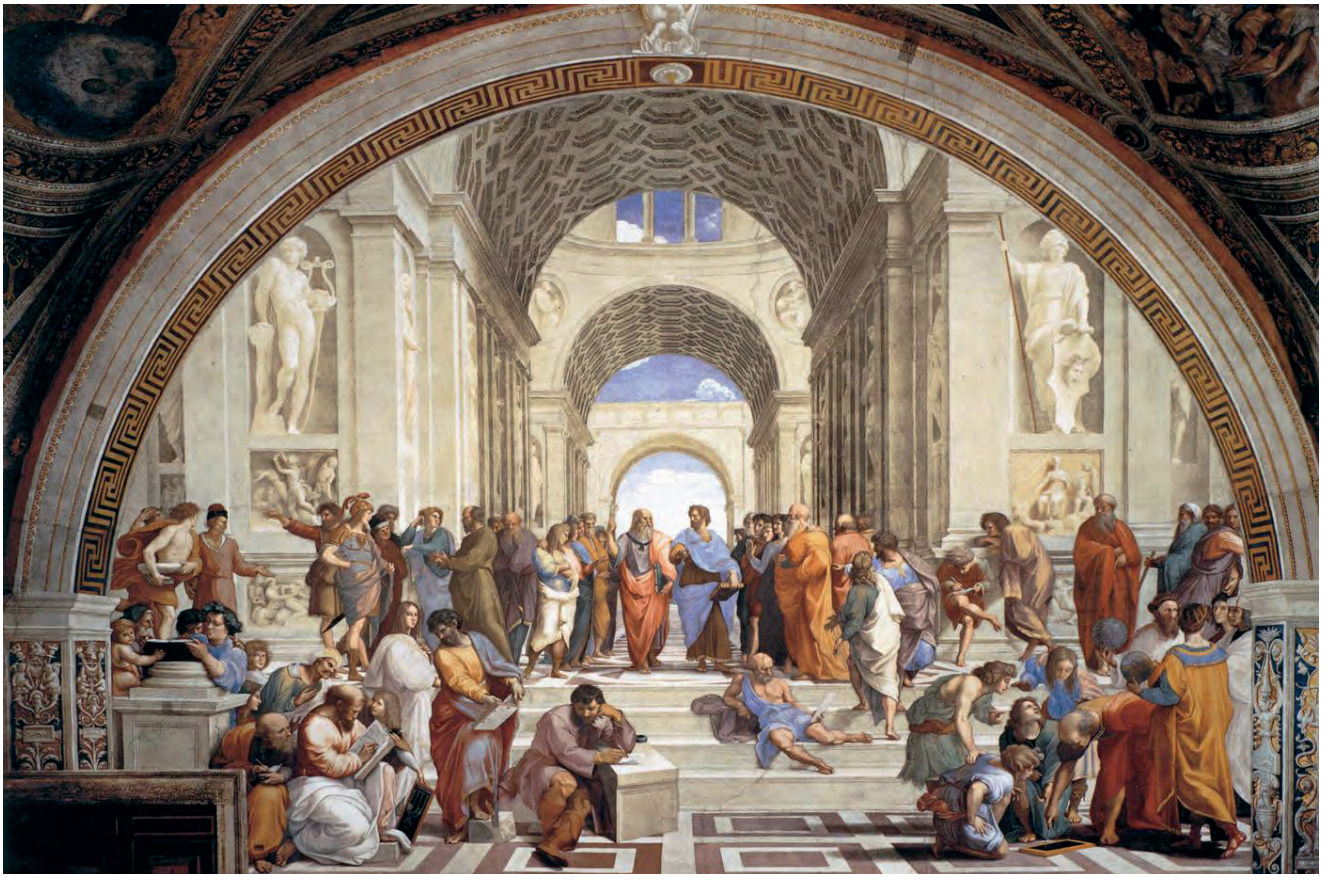
Galeno e Ippocrate

sce con conoscenza di causa: Platone introduce questa importante distinzione che separa la pratica empirica dall'arte medica vera e propria. Nel *Gorgia* afferma che un regime severo, farmaci amari e interventi dolorosi sono le caratteristiche della buona medicina, che fa il bene del paziente e che non ha nulla a che fare con il piacere. Platone prende ad esempio la medicina stessa per dire come dovrebbero essere i politici e gli strateghi: indulgere nei piaceri fisici o sociali provoca la malattia, fisica o sociale, si recupera la salute con medicine e azioni sociali amare e interventi che provocano dolore.

L'inizio della storia occidentale manifesta uno stretto legame fra medicina, società e cultura del tempo come comprova il fatto che alcuni dei pensatori pre-socratici erano medici. Empedocle afferma che ignoranza e malattia sono la stessa cosa, ne segue un *logos* o '*discorso*' della malattia e del suo manifestarsi nel corpo, di conseguenza la cura della malattia deve procedere secondo il suo '*discorso*' per recuperare la salute. Per Anassagora tutte le cose sono originate da '*omeomerie*', particelle similari che per speciazione danno luogo ai fenomeni vitali secondo un *noùs*, un intelletto, che è il processo della vita stessa, che porta ordine nel caos originario. La salute si identifica con la piena espressione del *noùs*.

4.4 *Epicuro*

Un contributo importante al progresso della scienza fu la dottrina epicurea, cui va attribuito il merito di avere introdotto la visione omeostatica dell'uomo. Soffio vitale e atomi costituiscono la base di sensazioni, affetti e *prolessi* (anticipazione in base alle esperienze passate). La condizione naturale dell'uomo è la vita e il piacere. Epicuro distingue un piacere dinamico, collegato al corpo e alla soddisfazione dei sensi e un piacere statico, durevole, in quanto non vi è una ricerca dello stesso, ma questo deriva da un'attenta valutazione dei desideri limitandosi ad ottemperare solo a quelli naturali e necessari. Il piacere si sperimenta in quanto eliminazione del dolore e conduce alla salute dell'anima. Il dolore è ciò che disturba la vita, è inevitabilmente presente e va sopportato quando non è possibile eliminarlo. La vita è una condizione di instabilità fra nascita e morte di un sistema che tende a mantenere l'omeostasi per potere raggiungere, con sforzo e impegno, la felicità. Felicità è il distacco dell'anima da ogni coinvolgimento troppo intenso e transitorio, in una vita appartata dedita a coltivare l'amicizia e la filosofia. Il secondo contributo alla scienza, proposto dalla sua filosofia, è il ricorso ad un 'canone' di riferimento per la ricerca stessa. Elementi e definizioni semplici forniscono un modello, che non



Raffaello, *La Scuola di Atene*

è la realtà, che permette la ricerca sulla natura "*in base a ciò che l'esperienza richiede*". Modelli diversi possono descrivere uno stesso fenomeno purché siano in accordo con i dati sperimentali. Epicuro anticipa quella che oggi è il metodo della scienza sperimentale.

4.5 *Ellenismo*

Con la medicina ellenistica di Erofilo ed Erasistrato comincia a porsi per la prima volta il problema della comprensione dello stato naturale e normale del corpo, cioè della sua salute. Contemporaneamente si ebbe un miglioramento delle conoscenze anatomiche dovuto alla pratica della dissezione del cadavere che imponeva una revisione dell'umoralismo ippocratico verso un *logikon*, una teoria razionale adeguata a spiegare il funzionamento del corpo. Gli strumenti conoscitivi a disposizione erano ancora parziali, ma ci si impegnò nella ricerca pratica e nella speculazione logica progredendo sensibilmente nella descrizione e nella definizione della salute e della malattia. Cominciò a manifestarsi l'influenza del pensiero di Aristotele, che si estese anche alla medicina fatta rientrare nel quadro più ampio dello studio della natura. Il *physikòs* è il filosofo della natura, studia i principi della salute e della malattia relativamente ad un corpo che possiede la vita. Ciò conduce ad un ripensamento della medicina, che include anche il concetto di salute perché la teleologia dell'aristotelismo implica una relazione univoca fra struttura e funzione degli organi e pone le basi per una teoria del funzionamento normale dell'organismo. Purtroppo altri aspetti del pensiero aristotelico, il concetto di *pneuma* in particolare, furono in realtà di ostacolo allo sviluppo del pensiero medico e impegnarono per secoli gli studiosi in una difficile ricerca di armonizzazione di diverse visioni della medicina.

Erofilo introduce un pensiero teorico e conoscitivo riguardo alle condizioni di normalità dell'organismo identificate con il corretto rapporto di tutte le sue parti. Conservare l'armonia costruttiva del corpo corrisponde al mantenere lo stato di salute. Intendendo la salute in questo modo egli escludeva le qualità umorali di Ippocrate o la teoria degli elementi-qualità che non era in grado di controllare, lasciando alla filosofia l'onere di occuparsi delle cause prime e limitandosi allo studio dei fenomeni osservabili basati sulla anatomia. Riguardo alla cura egli sosteneva però una condotta terapeutica che si rifaceva all'umoralismo ippocratico. Lo studio anatomico aveva messo in luce la presenza di

tre tipi di vasi: nervi, arterie e vene in cui scorrevano tre fluidi e che assolvevano funzioni diverse. In questo meccanicismo compare, per la prima volta, la funzione dei nervi e del sistema nervoso come parte integrante della funzione normale, vale a dire della salute. Il sistema nervoso controlla la motilità volontaria ed è alla base della capacità di sentire il mondo esterno. Erofilo era anche esperto nella ascoltazione del polso usato sopratutto per definire la prognosi del paziente. Il suo merito maggiore fu quello di fondare nella conoscenza anatomo-fisiologica la base di una teoria dello stato normale dell'organismo.
Erasistrato diede ulteriore spinta alle conoscenze della medicina aggiungendo ulteriore attenzione alla eziologia. Contributo propriamente epistemico (*epistemonikòn*) all'avanzamento della arte e della scienza medica fu l'avvalersi di concetti aristotelici come 'ipotizzare' e 'assumere' cui aggiunse quello della 'osservabilità teorica' (*logoi theoreòn*) mediante il quale 'assumeva' la possibilità dell'esistenza di strutture e funzioni invisibili all'occhio, ma che era necessario supporre per dare coerenza al sistema medico proposto. Il cibo e il *pneuma* sono le due materie prime cui si aggiunge una struttura principale la *triplokia* che è l'invisibile intreccio di nervi, arterie e vene che sono appunto, 'teoricamente osservabili'. Erasistrato unificava l'anatomo-fisiologia e la patologia in un unico quadro dal quale scaturiva la sua teoria della salute che coincideva con la tenuta stagna dei sistemi elastici dei fluidi e del *pneuma.* La malattia era causata dalla pletora e dalla fuoriuscita dei fluidi dai canali (*paremptosi*) che portava o a malattie infiammatorie e febbrili oppure a paralisi del sistema nervoso. Il principio generale della terapia consisteva nel ricondurre sangue e fluidi nelle loro sedi proprie.

Terme romane

4.6 *Medicina a Roma*
Celso (I sec.) che manifestò un profondo rispetto per l'uomo e la vita, si occupò di medicina di chirurgia, di filosofia e di molte altre scienze. Nelle sue opere fa riferimento ai suoi predecessori e fonda la sua 'medicina razionale' liberando la tradizione medica da superstizioni e influenze magiche. Egli basa il suo insegnamento, redatto in latino, sulla 'conoscenza delle cause occulte e costituenti le malattie; quindi quelle manifeste; poi anche delle azioni naturali; e finalmente degli organi interni' (*De Medicina*). Le cause occulte sono i princìpi in base ai quali si produce la salute o la malattia; princìpi che devono essere conosciuti per potere curare convenientemente le malattie, sapendo da dove nascono. Celso si pone in una posizione intermedia fra gli estremi dei dogmatici e degli empirici, fra *ratio* ed *experientia*, stabilisce una serie di precetti e inizia dicendo 'dapprima come dovranno contenersi i sani; quali precauzioni devono prendere le persone gracili' riguardo l'alimentazione, le deiezioni, l'attività sessuale, ecc. sottolinea il ruolo attivo e la responsabilità del singolo nel rallentare il processo di invecchiamento usando la virtù della 'temperanza'. 'L'uomo sano che sia in buona salute e padrone di sé non deve crearsi alcun obbligo'.

Galeno, nel II secolo, affermò che '*un buon medico è sempre anche filosofo*', che '*lo scopo dell'arte è la salute e il fine è ottenerla. "È necessario che i medici sappiano con quali mezzi si procura la buona salute che non c'è o la si conserva quando c'è*'; '*i regimi che conservano la salute si chiamano regimi salutari*'.
Questo famoso medico greco che opera a Roma, ci fornisce una descrizione di cosa sia la salute. Identifica corpi '*puramente e semplicemente sani*' e corpi che sono sani '*attualmente, cosa che precisamente si chiama buona salute*'. Coloro che hanno la costituzione migliore manifestano un '*equilibrio delle parti omeomere rispetto al caldo, al freddo, al secco e all'umido e l'equilibrio delle parti organiche rispetto al numero e alla grandezza degli*

elementi che le compongono'.
Anche ciò che è percepibile dai sensi (colorito, consistenza, forma) deve essere in equilibrio, e aggiunge 'ma anche nella perfezione della possibilità d'azione che sono date loro' (*Arte medica*). La salute è fatta di equilibri successivi connessi fra di loro, ma il riferimento principalmente è alla capacità di disporre di sé e delle proprie facoltà di azione. Galeno riconosce che la salute ideale non è realizzabile in questo mondo. La condizione di salute ha una '*grandezza adeguata*' (*De bono habitu*), si situa nella differenza fra il valore teorico della salute, quello reale e la malattia vera e propria; nella malattia si colloca l'azione del medico. La salute ha attributi riconoscibili: bellezza, buona costituzione e facoltà di azione. I tre termini sono correlati e interdipendenti. La salute è necessariamente conforme alla natura, ciò che è contrario alla natura, è la malattia. La bellezza della natura si manifesta con un buon colorito, una buona proporzione delle membra e l'armonia delle forme e dei movimenti. Non manca in Galeno la valutazione sull'aspetto estetico della salute, che diventa importante nella vita di relazione in famiglia e in società.
La salute ideale implica l'equilibrio dei quattro umori a seconda dell'età, del clima e degli alimenti; il prevalere di uno di essi porta ai quattro diversi temperamenti.
La salute deve tenere conto anche di variabili individuali, il giudizio va perciò relativizzato all'individuo, ciascuno ha una condizione di salute propriamente sua. Ad esempio quella degli atleti non può essere considerata vera salute, perché la competizione spinge all'estremo la fisiologia, è una salute pericolosa perché non è naturale. Gli animali, in natura, non competono fra loro; conquistano le femmine, difendono il territorio o la prole, cacciano per il cibo, ma non si allenano per gareggiare a chi va più veloce. '*Alcune cose sono impossibili alla natura, e Dio non può farci assolutamente niente; ma fra tutte le cose che possono esistere sceglie ciò che vi è di meglio*' (*Sull'utilità delle parti del corpo umano*). La bellezza si coniuga con la razionalità della natura ed è compito del medico studiare, conoscere e comprendere la natura facendo della medicina una scienza costruita logicamente e relativamente sicura.

4.7 *Medicina araba* (900-1150)
È importante accennare all'influenza culturale legata all'espansione della religione islamica. Rhazes e avicenna si rifacevano alla tradizione greca, rivedendola alla luce della religione islamica. Il '*Canone della medicina*' fu un testo studiato nelle università fino al 1500. È rilevante il fatto che gli arabi abbiano conservato, in traduzione araba, i perduti testi greci, tradotti poi in latino e resi disponibili agli uomini di cultura e ai medici medievali. Il contatto con la rielaborazione della tradizione medica secondo il *Corano* apporta un certo

Avicenna

dogmatismo e una decadenza della pratica sperimentale rispetto alla scuola alessandrina, ma rende più autonoma la figura del medico in una visione generale che vede un rapporto più diretto con Dio che è nel mondo e nel cuore degli uomini. La concezione generale dell'essere umano è strettamente collegata con la visione della salute e della malattia; tre concetti coranici: *imam* che è la fede, *islam* che significa 'abbandono ad Allah' e *taqwa* ossia guardarsi dal pericolo, illustrano il concetto di salute che corrisponde ad uniformarsi alla legge di Allah che è la stessa della Natura. La salute è uno stato dinamico in cui tutte le funzioni si svolgono in modo corretto e totale. Ogni individuo è governato da uno scopo e animato da una intelligenza innata. Il profeta pone i fondamenti di una tradizione medica che considera l'uomo nella sua totalità. Princìpi sanitari regolano la costruzione delle città, il comportamento degli eserciti e dei viaggiatori. L'uomo deve preoccuparsi della propria integrità e della longevità seguendo precise regole igieniche, le abluzioni, l'eliminazione dei rifiuti, l'esercizio fisico adeguato, il massaggio, i bagni e il digiuno. Non viene trascurata l'analisi dell''io', l'autoidentità, e dei mezzi con cui si può raggiungere uno stato di pace.

La coscienza si esprime in tre modi come insensibilità e distruttività delle passioni, come desiderio di recuperare uno stato più elevato, come armonia completa. L'ideale da perseguire è utilizzare al meglio i tre aspetti di *rooh*, l'energia vitale che ha sede nel cuore, il centro non materiale dell'organismo umano.
Acquistano particolare importanza la nozione e le funzioni dell'intelletto, donato da Dio, e strumento per comprendere l'universo creato da Dio stesso e in particolare il corpo umano. La salute, intesa come condizione naturale dell'intelletto, o la malattia sono funzionali al sistema globale dell'universo: l'uomo è il Soggetto nel contesto del Cosmo.

4.8 *Scuola medica di Salerno*
La scuola medica di Salerno si formò prima delle università dal confluire di varie tradizioni, greche, romane, ebraiche e arabe, espressione di una molteplicità di fonti testuali mediche cui riferirsi. Fu particolarmente importante la traduzione dei termini medici greci in latino, più comprensibile dai medici del tempo, e la prima testimonianza della presenza di donne medico, ostetriche e infermiere, che si dedicarono alle arti terapeutiche. Costantino Africano, poliglotta, tradusse e rese disponibili in latino molti testi. Re Ruggero decretò che la medicina potesse essere esercitata solo da chi fosse stato esaminato da ufficiali e giudici regi e Federico II di Svevia fissò la durata degli studi in 5 anni culminanti in un esame pubblico. È il primo atto di certificazione, da parte di una di amministrazione pubblica, della preparazione adeguata di chi esercita la medicina a tutela della popolazione. Il testo *Regimen sanitatis salernitanum* sintetizza gli insegnamenti della scuola e, senza disquisizioni filosofiche fornisce regole salutari e norme igieniche per preservare la salute e un vivere sano, consigliando ad esempio la balneoterapia. Tali indicazioni furono dimenticate con il decadere della scuola a partire dal XIII secolo.

4.9 *Medioevo*
Nel Medioevo cristiano l''infermità', che comporta la malattia e la debolezza fisica, non sono il risultato di una degenerazione o di uno squilibrio, ma sono la 'norma', la condizione naturale dopo la cacciata dal Paradiso. La malattia è uno dei 'tre vizi' introdotti da Adamo nella natura e nella storia dell'uomo. Il malato è un peccatore, ma ha anche, nella malattia stessa, la possibilità di redimersi. La novità dell'epoca medievale sono le epidemie, sconosciute nell'antichità, che coinvolgono moltitudini di persone e sono interpretate come 'castigo di Dio'.
L'altro aspetto importante è lo sviluppo della medicina conventuale con spezierie ed erbari in cui si conservano le tradizioni popolari di cura. Emergono figure carismatiche quali Ildegarda di Bingen, in cui si fondono la santità e la medicina quasi ad incarnare il dualismo sacro-profano del tempo. Ildegarda è depositaria di una conoscenza del mondo naturale che le viene direttamente da Dio, come le sue visioni mistiche, dalla quale emerge una conoscenza del corpo e una dimestichezza col corpo malato, con le erbe e con i più vari materiali disponibili nelle campagne. Non trascura i più intimi particolari della vita con particolare attenzione alla specificità femminile riguardo, ad esempio, alle mestruazioni che fino ad allora erano un argomento tabù. La salute è identificata come ordine e misura degli umori che danno pace e salute al corpo; se, invece, si contrappongono fra loro, rendono l'uomo debole e infermo.
Nello stesso periodo si stabiliscono le scuole di medicina a Bologna, Montepellier, Parigi e Padova, nelle quali, attorno ai *sapienti* si formano gruppi di studenti desiderosi di imparare l'arte.
In questo periodo, nel rapporto che si instaura fra medicina e Rivelazione, si fissa il significato di 'salute come salvezza' dell'anima e la medicina viene vista come ottava arte liberale dopo Trivio (grammatica, retorica, dialettica) e Quadrivio (aritmetica, geometria, musica, astronomia). In un sostanziale dogmatismo che si rifà ad Aristotele e all'elaborazione dei medici arabi la salute è il punto di partenza perché il corpo è il ricettacolo dell'anima e il medico è invitato a studiarne la natura per disporre l'anima immortale alla vera salvezza-salute; d'altra parte la salute dell'anima non lascia molto spazio alla ricerca della salute del corpo in quanto tale. Si manifesta una certa ambiguità e incertezza sulle priorità da seguire dal momento che il sacerdote è visto come il medico dell'anima.
Le argomentazioni del dibattito filosofico riguardo gli 'universali' si estendono anche alla medicina, le malattie (gli universali) sono compresenti ai malati (i particolari). Il malato ha in ogni modo la preminenza rispetto alla conoscenza nominalistica della malattia, anche se si afferma l'importanza di una nosografia precisa. Fino al Dodicesimo secolo l'insegnamento della medicina era stato da maestro ad allievo, ora si costituiscono le università e la 'facoltà' di medicina inizia a Bologna di seguito a quella giuridica. Questa è un'innovazione, che si continua fino ad oggi, in cui un *sapiente* o professore insegna l'arte che, proprio grazie all'istituzione accademica, tende a trasformarsi in scienza. La base teorica si avvalse delle traduzioni dall'arabo dei testi andati perduti negli originali greci o latini e si accompagnò ad una progressiva laicizzazione dell'arte medica. Salute, guarigione e malattia sono sottratte agli interventi divini e diventano l'esito di fenomeni naturali che incidono in relazione al loro diverso grado di armonia e regolarità. Il medico si fa pagare, non per il risultato da conseguire, ma per la sua preparazione e il compito

della scienza umana che pretende di imporre la guarigione -ad ogni costo!- dal sintomo a prescindere dal significato di quest'ultimo, non avendo gli strumenti culturali ed etici per valutare il senso profondo della malattia e dei sintomi che l'accompagnano.

4.10 XV E XVI SECOLO

Le scienze astronomiche e astrologiche interessano anche la medicina e al medico della fine del medio evo compete altresì la conoscenza dell'astrologia che si evolverà nello studio della magia e dell'alchimia. La personalità di Paracelso (1493-1541) segna un punto di svolta nella storia della medicina e della cultura occidentale. Filosofia, astronomia, alchimia e personale virtù del medico sono i quattro pilastri dell'arte medica in una sostanziale corrispondenza di macrocosmo e microcosmo in un rapporto di corrispondenza analogica fra enti e fenomeni del cosmo e dell'individuo. Non si può vedere l'interno del corpo, ma si può scrutare il firmamento e individuarne i princìpi che lo governano e ci governano. Fatti e teorie, osservazioni e concetti, visibile e invisibile, convergono in una autentica conoscenza unitaria dell'armonia prestabilita. La critica alla tradizione scolastica e degli umori è totale e si afferma il primato della osservazione diretta dei fenomeni nel 'libro della natura'. Inizia la iatrochimica in medicina, l'interpretazione chimica della vita: la salute e la malattia sono in rapporto ad alterazioni delle funzioni chimiche della digestione e della assimilazione, ma non solo. Paracelso utilizza l'alchimia che permette di decomporre e ricomporre la materia, come fa la chimica, ma aggiunge il fattore '*Vita*' alla sua azione, apportata dall'alchimista stesso e dalla sua volontà spirituale. Il medico dovrebbe possedere la '*Sapientia*' che, con l'uso della ragione, è il riconoscimento della verità che è Dio stesso.

Paracelso riconosce cinque classi di malattia, cinque modi in cui si devia dall'armonia perché '*nulla al mondo avviene senza una causa*'. Il vero medico deve essere animato da un sincero amore verso il prossimo e la salute è preservare o recuperare l'armonia delle parti, visibili e invisibili, a partire dall'unica *akashica-eterea* origine del tutto. Perché la Natura, non l'uomo, è il vero medico. L'alta concezione etica e morale di Paracelso

svolti. Nei due secoli successivi si ampliò sempre più la divaricazione fra teoria e pratica della medicina, le asserzioni degli scritti di Aristotele, Galeno, Avicenna contrastavano con le evidenze emergenti dalla dissezione dei cadaveri e con i risultati non buoni nell'affrontare le epidemie di lebbra e peste.

Una eredità della medicina conventuale è l'influenza che il libro sacro, la Bibbia, ebbe e continua ad avere in tutto il mondo occidentale oggi apparentemente laicizzato. La cura degli stranieri, degli indigenti, dei poveri e dei malati apportano meriti a chi compie tali azioni; questo atteggiamento che ripropone quello del buon Samaritano e di san Martino non viene insegnato nelle università medievali o moderne per la semplice ragione che è considerato naturale e doveroso da parte di chi è più fortunato, più istruito, più ricco, e quindi anche per colui che oggi, sia egli medico od infermiere, è considerato un professionista della salute. Purtroppo va ricordato che l'atteggiamento del volere bene, in questo caso l'atteggiamento etico di chi presta aiuto, è un comportamento a vantaggio di chi porta aiuto, non di chi è aiutato. Si vuole per l'altro quello che si ritiene essere il bene in assoluto, senza considerare adeguatamente quale sia realmente il bene adeguato a chi viene aiutato. In questo senso la religione si è trasfusa nella scienza, perdendo la compassione della devozione religiosa che porta al rispetto della persona e assumendo l'arroganza

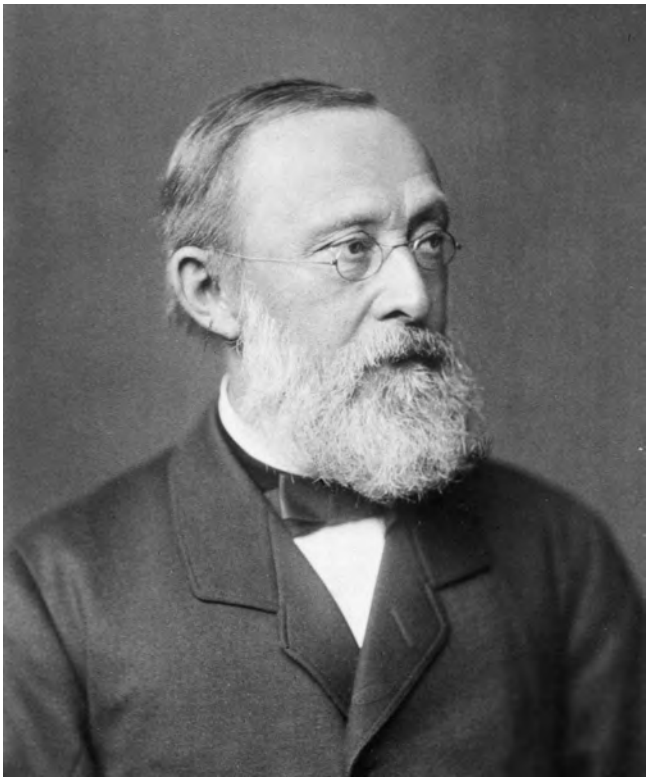
ci forniscono indicazioni generali su come proteggere l'uomo e la sua forma materiale dalle cattive influenze, fin dallo stato fetale per preservare la vita, ciò che oggi chiamiamo stato di salute. Potremmo tradurre il vocabolario di Paracelso in termini moderni e constateremmo che il suo insegnamento è un esempio ancora oggi valido.

Durante il Rinascimento le nuove condizioni culturali permettono il sorgere di un nuovo senso critico e il rendersi indipendenti dei saggi dalle autorità politiche, religiose e filosofiche. Per la medicina, la rinascita coincide con la ripresa della sperimentazione e delle dissezioni anatomiche sul cadavere. Anche Leonardo fu uno studioso dell'uomo e per conoscerlo, anche se non era un medico ma un artista, non poteva che praticare la dissezione anatomica che gli servì per la sua mirabile opera pittorica. La rilettura di Dioscoride e Plinio sviluppa la terapeutica. Inoltre l'avvento della stampa permette la diffusione di nuove opere e una rinnovata erudizione in materia medica.

Nel 1543, Copernico nell'astronomia e Vesalio nella medicina segnano la svolta riformatrice. Potrebbe seguire un lungo elenco di medici e scienziati che hanno segnato l'evoluzione della medicina: Cardano, Fracastoro, Vesalio, Parè, Harvey, Morgagni, Malpighi, Valsalva, Galvani, Spallanzani, e innumerevoli altri.
Occorre notare che il punto di partenza e di conseguenza l'attenzione di tanti scienziati è centrata sulla malattia. Si cercano il come e la causa delle diverse malattie.
Da qui in avanti la storia della medicina e dei medici hanno intrapreso un percorso, che prosegue tuttora, di sviluppo delle conoscenze veramente impressionante, in un progressivo affinamento degli strumenti di indagine che ci ha portato fino alla decodifica del DNA, la molecola depositaria della informazione della vita. Parallelamente, lo sviluppo delle altre scienze, dei cui avanzamenti la medicina si serve, permette al medico una competenza e una capacità di intervento mai raggiunta prima. Prende forma il metodo sperimentale, base della ricerca scientifica.

4.11 *Illuminismo*
È da notare che fra la fine del XVII e l'inizio del XVIII secolo si manifestano diversi orientamenti metodologici grazie agli studi e alle scoperte di Bacone, Galileo, Newton e Cartesio, che lasciano il segno nella cultura e anche nella medicina.
La tassonomia di Cesalpino e la classificazione botanica di Linneo ammettono un ordine nella conoscenza della natura e della vita. In medicina emergono dei 'sistemi medici' di varia origine e orientamento, che non portano ad una reale evoluzione della medicina, ma mettono in evidenza la necessità di una attenta osservazione per potere arrivare ad una conoscenza valida.
In questo periodo si precisa anche il valore della relazione medico-paziente.
Le indagini iatrochimiche e iatromeccaniche lasciano il posto al concetto di 'forza vitale'. Ad esempio la scuola Animista identifica un principio vitale che si diffonde dal cervello a tutti gli organi, la salute si identifica con il giusto 'tono energetico', un eccesso o una carenza di tono vitale portano alla malattia. Nel sistema Browniano, la salute consiste in un regolare espletamento di tutte le funzioni fisiologiche, ci possono essere uno stato intermedio di predisposizione e infine di malattia in dipendenza dall'azione di forze interne ed esterne che influiscono sulle funzioni degli esseri viventi. Possiamo citare fra gli altri, il Mesmerismo con la valutazione di un 'fluido universale'. A questi possiamo aggiungere anche l'Omeopatia di Hahnemann, che a differenza di altre visioni ha avuto un enorme e giustificato sviluppo e che dimostra l'esistenza di un rapporto di similitudine fra un medicamento e il suo potere curativo e una considerazione ampia del concetto di salute: per il corpo fisico l'essere senza dolore; sul piano emotivo l'essere liberi da passioni; sul piano mentale l'essere liberi da egoismo; e spirituale l'essere capaci di riconoscere la Verità.
Questi diversi orientamenti testimoniano dell'insoddisfazione dei medici per gli insegnamenti dei testi antichi e della ricchezza delle intuizioni che derivano dalla osservazione diretta della natura.
Parallelamente si approfondisce la conoscenza della anatomia patologica; l'indagine si centra sulla malattia e sulle modificazioni anatomiche degli organi, dei tessuti e poi delle singole cellule. La malattia diventa uno strumento di conoscenza, una sorta di esperimento naturale. Dall'anatomo-patologia si risale al guasto somatico collegato con le manifestazioni cliniche. L'idea, che sta alla base di questa concezione della medicina, è che il corpo, in qualche modo, è sempre malato e che non si può fondare una clinica medica se non sull'anatomia patologica. Ma possiamo dire che diversamente da una macchina, il corpo umano continua a funzionare anche quando alcune sue parti sono 'alterate'. In questa ottica la salute non riveste un interesse particolare, ciò che importa è la malattia, la sua sede e le sue cause locali o remote. Il pensiero anatomo-clinico mette in relazione la fisiologia con la patologia e nel meccanicismo imperante i fenomeni patologici sono considerati come alterazioni della regolare funzione dell'organismo.

4.12 *Virchow e Canguilhem*
Nell'evoluzione dell'arte medica i filosofi naturalisti e i patologi umorali avevano raggiunto un alto livello di competenza, la scienza della circolazione dei fluidi ri-



Rudolf Virchow

maneva valida, ma l'accrescersi delle osservazioni non si accompagnava ad un adeguato sviluppo della terapeutica, perché nessuno sapeva con chiarezza dove originasse la malattia. Una tappa importante nel cercare di chiarire il processo della malattia fu merito di Rudolf Virchow che identificò l'unità fondamentale della vita: la cellula. Ogni cellula deriva da una cellula e anche ogni alterazione patologica ha luogo nella cellula. Questo ci interessa particolarmente perché lo stesso Virchow sosteneva che l'uomo, nel suo complesso è il prodotto della situazione in cui vive, come testimoniano le sue vicende personali: fu coinvolto nei moti di indipendenza del 1848, la sua denuncia delle condizioni socioeconomiche deplorevoli dei tessitori della Slesia decimati da una epidemia di tifo e l'essere stato a lungo membro del consiglio comunale di Berlino.
Era l'erede sia della scuola di Cnido centrata sulla malattia, che di quella di Cos centrata sul paziente. Nella cura era prioritaria la conoscenza dei processi fisiopatologici della malattia, ma al centro della prevenzione della malattia c'era il paziente nella sua interezza. Per comprendere la malattia era fondamentale scoprire come essa alterava la struttura del tessuto, ma anche come alterava la funzione normale del tessuto stesso. Il punto di partenza era quindi la fisiologia, base di una medicina scientifica, che si interessa delle alterazioni della fisiologia che diventa poi patologia, mentre la terapia è il modo con cui ricondurre alla normalità o preservare la fisiologia. La chiave della medicina scientifica è quindi comprendere come la funzione normale diventi anormale. Non è importante la forma delle cellule, ma il modo in cui agisce la cellula. Ad esempio: il tumore non è frutto di invasione, ma una modificazione da una cellula normale che è inserita in un ambiente, il fluido extracellulare. Quello che C. Bernard definì il '*mielieu interieur*'.
Virchow definiva la patologia '*una fisiologia con ostacoli*' solo perché è il patologico ad attirare l'attenzione. Questa concezione dimentica la subordinazione logica fra fisiologia e patologia e implica l'idea che la malattia non crei nulla di nuovo perché è altrimenti evidente che la guarigione non porta alla vecchia fisiologia di prima della malattia. Non è possibile stabilire l'unità di misura oggettiva del patologico come il grado o il metro. Oggettivamente si possono stabilire delle differenze nelle strutture o nei comportamenti, ma senza un reale valore predittivo sia positivo che negativo.
La prima e l'ultima parola sul normale e sul patologico spettano alla valutazione clinica, che non è né potrà mai essere una "scienza" meccanicisticamente intesa.

Questi stessi temi sono stati il campo di studi, non di un medico, ma di un filosofo, Georges Canguilhem che ha centrato il suo lavoro sulla storia della biologia e della medicina che considera una '*disciplina complementare di cultura*' che ha il pregio della concretezza scientifica, assente nella filosofia. La sua indagine di tipo storico-epistemologico ricerca quale sia la '*normatività*' all'interno delle attività scientifiche così come in realtà si svolgono. Dallo studio della fisio-patologia ci si potrebbe attendere l'emergere di un elemento comune che permetta la comprensione dei fenomeni morbosi a partire dall'analisi dei processi normali. Nel pensiero medico, la salute, la normalità fa da sfondo alla patologia, ma nella conoscenza della vita si evidenziano dei fenomeni che non sono riconducibili alla chimica o alla fisica e la medicina è progredita interrogandosi sulla malattia solo a partire da quelle scienze di base.
La salute, dice Canguilhem, è normale solo se è 'normatività'; ovvero la vita manifesta le sue capacità inventive. Salute è capacità di adattarsi; la 'malattia costituisce un impoverimento della creatività, ma non sfugge alla norma, nel senso che in essa si produce un organismo differente'. La malattia è un valore negativo, ma mai oggettivo, l'ultima parola è sempre del paziente, che giudicherà la sua sofferenza e la sua guarigione in relazione al suo vissuto soggettivo. È quindi il 'valore biologico' che distingue la salute dalla malattia. Non si è potuta costruire una scienza della vita che prescinda dalla patologia, dalla malattia, dalla anormalità o dalla morte. Il biologo e il medico esercitano un modo particolare di conoscenza, perché la variazione chimica o

fisica del vivente non è esterna e aliena al ricercatore stesso. Farsi un concetto della natura è vivere la vita, è un tipo particolare di informazione, completamente diversa dall'informazione delle scienze esatte. La vita è ciò che è capace di errore. La salute è quindi sempre in bilico fra la ripetizione normale e la perturbazione del sistema informativo. Nell'uomo la vita si trova sempre un poco fuori posto. La salute, in senso assoluto, è la capacità di istituire nuove norme biologiche. Diventa difficile stabilire cosa è *normale*, cioè *verticale* in senso etimologico e d'uso in matematica, e di conseguenza risulta difficile stabilire con sicurezza, come vorrebbe lo scientismo, stabilire il punto di passaggio dalla salute alla malattia. Non possiamo neppure stabilire una continuità fra normale e patologico, in senso lato. Per l'individuo stesso, il normale varia a seconda delle situazioni, può diventare patologico se si mantiene identico a se stesso al variare delle condizioni esterne.
Il pensiero di Canguilhem è di enorme stimolo per chi si interessa di salute e malattia, purtroppo i suoi scritti sono noti agli studiosi, ma quasi totalmente sconosciuti alle scuole mediche e alla cultura medica in tutto l'Occidente.

5. **L'occidente e il corpo**

5.1 *La civiltà occidentale non ha l'abitudine a sentire/pensare il corpo*

In Occidente si usa il corpo per affermarsi nel mondo, ma non lo si sente dall'interno nelle energie vitali che lo percorrono e ne caratterizzano l'essere vivo. In Occidente non si è stabilita una scienza delle propriocezioni del corpo come in India nello Hatha Yoga o in Cina nel Tai Chi.
Del corpo, l'Occidente ammira la bellezza, lo stile greco e le statue testimoniano di una raffinata concezione della bellezza, che la cultura però non tematizza all'interno del processo di indagine conoscitiva dell'uomo tanto che facilmente il mondo moderno ne crea un'immagine ammiccante o francamente pornografica.
Dell'organismo ci si fa una immagine di macchina perfetta in cui riemerge la pura animalità dell'uomo, ma questa 'raffigurazione' non coincide con quelli che vengono considerati i tratti distintivi dell'uomo: l'intelligenza per costruire il proprio mondo e il linguaggio scritto.
Il corpo umano rimane un limite alle potenzialità dell'uomo, che sono realizzate dagli strumenti tecnologici che egli progetta e costruisce.
Del corpo, l'Occidente sfrutta le multiformi funzionalità e vive una profonda ferita narcisistica quando non è più "in salute", pronto ai comandi della volontà di agire.
La società distingue nettamente coloro che sono portatori di un 'handicap', predispone strutture dedicate a loro, bagni, parcheggi, ascensori; strutture che ne sottolineano la differenza dai 'normali'.
La civiltà occidentale ha obliato il corpo che è la base della sua evoluzione e perfezionamento e la "salute" non ha interessato la cultura, neppure quella medica, in modo adeguato al suo essere il fondamento del sentire e dell'agire di ognuno.
La fenomenologia di Husserl distingue due tipi di corpo: "tra i corpi di questa natura io trovo il mio corpo nella sua peculiarità unica, cioè come l'unico a non essere mero corpo fisico (*Korper*), ma proprio corpo vivente (*Leib*)". *Korper* e *Leib* convivono, questo mio corpo è il mio 'corpo personale' mai oggettivabile completamente e posso conoscerlo in due modi diversi comunque riferiti alla totalità del "mio io".
Il corpo ha subìto il destino di ogni altro ente ed è stato 'oggettificato'. Il corpo è un oggetto di studio, il riconoscimento della sua condizione di "salute" è affidato alle macchine, ai parametri biochimici, alle statistiche, ecc., ma non ad un soggetto senziente e pensante.
Per Heidegger la *physis* sta ad indicare *"ciò che si schiude da se stesso (come ad esempio lo sbocciare di una rosa)"*, corrisponde al dispiegarsi di un preciso processo che include psichico e fisico. La *physis*, erroneamente tradotto con 'natura', non è un mondo di oggetti, fra i quali il corpo umano in salute, ma un mondo di processi vitali che non sono semplicemente meccanicamente in equilibrio, ma è una coesistenza armoniosa e non conflittuale di quei processi che possiamo definire salute.

5.2 *La "salute" riguarda sicuramente il corpo, ma anche la mente*

Se è stato difficile stabilire cosa sia la salute del corpo, tanto più difficile è stabilire quale e cosa sia la salute mentale. I miti, i grandi cicli di narrazione epica, la tragedia, la commedia hanno mostrato come funziona la mente. La mente e l'anima hanno sempre interessato la speculazione filosofica. L'indagine di cosa sia la conoscenza ha portato ad indagare la mente e le passioni, il loro legame con il trascendente e le ricadute sul corpo. Nella medicina, i moti dell'animo sono sempre stati parte integrante dell'anamnesi e del rapporto medico-paziente, ma solo saltuariamente sono diventati tema autonomo di studio. Il retaggio dell'intervento del divino nella malattia sotto forma di dei, di castigo divino, di microbi o di geni perdura ancora. Dei turbamenti dell'animo si sono occupati i preti poi gli esorcisti e quindi i neuro-psichiatri, che sono dei medici particolari, con un proprio vocabolario di difficile comprensione.
Di fatto in Occidente solo poco più di un secolo fa Freud cominciò a studiare la mente in quanto tale e da allora sono fiorite centinaia di teorie psicologiche e psicoanalitiche tutte in grado di ottenere risultati terapeutici. In

Oriente, per citare solo due esempi, il Raja Yoga di Patanjali e l'analisi buddhista del funzionamento della coscienza hanno preceduto di duemilacinquecento anni l'analisi dettagliata dei fattori mentali condizionanti il nostro essere umani e la nostra salute mentale.
L' Organizzazione Mondiale della Sanità prende in considerazione anche la salute mentale.
La salute mentale è definita come uno stato di benessere in cui ogni individuo realizza il proprio potenziale, è in grado di affrontare le normali difficoltà della vita, può lavorare in modo produttivo e fruttuoso, ed è in grado di dare un contributo alla sua comunità (O.M.S.).
Disturbi mentali comprendono una vasta gamma di problemi, con diversi sintomi. Tuttavia, essi sono generalmente caratterizzate da una combinazione di pensieri, emozioni, comportamenti e relazioni con gli altri anormali (O.M.S.).
Con l'espressione salute mentale, secondo la definizione dell' Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.), si fa riferimento ad uno stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni.
La definizione di salute mentale non si può accontentare di una semplice spiegazione di come si sia prodotta cioè di quanto devia dalla norma il comportamento, l'umore, l'espressione della personalità o il manifestarsi di alterazioni cognitive e allucinatorie non essendo poi in grado di comprendere e spiegare 'perché' si sia prodotta. Il perché non rinvia ad una 'causa', essendo la causa multifattoriale, ma ad un 'senso', a meno che non ci si accontenti di teorie su conflitti o teorie sulla personalità o teorie sociologiche. Il senso del disturbo mentale va certamente cercato nella biochimica del sistema nervoso, come substrato, ma soprattutto nella storia e nel racconto che ogni singola persona può raccontare.
In Occidente si porta avanti nello studio della medicina universitaria, ancora oggi, una separazione fra ciò che riguarda il corpo e ciò che riguarda la mente. Gli indirizzi di studio sono separati, così come gli ospedali sono dedicati alla cura dell'uno o dell'altra. I movimenti 'olistici' pur presenti, non sono ancora stati capaci di una reale interrelazione fra questi aspetti dell'uomo.

5.3 **Spinoza e Cartesio**

Un esempio di come la cultura occidentale sia stata e sia ancora indecisa e divisa riguardo cosa sia mente e cosa corpo è esemplificato da due pensatori che hanno rivoluzionato la speculazione filosofica occidentale: Cartesio e Spinoza. Scelgo loro perché sono contemporanei e manifestano la volontà di rinnovamento della cultura filosofica, morale e politica del primo Seicento.

5.3.1 *Cartesio*

Cartesio si interessò di anatomia e medicina, allo studio della quale applicò lo stesso metodo di ricerca che si basa su dimostrazioni indiscutibili a prescindere da quello che è scritto nei testi antichi. Nella quinta parte del *Decors de la méthode* dedica interesse all'anatomopatologia del cuore e delle arterie e alla superiorità dell'anima dell'uomo; così come il trattato *Sull'Uomo* è un interessante compendio di fisiologia. Egli ha una concezione del corpo umano come di una macchina perfetta regolata da leggi matematiche, con funzioni proprie che si svolgono indipendentemente da ogni forma sostanziale di anima vegetativa o sensitiva, come voleva la Scolastica. Cartesio si augura che la 'ragione', donata da Dio, sia usata bene seguendo idee chiare e distinte. Lo studio dell'anatomia lo porta a considerare che la disposizione degli organi secondo leggi di natura e il calore sono sufficienti a spiegare le funzioni del corpo. La morte sopravviene per l'impossibilità del movimento delle parti del corpo, non perché l'anima lasci il corpo. Gli animali sono privi di anima e sono trattati di conseguenza. Il moto è un dono di Dio impresso alla massa corporea inerte. Conservare la salute del corpo corrisponde a prolungare la durata dell'esistenza il più possibile e ritardare la vecchiaia è possibile evitando gli errori nel regime di vita. Per Cartesio la natura si muove per un atto creativo di Dio e le modificazioni delle parti della materia sono dovute all'urto reciproco, secondo leggi di natura istituite da Dio stesso. La sua antropologia distingueva nell'uomo una pluralità di sostanze spirituali - *res cogitans* e corporee - *res extensa*. Egli sosteneva l'immaterialità dell'anima nettamente distinta dalla materialità del corpo, e allo stesso tempo dichiarava la necessità dello studio della Morale e della Medicina.

5.3.2 *Spinoza*

Per Spinoza la sostanza o Dio-Natura è causa di sé: è la Natura Naturante; non può non produrre i suoi effetti. La sostanza è anche materia; la materia è la sostanza stessa; poiché la sostanza è Dio, Dio è anche materia. Non si dà una Natura separata da Dio. La sostanza esiste necessariamente ed è infinta, unica e indivisibile e per lui *rex estensa* e *res cogitans* sono solo attributi della sostanza-Dio-Natura che si esprime nella potenza dei suoi "*modi infiniti*": la Natura Naturata. Il corpo e la mente sono modi della sostanza, ossia forme attraverso le quali Dio si esprime in maniera certa e determinata, sono un aggregato di una pluralità di *modi* dell'estensione e del pensiero. L'uomo non può rivendicare alcuna superiorità o privilegio rispetto agli altri *modi*

della Natura, ad esempio gli animali. L'anima-mente è soltanto l'idea del corpo, cioè conoscenza degli stati che attraversa il corpo. Il corpo è una proporzione determinata di moto-quiete, che è un modo dell'estensione. Sul piano dell'essere e del tempo, mente e corpo sono una sola e stessa cosa, espressa in due modi diversi.
Il rapporto mente-corpo è risolto all'origine nel constatare che ogni modificazione del corpo si accompagna ad una modificazione della mente, cioè in un *atto conoscitivo* che è seguito da un *affetto*. Spinoza vede l'uomo dotato di 'virtù', che non è che una forma di potenza, ma che è l'essenza stessa dell'uomo, ossia la sua capacità di agire secondo le leggi di natura e che si traduce in comportamenti basati su conoscenze adeguate. La 'mente' è l'idea di un organismo attualmente esistente che conosce gli altri corpi e il mondo. Quando entra in contatto con questi ultimi, è tramite le idee di questi *affetti*, come li chiama Spinoza, che la mente conosce il corpo. Spinoza dà rilievo alla funzione del corpo nella genesi della conoscenza e dell'affettività, ma si disinteressa completamente della anatomia e della fisiologia del corpo, il suo è un corpo metafisico

5.3.3 *Il dualismo di Dio e il meccanicismo della natura*
Le visioni dei due filosofi differiscono radicalmente riguardo al corpo e alla mente.
Purtroppo sia il "dualismo e meccanicismo" di Cartesio sia il "Dio, ovvero la natura" di Spinoza non sono state interpretate correttamente dalla cultura medica. Solo una revisione critica de loro scritti e un'attenta analisi degli argomenti dell'uno e dell'altro potrà portare suggerimenti validi all'evoluzione del pensiero occidentale sul 'problema mente-corpo', che non ha ancora trovato una soluzione valida e che, proprio alla luce delle attuali scoperte neuro-biologiche è auspicabile che colga una armonizzazione epistemologicamente soddisfacente per la medicina delle visioni inconciliabili di questi due filosofi.

6. **Salute e cultura**

6.1 *La salute degli uomini di cultura*
Si dice che Socrate fosse molto sgradevole a vedersi, era brutto e Plotino "aveva l'aspetto di uno che si vergogni di essere in un corpo". Cartesio dimentica che per potere pensare e realizzare di essere, occorre un prerequisito: esistere fisicamente. Nella sua stanza ben riscaldata si dimenticò del corpo ed ebbe l'intuizione del suo metodo, ma il corpo lo tradì quando arrivò nella fredda Svezia. Leopardi collega lo sviluppo interiore, intellettivo e spirituale ad un inverso deterioramento esteriore nel corpo. Certo la natura era stata con lui 'matrigna', avara del dono della bellezza e della salute. Mozart e Mahler non godevano di una salute di ferro. Gödel non era psichicamente del tutto normale, assillato da fobie. Solo per citarne alcuni. La storia della civiltà occidentale è costellata di personaggi con gravi problemi di salute e molto si è scritto su come la salute di chi ha fatto la storia, ha condizionato la storia stessa.

6.2 *Origine mitica e conclusioni*
L'origine mitica della medicina greca parte dal centauro Chirone, che fu ferito ad un ginocchio da una freccia scagliata da Eracle, contaminata con il veleno dell'Idra. Il saggio Chirone non potendo né guarire né morire di questa ferita, si ritirò in una caverna fino a quando si offrì a Zeus al posto di Prometeo, che aveva offerto agli uomini due doni: *l'oblio dell'ora della morte*, grazie ad uno speciale "farmaco", che non è altro che la "speranza che non vede" e il *fuoco* cioè il 'saper fare' di ogni possibile tecnica.
Chirone, immortale e portatore di una ferita inguaribile, fu maestro di chirurgia di Asclepio, insegnò la chirurgia e la medicina e si sacrificò per l'uomo, che potrà accedere alla tecnica che gli permetterà di costruire il proprio mondo e di credere di esserne il signore.
Ciò che ci interessa particolarmente è il primo dono, la rimozione della conoscenza dell'ora della morte: l'uomo vive in un mondo in cui il tempo sembra scorrere all'infinito. La medicina invece ha chiara la presenza dell'inevitabile limite temporale della vita nella morte, ma nello stesso tempo ha sviluppato una prassi e utilizzato tutte le tecnologie possibili per allontanare lo spettro della morte. La scienza medica occidentale vive la morte come una sconfitta. Questo è definito il paradosso della medicina.
La malattia che prelude e anticipa la morte è un nemico da sconfiggere, ma in realtà cosa si fa per evitare la malattia? Non abbastanza, lo conferma la storia recente che registra sempre più malattie e sempre più gravi da affrontare.
Cosa si fa per mantenere la salute? Ancora di meno, perché non si sa cosa sia realmente salutare e cosa invece sia dannoso. La salute non si dà a vedere, ha un carattere nascosto, è una realtà che tutti conosciamo, ma che in realtà non conosciamo. Questo è il paradosso del medico.
Ci dovremmo chiedere: perché è così prodigioso essere sani?
Il sapere-fare tecnico ha assunto la prevalenza sul sapere-essere in relazione con il paziente, questa separazione impedisce di realizzare un vero 'sapere' riguardo cosa sia veramente la salute.
Risulta impossibile una totale oggettivizzazione della coppia salute-malattia. Per realizzare un vero 'sapere' risulta necessario l'incontro con la soggettività umana e in più malata.
Dando per scontato che il medico clinicamente sappia-

fare, c'è da chiedersi quanto il medico sia preparato a sapere-essere con il paziente, come si apprenda e chi sia in grado di insegnare questa arte di vivere la professione medica?
Il medico viene preparato benissimo per diagnosticare e affrontare la malattia, ma viene addestrato a comprendere la salute? Il medico è preparatissimo sulla malattia, ma il paziente gli chiede di recuperare la salute. Al paradosso della medicina e del medico si aggiunge il paradosso del paziente: prima era una persona qualsiasi, ora è un paziente, che però non sa come e quando ha cominciato a non essere più in salute. La persona passa dallo stato di inconsapevolezza della salute a quello di consapevolezza della malattia. Ma sarà sempre una condizione 'relativa' di malattia, perché solo il soggetto è in grado di valutare le proprie scelte nel suo progetto di vita e definisce cosa sia *normale* per lui. È ben chiaro a tutti che il solo trascorrere dell'età modifica cosa sia salute in una stessa persona.
Salute non è precisamente un sentirsi, ma un esser-ci, un-essere-nel-mondo.
La salute è misurabile solo facendo dell'individuo stesso la misura della salute dalla prospettiva dell'esperienza in-prima-persona del suo proprio modo di esistenza. La possibile definizione di salute si sposta sull'individuo e sulla cultura di cui è portatore e in cui si integra. L'Occidente non si è ancora espresso chiaramente al riguardo. Il confronto con realtà diverse potrà, sicuramente, essere di aiuto nell'indagare non tanto la malattia, ma il prodigio della salute con quella acutezza e chiarezza di spirito evocata da Beatrice.

7. **Prospettive**

7.1 *Attualità*

Molto succintamente, visto che l'argomento richiederebbe ben altro approfondimento, si constata che già da qualche decennio in tutto l'Occidente si stanno diffondendo pratiche salutistiche o mediche provenienti dall'Oriente o elaborate da terapeuti innovativi.
Evidenzierò solo le tematiche più importanti sorte dall'introduzione di tali pratiche.
Già nella denominazione emergono incertezze e ambiguità, sono state denominate C.A.M. Complementary and Alternative Medicine in ambito anglosassone o Medicine Non Convenzionali in Italia. Sono state censite decine, anzi centinaia di pratiche salutistiche variamente identificabili in base al loro meccanismo di azione od alla tipologia di intervento e identificate dal NCCAM (National Center for Complementare and Alternative Medicine) come: biologiche, energetiche, manipolazioni sul corpo, integrazione mente-corpo, alternative e tradizionali.
La fioritura e l'interesse per tutti questi metodi di cura sono certamente testimonianza della sete di salute che l'avanzato e sviluppato Occidente manifesta a gran voce e che certificano quanto l'approccio riduzionista e scientista della Medicina Allopatica che domina il mondo Occidentale non stia soddisfacendo pienamente le esigenze di salute e benessere delle società tecnologicamente avanzate. Senza sminuire le conquiste della Medicina Allopatica non si può non constatare che nel suo veloce sviluppo, la Medicina Allopatica ha trascurato l'uomo, il suo sentire di essere umano e il suo radicamento nella spiritualità evolvendosi in una medicina che oggi richiede un ripensamento o meglio una rifondazione nei suoi fondamenti etici.
La tecnologia promette molto, ma è sempre la mente diseducata degli uomini che manifesta il proprio egoismo a rendere pericolosa la tecnologia. Non è un caso che Alfred Nobel così come l'imperatore Ashoka abbiano avuto bisogno di un 'bagno di morte' per rendersi conto che la società ha bisogno di altro che della violenza e che è possibile una convivenza civile e salutare.
Lo sviluppo e la diffusione delle C.A.M./M.N.C. ha trovato e trova degli ostacoli nella carenza di una regolamentazione giuridica adeguata a questa novità socio-culturale. Alle precise richieste degli operatori del settore non corrisponde una altrettanto valida volontà politica di realizzarle.
Anche nell'ambito strettamente medico e sanitario si evidenzia una medesima forma di resistenza, alle volte frutto di ignoranza e preconcetti, all'introduzione nei sistemi sanitari di queste metodiche eterodosse, ma che manifestano, non solo il gradimento della popolazione (le statistiche I.S.T.A.T. lo dimostrano ampiamente), ma anche l'efficacia terapeutica desiderata.
Le problematiche di bioetica evidenziate dalla tecnologia applicata alla Medicina si estendono a coinvolgere le C.A.M./M.N.C. che spesso manifestano modalità di pensiero e prassi diverse da quelle in uso rispetto a temi quali quelli di inizio e fine vita o delle malattie invalidanti e croniche, così come nei riguardi della medicina di genere e degli anziani.
Per quanto riguarda quelle che l'O.M.S. riconosce come Medicine Tradizionali, la Cinese, l'Indiana - Ayurveda e la Tibetana, la loro diffusione è limitata dal retroterra epistemologico, oltre che pratico, cui fanno riferimento, avendo dell'uomo, della salute e della malattia una comprensione e un intendimento molte volte non facilmente conciliabile con quello dominante Allopatico. Chi le ha studiate fa notare come la visione filosofica, i criteri logici e i principi fisiopatologici di queste tre Medicine Tradizionali permettano di comprendere il valore e i limiti delle metodiche allopatiche e come non sia possibile per la Medicina Scientifica fare altrettanto nei loro confronti.
La tutela della Salute non dovrebbe avere bisogno di un

'consenso informato'. La crescente conflittualità sociale si espande anche in ambito sanitario e la pretesa di guarigione da parte dei pazienti che segue la promessa di cura efficace proposta dalla pubblicità medica genera una pericolosa deriva della relazione medico paziente verso una sterile contrattualità, insopportabile per che sia e si senta un vero medico. Una persona dedita allo studio ed dotato di rispetto per la persona del paziente e per la vita che li abbraccia entrambi.

Non a caso negli ultimi tempi si fa strada nel pensiero dei medici più accorti la necessità di ritrovare e insegnare agli studenti di medicina l'Umanizzazione della Medicina (le c.d. Medical Huamities) e il ritorno ad una pratica clinica, che senza dimenticare la tecnologia medica, torni ad essere centrata sul paziente, la sua personalità individuale e le sue reali necessità. Una Medicina Centrata sulla Persona che parta dalla tutela delle gestanti e dalla non violenza del parto, che segua lo sviluppo psico-fisico-spirituale dell'uomo e che eviti di sfruttare il corpo come fonte di pezzi di vita da trapiantare.

7.2 *Futuro*

Mi permetto di formulare un auspicio personale: la Salute che verrà sarà frutto di un ritorno al passato. Questo significa una riscoperta, in Occidente, dei valori di umanità e rispetto per la natura umana che si è conservato nelle Tradizioni Mediche Orientali, l'Ayurveda in particolare, che implica il rispetto anche per la fauna e la flora di questo piccolo e delicato pianeta chiamato Terra della cui conservazione siamo ormai tutti responsabili.

Lo stile di vita sarà più importante della diagnosi precoce. Una corretta alimentazione, in relazione alle reali esigenze, varrà più della pubblicità condizionante desideri e aspettative. Lo studio e l'accettazione del proprio corpo ci conformerà alla nostra natura più della chirurgia estetica e della cosmesi. La consapevolezza dell'intrinseca presenza della sofferenza varrà più della terapia del dolore. L'espressione fiduciosa delle nostre sensazioni ed emozioni così come della nostra sessualità prevarrà sulla manipolazione della psiche e sulle perversioni del desiderio.

Solo la cultura e la conoscenza, lo studio e l'impegno di ciascuno ci potranno aiutare a realizzare un concetto sano di Salute perché non rimanga solo l'utopia di una Salute possibile, ma irrealizzabile. Un futuro in cui la Salutogenesi guidi le azioni politiche, sociali e professionali dei cittadini e in cui i medici non solo curino, ma siano anche sapienti educatori.

Bibliografia

Ahlzén R (2011) Illnes as unhomelike being-in-the-world? Phenomenology and medical practice Med Health Care and Philos doi: 10.1007/s11019-011-9311-6

Alivia M., Guadagni P., Roberti di Sarsina P., Towards Salutogenesis in the Development of a Personalised and Preventative Healthcare. EPMA Journal 2011;2(4):381-384.

Bianchi M L, (1995) Introduzione a Paracelo. Editori Laterza, Roma-Bari

Busacchi V, (1973) Storia della medicina. Patron editore, Bologna

Cambiano G, (1971) Platone e le tecniche. Einaudi, Torino

Cangulhem G, (1998) Il normale e il patologico. Einaudi,Torino; (tit. orig. (1966) Le normale et la patologique, Presses Universitaries de France, Paris

Cangulhem G, (2007) Sulla medicina, scritti 1955-1989. Einaudi,Torino; (tit. orig. (2002) Ècrits sur la medicine, Editinos de Seuil, Paris

Carel H (2010) Phenomenology and its application in medicine Theor Med Bioeth doi: 10.1007/s11017-010-9161-x

Cavicchi I, (2004) Ripensare la medicina. Restauri, reinterpretazioni, aggiornamenti. Bollati Boringhieri, Torino

Celso C, (1999) La chirurgia (libri VII e VIII del De Medicina). Istituti editoriali e poligrafici internazionali, Pisa – Roma

Celso C, (1990) De Medicina. Libro IV. Selleria editore, Palermo

Corbellini G (2003) Filosofia della medicina. in Vassallo N. Filosofie delle scienze. Einaudi, Torino

Cosmacini G, (2008) La medicina non è una scienza. Breve storia delle sue scienze di base. Raffaello Cortina Editore, Milano

Decartes R, Gregory T (a cura) (1986) Discorso sul metodo. Editori Laterza, Roma-Bari

Decartes R, Carrara E (a cura) (1973) Discorso sul metodo. La Nuova Italia, Firenze

Di Benedetto V, (1986) Il medico e la malattia. La scienza di Ippocrate. Einaudi, Torino

Gadamer HG, (1994) Dove si nasconde la salute. Raffaello Cortina Editore, Milano; (tit. orig. (1993) Über di Verborgenheit der Gesundheit. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main)

Galeno, Garofano I, Vegetti M (a cura) (1978) Opere scelte. UTET, Torino

Green L W (2011) Definition of health OBO, doi: 10.1093/OBO/9780199756797-0132

Grmek M D, (1993) Storia del pensiero medico occidentale. (3 vol.) Editori Laterza, Roma-Bari

Guardi J, (1997) La medicina Sufi. Xenia edizioni. Milano

Hartmann F, (1982) Il mondo magico di Paracelso. Edizioni Mediterranee, Roma

Haub H, (2011) Il concetto di salute nel medioevo in Germania. Non pubblicato. Comunicazione personale

Heidegger M, (1976) Essere e tempo. Longanesi, Milano; (tit. orig. (1927) Sein und Zeit. Max Niemeyer Verlag, Tubingen)

Heidegger M, (1999) Concetti fondamentali della metafisica. Mondo finitezza solitudine. Il melangolo, Genova; (tit. orig. Die Grudbegriffe der Metafisik. Welt Endlichkeit Einsamkeit. Vittorio Klostermann Verlag, Frankfurt am Main)

Heidegger M, (1995) Lettera sull'umanismo. Adelphi, Milano; (tit. orig. Brief über den Humanismus. Vittorio Klostermann Verlag, Frankfurt am Main)

Horgan J, (1998) La fine della scienza. Einaudi, Torino; (tit. orig. (1996) The end of science.)

Huber M, Knotterus J A et al (2011) How should we define health? BMJ 343: doi: 10.1136
/bmj.d4163

Ildegarda di Bingen, (1997) Cause e cure delle malattie. Sellerio editore, Palermo; (tit. orig. De causis, signis atque curis aegritudinem)

Illich I, (1977-1991) Nemesi medica. L'espropriazione della salute. Red./studio redazionale, Como; (tit. orig. (1976) Limits to medicine – Medical nemesis: the expropriation of health. Mario Boyars Publishers, London)
Ippocrate, Vegetti M (a cura) (1965, 1976) Opere. UTET, Torino
Ippocrate, Di Benedetto V (a cura) (1983) Testi di medicina greca. Rizzoli, Milano
Israel G, (2010) Per una medicina umanistica. Lindau srl, Torino
Jadad A R, O'Grady L (2008) How should health be defined? BMJ ; 337:a2900 doi:10.1136/bmj.a2900
Jaspers K, (1991) Il medico nell'età della tecnica. Raffaello Cortina Editore, Milano; (tit. orig. Der Artz im tecnischen Zeitalter. R. Piper, Munich)
Khan M S, (1986) Medicina islamica. Red./studio redazionale, Como
Lain Entralgo P, (1969) Il medico e il paziente. Il Saggiatore, Milano; (tit. orig. (1969) El medico y el infermo. Madrid)
Laplantine F, (1988) Antropologia della medicina. Santoni editore, Firenze; (tit. orig. (1986) Antropologie de la medicine. Payot,)
Larson J S (1999) The conceptualization of health Med Care Res Rev 56: 123 doi:10.1177/107755879905600201
Le regole salutari salernitane, Firpo L (a cura) (1972) UTET, Torino; (tit. orig. Regimen sanitatis Salerni)
Lipton B, (2006) Biologia delle credenze. Macro Edizioni, Cesena; (tit. orig. (2005) The biology of belief. Bruce Lipton Ph.DM Copyright)
Mattioli P. A. (1577) I discorsi ne i sei libri della materia medicinale di Pedacio Dioscoride Anazarbeo. Labortori Biokima Editore, Anghiari
Merleau-Ponty M, (1972) Fenomenologia della percezione. Il Saggiatore, Milano; (tit. orig. (1945) Phénoménologie de la perception. Gallimard, Paris)
Morandi A., Tosto C., Roberti di Sarsina P., Dalla Libera D., Salutogenesis and Ayurveda: indications for Public Health management. EPMA Journal 2011;2(4):459-465.
Morandi A., Tosto C., Sartori G., Roberti di Sarsina P., Advent of a Link between Ayurveda and Modern Health Science: The Proceedings of the "First International Congress of Ayurveda: The Meaning of Life - Awareness, Environment, and Health" March 21-22, 2009, Milan, Italy. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine doi:10.1155/2011/929083.
Morandi A., Sartori G., Tosto C., Ayurveda: la Medicina Tradizionale Indiana. In Giarelli G., Roberti di Sarsina P., Silvestrini B. eds. Le Medicine Non Convenzionali in Italia. Storia, problemi e prospettive d'integrazione. pag.291-309. Franco Angeli, Milano, 2007. ISBN: 9788846484598.
Nuland S B, (1992) I figli di Ippocrate. Storia della medicina, dagli antichi greci ai trapianti d'organo. Arnoldo Mondadori Editore, Milano; (titolo orig. (1988) Doctors.)
Pizza G, (2005) Antropologia medica. Carocci, Roma
Plinio il Vecchio, (1982) Storia naturale. 5 vol. Giulio Einaudi editore, Torino
Razi (Abu Bakr Muhammad), (1990) Guida del medico nomade del deserto. Precetti di medicina ecologica del IX secolo. Red edizioni, Como; (tit orig. Kitb al-Murchid)
Roberti di Sarsina P., Alivia M., Guadagni P., Traditional, Complementary and Alternative medical systems and their contribution to Personalisation Prediction and Prevention in Medicine - Person Centred Medicine. EPMA Journal 2012;3(1):15.
Roberti di Sarsina P., Alivia M., Guadagni P., Widening the Paradigm in Medicine and Health: Person Centred Medicine as Common Ground of Traditional and Non Conventional Medicine. In: "Healthcare Overview: New Perspectives", Ed. V. Costigliola, Book Series "Advances in Predictive, Preventive and Personalised Medicine", Series Ed. O. Golubnitschaja, EPMA/Springer Dordrecht Heidelberg New York London, 2012. p. 335-353, Springer XVIII, 521 p. 86 illus., 73 in color. ISBN: 978-94-007-4601-5.
Roberti di Sarsina P., Morandi A., Alivia M., Tognetti M., Guadagni P., Medicine Tradizionali e Non Convenzionali in Italia. Considerazioni su una Scelta Sociale per la Medicina Centrata sulla Persona. Advanced Therapies-Terapie d'Avanguardia 2012;1:3-29.
Roberti di Sarsina P., Morandi A., Alivia M., Traditional and Unconventional Medicine in Italy. Reflections upon a social choice for Person Centred Medicine. Poster presentation 5th European Congress for Integrative Medicine, Florence, 21-22.09.2012. European Journal of Integrative Medicine 2012;4S:176.
Roberti di Sarsina P., Alivia M., Guadagni P., When East Meets West. Person Centered Medicine: A New Paradigm Beyond Traditional, Complementary, Alternative and Unconventional Medicine. Oral Presentation 5th European Congress for Integrative Medicine, Florence, 21-22.09.2012. European Journal of Integrative Medicine 2012;4S:103.
Roberti di Sarsina P, Iseppato I., Traditional and Non Conventional Medicines: the Socio-anthropological and Bioethical Paradigms for Person-Centred Medicine. The Italian context. EPMA Journal 2011;2(4):439-449.
Roberti di Sarsina P, Iseppato I., Person-Centred Medicine: Towards a Definition. Forschende Komplementärmedizin 2010;17(5):277-278.
Roberti di Sarsina P., The Social Demand for a Medicine Focused on the Person: The Contribution of CAM to Healthcare and Healthgenesis. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine 2007;4(S1):45-51.
Roberti di Sarsina P. 43rd National Congress of the Italian Psychiatric Association. Consensus Conference: Non-Conventional Medicines. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine 2005;2(2):233-235.
Santinelli C, (2000) Mente e corpo. Studi su Cartesio e Spinoza. Quattro Venti, Urbino
Saracci R. (1997) The world health organisation needs to reconsider its definition of health BMJ 314 :1409
Shilton T, Sparks M, et al (2011) Proposal for a new definition of health. BMJ. 343: d5359 Doi:10.1136/bmj.d5359
Svenaeus F (2010) Illness as unhomelike being-in-the-world: Hidegger and the phenomenology of medicine Med Health Care and Philos doi 10.1007/s1119-010-9301-0
Viano CA, (1985) La selva delle somiglianze. Il filosofo e il medico. Einaudi editore, Torino
Voltaggio F, (1992) L'arte della guarigione nelle culture umane. Bollati Boringhieri, Torino
W.H.O.: Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.The Definition has not been amended since 1948).
W.H.O./ Canadian Public Health Association,Health and Welfare Canada
Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion
Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1
Wulff H R, Pedersen S A, Roseberg R, Filosofia della medicina. Raffaello Cortina Editore, Milano; (tit. orig. (1990) Philosophy of medicine, Blakwell Scientifo Publications)

Infiammazione, stress e comportamenti. Regolatori ed epigenetica

Raffaele Cascone

Psicoterapeuta

Coordinatore scientifico dell'ICPIT (*International Council of Psychocorporal Integration Trainers*)

Parole chiave

Epigenetica
Laborit
Stress
Resoleomica
Infiammazione
Depressione

Riassunto

Questo secondo articolo della serie iniziata nel primo numero con "Dalla sindrome di inibizione d'azione alla riprogrammazione epigenetica", inquadra le evidenze di correlazione tra infiammazione, stress (reazione organica all'aggressione) e comportamenti nel paradigma della scuola sistemica di Parigi, e le integra con le recenti acquisizioni della biologia molecolare, della epigenetica e della epigenetica dei comportamenti. La specifica organizzazione dei dati in chiave bio-comportamentale che ne consegue, produce linee di orientamento per la ricerca, per la riflessione diagnostica e terapeutica e per la clinica, prefigurando visioni e soluzioni più specifiche e innovative.

C'è vastissima evidenza che le malattie cronico degenerative, in grande crescita negli ultimi trent'anni, come le patologie cardiovascolari, il diabete, le malattie respiratorie, i disordini mentali, le malattie autoimmuni, l'obesità e il cancro, sono caratterizzate dalla persistenza di reazioni infiammatorie croniche.

C'è altrettanta evidenza che il sistema immunitario e il sistema nervoso, sono i regolatori dell'infiammazione e che vengono a loro volta regolati dal genoma e, epigeneticamente, dall'ambiente biologico, relazionale, nutrizionale, comportamentale.

Ulteriore evidenza inoltre di una correlazione tra stress, disfunzione del sistema immunitario, depressione, angoscia, psicopatologia, infiammazione, obesità, cancro e le altre malattie cronico-degenerative emerge oggi in modo dilagante nelle ricerche e nelle conoscenze interdisciplinari pubblicate. Ma se è vero che la mole di dati delle ricerche e delle metodologie, sotto vincolo riduttivistico, resa disponibile dalla "rivoluzione digitale", sta determinando l'attuale grande mutazione nella medicina e nella psicologia contemporanee, è anche vero che i dati disponibili sono frammentari e settoriali a causa del vincolo riduttivistico.

Come è noto, la ricerca, soggetta ai vincoli delle "peer reviews" e della ripetibilità e verificabilità delle esperienze e delle ipotesi, procede a piccoli passi, affrontando i processi al loro livello di complessità attraverso descrizioni dettagliate che rifuggono da salti logici, salti di livello, correlazionismo.

La sperimentazione convenzionale e accreditata esige che ogni sistema venga studiato, tentando di porlo in isolamento dall'influenza di ulteriori variabili e identificando un numero minimo di variabili. Si tratta di impresa contraddittoria quanto approssimativa allorchè sono in gioco sistemi complessi come gli organismi viventi o sistemi complessi che interagiscono, a loro volta, con altri sistemi complessi.

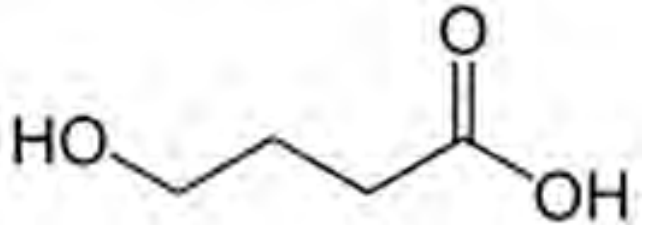
Trent'anni dopo avere partecipato alla "Sistemica di Parigi" iniziata da Henri Laborit, dando seguito alla nostra metodica del Systemics Hub e attraverso il nostro W.W.S. World Wide Systemics - the systemics network (la rete sistemica), proponiamo una struttura conoscitiva, epistemologica e terapeutica che possa fungere da griglia orientativa, interpretativa e previsionale.

Viene proposto un approccio unitario alla salute e alla malattia fondato sulla griglia interpretativa di Henri Laborit, integrata dalle ricerche contemporanee, e sulla evidenza fenomenologica presentata nei tre aspetti della sua opera: la biologia dei comportamenti, l'eutonologia e l'aggressologia, lo studio del sistema nervoso e dell'eziopatogenesi centrato sullo "stress" (l'aggressione e la reazione organica all'aggressione).

Un tale approccio consente di organizzare, articolare e trattare in una prospettiva sistemica, la mole di dati frammentari delle ricerche e delle metodologie, sotto vincolo riduttivistico.

La medicina dei sistemi e la psicoterapia dei sistemi nascono allorchè nei primi anni '50 dello scorso secolo, Henri Laborit mostrò che uno dei due regolatori polari del sistema organismo è esterno al sistema: è l'ambiente, che agisce da regolatore esterno, attraverso la mediazione dei sistemi nervosi e dei sistemi delle memorie, e che le funzionalità di un organismo, in quanto sistema, e di ciascun sistema, non possono essere correttamente valutate in isolamento, vale a dire sottraendole ai loro regolatori.

Sessant'anni dopo la risoluzione della malattia post-operatoria ad opera di Laborit e dopo l'applicazione della sua biologia dei comportamenti in psichiatria con la clorpromazina, cominciano ad emergere timidamente discipline come la biologia dei sistemi, la medicina dei sistemi e l'epigenetica dei comportamenti. Queste nuove discipline, pur nei vincoli del riduttivismo e dei protocolli da rispettare onde evitare la sospensione dei fondi, stanno fornendo esperienze, dati, conoscenze di valore nel campo circoscritto della loro disciplina e di grande valore potenziale.
Ricerche di grande valore conoscitivo a condizione che si sia in grado di articolarle e contestualizzarle. Dal suo *Laboratoire d'eutonologie a l'hopital Boucicaut* a Parigi di medie dimensioni, Laborit confessava, pur in epoca preinternet, di avere a disposizione ogni giorno le sperimentazioni e le osservazioni, di ricercatori di tutto il mondo, che in fondo "lavoravano anche per lui", che dal canto suo possedeva ciò che agli altri mancava: una griglia di ricerca, di interpretazione, di previsione e di design, di comprovata e incontestabile esattezza ed efficacia. Ne è prova, tra le altre, la sua invenzione del Radical Gamma OH, una molecola di cui disegnò la struttura ipotizzando che potesse svolgere la funzione che desiderava. Non solo la molecola funzionò confermando le sue ipotesi e la genialità del suo design molecolare ma, tempo dopo, sopraggiunse un ulteriore straordinario e inaspettato evento: un ricercatore scoprì nel sistema nervoso umano la stessa molecola. Laddove è cosa comune che un laboratorio tenti di riprodurre molecole presenti in natura, Laborit, basandosi sulla sua metodologia, disegnò e sintetizzò, con l'aiuto di Camille Georges Wermuth,la molecola del gamma OH ignorando che esistesse in natura e prima che fosse scoperta nel sistema nervoso.



La struttura conoscitiva derivata dalla griglia di Laborit e integrata con il contributo delle acquisizioni contemporanee, conduce:

A. alla revisione critica di ciascuna ricerca, collocandola di volta in volta nel contesto eco fisiologico di appartenenza, costituito dal livello o dai livelli di complessità accessibili e descritti da ciascuna metodica, dai distinti liveli di complessità dell'organismo nella sua interezza nell'ambiente, negli accoppiamenti strutturali dell'insieme e di ciascuna parte con altri sistemi interni ed esterni;
B. alla revisione della fenomenologia, descritta dall'approccio disciplinare, attraverso una contestualizzazione tra altre discipline che intervengono nello stesso settore con metodi e approcci diversi
C. alla formulazione di una terminologia, e di un linguaggio trans-disciplinari nonchè di un relativo sistema dei riferimenti condivisi
D. all'organizzazione dei dati e delle conoscenze attraverso un loro orientamento e il filo conduttore definiti dai poli di attrazione fenomenologica e concettuale dell'approccio sistemico, della biologia dei comportamenti e dell'epigenetica dei comportamenti.

Questo approccio, tra le altre metodiche, si avvale oltre che della biologia dei comportamenti, anche della attuale epigenetica dei comportamenti, genera correlazioni e un originale filo conduttore che consentono di organizzare in una sintesi interdisciplinare le recenti evidenze relative a: l'infiammazione, i disturbi del comportamento, le sindromi di depressione e di angoscia, la programmazione epigenetica dell'asse finale comune nella vita perinatale, gli abusi e le carenze di cure nell'infanzia, la psicopatologia e le malattie cronico degenerative, la modulazione epigenetica dell'espressione genetica attraverso l'interazione tra il fenotipo e l'ambiente interno, esterno e relazionale (memorizzati nell'epigenoma) – ambiente inteso in senso ecologico, relazionale, nutrizionale e comportamentale – la trasmissione trans-generazionale delle caratteristiche fenotipiche acquisite e l'epigenoma.

La sindrome di inibizione d'azione

Uno degli eventi fondanti la biologia dei comportamenti mostra come l'ambiente funga da regolatore della fisiologia attraverso l'interfaccia del sistema nervoso e come diverse situazioni ambientali attivino vie metaboliche e neurofisiologiche distinte, di memorizzazione. Nell'esperimento "La modifica da parte di diverse situazioni ambientali dell'amnesia, indotta dalla Scopolamina, in un esperimento di evitamento passivo nella cavia" (1), Henri Laborit mostra come una situazione relazionale, ovvero un "comportamento", possano modulare anche l'attività di un farmaco (un "comportamento" o una situazione, vengono descritti nel nostro approccio anche come eventi epigenetici, che modulano l'espressione genetica).
"È possibile, per esempio, indurre in una cavia un ipertensione cronica "nevrotica" facendo memorizzare l'inefficacia dell'azione, attraverso choc plantari inevitabili, fastidiosi ma non dolorosi, senza la possibilità di

fuggire o di lottare. Questa cronicità si stabilizza attraverso l'attivazione di quello che Laborit stesso definisce "il sistema dell'inibizione dell'azione", che comprende l'area settale mediana, l'ippocampo dorsale, l'ippocampo centromediano, l'amigdala laterale e l'ipotalamo centromediano. La conduzione sinaptica di questo sistema è principalmente colinergica. L'evitamento attivo invece, gratificante poiché evita la punizione e rinforza il comportamento di fuga e di allontanamento dal disturbo e dal pericolo, è mediato dall'MFB, Medial Forebrain Bundle (fascio di Nauta), la cui la conduzione nervosa è a predominanza catecolaminergica. Ugualmente, l'inibizione scaturisce da un apprendimento, quello dell'inefficacia di un azione. Inoltre, le vie metaboliche e neurofisiologiche messe in gioco nei processi di memorizzazione sono diverse a seconda che il comportamento prodotto abbia come esito il controllo di una situazione ambientale (gratificazione) ovvero la mancanza di controllo su di essa (frustrazione, punizione). (1)
"L'orientamento delle vie funzionali e metaboliche" costituisce una delle nozioni cardine del nostro approccio.

La programmazione epigenetica attraverso il comportamento materno.
È noto che il tipo di cure che un neonato riceve dalla madre e dal suo ambiente influenza lo sviluppo cognitivo ed emotivo su cui poi si baserà la vita adulta. Non è ancora patrimonio di conoscenza comune che queste relazioni precoci determinano una programmazione a lungo termine delle differenze individuali nelle risposte comportamentali e la regolazione della risposta allo stress dell'asse finale comune ipotalamo-ipofisi-surrenali, Hypothalamus-Pituary-Adrenal, (HPA). Nell'adulto, una risposta equilibrata alle sfide e alle domande dell'ambiente, dipende dallo stato di attivazione di quest'asse, stato determinato a sua volta dalla capacità dell'asse a ritornare allo stato di riposo dopo un periodo di attivazione in seguito ad un allarme. Mediatori e regolatori di questa omeostasi sono i recettori ai glicocorticoidi: questi recettori (GCR), allorchè registrano la presenza in circolo dei glicocorticoidi, inviano alle strutture che li secernono un segnale di interruzione della loro produzione. In tal modo, l'asse finale comune ritorna in uno stato di riposo. Il grado di efficacia del meccanismo dipende dal numero dei recettori. Numero dei recettori a sua volta determinato dall'espressione di un determinato gene che viene specificamente attivato da adeguate cure materne.
"Una carenza in tal senso determina una regolazione del gene tale che pochi recettori siano prodotti: ne consegue che l'asse dell'allarme nell'adulto, carente di recettori, manca di sufficienti segnali di controllo, permane quindi in uno stato di continua attivazione." (2)
Queste recenti evidenze, relative al periodo perinatale dello sviluppo, forniscono ulteriori elementi al costrutto della sindrome di inibizione d'azione che aveva già mostrato il meccanismo fondamentale della disregolazione cronica dell'asse dell'allarme. Questa sindrome può stabilirsi e cronicizzarsi durante tutti gli stadi dello sviluppo, ed è dovuta al protrarsi dell'aggressione (stress), in circostanze che non permettono azioni risolutive (nella nostra concettualizzazione, utilizziamo al posto di "protrarsi dello stress", la terminologia "protrarsi della reazione organica all'aggressione R.O.A).
(L'antico termine di uso corrente *stress*, coniato da Hans Seyle, può essere fuorviante e viene usato generalmente accorpando in una descrizione sommaria processi diversi: le aggressioni, la reazione organica all'aggressione, la sindrome di inibizione dell'azione, il trauma e il "disordine da stress post traumatico" – Post Traumatic Stress Disorder - P.T.S.D.)

Questa attivazione costante dell'asse finale comune con tutte le sue perturbazioni metaboliche croniche è parte della "sindrome di inibizione dell'azione", che prepara le patologie cronico degenerative attraverso una specifica disregolazione endocrina, immunitaria e organica, in cui vie metaboliche prepatologiche disorganizzano a loro volta la risposta infiammatoria e la risposta immunitaria.

La Resoleomica
Le malattie cronico degenerative, in grande crescita negli ultimi trent'anni, come le patologie cardiovascolari, il diabete, le malattie respiratorie, i disordini mentali, le malattie autoimmuni, l'obesità e il cancro, sono caratterizzate dalla persistenza di reazioni infiammatorie croniche. Questa attivazione infiammatoria cronica o non terminata è correlata ad un attività eccessiva o disequilibrata del sistema immunitario innato. La recente scoperta di un meccanismo metabolico d'interruzione dell'infiammazione definito da Serhan "Resoleomica" (3) permette di individuare anche in questo caso un regolatore, o un sistema regolatore, di questa funzione e correlazioni con altri regolatori presenti nello stesso livello sistemico, nei livelli inglobati e nei livelli inglobanti.
"L'innesco della conclusione dell'infiammazione è un processo controllato da parte del sistema immunitario e non semplice conseguenza di un "esaurimento" della reazione immunitaria. L'attuale pandemia di disordini su base infiammatoria corrisponde ad una perturbazione di questo processo di interruzione. Il sistema immunitario, organizzato per intervenire contro aggressioni veloci e intense, non riesce a far fronte a stimolazioni croniche, a lungo termine. Fattori di aggressione incontrollabili e/o prolungati producono nel sistema im-

munitario un'attivazione cronica e un'interruzione del meccanismo risolutivo. Viene definita Resoleomica, il processo dell'infiammazione che si autolimita." (3)
Esso è attivato e regolato dal sistema immunitario innato (SII), dal sistema nervoso simpatico (SNS) e dall'asse finale comune ipotalamo-ipofisi-surrenali (IIS) (in Inglese HPA)".

Le assi finali comuni dell'allarme o dello stress e la Resoleomica

"Tutto ciò che attiva i due assi dell'allarme attiva anche il sistema immunitario innato (IIS) e tutto ciò che attiva l'IIS attiva i due assi. (4). Un forte inibitore dell'IIS è il neurotrasmettitore anti-infiammatorio acetilcolina, prodotto dal sistema nervoso parasimpatico. La reazione di allarme (o di stress) avviene in due fasi: attivazione dell'asse simpatico-medulla surrenale (SAM) che attiva a sua volta la produzione di noradrenalina da parte del Locus Coeruleus del cervello. La via discendente attiva neuroni motori del simpatico nella medulla oblungata, che stimola le ghiandole surrenali attraverso i nervi simpatici efferenti. A questo punto, le surrenali secernono catecolamine che attivano la proliferazione delle cellule del sistema immunitario innato. L'NF-kB aumenta la produzione di citochine pro-infiammatorie, come l'interleuchina 1-beta (IL1-Beta), interleuchina 6 (IL 6) e il Fattore di necrosi tumorale (Tumor Necrosis Factor) (TNF). Sia il sistema immunitario innato che il Th1 del sistema adattativo contengono recettori sensibili alle catecolamine. Le catecolamine cerebrali influenzano l'attività della milza, del timo, del midollo osseo e dei nodi linfatici. La Noradrenalina attiva l'IIS all'inizio dell'infiammazione, laddove l'attivazione prolungata del sistema nervoso simpatico lo inibisce". (5)
La seconda fase della reazione sistemica di stress (meglio definita dalla biologia dei comportamenti come Reazione organica all'aggressione R.O.A.) corrisponde all'attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrenali con la produzione dei glicocorticoidi.
"Il cortisolo inibisce il sistema immunitario innato attraverso la regolazione in tendenza (upregulation) del fattore inibitorio kappa B (IkB), inviando nel contempo segnali al cortex immunitario attraverso la migrazione di diverse cellule immunitarie. Il cortisolo, regolatore della risposta del sistema immunitario innato, può guidare l'infiammazione alla fase risolutiva. Il termine della risposta infiammatoria ha luogo allorchè il cortisolo sovrasta gli effetti della segnalazione genetica dell'NF-kB , attraverso la riduzione della trascrizione del gene pro-infiammatorio sensibile al NF-kB. Questo effetto "conclusivo" del cortisolo è normalmente supportato da una risposta compensatoria anti-infiammatoria attraverso l'attivazione del circuito vagale anti-infiammatorio, la cui produzione di acetilcolina inibisce il sistema immunitario attraverso il recettore nicotinico-acetilcolinergico alfa-7. (6)

Il Sistema nervoso simpatico aumenta l'iniziale risposta immunitaria pro-infiammatoria nella fase di iniziazione, laddove invece la risposta ritardata del cortisolo, indotta dall'asse ipotalamo-ipofisi-surrenali, inibisce la risposta pro-infiammatoria (7). L'integrità dell'asse simpatico adrenergico (SA) con la sua risposta/reazione noradrenalinergica è necessaria per un'adeguata risposta infiammatoria iniziale (8). All'inizio della fase d'avvio c'è resistenza sia all'insulina che al cortisolo al fine di consentire l'attivazione del sistema immunitario innato (9). Alla fine di questa fase, la sensibilità al cortisolo e all'insulina dovrebbe essere recuperate allo scopo di facilitare l'interruttore degli eicosanoidi che innesca la fase di risoluzione.

L'esposizione cronica allo stress riduce la capacità di preparare una risposta di stress acuto, con una conseguente risposta pro-infiammatoria inadeguata. Situazioni di stress cronico (psico-emozionale) possono essere responsabili della produzione continua di catecolamine da parte dell'asse SA.
In biologia dei comportamenti questo stato è parte della sindrome di inibizione dell'azione, caratterizzata appunto da stato di attesa in tensione e preparazione alla lotta o alla fuga con conseguente attivazione del metabolismo e degli apparati relativi, in stato di inibizione protratta nel tempo.
"Le cellule del sistema immunitario innato sono attivate e proliferano (dispendio energetico relativamente basso), laddove la proliferazione di nuove cellule immunitarie (dispendio energetico molto maggiore) verrà bloccato. Ulteriori conseguenze dell'attività cronica del sistema simpatico-adrenergico sono: riduzione della varietà delle cellule del sistema immunitario innato e completa perdita di attività della sezione Th1 del sistema immunitario adattivo, e conseguente insufficiente capacità di combattere i virus, le cellule pre-neoplastiche e i patogeni intracellulari. (10)

Una risposta infiammatoria che possa giungere a conclusione dipende quindi dalla sensibilità dei recettori ai glucocorticoidi (GR) e dei recettori alle catecolammine del sistema immunitario innato (11). Fattori come lo stress subito all'inizio della vita, trauma e polimorfismi genetici di singolo nucleotide (SNPs) sono possibili fattori di rischio di perdita di sensibilità dei recettori ai glicocorticoidi e verso le catecolamine (12 -13).
Una risposta infiammatoria sub-ottimale, conseguenza di stress cronico impedisce il funzionamento dell'interruttore agli eicosanoidi, poiché l'interruttore della fase di risoluzione funziona in base alla sua sensibilità

all'insulina e al cortisolo, che l'aggressione prolungata atrofizza. La fase d'iniziazione dovrebbe avere una durata massima tra le 8 e le 12 ore. Il livello di attivazione e il numero dei neutrofili polimorfo nucleari (PMNs) dovrebbero raggiungere il loro massimo durante questa fase; una maggiore durata causata da stress cronico può produrre danni secondari ai tessuti circostanti a causa dei forti effetti citotossici dei neutrofili polimorfo nucleari (PMNs) attivati (14)

La connessione bidirezionale tra l'asse sistema immunitario e l'asse dello stress è ulteriormente dimostrata dal fatto che una produzione acuta di alti livelli di catecolamine attiva fortemente il sistema immunitario innato (IIS) (15) mentre gli eicosanoidi prodotti dall'acido arachidonico inducono la produzione di catecolamine locali e sistemiche (5). L'attivazione di lunga durata porta ad una resistenza verso le catecolamine e ad una mancata produzione di eicosanoidi. Questa situazione, combinata con la suddetta possibilità di resistenza all'insulina e cortisolo, provoca una risposta infiammatoria sub-ottimale e, di conseguenza, alla perpetuazione e allo sviluppo di un infiammazione a basso grado [16,17].

Fattori nutrizionali e Resoleomica

Diversi fattori dietetici influenzano l'attività dell'SII e la funzione di una vasta gamma di ormoni, tra cui il cortisolo, l'insulina e le catecolamine. I drammatici cambiamenti nella composizione dietetica dalla rivoluzione agricola (circa 10.000 anni fa) e, in misura maggiore, dalla rivoluzione industriale (circa 200 anni fa) hanno trasformato l'assunzione di cibo in un pericolo quotidiano comune e, quindi, in una causa di stress sistemico continuo. (6) Alcuni di questi cambiamenti includono:

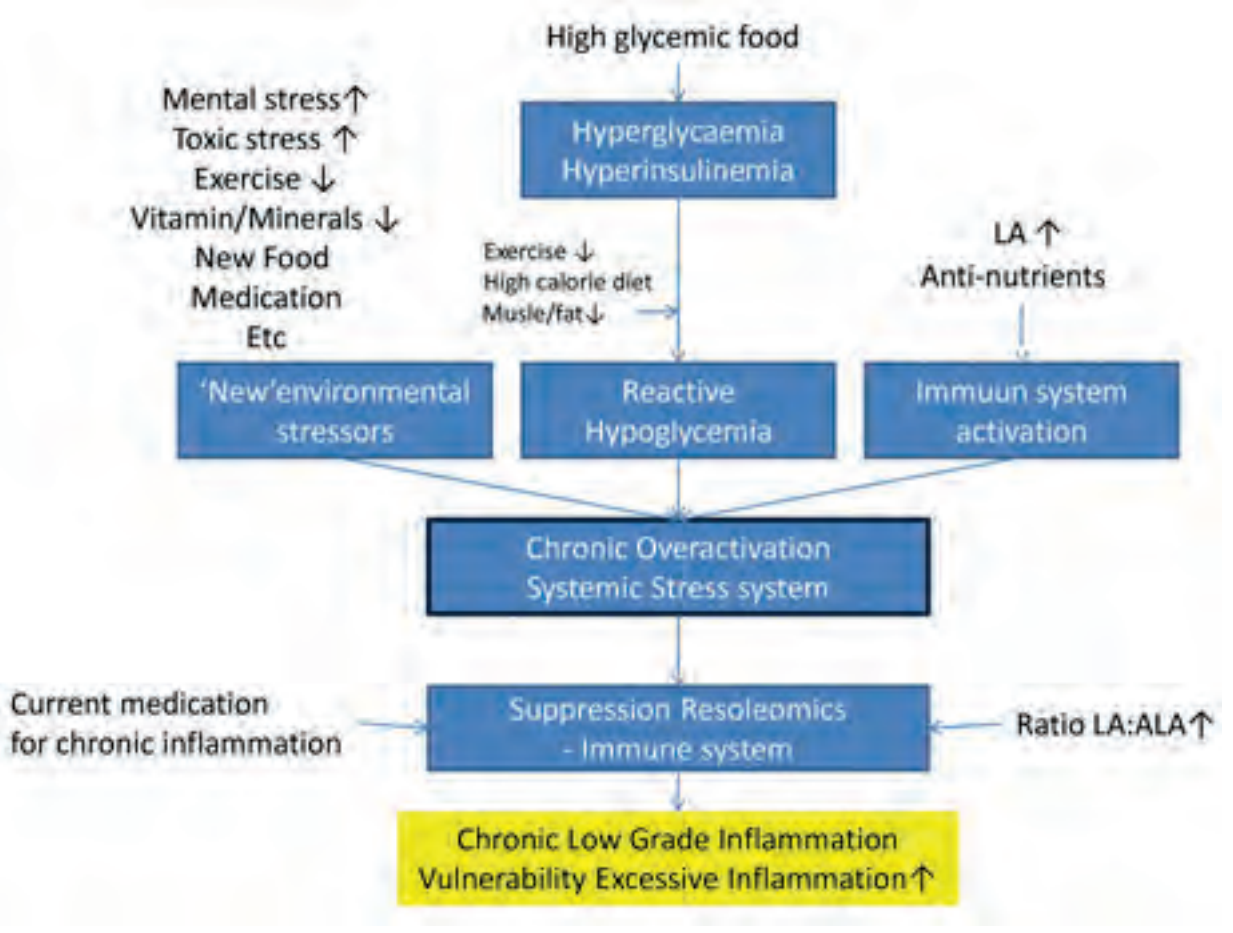


Figura 1. L'iper-attivazione cronica del sistema dello stress sistemico determinata da stressori esterni gioca un ruolo centrale nello sviluppo di malattie infiammatorie croniche. Gli interventi correnti con farmaci anti-infiammatori sopprimono la Resoleomica e il Sistema Immunitario Innato - IIS, amplificando in tal modo l'iper-attivazione del sistema dello stress sistemico.
(Illustrazione tratta da: Margarethe M Bosma-den Boer*, Marie-Louise van Wetten and Leo Pruimboom, *Chronic inflammatory diseases are stimulated by current lifestyle: how diet, stress levels and medication prevent our body from recovering*, Nutrition and metabolism, 2012, 2)

un aumento nel rapporto omega 6/omega 3, un elevato apporto di acidi grassi saturi (SFA) e di carboidrati raffinati, l'introduzione di acidi grassi trans prodotti industrialmente, una bassa assunzione di vitamine D e K, un apporto squilibrato di antiossidanti, un'elevata assunzione di anti-nutrienti (ad esempio lecitine, saponine) e un'alterata assunzione di fibre alimentari".(18)

Depressione, angoscia, sindrome dell'inibizione dell'azione

L'aggressologia e la biologia dei comportamenti hanno chiarito che uno stato di angoscia è il risultato della percezione di un'impossibilità, continuata nel tempo, ad agire per ripristinare il proprio equilibrio, gratificarsi o sfuggire ad un fastidio o ad un pericolo ed è anche prodotto del conflitto tra due innervazioni: quella che media la spinta ad agire e quella che ha memorizzato l'impossibilità a farlo. Lo stato di angoscia, da un punto di vista comportamentale, è uno stato di attesa in tensione.

Allorchè l'impossibilità ad agire si prolunga nel tempo o anche a seguito di azioni inefficaci a sottrarsi dall'aggressione, l'individuo memorizza l'inefficacia della sua azione e si immobilizza. La sindrome persiste anche dopo che l'aggressione, che rendeva impossibile l'azione, viene a cessare. È in gioco un processo di memoria: la memoria dell'aggressione e dell'inefficacia dell'azione. La sindrome che comunemente viene classificata come depressione, in biologia dei comportamenti viene considerata uno stato di attesa in tensione cronicizzato, una sindrome di inibizione dell'azione. Le vie metaboliche che appaiono attive nella depressione sono le stesse che preparano all'azione. Il fascio di Nauta, fascio della ricompensa, non è attivo. Il sistema inibitore dell'azione è attivo. L'anedonia è presente. Inibire il sistema dell'inibizione dell'azione, allorchè sono mutate le condizioni ambientali che la avevano determinata, può avere in alcuni casi un effetto ansiolitico, in altri può riattivare uno stato acuto di angoscia.

La diagnosi e la descrizione corrente di depressione non fanno riferimento a questi stati e interpreta le manifestazioni comportamentali e biologiche in modo riduttivo e frammentario. La continuità e l'oscillazione tra nevrosi di angoscia e depressione non vengono interpretate in una prospettiva sistemica e funzionale. L'eziopatogenesi in base a dati prevalentemente epidemiologici viene fatta risalire ad eventi traumatici, abusi, malattie, tossicità, carenze affettive nello sviluppo, carenze nutrizionali. Le moderne ricerche hanno identificato delle correlazioni tra stati infiammatori e depressione. Una correlazione già nota alla nostra visione sistemica che nella biologia dei comportamenti viene concettualizzata come disorganizzazione dei due sistemi immunitari a seguito dell'attivazione cronica dei sistemi dell'allarme nella sindrome di inibizione del'azione. La depressione è un sintomo, in alternanza con l'angoscia, della sindrome di inibizione dell'azione e ne condivide tutte le vie metaboliche, relativi neurotrasmettitori e citochine.

"Centinaia di studi mostrano che i depressi hanno livelli elevati di una varietà di biomarkers dell'infiammazione periferica specialmente due citochine: il fattore di necrosi tumorale TNF e l'interleuchina (IL) 6 e un reattivo di fase acuta chiamato la proteina c reattiva CRP" (19)

Infiammazione e "depressione"

"Quando abbiamo iniziato ad indagare i meccanismi attraverso i quali l'infiammazione produce depressione, eravamo convinti che potessero essere individuate vie depressogeniche specifiche del sistema immunitario, ipotizzando che la depressione in risposta allo stress o viene "dal nulla" o è biologicamente diversa dalla depressione indotta dall'attivazione immunitaria. Fu un errore clamoroso!" (20)

Una delle scoperte più sorprendenti e coerenti, negli ultimi dieci anni è stato che i processi infiammatori inducono depressione, perché sono in grado di coinvolgere ogni via metabolica conosciuta a rischio patogenico. A questo proposito, l'infiammazione funziona come uno stress psicologico, che ha effetti biologici ad ampio raggio simili, ed effetti generalmente depressogenici. Infatti, l'infiammazione causa la maggior parte degli stessi cambiamenti nel cervello e nel corpo che sono stati ripetutamente osservati in animali ed esseri umani esposti a stress, soprattutto quando lo stress è cronico e di natura socio-culturale. (19)

Uno dei migliori modelli per la comprensione dell'impatto dell'infiammazione cronica sugli esseri umani è stato il trattamento con la citochina interferone IFN-alfa sia per il cancro o per l'infezione da virus dell'epatite C. L'IFN-alfa provoca depressione conclamata in una minoranza di pazienti, produce sintomi depressivi in una percentuale molto superiore, e produce un miglioramento dell'umore in nessuno, eccetto che nei pochi sfortunati che sviluppano una sindrome maniacale in risposta al trattamento. (21)

La Figura 2 fornisce una schema delle vie neurobiologiche attivate nell'uomo da stimoli infiammatori sia acuti che cronici che portano ad alterazioni nei circuiti neurali e nei comportamenti. Gli studi di Neuroimaging indicano con certezza che l'infiammazione periferica colpisce regioni del cervello implicate ripetutamente nella patofisiologia della depressione, specialmente la Corteccia Cingolata Anteriore (ACC) e i Gangli Basali. Aumenti dell'attività neurale indotti dalle citochine in

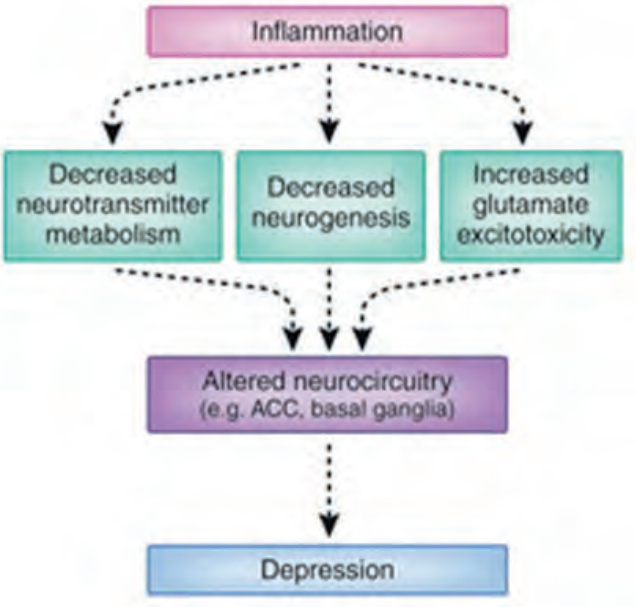


Figura 2. Da Charles L. Raison and Andrew H. Miller, *Do Cytokines Really Sing the Blues*?, Cerebrum, August 2013, Dana Foundation)

queste regioni sono stati associati con lo sviluppo di sintomi di instabilità dell'umore e di ansia.
D'altra parte, l'attivazione immunitaria periferica ha dimostrato ripetutamente di alterare il funzionamento dei gangli basali in modi che sono coerentii con i noti effetti inibitori delle citochine sulla segnalazione della dopamina nel sistema nervoso centrale. (22, 23)
Riduzioni di attività dei gangli basali sono state notate in regioni più posteriori, dove si associano con la fatica, e nelle regioni più ventrali (come il nucleo accumbens), in cui sono stati associati allo sviluppo di anedonia, una condizione psicologica caratterizzata da una incapacità a provare piacere in azioni normalmente piacevoli. (22)

"Un ulteriore correlazione tra infiammazione e depressione è il fatto che lo stress psico-sociale, che è un fattore primario di rischio per lo sviluppo della depressione, attiva vie infiammatorie periferiche. Questa attivazione viene misurata o come aumento delle concentrazioni plasmatiche di citochine infiammatorie come IL-1 e IL-6, o come una maggiore attivazione dell'elemento di trascrizione infiammatoria intracellulare, fattore nucleare kappa beta (NFkB)". (20)

L'articolo citato che segue indica "stress psicologici negli animali". È un errore di battitura o è un esempio della confusione terminologica e concettuale corrente causata dal vecchio termine "stress"? Vengono usati in modo intercambiabile parole come stress psico-sociale, stress socio-culturale, stress relazionale, stress ambientale, stress da affollamento. Ricordiamo inoltre che questa terminologia fallisce nel distinguere tra aggressione e reazione organica all'aggressione. Quando l'autore afferma che "negli animali, stress psicologici aumentano i livelli di citochine pro-infiammatorie" produce un collasso di due processi differenti in una sola parola e non specifica se si riferisce allo stress inteso come aggressione a cui il soggetto è sottoposto, oppure alla reazione organica all'aggressione a cui è sottoposto. In questo caso sembra che si riferisca ad entrambi i processi. Inoltre, se la cavia ha abilità che configurano dei processi precursori della psiche e ammettiamo che possa esistere la possibilità di un proto stato di auto-coscienza, come viene giustificato il perdurare degli esperimenti e delle torture sugli animali?

"Anche se non verificato in esseri umani, negli animali è stato dimostrato che stress psicologici aumentano i livelli di citochine pro-infiammatorie nel Sistema Nervoso Centrale, specialmente in aree, come l'ippocampo, che sono integralmente coinvolte nella risposta allo stress in tutti i mammiferi e implicate nella depressione. È importante sottolineare che in questi modelli animali, gli effetti comportamentali e biologici dello stress (come ad esempio riduzioni del BDNF) possono essere resi più tollerabili bloccando gli aumenti indotti dallo stress CNS nelle segnalazioni dell'infiammazione nel sistema nervoso centrale". (24)
Nei modelli animali, si è dimostrato che lo stress attiva le cellule microgliali del sistema nervoso centrale, che allorchè attivate caratterizzano un fenotipo infiammatorio predisposto alla depressione. (25) Diversi studi *post-mortem* indicano evidenza di attivazione della microglia in individui che sono morti suicidi. (26) Altro collegamento dell'infiammazione alla depressione è il fatto che gli individui ad alto rischio di depressione, come quelli esposti ad avversità nelle prime fasi della vita, rispondono ai fattori di stress psicosociale di laboratorio con risposte infiammatorie più robuste dei controlli. (27)

APPENDICE 1)
La ricerca e l'intervento sulle relazioni sistemiche è la nuova frontiera della medicina e della psicologia. È l'area di confine tra biologia dei sistemi, medicina dei sistemi, epigenetica dei comportamenti, biologia dei comportamenti, psicosociologia e aggressologia. Relazioni che generano disregolazioni intervengono non solo ai livelli macroscopici attraverso le relazioni interpersonali ma anche nelle relazioni tra organi e tra sistemi.
L'opera di Henri Laborit e le successive ricerche delle neuroscienze e dell'epigenetica dei comportamenti mostrano come l'ambiente, ecologico, biologico e so-

cioculturale funga da regolatore esterno (o disregolatore) dell'organismo, attraverso la mediazione dei sistemi nervosi e del sistema immunitario, fino alla modulazione dell'espressione genetica, e come tali regolazioni (disregolazioni) vengano da un lato memorizzate e dall'altro programmino la risposta delle catene metaboliche e dei sistemi implicati nella risposta all'ambiente e nella Reazione Organica all'Aggressione.
In questa mia serie di articoli illustro le recenti evidenze che perfezionano ulteriormente questo quadro concettuale e forniscono nuove soluzioni all'ottimizzazione della salute e del benessere, all'identificazione e alla normalizzazione delle catene prepatologiche e alla terapeutica.

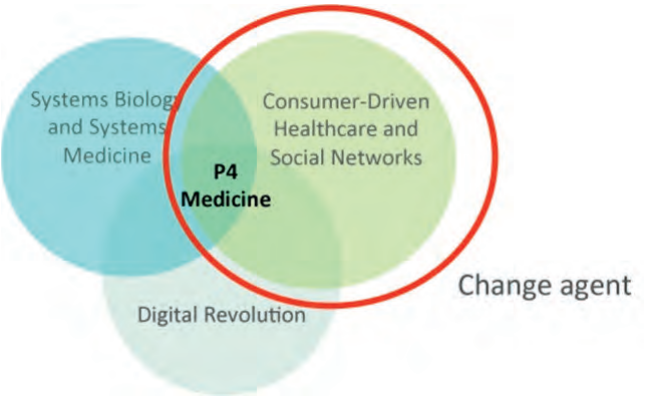
a) Malattie infiammatorie croniche. I meccanismi attraverso i quali la dieta, livelli di stress e farmaci bloccano il processo di completamento dell'infiammazione (la Resoleomica)
b) La connessione tra infiammazione periferica e la iperattivazione dell'asse dell'allarme, anche attraverso le catene peptidiche.
c) Depressione, angoscia, stato di attesa in tensione, "sindrome di inibizione d'azione" e infiammazione
d) la disregolazione perinatale dell'espressione del gene codificante il recettore ai glucocorticoidi NR3C1, elemento caratterizzante l'esame post-mortem di vittime di abusi infantili successivamente suicidatesi. (Il recettore ai glucocorticoidi media la messa a riposo del'asse del'allarme. Quest'ultimo è in costante iperattività anche negli stati di angoscia e nella depressione. Questa è la base della sindrome d'inibizione di azione e, per la biologia dei comportamenti, la base della eziopatogenesi.

APPENDICE 2

Medicina P4

L'attuale Integrazione tra Biologia dei Sistemi, Conoscenze distribuite dell'era digitale e la cura della salute diretta dai consumatori e dalle reti sociali sta generando una trasformazione nella medicina dalla sua posizione reattiva attuale, centrata sul trattamento della malattia ad una medicina "4P", predittiva, preventiva, personalizzata e partecipativa.

Queste innovazioni facilitano nuove forme di partecipazione attiva nella raccolta di dati personali sulla salute che produrranno un accelerazione nell'avanzamento della scienza. Una nuvola virtuale di miliardi di dati individuali di rilievo per la salute saranno disponibili. La medicina "P4" utilizzerà questi dati elementari per ottimizzare benessere e salute e minimizzare l'incidenza delle malattie.



Bibliografia

1) H. Laborit, *Les recepteurs centraux et les transduction de signaux*, Masson, Paris, 1990
2) Ian C G Weaver et al, *Epigenetic programmino by maternal behavior*, Nature Neuroscience, Vol 7, n.8, 2004
3) Serhan C N, Chiang N, *Novel endogenous small molecole as the checkpoint controllers in inflamation and resolution: entree for resoleomics*, Rheum Dis Clin North Am 2004, 30: 69-95
4) Miller GE, Chen E, Sze J, Marin T, Arevalo JM, Doll R, Ma R, Cole SW, *A functional genomic fingerprint of chronic stress in humans: blunted glucocorticoid and increased NF-kappaB signaling*. Biol Psychiatry 2008, 64:266-272
5) Elenkov IJ, *Neurohormonal-cytokine interactions: implications for inflammation, common human diseases and well-being*.
6) Margarethe M Bosma-den Boer*, Marie-Louise van Wetten and Leo Pruimboom, *Chronic inflammatory diseases are stimulated by current lifestyle: how diet, stress levels and medication prevent our body from recovering*, Nutrition and metabolism, 2012, 2
7) Liezmann C, Klapp B, Peters EM, *Stress, atopy and allergy: A re-evaluation from a psychoneuroimmunologic persepective*. Dermatol Endocrinol 2011, 3:37-40.
8) Whitaker AM, Sulzer J, Walker E, Mathis K, Molina PE, *Sympathetic modulation of the host defense response to infectious challenge during recovery from hemorrhage*. Neuroimmunomodulation 2010, 17:349-358
9) Muskiet FAJ, *The evolutionairy background, cause and consequences of chronic system low grade inflammation*. Significance for clinical chemistry.
10) Straub RH, *Physiologische Grundlagen. Lehrbuch der klinischen Pathophysiologie komplexer chronischer Erkrankungen*. Vandenhoe & Ruprecht 2006.
11) Rhen T, Cidlowski JA, *Antiinflammatory action of glucocorticoids-new mechanisms for old drugs*. N Engl J Med 2005,

353:1711-1723

12) Heim C, Newport DJ, Bonsall R, Miller AH, Nemeroff CB, *Altered pituitary-adrenal axis responses to provocative challenge tests in adult survivors of childhood abuse*. Am J Psychiatry 2001, 158:575-581

13) Simmons RA, *Role of metabolic programming in the pathogenesis of beta-cell failure in postnatal life*. Rev Endocr Metab Disord 2007, 8:95-104

14) Serhan CN, *Resolution phase of inflammation: novel endogenous anti-inflammatory and proresolving lipid mediators and pathways*. Annu Rev Immunol 2007, 25:101-137

15) Rosas-Ballina M, Tracey KJ, *The neurology of the immune system: neural reflexes regulate immunity*. Neuron 2009, 64:28-32

16) Elenkov IJ, Wilder RL, Chrousos GP, Vizi ES, *The sympathetic nerve-an integrative interface between two supersystems: the brain and the immune system*. Pharmacol Rev 2000, 52:595-638

17) Pace TW, Hu F, Miller AH, *Cytokine-effects on glucocorticoid receptor function: relevance to glucocorticoid resistance and the pathophysiology and treatment of major depression*. Brain Behav Immun 2007, 21:9-19

18) Cordain L, Eaton SB, Sebastian A, Mann N, Lindeberg S, Watkins BA, O'Keefe JH, Brand-Miller J, *Origins and evolution of the Western diet: health implications for the 21st century*. Am J Clin Nutr 2005, 81:341-354.

19) Miller, A. H., Maletic V., Raison C. L., *Inflammation and its discontents: the role of cytokines in the pathophysiology of major depression*. (2009) Biol Psychiatry 65, 732-741.

20) Charles L. Raison and Andrew H. Miller, *Do Cytokines Really Sing the Blues*?, Cerebrum, August 2013, Dana Foundation

21) Capuron, L., Miller A. H., *Cytokines and psychopathology: lessons from interferon-alpha*. 2004, Biol Psychiatry 56, 819-824

22) Capuron, L., Pagnoni G., Drake D. F., Woolwine B. J., Spivey J. R., Crowe R. J., Votaw J. R., Goodman M. M., Miller A. H. (2012). *Dopaminergic mechanisms of reduced basal ganglia responses to hedonic reward during interferon alfa administration*. Arch Gen Psychiatry 69, 1044-1053.

23) Felger, J. C., Mun J., Kimmel H. L., Nye J. A., Drake D. F., Hernandez C. R., Freeman A. A., Rye D. B., Goodman M. M., Howell L. L., Miller A. H. (2013). *Chronic Interferon-alpha Decreases Dopamine 2 Receptor Binding and Striatal Dopamine Release in Association with Anhedonia-like Behavior in Non-Human Primates*. Neuropsychopharmacology.

24) Koo, J. W., Duman R. S. (2008). *IL-1beta is an essential mediator of the antineurogenic and anhedonic effects of stress*. Proc Natl Acad Sci U S A 105, 751-756.

25) Frank, M. G., Baratta M. V., Sprunger D. B., Watkins L. R., Maier S. F. (2007). *Microglia serve as a neuroimmune substrate for stress-induced potentiation of CNS pro-inflammatory cytokine responses*. Brain Behav Immun 21, 47-59

26) Steiner, J., Bielau H., Brisch R., Danos P., Ullrich O., Mawrin C., Bernstein H. G., Bogerts B. (2008). *Immunological aspects in the neurobiology of suicide: elevated microglial density in schizophrenia and depression is associated with suicide*. J Psychiatr Res 42, 151-157.

27) Pace, T. W., Mletzko T. C., Alagbe O., Musselman D. L., Nemeroff C. B., Miller A. H., Heim C. M. (2006). *Increased stress-induced inflammatory responses in male patients with major depression and increased early life stress*. Am J Psychiatry 163, 1630-1633.

I sintomi: prevalenza della loro positività o negatività semeiotica?

Approccio ai sintomi infiammatori con la *Low Dose Medicine*: nuove prospettive nella terapia farmacologica delle malattie infiammatorie acute e croniche

Alessandro Perra
Dipartimento Scientifico Guna S.p.a.

Parole chiave

Sintomo, infiammazione, *low dose*, immunoflogosi, citochine, Arnica comp. -Heel

Riassunto

Un sottile filo unisce *C.S.F. Hahnemann* (padre dell'Omeopatia), *H.H. Reckeweg* (padre dell'Omotossicologia), *R. Ader* (padre della PNEI): l'interpretazione del sintomo come epifenomeno di uno squilibrio generale dell'organismo e come manifestazione dell'alterata reattività organica, ovvero come spostamento dell'equilibrio omeostatico o alterazione della forza vitale.
Reckeweg, in particolare, sul concetto di reattività ha costruito l'impalcatura metodologica dell'Omotossicologia: nella Tavola delle Omotossicosi (quadro sinottico che sistematizza le diverse patologie) vengono rappresentati i diversi gradi di reattività attraverso i quali l'organismo cerca di mantenere o ripristinare il proprio equilibrio omeostatico.
Reckeweg attribuisce grande importanza alla fase infiammatoria e anzi si può dire che ogni stadio della Tavola identifichi una differente manifestazione infiammatoria.
Si può affermare che Reckeweg abbia precorso i tempi: egli intravide nel processo infiammatorio la prevalenza della valenza positiva (quasi terapeutica) su quella negativa (patologica) e la sua inalienabile importanza nel mantenimento delle condizioni di omeostasi. A distanza di oltre 50 anni dagli scritti di Reckeweg, oggi si parla di infiammazione fisiologica ed è sempre più accettato il concetto di "risoluzione del processo infiammatorio" piuttosto che di semplice "intervento antinfiammatorio".
La comprensione degli intimi meccanismi neuro-immuno-endocrini all'origine, sviluppo e risoluzione del processo infiammatorio, insieme alle evidenze sull'attività di medicinali *low dose* come *Arnica comp. –Heel* hanno disegnato nuovi scenari nella terapia delle patologie infiammatorie acute e croniche, nel pieno rispetto della fisiologia dell'infiammazione e con la sicurezza dell'assenza di effetti collaterali.

Sul significato biologico di "sintomo" e "infiammazione"

I sintomi sono la carta d'identità di una malattia, l'unica modalità espressiva di un evento morboso. Sono le parole con cui una patologia descrive sè stessa.
Va da sé che la soppressione o la palliazione dei sintomi equivalga alla rinuncia della comprensione della malattia.

Valenza positiva e negativa del sintomo

Il primo ad aver intuito l'irrinunciabile valore semeiotico del sintomo in tutta la sua potenzialità espressiva è stato – non v'è dubbio – C. S. F. Hahnemann che, sull'interpretazione dei sintomi (tanto quanto C. G. Jung con l'interpretazione dei sogni), ha fondato il proprio modello diagnostico e terapeutico: l'Omeopatia.
Non è casuale che la visita omeopatica sia definita 'interrogatorio' (una sorta di 'a caccia di sintomi') e la sistematica raccolta dei sintomi 'repertorizzazione'.
C'è in Hahnemann un atteggiamento quasi compulsivo nella ricerca dei sintomi e note di maniacalità nella definizione di essi. Ma proprio in questo consiste la genialità del medico sassone: aver compreso, in un'epoca che era ancora il medioevo della Medicina ed in cui l'etiologia delle malattie era pressoché sconosciuta, il valore semantico dei sintomi come espressione di *alterazioni della Fisiologia* del malato in risposta a precise *noxae* patogene (per lui, a quei tempi, ancora sconosciute), ovvero l'aberrazione in iper o ipo di un segno, di una funzione vitale.
Hahnemann introdusse anche un elemento speculativo in più: la soggettività del sintomo, espressione delle peculiari caratteristiche reattive del paziente, e frutto del

suo unico e irripetibile assetto organo-antropometrico. Figlio dei propri tempi, Hahnemann definì queste caratteristiche individuali 'forza vitale' (una *vis* che porta il paziente ad esprimere, con il linguaggio dei sintomi, le alterazioni della propria forza vitale corrispondenti alle diverse malattie), connotando per la prima volta nella storia della medicina il sintomo, in quanto *vis*, come manifestazione anche positiva. Passano gli anni e quella che alla fine del '700 fu la forza vitale di Hahnemann diventerà la 'reattività' di H. H. Reckeweg negli anni '50 e 'l'espressività P.N.E.I' di Ader nei primi anni '80.

I grandi Clinici hanno sempre avuto un atteggiamento rispettoso nei confronti del sintomo: l'osservano e lo interpretano, si fanno guidare da esso per la diagnosi della patologia che, di quel sintomo, è l'origine e la causa. La corretta diagnosi (… quanta arte medica nel fare diagnosi differenziale!) *è il primo momento della corretta terapia*.
Possiamo mettere in discussione queste verità della buona *praxis* medica?
Riflettiamo: perché le linee guida internazionali suggeriscono di attendere 72 ore prima di intraprendere un trattamento antibiotico?
O ancora, perché *Pediatrics* invita a non utilizzare antifebbrili nel bambino se la temperatura è sotto i 39°?
Questo dovrebbe indurci a riflettere sul ruolo e sul significato del sintomo in Medicina.
Eppure, perché la Semeiotica Medica è oggi solo un esame complementare in numerose Facoltà di Medicina e Chirurgia?
Sono i sintomi ad essere diventati "complementari" rispetto alla maniacale ricerca dell'etiologia di una malattia?
Per citare Pasteur: è più importante il batterio (la causa) o l'individuo (ed i suoi sintomi)?
L'*origine di tutti gli equivoci* nell'interpretazione della valenza del sintomo risiede nella rigidità e radicalizzazione di diverse posizioni e scuole mediche.

Sintomo "buono" per taluni, sintomo "cattivo" per altri

Il sintomo non è né buono né cattivo, o se si preferisce, può essere buono e può essere cattivo; è solo una manifestazione della Fisiologia.
La vera domanda da porsi è piuttosto: *qual è il confine tra valenza positiva e negativa del sintomo*?

- È chiaro per tutti che, per esempio, il sintomo febbre (*calor*) abbia una valenza positiva (è la prima e più importante risposta difensiva dell'organismo per neutralizzare una *noxa* patogena; è noto a tutti e rappresenta, fra l'altro, solo lo spostamento verso l'alto, rispetto al *range* omeostatico fisiologico, di uno dei parametri vitali (la temperatura). Ma possiamo affermare che 40° di temperatura corporea abbiano una valenza positiva? E che dunque non si debba ricorrere ad un intervento farmaceutico 'correttivo'?
- Certo, il dolore (*dolor*) ha una valenza fisiologica positiva: impedisce, per esempio, che un arto infortunato venga troppo mobilizzato dal paziente, peggiorando il quadro e compromettendo la prognosi. Ma quando il *dolor* diventa sofferenza ha senso non intervenire farmacologicamente?
- L'iperemesi gravidica è un fastidioso sintomo da combattere o ha un profondo significato antropologico e filogenetico (e dimostra quanto la Natura sia perfetta): 'costringere' la mamma ad una vita più *slow* nel momento più delicato nella formazione di una nuova vita?
- I sintomi e i segni della Menopausa sono buoni o cattivi? Hanno una valenza filogenetica o sono segno di malattia? L'amenorrea menopausale ha un profondo significato antropologico: non generare una vita quando la fisiologia di una donna non è più in grado di sostenerla. Possiamo considerarlo un sintomo cattivo? [1]
  Ma possiamo considerare gli *hot flushes* altrettanto positivi sebbene siano anch'essi espressione di Fisiologia e non di Patologia? Chiediamolo ad una donna manager durante una riunione di un consiglio di amministrazione. Oppure, possiamo considerare le manifestazioni osteoporotiche menopausali come ineluttabile manifestazione fisiologica?

Fisiologia o patologia del sintomo?

Il limite tra valenza positiva e valenza negativa di un sintomo, il crinale che separa il sintomo come manifestazione fisiologica opportuna dal diventare un segno patologico negativo è la sua **persistenza** e/o la **sopravvenuta mancanza di auto-bioregolazione** da parte dell'organismo e dei suoi sistemi di controllo omeostatico. Sono questi i 2 elementi che fanno di una manifestazione della Fisiologia umana -il sintomo (niente più che un parametro vitale)- il segno di una malattia.
Si pensi all'**infiammazione**, ai suoi meccanismi e ai suoi

1 Ben diverso il significato del sintomo amenorrea in una giovane. Possiamo in questo caso considerarlo un segno fisiologico?

segni e sintomi (*calor, dolor, rubor, tumor, fluor, functio laesa*), che di essa sono la carta d'identità e il 'termometro' della sua valenza positiva o negativa.
L'infiammazione può essere considerata il paradigma di quanto stiamo affermando:
– è un processo biologico di difesa;
– è guidato da molecole biologiche (neuropeptidi, ormoni, citochine, fattori di crescita).

Dunque, è quanto di più fisiologico e positivo. Quando perde la propria connotazione positiva per diventare essa stessa patologia? Quando i suoi segni portano alla *functio laesa*?
Quando "nell'eterna guerra tra bene e male" un *trigger* flogogeno 'sovrasta' per intensità e durata le capacità adattative dell'organismo o quando queste (guidate dai sistemi di controllo omeostatico) smarriscono la propria potenzialità fisiologica (*stress* del Sistema PNEI).
Un processo infiammatorio inizia quando uno *stressor* perturba l'equilibrio omeostatico: una rete complessa di sistemi difensivi si attiva per neutralizzare lo *stressor* ("siamo fatti per essere sani"); una precisa cronobiologia, come un perfetto *pace maker,* guida l'entrata in gioco di varie molecole pro-infiammatorie (non stupisca: pro-infiammatorie) come ormoni (cortisolo per esempio) e citochine pro-infiammatorie, responsabili della manifestazione della sintomatologia infiammatoria *(*sono questi sintomi, in questa fase, negativi o positivi?). Solo dopo che si è svolto l'opportuno processo di neutralizzazione dello *stressor* flogogeno, con un perfetto sincronismo neuro-immuno-endocrino, la Fisiologia organica mette in campo altre molecole biologiche ad azione anti-infiammatoria che "spegneranno" la flogosi agendo sulle molecole che nelle prime fasi, opportunamente -si badi bene-, avevano sostenuto il processo infiammatorio.
Ecco, lo *shift* tra sintomo "positivo" (bene) e sintomo "negativo" (male) avviene esattamente in quel momento: quando le risorse fisiologiche (le molecole autologhe anti-infiammatorie) non sono in grado di 'sopprimere' naturalmente i sintomi infiammatori. È precisamente in quel momento che il sintomo 'buono' diviene sintomo 'cattivo'. È in quel momento che è richiesto l'intervento farmacologico correttivo. Il non ricorso ad esso indurrebbe la progressione della patologia ed il danno funzionale e strutturale.

La prevalenza del sintomo sull'etiologia
La medesima causa etiologica può dare luogo a sintomi, e dato che i sintomi descrivono la patologia, a patologie molto diverse tra loro. Si pensi al *Morbo di Crohn* e all'*Artrite Reumatoide* o all'*Asma Allergico* e alla *Dermatite Atopica*. Il *Crohn* può essere definito l'*Artrite Reumatoide* dell'intestino e l'*Artrite Reumatoide* il *Crohn* delle articolazioni così come l'*Asma allergico* è la *Dermatite atopica* dei bronchi e viceversa. Sono, in parte, la stessa malattia. Cosa cambia? La lingua utilizzata dai diversi tessuti per descrivere la patologia. Ma il messaggio è il medesimo. I bronchi grideranno il loro urlo di dolore con le parole del proprio alfabeto (il broncospasmo), perché quella è la lingua che conoscono mentre la pelle "urlerà" utilizzando altre "parole" (prurito e arrossamento) perché quelle sono le uniche che conosce. Il messaggio (l'etio-patogenesi) è lo stesso: 'sto male', le lingue utilizzate per esprimerlo (i sintomi) sono diverse.
Solo la comprensione della lingua (la semeiotica) può farci comprendere il messaggio.
Se i sintomi sono le parole con cui una malattia si descrive, è come se ogni tessuto o organo parlasse una differente lingua, seppur per descrivere la stessa malattia. Ovvero: sintomi come linguaggi degli organi.

Metonimia del sintomo (la parte per il tutto)
Seppur localizzato in un determinato tessuto o organo, di cui il sintomo è espressione dell'alterazione della Fisiologia, esso è solo l'epifenomeno di uno squilibrio generale dell'organismo, e solo mettendolo in relazione agli altri segni può essere compreso nella sua interezza. Ma anche: il sintomo, seppur localizzato in un determinato tessuto o organo, altera l'intero equilibrio omeostatico.

Nuovi approcci alle patologie infiammatorie con la *Low Dose Medicine*
Pochi fenomeni, come quello infiammatorio rappresentano, quasi paradigmaticamente, la natura positiva del sintomo come risposta difensiva – biologicamente opportuna – messa in atto dall'organismo contro una *noxa* patogena.
Il padre dell'Omotossicologia, H. H. Reckeweg, aveva colto nel profondo l'essenza di questa visione della fisio-patologia umana: *le malattie sono meccanismi auto- difensivi innescati dall'organismo nel suo naturale tendere verso il mantenimento o il ripristino della propria "omeostasi ristretta".*

Se per Hahnemann "la *noxa* è niente e il terreno è tutto ,

e negli anni successivi, da Pasteur in poi, ci si fossilizza invece in una guerra cieca e senza esclusione di colpi contro il 'microbo', per Reckeweg la malattia è da interpretare come la risultante che scaturisce dall'interreazione tra noxa patogena, fattori ambientali e soprattutto **reattività (cioè capacità infiammatoria dell'organismo).**

Per citare il padre dell'Omotossicologia: *le malattie sono l'espressione della lotta dell'organismo contro le tossine, al fine di neutralizzarle ed espellerle; ovvero sono l'espressione della lotta che l'organismo compie per compensare i danni provocati irreversibilmente dalle tossine.*

A seconda dell'entità dell'aggressione e dell'integrità del sistema difensivo autologo (che Reckeweg chiama *Sistema della Grande Difesa* ma che noi, oggi, possiamo definire Sistema PNEI), l'organismo manifesta quadri clinici differenti classificati in 6 fasi (fig. 1). Nella sua Tavola delle Omotossicosi (quadro sinottico che sistematizza le diverse patologie), Reckeweg rappresenta i vari gradi di reattività attraverso i quali l'organismo cerca di mantenere o ripristinare la propria omeostasi, il proprio equilibrio, il proprio stato di salute. Ogni fase rappresenta l'espressione delle **diverse capacità reattive (cioè infiammatorie) dell'organismo,** l'espressione di altrettanti livelli di equilibrio raggiunti dal corpo umano per conservare la propria omeostasi ristretta.

Grande importanza è data da Reckeweg alla **fase di infiammazione**; si può dire che l'Omotossicologia prenda le mosse da una rivisitazione critica del fenomeno infiammatorio: **il suo fisiologico innesco rappresenta infatti il meccanismo attraverso cui l'organismo assolve al compito di ripristino o mantenimento del proprio stato di salute.**

Mantenimento e ripristino: due termini con un profondo significato biologico.

Mantenimento: non sorprenda, ma anche quando si è perfettamente sani, nel nostro organismo stanno avvenendo dei processi infiammatori, *devono* avvenire dei processi infiammatori perché essi sono l'unico sistema per neutralizzare i fattori tossici (oggi diciamo 'stressor') che inevitabilmente penetrano nel 'sistema aperto' organismo umano. Ancora, un piccolo livello infiammatorio è, per esempio, necessario a livello della mucosa intestinale per garantire la funzione dell'intestino e assicurare la necessaria immunotolleranza *(*Collins S M, Bercik P., *The Relationship Between Intestinal Microbiota and the Central Nervous System in Normal Gastrointestinal Function and Disease.* Gastroenterology 2009;136:2003–2014*).*

Oggi si parla, non a caso, di "infiammazione fisiologica". Tutto questo avviene ogni giorno ma nessuno di noi pensa di essere "infiammato", non "vede" alcun sintomo infiammatorio e tantomeno pensa di assumere un farmaco antinfiammatorio.

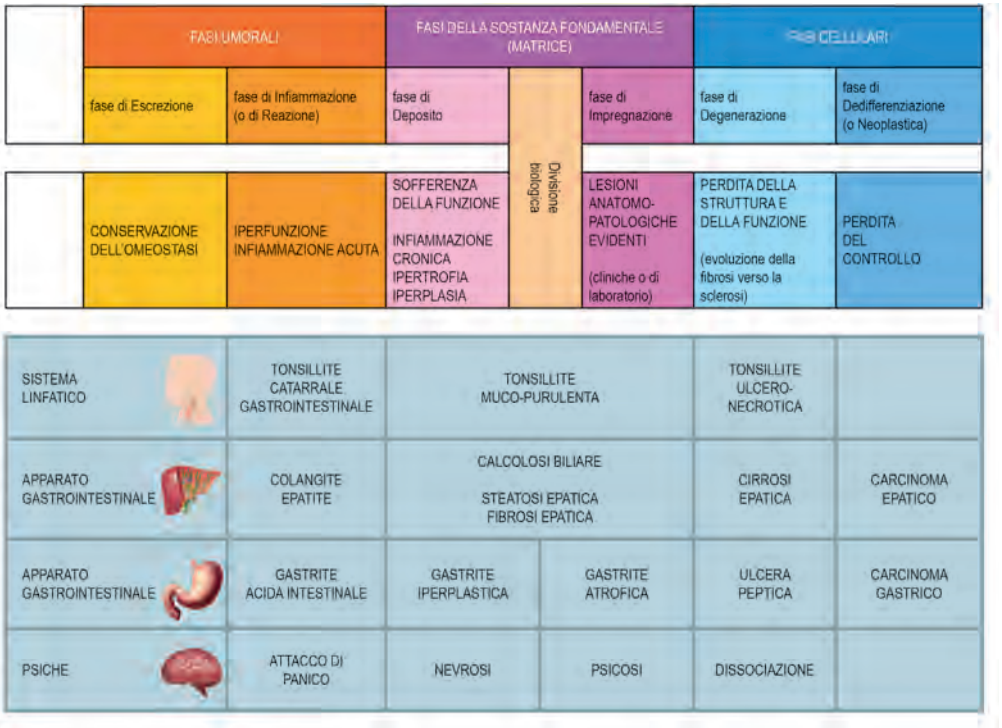


Figura 1

Figura 2

Ma il processo infiammatorio non è solo *yang*: il processo infiammatorio è anche *yin*, cioè alla fase 'rossa', 'calda', sintomatica dell'infiammazione deve seguire la fase 'blu', fredda, di risoluzione della sintomatologia, di *restitutio ad integrum* del tessuto offeso. Anche questa fase, seppur priva di segni, è parte del fenomeno infiammatorio.

La straordinarietà di quanto descritto è che ogni giorno, tutti i giorni, questa alternanza tra yang e yin dell'infiammazione avviene nel nostro organismo e in questa perfetta cronobiologia dell'alternanza consiste l'equilibrio della vita (Fig. 2)**.**

Ripristino: quando il potere flogogeno di una tossina supera la capacità di controllo dei sistemi difensivi, ecco che l'organismo è costretto ad amplificare la propria risposta infiammatoria, a girare – per usare una metafora – il rubinetto del gas del proprio potere infiammatorio. È solo a questo punto che si appalesano i sintomi infiammatori ed è in questo momento che diamo una connotazione patologica all'infiammazione, ma la valenza del processo di "mantenimento" e di quello di "ripristino" è la medesima: difesa, neutralizzazione ed eliminazione dello *stressor*.

Il genio di Reckeweg anticipò di oltre 50 anni quella che è oggi la moderna interpretazione del fenomeno infiammatorio: **un perfetto meccanismo fisiologico guidato neuro-immuno-endocrinologicamente e controllato metabolicamente.**
L'infiammazione è un processo talmente "*biologically correct*" che è lo stesso organismo a volerlo, innescarlo, svilupparlo, spegnerlo.
Ma il controllo neuro-immuno-endocrino non è il solo meccanismo che sovrintende al processo infiammatorio: perché si sviluppi una 'sana' infiammazione occorre un ambiente metabolico dove prevalga l'acidosi sull'alcalosi, un terreno di battaglia del fenomeno (la matrice extra-cellulare) in cui le condizioni di sol prevalgano su quelle di gel, in cui il tono simpatico prevalga su quello vagale, la temperatura aumenti e così via. Se ci rifacessimo alla MTC (Medicina Tradizionale Cinese) potremmo dire: una fase in cui lo ***yang*** prevale sullo ***yin.***

Ora, se l'infiammazione è il solo sistema di difesa che possiede l'organismo; se essa è lo stesso potere immunitario che si difende; se tutto ciò è vero, è proprio corretto combatterla?
Dobbiamo considerare che farmaci altamente attivi quali antibiotici, FANS, salicilati, cortisonici, ecc., intervenendo bruscamente nella fase di esordio dell'infiammazione, determinano il viraggio intempestivo dalla fase acidosica (fisiologica durante l'infiammazione) a quella alcalosica (che con sincronismo neuro-endocrino-immunologico subentra SOLO all'esaurirsi della flogosi), dalla solubilizzazione del connettivo alla sua gelificazione. Il risultato è lo stop dell'infiammazione: materiale incombusto, endotossine batteriche, cataboliti, molecole farmacologiche di sintesi, permangono così nella matrice extra-cellulare destrutturandone l'architettura e impedendone il fisiologico successivo restauro.

Dal concetto di "antinfiammatorio" a quello di "risoluzione del processo infiammatorio"
Se fino agli anni '70 il processo infiammatorio è stato studiato soprattutto nella sua valenza patologica, indagandone primariamente i meccanismi biochimici ed intervenendo terapeuticamente attraverso il blocco del processo, e negli anni '80-'90 l'infiammazione è stata interpretata come fenomeno principalmente immunitario, il nuovo millennio ci ha permesso di conoscere i più intimi meccanismi neuro-immuno-endocrini che regolano l'innesco, lo sviluppo e la risoluzione dei com-

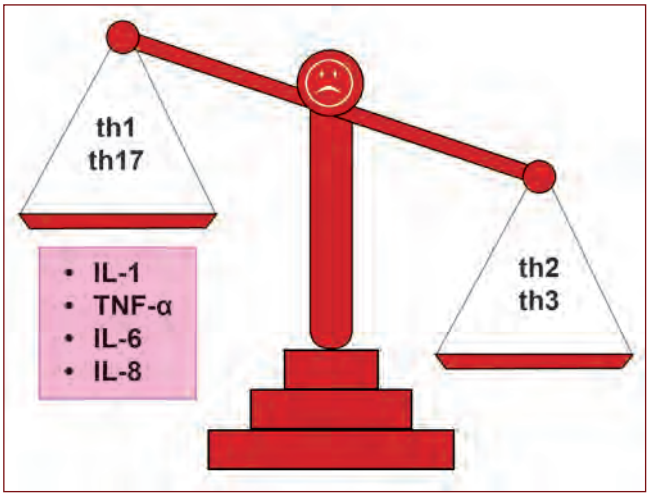


Figura 3

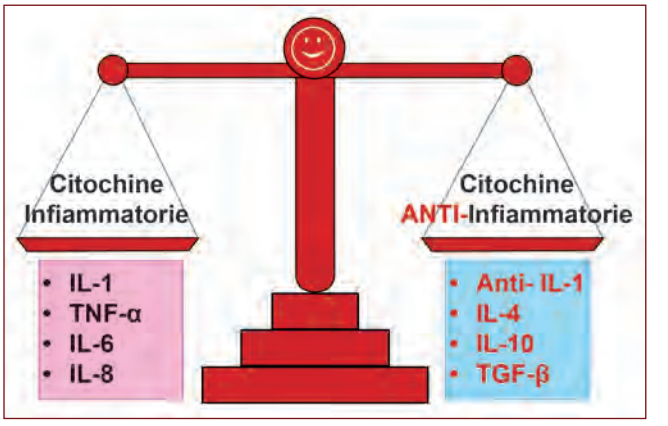


Figura 4

plessi processi dell'immunoflogosi.
Parallelamente una nuova **farmacologia** si è sviluppata ed ha contribuito all'intima comprensione di questi meccanismi e di come sia possibile agire su di essi nel rispetto della biologia del processo infiammatorio e nella tutela della salute del paziente.
Si tratta di un nuovo paradigma farmacologico che fa riferimento alla ***Low Dose Medicine***, all'utilizzo cioè di bassi dosaggi, in particolare di principi naturali e molecole biologiche come citochine, neuropetidi, ormoni e fattori di crescita.
Negli ultimi anni, la ricerca di base ha definitivamente fatto comprendere il meccanismo d'azione dei bassi dosaggi e, nel contempo, la ricerca clinica ha suffragato la validità di questo innovativo approccio farmacologico alla patologia infiammatoria con l'evidenza dei risultati derivanti da studi controllati.
Di fondamentale importanza nella comprensione dei meccanismi di regolazione dell'immunoflogosi è stato il modello della bilancia immunitaria, ovvero i rapporti di reciprocità tra alcune sottopopolazioni linfocitarie, in particolare Th1, Th2, TReg, Th17 (Fig. 3).

Dal punto di vista terapeutico, recenti lavori sull'utilizzo di *low dose* fisiologiche di citochine hanno aperto un nuovo scenario sulle possibilità di cura delle patologie infiammatorie acute e croniche (anche su base autoimmunitaria). Agire sul processo infiammatorio operando sulla profonda causa etiologica che sottende il processo immunoflogistico appare oggi possibile. Citochine a bassi dosaggi attivati ***SKA***[2] sono in grado di recuperare l'equilibrio fra le sottopopolazioni linfocitarie attraverso meccanismi di *cross-regulation* attraverso l'attività di *up-* e *down-regulation* dei recettori trans-membrana dei diversi linfociti Th (Fig. 4).
Recenti studi su queste citochine antinfiammatorie (Cardani D. et al., *Administration of Interleukin-10 and Anti-IL-1 Antibody Ameliorates Experimental Intestinal Inflammation*. Gastroenterology Research 2013;6(4):124-133; *Silvia Gariboldi et al. Low dose oral administration of cytokines for treatment of allergic asthma.* Pulmonary Pharmacology and Therapeutics - Volume 22, Number 6, pp 497-510, December 2009) hanno disegnato il modello di uso terapeutico nella clinica delle malattie infiammatorie.

Arnica comp. -Heel: un approccio differente alla bio-regolazione dell'immunoflogosi

Premessa

Come scritto nelle righe precedenti, l'approccio medico al processo flogistico è molto cambiato negli ultimi 50 anni ed oggi esso è interpretato secondo una visione neuro-immuno-endocrina e in particolare sono sempre più conosciuti i meccanismi immunologici dell'infiammazione
Uno dei punti cardine di questo nuovo approccio al processo infiammatorio identifica nell'induzione della

2 **SKA (Sequential Kinetic Activation-Attivazione Cinetica Sequenziale):** tecnica farmaceutica scoperta, codificata e standardizzata nei Laboratori Guna (Milano – Italia), che consente la preparazione di bassi dosaggi di molecole biologiche come citochine, ormoni, neuropeptidi e fattori di crescita con gli stessi effetti terapeutici degli alti dosaggi ma senza gli effetti collaterali negativi di questi ultimi.

sintesi del *Transforming Growth Factor-beta* (TGF-β), che promuove la rigenerazione della matrice connettivale e la modulazione del processo flogistico, il principale *turning point*.

Il *rationale* farmacologico di Arnica comp. –Heel

Dall'incontro delle più recenti acquisizioni nell'ambito della **Biologia Molecolare** con gli ultimi trend della farmacologia dei bassi dosaggi emerge una nuova prospettiva per il trattamento delle lesioni acute muscolo-scheletriche: la valorizzazione della fisiologica capacità di riparazione della lesione sembra la più appropriata strategia per migliorare il risultato terapeutico.

Il medicinale **Arnica comp.-Heel** (Fig. 5), capofila dei farmaci anti-infiammatori biologici *low dose* stimola la produzione di **TGF-β** e gli studi clinici dimostrano come ciò implichi benefici effetti sia sul controllo della sintomatologia acuta sia sull'avvio del processo di guarigione.

Ma Arnica comp.–Heel non agisce solo sul TGF-β; oggi sappiamo del ruolo giocato dalle sottopopolazioni linfocitarie sull'intero processo infiammatorio e di come esse, per il tramite delle citochine, guidino le fasi dell'infiammazione. Agire su questi intimi meccanismi bio-regolatori, alla base della conservazione o ripristino dell'omeostasi, rappresenta la nuova frontiera della farmacologia antinfiammatoria.

Esistono evidenze scientifiche che Arnica comp.-Heel inibisca direttamente in colture cellulari in vitro, attivate con sostanze pro-infiammatorie (fitoemoagglutinina, forbolo miristato acetato, *Tumor Necrosis Factor-α*), la sintesi delle citochine pro-infiammatorie TNF-α, Interleuchina-1β e Interleuchina-8, inoltre, in vivo, il medicinale avvia il processo immunologico (*Bystander suppression*) che consiste nell'attivazione di cloni di linfociti **Th3 (o T-reg),** i quali sintetizzano e liberano TGF-β, citochina (fattore di crescita) con forte potere antinfiammatorio. **Il TGF-β modula il processo infiammatorio acuto e cronico, tramite l'inibizione delle citochine pro-infiammatorie.** Nel contempo Arnica comp.-Heel, sempre secondo lo stesso meccanismo immunologico, induce in alcune popolazioni di cellule immunocompetenti la sintesi di **Interleuchina-10**, a valenza antinfiammatoria e contribuisce quindi alla modulazione del processo infiammatorio sia acuto che, soprattutto, cronico (Fig. 6). Essa è infatti in grado di modulare la sintesi di citochine pro-infiammatorie (IFN-γ, IL-2, IL-3, TNF-α, GM-CSF) prodotte da ma-

Componente	Pomata		Compresse		Fiale (soluzione iniettabile)		Gocce orali	
	Diluizione omeopatica	Quantità di principio attivo per 100 g	Diluizione omeopatica	Quantità di principio attivo per compressa (300 mg)	Diluizione omeopatica	Quantità di principio attivo per 2.2 ml	Diluizione omeopatica	Quantità di principio attivo per 100 g
Achillea Millefolium	ø	90 mg	D3	0.015 mg	D3	0.0022 µl	D3	0.005 g
Aconitum napellus	D1	5 mg	D3	0.03 mg	D2	0.0132 µl	D3	0.01 g
Arnica montana	D3	1.5 mg	D2	0.015 mg	D2	0.022 µl	D2	0.05 g
Antropa belladonna	D1	5 mg	D4	0.0075 mg	D2	0.022 µl	D4	0.0025 g
Bellis perennis	ø	100 mg	D2	0.06 mg	D2	0.011 µl	D2	0.02 g
Calendula officinalis	ø	450 mg	D2	0.15 mg	D2	0.022 µl	D2	0.05 g
Chamomilla (Matricaria chamomilla)	ø	150 mg	D3	0.024 mg	D3	0.0022 µl	D3	0.008 g
Echinacea angustifolia	ø	150 mg	D2	0.06 mg	D2	0.0055 µl	D2	0.02 g
Echinacea purpurea	ø	150 mg	D2	0.06 mg	D2	0.0055 µl	D2	0.02 g
Hamamelis virginiana	ø	450 mg	D2	0.15 mg	D1	0.022 µl	D2	0.05 g
Hepar sulfuris (solfato di calcio)	D6	0.000025 mg	D8	0.0000003 mg	D6	0.0000022 µl	D8	0.0000001 g
Hypericum perforatum	D6	0.00009 mg	D2	0.03 mg	D2	0.0066 µl	D2	0.01 g
Mercurius solubilis Hahnemmanni (mercurio aminoidato)	D6	0.00000004 mg	D8	0.0000003 mg	D6	0.0000011 µl	D8	0.0000001 g
Symphytum officinale	D4	0.01 mg	D8	0.00000024 mg	D6	0.0000022 µl	D8	0.000000008 g

Forma farmaceutica	Pomata	Compresse	Soluzione iniettabile	Gocce orali
Eccipienti	Alcool cetostearilico, paraffina, 13,8% alcool	Lattosio 6mg: stearato di magnesio 1,5mg	Soluzione salina 0,9%	Alcool 35%

Figura 5

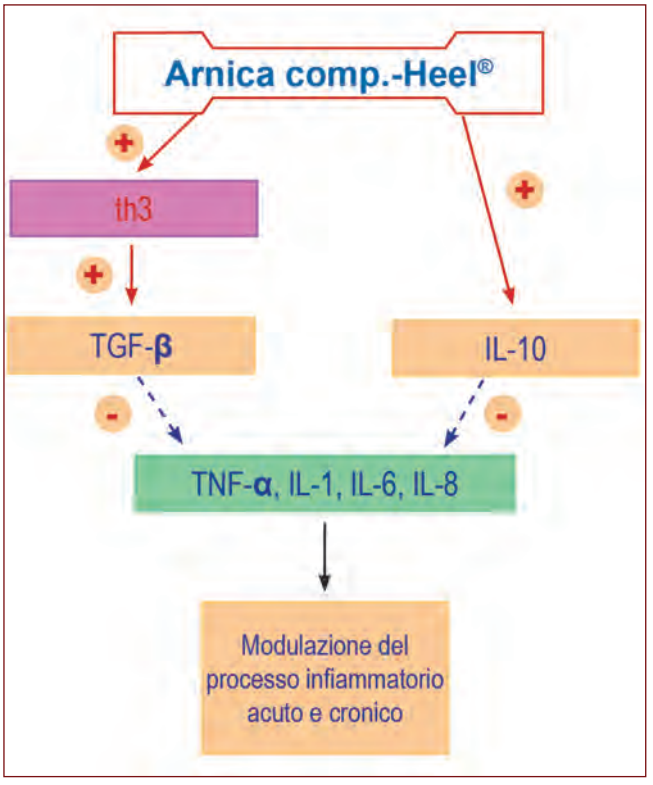


Figura 6

crofagi e linfociti Th1 e ha inoltre mostrato un ruolo importante nel controllo della capacità di presentazione dell'antigene da parte delle APC (*Antigen Presenting Cells* – Cellule Presentanti l'Antigene).

In sintesi Arnica comp.-Heel accelera la risoluzione dell'infiammazione agendo tanto sulla prima quanto sulla seconda fase del processo flogistico. Agisce infatti sulla **prima fase dell'infiammazione**, che normalmente si sviluppa nelle prime ore, modulando l'azione delle citochine pro-infiammatorie, con un efficace controllo della sintomatologia e della possibile espansione del fenomeno infiammatorio attraverso la *up-reguation* delle citochine opponenti antinfiammatorie. È interessante notare come Arnica comp.-Heel non blocchi queste citochine (fondamentali messaggeri d'innesco del processo difensivo infiammatorio) ma ne normalizzi, con un meccanismo di *down-regulation*, la concentrazione e la conseguente attività biologica. Agisce anche sulla **seconda fase dell'infiammazione**, incrementando la sintesi delle citochine antinfiammatorie che caratterizzano, nella cronobiologia dell'infiammazione, il momento in cui l'immunoflogosi deve essere modulata e ad essa debbano subentrare i processi riparativi. In tal senso TGF-β stimola le funzioni dei fibroblasti (la sintesi di fibronectina e di collagene) e inibisce le metalloproteasi

Ma l'unicità di Arnica comp. –Heel va oltre le acquisizioni in ambito immunologico e di Biologia Molecolare e coinvolge aspetti più squisitamente clinici, che fanno di questo medicinale un presidio farmacologico unico, efficace, privo di effetti collaterali e di grande maneggevolezza terapeutica.

In base alla sua composizione, Arnica comp. Heel è in grado di agire su tutte le 6 fasi evolutive con cui si sviluppa il processo infiammatorio.

Si potrebbe dire che con Arnica comp. –Heel disponiamo insieme di un antidolorifico, di un potente antiedemigeno, di un buon farmaco antinfettivo e, da ultimo, di un prodotto in grado di indurre la *restitutio ad integrum* del tessuto offeso.

Agire su tutti i segni dell'infiammazione è l'obiettivo raggiunto con successo di Arnica comp. Heel (Fig. 7).

Le evidenze – *Overview* sulla Ricerca di base e clinica

Una ricca letteratura riguardante sia la ricerca di base, condotta tramite studi sperimentali *in vitro* e sul modello animale, sia la ricerca clinica, condotta mediante studi clinici controllati e monitoraggi post-marketing, evidenzia l'efficacia di Arnica comp. –Heel nella modulazione dell'immunoflogosi e nella gestione della sintomatologia infiammatoria dell'apparato muscoloscheletrico e non solo. Di seguito vengono riportati 2 studi, uno di ricerca di base ed uno clinico.

- **Ricerca di base**

Inibizione delle citochine pro-infiammatorie

In uno studio condotto *in vitro* si è dimostrato l'effetto di Arnica comp.-Heel su linfociti T (isolati da sangue fresco o della linea cellulare T Jurkat CD4+), monociti (linea cellulare THP-1) e cellule dell'epitelio intestinale (linea cellulare HT-29). La verifica è stata effettuata sulle cellule in condizioni di riposo oppure attivate con PHA (fitoemoagglutinina), PMA (forbolo miristato acetato) e TNF-α (*Tumor Necrosis Factor-α*). È stata misurata la secrezione delle citochine pro-infiammatorie IL-1β (Interleuchina-1β), TNF-α, IL-8 (Interleuchina-8) dopo 24, 48 e 72 ore di incubazione.

Arnica comp.-Heel ha inibito la secrezione delle tre citochine pro-infiammatorie sia nelle cellule in condizioni di riposo sia nelle cellule attivate ($P < 0,01$ per tutte le cellule):

• la secrezione di IL-1β è diminuita fino al 70%, sia nelle

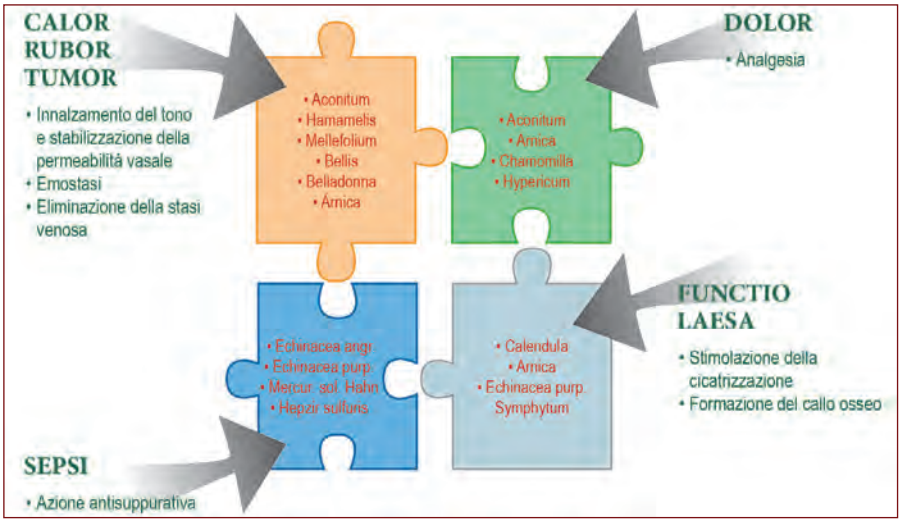


Figura 7

cellule a riposo che nelle cellule attivate;
• la secrezione di TNF-α si è ridotta fino al 65% nelle cellule in condizioni di riposo e fino al 54% nelle cellule attivate;
• la secrezione di IL-8 si è ridotta di oltre il 50% sia nelle cellule a riposo sia nelle cellule attivate.
Inoltre si è dimostrato che Arnica comp.-Heel non interferisce con la proliferazione dei linfociti T e dei monociti. I risultati ottenuti in questo studio *in vitro* hanno contribuito a chiarire il meccanismo alla base dell'effetto antinfiammatorio di Arnica comp.-Heel (*Porozov S., Cahlon L., Weiser M., Branski D., Lider O., Oberbaum M. Inhibition of IL-1β and TNF-α secretion from resting and activated human immunocytes by the homeopathic medication Traumeel S. Clinical & Developmental Immunology. 2004; 11 (2): 143-149*).

- **Ricerca clinica**

Distorsione acuta dell'articolazione tibio-tarsica in pronazione

In uno studio multicentrico *(González de Vega, C., Speed, C., Wolfarth, B. and González, J. (2013), Traumeel vs. diclofenac for reducing pain and improving ankle mobility after acute ankle sprain: A multicentre, randomised, blinded, controlled and non-inferiority trial. International Journal of Clinical Practice. doi: 10.1111/ijcp.12219)* si è indagata la non-inferiorità di Traumeel[3] (pomata, gel) rispetto al diclofenac gel 1% nel trattamento della distorsione acuta della caviglia.

449 pazienti attivi fisicamente (età compresa tra 18-40 anni), affetti da distorsione monolaterale della caviglia, randomizzati in cieco in 3 gruppi, hanno ricevuto un trattamento a base di 2 g di Traumeel pomata (n = 152) o Traumeel gel (n = 150) o diclofenac gel (n = 147) somministrati per via topica tre volte al giorno per 14 giorni consecutivi, con follow-up a 6 settimane. Gli *endpoint* primari sono stati: la valutazione al giorno 7, da parte dei pazienti, del dolore alla caviglia secondo la scala analogica visiva VAS (*Visual Analogue Scale,* 0-100 mm) e della Funzionalità del Piede e della Caviglia (FAAM *Foot and Ankle Ability Measurement*) secondo *l'Activities of Daily Living* (ADL, 0-100).
I risultati hanno evidenziato che: al giorno 7, la percentuale mediana di riduzione del dolore secondo la VAS è stata dimostrata per tutti i gruppi: Traumeel pomata, 60,6% (mediana: valore basale 52,6 mm; variazione -33,0 mm); Traumeel gel, 71,1% (mediana: valore basale 53,1 mm; variazione -37,1mm); diclofenac gel, 68,9% (mediana: valore basale 55,7 mm; variazione -37,1 mm). La totale scomparsa del dolore è stata riferita rispettivamente dall' 8,5%, 5,% e 5,9% dei pazienti in ogni gruppo. La dimensione degli effetti secondo il test Mann-Whitney (MW) ed il limite inferiore degli intervalli di confidenza (LBCI; standard di riferimento predefinito 0,4) per Traumeel pomata e gel combinati vs. diclofenac (MW = 0,4910; LBCI=0,4321), Traumeel pomata vs. diclofenac gel (MW = 0,4682; LBCI = 0,4004) e Traumeel gel vs. diclofenac gel (MW = 0,5142; LBCI=0,4464) hanno dimostrato la non-inferiorità di entrambe le preparazioni di Traumeel vs. diclofenac gel nella riduzione del dolore. Al giorno 14, la riduzione percentuale mediana del punteggio del dolore secondo la VAS è stata rispettivamente del 94,3%, 93,4% e 94,8% (variazione mediana -46,4, -50,5 e -50,5 mm) nei gruppi Traumeel pomata, Traumeel gel e diclofenac gel.
Al giorno 7, i miglioramenti mediani nel punteggio FAAM ADL sono stati rispettivamente di 26,2, 26,2 e 25,0 punti (valore basale mediano 51,2, 56,0 e 51,2 punti) per i gruppi Traumeel pomata, Traumeel gel e diclofenac gel. La dimensione degli effetti secondo MW e l'LBCI per Traumeel pomata e gel combinati vs. diclofenac (MW=0,5260; LBCI=0,4656) e Traumeel pomata

3 In Italia Traumeel è commercializzato anche con il nome di Arnica comp. -Heel

vs. diclofenac gel (MW=0,5169; LBCI=0,4485) e Traumeel gel vs. diclofenac gel (MW=0,5352; LBCI=0,4666) hanno dimostrato la non-inferiorità di entrambe le preparazioni di Traumeel vs. diclofenac gel nel miglioramento della funzionalità articolare. Al giorno 14, i miglioramenti mediani nel punteggio FAAM ADL sono stati rispettivamente di 41,7, 40,5 e 41,7 punti per i gruppi Traumeel pomata, Traumeel gel e diclofenac gel. Dopo 6 settimane, tutti i pazienti hanno riferito la totale scomparsa del dolore e il completo recupero funzionale. Il tempo mediano necessario per il completo recupero funzionale è stato rispettivamente di 19,09, 19,35 e 19,39 giorni per i gruppi Traumeel pomata, Traumeel gel e diclofenac gel. Effetti avversi (n=43) sono stati riferiti da 31/447 pazienti (6.9%). Gli effetti avversi sono stati per lo più di intensità lieve o moderata; nessuno è stato grave e tutti i trattamenti sono stati ben tollerati in egual misura.
Si può concludere che Traumeel pomata e gel hanno ridotto il dolore e migliorato la funzionalità articolare in egual misura rispetto al diclofenac gel nella distorsione tibio-tarsica acuta in pronazione e hanno mostrato un buon profilo di tollerabilità.

Letteratura

1. Ader R., *Psychoneuroimmunology*, IV edition, vol. 1 e 2, Academic Press, Amsterdam 2007
2. Bettelli E. et al., *Th17: the third member of the effector T cell trilogy*. Current Opinion in Immunology 2007, 19: 652-657
3. Collins S. M, Bercik P., *The Relationship Between Intestinal Microbiota and the Central Nervous System in Normal Gastrointestinal Function and Disease*. Gastroenterology 2009;136:2003–2014
4. Cooke, A. *Th17 in Inflammatory Conditions*. 2006, Rev Diabetic Stud 3: 72-7
5. Gariboldi S. et al., *Low dose oral administration of cytokines for treatment of allergic asthma*. Pulmonary Pharmacology and Therapeutics - Volume 22, Number 6, pp 497-510, December 2009
6. González de Vega C., Speed C., Wolfarth B. and González J. (2013), *Traumeel vs. diclofenac for reducing pain and improving ankle mobility after acute ankle sprain: a multicentre, randomised, blinded, controlled and non-inferiority trial*. International Journal of Clinical Practice. Doi: 10.1111/ijcp. 12219
7. Reckeweg H. H., *Omotossicologia, prospettiva per una sintesi della medicina*. GUNA Editore, 1988
8. Bianchi I., *Argomenti di Omotossicologia*. GUNA Editore, 1990
9. Massullo C., *Immunoflogosi e cronobiologia del processo infiammatorio. Un nuovo approccio farmacologico in traumatologia sportiva*, Il Medico Sportivo 3/2011
10. Bellavite P., Signorini A., *Fondamenti teorici e sperimentali della medicina omeopatica*. IPSA Editore, 1992
11. Porozov S., Cahlon L., Weiser M., Branski D., Lider O., Oberbaum M., *Inhibition of IL-1β and TNF-α secretion from resting and activated human immunocytes by the homeopathic medication Traumeel S*. Clinical & Developmental Immunology. 2004; 11 (2): 143-149)
12. Cardani D. et al., *Administration of Interleukin-10 and Anti-IL-1 Antibody Ameliorates Experimental Intestinal Inflammation*. Gastroenterology Research 2013;6(4):124-133.

Malattia di Menière e Insufficienza Venosa Cronica Cerebrospinale

Mauro Tronti

Parole chiave

Malattia di Menière.
Insufficenza Venosa Cronica, Cerebrospinale (CCSVI), Idrope Endolinfatica, Angioplastica Percutanea, Transluminare (PTA).

Riassunto

Esperienza personale e di un gruppo di pazienti affetti da Malattia di Menière con diagnosi di Insufficenza Venosa Cronica Cerebro-Spinale (CCSVI) sottoposti a trattamento di Angioplastica Percutanea Transluminare (PTA)

Dall'esame della letteratura internazionale riguardante la patologia dell'orecchio interno emergono almeno due considerazioni in modo evidente: innanzitutto la frequente assenza di spiegazioni soddisfacenti circa la natura e l'origine di varie manifestazioni patologiche, classificate "idiopatiche", quindi senza una causa precisa conosciuta; in secondo luogo, considerare l'orecchio interno dal punto di vista fisiopatologico come un organo a sè stante con pochi legami con tutto ciò che succede nel resto dell'organismo.

È cosa nota che i sintomi della Malattia di Menière sono legati, nella maggior parte dei casi, essenzialmente alla presenza di un'IDROPE nell'orecchio interno. Se riuscissimo a trovare la causa che determina l'idrope e a risolverla o quantomeno a contenerla, penso che avremmo risolto un buon 90% del nostro problema. Ma cerchiamo di esaminare in modo più approfondito, logicamente senza volerci sostituire ai medici, ma cercando di suscitare un'attenzione propositiva proprio nei medici che ci vorranno sostenere per iniziare dei nuovi percorsi di studio alla luce delle nuove esperienze acquisite da me e da altri malati, che autonomamente abbiamo voluto affrontare un percorso di indagine diagnostica e il successivo trattamento endovascolare proprio della Insufficienza Venosa Cronica Cerebrospinale (Chronic Cerebrospinal Venous Insufficiency CCSVI).

Per fare questo dobbiamo necessariamente comprendere delle terminologie e dei concetti medico-scientifici di cui sentiamo spesso parlare ma che rimangono molto spesso dei concetti astratti.

IDROPE: è un accumulo anormale di trasudato (quindi non infiammatorio) nelle cavità sierose del corpo.

ENDOLINFA: è il liquido che riempie la cavità del labirinto membranoso dell'orecchio interno dei vertebrati. L'endolinfa ha una concentrazione di ioni K+(potassio) 15 volte superiore alla perilinfa.

PERILINFA: liquido chiaro che riempie lo spazio compreso tra il labirinto osseo e quello membranoso, nell'orecchio interno dei vertebrati. La perilinfa è un liquido ad alta concentrazione di ioni sodio (Na+) ed una bassa concentrazione di ioni potassio (k+).

Il labirinto membranoso è sprovvisto di vasi linfatici, pertanto gli spazi perilinfatico e endolinfatico, nonostante il loro nome, **non sono di natura linfatica**.

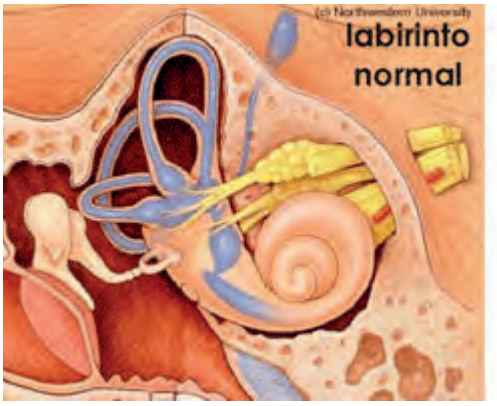
MONOLATERALITÀ

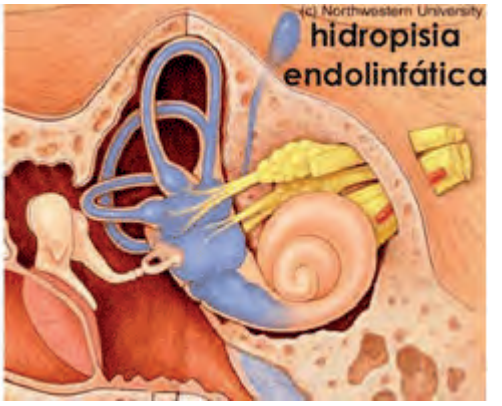
Nessuno finora è riuscito a dare una spiegazione soddisfacente a questa manifestazione clinica né tantomeno al fatto che la malattia può interessare l'orecchio controlaterale nel tempo, diventando bilaterale.

La monolateralità mi farebbe pensare almeno all'esordio, essenzialmente a un fatto locale e non sistemico.

Tutti noi malati empiricamente avvertiamo l'aumento della pressione interna dell'orecchio durante la fullness (pienezza auricolare); gli specialisti in otorinolaringoiatria (ORL) ci spiegano come la nostra perdita di udito sia dovuta alla sofferenza meccanica che l'aumentata pressione dovuta all'idrope determina sulle cellule ciliate uditive. Queste, a forza di essere stressate, non riescono più a recuperare il deficit e il nostro udito pian piano è compromesso.

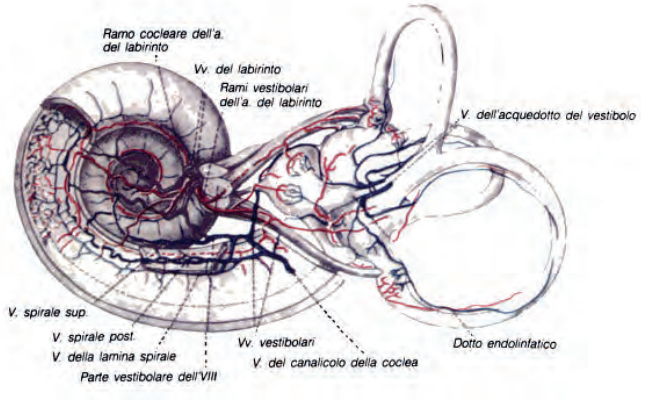
Ho iniziato ad indagare la Malattia di Menière sotto l'aspetto **VASCOLARE** che finora è stato ipotizzato e studiato solo su reperti autoptici, o su pazienti con sordità improvvise, quest'ultima ipotesi confermata da immagini di Risonanza Magnetica per evidenti versamenti ematici nell'orecchio interno, che non sono comuni nella nostra patologia.





Nella scarsa letteratura medica e quaderni tematici pubblicati sulle complicanze vascolari, si fanno ipotesi, si provano terapie vascolari, ma nei casi che trattano la Malattia di Menière non ci sono prove di efficacia terapeutica (Evidence-based Medicine EBM) certe, questo logicamente non fa che creare ulteriori incertezze sul buon esito delle cure da somministrare ai pazienti ipotizzando uno scarso funzionamento del microcircolo ematico nell'orecchio interno.
Questo, purtroppo, si tramuta in uno scarso interesse nella ricerca per la Malattia di Menière. Il risultato del difficile trattamento del malato, molto spesso fonte d'insuccesso per i medici, ha come conseguenza il mancato investimento delle case farmaceutiche in farmaci che risulterebbero di scarsa efficacia e basso valore economico di rientro, data l'esiguità del numero di malati.

Ma vediamo in questo schema come è rappresentato anatomicamente il sistema vascolare dell'orecchio interno. Precisiamo anche che un riscontro con imaging tipo AngioTac o Risonanza Magnetica non permetterà di indagare in modo approfondito la vascolarizzazione dell'orecchio interno, poiché i vasi venosi sono di misura non rilevabile da tali apparecchiature a meno che non siano presenti dei versamenti ematici di grande entità come già sopra citato.



Il prof. Augusto Casani durante i lavori del 9° Congresso di Aggiornamenti in Vestibologia a Modena il 19 ottobre 2012, dedicato interamente alla Malattia di Menière, fece un intervento riguardante il ruolo dei farmaci vascolari. L'argomento vascolare fu trattato al congresso con cauta generalità pur non mancando di spunti interessantissimi e importantissimi. Lui stesso disse testualmente che:

- nei malati di Malattia di Menière ci sono meno vasi nella stria vascolare rispetto alle persone sane;
- i danni alle vene dell'acquedotto vestibolare potrebbero causare un ingorgo venoso che potrebbe essere la causa dell'idrope;
- una fibrosi dell'area può creare impedimenti al reflusso così come microemboli.

Anche il Prof. Maurizio Barbara, nel medesimo congresso, riferiva come in uno studio è riuscito a evidenziare stenosi capillari: in questo caso l'orecchio medio addirittura produce ADH (ormone antidiuretico) con conseguente ritenzione idrica.
Disse anche che in pratica la sua ricerca di letteratura, da portare al congresso sull'argomento, fu interessante poiché riguardava un aspetto non di competenza ORL, ma di competenza vascolare (un timido approccio all'interdisciplinarità, finalmente!) per concludere che i farmaci vascolari in commercio oggi non garantiscono alcuna efficacia nel caso di Malattia di Menière.
Cerchiamo ora di analizzare le funzioni anatomo-fisiologiche di un'importante processo che avviene nell'orecchio interno e che da tempo è stata indicato come una probabile causa dell'idrope.

Anatomicamente, adiacente alla membrana vestibolare, si estende una zona della parete, depressa e riccamente vascolarizzata: la stria vascolare.
Si tratta di un organo ad altissima attività metabolica che ha attività secretoria dell'endolinfa e funzione di riassorbimento della stessa. Provvede al mantenimento della concentrazione di ioni K+ nell'endolinfa: è responsabile quindi del mantenimento della differenza di potenziale tra lo spazio endolinfatico (tendenzialmente positivo) e lo spazio perilinfatico (tendenzialmente negativo).
Qui è elevato il consumo di ossigeno: superiore a quello cerebrale!
Immaginiamo quindi la stria vascolare alloggiata come in una culla, vicino alla membrana vestibolare. Abbiamo detto che è riccamente vascolarizzata, quindi avrà una vascolarizzazione arteriosa e una venosa.

VASCOLARIZZAZIONE ARTERIOSA

- la cosa sorprendente è che il circolo arterioso dell'orecchio interno ha le caratteristiche di un sistema terminale. Generalmente nel nostro organismo se un vaso si dovesse occludere si creerebbero delle anastomosi, cioè dei collegamenti, tra altri vasi limitrofi in modo che il distretto a valle del vaso occluso riceva ugualmente ossigeno e nutrimento e gli venga garantito il ricambio. Nelle circolazioni terminali queste anastomosi o non avvengono proprio (il caso delle circolazioni anatomicamente terminali) oppure avvengono ma sono insufficienti (il caso delle circolazioni funzionalmente terminali). In ogni caso il risultato non cambia. Ci sono organi terminali come il cervello (l'occlusione provoca l'infarto cerebrale altrimenti detto ictus), il cuore (infarto del miocardio), il rene (infarto renale), il polmone (infarto polmonare) ecc e...l'orecchio interno! Quindi nel caso in cui anche solo un'arteriola afferente del nostro orecchio fosse stenotica per fibrosi o trombosi, il distretto a valle non sarebbe più sufficientemente irrorato causando la perdita delle cellule che non sarebbero più nutrite e ossigenate e qui si aprirebbe un capitolo interessantissimo che potrebbe spiegare certe sordità improvvise, certe vertigini idiopatiche non menieriche ecc.
- un'altra cosa sorprendente del circolo arterioso della stria vascolare è che una parte delle arterie afferenti fornisce effettivamente le collaterali alla stria, ma la maggior parte dei rami prosegue per sboccare direttamente nel sistema venulare della rampa timpanica. Questo sistema che esclude la capillarizzazione, serve per mantenere la stria vascolare ESENTE DA OGNI TIPO DI BAROTRAUMA!

Perchè la natura si è data così da fare per inventare un sistema unico che impedisca le modificazioni pressorie alla stria vascolare indipendentemente dallo stato della pressione sanguigna generale?

VASCOLARIZZAZIONE VENOSA DELLA STRIA VASCOLARE

Il sangue venoso segue tre vie di deflusso:

- vena uditiva interna che sbocca nel seno petroso superiore o nel seno trasverso e poi nella **giugulare interna**;
- vena dell'acquedotto della chiocciola che sbocca nella **giugulare interna**;
- vena dell'acquedotto del vestibolo che riceve il ricco plesso venoso che circonda il sacco endolinfatico e sbocca nel seno petroso superiore che sbocca nella **giugulare interna.**

Cosa capita se ho un'ostruzione venosa di qualunque tipo? Il sangue a monte dell'ostruzione non potrà defluire adeguatamente. Prima cercherà altre vie, poi diventerà insufficiente ma compensato e quando non riuscirà più a compensare avremo il **REFLUSSO VENOSO**.

Per cui se si ha una stagnazione di sangue a livello della stria vascolare, cosa può succedere?

– l'aumento della pressione determina una variazione osmotica delle membrane che, a sua volta, potrebbe causare l'idrope;
– l'aumento della pressione determina un'anomalia grave a livello della stria (dove invece la natura cercava di impedire barotraumi) che non potrà funzionare a dovere.

Ricordiamo le sue funzioni:

1. secrezione endolinfa;
2. riassorbimento endolinfatico;
3. mantenimento della concentrazione ionica tra endolinfa e perilinfa (molti autori parlano dello scatenarsi della vertigine proprio in occasione di passaggi massicci di ioni K+ nella perilinfa che creano una sorta di intossicazione).

Uno studio pubblicato sulla rivista Otoneurologia nel 2000, già citazione Laryngoscope 2007 117:194-8; effettuato dal gruppo di ricerca danese M. Friis con la pub-

blicazione: "A potential portal flow in the inner ear", ha indagato per la prima volta gli effetti di un'ostruzione dell'acquedotto vestibolare venoso (VVA) sulla scorta degli studi condotti dal gruppo del prof. Paolo Zamboni sulla CCSVI (Chronic Cerebrospinal Venous Insufficiency) rilevabile con esame sonologico TCCS/ECD, effettuato con un apparecchio adattato allo studio dei vasi venosi del collo e del cranio, seguita da venografia mediante catetere di conferma. Lo scopo dello studio di M. Friis è stato quello di visualizzare il sangue nella porzione extraossea della vena dell'acquedotto vestibolare (VVA) in condizioni fisiologiche e con ostruzione nella parte distale della VVA, prima della fusione con il seno sigmoideo, per verificare l'eventuale inversione di flusso, che aprirebbe nuovi scenari nella ricerca dell'eziologia che conduce all'idrope endolinfatica.
Ma vediamo ora di comprendere meglio che cosa è la Chronic Cerebrospinal Venous Insufficiency o CCSVI (Insufficienza Venosa Cronica Cerebrospinale).
L'Insufficienza Venosa Cronica Cerebrospinale è un quadro caratterizzato da stenosi multiple nelle principali vie di deflusso venoso extracraniche, con l'apertura di circoli collaterali e percorsi venosi sovraccaricati da flussi che originano da altri compartimenti (shunt venosi).

L'Insufficienza Venosa Cronica Cerebrospinale (CCSVI) è una malattia emodinamica in cui le vene cervicali e toraciche rimuovono poco efficacemente il sangue dal cervello e in generale dal sistema nervoso centrale (SNC).

La CCSVI è caratterizzata dalla presenza di restringimenti multipli e malformazioni delle principali vene che portano il sangue dal cervello verso il cuore. Le vene interessate sono:
– giugulari interne,
– vertebrali,
– lombari,
– azygos,
– emiazygos,
– iliache.

Queste malformazioni congenite assumono la forma di:

- Annulus o tessuto fibrotico;
- Stenosi circolari della parete venosa;
- Setti endoluminali e ostruzioni membranose: presenza di ostacoli che occludono quasi completamente una vena;
- Valvole anomale e/o invertite che danno origine a significativi ostacoli del flusso;

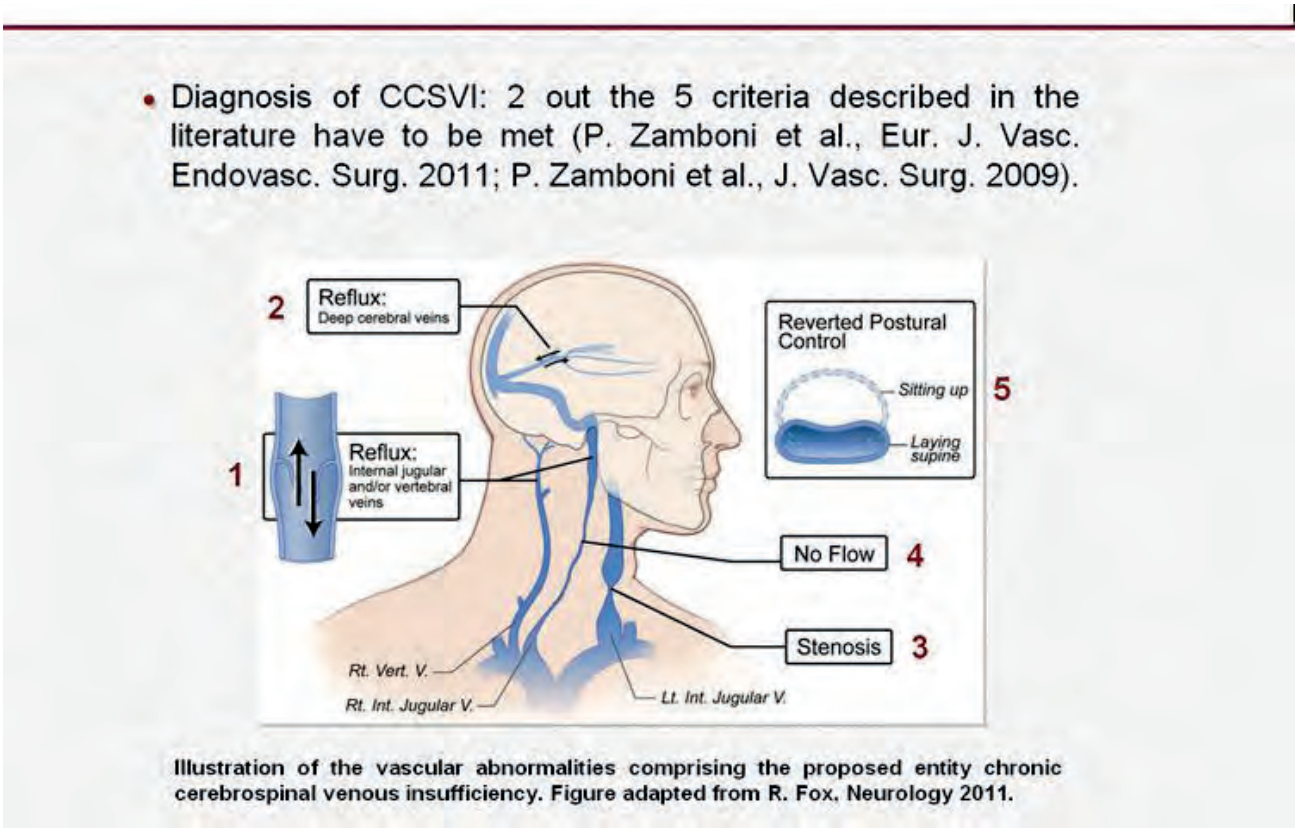


Illustration of the vascular abnormalities comprising the proposed entity chronic cerebrospinal venous insufficiency. Figure adapted from R. Fox, Neurology 2011.

- Ipoplasia: lunghi segmenti venosi sottosviluppati e di calibro insignificante;
- Torsione: presenza di severe stenosi in conseguenza di un segmento venoso attorcigliato attorno se stesso;
- Agenesia: completa assenza anatomica di una vena.

Le malformazioni riguardano specialmente le vene giugulari interne (IJVs) che corrono lungo il collo e la vena Azygos (AZY) che scorre all'interno del torace e che finora è stata poco studiata.
L'organismo sopperisce allo scarso drenaggio sanguigno causato dalla CCSVI mediante l'apertura di circoli collaterali che tentano di by-passare le vene ostruite riducendo la resistenza al drenaggio, evitando l'ipertensione intracranica. Tuttavia, nonostante questo meccanismo compensatorio, il tempo di deflusso del sangue in un paziente affetto da CCSVI resta maggiore rispetto al controllo sano. L'insufficienza del drenaggio venoso è una caratteristica della CCSVI ed è misurabile attraverso studi di perfusione.
Il circolo del sangue all'interno del nostro corpo varia a seconda delle posizioni assunte, dall'attività svolta e dal tipo di respirazione adottata. In condizioni normali, in assenza di CCSVI, la posizione supina favorisce il flusso venoso cerebrale attraverso le vene giugulari interne (IJV); al contrario, in posizione eretta o ortostatica, il sangue viene ridiretto attraverso le vene vertebrali (VV), e la vena azygos (AZY), che diventano le principali vie di deflusso in questa posizione.

Nel settembre 2009 il panel di esperti della UIP 50, la piu vasta organizzazione scientifica che si occupa di patologia venosa, l'ha inserita tra le malformazioni venose congenite di tipo tronculare, ovvero fra quelle che si sviluppano fra il 3° ed il 5° mese di vita intrauterina. ll documento di consenso internazionale ne avalla anche la terapia attraverso angioplastica dilatativa o PTA. Lo studio del Prof. Zamboni ha dimostrato l'esistenza di 4 tipologie di CCSVI :

CCSVI di tipo A - caratterizzato da stenosi significative dell'Azygos prossimale, oppure di uno dei due tronchi delle vene Giugulari interne, con la vena Giugulare interna controlaterale di aspetto compensatorio che appare con una vasta area a sezione trasversale.

CCSVI di tipo B - caratterizzato da stenosi significative di ambedue gli assi delle vene Giugulari interne e della vena Azygos prossimale.

CCSVI di tipo C - caratterizzato da stenosi bilaterali in ambedue i tronchi Giugulari interni con Azygos di aspetto normale.

CCSVI di tipo D - caratterizzato da stenosi a più livelli dell'Azygos e delle vene Lombari.

L'associazione con stenosi alle Giugulari interne è stata osservata in circa il 50% dei casi, causando un'ostruzione ulteriore in questi pazienti.

A tal proposito nascono spontanee alcune domande:

- quante persone malate di Malattia di Menière sono anche affette da CCSVI?
- quali vene sono coinvolte in questo processo?
- se la stenosi della giugulare interna (CCSVI) provoca il reflusso al microcircolo dell'orecchio potrebbe il malato di Menière giovare del trattamento di Angioplastica dilatativa percutanea (Pta)?

Tenendo ben presente l'anamnesi per costituire studi su pazienti omogenei e ricordando che anche una persona negativa alla CCSVI potrebbe avere un danno vascolare da ostruzione in un distretto molto interno dell'orecchio, che a tutt'oggi non siamo in grado di investigare in vivo, si conviene che può benissimo esserci una causa LOCALE per cui una vena o venula sia stenotica (fibrosi, anatomia patologica, trombo ecc) e ciò determinerebbe un deficit vascolare LOCALE.... così si spiegherebbe la monolateralità dell'idrope!
Da qualsiasi lato esaminiamo la questione ci ritroviamo sempre di fronte a due ipotesi:

1. Aumentata pressione cocleo-vestibolare (per disordine vascolare ?)
2. Alterata differenza di potenziale di membrana (stria vascolare ?)

Nella figura 3 sintetizziamo quella che è la circolazione sanguigna arteriosa e venosa nell'apparato vestibolare. In questo modo possiamo arrivare a comprendere l'importanza dell'ipotesi di un reflusso o stagnazione sanguigna a valle del Seno Petroso Inferiore e del Seno Laterale (confluenza nella Giugulare Interna).

Abbiamo già citato che le principali vie di deflusso venoso dell'orecchio interno andranno a confluire nelle Vena Giugulare Interna, che se apparirà malformata o stenotizzata, potrebbe creare la situazione favorevole al

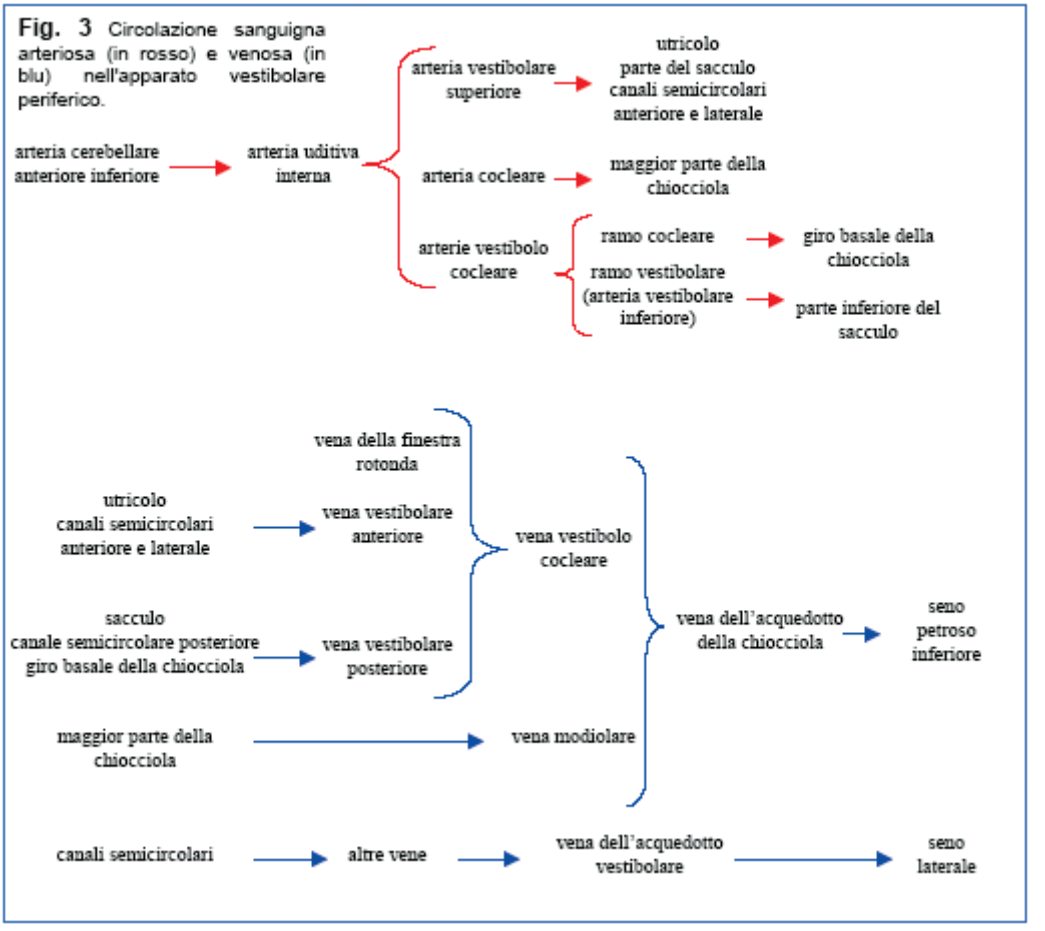


Fig. 3 Circolazione sanguigna arteriosa (in rosso) e venosa (in blu) nell'apparato vestibolare periferico.

reflusso venoso e una probabile idrope.
Per accertare quanto ipotizzato non restava che iniziare a seguire questa metodica da vicino e valutare la corrispondenza della diagnosi della CCSVI in malati sofferenti di Malattia di Menière.

In un numero di 9 malati (4 uomini e 5 donne) sottoposti a Ecocolor Doppler (metodo Zamboni) il 100% risultava positivo alla diagnosi di CCSVI, gli stessi si sono poi canditati al trattamento endovascolare (Pta). Successivamente il numero di accertamenti con ECD per la diagnosi CCSVI si è esteso ad altri 15 malati, in cui si è riscontrata una positività alla CCSVI di 14 su 15. A mio avviso, i dati rilevati dai medici in diverse parti di Italia, non hanno lasciato dubbi: la CCSVI è una manifestazione patologica di alto rilievo nella Malattia di Menière.

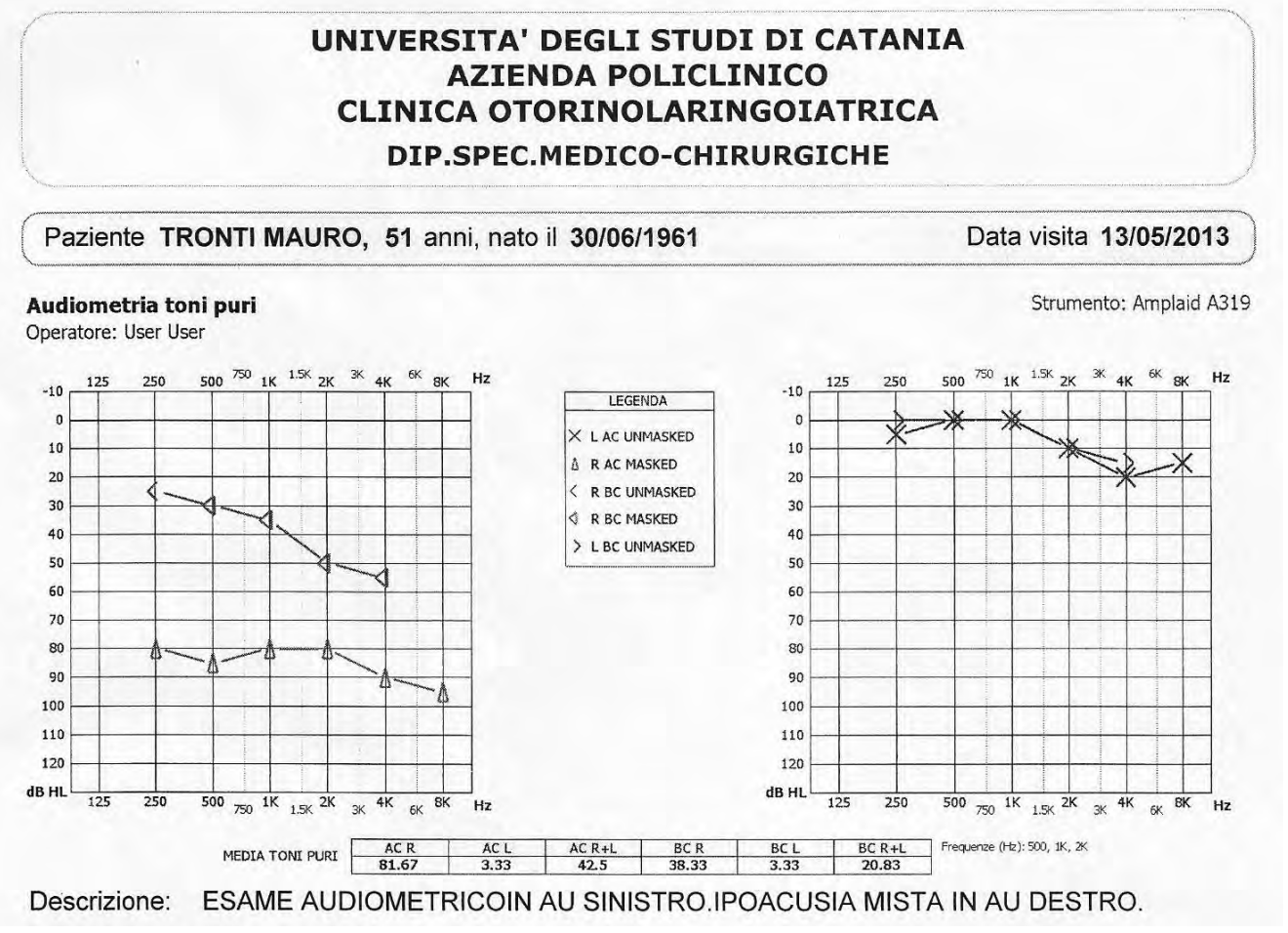
I 9 malati canditati all'intervento erano consapevoli che si affrontava un trattamento endovascolare proprio della CCSVI e che eventuali benefici da correlare alla Malattia di Menière non erano ipotizzabili clinicamente per la mancanza di una letteratura scientifica e specialistica dei medici ORL in merito. Stavamo iniziando un percorso del tutto nuovo e senza prove di efficacia, ma eravamo consapevoli che nulla avrebbe potuto peggiorare la nostra condizione di Malati di Menière, e che tutto ciò che ne sarebbe derivato in miglioramento dei sintomi nella nostra malattia, doveva essere di stimolo per un futuro studio clinico, per tracciare un nuovo percorso di diagnosi e trattamento nella Malattia di Menière per i medici, se ci fossero stati dei miglioramenti clinici apprezzabili e oggettivamente riscontrabili.

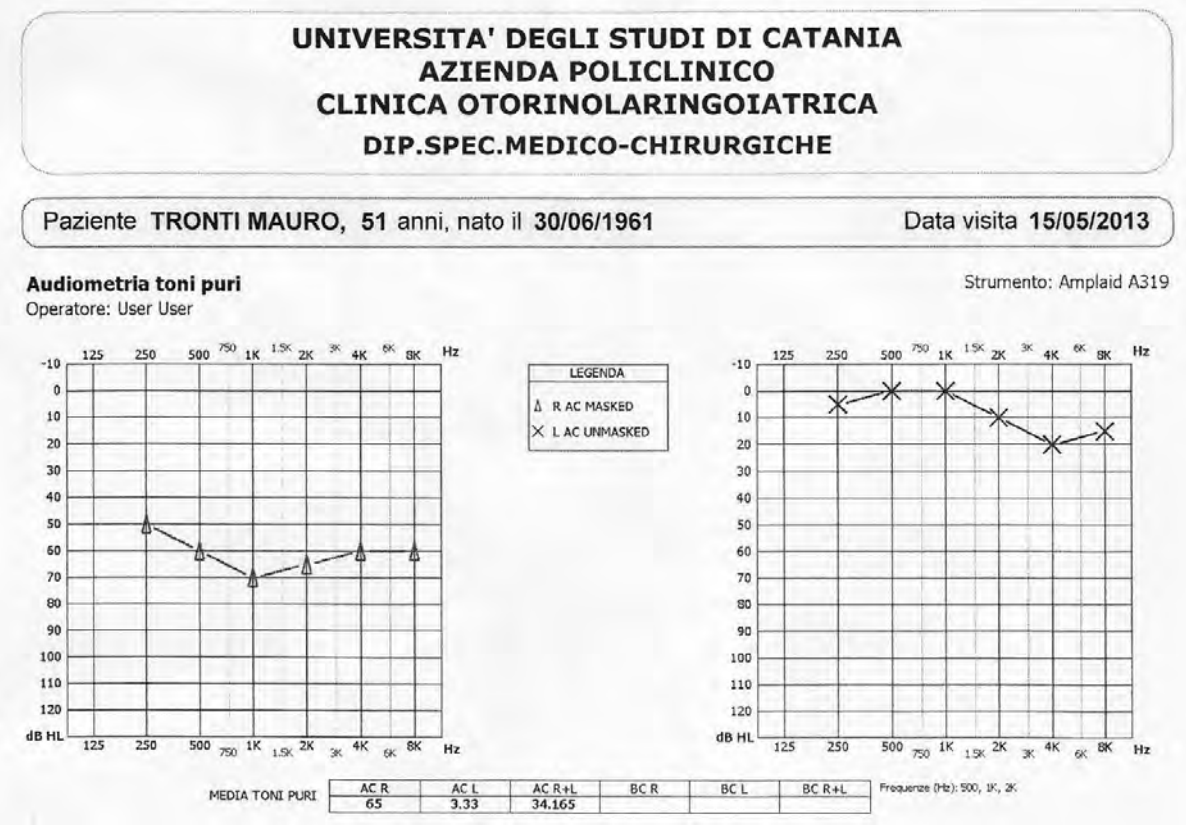
È stata questa un'occasione per valutare, anche se in modo ancora approssimativo, i fattori ematici della coaugulazione dei 9 pazienti, nei quali si è riscontrato il valore dell'Omocisteina elevato, e Acido Folico e Vit B12 carenti, Fibrinogeno e Prolattina elevati. Raramente è stato osservato un tale riscontro nei Malati di Menière, se non con ipotesi di formazione di microemboli nel sistema arterioso dell'orecchio interno e nella sindrome di Ohresser: quadro clinico di Malattia di Menière ad insorgenza pre o perimestruale (prolattina).

Si potrebbero attuare ulteriori ipotesi di studio multidisciplinari valutando l'eventuale correlazione della CCSVI nella Malattia di Menière e rivalutare ipotesi di studi pregressi.

I pazienti operati (9) riferiscono benefici apprezzabili in modo variabile e soggettivo. Il sintomo che viene più apprezzato da tutti è la sensazione di avere una "testa libera", effetto di maggior ossigenazione dovuto alla perfusione. In 2 pazienti è stato possibile eseguire prove audiometriche prima e post Pta presso il policlinico dove erano ricoverati. Prove che hanno confermato un incremento della soglia uditiva aerea del 25/30% su tutte le frequenze, questo a riprova che in sordità stabilizzate da anni una fluttuazione così evidente in un arco di tempo brevissimo presuppone una diminuzione del carico idropico, logicamente parliamo di un recupero uditivo non significativo nella discriminazione vocale.

Nel mio caso specifico, malato di Menière da ben 23 anni e con intervento di neurectomia nel 1999, sordità monolaterale da 9 anni stabilizzata a -90 Db, essendo uno dei 2 casi sopradescritti, a distanza di oltre due mesi dal trattamento di Angioplastica Percutanea Transluminare (Pta), posso con soddisfazione affermare che ho mantenuto i benefici inizialmente avuti dal trattamento della CCSVI. Non ho più accusato cefalee che prima della Pta erano quotidiane, il senso di astenia che mi accompagnava dalla mattina è scomparso, il nistagmo oculomotorio è ridottissimo e non ho instabilità (sintomo vertigine già risolto in precedenza con la neurectomia vestibolare). Pertanto, giudico con positività tale trattamento. Per affermare quanto asserito, l'unico riscontro oggettivo è l'esame audiometrico prima e post Pta soprariportato.
Al fine di non disperdere i dati dei malati che si sono sottoposti a indagine diagnostica e trattamento Pta nella CCSV sto conducendo, nell'ambito dell'azione svolta dall'Associazione Malati Menière Insieme ONLUS (AMMI ONLUS), una raccolta di tutti i referti degli esami, i quali saranno a disposizione - con il consenso degli interessati – per i medici che vorranno prendere





conoscenza di questa nostra esperienza, che non vuole essere un dato di certezza dal punto di vista scientifico. La nostra ONLUS è composta solo da malati e NON da medici. Sicuramente si apriranno nuovi orizzonti. Abbiamo l'assoluta necessità di avere studi clinici controllati. Noi malati abbiamo un motivo in più per sperare che l'efficacia di cure e terapie sia più valida, valutando il sistema dell'orecchio interno come un sistema terminale.

Il mio vuole essere un invito ai medici a percorrere una nuova possibile strada, con la speranza che vorranno proseguire nella ricerca e valutare se alla luce di queste nuove metodiche se ne possano sviluppare delle nuove, rivalutare i farmaci, non eziologici, di rito e ricercarne dei nuovi molto più mirati, in considerazione che il loro uso prima non dava gli effetti sperati, ma considerando che nel post Pta un miglioramento della perfusione cranica potrebbe contribuire al miglioramento della qualità della vita dei malati.

Sono convinto che questo è solo un primo passo per un vero rivoluzionario approccio alla Malattia di Menière, e che siamo ben lontani dal poter pensare che è tutto risolto. Bisognerà necessariamente attendere i risultati di studi clinici a dimostrazione che la CCSVI è certamente correlata alla Malattia di Menière. Se validata tale ipotesi, potrebbe essere un importante tassello da aggiungere alle cause che concorrono alla Malattia di Menière.

Per questo avremo bisogno sempre al nostro fianco di medici coraggiosi e attenti che ci seguano nel percorso della nostra malattia, percorso che deve essere quantomai centrato sulla persona.

Mauro Tronti, Consigliere dell'Associazione Malati Menière Insieme ONLUS (AMMI ONLUS)

www.ammi-italia.it
info@ammi-italia.it

ASSOCIAZIONE **M**ALATI **M**ENIÈRE **I**NSIEME **ONLUS – AMMI ONLUS**
Casella Postale 6068, Bologna Roveri, Via Canova 19/2 - 40138 Bologna

Malattia di Menière - Gruppo globale moderato da Nadia Gaggioli - su Facebook
https://www.facebook.com/groups/58462097400/

La formazione *post lauream* in Medicine Tradizionali e Non Convenzionali in Italia.

Per una regionalizzazione dell'offerta formativa universitaria

Annunziato Gentiluomo

PhD in Scienze e Progetto della Comunicazione
Osservatorio e Metodi per la Salute, Università di Milano-Bicocca

Premessa

Il seguente articolo si fonda sui dati di ricerca raccolti nell'ambito dell'attività didattica della prima edizione del master "Sistemi sanitari, medicine tradizionali e medicine non convenzionali" dell'Università di Milano-Bicocca.

L'attività di ricerca si è focalizzata sull'offerta formativa *post lauream* in Medicine Tradizionali e Non Convenzionali (MT/MNC) da parte delle università italiane, in quanto è l'Università a detenere la riserva giuridica della formazione, essendo l'unica istituzione che per legge può offrire titoli e sancire percorsi formativi. Le Facoltà considerate sono state: Medicina e Chirurgia, Medicina Veterinaria e Farmacia. È opportuno fin da subito ricordare che tali Facoltà comprendono al loro interno, corsi di laurea di diversa natura: il ciclo unico in Medicina e Chirurgia, le lauree triennali in professioni sanitarie (Scienze infermieristiche, Ostetricia, Fisioterapia, Odontoiatria) e Scienze erboristiche, e diverse altre.

Indipendentemente dalla posizione ufficiale della Conferenza Permanente dei Presidenti del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia (CPPCLM)[1], la quale sia, nel 2004[2] sia nel 2011[3], ha espresso formalmente una posizione di chiusura rispetto all'introduzione delle Medicine Tradizionali e Non Convenzionali all'interno del Corso di Laurea a ciclo unico in Medicina e Chirurgia, i singoli Atenei, ispirandosi ai principi di libertà e autonomia dell'insegnamento, sanciti dall'Art. 33 della Costituzione italiana[4], stanno manifestando un significativo interesse nella formazione in questo ambito (Tognetti Bordogna, Gentiluomo, Roberti di Sarsina, 2013b).

Molteplici i fattori che hanno indotto tali Atenei italiani a investire nella formazione in questi saperi antropologici di cura. Innanzitutto vi è un vantaggio economico derivante dalle quote d'iscrizione, normalmente più significative delle tasse d'iscrizione ai tradizionali corsi di laurea. In secondo luogo, il fatto che tale offerta formativa può connotarsi, e nella pratica si connota, come elemento di differenziazione che porta le diverse sedi universitarie a una possibile ridefinizione del proprio posizionamento all'interno del mercato universitario. Terzo motivo, la ricaduta in termini di visibilità e di prestigio derivante da questo tipo di formazione. Come quarto motivo, la possibilità di creare forme di partnership e collaborazione con soggetti privati interessati alla legittimazione delle MNC. Quinto la coerenza rispetto alla propria offerta formativa (Tognetti Bordogna, Gentiluomo, Roberti di Sarsina, 2013b). Infine le possibili sollecitazioni derivanti dagli enti territoriali, in primis le Regioni, che potrebbero più o meno chiaramente spingere le realtà universitarie verso questi ambiti (Tognetti Bordogna, 2011b), sia in quanto titolari dei Sistemi Sanitari Regionali, sia perché vi sono vocazioni territoriali coerenti con tale formazione (ad esempio soggetti produttori di derivati specifici, presenza di servizi che erogano MT/MNC, ecc.).

1 La CPPCLM è un organismo che raccoglie tutti i Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia.

2 Cfr. Conferenza congiunta dei Presidi di Facoltà di Medicina e Chirurgia e dei Presidenti di Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia, *Riflessioni sulle medicine alternative e complementari ed il Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia,* Alghero, 2 maggio 2004. Medicina e Chirurgia 2004; 24:919-923.

3 Cfr. Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, *L'insegnamento delle Medicine Alternative e Complementari (CAM) nel Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia. Posizione della Conferenza Permanente dei Presidenti dei CLM.*, Genova 1 luglio 2011. Medicina e Chirurgia 2011;53:2331-2332.

4 "L'arte e la scienza sono libere e libero ne è l'insegnamento. (…) Le istituzioni di alta cultura, università ed accademie, hanno il diritto di darsi ordinamenti autonomi nei limiti stabiliti dalle leggi dello Stato".

Ciò che appare evidente è che di fronte a scenari di cambiamento come quelli che riguardano le MT/MNC, almeno in Italia, l'Università in quanto garante dei profili professionali, deve necessariamente impegnarsi (Roberti di Sarsina, Tognetti Bordogna, 2011), a salvaguardia dell'utenza che in numero sempre più rilevante si avvicina alle Medicine Tradizionali e Non Convenzionali (Rapporto Eurispes Italia, 2012; Doxapharma, 2012).
Tra i fattori alla base dell'incremento al ricorso alle MT/MNC vi è una più simmetrica relazione Medico-Paziente; la responsabilità sempre più rilevante degli individui rispetto al proprio stato di salute; il desiderio di autodeterminazione e di libertà della scelta terapeutica da parte degli stessi (Melucci, 1987; Tognetti Bordogna, 1989, Roberti di Sarsina, Iseppato, 2011); una diversa rappresentazione della malattia e della guarigione (Colombo, Rebughini, 2003); modalità comunicative e relazionali scandite da ritmi più rispettosi della storia e del vissuto del paziente (Tognetti Bordogna, 2011a) rispetto alla biomedicina; l'aumento della realtà migratoria in Italia e di riflesso la possibilità data a tali soggetti di potersi curare secondo le proprie più antiche conoscenze e pratiche di salute. Non ultimo "l'ingresso lento di queste medicine all'interno dell'offerta di alcuni Sistemi Sanitari Regionali Italiani e il loro essere farmaco-economiche, in linea con i bisogni attuali del management sanitario italiano" (Tognetti Bordogna, Gentiluomo, Roberti di Sarsina, 2013a, 13).
Il Sistema Sanitario italiano poi (Mapelli, 2012; Vicarelli, 2010) sta vivendo una fase di profonda ridefinizione, i cui esiti sono al momento difficilmente ipotizzabili, anche se i più pessimisti ipotizzano la fine della Sanità pubblica. Inoltre il paradigma della Biomedicina e dell'Evidence Based Medicine, di cui è diretta espressione, nonostante i significativi successi nel campo delle patologie acute (Roberti di Sarsina, Iseppato, 2011), si vede incalzato dalla Medicina Narrativa e dalla Low Medicine, che si fondano su una relazione di cura sempre più attenta alle esigenze dei singoli individui. Una controtendenza rispetto a procedure standardizzate e screening avanzatissimi che non sempre hanno dato risultati sperati e, assieme all'esasperata tecnologizzazione dell'intervento medico, hanno contribuito a creare ulteriore distanza tra i professionisti della cura e i loro pazienti.

In questo mutato scenario, le Medicine Tradizionali e Non Convenzionali costituiscono una possibile via per una nuova sanità in quanto più economiche rispetto alla biomedicina e comunque forti della legittimazione proveniente da conoscenze di salute radicate nel tempo e da ricerche che evidenziano, come nel caso delle cefalee con l'agopuntura, risultati efficaci e/o migliori dei trattamenti della medicina convenzionale.

La ricerca e la sua metodologia

L'universo di riferimento analizzato comprende, come si è detto, le Facoltà di Medicina e Chirurgia; di Medicina Veterinaria e di Farmacia.
Rispetto alle Facoltà di Medicina e Chirurgia[5], la ricerca ha considerato 37 Università pubbliche, per un totale di 40 CdL (2 Facoltà a Torino e 3 Facoltà a Roma 1), 3 Università private (Campus Biomedico; Università Sacro Cuore Cattolica di Roma e Campobasso; Università Vita e Salute San Raffaele); la Fondazione Università di Mantova[6], che per quanto riguarda la Facoltà di Medicina e Chirurgia afferisce alle Università di Brescia e di Milano Statale.
A queste sedi formative vanno aggiunte 14 Facoltà di Medicina Veterinaria[7] e 28 Facoltà di Farmacia[8].
La rilevazione dell'offerta formativa delle Facoltà di Medicina e Chirurgia é stata effettuata attraverso l'utilizzo di un questionario semi-strutturato, inviato in forma telematica, basato su otto domande finalizzate a rilevare il tipo di offerta che la Facoltà proponeva in ambito delle MT/MNC nelle diverse tipologie formative (Corsi Elettivi, Master di I e di II Livello, Corsi di Perfezionamento, Corsi di Alta Formazione, Scuole di Specializzazione *post lauream*, Dottorati, Altri Tipi di Formazione [seminari, ecc.][9]). Per tali corsi, bisognava indicare il numero dei crediti formativi, il monte ore di lezioni teoriche e pratiche, il nome del referente e il programma. Il questionario rilevava anche le eventua-

5 Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige e Basilicata non presentano nella propria offerta formativa universitaria la Facoltà di Medicina e Chirurgia.
6 Si precisa che: l'Università degli Studi di Roma "Sapienza" ha attivato tre Facoltà distinte – "Medicina e Odontoiatria", "Farmacia e Medicina" e "Medicina e Psicologia"; l'Università di Padova è in piena transizione, l'Università di Catanzaro ha fatto partire la Scuola di Medicina; nella Fondazione Università di Mantova non è presente il Corso di Laurea a ciclo unico di Medicina e Chirurgia.
7 Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige, Liguria, Lazio, Molise, Basilicata e Calabria non presentano nella propria offerta formativa universitaria la Facoltà di Medicina Veterinaria.
8 Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige, Molise e Basilicata non presentano nella propria offerta formativa universitaria la Facoltà di Farmacia.
9 In questo articolo, orientato allo studio dei percorsi formativi *post lauream*, sia i corsi elettivi sia le attività seminariali *intra lauream* non sono oggetto di trattazione.

li ricerche promosse e l'eventuale presenza di docenti strutturati in MT/MNC.

Per quanto riguarda, invece, le Facoltà di Medicina Veterinaria e di Farmacia sono stati analizzati i portali degli Atenei. Strumento di rilevazione delle informazioni utilizzato anche a integrazione per le Facoltà di Medicina e Chirurgia, giacché solo il 38,6% di tali Facoltà ha risposto positivamente all'indagine rispedendo il questionario (Tognetti Bordogna, Gentiluomo, Roberti di Sarsina, 2013b).

Nella ricerca sono stati fatti rientrare tutti quei corsi *post lauream*, attivati nell'anno accademico 2011-2012, che contenessero nel loro titolo un chiaro riferimento alle MT/MNC. Per questo, corsi *post lauream* come "Low Dose Medicine" dell'Università di Parma, "Medicina Biologica Funzionale" dell'Università di Pescara-Chieti, "Idrokinesiterapia", "Terapia manuale" e "Anatomia e manipolazione della fascia" dell'Università di Pisa, "Terapia manuale e riabilitazione muscolo scheletrica" dell'Università di Padova, "P.N.E.I." (Psico-Neuro-Endocrino-Immunologia) dell'Università di Bologna e "Farmacia territoriale «Chiara Colombo»" dell'Università di Torino non sono stati considerati nell'indagine, nonostante in alcuni casi il riferimento ad alcuni moduli formativi fosse fortemente orientato alle MT/MNC.

I pionieri della formazione in MT/MNC nell'Università Italiana

Nonostante la posizione ufficiale della CPPCLM, inneggiando alla su citata libertà di insegnamento e all'autonomia didattica, l'apertura dell'Università italiana nei confronti delle MT/MNC ha già una storia. Infatti, dall'analisi dei siti web dei diversi Atenei, sono emersi corsi formativi universitari lontani nel tempo, attivati da realtà accademiche, non solo esclusivamente mediche, che si sono dimostrate lungimiranti rispetto a questi saperi di cura tradizionali.

Nell'anno accademico 1997-1998 l'Università degli Studi di Milano Statale propone la prima edizione del Corso di Perfezionamento in "Agopuntura - Stress e Patologie correlate" – e lo stesso anno l'Università degli Studi della Tuscia lancia la prima edizione del Corso di Perfezionamento in "Fitoterapia e piante officinali". Due anni dopo quest'ultima inaugura il Corso di Perfezionamento in "Fitoterapia Clinica", di cui il precedente è propedeutico.

Nell'anno accademico 2004-2005 l'Università degli Studi di Napoli "Federico II" attiva per la prima volta il Master in "Osteopatia" con l'obiettivo di fornire, attraverso adeguate conoscenze tecnico-scientifiche, una valida formazione nel campo"[10] di questa Medicina Non Convenzionale.

Il primo Corso di Alta Formazione (CAF) rivolto alle Medicine Non Convenzionali dal titolo "Integrazione fra Saperi Convenzionali e Non Convenzionali In Medicina. Analisi e comparazione delle conoscenze antropologiche e filosofiche, fisiche e cliniche dei diversi sistemi di cura", è attivato nell'anno accademico 2006-2007, "dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia, in collaborazione con le Facoltà di Scienze Fisiche, Matematiche e Naturali e Lettere e Filosofia"[11] dell'Università degli Studi "Alma Mater Studiorum" di Bologna.

Il 9 maggio del 2007, l'Università degli Studi di Catania propone il seminario "Fitoterapia e scienza: efficacia farmacologica e clinica dei rimedi vegetali".

Nell'anno accademico 2007-2008, dopo il successo della prima edizione, l'Ateneo bolognese ripropone il Corso di Alta Formazione su citato[12], e dal 2008-2009 si creano delle partnership con l'Ateneo Messinese[13], con quello di Roma "Sapienza"[14] e con quello di Verona[15], in collaborazione con l'Istituto PINUS[16] (Primo Istituto Nazionale Unificazione Saperi in Medicina).

Dall'a.a. 2007-2008 al 2009-2010, l'Ateneo bolognese prevede, nella sua offerta formativa, anche il Corso di Alta Formazione in "Sociologia della Salute e Medicine Non Convenzionali". Sempre nell'a.a. 2007-2008 l'Università degli Studi di Napoli "Federico II" propone il Master di II livello in "L'agopuntura nelle patologie muscolo-scheletriche", e l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" avvia il primo Master di II livello, biennale, in "Medicine Non Convenzionali".

Un lento e comune intento formativo che si diffonde. Nell'anno accademico 2007-2008 ogni area geografica italiana (Nord, Centro e Sud) prevede un'offerta formativa *post lauream* in MT/MNC, che si ripete anche in quello successivo.

Dal 22 al 25 giugno del 2009 l'Università degli Studi

10 Cit. in http://www.unina.it/studentididattica/postlaurea/master/dettagli.jsp?cont=53

11 Cit. in http://www.unibo.it/Portale/Offerta+formativa/AltaFormazione/2007-2008/Integrazione_fra_saperi_convenzionali_e_non_convenzionali_in_medicina.htm

12 Idem.

13 Cfr. http://www.unime.it/didattica/altaformazione/cperfezionamento/medicina_fra_saperi/locandina.pdf

14 http://www.musrl.it/universita/alta_formazione_Roma.pdf

15 http://www.dsmb.univr.it/documenti/Avviso/all/all737755.pdf

16 Il PINUS è "un'associazione scientifico-culturale non riconosciuta come persona giuridica", come si legge dallo Statuto, cit. in http://www.istitutopinus.it/statuto.html.

di Milano "Statale" organizza il convegno "Le Sostanze Naturali: Ritorno all'antico o nuove opportunità?" e nell'a.a. 2009-2010 l'Università degli Studi di Roma "Sapienza" propone il Master di I livello in "Naturopatia".
Anche la Medicina Veterinaria risponde al richiamo di nuovi e/o tradizionali paradigmi di cura: nell'anno accademico 2008-2009 l'Università di Milano "Statale" presenta il Master di II livello in "Agopuntura veterinaria" che, alla fine, però, per questioni di carattere burocratico, non viene attivato.
In questa breve ricognizione storica, che non si propone di essere esauriente e completa, emerge che l'interesse verso le MT/MNC è trasversale rispetto alle diverse aree geografiche: una "moda", una sensibilità o un nuovo modo di intendere la salute ha in breve raggiunto tutte le aree territoriali d'Italia, almeno nelle sue macro regioni (Nord, Centro, Sud).

L'offerta formativa *post lauream* nelle MT/MNCT in Italia

La posizione ufficiale della Conferenza Permanente dei Presidenti del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, come mostra questo studio e come già evidenziato in precedenza, risulta essere non in linea con la scelta di diversi Atenei.
Rispetto all'offerta formativa *post lauream* qui considerata, questa indagine ha registrato l'attivazione, per l'anno accademico 2011-2012, di 19 Masters (7 di primo livello e 12 di secondo livello) e 10 Corsi di Perfezionamento.
Non sono stati attivati né Corsi di Alta Formazione e né Dottorati di Ricerca nell'ambito di questi tradizionali saperi di salute, anche se si deve segnalare nuovamente "Evidenze cliniche di preparati Fitoterapici di elevata qualità in Ginecologia", un modulo didattico del P.h.D. Program in Biomedical Sciences and Oncology dell'Università degli Studi di Torino.
Inoltre, al pari della precedente rilevazione, non risultano ricercatori, professori associati, straordinari, ordinari specificamente dedicati alle MT/MNC.
"Le Università private sembrano investire ancora poco nella formazione nell'ambito delle MT/MNC, attività che potrebbe, invece, fare da volano e renderle distintive in tal senso nel panorama nazionale" (Tognetti Bordogna, Gentiluomo, Roberti di Sarsina, 2013a, 17).

I Master Universitari.

"Il Master, di I e II livello, a cui si accede rispettivamente dopo la laurea triennale e dopo quella magistrale, è un corso per un numero ristretto di partecipanti, che accanto ai docenti prevede la presenza di un tutor. Fornisce conoscenze, saperi e abilità di carattere professionale, di livello tecnico-operativo o di livello progettuale, e si rivolge anche a professionisti che sentano la neces-

MASTER di I Livello per REGIONI			
AREA GEOGRAFICA	REGIONE	UNIVERSITÀ e FACOLTÀ	TITOLO DEL MASTER
NORD	LOMBARDIA	MILANO BICOCCA FACOLTÀ di SOCIOLOGIA E FACOLTÀ di MEDICINA E CHIRURGIA	Sistemi Sanitari, Medicine Tradizionale e Non Convenzionali
CENTRO	TOSCANA	SIENA FACOLTÀ di MEDICINA E CHIRURGIA	Medicine complementari e terapie integrate
		PISA FACOLTÀ di MEDICINA E CHIRURGIA	Osteopatia posturale
		FIRENZE FACOLTÀ di MEDICINA E CHIRURGIA	Medicina Naturale
	LAZIO	ROMA TOR VERGATA FACOLTÀ di MEDICINA E CHIRURGIA	Medicine Naturali
SUD	CAMPANIA	NAPOLI FEDERICO II - FACOLTÀ di MEDICINA E CHIRURGIA	Osteopatia
	SICILIA	PALERMO FACOLTÀ di MEDICINA E CHIRURGIA	Applicazioni Cliniche e Terapeutiche della Farmacopea Fitoterapica

Tab. 1

MASTER DI II LIVELLO per REGIONI			
AREA GEOGRAFICA	**REGIONE**	**UNIVERSITÀ e FACOLTÀ**	**TITOLO DEL MASTER**
NORD	**EMILIA ROMAGNA**	**BOLOGNA FACOLTÀ di MEDICINA E CHIRURGIA**	**Medicina tradizionale Cinese con agopuntura, Medicina Omeopatica, Fitoterapia medica**
CENTRO	**TOSCANA**	**SIENA FACOLTÀ di FARMACIA**	**Fitoterapia**
		SIENA FACOLTÀ di FARMACIA	**Fitoterapia applicata**
		SIENA FACOLTÀ di MEDICINA E CHIRURGIA	**Medicina integrata**
	LAZIO	**ROMA LA SAPIENZA FACOLTÀ di FARMACIA E MEDICINA**	**"Agopuntura - Fitoterapia (Integrazione tra Medicina Tradizionale Cinese e Medicina Occidentale)**
		ROMA LA SAPIENZA FACOLTÀ di FARMACIA E MEDICINA	**Fitoterapia**
		ROMA LA SAPIENZA FACOLTÀ di MEDICINA E PSICOLOGIA	**Integrazione tra Medicina Tradizionale Cinese e Medicina Occidentale**
		ROMA TOR VERGATA FACOLTÀ di MEDICINA E CHIRURGIA	**Agopuntura clinica**
SUD	**CAMPANIA**	**NAPOLI FEDERICO II FACOLTÀ di MEDICINA E CHIRURGIA**	**Agopuntura e Medicina Tradizionale Cinese in Ginecologia e Ostetricia**
		NAPOLI FEDERICO II FACOLTÀ di MEDICINA E CHIRURGIA	**L'Agopuntura nelle patologie muscolo-scheletriche**
	SICILIA	**MESSINA FACOLTÀ di MEDICINA E CHIRURGIA**	**Medicine non convenzionali**
	SARDEGNA	**SASSARI FACOLTÀ di MEDICINA E CHIRURGIA**	**Agopuntura Antalgica**

Tab. 2

sità di riqualificarsi" (Tognetti Bordogna, Gentiluomo, Roberti di Sarsina, 2013a, 14). È un percorso formativo che coniuga saperi scientifici con pratiche situate. Infatti consta di lezioni frontali, esercitazioni, studio individuale e attività di laboratorio e si conclude con un'attività di stage. Il master universitario rilascia un titolo accademico, che si consegue con l'acquisizione di almeno 60 crediti formativi universitari (CFU).

Rispetto alle MT/MNC, nell'anno accademico 2011-2012, sono stati attivati 7 Master universitari di I livello (Tab.1) e 12 Master universitari di II livello (Tab.2). Solo il 36,8% dei Master attivati è di I livello, a ragione del fatto che per tale formazione avanzata, che si prefigge di formare professionisti della salute, si predilige l'accesso a laureati con percorso quinquennale, a ciclo unico o specialistico.

Rispetto alla precedente rilevazione (Tognetti Bordogna, Gentiluomo e Roberti di Sarsina 2013b), si registra un aumento nell'offerta formativa. Si passa, infatti, da 17 a 19 master, con un incremento dell'11,8% circa.

Come mostra il Grafico 1, le regioni in cui sono presenti sedi formative universitarie che offrono Master in Medicine Tradizionali e Non Convenzionali rimangono le sette precedentemente rilevate (Lombardia, Emi-

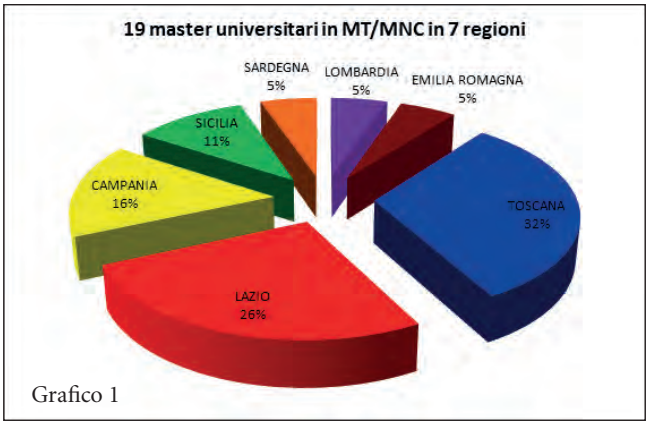


Grafico 1

lia Romagna, Toscana, Lazio, Campania, Sicilia e Sardegna). Si riconferma l'interesse verso tali tematiche della Regione Toscana e della Regione Lazio che da sole raggiungono il 58% dell'intera offerta formativa in questione, ben 5 punti percentuali relativi in più rispetto a quanto precedentemente rilevato (Tognetti Bordogna, Gentiluomo, Roberti di Sarsina, 2013b).
L'aumento del numero di master favorisce, in primis, la Regione Toscana che si trova a diventare la regione più virtuosa per quanto riguarda l'offerta di questo tipo di percorso formativo *post lauream*, superando così la Regione Lazio (Tognetti Bordogna, Gentiluomo, Roberti di Sarsina, 2013b) e vantando ben tre atenei che investono nell'ambito della formazione in MT/MNC.

I Corsi di perfezionamento in MT/MNC, per il miglioramento della propria professionalità.
Per quanto riguarda i Corsi di Perfezionamento il quadro formativo vede un numero maggiore di Regioni in cui è presente tale offerta formativa universitaria, rispetto a quanto precedentemente rilevato (Tognetti Bordogna, Gentiluomo, Roberti di Sarsina, 2013b).
Anche "il Corso di Perfezionamento è un percorso formativo riservato a un numero limitato di partecipanti, un corso di approfondimento e di aggiornamento scientifico e di formazione permanente e ricorrente che consente lo sviluppo e l'addestramento di competenze e capacità di alto livello per il miglioramento della propria professionalità. L'Università, in questo caso, rilascia un semplice attestato di partecipazione che certifica le competenze acquisite" (Tognetti Bordogna,

CORSI DI PERFEZIONAMENTO			
AREA GEOGRAFICA	**REGIONE**	**UNIVERSITÀ e FACOLTÀ**	**TITOLO DEL CORSO DI PERFEZIONAMENTO**
NORD	FRIULI VENEZIA GIULIA	TRIESTE - FACOLTÀ FARMACIA	Fitoterapia
	LOMBARDIA	MILANO STATALE - FACOLTÀ di MEDICINA E CHIRURGIA	Medicine Non Convenzionali e Tecniche Complementari (modulo triennale).
		MILANO STATALE - FACOLTÀ di MEDICINA E CHIRURGIA	Regolazione Biologica e Medicine Complementari
		MILANO STATALE - FACOLTÀ di MEDICINA E CHIRURGIA	Agopuntura - Stress e Patologie correlate
		BRESCIA - FACOLTÀ di MEDICINA E CHIRURGIA	Agopuntura e tecniche correlate
CENTRO	TOSCANA	SIENA - FACOLTÀ di FARMACIA	Fitoterapia
	ABRUZZO	PESCARA-CHIETI - FACOLTÀ di MEDICINA E CHIRURGIA	Medicina Biointegrata
	LAZIO	VITERBO - UNIVERSITÀ della TUSCIA FACOLTÀ di FARMACIA	Fitoterapia e piante officinali I° livello
		VITERBO - UNIVERSITA della TUSCIA FACOLTÀ di FARMACIA	Fitoterapia clinica II° livello
		VITERBO - UNIVERSITA della TUSCIA FACOLTÀ di FARMACIA	Piante medicinali e fitoterapia applicata III° livello

Tab. 3

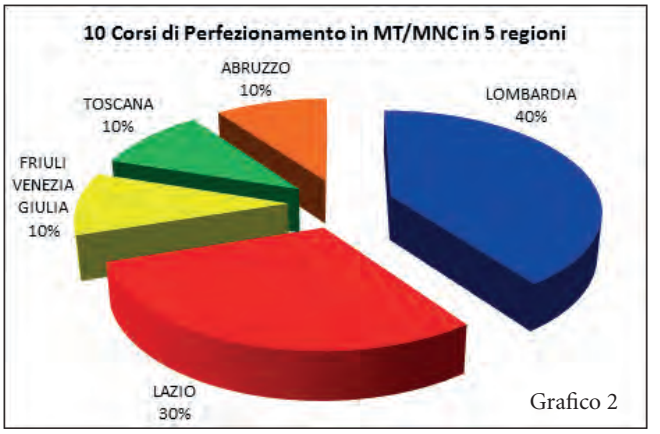


Grafico 2

Gentiluomo, Roberti di Sarsina, 2013, 14), con il conseguimento di un numero variabile di CFU.
Rispetto a quanto censito nella precedente rilevazione, l'offerta formativa in Corsi di Perfezionamento è decisamente aumentata. Raddoppia il loro numero, che da 5, proposti dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia passa a 10, registrando un incremento del 100%. In questo caso, sono le Facoltà di Farmacia a mostrare una particolare apertura ad altri specialisti o ad altri operatori sanitari per un approfondimento formativo nell'ambito delle MT/MNC.
Nonostante si tratti di un avanzamento "cauto" e "prudente", che avviene attraverso i Corsi di perfezionamento, è comunque un procedere virtuoso che fa intravedere un futuro più roseo per l'accreditamento formativo e il riconoscimento dell'efficacia di questi saperi antropologici di cura. È importante rilevare che i 5 corsi di perfezionamento nuovi sono tutti in Fitoterapia, la cui tradizione di ricerca in Toscana è molto rinomata.
Anche la distribuzione dell'offerta formativa di master risulta modificata: si registra, infatti, la presenza di altre Regioni, rispetto alla prima rilevazione (Friuli Venezia Giulia, Toscana e Lazio) e all'abbattimento del primato schiacciante del Nord, precedentemente censito (Tognetti Bordogna, Gentiluomo, Roberti di Sarsina, 2013b). Mentre al Nord e al Centro Italia si investe in modo uguale in questo tipo di formazione *post lauream*, si conferma l'assenza al Sud di tali proposte formative.
La Regione più virtuosa rimane la Lombardia, che, attraverso le sedi universitarie di Milano "Statale" e di Brescia, presenta il 40% dell'intera offerta formativa in Corsi di perfezionamento in MT/MNC, seguita dal Lazio col 30%, dove si distingue l'Università della Tuscia, fra i pionieri che ha manifestato interesse verso tali saperi antropologici di cura, come si è visto in precedenza.
In fine, il primato dell'Università degli Studi di Milano "Statale" rispetto all'offerta di tali corsi *post lauream* inerenti alle MT/MNC (Tognetti Bordogna, Gentiluomo, Roberti di Sarsina, 2013b), viene ora eguagliato dall'Università della Tuscia. Entrambe detengono il 30% dell'offerta formativa in tale ambito. Ovviamente va ricordato che attivare un Master o un Corso di Perfezionamento non è una scelta indifferente per un Ateneo in quanto nel primo caso si rilascia un titolo di studio a tutti gli effetti, nel secondo caso solo una certificazione. L'attivazione di un Master potrebbe sottendere, quindi, un impegno maggiore, più consapevole e chiaro nella formazione in MT/MNC; ciononostante i Corsi di perfezionamento confermano il crescente impegno delle sedi universitarie nella formazione in MT/MNC (Tognetti Bordogna, Gentiluomo, Roberti di Sarsina, 2013b): questo "atteggiamento" è in linea con l'incremento della domanda di cura in MT/MNC che sta interessando l'Italia e non solo.

Le MT/MNC che primeggiano nell'offerta formativa *post lauream*

Nonostante alcuni master abbiano all'interno dei percorsi specifici[17] relativi alle singole MT/MNC, analizzando il titolo delle diverse proposte formative *post lauream* delle Facoltà considerate, risulta evidente che fra le MT/MNC quelle che paiono ricevere maggiore accreditamento e di riflesso attenzione per la formazione sono la Fitoterapia e l'Agopuntura, raggiungendo rispettivamente il 34,5% e il 27,6% del totale dell'offerta formativa.
Per quanto riguarda la Fitoterapia, tra le motivazioni di un così grande interesse si fanno spazio una lunga tradizione erboristica italiana, il centro di ricerche toscano, l'aderenza a modelli "occidentali" in termini di uso, di iter produttivo e di ricerche sull'efficacia dei prodotti fitoterapici, e forse anche un interesse da parte di *stake holders* terzi, come le case farmaceutiche. Rispetto all'Agopuntura, "tante possono essere le ragioni, a partire da una maggior legittimazione di questa pratica in quanto sono numerose le pubblicazioni su Pub Med, in particolare per la cura della cefalea, che dà sicurezza e una valenza di scientificità più marcata; per il suo approccio più funzionale e in qualche modo più allopatico, più vicino alla pratica occidentale; e per l'ingresso di questo tipo di intervento all'interno di alcune realtà dei Sistemi Sanitari Regionali. L'Agopuntura è un servizio

17 Tra questi si ricordano, come esempio, Medicina naturale (Firenze) e Medicina integrata (Siena).

erogato gratuitamente all'interno di importanti strutture sanitarie, come l'Ospedale Sant'Anna di Torino. Inoltre è interessante rilevare il focus sull'Agopuntura e non sulla Medicina Tradizionale Cinese, di cui la prima è una forma di applicazione, accanto al Qi Gong, all'alimentazione, al Tuina, alla Moxa e alla Fitoterapia cinese" (Tognetti Bordogna, Gentiluomo, Roberti di Sarsina, 2013a, 21-22). È doveroso poi evidenziare che in due corsi di formazione *post lauream* - "Medicina tradizionale Cinese con agopuntura, Medicina Omeopatica, Fitoterapia medica" dell'Università di Bologna e "Agopuntura - Fitoterapia (Integrazione tra Medicina Tradizionale Cinese e Medicina Occidentale)" dell'Università di Roma La Sapienza – è previsto sia il percorso di Agopuntura sia quello in Fitoterapia, e nella rilevazioni sono stati calcolati come casi doppi.

La scelta del titolo dei corsi *post lauream*

Un ulteriore livello dell'analisi in questione concerne il titolo (denominazione) scelto per identificare il Master e il Corso di Perfezionamento (CdP).

I titoli vanno da una nomenclatura specifica e applicativa, che rimanda comunque a una o più MT/MNC, a titoli più generici e semplici, più comprensivi e sintetici. Si sono raggruppati i diversi titoli (29) costruendo i seguenti tipi:

1. SEMPLICEMENTE MT/MNC (11 corsi *post lauream*), in cui rientrano i Masters in "Fitoterapia", "Agopuntura - Fitoterapia (Integrazione tra Medicina Tradizionale Cinese e Medicina Occidentale)"; "Medicina tradizionale Cinese con agopuntura, Medicina Omeopatica, Fitoterapia medica"; "Osteopatia"; "Integrazione tra Medicina Tradizionale Cinese e Medicina Occidentale" (6 Master); e i Corsi di Perfezionamento in "Fitoterapia", "Fitoterapia e piante officinali", "Fitoterapia Clinica", "Agopuntura e tecniche correlate" (5 CdP).

2. APPLICAZIONI SCIENTIFICHE DELLE MT/MNC (9 corsi *post lauream*), in cui spiccano: "Applicazioni Cliniche e Terapeutiche della Farmacopea Fitoterapica"; "Agopuntura clinica"; "Osteopatia posturale"; "Agopuntura e Medicina Tradizionale Cinese in Ginecologia e Ostetricia"; "Agopuntura Antalgica"; "L'Agopuntura nelle patologie muscolo-scheletriche"; "Fitoterapia applicata" (7 Master); e i Corsi di Perfezionamento in "Agopuntura - Stress e Patologie correlate" e in "Piante officinali e Fitoterapia applicata" (2 CdP).

3. AGGLOMERATI SINTETICI (8 corsi *post lauream*), di cui fanno parte: "Medicine complementari e terapie integrate"; "Medicina Naturale"; "Medicine Naturali"; "Medicina integrata"; "Medicine non convenzionali" (5 Master) e i Corsi di Perfezionamento in "Medicine Non Convenzionali e Tecniche Complementari (modulo triennale)", "Regolazione biologica e medicine complementari" e "Medina Biointegrata" (3 CdP).

Rappresenta un unicum il Master in "Sistemi Sanitari, Medicine Tradizionali e Non Convenzionali" dell'Università degli Studi di Milano Bicocca, che vede impegnate la Facoltà di Sociologia e quella di Medicina e Chirurgia, dal cui titolo si evince come tale formazione si muova in una logica di integrazione delle MT/MNC nei Sistemi Sanitari Regionali. Il suo focus comprende, infatti, anche uno studio comparato dei Sistemi Sanitari e il suo titolo, in cui emerge il concetto di Medicina Tradizionale accanto a quella Non Convenzionale, rappresenta in qualche modo la logica di integrazione e soprattutto la possibilità di ingresso delle MT/MNC come sistema efficiente di per sé che può coadiuvare la medicina occidentale. Inoltre l'obiettivo del master è quello di creare la figura del Manager dei "Sistemi Sanitari, delle Medicine Tradizionali e Non Convenzionali" con competenze interdisciplinari al fine di inserirlo all'interno del Sistema Sanitario (nazionale e/o regionale) e del più ampio contesto del Sistema per la Salute[18], manager di una nuova sanità, capace di coniugare le MT/MNC con le altre medicine.

Nel primo gruppo, SEMPLICEMENTE MT/MNC, i titoli riportano il nome della o delle MT/MNC sulla cui

18 Il master, infatti, "offre ai partecipanti strumenti di conoscenza teorici e operativi utili alla formazione di figure professionali in grado di integrare gli aspetti gestionali ed economici con quelli clinico assistenziali e delle diverse medicine. Fornisce strumenti di analisi quantitativa e qualitativa legati ai temi della salute, finalizzati alla progettazione e alla valutazione dei sistemi per la salute, a livello regionale, nazionale e internazionale, nonché allo studio delle disuguaglianze di salute. Il Master conferisce competenze volte ad affrontare il tema della salute, della medicina centrata sulla persona, delle Medicine Tradizionali e Non Convenzionali e dei sistemi di salute su base antropologica. Accresce professionalità e competenze per migliorare la gestione delle Aziende Sanitarie, delle Aziende Ospedaliere, degli istituti di cura, dei centri di benessere, in linea con la nuova domanda di cura. Fornisce strumenti per lo sviluppo di competenze di tipo manageriale nei ruoli chiave della pianificazione, programmazione, controllo valutazione e ricerca, all'interno della complessa gestione dei servizi sanitari di cura e di ricerca" (http://www.medicinaintegrativa.it/2011/04/27/master-in-sistemi-sanitari-medicine-tradizionali-e-non-convenzionali/).

formazione il Master o il CdP si basa. Pare quindi sufficiente evocare il nome per richiamare i partecipanti e per dare autorevolezza a questo corso. Potrebbe dunque indicare una fiducia e soprattutto un'elevata considerazione del valore intrinseco di queste medicine, ed eventualmente trovare un modo per integrarle con la Medicina Occidentale. Spiccano tra tutte l'Agopuntura e la Fitoterapia. Si tratta, in sintesi, di una denominazione chiara e diretta.

Nel secondo gruppo, APPLICAZIONI SCIENTIFICHE DELLE MT/MNC, invece, sembra emergere la necessità di agganciare la o le MT/MNC ad ambiti specifici di intervento con l'obiettivo di una maggiore caratterizzazione scientifica e, di riflesso, di una più forte legittimità operativa e, quindi, di efficacia. Il titolo parrebbe esplicitare anche un bisogno di maggiore "occidentalizzazione" di queste MT/MNC affinché possano poi essere recepite e considerate interessanti per i partecipanti.

L'ultimo gruppo, AGGLOMERATI SINTETICI, presenta una situazione totalmente diversa ricorrendo a un titolo-cappello nel quale far rientrare le MT/MNC. A volte, i percorsi interni, dopo una parte comune, si declinano consentendo ai partecipanti di rifrequentare il master per specializzarsi nei diversi ambiti proposti. Si può dire dunque che rientrano in questo tipo, tutti quei master e i corsi di perfezionamento la cui offerta è genericamente orientata a formare esperti in MT/MNC. Questo gruppo però induce anche a una riflessione rispetto alla nomenclatura utilizzata per declinare il termine MT/MNC.

In questo senso, la prima questione riguarda l'uso del singolare o del plurale (Medicina o Medicine).

La seconda si riferisce all'aggettivo specifico a cui si ricorre: Naturale (o Naturali), non convenzionali, integrata, complementari (e terapie integrate). MT/MNC in inglese è traducibile con CAM, acronimo di Complementary and Alternative Medicine. Nel caso in questione, il concetto di alternativo è probabilmente sostituito dal "non convenzionale" che ricorre due volte, mentre solo un master riporta l'aggettivo "complementare". Ciò su cui forse si vuole richiamare l'attenzione è sulle qualità "integrata" e "naturale". Il primo presupporrebbe la necessaria sinergia tra l'approccio occidentale e quello orientale delle MT/MNC, anche se forse il termine può dar luogo a possibili fraintendimenti. Il secondo, invece, richiama un valore, quello della naturalità, che dal punto di vista di marketing ha un impatto di sicuro effetto. "Natura-le" si oppone semanticamente a "Cultura-le", e quindi fa breccia l'antica *querelle* che in sociologia e in antropologia ha avuto ragguardevoli riflessioni (Wallace-Wolf, 2000; Sciolla, 2007; Ariño, 2000; Griswold, 1997; Cuche, 2006; Ember-Ember, 2003). Le MT/MNC sono definite medicine naturali perché: fanno parte della storia dell'uomo; perché sono rimedi e interventi che vengono dall'osservazione e dalla terra; perché includono l'uomo in tutti i suoi aspetti e si preoccupano di curare l'uomo e non la malattia; perché identificano le cause del "malessere" anche su livelli diversi da quello fisico; perché si ispirano al principio del "non nuocere", evitano il ricorso, per esempio, ai farmaci di sintesi o vaccini, che possono invece avere delle ricadute controproducenti sul sistema; perché vogliono educare a stili di vita sani e ai concetti di prevenzione e potenziamento del sistema immunitario; ecc.[19] Culturale, accanto all'accezione idiosincratica e contestuale del termine, potrebbe in questo caso riferirsi alla parte tecnologica, alla parte più scientifica, all'osservazione più sintomatica, ristretta a una parte, più focalizzata, che rischia di perdere di vista l'insieme, l'*olos* (ὅλος). E chissà se da queste considerazioni possa emergere un'altra riflessione che oppone la visione della Medicina come arte a quella che la vede come tecnica (scienza).

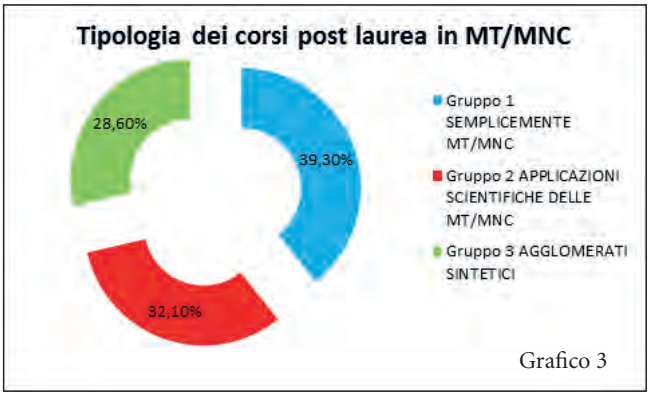


Grafico 3

In termini di distribuzione, il grafico 3 mostra chiaramente che si predilige etichettare i corsi *post lauream* con titoli immediati che rimandano direttamente al sapere antropologico su cui si punta per la formazione, atteggiamento che esprime una volontà di chiarezza e di completezza formativa relativa a una delle otto Medicine Tradizionali e Non Convenzionali considerate[20].

19 Cfr. "Fondamenti della Medicina Naturale" cit in http://www.mednat.org/fondamenti_mednat.htm.

20 Si ricordi "che in Italia, a differenze di altre realtà nazionali, rientrano nelle MT/MNC i saperi tradizionali di cura: Agopuntura, Fitoterapia, Medicina Omeopatica, Omotossicologia, Medicina Antroposofica, Farmacoterapia Tradizionale Cinese, Ayurveda, Medicina Tradizionale Tibetana, Medicina Manuale, Chiropratica

Per una regionalizzazione delle proposta formativa universitaria in MT/MNC

In relazione alla strutturazione delle competenze per la gestione dei servizi per la salute al livello regionale, e la delineazione di specifici modelli sanitari regionali (Tognetti Bordogna, 2011a), è interessante analizzare l'offerta formativa universitaria in MT/MNC su base regionale[21].

FORMAZIONE POST LAUREAM IN MEDICINE NON CONVENZIONALI			
REGIONE	NUMERO DI MASTER	CORSO DI PERFEZIONAMENTO	OFFERTA TOTALE
FRIULI VENEZIA GIULIA		1	1
LOMBARDIA	1	4	5
EMILIA ROMAGNA	1		1
TOSCANA	6	1	7
ABRUZZO		1	1
LAZIO	5	3	8
CAMPANIA	3		3
SICILIA	2		2
SARDEGNA	1		1
TOTALE	19	10	29

Tab. 4

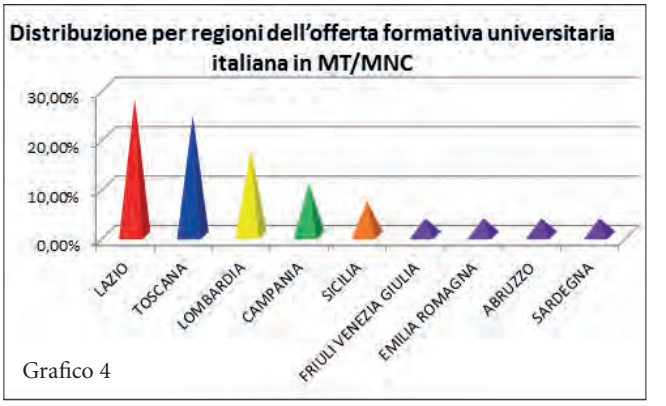


Grafico 4

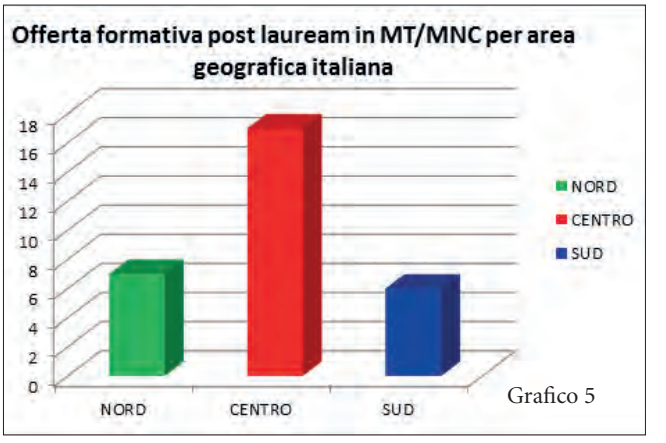


Grafico 5

Da tale analisi emerge che 9 regioni italiane su 20 presentano sedi universitarie con corsi di formazione *post lauream* in MT/MNC.

Delle cinque Regioni a Statuto speciale (Friuli-Venezia Giulia, Sardegna, Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige e Sicilia) ben tre compaiono fra quelle che hanno sedi formative attente alla formazione in MT/MNC. Probabilmente non è un dato da trascurare, in quanto queste Regioni, godendo di particolari forme e condizioni di autonomia, in qualche modo, anche a livello formativo, possono mostrare una differente propensione verso percorsi professionalizzanti specifici, diversamente da quanto avviene in altre realtà regionali.

La distribuzione, in termini di aree geografiche, risulta fortemente concentrata: il Centro-Italia è sicuramente quella più trainante. Ben il 55,2% dell'offerta formativa in MT/MNC è proposta da realtà accademiche del Centro Italia.

Su questo dato pesano la dimensione, in termini numerici, dell'Università "La Sapienza" di Roma e gli Atenei toscani, in particolare quello di Siena.

La Regione Toscana, per statuto e per livello di problematizzazione nei confronti di queste tematiche, si conferma un ente territoriale strategicamente rilevante rispetto alla questione delle MT/MNC.

È confermato, anche, il significativo risultato riguardante una certa corrispondenza tra l'interesse che alcuni Sistemi Sanitari Regionali hanno negli anni palesato nei confronti delle MT/MNC e l'attenzione che gli Atenei di quelle stesse Regioni stanno esprimendo per la formazione universitaria in questo ambito. (Tognetti Bordogna, Gentiluomo, Roberti di Sarsina, 2013b) Realtà "come la Lombardia e la Toscana e la stessa Campania che approvano numerosi atti d'indirizzo e di sperimentazione nonché l'istituzione di organi specifici di studio e controllo delle MT/MNC" (Tognetti Bordogna, 2011a, 32), sono le stesse Regioni che si distinguono per una presenza maggiore di sedi con un' offerta formativa *post lauream* in MT/MNC. A queste si deve aggiungere la Regione Lazio il cui peso è determinante

e Osteopatia, un sistema riconosciuto dall'O.M.S. e dall'Ordine dei Medici.

21 È doveroso ricordare che in tale dissertazione l'Italia è stata divisa in tre parti composte rispettivamente da Piemonte, Liguria, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna (Nord Italia); Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Molise e Abruzzo (Centro Italia); e Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna (Sud Italia).

per una distribuzione di frequenza dei corsi *post lauream* nel Centro Italia.

Rimane quindi aperto l'interrogativo precedente: convergenza tra Regioni e Università rispetto a questi temi o semplice casualità? Non è da escludere un effetto contesto per cui laddove vi è una maggiore apertura in termini di consumo di MT/MNC, come in Lombardia, oppure dove i Sistemi Sanitari Regionali sono più aperti alle MT/MNC, e quindi dove è aperta la sperimentazione (Tognetti Bordogna, 2011b), cresce anche l'offerta formativa universitaria sul tema. Segno forse di un sempre maggior allineamento della formazione universitaria alle esigenze di un dato territorio, o comunque di un'influenza reciproca fra contesto e sedi formative.

Conclusioni

Il percorso di legittimazione di questi saperi antropologici di cura prosegue, coinvolgendo Atenei e docenti, e richiamando la partecipazione di laureati sempre più interessati a tali temi. L'Università deve allinearsi nella sua offerta formativa a nuovi bisogni e soprattutto a esigenze di fasce sempre più numerose di pazienti che, in nome della libertà di scelta terapeutica (Roberti di Sarsina, Morandi, Alivia, Tognetti Bordogna, Guadagni, 2012), si rivolgono a specialisti in MT/MNC, anche se lo fa, almeno a livello italiano, in modo differenziato fra Regione e Regione.

L'Università è inoltre chiamata a garantire la formazione a specialistici capaci di rispondere alle nuove esigenze di cura, omologando i percorsi formativi e non lasciandoli alle scelte discrezionali di soggetti non legittimati e/o scientificamente non preparati. Se ciò non avvenisse si correrebbe il rischio di cadere in un'occidentalizzazione di queste pratiche con uno snaturamento radicale dei fondamenti a cui si ispirano.

Da tale ricerca emerge che qualcosa si muove, e ogni anno si aprono nuovi corsi *post lauream*. Nell'anno accademico 2012-2013 sono stati attivati: il Master di Primo Livello in "Scienze Osteopatiche" (Università degli Studi di Milano-Bicocca); il Corso di Perfezionamento in "Coordinatore di medicina integrata" (Università di Pavia); e il Corso di Aggiornamento professionale, della durata di 16 ore, dal titolo "Full immersion clinico-pratica in Medicina integrata" (Università di Siena).

È evidente dai dati presentati un'apertura sempre più significativa da parte del mondo accademico nei confronti delle MT/MNC, anche se viene percepita una certa difficoltà nel reperire l'utenza a cui destinare tali corsi *post lauream*, nonostante l'importanza della formazione e dell'aggiornamento professionale. In qualche caso, alcuni Atenei si sono trovati costretti a procrastinare la data della consegna della domanda di iscrizione o addirittura a non poter attivare il corso a causa del mancato raggiungimento del numero legale minimo.

Nonostante questa difficoltà, che comunque ha un peso rilevante per le realtà universitarie italiane, ci si augura che l'Università si renda sempre più frequentemente promotrice di formazione e informazione in questo ambito, si converta in un'Agorà che agevoli la creazione di network capaci di mettere in interazione studiosi e professionisti solo apparentemente lontani, che intraprenda percorsi di formazione continua e che favorisca l'investimento in ricerca in tal senso. Questo per garantire una scientificità sempre più necessaria al mondo delle MT/MNC.

Le modalità di formazione/informazione possono essere molteplici. È sufficiente guardare ai modelli di altri paesi i quali stanno sperimentando con efficacia nuove forme di didattica e strategie comunicative, coinvolgendo esperti e attori diversi che condividono interessi soprattutto di ricerca nell'ambito delle MT/MNC (Rampes *et al.* 1997; Hill 2003, Levine *et al.* 2003, Varga *et al.* 2006, Amri, Haramati, Sierpina, Kreitzer, 2012, 261). Una strada ancora lunga, ma che fa intravedere un'apertura verso una domanda di salute e di cura in forte e costante crescita, una via perfettamente in linea con la "Dichiarazione di Pechino sulla Medicina Tradizionale" emanata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, in occasione del Congresso Mondiale sulla Medicina Tradizionale tenutosi a Pechino nel 2008, in cui si richiede "la necessità di azione e cooperazione da parte della comunità internazionale, dei governi, nonché dei professionisti e degli operatori sanitari al fine di assicurare un utilizzo corretto della medicina tradizionale come componente significativa per la salute di tutti i popoli, in conformità con le capacità, le priorità e le leggi attinenti dei singoli paesi" (Roberti di Sarsina, 2010, 32).

Riferimenti bibliografici

Amri H., Haramati A., Sierpina V. S., Kreitzer M.J. Georgetown (2012), *University's Graduate Program in Complementary and Alternative Medicine: Training Future Practitioners of Integrative Healthcare, EXPLORE* July/August 2012, Vol. 8, No. 4.

Ariño A. (2000), *Sociología de la cultura. La constitución simbólica de la sociedad*, Editorial Ariel, Barcelona.

Colombo E., Rebughini P., (a cura di) (2003), *La medicina che MT/MNCbia. Le terapie non convenzionali in Italia,* Il Mulino, Bologna.

Conferenza congiunta dei Presidi di Facoltà di Medicina e Chirurgia e dei Presidenti di Corso di Laurea Specialistica in Medicina e

Chirurgia, *Riflessioni sulle medicine alternative e complementari ed il Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia,* Alghero, 2 maggio 2004. Medicina e Chirurgia 2004; 24:919-923.
Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia*, L'insegnamento delle Medicine Alternative e Complementari (MT/MNC) nel Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia. Posizione della Conferenza Permanente dei Presidenti dei CLM*., Genova 1 luglio 2011. Medicina e Chirurgia 2011;53:2331-2332.
Cuche D. (2006), *La nozione di cultura nelle scienze sociali*, Il Mulino, Bologna.
Ember C.R.-Ember M. (2003), *Antropologia culturale*, Il Mulino, Bologna.
Griswold W. (1997), *Sociologia della cultura*, Il Mulino, Bologna.
Hill F. J. (2003), *Complementary and Alternative Medicine: the Next Generation of Health Promotion?*, Health Promot int, 18, 265-272.
Levine S.M.. et al. (2003), *Complementary and Alternative Medical Practices: Training, Experience, and Attitudes of Primary Care Medical School Faculty*, Journal Am Board Fam Pract, 16:318-326.
Mapelli V. (2012), *Il sistema sanitario italiano*, Il Mulino, Bologna.
Melucci A. (1987), *La libertà che MT/MNCbia,* Unicopli, Milano 1987.
Rampes H. et al.(1997), *Complementary Medicine in the Medical Curriculum*, Journal Of The Royal Society Of Medicine - 90: 357.
Roberti di Sarsina P. (2010), *Le Medicine Non Convenzionali nel Programma d'Azione dell'Unione Europea in Materia di Salute: il Consorzio MT/MNCbrella*, La Medicina Biologica (2010) 2:29–37 [in Italian].
Roberti di Sarsina P., Iseppato I. (2011), *Why we need integrative medicine*, in EPMA Journal (2011) 2:5-7.
Roberti di Sarsina P., Morandi A., Alivia M., Tognetti Bordogna M., Guadagni P. (2012) *Medicine Tradizionali e Non Convenzionali in Italia. Considerazioni su una Scelta Sociale per la Medicina Centrata sulla Persona*, Advanced Therapies-Terapie d'Avanguardia 1: 3-29.
Roberti di Sarsina P. - Tognetti Bordogna M. (2011) *The need for higher education in the sociology of traditional and non-conventional medicine in Italy: towards a person-centered medicine,* EPMA Journal (2011) 2:357–363.
Robinson N., Lewith G. (2011), *The RCCM 2009 Survey: Mapping Doctoral and Postdoctoral. MT/MNC Research in the United Kingdom,* Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine Volume 2011, Hindawi Publishing Corporation.
Sciolla L. (2007), *Sociologia dei processi culturali*, Il Mulino, Bologna.
Tognetti Bordogna M. (1989), *I confini della salute,* F. Angeli, Milano.
Tognetti Bordogna M. (2011a), *L'altra cura: medicine non convenzionali*, Famiglia Oggi N.5/2011.
Tognetti Bordogna M. (2011b), *Regional Health System and Non Conventional Medicine: The Situation in Italy*, EPMA Journal, June 2011.
Tognetti Bordogna M., Gentiluomo A., Roberti di Sarsina P. (2013a), *L'offerta formativa di Medicine Tradizionali e Non Convenzionali nelle Facoltà di Medicina in Italia. Un trend in espansione*, Advanced Therapies-Terapie d'avanguardia 2013; 2:12-26.
Tognetti Bordogna M., Gentiluomo A., Roberti di Sarsina P. (2013b), *Education in Traditional and Non Conventional Medicine: A Growing Trend in Italian Schools of Medicine*, Alternative & Integrative Medicine 2013, 2:7
World Health Organization, *Traditional Practitioners as Primary Health Care Workers,* Division of Strengthening of Health Services and the Traditional Medicine Programme 1995.
Varga O. et. al. (2006), *Status of Complementary and Alternative Medicine in European Medical Schools*, Forsch Komplementarmed, 13: 41-45.
Vicarelli G. (2010), *Gli eredi di Esculapio. Medici e politiche sanitarie nell'Italia unita*, Carocci, Roma.
Wallace R. A., Wolf A. (2000), *La teoria sociologica contemporanea*, Il Mulino, Bologna.
World Health Organization, *Guidelines on developing consumer information on proper use of traditional, complementary and alternative medicine*, Who, Ginevra, 2004.

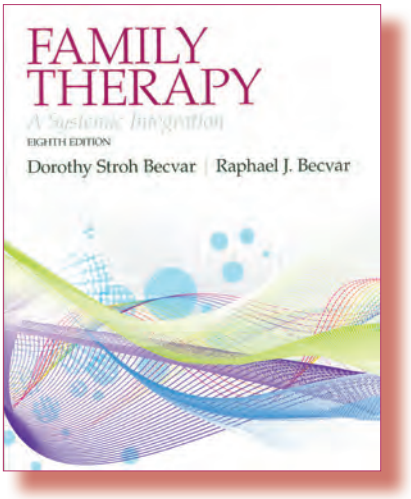
Sitografia

http://www.unina.it/studentididattica/postlaurea/master/dettagli.jsp?cont=53
http://www.unibo.it/Portale/Offerta+formativa/AltaFormazione/2007-2008/Integrazione_fra_saperi_convenzionali_e_non_convenzionali_in_medicina.htm
http://www.unime.it/didattica/altaformazione/cperfezionamento/medicina_fra_saperi/locandina.pdf
http://www.musrl.it/universita/alta_formazione_Roma.pdf
http://www.dsmb.univr.it/documenti/Avviso/all/all737755.pdf
http://www.istitutopinus.it/statuto.html.
http://www.mednat.org/fondamenti_mednat.htm

Libri

Dorothy Stroh Becvar

Prefazione alla prima edizione italiana di terapia familiare, un integrazione sistemica



In preparazione la prima edizione italiana. Uscita febbraio 2014

Sono passati più di 25 anni da quando, mio marito ed io, pensammo di scrivere insieme un libro sulla terapia familiare che fosse integrativo e basato su di una prospettiva sistemico/cibernetica. Nel nostro lavoro di docenti, avevamo deciso di fornire agli studenti una raccolta di testi sulla teoria su cui si basa la terapia familiare, una prospettiva che li avrebbe messi in grado di comprendere lo sviluppo e le applicazioni dei differenti approcci.

Ci accorgemmo di avere a disposizione materiali frammentari. In particolare, nel campo della teoria, il materiale a disposizione spesso era troppo tecnico e/o troppo generico, e nessun libro esaminava il campo nel suo insieme. Così, la prima edizione di "Terapia Familiare: un'integrazione sistemica" fu concepita per colmare ciò che percepivamo come una grave lacuna. Da allora, il mondo è cambiato radicalmente, la pratica della terapia familiare e della terapia di coppia ha subito grandi mutamenti, molti ottimi testi sono ora disponibili, ed il nostro libro si è man mano arricchito nel corso delle sette edizioni che hanno portato a quest'ultima, l'ottava.

Ad ogni nuova edizione, abbiamo cercato di rimanere aggiornati e di affrontare le questioni importanti che sono via via emerse dopo la stesura dell'edizione precedente. Nel contempo, abbiamo anche ritenuto opportuno mantenere la struttura di base del libro, mentre continuavamo a percepire un vuoto, anche se per ragioni diverse da quelle che avevano influenzato la versione iniziale.

Nel corso degli ultimi due decenni, per una serie di motivi, almeno negli Stati Uniti, la prospettiva sistemico/cibernetica non è stata adottata da molti operatori delle professioni d'aiuto.

Certamente essa è difficile da apprendere, e la ricerca di una vera comprensione può condurre il discente nel campo della filosofia, un territorio che a prima vista può sembrare non appropriato. Inoltre, senza una profonda comprensione del processo attraverso cui si è evoluta nel corso del tempo, questa prospettiva può sembrare troppo meccanicistica, e quindi disumanizzante, per essere degna di attenzione, soprattutto da un punto di vista post-moderno. Tuttavia, dato che la teoria dei sistemi e la cibernetica pongono l'attenzione sulle relazioni, e data la loro coerenza con una visione del mondo collettivista, piuttosto che individualista, siamo convinti che offrano una prospettiva di grande utilità per le diverse professioni d'aiuto in Italia.

Intendo dire che, allorchè i pensatori originari e gli operatori iniziarono a concentrarsi sulle famiglie, piuttosto che sugli individui, in molti casi, utilizzando una prospettiva sistemica, il loro obiettivo non era la creazione che avvenne di un'altra professione della salute mentale. A quell'epoca, negli Stati Uniti si sentiva la necessità di un modo di lavorare con i clienti diverso e, si sperava, più efficace. In realtà, la nostra convinzione è che, anche se la teoria dei sistemi possa essere utilizzata per lavorare con le famiglie, essa riguarda principalmente il campo più vasto di tutte le relazioni e delle interdipendenze. Negli Stati Uniti, attualmente, la teoria dei sistemi/cibernetica è applicata infatti in modo proficuo da medici, psicologi, psichiatri, assistenti sociali, terapisti della famiglia, e counselor, sia che lavorino con individui, coppie, o famiglie, sia che essi lavorino con sistemi più vasti.

Riteniamo che la teoria dei sistemi/cibernetica offra un modo di pensare e di agire che consente di affrontare efficacemente sia problemi sociali di grandi dimensioni sia disagi interpersonali di più piccole dimensioni e di *fare la differenza*. La questione del riscaldamento globale, per esempio, rimanda all'interconnettività nell'universo descritta dalla teoria dei sistemi. E, in quanto metaprospettiva, consente di riconoscere la validità di modi diversi di conoscere e di rispettare la varietà dei punti di vista. In quanto quadro di riferimento per la terapia, in generale, e per la terapia familiare, in particolare, questa metaprospettiva apre le porte ad importanti modi di comprendere e di lavorare con le relazioni umane. La cosa più importante, a livello della cibernetica di secondo livello, è che il punto di vista sistemico accoglie l'imperativo etico ad agire per partecipare alla creazione di una realtà più umana.

Infine, è nostra convinzione che la terapia familiare ha fatto più di qualsiasi altra professione nel creare una attenzione consapevole sul campo della salute mentale. La prospettiva sistemico/cibernetica, con i suoi diversi tipi di domande, che indicano diversi tipi soluzioni, è per noi l'aspetto più importante della terapia familiare. Attraverso questa prospettiva veniamo orientati verso una conoscenza della nostra interdipendenza, e grazie ad essa possiamo trascendere una visione della differenza che è divisiva. Ne parliamo ulteriormente nelle pagine che seguono.

Come sempre, anticipiamo ai lettori, l'eventualità che la lettura di questo libro si riveli un esperienza insolita e diversa. Potrebbe esserlo specialmente per i lettori di questa edizione in traduzione italiana di un testo inizialmente scritto per un pubblico nord-americano. La differenza a cui ci riferiamo emerge dal nostro uso della prospettiva sistemico/cibernetica e dal nostro tentativo di essere coerenti con la teoria su cui stiamo scrivendo. Quindi, a differenza di altri libri di testo, l'attenzione in questo libro è rivolta al *processo* mentre il nostro sforzo è rivolto a chè il lettore venga coinvolto in un dialogo permanente. In quanto terapeuti che hanno adottato

un orientamento sistemico / cibernetico, riteniamo che noi vediamo e quindi creiamo la realtà, in termini relazionali, e di reciprocità.
Riteniamo che la scrittura di un libro, sia un processo che coinvolge il lettore. Siamo ugualmente convinti che senza gli studenti il nostro ruolo di insegnanti non avrebbe senso. In entrambi i casi, siamo tanto attenti al processo quanto lo siamo al contenuto.
Tuttavia, questo paragone, mostra immediatamente uno dei principali dilemmi che affrontammo allorchè decidemmo di scrivere un libro sulla terapia sistemica: la difficoltà insita nella (1) scrittura in una forma di linguaggio, (lineare) mentre (2) usiamo le parole di un'altra forma di linguaggio, (circolare) (3) in relazione al fatto che queste due forme di linguaggio hanno assunti fondamentali che sono logicamente incompatibili fra loro.
Cosa c'entra con il nostro paragone tra scrittura/lettori / e insegnamento/studenti? In una parola: tutto. Quando scriviamo, siamo impegnati in un invio di messaggi senza la possibilità di risposta di ritorno immediata da parte di chi riceve questi messaggi. D'altra parte, quando insegniamo, siamo influenzati dalle reazioni dei nostri studenti così come loro sono influenzati nella loro risposta dalle idee che condividiamo con loro. Ad aggravare la difficoltà, la lingua che siamo obbligati ad usare allorchè tentiamo di trasmettere le informazioni in forma scritta è lineare (cioè A causa B), mentre il linguaggio della teoria dei sistemi/cibernetica si basa sul concetto di circolarità (cioè A e B si influenzano reciprocamente). Da qui il nostro dilemma.
Per affrontare questo dilemma, continuiamo a fare del nostro meglio per tenere presenti voi lettori, tentando di prevedere le vostre risposte e fornendo risposte ai tipi di domande che pensiamo potrebbero arrivare. Facciamo riferimento alle domande che vengono formulate di solito nelle nostre discussioni con i nostri co-apprendisti. A volte finiamo con il coniare parole e frasi nuove per trasmettere i concetti. O può capitare che cominciamo a scrivere in modo non lineare allorchè tentiamo di restare coerenti con la nostra prospettiva teorica. Nei casi poi in cui riteniamo opportuno fare uso di parole specificamente lineari come "perché", "scopo", e "proposito", segnaliamo che questo uso ci impone di uscire dal quadro della teoria dei sistemi/cibernetica.
Abbiamo toccato tre concetti chiave che richiedono un ulteriore sviluppo prima di procedere: *processo, ipotesi, e quadro di riferimento*. Facciamo un passo indietro. (Dal punto di vista sistemico/ cibernetico ciò non è affatto insolito, si può iniziare e finire dove si sceglie, tornare sui propri passi, o punteggiare una serie di eventi in qualsiasi modo ci sembri di volta in volta adeguato.) Innanzitutto, abbiamo sottolineato la nostra attenzione sulle procedure. Come si vedrà in modo più completo nel capitolo 3, la teoria dei sistemi/cibernetica suggerisce una particolare attenzione sul "che cosa", sul "quando", e sul "come" delle configurazioni di interazione, piuttosto che sul "perché" o sul contenuto specifico di tali interazioni. In altre parole, se volessimo analizzare la nostra relazione tra insegnanti e studenti, guarderemmo quale ruolo ognuno di noi gioca, in che momento i diversi comportamenti avvengono e in che modo noi stiamo con voi, mentre voi state con noi, in risposta a come noi stiamo con voi. Noi non chiediamo perché ognuno di noi si comporta in un dato modo, né sarebbe particolarmente utile o necessario conoscere i dettagli (ad esempio, il contenuto) della nostra discussione con l'altro. Piuttosto, l'ipotesi sistemico/cibernetica è che, nel corso del tempo, tendiamo a stabilire abitudini abbastanza stabili nelle modalità attraverso cui noi stiamo gli uni con gli altri, ovvero tendiamo a stabilire configurazioni ripetitive di interazione, indipendenti dagli argomenti delle nostre conversazioni. Pertanto, se desideriamo comprendere i jostri rapporti, concentriamo la nostra attenzione sui processi, non sui contenuti.
Una parte importante del nostro compito ha sempre riguardato il tipo di rapporto che noi come autori riusciamo a stabilire con voi, lettori. Infatti, un aspetto essenziale è stata la continua consapevolezza e l'attuazione degli obiettivi a livello di processo. Al tempo stesso, il resto della nostra opera si è indirizzata anche la condivisione delle informazioni (ad esempio, la scrittura di un libro di testo), che richiede necessariamente che ci si occupi del contenuto. Ma i requisiti per quest'ultimo aspetto del nostro compito emergono da un quadro di riferimenti diverso da quello della teoria dei sistemi e della cibernetica.
Probabilmente ha più senso riferirsi ad altri due ncetti menzionati precedentemente, considerandoli in modo congiunto: ipotesi e quadri di riferimento. Infatti, nel nostro uso di questi termini, ciascuno contribuisce a spiegare l'altro. E, insieme, ci conducono in una zona di importanza cruciale, quella dell' epistemologia.
In filosofia, l'epistemologia si riferisce allo studio del *come* conosciamo ciò che conosciamo, o del come possiamo vantare una conoscenza valida sulla base di un particolare quadro teorico.
Tra le altre aree, questo studio si concentra sui presupposti che sono alla base di un particolare quadro di riferimento e sulla coerenza logica rispetto alle ipotesi di partenza delle affermazioni di una teoria. Per esempio, uno degli assunti fondamentali della teoria psicodinamica è l'esistenza di un inconscio. Tuttavia, la pretesa di sapere che ci sia un inconscio è illogica, o auto-referenzialmente incoerente, perché, per definizione, l'inconscio è inconoscibile.
Il termine "Epistemologia" può essere usato anche come sinonimo per "quadro personale di riferimenti" o un sistema interpretativo. In questo caso il termine si riferisce al sistema di credenze secondo cui ciascuno di noi opera, in ogni aspetto della vita. Anche se generalmente non ne siamo consapevoli, ognuno di noi interiorizza un insieme di teorie che ci permette di dare ordine e prevedibilità alla nostra vita. Queste teorie sono i mezzi attraverso i quali ognuno di noi costruisce una realtà personale. Essi sono stati appresi nelle nostre famiglie di origine, a scuola, e da altre esperienze particolarmente significative. E ogni insieme di teorie personali si basa su alcuni assunti di base relativi su come crediamo che il mondo sia o che potrà diventare. Inevitabilmente, poichè noi non solo creiamo queste teorie ma agiamo basandoci su di esse, anche noi potremo subire il paradosso descritto dall'esempio della teoria psicodinamica e dell'inconscio. A volte ciò è problematico e, a volte non lo è.
Certamente il concetto di inconscio è stato estremamente prezioso per il progresso della psicologia, e non ci sognerem-

mo mai di suggerire di eliminarlo. D'altra parte però, riteniamo estremamente importante essere consapevoli dei quadri di riferimento che usiamo, delle ipotesi su cui essi si basano, e delle possibilità di incoerenza logica, o di quelle che Bateson (1972) definisce "patologie dell'epistemologia."
Pertanto, in quanto studiosi di terapia familiare e indi, secondo la nostra definizione, di teoria dei sistemi/cibernetica, crediamo che ognuno di noi viene sfidato ad esaminare il proprio quadro personale e le sue ipotesi sulla realtà su cui si basa. Quando ciò che stiamo facendo non funziona, possiamo riconoscere che noi partecipiamo alla creazione della nostra realtà e che, forse, questa nostra creazione necessità di un po' di ritocco. Allo stesso modo, in quanto terapeuti familiari possiamo confrontare, cautamente, i quadri o i sistemi interpretativi dei nostri clienti, aiutandoli a espandere le loro credenze sulla realtà, in modo tale che nuovi comportamenti diventino per loro logici e quindi possibili. In altre parole, la creazione di nuovi costrutti di realtà più utili, è un obiettivo comune per gli studenti, i terapisti e i clienti.

Diventare consapevoli dei nostri presupposti, delle incoerenze tra le nostre ipotesi e le nostre azioni, e della possibilità che altre scelte possano essere a nostra disposizione per noi, può rappresentare un sistema per trovare soluzioni a molti problemi.
A questo punto, probabilmente, abbiamo raggiunto un buon punto fermo/di partenza, perché, nel suo senso più elementare, l'epistemologia è tutto ciò di cui questo libro tratta: descrivere il quadro teorico della terapia familiare sistemico/cibernetica; riflettere su come questo quadro sia diverso da quello in cui sono stati costruiti i modelli di psicologia individuale tradizionali;
comprendere i presupposti fondamentali alla base di questi due distinti quadri di riferimento;
discutere le ipotesi fondamentali su cui i terapeuti familiari sono o non sono d'accordo, cercare di capire il processo di cambiamento da un punto di vista sistemico/ cibernetico, e prendere in considerazione il problema del paradosso e dell'incoerenza teorica, che implica sia i clienti che i terapisti.
Questo è solo l'inizio, ma tali questioni rappresentano una chiave per le discussioni che sono presentate nei capitoli che seguono.
Prima di procedere, tuttavia, offriamo ancora una parola di cautela. La nostra esperienza con gli studenti ci rende consapevoli della frustrazione e della confusione che la lettura del primo capitolo di questo libro rischia di generare. In realtà, sospettiamo che già questa prefazione possa avere prodotto ciò. A volte probabilmente vi sentirete come se foste giunti in un paese straniero dove ognuno parla un altro linguaggio, che non potete capire. Certamente noi stessi ci sentimmo nello stesso modo allorchè accedemmo per la prima volta al mondo della teoria dei sistemi/cibernetica. Il miglior consiglio che possiamo darvi è quello di vagare tra le pagine e consentire a voi stessi di essere confusi, per un po' di tempo. Tenete anche presente che, poiché ciò non è dissimile dall'esperienza che contribuiamo a creare per i nostri clienti nel processo di cambiamento, può essere molto utile per voi conoscere questa sensazione.
Può anche essere importante per voi sapere che, prima di voi, molti viaggiatori hanno esplorato questo territorio. Molti di loro hanno trovato il viaggio estremamente utile.
Certamente noi saremo molto lieti di accompagnarvi in qualità di interpreti e guide, e di facilitarvi il viaggio, sottolineando, lungo la strada, importanti punti di riferimento per la comprensione. Anche se è possibile che vi sentiate persi, noi non vi perderemo mai di vista e ci auguriamo che troverete questa escursione interessante e piacevole.

Dorothy Stroh Becvar

Gaetano Roberto Buccola, *Forme de centro. Percorsi analitici dal Viaggio al centro della Terra al nucleo dell'uomo*. Nuova Ipsa Editore, 2013, p. 216. Ill. a colori, Euro 30,00.

Il titolo di questo libro risponde pienamente agli obiettivi che l'Autore si è posto. Infatti di fronte alla possibilità di una rappresentazione geometrica puntiforme, quasi sino all'indefinibile, del Centro, diffusa anche in ambito mistico e filosofico, l'Autore opta per il plurale, per le "*Forme del Centro*", ossia per le infinite forme proprie della via immaginale, creativa, onirica, più prettamente consona ad una concezione dinamica della psiche.
In questo Centro, che comunque tende ad imporsi come unico a prescindere dalle forme che possiamo attribuirgli, abita il mistero, l'idea del divino, dell'imponderabile.
Il Centro si pone, pertanto, come fondamento da cui tutto parte e a cui tutto torna, ma pure come idea di Energia che fonde fisica e metafisica, che attraversa le intuizioni e le pratiche sciamaniche, le religioni del tempo del Mito, quelle del tempo del Libro, tutto l'ermetismo alchemico e che si arresta, però, alle porte del mondo moderno, a partire dalla cesura cartesiana tra res cogitans e res extensa.
Torna, tuttavia, a rivalutarsi, dopo la crisi dello scientismo razionalista, attraverso intuizioni epocali come la teoria della relatività di Einstein e, soprattutto, attraverso le scoperte della fisica quantistica e di altre più recenti tesi che confermano la validità degli straordinari contributi intuitivi del mito, della tradizione simbolica e di quella dell'ermetismo alchemico del Rinascimento e trovano straordinaria connesione con la

visione junghiana dell'Unus Mundus e del fenomeno della sincronicità.
Il "Viaggio al centro della terra" di Jules Verne è il momento ispirativo fondamentale di questo lavoro del dottor Buccola ed è quanto mai pertinente all'ampia riflessione sulle più varie forme di centroversione che l'Autore decide di offrirci.
Vengono esposti numerosissimi percorsi, perché infinite sono le possibilità, e si indaga questo cammino umano attraverso le tradizioni più antiche, i simboli, i miti, la magia, le iniziazioni misteriche, le religioni d'Oriente e d'Occidente, l'ascetismo, il misticismo, l'ermetismo, l'alchìmia, l'esoterismo, la filosofia, la letteratura, l'arte, sollecitando la più opportuna sintesi dei numerosi stimoli offerti attraverso il continuo e diligente lavoro di cucitura tra citazioni ampie, diffuse, pertinenti e, tutto ciò, senza mai scivolare nel superfluo o nel banale. Infatti non vi è una sola citazione, in questo libro, che non rimandi, in qualche modo, ad archetipi di centroversione, a esperienze di crescita, di iniziazione attraverso il riferimento a miti, simboli, costellazioni simboliche come quelle proprie dei processi alchemici, e tutto ciò viene visitato e considerato in relazione al mondo onirico e, in generale, alle questioni proprie della psiche/anima.
La discesa al centro della terra richiama potentemente una sfera vasta e densa di miti relativi alla dimensione ctonia attraverso voragini o fenditure d'ogni tipo come i crateri dei vulcani di cui Efesto è il riferimento più comune, come i misteri delle rocce che partoriscono (Mithra), delle caverne (Zeus) e delle grotte (Gesù) e come i pozzi sacri che, oltre i riferimenti ad acque salvifiche o misteriose, ricordano i passaggi verso l'Ade.
Ma il dato che più colpisce seguendo il racconto di Giulio Verne è proprio quello del mare interno sito al centro della terra come se lì fosse ancora presente l'origine mitica di ogni cosa. Il riferimento simbolico all'acqua e non al fuoco (che siamo abituati a ritenere signore del centro della terra o degli inferi) viene sviluppato in modo esemplare da Buccola che mette in relazione acqua e fuoco su un piano di non comune intendimento quale è quello dell'alchemica fungibilità e complementarità.
Da un lato riscontriamo il Chaos magmatico, il luogo in cui il tutto si pone in modo indifferenziato e dall'altro quello acquatico, come abisso, in cui ogni vita sperimenta la sua origine.
Nella Bibbia è detto che lo Spirito di Dio volava sulle acque. E le acque, anche dal punto di vista simbolico e alchemico, oltre che biologico, non attendono che di essere fecondate.
Se i miti rappresentano il Chaos come il luogo in cui nessuna cosa può essere chiamata per nome, il cammino di emersione dallo stato iniziale, in direzione dell'individuazione e del conseguimento del sé, è un processo decisamente cosmico, cioè ordinatorio e quindi ci si avvia verso l'alto "*a riveder le stelle*".
In questo processo i miti ci raccontano di lotte immani tra potenze primitive e divinità ordinatorie, ci rappresentano il conflitto permanente tra ciò che proviene dalle tenebre e ciò che diffonde la luce.
In effetti, dalle origini della coscienza il percorso muove attraverso il mito che partendo dalle contrapposizioni primordiali conduce, lentamente, a trasformare il conflitto in "relazione" ed ecco che dall'Oriente giungeva la visione profonda del simbolo del Tao, di una monade composta da una parte luminosa che contiene un elemento di tenebra congiunta ad una parte tenebrosa che contiene un elemento di luce.
Emergere dal centro della terra è un percorso di crescita, di conoscenza, di affinamento ma anche di liberazione (come l'uscita dal labirinto secondo il paradigma minoico) e di queste cose ci parla puntualmente Buccola seguendo ascensionalmente un asse che dal sottosuolo conduce alla terra e da questa all'alto, ossia alla capacità di maturare, attraverso l'elevazione, il distacco necessario per tornare ad essere Uno con il Tutto, ma consapevolmente.
In questo consiste il compito del mystè, dell'iniziato, che ricerca il centro come punto di arrivo e di partenza e che scoprirà il senso del Mistero (e l'inconscio, come il sé, appartiene a questa dimensione ineffabile) quale vera forma dell'incommensurabile centro di tutti gli universi possibili.
Questa di Roberto Buccola si presenta, quindi, come un'immensa ed efficace riflessione sulla ricerca del Centro, sulle sue forme, sul suo ruolo specifico in ambito della cura dell'Anima e come nobile ricerca alle soglie del Mistero.

Vincenzo Guzzo

Fernando Piterà - Levio Cappello, *Gli aracnidi in omeopatia*. Nuova Ipsa Editore, 2013, p. 704.
110 ill. a colori.
Cartonato.
Euro 79,00.

Prefazione

I colleghi e amici autori di questo immenso trattato mi hanno richiesto di stendere una prefazione. L'iniziale perplessità nell'accettare questo invito rimane invariata dopo avere letto questa gigantesca, completa e approfondita monografia sull'uso terapeutico degli Aracnidi in omeopatia. La perplessità è dovuta all'impossibilità materiale di aggiungere qualcosa a quanto scritto dagli autori. Perfino l'Introduzione è così zeppa di notizie sulla genesi e sulle novità di questo trattato da non lasciare scampo al povero prefatore.

A questo proposito non posso esimermi dal ringraziare a mia volta il dottor Marco Verdone per aver consentito che venisse pubblicata per la prima volta la patogenesi di *Stegodyphus lineatus*, effettuata sotto la sua direzione nel corso del 2005-2006. Un altro sentito ringraziamento va ai dottori Jeremy Sherr, autore del proving di *Androctonus amoreuxii hebraeus*, e Louis Klein, autore del proving di *Loxosceles reclusa*, che hanno gentilmente concesso che venissero tradotti e per la prima volta pubblicati in italiano.

Queste tre patogenesi già connotano la vastità e novità di questo lavoro che ha richiesto molti anni di gestazione, con l'inevitabile corredo di ripensamenti, consultazioni che richiamano altre consultazioni, tensioni con l'editore che premeva perché il testo fosse consegnato e resistenza da parte degli autori non ancora soddisfatti dei traguardi raggiunti. Il lettore non percepirà tutto questo travaglio ma si troverà a leggere un'opera stupefacente per dottrina (dalla tassonomia alla tossicologia alla patogenesi), per apparato iconografico e, *last but not least*, per l'interpretazione simbolica dei sintomi, soprattutto in chiave junghiana, che costituisce un trattato nel trattato.

Leggere questa materia medica è come intraprendere un viaggio pieno di sorprese e deviazioni, quasi una interpretazione scientifico-simbolica di quel capolavoro che è *Il giardino dei sentieri che si biforcano* di J. L. Borges; alla fine si arriva a un centro ma da qui si riparte subito per altre mete, perché il lettore, forte del suo personale bagaglio culturale, continua con altre associazioni magari non esplicitate nel testo. Così è accaduto a me, per esempio, al capitolo sulla Tarantola, quando mi è venuta in mente la cosiddetta *danza di Arianna* – legata al mito di Teseo e del labirinto – o quando mi sono ritrovato a fantasticare, leggendo i sintomi mentali, sulle visioni di certi pittori in diverse parti del mondo e chiedendomi se non ci fosse un legame con gli Aracnidi presenti in quelle regioni.

Ancora, leggendo del paragone della tela di ragno a un labirinto, mi è sovvenuto una diversa immagine, suggerita da una favola morale di Giovanni Meli, *I via vai ovvero le mosche e il ragno*:

> Da dentro una stanza due mosche / alla finestra vedono / passare un ragno / da sinistra a destra. // Giunto che fu in un attimo, / lo vedono tornare / e in senso contrario / fare il suo viaggio. // Quand'è giunto all'angolo / torna e di là ripassa; / questo via vai continua / e sempre passa e ripassa. // Dice una mosca all'altra: / «Mi sta venendo un vuoto allo stomaco; / m'insospettiscono molto / questi via vai, amica». // L'altra più temeraria / le dice: «Lascia fare; / ha il fegato ostruito / e vuole passeggiare». // «No, dice l'altra, trappole / e inganni me ne aspetto; / chi vuole restare ci resti / per me me la svigno». // Dice e svanisce. / Ma l'altra, sciocca e ostinata, / rimane dondolandosi, / perdendo tempo apposta. // Ma poi, volendo uscire, /si scopre circondata, /ed ecco il ragno / le è già saltato addosso. // Parlo con voi, donne: / Fuggite queste canaglie / che tentano di catturarvi / con i loro via vai[1].

Meli, oltre a essere poeta, era anche chimico, medico e un attento osservatore della natura: da un labirinto si può anche uscire (Cnosso) ma la tela di ragno è una barriera e un sudario.

Senza dubbio quest'opera è indirizzata ai medici ma la sua lettura può essere consigliata anche agli psicologi, agli aracnofili, agli etologi ed ecologi e, perché no?, al più vasto pubblico di lettori colti mai sazi di scoprire le meraviglie del nostro mondo che non possono essere racchiuse solo nelle segrete stanze dei laboratori scientifici.

Claudio Mazza

1 Qui di seguito iI testo originale in siciliano. *Li passagagghi, o sia li muschi e la taràntula*: Dui muschi tra 'na cammara / Vidinu a la finestra / Passari 'na tarantula / Da la sinistra a destra. // Junta chi fu, di un subitu / La vidinu turnari, / e in senzu cuntrariu /Lu so viaggiu fari. // Quann'è arrivata all'angulu / Torna, e di ddà ripassa; / Stu zichi-zachi seguita, / E sempri passa e spassa. // Dici 'na musca all'autra: / Sentu pigghiarmi dica, / Multu mi scannalianu / Sti passagagghi, amica. // L'autra, chiù timiraria / Ci dici: Lassa fari; / È ostrutta tra lu ficatu, / E voli passiari. // No, dici l'autra, trappuli / E inganni minni aspettu; / Cui voli stari stìacci, / Pri mia mi la sbacchettu. // Dici, e diventa pruvuli. / Ma l'autra sciocca e tosta / Si resta dunniannusi, / Pirdennu tempu apposta. // Ma poi vulennu nesciri, / Si vidi 'nviluppata, / Ed eccu la tarantula / Di supra c'è sotata. // Cu vui si parra, o fimmini: / Fuiti sti canagghi, / Chi cercanu 'ncapparivi / Cu li soi passagagghi

Introduzione

L'informazione come medicina

Questa seconda monografia sui rimedi omeopatici del mondo animale esce un anno dopo quella sui rimedi derivati dai veleni dei serpenti.

Oggetto di questo libro è lo studio di alcune specie di Aracnidi (ragni, scorpioni e scolopendre) utilizzati in omeopatia come farmaci per la cura di svariate e talvolta complesse affezioni. Nelle nostre intenzioni il testo si propone come un'opera di omeopatia sugli Aracnidi sufficientemente completa e dettagliata, sia per quanto concerne la compiutezza sintomatologica e la descrizione naturale delle specie trattate, sia per il corredo iconografico a colori, quasi sempre mai utilizzato per i libri di omeopatia in lingua italiana, dove il lettore spesso *è costretto a immaginarsi o ricercare altrove di che animale o pianta si tratti*. Il testo si prefigge dunque lo studio dei rimedi omeopatici ricavati da questi curiosi e sorprendenti animali, nella loro più intima essenza. Ripercorreremo pertanto la storia degli Aracnidi sin dalla loro comparsa sul pianeta, ne studieremo l'anatomia, la fisiologia, l'istinto, il

comportamento, le abitudini di vita, il modo di cacciare, di tendere imboscate o di tessere tele; li analizzeremo descrivendone la classificazione scientifica, l'habitat, la distribuzione, le relazioni con altri animali, l'effetto dei loro veleni sull'uomo, i loro accoppiamenti, l'*eros* e *la Thanatos*, nonché il simbolismo e l'analogia, in modo da "riconoscere" meglio gli "individui ragno" e quelli "scorpione". Un testo dove la complementarità e sinergia di pertinenze degli scriventi ha lo scopo di far comprendere al meglio la patogenesi dei veleni di questi singolari animali.
A riguardo delle patogenesi e dei relativi proving, si è cercato di perfezionare al meglio la sintomatologia di ogni aracnide con un attento lavoro di compilazione e integrazione consultando diversi repertori quali: *The Repertory of Homeopathic Remedies* di Roger van Zandvoort, 2004; il *Repertorio informatico RADAR – Synthesis 8* (*Repertorium Synthesis*); il *Repertorium Universale V/Complete Repertory 2005*; il *Repertorium Homeopathicum Syntheticum* di Frederik Schroyens *in collaboration with leading homeopaths throughout the world*; e ancora i *1001 Small Remedies Extracted from Synthesis 5*, sempre di Frederik Schoyens. Altri sintomi sono stati tratti dal *Dizionario di Materia Medica Omeopatica – 130 nuovi omeoterapici* di O.A. Julian, dai *Rimedi e Veleni del Regno Animale in Omeopatia* di G. Hodiamont, nonché dalle numerose Enciclopedie Omeopatiche e Materie Mediche che sono citate in bibliografia. Di alcune patogenesi, come ad esempio quella di *Atrax robustus*, è stato ritrovato e trascritto il proving originale condotto per la prima volta da Pichiah Sankaran nel 1996 e descritto nella prima edizione indiana della sua Materia Medica *The Elements of Homoeopathy* (*Gli Elementi dell'Omeopatia*, trad. italiana, Ed. Salus Infirmorum). Ai sintomi del proving di allora sono stati aggiunti quelli clinici e tossicologici riportati nelle pubblicazioni scientifiche di autori australiani che hanno osservato e descritto minuziosamente i sintomi tossicologici di avvelenamento da morso di questo temibile e letale ragno, sinora mai compresi nella materia medica omeopatica.
Si è potuto così confrontare, integrare, completare e arricchire il quadro patogenetico di ogni rimedio, rintracciando sintomi che a volte erano stati dimenticati anche nelle opere più complete. Il libro contiene inoltre una revisione critica finalizzata ad analizzare la possibilità che molti dei sintomi relativi al fenomeno del tarantismo e attribuiti a *Tarentula hispanica* siano in realtà dovuti al morso di *Latrodectus tredecimguttatus* (Malmignatta o vedova nera europea). A riguardo di *Aranea scinencia* si è cercato, invece, di individuare la corretta denominazione di specie che corrisponderebbe a *Salticus scenicus*. Allo scopo di facilitare la consultazione, i sintomi di ogni specie di Aracnide sono stati suddivisi dal punto di vista clinico in rubriche e sottorubriche ordinate per sistemi, apparati e organi che vanno dal mentale sino ai sintomi generali, comprese le sensazioni, le modalità con gli aggravamenti e i miglioramenti, la diagnostica differenziale, le corrispondenze cliniche e gli antidoti. Si è trattato di un lungo e paziente lavoro che ha richiesto migliaia di ore di lavoro per l'analisi, la traduzione, la trascrizione e la giusta collocazione di *11.447 sintomi*, spesso integrati con la relativa diagnosi differenziale verso altri rimedi omeopatici.

Tre importanti novità contribuiscono ad arricchire ulteriormente questo testo: la prima è senza dubbio l'inedito proving di *Stegodyphus lineatus* effettuato nel 2005 e 2006 da Marco Verdone, patogenesi sinora sconosciuta a tutti gli omeopati e qui pubblicata per la prima volta. Altre due perle sono le pubblicazioni di nuovi proving: quello dello scorpione *Androctonus amoreuxii hebraeus* condotto da Jeremy Sherr e quello del ragno *Loxosceles reclusa* effettuato da Louis Klein e mai tradotti in lingua italiana. Il libro, infine, è corredato da vasta bibliografia tematica che contiene centinaia di riferimenti ordinati per argomenti (biologia, storia naturale, omeopatia, tossicologia, simbolismo, mitologia, ecc).

Dopo che il lettore avrà appreso la vita e le abitudini di ogni aracnide, dopo che avrà familiarizzato con i sintomi che ogni ragno e scorpione può causare e quindi curare secondo la *legge dei Simili*, la trattazione si conclude con l'interpretazione psicosomatica e simbolica di ogni aracnide utilizzato in omeopatia, esposizione che aggiunge una nota importante di conoscenza alla materia medica, atta a svelare i significati più reconditi che si celano oltre la manifestazione esteriore del sintomo e dell'espressione nosologica e materiale della malattia. Cosa accomuna gli individui appartenenti agli "Aracnidi?". Quali sono le loro caratteristiche più comuni? Come si comporta nella vita di tutti i giorni un soggetto ragno o scorpione? Di quali malattie può più facilmente ammalarsi? Quali sono i sintomi, i comportamenti e le modalità che devono farci pensare a questi rimedi per curare o guarire i nostri pazienti?

Pertanto, in questo lavoro si è cercato di porre la massima e più meticolosa attenzione ai sintomi sperimentali, ma anche e "sincronicamente" all'universo dei simboli di cui il mondo ancestrale degli Aracnidi è portatore ed espressione vivente. I ragni, così come gli scorpioni, sono invertebrati estremamente interessanti che hanno attratto l'attenzione dell'uomo sin dalla remota antichità, entrando a far parte di leggende mitologiche e culti superstiziosi di molti popoli. Essi sono i messaggeri di mitologemi primari trans-culturali della creazione e del "mondo olimpico", tanto da essere ancora i portavoce di antichi miti e leggende, di istruttive "storie morali" di antiche civiltà, delle vite dei popoli greci e romani, apportando, dopo millenni, messaggi tuttora istruttivi all'ormai inconsapevole società umana moderna.

Il testo, se da un lato si prefigge l'osservazione e lo studio accurato delle patogenesi, dei sintomi e delle malattie, dall'altro vuole ampliare e trascendere il senso letterale delle cose per captarne i messaggi più celati, spogliandoli dei contenuti e delle sovrastrutture razionali della cultura predominante, offrendo così diversi livelli di interpretazione e stabilendo suggestive correlazioni tra la tossicologia, la patogenesi del *pharmakon* e l'ancestrale simbolismo animale, laddove queste sono profondamente congiunte all'antichissimo modello simbolico e mitologico. Da ogni manifestazione della natura emergono sempre saggezza, bellezza e risorse terapeutiche senza eguali. Dalla selezione, dalle affinità e dall'integrazione nel mondo di ogni essere vivente, in ogni loro manifestazione di forma, struttura e funzione, sono racchiusi multifor-

mi sistemi di memoria evolutiva archetipica, una specie di "*mnemoteca*" biologica e simbolica nella quale è custodito, tra l'altro, un sapere arcaico empirico che si esprime metaforicamente anche a mezzo della simbologia e del complesso di elementi di cui essi sono costituiti. Comprendere il significato dei simboli significa capire e penetrare i misteri della vita e della biologia; significa addentrarsi nel labirinto delle forze, dell'intelligenza del creato e della vita presenti in ogni fenomeno naturale come in ogni attività umana; significa affrontare la tematica di conoscenza della natura e delle sue relazioni con il *Macrocosmo* e il *Microcosmo*. La Natura tutto sa, tutto contiene, di tutto dispone. Si tratta pertanto di cogliere percezioni che non dipendono esclusivamente da esperienze sensoriali o da astrazioni dell'intelletto, ma che derivano da particolari modalità dell'essere, profondamente radicate nella natura di ogni forma vivente e intimamente legate anche al divenire.

Il mondo degli Aracnidi è sicuramente un universo che affascina nella sua pregnanza interpretativa simbolica, permettendoci di trasvolare continuamente tra il principio immanente e quello più trascendente e di gioire laddove le innumerevoli tessere del mosaico simbolico lentamente si compongono o ricompongono nella loro unità ancestrale, spesso invisibili agli occhi della ragione, ma percepibili nella loro eterna essenza dalla mai sopita percezione dell'inconscio. Si tratta dunque di consultare la natura con uno sguardo diverso per osservare un quadro d'insieme più coerente, più credibile, confrontabile e verificabile anche nella pratica clinica mediante l'analisi e il confronto dei sintomi derivati dalla sperimentazione e patogenesi delle sostanze velenose di questi animali sull'uomo sano, che fornisce un'immagine più completa (ove possibile) di quanto essi siano unici, interessanti, curiosi, affascinanti, singolari e feroci predatori, ma nel contempo preziosi farmaci alleati atti a correggere disturbi fisici e mentali, in una parola, a lenire la sofferenza umana nella sua molteplice e straordinaria complessità.

Gli Autori

Ragni come farmaci

L'uso d'insetti, e artropodi in genere, nella cura delle malattie, passando da impieghi "magici" a farmaci veri parte da lontano nel tempo e giunge fino ai giorni nostri.

Soffermandoci, in particolare, sui ragni, animali, da sempre caratterizzati da un duplice sentimento di attrazione – repulsione, notiamo un loro uso, relativamente diffuso, nel campo della terapia.

I Romani usavano un contraccettivo sicuro impiegando un ragno (secondo molti Autori una malmignatta): quando questo viene tagliato si trovano due organi vermiformi al suo interno, probabilmente gli ovari, che, avvolti in pelle di cervo, vanno posti a contatto, prima dell'alba, con il corpo di una donna, alla quale impedirebbero il concepimento per un anno.

Mattioli e Aldrovandi (XVI secolo) e Lemery (XVIII secolo), proponevano una cura contro la malaria, consistente nell'uso di un ragno "*chiuso vivo in un guscio di noce, ed attaccato al collo al sopraggiungere della febbre*".

Ancora contro la malaria, Mattioli consigliava di porre sulle tempie delle pezzuole strofinate su ragni.

Lemery impiegava contro la colica ventosa "*la ragnatela fritta alla grossezza di un uovo con un poco di aceto, ed applicata calda sull'umbilico; provoca l'uscita delle ventosità*".

Il chimico e farmacista francese consigliava, come farmaco, il ragno "*che è stimato per febbri intermittenti, e particolarmente per la febbre quartana pesto, ed applicato al collo del braccio*".

Nello stesso periodo, in Inghilterra, il medico Albin curava la malaria appendendo un contenitore con un grande ragno vivo, al collo dei bambini, in modo che raggiungesse l'imboccatura dello stomaco.

Secondo alcuni Autori, fino all'inizio del XX secolo, i ragni spalmati con burro sul pane (forse per renderne più gradita l'assunzione) erano mangiati per abbassare la febbre.

Mentre le ragnatele "*diligentemente spolverate e ritagliate a dovere, queste si stendono col burro sul pane e si mangiano ad intervalli determinati, per curare la febbre terzana*", così scrive Brehm nel 1906.

Gabriele Pweoni