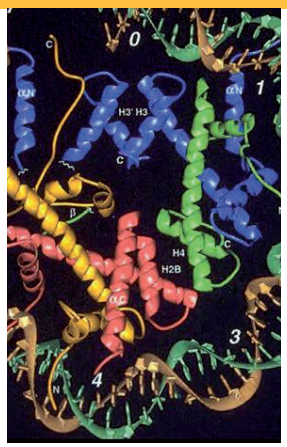


ADVANCED THERAPIES

NUOVA IPSA EDITORE

ISSN 2281-485X

TERAPIE D'AVANGUARDIA

anno II - n. 2 - 2013

Nadia Gaggioli
La Malattia di Menière
nel vissuto della Persona Malata

Mara Tognetti et al.
L'offerta formativa di Medicine Tradizionali e Non Convenzionali nelle Facoltà di Medicina in Italia

Fernando Piterà
Medicine di frontiera e terapie d'avanguardia

ENTEROSGEL®

Trattamento innovativo per la detossificazione gastro-intestinale

Dispositivo medico

CE 1023

Leggere attentamente
le avvertenze e le istruzioni d'uso.

Enterosgel® è un innovativo **idrogel orale inerte a base di silicio** che, una volta ingerito, arriva nel lume intestinale dove forma una peculiare struttura a "rete tridimensionale" in grado di **adsorbire selettivamente solo le sostanze tossiche endogene ed esogene di diversa natura, rimuovendole naturalmente dall'intestino senza effetti collaterali**. Diversi studi clinici evidenziano che ***Enterosgel®*** è utile sia negli adulti che nei bambini, come mezzo di detossificazione gastro-intestinale da tossine alimentari, batteri, allergeni, radionuclidi, veleni e alcool. ***Enterosgel®*** migliora il decorso delle diaree infettive e di altri disturbi gastro-intestinali.

Enterosgel® non altera l'equilibrio della fisiologica microflora batterica e non viene assorbito dalla mucosa dell'intestino; è escreto con le feci entro 8 ore dall'ingestione. **Non contiene glutine, lattosio, glucosio, grassi, conservanti ed additivi.**

Confezione tubo da 225 gr.

Gel per uso interno

Ad uso esclusivo del personale medico e sanitario

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.

LIFEGATE IMPATTO ZERO® CO_2

GUNA
terapie d'avanguardia

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

UNI EN ISO 13485:2004
CERTIQUALITY
SISTEMA DI GESTIONE QUALITÀ CERTIFICATO

AZIENDA CON SISTEMA
DI GESTIONE QUALITÀ
UNI EN ISO 13485:2004
CERTIFICATO DA CERTIQUALITY

Advanced Therapies
Terapie d'avanguardia

quadrimestrale
anno II - n. 2 - 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 Nadia Gaggioli
La Malattia di Menière nel vissuto della Persona Malata

12 Mara Tognetti, Annunziato Gentiluomo, Paolo Roberti di Sarsina
L'offerta formativa di Medicine Tradizionali e Non Convenzionali nelle Facoltà di Medicina in Italia. Un trend in espansione

27 Pier Paolo Dal Monte
La medicina: arte, scienza, tecnocrazia o burocrazia?

30 Fernando Piterà
Medicine di frontiera e terapie d'avanguardia

Rubriche - Review

40 Alessandro Perra
Artrosi. Dall'omeopatia comprovate possibilità terapeutiche

43 Alessandro Perra
Che stress, che stanchezza...

Rubriche - Poster

45 Michele Iannelli
Salutogenesi dalla famiglia, salutogenesi per la famiglia

Cocculus-Heel®

Compresse, gocce, fiale

MEDICINALE OMEOPATICO

Descrizione

Cocculus-Heel® è il medicinale omeopatico ad ampio spettro d'azione per il successo della terapia non solo sintomatica delle **sindromi vertiginose** e dei disturbi da **cinetosi**; in un unico farmaco si trova la risposta alla diversa etiologia delle vertigini (labirintica, vascolare, da aterosclerosi). **Cocculus-Heel®** non altera lo stato di vigilanza, non è sedativo ed è compatibile con l'assunzione di bevande alcooliche.

Composizione

- **Compresse:** 1 compressa cont.: Cocculus D4 210 mg; Conium D3, Ambra D6, Petroleum rectificatum D8 ana 30 mg.
- **Gocce:** 100 g cont.: Cocculus D4 70 g; Conium D3, Ambra D6, Petroleum rectificatum D8 ana 10 g. Contiene 35 Vol.-% Alcool.
- **Fiale:** 1,1 ml cont.: Cocculus D3 7,7 µl; Conium D2, Ambra D5, Petroleum rectificatum D7 ana 1,1µl.

Posologia

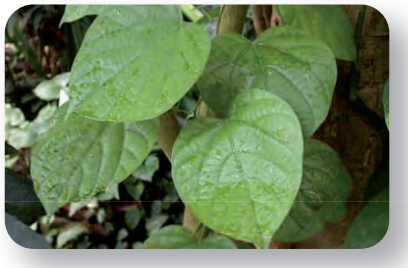
- **Compresse:** 1 compressa 3 volte al giorno. Nei casi acuti: 1 compressa ogni 15 min. per 2 ore, quindi proseguire con la posologia standard fino alla remissione completa della sintomatologia.
- **Gocce:** 10 gocce 3 volte al giorno. Nei casi acuti: 10 gocce ogni 15 min. per 2 ore, quindi proseguire con la posologia standard fino alla remissione completa della sintomatologia.
- **Fiale:** 1 fiala da 1 a 3 volte alla settimana i.m, e.v., s.c., i.c.
  Per via orale: 1 fiala a giorni alterni. Nei casi acuti 1 fiala al giorno.

Confezione

- **Compresse:** Flacone da 50 compresse.
- **Gocce:** Flacone contagocce da 30 ml.
- **Fiale:** Fiale da 1,1 ml.
  - Confezione disponibile per il pubblico da 10 fiale cad.
  - Confezione ospedaliera - ambulatoriale da 50, 100, 500 fiale cad.

Key word:

Cocculus-Heel®, il medicinale omeopatico per le vertigini e le cinetosi



Ai sensi del D.L.vo 219/06 Art.120, comma 1 bis: trattasi di indicazioni per cui non vi è, allo stato attuale, evidenza scientificamente provata dell'efficacia del medicinale omeopatico

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.

LIFEGATE IMPATTO ZERO® CO_2

GUNA terapie d'avanguardia

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

Depositato presso A.I.F.A. il 8.11.2007

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

La Malattia di Menière nel vissuto della Persona Malata

Nadia Gaggioli
Presidente Associazione Malati Menière Insieme Onlus (AMMI ONLUS)

Dall'opuscolo informativo dell'**AMMI ONLUS**, **Associazione Malati Menière Insieme ONLUS**:
"La Malattia di Menière è una delle patologie più invalidanti che colpiscono l'orecchio interno. Infatti l'insieme dei sintomi che la caratterizzano molto spesso non permette al paziente di vivere una vita indipendente e serena, ma lo limita notevolmente sia nelle attività lavorative sia negli interessi del tempo libero.
Purtroppo ad oggi la comprensione di questa malattia non è ancora completa, né per le sue cause, né per la sua evoluzione. Di conseguenza non esiste un rimedio "definitivo", valido per tutti, valido per sempre, ma la terapia si gioca tutta sul tentativo di alleviare la sintomatologia, soprattutto la vertigine, e sulla riabilitazione delle funzioni uditiva e vestibolare.
Ecco perchè il cammino dei pazienti è difficile, a volte intollerabile, cosparso abbondantemente di fallimenti terapeutici e frustrazioni.
In molti casi, le difficoltà comunicative dovute all'ipoacusia, il timore del sopraggiungere improvviso di un attacco, la tensione nervosa dovuta agli acufeni costringono la persona malata di Malattia di Menière a isolarsi, con importanti ripercussioni sulla vita sociale e affettiva.
Per questo, accanto alle terapie proposte e al rapporto con i medici, diventa importantissimo l'incontro con altre persone che vivono quotidianamente gli stessi problemi in una associazione di pazienti. Associazione che, con il sostegno, l'aiuto e l'informazione che può fornire, deve essere complementare e indipendente rispetto all'opera dei medici, nella terapia non tanto della malattia quanto piuttosto del malato. Il peso della malattia di Menière è spesso condiviso anche dai familiari del malato, che tutti i giorni si trovano ad affrontare i danni provocati da questa malattia, con problemi a volte irrisolvibili. Anche per loro l'associazione deve diventare un punto di riferimento, per condividere esperienze, trovare nuove idee e sentire un importante sostegno"

La Malattia di Menière descritta per la prima volta nel 1861 dal medico francese Prospero Menière, presenta ancora vari aspetti non ben chiari in merito alle cause che la determinano, all'evoluzione così diversa da un paziente all'altro e, di conseguenza, alla terapia.
Una delle acquisizioni ormai certe fanno risalire la sintomatologia ad un aumento di pressione dei liquidi che circolano nell'orecchio interno (endolinfa e perilinfa), con conseguente danno a carico della parte uditiva (coclea), e della parte deputata al controllo dell'equilibrio (canali semicircolari, utricolo, macula).

Pertanto i sintomi principali della malattia sono:
- ipoacusia
- acufeni
- vertigini
- pienezza auricolare

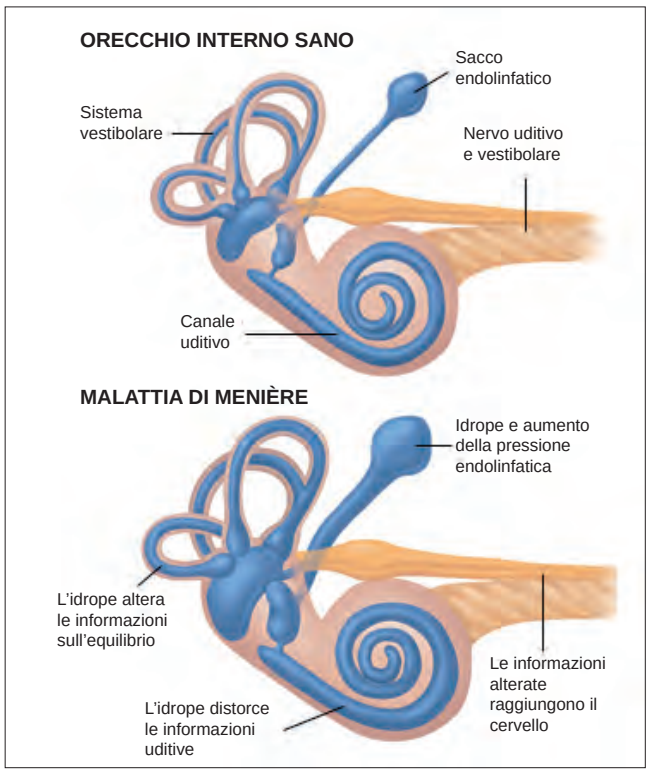
A questi si associano, durante la crisi vertiginosa, nausea e vomito.
L'ipoacusia è, nelle fasi iniziali, di modesta entità: si accompagna al senso di "orecchio chiuso" ed è fluttuante, cioè assume gravità variabile da un giorno all'altro, diventando permanente nel tempo.
Gli acufeni possono essere continui o intermittenti, spesso descritti dal paziente "come una cascata o un fischio".
Le vertigini, gravissimo problema e fonte d'intensa angoscia, compaiono generalmente in fasi più tardive e hanno una durata variabile da qualche minuto a giorni interi. Si accompagnano a nausea e vomito e sono di tipo rotatorio, cioè il paziente vede gli oggetti intorno che si muovono rapidamente da un senso verso l'altro.

La malattia viene diagnostica soprattutto attraverso l'ascolto dei sintomi riferiti dal paziente ma viene confermata anche attraverso alcuni esami diagnostici che hanno lo scopo di escludere altre patologie con sintomi simili quali il neurimona del nervo acustico e la sclerosi multipla.

La definizione scientifica dei sintomi, di cui riporto di

ESAMI DIAGNOSTICI PER LA MALATTIA DI MENIÈRE

- esame audiometrico
- esame impedenzometrico
- potenziali evocativi vestibolari (VEMPs)
- esame vestibolare
- tomografia
- risonanza magnetica



seguito un esempio, è ben diversa dal vissuto del paziente:

"**ACUFENI**: *disturbo costituito da rumori che, sotto diversa forma (fischi, ronzii, fruscii, crepitii, soffi, pulsazioni ecc.) vengono percepiti in un orecchio, in entrambi o, in generale, nella testa, e che possono risultare fastidiosi a tal punto da influire sulla qualità della vita di chi ne soffre. Si originano all'interno dell'apparato uditivo, ma alla loro prima comparsa vengono illusoriamente percepiti come suoni provenienti dall'ambiente esterno*"

La comparsa degli acufeni può essere il primo sintomo che precede anche di anni la manifestazione della malattia.

Un ronzio, più spesso uno scroscio di acqua, un rumore simile a quello delle cascate, al quale spesso, nelle fasi acute, ma non solo, si sovrappone un fischio. Nella fase iniziale l'acufene può essere saltuario, ma con l'evolversi della malattia diventerà un compagno di vita. Non abbandonerà più il paziente, sarà sempre con noi e mai più potremo udire il silenzio: quel silenzio rifugio di tutti nei momenti di stanchezza, di dolore e sofferenza, a noi sarà negato per sempre. Anzi, nei momenti di quiete, soprattutto la notte, l'acufene sarà un invasore che disturberà il sonno impedendo il riposo.

E questa cascata d'acqua, questo fischio, questo treno in corsa dentro il nostro orecchio, o in ambedue nei casi di malattia bilaterale, non ci permetterà di dimenticare neppure per un istante che siamo malati e, quando aumenta d'intensità, farà scattare il campanello di allarme che avverte "pericolo: crisi di vertigine in arrivo".

"**FULNESS**: *senso di ovattamento*"

Un senso di ovattamento e la testa diventa "piena", l'orecchio diventa "pieno" rendendo difficile e faticoso concentrarsi.

Per chi ha l'aura pre-crisi, questo può essere un campanello di allarme: tra un minuto, tra un'ora, tra un giorno arriverà la crisi di vertigine.

Comincia l'attesa di un evento catastrofico: quello della crisi vertiginosa che ci farà perdere il controllo del corpo e che durerà forse un minuto, o un'ora, o un giorno, non è dato saperlo.

Occorre solo aspettare, e l'ansia e la paura diventeranno compagne di vita.

"**IPOACUSIA**: *riduzione, più o meno grave, dell'udito*"

Termine moderno e delicato che sostituisce il più antico e brutale "sordità" definizione più diretta che io preferisco.

Essere sordi, significa avere difficoltà di comprensione del parlato con gravi problemi nel campo *sociale/lavorativo* ma anche *affettivo*: vivere con una persona sorda, dobbiamo ricordare, può richiedere molta pazienza.

Nelle fasi avanzate della malattia, o nei malati bilaterali, quando la perdita uditiva diventa rilevante, la sordità porta ad un elevato rischio di isolamento con tutte le conseguenze negative di scadimento mentale e psicologico.

Ma la sordità del malato di Menière non è solo difficoltà di comprensione del parlato: spesso sono presenti una percezione *distorta dei suoni e iperacusia* causa di tali difficoltà che alcuni malati rinunciano a partecipare a

situazioni in cui il rumore può essere elevato non tollerando il caos che l'orecchio percepirebbe, rifugiandosi quindi in un isolamento gravemente peggiorativo della patologia sia sul piano fisico che su quello psicologico.

Altro problema non secondario è la difficoltà ad identificare la fonte del suono.

"*… difficoltà nella localizzazione dei suoni perché manca "l'immagine del suono" unitaria e completa che consente non solo di distinguere più facilmente gli stimoli principali del rumore di fondo, di comprendere meglio il parlato, nonché di agevolare la definizione di caratteristiche spaziali dell'ambiente che ci circonda. Senza questo equilibrio, le informazioni al cervello giungono incomplete, spingendo la persona a sforzi psico-fisici considerevoli per rimanere agganciata alla vita sociale-familiare-lavorativa***".**

Riconoscere l'origine, la fonte e l'identità del suono è un problema che condiziona ogni istante della nostra vita di persone sorde.
Non riconoscere un rumore non crea solo disagio, ma anche tensione o allarme per timore di un pericolo che può essere vero o presunto, in quanto il dubbio o la "non certezza del riconoscimento" crea costantemente uno stato di dubbio e allerta.
Ma ancora *peggiore è non riconoscere il punto di origine del suono,* sentendoci solo da destra istintivamente penso che il suono arrivi da quel lato, ma automaticamente penso che può non essere così. *Rimango quindi disorientata fino a che gli occhi e la mente non riescono a individuare "il punto".*

Attiviamo allora dei *meccanismi* di miglioramento della quotidianità di tipo *istintivo,* ad esempio ruotando la testa dalla parte dell'orecchio sano, guardando con attenzione le labbra e l'espressione del il viso di chi ci parla, unendo quindi ad un suono percepito in modo non riconoscibile, quelle informazioni che ci permetteranno di identificarlo. O meccanismi di tipo *ragionato*, disponendo ad esempio i mobili in modo che i suoni ci giungano in modo favorevole, scegliendo suonerie che possiamo più facilmente percepire, nel caso dei cellulari, attivando la vibrazione, unendo al campanello di casa un segnale luminoso ecc.

Problema importantissimo è anche quello della *protesizzazione*, indispensabile e consigliata ai malati bilaterali ma, a volte, indispensabile anche ai monolaterali quando, ad esempio, il controlaterale soffre di un'altra patologia o quando l'attività lavorativa del malato lo richiede.
Ma le *continue fluttuazioni* dell'udito non permettono l' applicazione di un normale apparecchio acustico.
Solo quelli di ultima generazione, infatti, possono, grazie ai loro programmi di adattamento automatici e/o autogestibili, essere – a volte - di aiuto al paziente. Il loro costo però è molto elevato e il rimborso riconosciuto dall'Inps (circa 600 euro a fronte di una spesa di 3-4.000,00), se aventi diritto, può portare al rischio di segnalazione da parte della commissione Inps alla Motorizzazione Civile per un potenziale revisione della patente.

Dobbiamo inoltre ricordare che l'applicazione di una protesi significherà cercare di migliorare *uno degli handicap* che la malattia gli causa, *non migliorare o risolvere il suo handicap.*

Il medico prescrittore e l'audioprotesista dovranno quindi tener conto di tantissimi fattori, alcuni di questi comuni a tutti: la personalità del paziente, il livello sociale e culturale, ma altri che sono riservati, purtroppo, solo a noi affetti da malattia di Menière, *ricordando che il nostro udito, spesso ingovernabile, non dipende dal nostro umore, ma viceversa.*

Oggi, ai fortunatamente rari casi di perdita uditiva profonda bilaterale, può essere praticato l'impianto cocleare. Intervento che, dopo un lungo periodo di riabilitazione, può dare risultati eccellenti e ora è praticato in un numero maggiore di servizi ospedalieri nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.

CRISI DI VERTIGINE

Della tetrade sintomatologica principale: vertigine, sordità, acufeni, pienezza auricolare, la vertigine è quella che nella maggior parte dei casi, rappresenta l'esperienza più devastante per i pazienti.

"Il termine vertigine *(dal latino* vertere*) indica una falsa sensazione di movimento (generalmente di tipo rotatorio, a volte traslatorio) che puo' essere riferita a noi stessi (vertigine soggettiva) o all'ambiente circostante (vertigine oggettiva)".*

La Malattia di Menière causa il vero attacco vertigine, ben diverso dalla sensazione di pressione bassa o di capogiro della "cervicale".
La crisi vertiginosa – rotatoria – causata dalla Malattia di Menière è un'allucinazione visiva, ovvero noi malati di Menière, durante la crisi vediamo in movimento ciò che è fermo: il mondo intorno a noi comincia a ruotare nella direzione dell'orecchio malato e non abbiamo alcuna possibilità di controllare tale movimento.
Immediatamente si ha la perdita di controllo dell'equilibrio, e quindi del corpo, con possibilità di cadere ed è impossibile riprenderne il controllo fintanto che la crisi non cesserà. E non è dato sapere quando finirà.
In alcuni casi vi può essere la perdita di controllo degli sfinteri.
Subentra anche una sindrome neurovegetativa: nausea, spesso vomito e cefalea.
Alcuni di noi avvertono l'aura pre-crisi, quindi non guidano, non vanno al lavoro, restano in casa in attesa ... altri no, altri non hanno alcun sintomo premonitore la crisi arriva improvvisa e inaspettata e questo insinua nel malato uno stato di continuo allarme creando grande insicurezza.
Nel mio caso, ad esempio, soffrivo di acufeni dall'infanzia e il senso di pienezza non è mai stato un campanello d'allarme attendibile non avendo alcun nesso con le crisi vertiginose, la cui comparsa era improvvisa, senza alcun sintomo premonitore e sempre della durata minima di 3-4 ore; spesso anche più.

Crisi di vertigine violente e imprevedibili, ripetitive e non controllabili. Sordità neurosensoriale, acufeni e fullness.
Questi i sintomi con cui un malato di Malattia di Menière deve convivere.

Viviamo le crisi come una minaccia incombente rispetto alla quale non sappiamo e non possiamo difenderci.
Nessuno può prevederne l'arrivo, nessuno può prevederne la durata, che diviene un'incognita nell'incognita.
Dopo aver sperimentato la prima crisi, la paura diventa l'emozione dominante. Diventa la nostra ombra e anche quando non la vediamo, rasserenati da un periodo di latitanza delle crisi, è sufficiente un piccolo giramento di testa per capire che la nostra ombra è sempre stata lì, fingevamo solo di non vederla.
La paura, dicevo, che via via restringe il nostro campo d'azione: alcuni di noi non escono più soli, altri diminuiscono o abbandonano l'attività lavorativa, si restringono i contatti sociali.
Come ogni malattia che toglie il controllo del proprio corpo, anche la Malattia di Menière crea in noi uno stato di tensione che nei momenti di crisi si trasforma in angoscia e che dopo la crisi spesso diviene depressione.
La consapevolezza di dover convivere con una malattia a dir poco capricciosa e imprevedibile crea in noi un grave senso d'impotenza e di rabbia.

Ora più che mai ci chiediamo se la nostra attività lavorativa potrà continuare; molti di noi nascondono di essere malati per la paura, reale, d'impedimenti nella carriera ma anche per timore di perdere il posto di lavoro (ad es. nei casi di assunzioni in prova o con contratti rinnovabili a scadenza).
In questa terribile situazione economica i malati sono i primi a perdere il posto di lavoro e l'assenza di qualsiasi protezione sociale spaventa chi, già colpito da una malattia cronica ma non riconosciuta invalidante, può trovarsi senza lavoro, con farmaci e ticket da pagare e senza la possibilità di iscriversi alle liste del lavoro mirato (per portatori di handicap). Questa tensione è certamente un elemento peggiorativo della malattia.

Assenza di protezione sociale: la Malattia di Menière non è riconosciuta come malattia invalidante. Lo sono però i sintomi ad essa collegati: sordità, acufeni, instabilità, il tutto però in percentuale molto bassa, d'altra parte è molto difficile per i medici fare una valutazione della nostra situazione se non conoscono a fondo la Malattia di Menière e se non ci vedono in fase acuta.
Importantissimo sarebbe che i medici, in particolare i medici di base che per primi visitano il paziente, approfondissero la conoscenza delle patologie legate ai problemi vestibolari.

Per chi tenta la strada del riconoscimento dell'invalidità civile vi è anche il rischio che la commissione al momento, sempre troppo frettoloso, della valutazione del paziente, effettui una segnalazione alla motorizzazione civile la quale può revocare o sospendere, temporaneamente o definitivamente, la patente.

Il malato di Menière vive quindi una condizione sociale molto particolare: affetto da patologia cronica, non riconosciuta tale, senza alcuna protezione sociale e con sintomi non visibili e difficilmente spiegabili e comprensibili ai normodotati.

Non è facile far comprendere l'isolamento al quale porta la sordità, non è facile spiegare cosa sono gli acufeni, quanto possono essere irritanti, pervasivi e inquietanti. Ma la cosa più difficile è spiegare cosa è un attacco di vertigine: una sensazione così particolare da non essere comprensibile a chi non ne soffre.
Il dubbio che stiamo esagerando, che ci stiamo fissando su un problema più "mentale" che fisico, s'insinua nelle persone che ci ascoltano, anche nei medici non competenti.

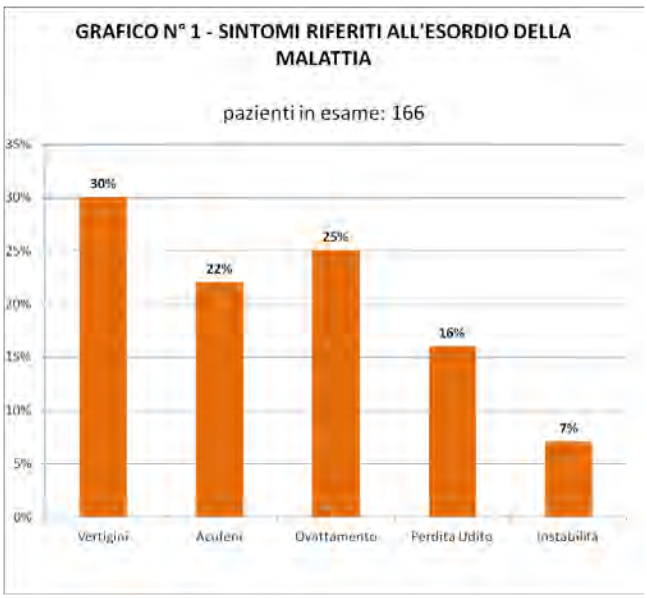
È difficile per il malato accettare di aver perso parte della propria autonomia. Questo è il punto cruciale: la perdita di autonomia, il dover dipendere dagli altri, e anche nei periodi di remissione della malattia dover affrontare ogni piccolo, banale, quotidiano, evento della vita, come una sfida, che a volte, ci vede vincitori ma, comunque, esausti per lo sforzo.
Si vorrebbe guardare in faccia la malattia e gridarle che non la si teme, ma non è così, la nostra ombra (la Paura) è sempre con noi.
L'energia con il tempo si esaurisce, passa la voglia di lottare e la depressione allunga la nostra ombra.
Spesso subentra un'autovalutazione negativa, pensiamo di non essere più buone madri o bravi padri di famiglia, ci sentiamo di peso o in colpa perché malati, ma non è così, il valore di una persona non si valuta con un esame audiometrico o da quante volte le gira la testa.
Noi siamo persone forti, speciali, proprio perché viviamo e combattiamo la Malattia di Menière.
Ma anche per le persone a noi vicine è difficile accettare la nostra situazione.
Dovranno fidarsi di quello che diciamo loro, senza nulla discutere, perchè mai potranno capire fino in fondo i sintomi da noi descritti.
Spesso il malato si definisce "menierico": ovvero si identifica nella malattia.
Anche per molti medici siamo "menierici".
Questo identificarsi nella malattia è pericoloso: se il malato annulla se stesso diventando la malattia, ogni parte del suo vissuto sarà malattia, anche quando sarà in fase di remissione spontanea o per un effetto benefico delle terapie prescritte.
Mio impegno è, ormai da anni, quello di tenere ben distinto il ruolo della malattia dalla vita del malato. In questo modo la persona combatterà con forza e determinazione l'invasore che sta cercando di impadronirsi della sua esistenza. Se invece si riconoscerà "menierico" avrà concesso alla malattia di diventare se stesso.
Sarà quindi compito del medico, e se occorre dello psicoterapeuta, valutare e comprendere la capacità di resilienza del malato, comprendendo e non colpevolizzando la capacità o l'incapacità di reagire ad un evento drammatico come il ripetersi delle crisi vertiginose o all'improvvisa caduta dell'udito.
Se la sfera psicologica sarà sopraffatta dalla malattia si innescherà un meccanismo tanto devastante quanto distruttivo. È infatti importantissima la valutazione psicologica del paziente.
La depressione che spesso accompagna la malattia, è di tipo reattivo, mal adattiva, post-traumatica.
Possiamo infatti verificare che quasi tutti i pazienti che hanno beneficio dal trattamento con gentamicina intratimpanica o che sono stati sottoposti a neurotomia del vestibolare, una volta recuperato l'equilibrio, nella consapevolezza del non dover più temere le crisi vertiginose, escono dalla depressione.

Occorre inoltre rilevare che le spese per le terapie alle quali il paziente voglia o debba sottoporsi, sono a totale suo carico e tale condizione rappresenta un ulteriore ostacolo per il miglioramento della sua qualità di vita.

Il grave problema che dobbiamo affrontare riguardo al Servizio Sanitario Nazionale è legato anche al fatto che non esistono attualmente dati attendibili relativi al numero reale delle persone affette da Malattia di Menière in Italia, situazione questa che non consente di sapere se la nostra malattia è rara oppure no.
Alcuni ospedali pubblicano dati sulla propria esperienza, ma il dato risulta "sporcato" dal peregrinare dei malati da un centro all'altro in cerca di un benessere spesso negato.
L'unico dato attendibile sarebbe ricavabile da un censimento effettuato presso i medici di famiglia, mentre le strutture pubbliche potrebbero fornire dati sulla propria esperienza terapeutica.

Dalla mia esperienza di persona affetta da Malattia di Menière, ma ben decisa a non diventare "menierica", ho pensato che rimuginare sulla sfortuna vissuta senza trarre beneficio da questa, sarebbe stato sprecare un possibilità che, nella sua negatività, poteva avere risvolti positivi se non per me, per i nuovi malati.
Ho quindi pensato di passare all'azione fondando l'**AMMI Onlus Associazione Malati Menière Insieme** e amministrando un gruppo "Malattia di Menière" sul social network Facebook.

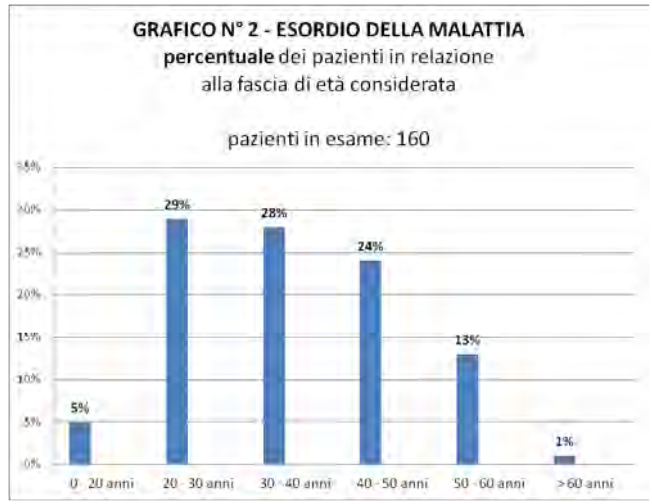
Nel gruppo abbiamo posto alcune domande agli iscritti (persone nella maggior parte conosciute ai convegni gratuiti da noi organizzati e molte delle quali seguite da medici a cui va la nostra fiducia) e, ben consapevoli che un dato rilevato con questo mezzo non ha validità scientifica siamo comunque consapevoli che si tratta di un dato indicativo della realtà, tenuto conto che la terza "nazione" più popolata del mondo dopo Cina e India è la "nazione" Facebook che ha raggiunto un miliardo di utenti.



La domanda posta è stata: *qual è stato il sintomo o quali sono stati i sintomi che hanno fatto scattare il campanello dall'allarme?:*
Vediamo che il primo campanello scatta con la crisi di vertigine.
Seguono ovattamento e acufeni, delle cui cause spesso viene accusato un tappo del cerume o catarro, assolutamente assenti.
La perdita uditiva, forse perché lieve e fluttuante all'inizio della malattia, non viene percepita come sintomo grave o allarmante.
Una piccola percentuale di malati ha notato instabilità, come primo sintomo, *mentre è interessante segnalare che ben il 15% dei pazienti ha manifestato più sintomi contemporaneamente.*

Ma il paziente come vive e riferisce i sintomi?

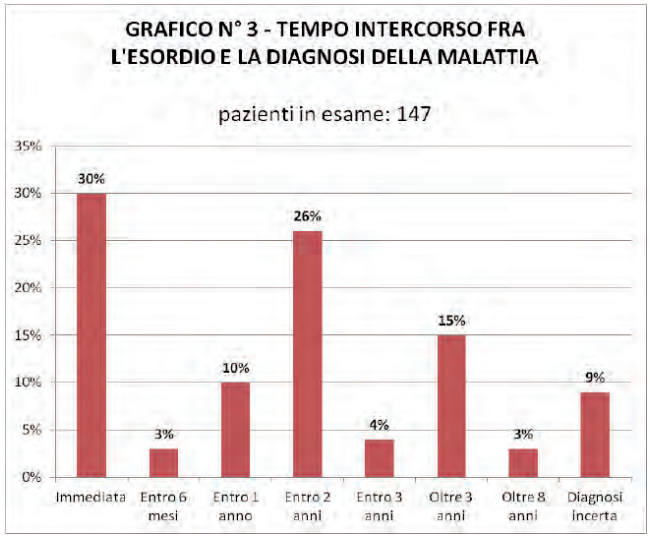
A parità di gravità dei sintomi è ovvio che cambi la valutazione/percezione personale dell'handicap che i sintomi stessi causano in funzione dell'età di esordio.



Dalla nostra piccola indagine vediamo che contrariamente a quanto si affermava nel mondo scientifico fino a qualche tempo fa, la Malattia di Menière colpisce persone giovani e anche, purtroppo, giovanissime.
Cambia molto il tipo di reazione del paziente giovane rispetto a quello meno giovane: il ragazzo o la ragazza colpito da Malattia di Menière reagirà con rabbia, vedendosi il futuro chiuso e il presente troppo gravoso sia per i problemi che la malattia crea che per i limiti e gli handicap che questa impone. Chiedere ad un giovane di seguire un regime dietetico "leggero", povero di sale, senza eccitanti semplici quali caffè o una bibita a base di cola, il fastidio che proverà a frequentare locali rumorosi saranno disagi non banali a quell'età che lo faranno sentire diverso dai coetanei. Questi disagi si sommeranno ai problemi fisici e psichici sopradescritti e non sarà facile affrontare il futuro con un fardello così pesante su spalle giovani ma non sempre forti.
Negli adulti domina invece la paura: paura di non poter soddisfare le necessità di una famiglia a 360° e di non poter dare e avere di se stesso l'immagine di persona matura e forte capace di affrontare la quotidianità lavorativa, sociale, affettiva come tutti.

Ma, abbiamo chiesto, una volta che i sintomi si sono manifestati, la diagnosi è stata immediata?

Questo è un problema particolarmente inquietante: solo il 30% dei malati ha avuto una diagnosi immediata. Mentre per il 26% sono occorsi 2 anni e per il 15% oltre 3.



Credo sia indispensabile che i medici approfondiscano le loro competenze nell'ambito delle patologie vestibolari, in particolare come accennato prima, i medici di base davanti ad un paziente che lamenta, ad esempio, instabilità e acufeni, dovrebbero prevedere oltre ai soliti esami di routine, anche una visita otorinolaringoiatrica, possibilmente in un centro specializzato in patologie vestibolari.
Nel tempo "perso" tra l'insorgere dei sintomi e la diagnosi, il malato avrà spese tempo, energie e denaro, tra specialisti spesso non in contatto tra loro, sottoponendosi a esami non sempre necessari.
Avrà quindi accumulato delusioni e stress.
Non comprendendo quanto gli sta accadendo, si chiuderà in se stesso perdendo fiducia e accumulando rabbia.
Per questo auspichiamo che la rete di comunicazione che abbiamo creato con l'**AMMI Onlus** e con FaceBook come strumento di immediato confronto tra malati, diventi strumento di informazione ma anche e soprattutto di sollievo ai malati nei momenti, non rari, di profondo sconforto.

Il Censis, il 2 ottobre 2012, ha pubblicato questo interessante studio:
Quando si presenta un problema di salute, per il 73,2% degli italiani è più importante capire che cosa sta succedendo, piuttosto che trovare subito il rimedio più efficace (26,8%). Si tratta di un dato in aumento (nel 2006 la pensava così il 64,9%), che testimonia la crescente responsabilizzazione sanitaria individuale e la maggiore partecipazione del singolo al percorso diagnostico e terapeutico.

Attendere anni una diagnosi: inaccettabile.
Occorre capire, scongiurando la possibilità di essere affetti da una patologia più grave, quali Sclerosi Multipla o neurinoma che possono dare sintomi simili.
Capire, per essere in grado di cercare / scegliere da chi farci curare e non cadere nella rete – ormai sempre più numerosa – dei venditori di illusioni
Capire, conoscere, quali sono i percorsi terapeutici possibili, ovvero avere la spiegazione di ciò che oggi la medicina ha a disposizione per i malati di Menière.
Sarà quindi indispensabile per una buona riuscita della terapia che il medico ascolti attentamente il malato, valutando non solo lo stato della malattia, ma anche la sua capacità di resilienza, ovvero di affrontare un evento negativo come una malattia cronica, e una volta valutato questo, occorre che il medico gli faccia capire/sentire che camminerà al suo fianco. Un cammino difficile, perché difficile è vivere con la Menière e difficile è prendersi cura di un malato di Menière.
Insisto sullo stimolo della capacità di resilienza: con la Mdm il paziente sarà spinto a crearsi più limiti di quanto sia necessario, arrivando anche a situazioni di isolamento drammatiche e questo va combattuto con stimoli positivi quali: potrà e dovrà fare esercizio fisico, magari evitando immersioni o sport estremi, ma tutto il resto è possibile adeguato ovviamente all'età e ad eventuali altre patologie. Non è vero che il paziente non possa guidare, telefonare, lavorare, alcuni di noi hanno ricevuto queste limitazioni proprio dallo specialista: cambi mestiere, cambi vita.

I pazienti auspicano collaborazione tra medici: protocolli diversi ma confrontati, eventualmente rivisti e corretti. Confronti tra medici che devono avere come obiettivo il bene del paziente: il medico ha scelto la sua professione, mentre il malato non ha scelto di esserlo.
Ciò che i malati auspicano è che vi sia collaborazione anche tra medici di specializzazioni diverse. La visione e gestione settoriale del malato porta confusione e il pericolo è che il paziente se autogestito, spenda tempo, soldi ed energie in inutili visite/viaggi della speranza, mentre se questi fossero gestiti da chi "si prende cura del paziente" anziché della malattia, i risultati sarebbero certamente migliori.
Ma le aspettative cambiano molto quando a rispondere sono i pazienti trattati con gentamicina o quei casi fortunatamente rari di neurotomia, e quindi monolaterali. Per queste persone la risposta è "vorrei che il mio

futuro fosse non peggiore del presente, consapevole del passato, posso controllare gli altri sintomi ma non la vertigine". Eliminare la vertigine consente di guardare positivamente il futuro.
È necessario quindi il passaggio dalle modalità "storiche" di partecipazione del cittadino-paziente (umanizzazione delle cure, qualità percepita, carta dei servizi, consenso informato) a processi più ampi e complessi di empowerment, riconosciuti quali strumenti utili per favorire l'erogazione di cure efficaci e appropriate sotto il profilo clinico ed etico e, nel contempo, garantire il massimo livello possibile di equità nell'uso delle risorse. Di pari passo quindi il paziente diventerà dapprima paziente informato e poi paziente competente.

Dalla visione empatica dei bisogni del paziente può nascere per quest'ultimo la volontà di superare la "prigionia della malattia", tutto quell'insieme di dolore e di disagio che gli occupa l'animo e che gli rende talora impossibile aprirsi ad altre esperienze di vita.
Questa visione, che si basa sull'Empatia e la Compassione, dà concreta sostanza morale all'ideale di "alleanza terapeutica". In questo contesto si pone la Medicina Centrata sulla Persona.

Da tutto questo è nata l'**AMMI Onlus Associazione Malati Menière Insieme Onlus**:

"Vivere la malattia di Menière oggi: la nostra associazione"

Oggi i medici e i centri specializzati nella malattia di Menière ci sono. Vero è che non sono tanti ma il fatto che questi specialisti si occupino di noi è determinante: con loro abbiamo le armi per non restare sopraffatti dall'uragano che la Malattia di Menière porta nelle nostre vite.

Però… un però c'è e non è cosa da poco.

Ancora oggi vivere con la Malattia di Menière significa vivere con una malattia non visibile e di difficile comprensione per chi non ne è affetto e quindi per i nostri familiari, i nostri amici e per i colleghi o datori di lavoro. Per questi motivi vivere con la malattia di Menière può far sì che ci si senta così soli da rischiare forme depressive che altro non faranno che aggravare la malattia stessa.
Credo quindi che sia importante costruire *una rete di comunicazione tra i malati*. Una rete che attraverso l'informazione ma anche e soprattutto tramite la condivisione della quotidianità dia sollievo ai momenti, non rari, di profondo sconforto.
Quella quotidianità che può diventare difficile per noi che dobbiamo convivere con la paura degli attacchi di vertigine, con le difficoltà relazionali create dalla sordità, con l'incubo degli acufeni e della pienezza auricolare.
Ognuno di noi, nel proprio vissuto, affronta le difficoltà che la malattia traccia davanti a noi, con le armi che ha a disposizione: quelle che ci danno i medici, con le terapie mediche e quelle che dobbiamo trovare in noi e tra noi, stringendo le nostre mani in una alleanza che si chiama solidarietà.
Malattia significa fatica e se, come nel nostro caso, la malattia presenta aspetti oscuri e difficilmente comprensibili, tutto si complica di più. La sensazione di essere intrappolati in una situazione ingestibile e inspiegabile, con sintomi invalidanti e inabilitanti, può portare ad un aggravamento di ciò che "la vita della stessa malattia" può imporci.
"Vita della malattia" perché la malattia non è la nostra vita bensì un suo aspetto da combattere come si combatte ogni nemico: con tutte le nostre forze e con tutte le nostre armi. .
Se la sordità, gli acufeni, la fullnes ci penetrano e rendono gravosa la nostra esistenza, se le crisi di vertigine ci devastano e rendono *impossibile* e angosciante la nostra esistenza, "armiamoci":

— rivolgendoci a medici preparati e seri. La nostra associazione potrà fornire il nominativo del medico, a nostro avviso competente, più vicino all' abitazione del malato;
— condividendo la quotidianità. Condividere significa "dividere con": dividere con gli altri le delusioni di cui spesso è irto il cammino di chi è affetto da Malattia di Menière; dividere con gli altri la paura delle crisi, l'incubo degli acufeni e le difficoltà causate dalla sordità;
— organizzando convegni gratuiti con specialisti rivolti ai malati ma aperti anche ai medici e paramedici

Vivere *insieme* la malattia farà sì che tutto diventi più "lieve" e che l'angoscia della solitudine scompaia.
Insieme per affrontare le Istituzioni chiedendo la giusta attenzione verso la nostra patologia.
Insieme per collaborare con gli specialisti che con noi vorranno approfondire la ricerca al fine di scoprire le

cause della Malattia di Menière senza le quali non potremo sperare nella sua sconfitta.

INSIEME a questo io e i soci Fondatori dell'**AMMI Onlus** abbiamo pensato quando abbiamo deciso di fondare questa associazione:
non più remissivi accettatori di pillole, sotto la sudditanza del "magico sapere" del camice bianco, ma persone consapevoli e informate, coscienti costruttori del proprio vissuto anche se di malato. Malati che collaborano con i medici, fianco a fianco, ma che reagiscono alla malattia costruendo una rete di supporto dove non c'è chi dà aiuto e chi lo riceve ma solo mani che si stringono dandosi forza e sostegno.

I nostri volontari, tutti affetti da Malattia di Menière, accolgono le richieste dei malati nei seguenti giorni ai numeri indicati:
Il lunedì dalle 17:30 alle 19:00 al 051-6478288.
Il martedì dalle 17:30 alle 19:00 al 347-4963020.
Il giovedì dalle 17:30 alle 19:00 al 366-8158175.
Il venerdì dalle 17:30 alle 19:00 al 349-0854951.

Associazione Malati Menière Insieme ONLUS – AMMI ONLUS

Casella Postale 6068, Bologna Roveri, Via Canova 19/2 - 40138 Bologna

www.ammi-italia.it

info@ammi-italia.it

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

L'offerta formativa di Medicine Tradizionali e Non Convenzionali nelle Facoltà di Medicina in Italia. Un trend in espansione

Mara Tognetti *abc*, Annunziato Gentiluomo *d*, Paolo Roberti di Sarsina *ef*

a Professore Associato, Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale, Università di Milano-Bicocca
b Direttore dell'Osservatorio e Metodi per la Salute (OsMeSa), Università di Milano-Bicocca
c Direttore del Master in "Sistemi Sanitari, Medicine Tradizionali e Non Convenzionali", Università di Milano-Bicocca
d Osservatorio e Metodi per la Salute, Università di Milano-Bicocca
e Coordinatore del Master in "Sistemi Sanitari, Medicine Tradizionali e Non Convenzionali", Università di Milano-Bicocca
f Osservatorio e Metodi per la Salute, Università di Milano-Bicocca

Premessa

Lo ricerca che qui presentiamo è parte di un'analisi più vasta condotta nell'ambito della prima edizione del Master in "Sistemi Sanitari, Medicine Tradizionali e Non Convenzionali" (anno accademico 2011-2012), dell'Università di Milano-Bicocca, analisi che ha fotografato lo stato dell'arte dell'offerta universitaria italiana in Medicine Tradizionali e Non Convenzionali (MT/MNC), includendo nella ricerca anche quanto proposto dalla Facoltà di Farmacia e da quella di Medicina Veterinaria. Nel saggio analizzeremo l'offerta formativa in MT/MNC proposta nell'anno accademico 2011-2012, esclusivamente dalle Scuole di Medicine Italiane private e pubbliche, in una fase di ridefinizione organizzativa e strutturale in seguito all'attuazione della Legge n.240/2010.

I sistemi di salute su base antropologica si contrappongono, in un certo qual senso, alla medicina ufficiale e stanno sempre più interessando il mondo della sociologia e non solo, in quanto fenomeno sociale e perché rilanciano la questione della relazione medico-paziente, uno dei temi fondanti della sociologia della salute. Il ricorso alle MT/MNC sottolinea l'importanza dell'umanizzazione e della personalizzazione del rapporto col medico, che vede il paziente "nella sua dimensione organica, psicologica, sociale e relazionale" (Tognetti Bordogna, 2011a, 27). Inoltre legittima il diritto alla libera scelta terapeutica della persona, restituendo al paziente la responsabilità della propria condizione. Infatti la malattia e la guarigione sono espressioni della biografia della persona, sono eventi dotati di senso, un senso ricostruito attraverso questi saperi tradizionali di cura. In particolare la guarigione, secondo questo approccio, "non è un atto meccanico piuttosto un processo strettamente coerente con la propria biografia" (Tognetti Bordogna, 2011a, 28).

La presa in carico dei medici non convenzionali vede nel dialogo, nella comunicazione, nell'ascolto attivo, nell'attenzione alla storia del paziente, nella libera narrazione della malattia, gli ingredienti fondanti del proprio essere, perfettamente coniugati con la registrazione dei parametri biologici. Le risposte che le MT/MNC danno sono personalizzate e appropriate, e si basano sulla considerazione dell'unicità dell'individuo. Le Medicine Tradizionali e Non Convenzionali sono dunque un sistema di salute vero e proprio, un sapere capace di generare guarigione, nonostante "la loro legittimazione e il loro grado di inclusione è ancora differenziato nei *welfare* regionali italiani" (Tognetti Bordogna, 2011a, 28).

Per tutte queste ragioni, diventa importante e socialmente urgente ragionare sui percorsi formativi che portano a tali figure professionali, in particolare in un'ottica di tutela dei pazienti, omologazione degli standard formativi, sinergie con le realtà private soprattutto in un momento di vuoto legislativo in tal senso. Oggi, in Italia, diversi sono i soggetti che propongono formazione in MT/MNC, senza però garantire ai partecipanti titoli che solo l'Università, istituzionalmente, può rilasciare, e soprattutto, data la differenza di programmi, di ore di lezione e di approccio, corrono il rischio di generare delle diversità di status professionale considerevoli.

L'universo studiato si compone di 37 Università pubbliche, per 40 CdL in Medicina e Chirurgia, 2 Facoltà a Torino e 3 Facoltà a Roma 1, 3 Università private (Campus Biomedico; Università Sacro Cuore Cattolica

di Roma (e Campobasso); e Università Vita e Salute San Raffaele); e la Fondazione Università di Mantova[1]. I CdL in Medicina e Chirurgia sono presenti in quasi tutto il territorio italiano, con un numero di posti totale di 9.501 per l'anno 2011-2012, che varia significativamente da Ateneo ad Ateneo e da Regione a Regione, e il cui accesso è possibile solo in seguito al superamento di una prova di ammissione. Solo la Valle D'Aosta, il Trentino Alto Adige e la Basilicata non presentano nella propria offerta formativa universitaria la Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Questo lavoro rappresenta la prima indagine esplorativa compiuta in Italia, il primo censimento in questo ambito, e la sua rilevanza risiede sull'importanza sociale rivestita oggi dalle Medicine Tradizionali e Non Convenzionali per la popolazione italiana e mondiale in genere. Almeno due gli ambiti sui cui riflettere che rendono necessario preoccuparsi dei percorsi formativi universitari in questi saperi di medicina.

Il primo è inerente al consumo da parte degli italiani di MT/MNC. Le più recenti indagini presentano la questione considerando il medico da una parte e il paziente dall'altra. Infatti, secondo Health Monitor CompuGroup Medical-Il Sole 24 Ore Sanità (2011), più della metà dei medici di Medicina generale suggerisce prodotti omeopatici ai propri pazienti, mentre dal Rapporto Eurispes Italia 2012 si evince che il 14,5% della popolazione italiana ricorre alle Medicine Non Convenzionali, dato che raggiunge il 16,2% nell'indagine del maggio 2012 di Doxapharma inerente al consumo dei medicinali omeopatici. I motivi di tale incremento non sono facilmente coglibili. La letteratura sociologia sostiene che "(Melucci, 1987; Tognetti Bordogna, 1989) da un lato si tratta di forme espressive post moderne in quanto concretizzano il desiderio di autodeterminazione e di libera scelta in salute, dall'altro sono il segno del cambiamento della dominanza del paradigma biomedico, dell'incoraggiamento alla responsabilità individuale rispetto alla propria salute. Oppure (Colombo, Rebughini, 2003) si tratta di proposte culturali, volte a costruire una diversa rappresentazione della malattia e della guarigione" (Tognetti Bordogna, 2011a, 28). La questione del consumo si lega inoltre all'aumento crescente del fenomeno dell'immigrazione in Italia.

L'istituzione Università è chiamata a definire i confini professionali e interessarsi di renderli, in un'epoca in cui si parla di globalizzazione, più adeguati possibile ai bisogni del singolo. Nel nostro Paese, la cui percentuale di immigrati è sempre più alta, si rende necessaria una formazione del settore medico che permetta di rispondere anche ai bisogni di questa parte della popolazione, e che rispetti il "cosiddetto "diritto di scelta da parte del paziente", che aumenta in modo determinante la necessità che lui/lei viva responsabilmente" (Roberti di Sarsina - Iseppato, 2011, 6).

Il secondo concerne 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, e con una riconsiderazione dell'infallibilità del paradigma dell'Evidence Based Medicine, del quale si identificano tre aspetti importanti "1) conoscenze mediche e capacità cliniche; 2) prove (scientifiche) attraverso indagini cliniche; 3) preferenze del paziente" (Roberti di Sarsina – Iseppato, 2011, 5).

"L'Organizzazione Mondiale della Sanità, in occasione del Congresso Mondiale sulla Medicina Tradizionale tenutosi a Pechino nel 2008, ha emanato la "Dichiarazione di Pechino sulla Medicina Tradizionale" 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 (6, 26-28, 50)" (Roberti di Sarsina, 2010, 32).

La ricerca

Il saggio presenta i dati sull'offerta formativa in ambito universitario in quanto è l'Università che detiene la riserva costituzionale per l'istruzione, che svolge la funzione di proporre e produrre sapere, e che attribuisce dei titoli che si conseguono seguendo dei corsi a cui si accede avendo ultimato la scuola secondaria. Alla luce di quanto detto, risulta socialmente rilevante comprendere come le Facoltà di Medicina d'Italia si pongono nei confronti di queste tradizionali medicine, che recuperano e rilanciano il concetto di arte medica, che si focalizzano sull'individuo e non sulla malattia, e che

1 Per questioni di esaustività, si riporta quanto segue: 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, la Facoltà di Medicina e Chirurgia, in cui non è presente il Corso di Laurea a ciclo unico di Medicina e Chirurgia, dipende, per lo più, dalle Università di Brescia e da quella di Milano Statale.

considerano il paziente non solo in termini fisiologico-anatomici, ma come una unità costituita al contempo di corpo, emozione, mente e spirito.

Per l'analisi dell'offerta formativa é stato utilizzato un questionario semi-strutturato, inviato alle Facoltà di Medicina e Chirurgia in Italia, e sono stati analizzati i siti delle diverse facoltà. Il questionario è basato su otto domande attraverso le quali si richiedeva di segnalare l'offerta che la Facoltà proponeva in ambito delle MT/MNC nelle diverse possibilità (Corsi Elettivi, Master di I e di II Livello[2], Corsi di Perfezionamento[3], Corsi di Alta Formazione, Scuole di Specializzazione post laurea[4], Dottorati[5], Altri Tipi di Formazione [seminari, ecc.]). Per questi corsi, si richiedeva di segnalare il numero dei crediti, il monte ore di lezioni teoriche e pratiche, il nome del referente e il programma. Il questionario rilevava anche le eventuali ricerche promosse e l'evenienza di docenti strutturati in MT/MNC.

In primis il saggio chiarisce la posizione ufficiale dell'Università nei confronti delle MT/MNC, riportando le riflessioni emerse dalla Conferenza Permanente dei Presidi dei Corsi di Laurea di Medicina e Chirurgia nel 2004 e nel 2011. La nostra ricerca riguarda l'offerta formativa pre e post-lauream relativa all'anno accademico 2011-12.

Tra le criticità emerse vi è da segnalare che solo poco più di 1/3 delle Facoltà di Medicina e Chirurgia ha partecipato all'indagine e tale mancata adesione[6] potrebbe essere ricondotta ad almeno tre tipi di motivazioni. Il primo si lega al periodo di transizione che sta vivendo il mondo accademico italiano in seguito alla Legge n.240/210, che sta rivoluzionando il sistema universitario e che in particolare per le Facoltà di Medicina e Chirurgia riguarda il loro passaggio a Scuole di Medicina. Il secondo può invece esprimere una chiara scelta di marketing. È probabile che si voglia evitare di far circolare facilmente le informazioni sulla propria offerta per non favorire gli altri Atenei, correndo il rischio di corsi duplicati e minando, in qualche modo, la concorrenza tra le Università, che potrebbe invece garantire un'offerta più diversificata e migliore. Il terzo esprimerebbe una certa insicurezza da parte degli Atenei rispetto alla propria offerta formativa oppure la convinzione che le proprie proposte formative siano di per sé già chiare.

Le informazioni raccolte attraverso il questionario sono state integrate con la rilevazione dell'offerta formativa che traspariva dai portali delle singole Facoltà di Medi-

2 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 necessità di riqualificarsi. 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.

3 Il Corso di Perfezionamento, anch'esso riservato a un numero limitato di partecipanti, è 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 attestato di partecipazione che certifica le competenze acquisite.

4 Un Corso di Specializzazione fornisce conoscenze e abilità per esercitare particolari professioni. Permette di ottenere l'abilitazione all'esercizio di queste professioni ed è finalizzato alla formazione di specialisti in determinati settori professionali. Per accedervi è necessario aver acquisito una laurea magistrale.

5 Il Dottorato di Ricerca (che sarebbe l'equivalente del PhD anglosassone) rappresenta il livello più alto della formazione universitaria post laurea, dura tra i tre e i quattro anni ed è riservato a un numero minimo di partecipanti. L'ammissione avviene attraverso un concorso per titoli ed esami, e la *conditio sine qua non* è il possesso di una laurea magistrale. L'obiettivo del Dottorato di Ricerca è di fornire conoscenze e competenze di carattere scientifico richieste nell'ambito della carriera universitaria o in centri di ricerca avanzata pubblici o privati. Attraverso questo percorso si consegue il titolo di Dottore di Ricerca.

Per la presentazione dell'offerta post laurea, ci si è ispirati alla presentazione proposta sul portale www.unimi.it dall'Università degli Studi di Milano "Statale".

6 Delle 44 Facoltà che propongono il Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia, solo 17 hanno dato una risposta all'e-mail di presentazione della ricerca, e di queste in 10 hanno risposto, sempre via e-mail, con il questionario completo compilato; 3 hanno rimandato il questionario ridotto compilato, 2 hanno dato delle risposte di carattere orientativo, via e-mail e via telefono, e 2 hanno comunicato di non avere il tempo per poter rispondere ai quesiti. In sintesi, si può dire che ha risposto, in qualche modo, alla ricerca il 38,63% delle Facoltà e collaborato attivamente il 34,1%.

Nonostante due invii con due richiami, la lettera di presentazione ufficiale da parte della Direzione del Master, e il tentativo di mandare un questionario di sole due domande e oltre due mesi di tempo, alla fine solo poco più di un terzo delle Facoltà è risultato attento e sensibile a questa indagine.

cina e Chirurgia. È accaduto che ci si è trovati di fronte a siti non aggiornati e non sempre di facile utilizzo, e anche che, rispetto all'offerta in termini di insegnamenti, qualche Facoltà rimandasse alla scheda del MIUR, come è avvenuto per la Seconda Università di Napoli, in cui non comparivano le specifiche inerenti ai tipi di formazione, fra cui le Attività Didattiche Elettive (A.D.E.) e le Attività Didattiche Opzionali (A.D.O.).

Si precisa che sono stati considerati in questa indagine solo quei corsi (intra e post lauream) che avevano, fin dal loro titolo, un chiaro riferimento alle MT/MNC, a testimonianza di un equivocabile impegno e di una specifica vocazione nella promozione e nella formazione in queste Medicine

Dall'analisi dei siti, è emerso comunque un reale e consistente impegno da parte delle Facoltà a rilanciare il tema fondante della relazione medico-paziente. Tanti sono i corsi opzionali o gli A.D.E. che comunque sono orientati all'obiettivo di rafforzare la relazione medico paziente e tale questione può in qualche modo fungere da apri pista per l'inserimento di corsi sulle MT/MNC. Inoltre diversi sono i Master, i Corsi di Perfezionamento, i Corsi di Alta Formazione o i Corsi di Aggiornamento professionale riguardanti il benessere, l'alimentazione, la Low Medicine, le Cure Palliative, la Chinesiologia, l'Idrokinesiterapia, la P.N.E.I. (Psico-Neuro-Endocrino-Immunologia), le tecniche di rilassamento, la Musicoterapia[7], che comunque esprimono la presa di coscienza che il "mondo"/"movimento" dell'Evidence Base Medicine che sembrava infallibile, che rendeva la scienza una tecnica quasi onnipotente, ha necessariamente bisogno di recuperare la parte più artistica e olistica della Medicina. Oltre ad avere tematiche affini alle MT/MNC, rappresentano un aspetto dell'umanizzazione delle professione medica e delle professione sanitarie non mediche, un modo per contribuire a ripristinare una nuova alleanza terapeutica, caratterizzata da altre strategie comunicative e orientata realmente al paziente, a volte molto informato e che pretende di sapere cosa ha.

1. **La posizione della Conferenza Permanente dei Presidi del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia**

Come sappiamo, uno dei pilastri che strutturano e rinforzano la professione del medico è costituita dalla formazione, ossia dal corso di laurea a ciclo unico di sei anni in Medicina e Chirurgia. Inoltre, dopo aver superato tutti gli esami e discusso con esito positivo la tesi, il laureato deve superare l'esame di stato che gli conferisce il titolo di medico e gli consente di iscriversi all'albo professione dell'Ordine dei Medici, ulteriore aspetto legittimante della professione (Vicarelli, 2010). Con questa premessa, è facile comprendere come l'ambito studiato sia politicamente influenzato, da una parte dalla establishment dei medici e dall'altra da quella delle Facoltà di Medicina e Chirurgia. In Italia, secondo i regolamenti e le circolari in vigore[8], le MT/MNC possono essere praticate solo da medici, nonostante nei contesti di riferimento di questi sistemi di cura i percorsi formativi siano distinti dalla Medicina Convenzionale o Biomedica (si pensi alla Medicina Tibetana, a quella Tradizionale Cinese e a quella Ayurvedica)[9].

7 Tra questi corsi post lauream si ricordano: "Corpo-Mente: modelli integrati per la salute, la prevenzione e la malattia", "Nutrizione e Benessere" (Milano Statale), "Scienze del benessere" (Parma), Nutrizione e salute (L'Aquila); "Stress, sport, nutrizione: nuovi approccio diagnostici e terapeutici per wellness, fitness, prevenzione e riabilitazione" (Roma La Sapienza), "Medicina e benessere termale finalizzati alla terapia delle malattie reumatiche" (Napoli Federico II), "Benessere e stili di vita" (Roma La Sapienza), Idrokinesiterapia (Pisa), Cure palliative al termine della vita (Milano Statale), "Low Medicine in Pediatria" (Parma), "PNEI (Psico-Neuro-Endocrino-Immunologia) e correlazioni con l'ambiente (Bologna)", in "Psiconeuroendocrinoimmunologia, gestione dello stress e Medicina Integrata" (L'Aquila), "Counseling" (Piemonte Orientale), "Chinesiologia" e "Chinesiologia rieducativa" (Chieti-Pescara), "Occlusione e postura in chiave kinesiologia" (Messina), "Terapia manuale e riabilitazione muscolo scheletrica" (Padova), "Zooantropologia esperienziale: binomio uomo/animale per il lavoro di Pet Therapy e attività assistite con animali" (Napoli Federico II), "Tecniche di rilassamento e biofeedback" (Siena), "Musicarteterapia" (Roma Tor Vergata), Musicoterapia (Padova), "Laboratorio triennale di Musico-Terapia" (Milano Statale).

8 Cfr. "Le linee guida della FNOMCeO su medicine e pratiche non convenzionali" - *Delibera del 18 Maggio 2002 – Consiglio Nazionale della* FNOMCeO, riunito a Terni il 18 maggio 2002; Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri "Medicine e pratiche non convenzionali" (Consiglio Nazionale – 22 febbraio 2007); "Linee guida per la formazione nelle medicine e pratiche non convenzionali riservate ai medici chirurghi e odontoiatri della FNOMCeO" - Consiglio Nazionale FNOMCeO - 12 dicembre 2009.

9 Rispetto a questo aspetto l'OMS, nelle linee guida del piano quinquennale del 16 maggio 2012, precisa che: "gli operatori della salute non medici devono essere considerati "una risorsa sostenibile e di valore" per tutti i paesi del mondo e l'utilizzo di questi operatori nel sistema primario della cura, in stretta collaborazione con gli operatori della medicina convenzionale, contribuisce ad ottenere sistemi di salute più pratici, efficaci, e culturalmente accettabili. Beneficiare del meglio della medicina non convenzionale e di quella convenzionale e di una collaborazione efficiente e fattiva tra i due campi, è un diritto irrinunciabile del cittadino e della comunità".

Esiste una posizione quindi ufficiale sia in termini di definizione degli ambiti professionali, alla luce dei regolamenti e delle circolari su citate, sia per quanto riguarda la questione della formazione rappresentata dalla Conferenza Permanente dei Presidi del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia (CPPCLM)[10]. Quest'ultima, sia nel 2004 sia nel 2011, manifesta formalmente una posizione di chiusura rispetto all'introduzione delle Medicine Tradizionali e Non Convenzionali all'interno del Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia.

Dalla Conferenza del 2004, si legge: "possiamo quindi concludere sostenendo con chiarezza il non inserimento delle CAM come disciplina (o discipline) nel Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia, e neppure un loro surrettizio ingresso sotto altre forme didattiche (seminari, corsi elettivi). È invece indispensabile, per affrontare questo problema, il potenziamento della formazione metodologica e relazionale dello studente, l'apprendimento di specifici strumenti per la ricerca, la comprensione, l'analisi critica delle informazioni"[11].

Dalla Conferenza del 2011, vengono stilati i seguenti punti, rispetto alle linee da tenere nei confronti delle MT/MNC:

"1 - L'acquisizione di competenze relative alle CAM non rappresenta un obiettivo didattico del CLM. Non possono essere quindi inseriti insegnamenti, oggettivati allo sviluppo di specifiche competenze od abilità, relativi ad alcun tipo di CAM in corsi integrati, discipline, moduli del CLM fin tanto che, entrando nel merito, non si disponga di evidenze scientifiche non ambigue.

2 - Nozioni relative alle CAM non debbono essere oggetto di un surrettizio ingresso negli obiettivi didattici professionalizzanti fin tanto che, entrando nel merito, non si disponga di evidenze scientifiche non ambigue.

3 - Lo studente dovrà essere stimolato a sviluppare una conoscenza critica sugli elementi essenziali caratterizzanti le più diffuse CAM, i loro effetti e i rischi, attraverso una riflessione orientata a comprendere le motivazioni al loro uso, l'assunzione di una posizione intellettualmente chiara al fine di fornire un'informazione equilibrata all'utenza sull'uso delle CAM.

4 - Andrà sviluppato l'impiego di strumenti didattici pertinenti al raggiungimento degli obiettivi 1-3, anche adottando nei corsi integrati più appropriati i summenzionati obiettivi didattici del *core curriculum* e collocando in specifici corsi integrati, maggiormente pertinenti, lo sviluppo di capacità di informazione/ educazione del paziente su particolari aspetti delle CAM.

La CPPCLM rileva peraltro la necessità di un ulteriore impegno didattico per rafforzare la componente metodologica e farmacologico-terapeutica, la valorizzazione del concetto di salute e del ruolo degli stili di vita nella formazione dello studente, lo sviluppo della capacità di cogliere le valenze socio-culturali e spirituali della persona, il cogliere le opportunità didattiche della medicina narrativa, l'implementazione delle capacità di ascolto, di instaurare una relazione di aiuto e di counselling"[12].

2. **L'offerta formativa nelle MT/MNC in Italia in estrema sintesi**

Nonostante la posizione ufficiale della Conferenza Permanente dei Presid del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, questo studio rileva una certa distanza da tale posizione da parte di diversi Atenei che, rifacendosi all'Art.33 della Costituzione Italiana e quindi alla libertà dell'insegnamento e al "diritto di darsi ordinamenti autonomi nei limiti stabiliti dalle leggi dello Stato" [13],

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

11 "*Riflessioni sulle medicine alternative e complementari ed il Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia*", Conferenza congiunta dei Presidi di Facoltà di Medicina e Chirurgia e dei Presidi di Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia, Alghero, 2 maggio 2004, pag. 923.

12 "L'insegnamento delle Medicine Alternative e Complementari (CAM) nel Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia. Posizione della Conferenza Permanente dei Presidi dei CLM". Conferenza Permanente dei Presidi dei Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, Genova 1 luglio 2011. Medicina e Chirurgia 2011, pag. 2332.

13 Articolo 33 della Costituzione italiana:
"L'arte e la scienza sono libere e libero ne è l'insegnamento.
La Repubblica detta le norme generali sull'istruzione ed istituisce scuole statali per tutti gli ordini e gradi.
Enti e privati hanno il diritto di istituire scuole ed istituti di educazione, senza oneri per lo Stato.
La legge, nel fissare i diritti e gli obblighi delle scuole non statali che chiedono la parità, deve assicurare ad esse piena libertà e ai loro alunni un trattamento scolastico equipollente a quello degli alunni di scuole statali.
È prescritto un esame di stato per l'ammissione ai vari ordini e gradi di scuole o per la conclusione di essi e per l'abilitazione all'esercizio professionale.

hanno attuato una specifica offerta formativa nell'ambito delle MT/MNC pre e post laurea. La nostra ricerca evidenzia, infatti, una certa attenzione e un considerevole interesse da parte di alcuni Atenei.
Nell'anno accademico 2011-2012 sono stati attivati alcuni Corsi Elettivi e, in particolare, Attività Didattiche Elettive (ADE), Attività Didattiche Opzionali (ADO) e attività seminariali, inerenti a tali saperi tradizionali di medicina, e, rispetto all'offerta formativa post laurea, 17 Masters e 5 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. È doveroso però segnalare "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 non risultano esserci ricercatori, professori associati, straordinari, ordinari specificamente per le MT/MNC.
Le Università private sembrano non investire nella formazione nell'ambito delle MT/MNC, che potrebbe, invece, fare da volano e renderle distintive in tal senso nel panorama nazionale.

3. **La formazione in MT/MNC durante il percorso universitario**

Per quanto riguarda l'offerta formativa prevista dal piano di studi delle Facoltà suddette, non è semplice individuare le scelte dei diversi Atenei rispetto alle MT/MNC, in particolare se si analizzano i siti che in diversi casi risultano privi di precisi riferimenti.
Dalla disamina dell'offerta formativa, è risultato evidente come, dalle tabelle ministeriali, relativi ai crediti formativi totali, ogni Facoltà ha scelto autonomamente di liberalizzare il numero di crediti liberi, in alcuni casi fino a una decina, rispetto al piano di studi del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia. Inoltre, accanto ai corsi elettivi (monografici e internati), con i nuovi ordinamenti il corso di laurea suddetto prevede anche, come si è detto, le Attività Didattiche Opzionale (ADO) e le Attività Didattiche Elettive (ADE). A volte sono proprio questi ultimi due tipi di formazione ad essere utilizzati da alcune Facoltà, tra cui quella di Torino "San Luigi Gonzaga", per cercare di informare, in qualche misura, il laureando in Medicina e Chirurgia rispetto alle MT/MNC. Normalmente valgano 1 o 2 crediti e si svolgono come un'attività seminariale.
Dall'analisi dei questionari, dalle interrogazioni di due motori di ricerca[14] e dei siti emerge, per quanto riguarda i corsi elettivi, il quadro sintetizzato nella Tabella 1.
La Tab. 1 ripropone semplicemente gli insegnamenti registrati attraverso il ritorno dei questionari e quelli dell'Università degli Studi "Alma Studiorum" di Bologna. Altre realtà accademiche, in particolare l'Università degli Studi di Torino e l'Università degli Studi di Milano Statale, prevedono diversi insegnamenti inerenti alle MT/MNC, molti dei quali diretti ad altri profili professionali sanitari (infermieri e ostetriche), di cui però non sono segnalati i docenti, i programmi, l'avvenuta attivazione, e per questo non trovano spazio nella Tabella 1.
Infine, è da annotare che il corso elettivo "Introduzione alla conoscenza delle medicine complementari" della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Verona, per l'anno accademico 2011-2012, è stato annullato[15].

4. **La situazione della formazione post laurea delle Scuole di Medicina italiane in MT/MNC nell'anno accademico 2011-2012.**

Come si è detto, l'offerta formativa post laurea delle Scuole di Medicina italiane in MT/MNC ha previsto per l'anno accademico 2011-2012 soltanto l'attivazione di Master e di Corsi di perfezionamento. La presenza di questi percorsi formativi post laurea ha interessato 8 regioni italiane, tra le quali spiccano il Lazio e la Lombardia, che, come mostra il Grafico 1, insieme coprono quasi il 50% dell'offerta, precisamente il 45,5%.
Si può notare come ci sia 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. 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 Mnc" (Tognetti Bordogna, 2011, 32), sono le stesse regioni, eccezion

Le istituzioni di alta cultura, università ed accademie, hanno il diritto di darsi ordinamenti autonomi nei limiti stabiliti dalle leggi dello Stato" cit. in
http://www.senato.it/istituzione/29375/131289/131307/131312/articolo.htm

14 http://infosanita.it/search_cat_sub_reg.asp?idcategoria=8&idtipo=43 e http://salute24.ilsole24ore.com/riferimenti/universita?page=2

15 Cfr. http://www.medicina.univr.it/fol/main?ent=oi&aa=2011%2F2012&codiceCs=M54&codins=16442&discr=&discrCd=&lang=it

TAB. 1 Insegnamenti intra-lauream attivati nell'anno accademico 2011-2012

Corsi Elettivi, Opzionali, ADO, ADE			
REGIONE	**UNIVERSITÀ**	**TITOLO**	**CREDITI**
PIEMONTE	TORINO SAN LUIGI	Generalità sulle medicine non convenzionali	1
LOMBARDIA	MILANO BICOCCA	Fondamenti razionali e critici di medicina complementare	1
	BRESCIA	Le medicine non convenzionali o complementari	2
EMILIA ROMAGNA	BOLOGNA	Agopuntura e Medicina tradizionale Cinese dai principi alla pratica	3
	BOLOGNA	Agopuntura e medicine non convenzionali nella pratica clinica integrata: indicazioni e limiti	3
	BOLOGNA	Medicine tradizionali e non convenzionali	3
	MODENA E REGGIO EMILIA	Medicine complementari	1,5

Grafico 1. Regioni e Offerta Formativa delle Scuole di Medicina italiane post laurea 2011-12

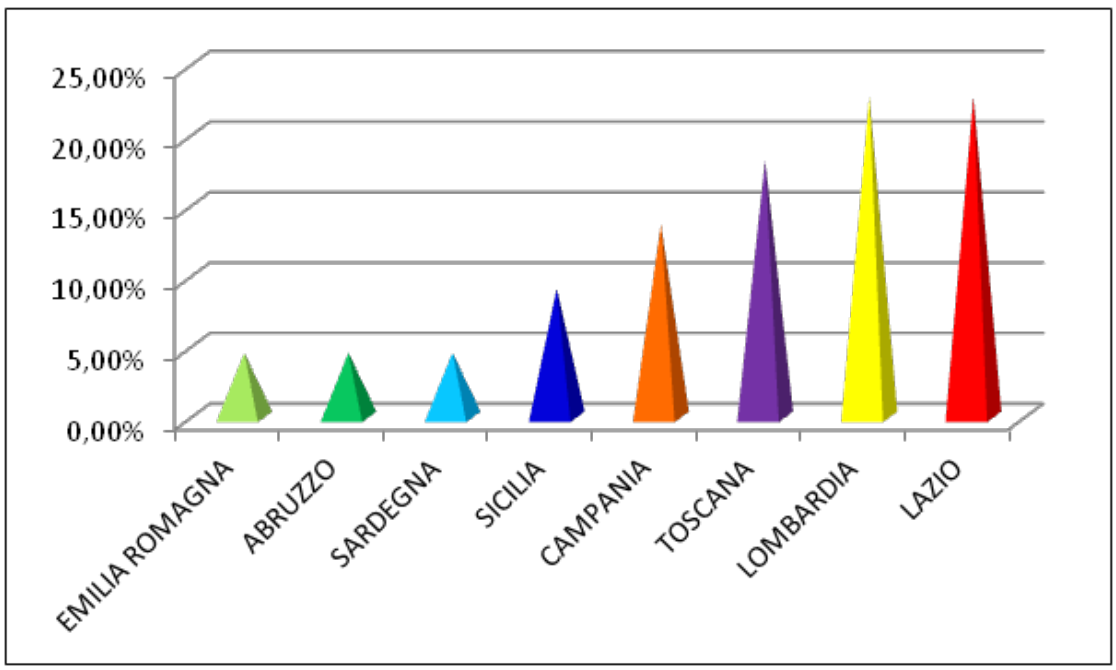
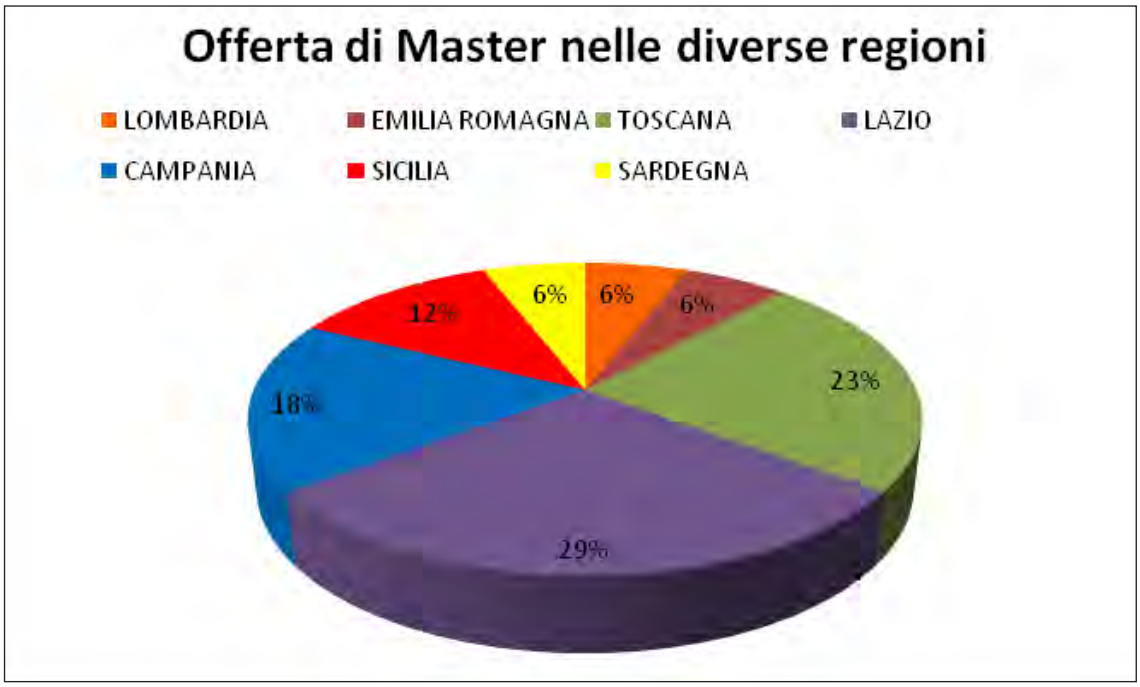


Grafico 2. Offerta di Master nelle diverse regioni italiane



fatta per il Lazio, che si distinguono per una più cospicua offerta formativa post laurea in MT/MNC. Convergenza tra Regioni e Università rispetto a questi temi o semplice casualità?

4.1 I Masters in MT/MNC attivati dalle Facoltà di Medicina e Chirurgia italiane.

Sono 17 i master attivati in Italia nell'anno accademico 2011-2012.

Tra questi il 58,8% è di II livello, dato questo che vincola l'accesso comunque a laureati con percorso quinquennale, a ciclo unico o specialistico (Tab.3). Il restante 41,2% di Master di I livello rappresenta un'offerta formativa a cui possono accedere diverse professioni con laurea triennale (Tab. 2).

Il primo aspetto che emerge dalle Tab. 3 e 4 riguarda il fatto che 7 Regioni (Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Campania, Sicilia e Sardegna) possono vantare degli Atenei che propongono Master in Medicine Tradizionali e Non Convenzionali. Tra queste sicuramente si distinguono la Toscana e il Lazio che da sole raggiungono quasi il 53% dell'intera offerta formativa in questione, come mostra il Grafico 2.

Si rileva, dunque, una notevole concentrazione dell'offerta formativa nel Centro Italia, che come emerge dal Grafico 3, primeggia rispetto al Sud e al Nord[16].

Sulla base delle nostre rilevazioni si evidenzia, inoltre, che gli Atenei più virtuosi risultano essere quelli del polo romano (Prima e Seconda Università) e l'Università di Napoli Federico II, i quali da soli costituiscono 1a metà dell'intera offerta formativa, a testimonianza di un impegno del Centro-Sud nella formazione in Medicine Tradizionali e Non Convenzionali.

Ricordiamo, inoltre, che l'anno accademico 2011-2012 ha visto attivati, come prima edizione, i Masters in "Sistemi Sanitari, Medicine Tradizionali e Non Convenzionali" (Milano-Bicocca), quello in "Agopuntura antalgica" (Sassari) e quello in "Agopuntura e Medicina Tradizionale Cinese in Ginecologia e Ostetricia" (Napoli)[17].

16 In questa dissertazione l'Italia è stata divisa in tre parti composte rispettivamente come segue:
Nord: Piemonte, Liguria, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna.
Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Molise e Abruzzo.
Sud: Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna.

17 Sui tre master suddetti, si esprime la piena certezza. Sugli altri non è stato possibile verificare chiaramente l'anno di attivazione. Bisogna aggiungere, in questa sede, che per l'anno accademico 2011-2012 il Master di II livello proposto dall'Università degli Studi di L'Aquila, da OTI Officine Terapie Innovative e dal Nobile Collegio Omeopatico, in "Omeopatia ed Altre Medicine Non Convenzionali" non è stato attivato a causa del mancato raggiungimento del nume-

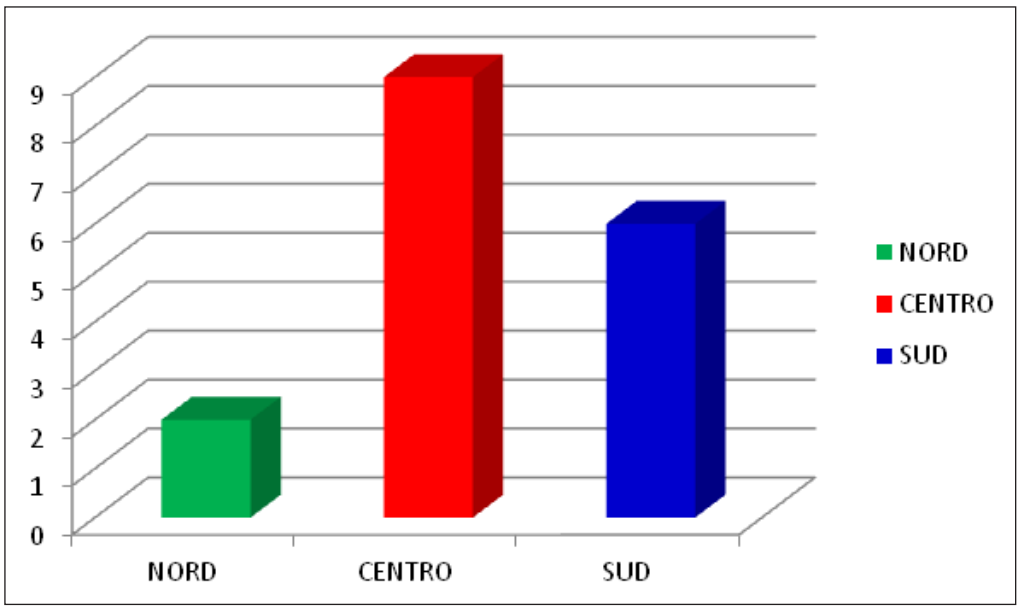
TAB. 2 Master di I livello per Regioni

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

TAB. 3 Master di II livello per Regioni

MASTER DI II LIVELLO per REGIONI			
AREA GEOGRAFICA	REGIONE	UNIVERSITÀ	TITOLO DEL MASTER
NORD	EMILIA ROMAGNA	BOLOGNA	Medicina tradizionale Cinese con agopuntura, Medicina Omeopatica, Fitoterapia medica
	TOSCANA	SIENA	Medicina integrata
CENTRO	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	Agopuntura e Medicina Tradizionale Cinese in Ginecologia e Ostetricia
		NAPOLI FEDERICO II	L'Agopuntura nelle patologie muscolo-scheletriche
	SICILIA	MESSINA	Medicine non convenzionali
	SARDEGNA	SASSARI	Agopuntura Antalgica

Grafico 3. Master universitari nell'ambito delle MT/MNC per area geografica



4.2 I Corsi di Perfezionamento attivati dalle Facoltà di Medicina e Chirurgia d'Italia.

Come si è detto in precedenza, accanto ai Master, gli Atenei italiani nell'anno accademico 2011-2012, hanno proposto 5 Corsi di Perfezionamento nell'ambito delle MT/MNC (Tab. 4).

Dall'analisi della TAB. 4 si evince:

1. L'assenza al Sud di proposte di Corsi di Perfezionamento nell'ambito delle MT/MNC mentre il Nord pare investire in modo considerevole in questo tipo di formazione post laurea.
2. Che la Regione più virtuosa risulta essere la Lombardia, che presenta il 57,1% dell'intera offerta italiana per quanto riguarda i Corsi di Perfezionamento. Inoltre, in tal senso bisogna segnalare che il Corso di Perfezionamento in "Coordinatori di medicina integrata" promosso dall'Università degli Studi di Pavia non è stato attivato per il mancato raggiungimento del numero minimo di iscritti.
3. Che il 43,8% dei Corsi di Perfezionamento porta la firma dell'Università degli Studi di Milano Statale.

Scegliere di attivare Master o Corsi di Perfezionamento non è una scelta indifferente in quanto nel primo caso si rilascia un titolo di studio a tutti gli effetti, nel secondo caso una certificazione. Proporre dei Master potrebbe significare, dunque, un impegno più consapevole e chiaro nella formazione in Medicine Tradizionali e Non Convenzionali.

ro minimo di partecipanti.

4.3 Le MT/MNC più "gettonate" nell'offerta formativa post laurea

Nonostante alcuni master abbiano all'interno dei percorsi specifici[18] relativi alle singole MT/MNC, analizzando il titolo delle diverse proposte formative post laurea delle Scuole di Medicina italiane, risulta evidente che fra le MT/MNC quella che pare ricevere maggiore accreditamento e di riflesso attenzione per la formazione sia l'Agopuntura (36,4%)[19]. Tante possono essere le ragioni, a partire da una maggior legittimazione di questa pratica in quanto sono numerose le pubblicazioni su PubMed, 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 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 pri-

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

19 Considerando invece i programmi, l'Agopuntura viene trattata, anche solo in un'ottica di presentazione informativa, dal 54,5% dei corsi post laurea considerati.

TAB. 4 Corsi di perfezionamento per REGIONI

Corsi di perfezionamento per REGIONI			
AREA GEOGRAFICA	**REGIONE**	**UNIVERSITÀ**	**TITOLO DEL CORSO DI PERFEZIONAMENTO**
NORD	**LOMBARDIA**	**MILANO STATALE**	**Medicine Non Convenzionali e Tecniche Complementari (modulo triennale)**
		MILANO STATALE	**Regolazione biologica e medicine complementari**
		MILANO STATALE	**AGOPUNTURA - Stress e Patologie correlate -**
		BRESCIA	**Agopuntura e tecniche correlate**
CENTRO	**ABRUZZO**	**CHIETI-PESCARA**	**Medina Biointegrata**

ma è una forma di applicazione, accanto al Qi Gong, all'alimentazione, al Tuina, alla Moxa e alla Fitoterapia cinese.

5. **Altri tipi di formazione universitaria in MT/MNC**

Per concludere l'excursus sulla proposta formativa, nell'anno accademico 2011-2012, dell'Università italiana, annessa alle MT/MNC, bisogna annoverare anche altre offerte formative in questo ambito. Si tratta di work-shop, eventi residenziali, convegni, conferenze, in sintesi momenti significativi, spiragli luminosi su un mondo, quello delle MT/MNC, ancora tutto da costruire. L'importanza di questi, oltre che formativa e di aggiornamento professionale, risiede nel fatto che permettono di creare sinergie, network e fungono da catalizzatori mediatici di una nuova forma mentis che avanza.

Tra questi spiccano:

a) L'evento residenziale "Un approccio integrato nel post-partum a madre neonato" - 16 e 17 marzo 2012. Si tratta di un corso di 12 ore, proposto dall'Università degli Studi Milano Bicocca, a cui sono stati preassegnati n. 12 crediti ECM. Attraverso il ricorso a didattica frontale (lezioni teoriche), esercitazioni a piccoli gruppi, simulazioni, il corso vuole "permettere l'acquisizione di tecniche osteopatiche per la gestione del puerperio, integrando e supportando la tradizionale cura ai disturbi funzionali del puerperio e del neonato; [e] introdurre conoscenze relative all'approccio della medicina antroposofica e all'uso di rimedi naturali per la puerpera ed il neonato" (Cit. in http://www.medicina.unimib.it/cmsMedicinaFiles/pdf/Corsi_ECM_11-M21_programma_all._1j.pdf).

b) Il Convegno del 9 e del 10 giugno "10 anni di osteopatia con Sapienza" (cit. in http://www.mastermedicinenaturali.it/Convegno_2012.pdf)), organizzato evidentemente dall'Università di Roma "La Sapienza" e da Chinesis. Due giornate, la prima "Osteopatia come medicina centrata sulla persona" e la seconda "Osteopatia, Chiropratica, Medicina Specialistica: nuove sinergie", costellate da relazioni, *poster sessions*, tavole rotonde e workshop.

c) Il Convegno inaugurale del Master "La Fitoterapia nella Pratica Medica: stato dell'arte e prospettive future" (cit in http://www.mastermedicinenaturali.it/Convegno_2012.pdf), proposto il 14 gennaio 2012 dall'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata". Il Convegno ha presentato la situazione attuale della Fitoterapia, la possibile complementarietà con la terapia farmacologica, e inoltre ha evidenziato il ricorso a questa MT/MNC in specifici ambiti di intervento, tra cui i disturbi pisichici minori, la ginecologia e le patologie urologiche.

6. **Sviluppi futuri…**

L'incremento registrato dell'offerta formativa di MT/MNC continua a testimonianza del crescente interesse dell'Accademia rispetto a queste Medicine.

Molte le possibili motivazioni sottese all'aumento dell'offerta formativa universitaria in MT/MNC. Tra queste possiamo ipotizzare una di natura economica, giacché questi corsi comunque rappresentano un'entrata considerevole per i singoli Atenei. Un'ulteriore motivazione è maggiormente legata a un'ottica di marketing, poiché è plausibile pensare che siano percorsi che differenziano le singole realtà universitaria, conferendo visibilità, avvicinando a sé gli interessati dalle più varie parti del Paese e creando partnership con privati (associazioni, aziende che importano, distribuiscono e producono prodotti omeopatici, ecc.) interessati alla legittimazione delle MT/MNC. Un'altra possibile motivazione è legata al prestigio che l'investimento in questo ambito potrebbe portare alle singole università, dotandole di

un carattere distintivo. È possibile anche che questo incremento sia l'espressione di una certa coerenza rispetto all'offerta passata, che quasi imporrerebbe agli Atenei di non poter tornare indietro rispetto a tale scelta formativa. Oppure, in ultimo, potrebbe rappresentare l'espressione pragmatica di sollecitazioni politiche da parte delle Regioni, considerando la relazione diretta, precedentemente presentata, tra realtà territoriali più sensibili al tema e i poli universitari emersi come più virtuosi, ubicati proprio in quelle regioni.

Non possiamo al momento sapere con certezza quale o quali di queste motivazioni abbiano portato a tale incremento, ma si registra sicuramente un trend in crescita, a testimonianza del quale citiamo: nell'anno accademico 2012-2013, il Master di Primo Livello in "Scienze Osteopatiche", attivato dall'Università degli Studi di Milano Bicocca, e il rilancio del Corso di Perfezionamento in "Coordinatore di medicina integrata" a Pavia.

Inoltre l'Ateneo di Siena inaugura, ad ottobre 2012, per la prima volta il Corso di Aggiornamento professionale, della durata di 16 ore dal titolo "Full immersion clinico-pratica in Medicina integrata", il cui obiettivo sarebbe "di fornire quegli aggiornamenti specialistici clinico - pratici necessari per l'uso professionale corretto delle metodologie proprie della Medicina Integrata"[20].

Lo scenario è comunque articolato e ben variegato. Infatti, non per ultimo è doveroso citare un Master in Naturopatia[21], promosso dall'Università Telematica San Raffaele Roma, "ateneo non statale, legalmente riconosciuto, che rilascia titoli di studio equipollenti e con il medesimo valore legale di quelli rilasciati dalle Università tradizionali"[22]. Inoltre l'Università "La Sapienza" patrocina un corso di Osteopatia, organizzato e gestito dall'Associazione Chinesis[23].

A testimonianza della crescente apertura dei diversi Atenei alle MT/MNC e quindi una crescente socializzazione nei confronti di questi temi, bisogna annoverare alcuni corsi post laurea che prevedono, al loro interno, dei moduli, anche di una certa rilevanza, annessi alle Medicine Non Convenzionali. Tra questi si ricorda:

1. Il Master di I livello in "Posturologia" proposto dall'Università "Sapienza" di Roma, all'interno del quale si trova un modulo di 20 crediti intitolato "Terapia Manuale e Osteopatia";
2. Il Master in "Cure Palliative" proposto dall'Università di Torino dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia del San Luigi di Orbassano, all'interno del quale è presente un modulo sulle MT/MNC;
3. Il Corso di Perfezionamento in "Medicina Biologica Funzionale" presso l'Università degli Studi Pescara-Chieti, "finalizzato a sviluppare conoscenze avanzate e specialistiche sugli aspetti principali delle cosiddette "medicine non convenzionali", così come riconosciute dalla Federazione Italiana degli Ordini dei Medici, secondo un'ottica d'integrazione con i fondamenti della cosiddetta "medicina convenzionale"[24]. Prevede al suo interno, tra l'altro, lezioni frontali riguardanti elementi di Fitoterapia, Farmacologia, Omotossicologia;
4. Il Corso di Perfezionamento in "Fondamenti Razionali e Critici per L'utilizzo Terapeutico delle Piante Medicinali e degli Integratori Alimentari", attivato dall'Università degli Studi di Milano "Statale", che annovera, tra gli argomenti trattati, "Le preparazioni fitoterapiche: coltivazione, raccolta e conservazione delle piante medicinali"[25]

Conclusioni

Dall'analisi condotta emerge chiaramente un interesse sempre crescente e sempre più strutturato da parte dell'Università italiana nei confronti delle Medicine

20 Cfr. http://www.unisi.it/postlaurea/BANDO_CAP_MEDICINA_INTEGRATA_1213.pdf

21 http://www.chinesis.org/joomla/index.php?option=com_content&view=article&id=110:formazione-in-naturopatia&catid=12:corsi-di-formazione

22 http://www.unisanraffaele.gov.it/universita/ateneo.html

23 http://www.chinesis.org/joomla/index.php?option=com_content&view=article&id=6&Itemid=4 "L'associazione CHINESIS si fregia di aver ottenuto riconoscimenti di sicuro prestigio da parte del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, Inoltre, l'Associazione Chinesis ha attivato dall'a.a. 2002-2003 una collaborazione didattica e scientifica con la Facoltà di Medicina dell'Università Sapienza di Roma (Dipartimento di Medicina Sperimentale, Dipartimento di Neurologia e ORL, Dipartimento Organi di Senso). Con la suddetta Istituzione Universitaria sono state inoltre realizzate attività di ricerca e sperimentazione nel campo della Posturologia, dell'Osteopatia e della Medicina Riabilitativa.
L'Associazione Chinesis è riconosciuta dal Ministero della Sanità come Organizzatore di eventi formativi per l'ECM – Educazione Continua in Medicina".

24 Cit. in http://www.unich.it/unichieti/ShowBinary/BEA%20Repository/Area_Studenti/Corsi%20di%20Perfezionamento/CP%20Federati%2011_12/CP%20Medicina%2011-12/CP%20Medicina%20bioogica%20funzionale%2011-12//Contenuto.corpo

25 Si preferisce inserire in nota il Master padovano "Terapia manuale e riabilitazione muscolo scheletrica" che come si può verificare nel link http://www.masterterapiamanuale.medicina.unipd.it/presentazione.htm, punta evidentemente sulla Terapia Manuale, e non si comprende se il riferimento potrebbe includere anche moduli di Osteopatia.

Tradizionali e delle Medicine Non Convenzionali.
Si potrebbe affermare che sia dal punto di vista informativo sia da quello formativo, alcune realtà accademiche italiane stanno effettivamente operando con consapevolezza rispetto a questi saperi tradizionali di cura, iniziando ad allinearsi a quanto accade a livello internazionale, dove "è ormai largamente diffusa la didattica sulle MNC all'interno del curriculum universitario. Oltre il 90% delle università britanniche offre corsi su questo tema [Rampes *et al.* 1997; Hill 2003], così come l'83% dei *college* americani [Levine *et al.* 2003]. Per quanto riguarda le università europee, una recente indagine ha rilevato che corsi di carattere diverso sulle MNC sono tenuti in circa il 40% degli istituti che avevano accettato di partecipare all'indagine [Varga *et al.* 2006]" (Vannacci et al. 2007, pp. 208-209).
Inoltre la Sanità italiana sta vivendo un momento di profonda crisi, fortemente vincolata alle necessità di bilancio economico, a protocolli sempre più severi, a rincorse sul tempo snervanti, e caratterizzata da "tagli" sulle risorse a svantaggio dei cittadini (Mapelli, 2012; Vicarelli, 2010). Le unità ospedaliere diventano sempre più usuranti, poiché sottopongono il personale a orari e a stress lavorativi impressionanti. Le MT/MNC potrebbero rappresentare una strada percorribile, essendo relativamente economiche nella loro attuazione, in termini di bilancio economico aziendale, ma anche perché ricuperano l'antico approccio medico basato sul tocco, sull'osservazione dell'insieme e sulla vicinanza empatica fra gli interlocutori. Straordinari sono i successi conseguiti dalla Biomedicina, soprattutto nel campo del trattamento alle patologie acute, ma nella sua tecnologizzazione avanzata, si è allontanata dalla persona, ha creato un distacco in cui spesso l'arte medica è dovuta soccombere a una visione parcellizzata della persona. Inoltre un proficuo connubio tra Biomedicina e le Medicine Tradizionali e Non Convenzionali sarebbe coerente con la definizione di salute, dichiarata ad Alma Ata nel 1978, dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WTO), ovvero "uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non meramente assenza di malattia". Un'integrazione di approcci potrebbe fare anche da volano per il 'Benessere organizzativo', inteso "come fattore preventivo del 'rischio di errorÈ in attività sanitarie che, per la loro natura, richiedono la gestione continua di incertezze, imprevisti e forti tensioni emotive" (Converso et al., 2008, 33)[26].

L'Università nel Mondo Globalizzato non può mancare di formare e informare le professionalità nell'ambito delle MT/MNC che curano più di 3 miliardi di persone, con dei costi bassissimi, e alla luce di un incremento costante di questa domanda e delle indicazioni in merito da parte dell'O.M.S.. I profili professionali degli operatori devono essere sempre più alti a salvaguardia dei pazienti. È un momento di passaggio e di ridefinizione quello che sta vivendo l'Università italiana, periodo in cui si potrebbe dare il dovuto spazio a questi saperi antropologici di salute. La strada verso una proficua relazione tra saperi può già essere imboccata. Volgiamo lo sguardo agli esempi internazionali per avere dei termini di paragone, nonostante la variabilità in termini di caratteristiche dei corsi prodotti, dei focus, degli argomenti trattati e degli approcci didattici. Fra tutti, il Program CAM-MS della Georgetown University in Fisiologia, "creato in risposta a (1) un interesse nazionale del consumatore che ha portato gli Istituti della Sanità Nazionale a procurare fondi per iniziative per incorporare le CAM nella formazione delle professioni sanitarie, (2) la progressiva integrazione clinica di diverse modalità delle CAM, e (3) la richiesta derivante dei fornitori di cure mediche e degli scienziati bene informati e correttamente informati. Lo sviluppo di un programma educativo scientifico rigoroso in CAM, e il legame successivo alle istituzioni accademiche principali in tutte le professioni sanitarie, sta contribuendo a fornire uno schema degli individui informati che stanno intraprendendo carriere nelle professioni sanitarie con una prospettiva arricchita sulla sanità e con entusiasmo rinnovato"[27].

---

26 Dall'esperienza dell'AOU San Giovanni Battista di Torino, si può verificare che l'impegno nell'arte e l'introduzione di forme di intervento non convenzionali, abbia portato in termini di benessere organizzativo dei significativi risultati. Infatti rispetto a tre indicatori importanti, quali l'Esaurimento emotivo, la Depersonalizzazione e la Realizzazione Professionale, il San Giovanni Antica Sede di Torino rispetto alle Molinette e alle altre ASL del Piemonte, rappresenta un polo virtuoso, con distacchi che vanno dal 6.60% al 35,3% (Converso, Hindrichs, Repellino, Soldi, Borelli, 2008, 36).

27 Traduzione di ""CAM-MS Program in Physiology was created in response to (1) a nation-wide consumer interest in CAM that led National Institutes of Health to fund initiatives to incorporate CAM into health professions education, (2) the progressive clinical integration of various CAM modalities, and (3) the resulting demand for well-informed and properly trained healthcare providers and scientists. The development of a scientifically rigorous educational program in CAM, and the subsequent linkage to leading academic institutions in all the health professions, is helping to provide a

È proprio questo entusiasmo il risultato di "una medicina centrata sulla persona, che adotta un approccio unitario e sistemico; (che) concilia la complessità dei fenomeni naturali con la natura umana; (che) studia le relazioni dell'uomo col suo ambiente, come corpo e psiche interattivi, quali significati dell'integrità spirituale in un essere umano; e (che) sottolinea la responsabilità attiva del paziente di conservarsi in salute e guarire"[28]

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,* in *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 cambia. Le terapie non convenzionali in Italia,* II 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 (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.

Converso D. et al. (2008), *Il benessere organizzativo come fattore di protezione dell'errore clinico: l'esperienza dell'AOU San Giovanni Battista di Torino*, in Clinical Governance n. 3 – 2008, C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino

Cuche D. (2006), *La nozione di cultura nelle scienze sociali*, Il Mulino, Bologna

Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR; 1978.

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, cit. in Vannacci et al. 2007

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, cit. in Vannacci et al. 2007.

Mapelli V. (2012), *Il sistema sanitario italiano*, Il Mulino, Bologna

Melucci A. (1987), *La libertii che cambia,* Unicopli, Milano 1987.

Rampes H. et al.(1997), *Complementary Medicine in the Medical Curriculum* in Journal Of The Royal Society Of Medicine – 90: 357, cit. in Vannacci et al. 2007.

Roberti di Sarsina P. (2010), *Le Medicine Non Convenzionali nel Programma d'Azione dell'Unione Europea in Materia di Salute: il Consorzio CAMbrella*, in 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. - 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* in EPMA Journal (2011) 2:357–363

Robinson N., Lewith G. *The RCCM 2009 Survey:Mapping Doctoral and Postdoctoral. CAM Research in the United Kingdom,* in *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*

cadre of informed individuals who are embarking on careers in the health professions with an enriched perspective on healthcare and renewed enthusiasm" (Amri, Haramati, Sierpina, Kreitzer, 2012, 261)

28 Traduzione di "Person-entered medicine adopts a unitary and systemic approach; it accommodates the complexity of natural phenomena and human nature; it studies the relations of man to his environment, how body and psyche interact, what spiritual integrity means in a human being; and stresses active patient responsibility for keeping healthy and being healed" (Roberti di Sarsina, Tognetti Bordogna, 2011, 361).

non convenzionali, in Famiglia Oggi N.5/2011

Tognetti Bordogna M., (2011b) *Regional Health System and Non Conventional Medicine: The Situation in Italy*, in *EPAM journal,* June 2011.

World Health Organization, *Traditional Practitioners as Primary Health Care Workers,* Division of Strengthening of Health Services and the Traditional Medicine Programme 1995.

Vannacci A. et al. (2007), *Modelli di integrazione a livello di didattica universitaria*, in AAVV (2007), *Le medicine non convenzionali in Italia. Storia, problemi e prospettive d'integrazione*, Franco Angeli, Milano.

Varga O. et. al. (2006), *Status of Complementary and Alternative Mmedicine in European Medical Schools*, Forsch Komplementarmed, 13: 41-45, cit. in Vannacci et al. 2007.

Vicarelli G. (2010), *Gli eredi di Esculapio. Medici e politiche sanitarie nell'Italia unita*, Carocci, Roma

World Health Organization, *Guidelines on developing consumer information on proper use of traditional, complementary and alternative medicine*, Who, Ginevra, 2004.

Prof.ssa Mara Tognetti
Via Bicocca degli Arcimboldi, 8 - 20126 Milano
Edificio U7, III piano, stanza 347
Tel. 02.64487571
Fax. 02.64487561
E-mail mara.tognetti@unimib.it
www.master-sistemisanitari-medicinenonconvenzionali.org

La medicina: arte, scienza, tecnocrazia o burocrazia?

Pier Paolo Dal Monte

Cos'è successo, nello spazio di poco più di una generazione all'attività del medico, a quella che un tempo era considerata missione, professione o, per usare una parola ancora più desueta, arte?

"Arte" è una parola oggi assai abusata, ma tale è sempre stata considerata, nella storia, la medicina. Un'arte che era forse al confine tra scienza e magia, nella quale, tuttavia, la figura del medico, nel suo rapporto col paziente, era ritenuta importante almeno quanto la perizia diagnostica o l'abilità terapeutica, per processo di guarigione.

Facciamo dunque qualche passo indietro per analizzare un poco la storia di questo concetto. Gli antichi distinguevano la *vita attiva* (che era accuratamente distinta dalla vita contemplativa) in due generi, l'agire (*praxis*), che era regolato dalla "prudenza", e il "produrre" (*poiesis*) che era governato dall'arte[1].

Così questa distinzione è descritta da *Hannah Arendt*, (che usa il termine opera per poiesis):

"L'azione, la sola attività che metta in rapporto diretto gli uomini senza la mediazione di cose materiali, corrisponde alla condizione umana della pluralità, al fatto che gli uomini, e non l'Uomo, vivono sulla terra e abitano il mondo. [...] L'operare è l'attività che corrisponde alla dimensione non-naturale dell'esistenza umana, che non è assorbita nel ciclo vitale sempre ricorrente della specie e che, se si dissolve, non è compensata da esso. Il frutto dell'operare è un mondo «artificiale» di cose, nettamente distinto dall'ambiente naturale"[2]

Per cui l'arte – *technè* – non è altro che la modalità dell'*operare*. *Platone* enumerava, nella categoria degli "artisti", i poeti, i pittori, i falegnami., gli scultori, i governanti e i medici. Così scriveva[3]: "*Arte è invece la medicina perché indaga la natura di ciò cui essa rivolge la sua cura e la causa di ciò che fa*"[4].

Nell'antichità romana *Marco Terenzio Varrone* poneva la medicina tra le arti liberali[5]. Qualche secolo dopo, tuttavia, essa venne catalogata da *Marciano Capella*[6] o, ancora più tardi, da *Ugo da San Vittore*[7], tra le *arti meccaniche*, forse perché, man mano essa veniva riconosciuta, più che altro, nelle tecniche usate per curare.

Ma prima ancora di appuntare la nostra attenzione su questa evoluzione del concetto di arte medica, è necessario fare una precisazione e riconoscere un'importante differenza tra la medicina e le altre arti (che genericamente chiameremo "poietiche").

Lo scopo di queste ultime è quello di modificare l'ambente o gli oggetti naturali, per costruire quel "mondo umano" che, non solo rende più facile la sopravvivenza ma che costituisce la dimensione terrena degli uomini.

L'arte medica, viceversa, non può essere propriamente considerata appartenere alla categoria della *poiesis*, poiché non produce nulla di manifesto. Il suo intento e il suo scopo sono quelli di modificare una condizione in atto (quella di "malattia") per "favorirne" una diversa (quella di "salute"), pertanto la sua pratica non si può identificare con una "produzione" (solo l'allucinato e industrialistico vocabolario della tarda modernità può parlare di "produzione della salute"), inoltre è imprescindibile dalla relazione tra due individui (il medico e il paziente) e, quindi, si configura anche come *praxis*, un agire "politico", nel senso descritto da *Hannah Arendt*.

Lo scopo dell'arte medica non è quello di modificare qualche componente del mondo naturale per trasformarlo in un manufatto "artificiale", ma quello di ripristinare il "naturale" stato di salute corrotto o compromesso dalla malattia. Quindi lo scopo dell'opera non è definito dalla mente dell'"artefice" (anche se lo può essere presente *nella sua mente*), ma "è definito dalla natura", visto che il suo "oggetto" è creato dal grande "architetto dell'universo" (per usare termini antichi) e non certo dalla mano dell'uomo.

Se, secondo *Aristotele* "*L'arte è imitazione della natura nel suo modo di operare*"[8] ovvero l'imitazione delle mo-

1 Ananda K Coomaraswami: La filosofia dell'arte medioevale e orientale. In: Il grande brivido. Adelphi., Milano. 1987, p.48. Cfr Summa teologica I-II 3,3 ad 1; II-II, 179, 2 ad 1 e 3

2 Hannah Arendt, Vita activa, *Vita activa,* Bompiani, Milano 2003, p. 7

3 Ananda K Coomaraswami: Figura di parola o figura di pensiero?. In Op.Cit. P.16.

4 Platone, Gorgia.

5 Cfr. Marco Terenzio Varrone: Disciplinae

6 Cfr. Marciano Capella: De nuptiis Mercurii et Philologiae

7 Cfr. Ugo da San Vittore: Didascalicon

8 *Aristotele: Fisica II,2,194 a 20*

dalità poietiche della *Natura Creatrice* (Madre Natura, *Natura Naturans)* e non imitazione pedissequa dei prodotti della natura, così, a maggior ragione, dovrà operare l'arte medica, visto che tratta del più delicato "prodotto della natura". E difatti *Tommaso d'Aquino* dà una spiegazione assai precisa su come debba svolgersi questo operare:

"*Come infatti la natura opera la guarigione del malato alterando, smaltendo ed espellendo la materia patogena, così fa anche l'arte.*

L'arte, non opera come agente principale, ma come sussidio dell'agente principale, che è il principio intrinseco, rafforzandolo e somministrandogli mezzi e aiuti che servono per raggiungere lo scopo: come fa appunto il medico."[9]

Pertanto l'arte medica, doveva essere praticata ancora più accurata delle altre nel seguire il criterio fondamentale che le reggeva tutte, ovvero, né più né meno che la "retta norma per compiere le opere" (*Recta ratio facibilia*")[10].

Anche se questa definizione sembra tautologica, non descrive altro che l'appropriatezza nell'operare, ovvero, nel caso dell'*ars medica* la correttezza nell'agire "secondo natura" (ovvero seguendo l'anatomia, la fisiologia e le caratteristiche del paziente), e l'idoneità nel servire lo scopo che si prefigge, cioè la soddisfazione del bisogno dell'individuo malato, il ripristino della "salute", ciò che oggi l"OMS definisce come: "Stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia".

Cos'è rimasto oggi di tutto ciò? Possiamo senz'altro dire che la pratica medica, come qualsiasi altra attività, non può ovviamente prescindere dal contesto nel quale si trova ad esistere. Oggi questo contesto è costituito da una sorta di universo tecno-burocratico, nel quale essa ha subito una profonda trasformazione dovuta alla *weltanschauung* e alla prassi dei tempi moderni.

Un tempo colui che praticava quest'arte era qualcuno che trattava l'individuo malato nella sua interezza, non singole parti del paziente o "frammenti di malattia". Oggi, la proliferazione delle conoscenze e delle tecniche ha condotto ad un'estrema specializzazione in ogni disciplina del sapere che, se da un lato ha aumentato l'efficacia dell'agire, dall'altro ha condotto allo smarrimento della la visione d'assieme.

La disciplina medica non è più considerata un'arte ma è una sorta di scienza *spuria* che, come ogni scienza è frammentata in una miriade di discipline sempre più specifiche e minuziose, i cui ambiti sono sempre più ristretti. D'altro canto (specialmente per ciò che riguarda le discipline chirurgiche o quelle con forti componenti *operative)* è caratterizzata sempre più come padronanza (intesa come abilità manuale) di tecniche complesse. Il risultato è che la moderna medicina si occupa soltanto di "frammenti" (patologie, organi, apparati), non riuscendo più a ad avere la visione dell'organismo come ciò che, al giorno d'oggi, si usa definire "Sistema adattativo Complesso". Inoltre è venuta quasi completamente a cessare la relazione empatica che consente di considerare il paziente come qualcuno che vive la malattia come grave alterazione, menomazione finanche come disintegrazione della trama della propria vita.

Insomma, ogni singolo specialista conosce perfettamente un singolo albero ma non vede più che questo è parte di una foresta. La medicina, da tradizionale "arte di guarire" basata sulla facoltà di giudizio riguardo al singolo paziente, sull' empatia e sulla cura, è oggi diventata "tecnica medica" e, come tale "normalizzazione" della malattia e delle terapie.

Il medico non è più colui che pratica un arte, colui che interagisce con l'individuo-paziente, ma, da un lato, è diventato un impiegato-burocrate che applica semplicemente e pedissequamente (perché così è obbligato a fare) i criteri individuati dalla *verità statistica*[11] e dall'organizzazione sanitaria cui appartiene (efficienza, produttività, economicità) e, dall'altro un tecnico che deve adoperare con la massima abilità possibile i mezzi messi a disposizione dall'industria.

Inoltre, visto che il settore della cura della salute (mutatosi in terapia della malattia) è divenuto, a propria volta, una sorta di "industria", ad esso vengono applicati i criteri adottati per le organizzazioni industriali: la necessità di *standardizzare* le prestazioni, la razionalizzazione dei processi, la produttività; ovvero tante parole e concetti vuoti che evocano soltanto l'idea che questo sia soltanto uno dei tanti "settori merceologici" strutturati per la produzione di massa, da cui è composto il nostro *mundus oeconomicus.*

Il medico, divenuto *operatore sanitario*, come qualsiasi lavoratore che fa parte di un'organizzazione complessa, deve semplicemente svolgere la propria piccola funzione in questo incommensurabile processo. Come un operaio deve occuparsi soltanto ed esclusivamente dell'operazione che gli compete nel processo di produ-

9 Tommaso d'Aquino: Summa teologica I, 117:1

10 Summa Teologica:I-II 57, 3

11 Determinata in gran parte da studi condotti secondo i criteri della validazione di prodotti industriali-commerciali

zione (la "catena di montaggio"), così l'*operatore* sanitario deve occuparsi del singolo organo, della singola patologia, del singolo esame, della singola tecnica, senza poter abbracciare con lo sguardo l'intero processo o conoscere il "prodotto finito" nella sua interezza (il paziente).
La pratica medica consiste ormai (in massima parte) di operazioni standardizzate[12] nelle quali vige un impersonale meccanismo di causa ed effetto che, se molto spesso è utile all'efficacia terapeutica, dall'altro fa perdere di vista lo scopo principale dell'agire medico, che è il "bene" dell'individuo malato che ci si trova di fonte, che spesso non coincide con l'archetipico ed impersonale "bene" della scienza, della prassi o dell'organizzazione sanitaria, incarnati dall'opera del medico che svolge le cure.
Concluderemo con le parole del medico *Stephanus Alexandrinus* che, già nel VI secolo dopo Cristo, sembrava prevedere i futuri sviluppi della scienza medica: "*La medicina soffre di un'aporia fondamentale: la sua teoria abbraccia universali, la sua pratica ha a che fare con individui concreti*"

e-mail: doc@ppdalmonte.org

12 Vedi anche l'omologazione delle pratiche terapeutiche postulata dal concetto di Evidence Based Medicine.

Medicine di frontiera e terapie d'avanguardia

Dott. Fernando Piterà
Medico-Chirurgo
Esperto in Omeopatia, Omotossicologia, Fitoterapia

"Ogni nuova dottrina passa per tre fasi: prima viene attaccata e dichiarata assurda; poi si ammette che è vera ed evidente ma irrilevante; alla fine ne viene riconosciuta la reale importanza e i suoi detrattori reclamano l'onore di averla scoperta"
William James (1842-1910)

Introduzione

Negli ultimi due secoli, l'approccio all'uomo e alla malattia, secondo la visione positivista e l'applicazione meccanicistica di modelli sperimentali semplificati, ha consentito alla medicina di approfondire l'eziologia di numerose malattie e di trovare le cure più adatte, raggiungendo importanti traguardi, ma anche grandi insuccessi. La necessità del metodo scientifico di verificare i fenomeni con assoluta neutralità da parte dell'osservatore nei confronti del fenomeno osservato - che in medicina è l'uomo sofferente - ha portato al totale svilimento del rapporto medico-paziente, alla perdita di quella alleanza terapeutica che è la premessa necessaria di ogni atto medico. Allo stesso modo, si è venuta a creare una netta separazione tra corpo e mente che era sconosciuta al sapere medico antico, perdendo così la capacità di cogliere la globalità psico-somatica che caratterizza l'essere umano[1]. Alla conoscenza della complessità umana è stata sostituita l'ossessiva ricerca del parziale, sempre più frammentaria e specializzata. La visione riduzionistica e super-specialistica di apparati e organi ha necessariamente suddiviso per competenze il sapere medico e frammentato l'uomo in tanti scomparti, apparati, organi e tessuti. L'evolversi della medicina moderna verso metodi di cura sempre più impersonali ha spesso deluso le aspettative dei pazienti ma anche di numerosi medici, i quali si sono rivolti alla riscoperta di medicine tradizionali più antiche, mentre altri hanno dedicato tempo, studi e ricerche, nell'intento di ritrovare quelle radici culturali che consentissero il ritorno ad una medicina concepita a misura d'uomo. Parallelamente a una scienza medica che si è trasformata sempre più in fredda statistica e ossessiva ricerca sperimentale, ha prosperato un'altra conoscenza più attenta e rispettosa della completezza umana. Nascono così, sotto il comune termine generico di "Medicine naturali", quelle della tradizione antica e quelle più moderne che Paolo Aldo Rossi ha definito come "Medicine di frontiera", ovvero tutti quei complessi teorico-pratici di elaborazioni scientifiche che travalicano i confini della "scienza ufficiale", sia sul piano dei metodi che su quello dei contenuti, e che nella loro evoluzione storico-scientifica sono venute a costituire la base di fecondi sistemi di razionalità, anche se spesso vittime dei pregiudizi ideologici dello scientismo[2].

A differenza delle "scienze", il cui fine è istituzionalmente noetico (la conoscenza di ...), la medicina ha finalità anche pratiche (la cura della salute e della malattia); essa è dunque un'arte fortemente connotata dalla perizia dell'artista (il medico), il quale attinge nozioni dall'emporio del sapere scientifico, utilizza abilità pragmatiche tratte dal bagaglio delle più elevate tecnologie di settore ed apporta conferimenti di senso antropologico ricavati dal patrimonio della propria cultura. Da qui la scelta di proporre una definizione in grado di specificare la natura di un particolare approccio al problema "salute" che trova nell'espressione: "Medicina antropologica" la sintesi ritenuta più appropriata. Questa definizione nasce, infatti, da un approfondito dibattito culturale e metodologico che non vuole certo rinnegare l'importanza e la necessità della medicina per così dire "accademica", ma che si propone piuttosto di individuare, studiare e verificare un approccio interpretativo-terapeutico globale sia pure di carattere complementare rispetto a quello organico-particolaristico ortodosso, che ponga al centro del suo interesse non l'uomo-organo da curare, ma l'uomo nella sua integrità di mente-corpo[3].
In una concezione umanistica e antropologica della medicina, la malattia non è vista solo come assenza di salute in un corpo usurato, ma è proiettata in una condizione armoniosa e globale che riguarda l'uomo nella sua dimensione mentale, corporea, ambientale e sociale. In questo contesto, la medicina attuale invece di ricavare da quelle che considera scomode e illegittime "rivali" lo stimolo scientifico per una ricerca sperimentale diversa da quella convenzionale, o a essa complementare, le registra come un fastidio, una minaccia al sistema, se non addirittura come un insulto alla sua

dogmatica superiorità, perdendo così preziose opportunità di integrazione di conoscenze. Per dirla con K. Popper: *"Le grandi azioni di sfondamento scaturiscono solo dall'incontro delle varie discipline ed è invece proprio la mancanza di comunicazione tra le discipline, con il pretesto che la scienza contemporanea è incomprensibile, che fa perpetuare la concezione meccanicistica del mondo, sviluppatasi a partire dal XVII secolo ed estranea a tutto ciò che è stato scoperto, da almeno 80 anni, sul carattere probabilistico di tanti fenomeni biologici"*. D'altra parte però la medicina convenzionale non disdegna di usare le formule ereditate o riscoperte dall'omeopatia (le immunizzazioni, gli isoallergeni desensibilizzanti, la trinitrina, gli estratti d'organo e di placenta, le fitostimoline); dalla medicina popolare (chinino, colchico, digitale, ergotamina, silimarina, strofanto, balsamici, scilla, podofillina, salice, taxolo, ecc.); dalle medicine africana, indiana, cinese, inca, messicana, peruviana (aminofillina, ajmalina, belladonna, caffeina, chinidina, curaro, efedrina, ipecacuana, piperazina, pygeum, rauwolfia, reserpina, vinblastina, vincamina, vincristina, morfina e tutti gli oppiacei ecc.).

Evidence Based Medicine e terapie allopatiche avanzate

Ogni medico sa che accanto a risultati terapeutici eccellenti vi sono spesso, secondo i casi e a prescindere da qualsiasi metodo terapeutico utilizzato, risultati insufficienti o negativi, e tutta l'arte della terapeutica consiste nell'aumentare l'efficacia della cura e la percentuale di risultati favorevoli in rapporto agli insuccessi. Negli ultimi anni si parla tanto di *Evidence Based Medicine* (EBM) e ci si chiede cosa si intenda realmente per "efficacia" in medicina, poiché alla fine di tante inutili diatribe e sterili discorsi, ciò che realmente conta nella pratica medica è solo l'efficacia, il grado di effetto benefico e curativo che un determinato intervento (farmacologico, dietetico, fisico, psicologico ecc.) è capace di produrre nelle migliori condizioni possibili, portando il malato alla guarigione. Il concetto di "Efficacia" relativa a una qualsiasi cura dovrebbe quindi comprendere la nozione di "Guarigione". In altri termini, se un farmaco, una terapia articolata, o un determinato metodo terapeutico è stato realmente "efficace", si dovrebbe desumere che il malato non solo è stato "curato" (prendersi cura di, avere cura di, darsi pensiero, ecc.), ma è realmente "guarito" dalla sua malattia. Infatti, i termini "cura" e "guarigione" non sono sinonimi, così come diversi sono i concetti di salute e sanità. "*Guarire*" è un verbo derivato dal germanico "*warjan*" che significa tenere lontano, difendere. Come verbo transitivo significa *ridare la salute*, mentre la forma intransitiva vuol dire *recuperare la salute, far scomparire la malattia.* Tra il curare e il guarire c'è dunque una differenza abissale. Si può curare un paziente alleviandone lo stato di infermità senza guarirlo, lo si può curare migliorando apparentemente la sua malattia, e si possono spegnere i sintomi della suo male finché egli non soccombe alla malattia stessa senza mai realmente guarire. La cosa davvero insolita però è che il verbo "Guarire" e il termine "Guarigione" sono da qualche tempo scomparsi dai dizionari di medicina, dalle enciclopedie mediche e persino da alcuni dizionari analogici della lingua italiana. Da una breve ma solida ricerca non sono riuscito a trovare il termine "Guarigione" nemmeno nella colossale *Enciclopedia Medica Italiana* USES che sto esaminando mentre scrivo; eppure si tratta di trentacinque enormi volumi in foglio di oltre 2000 pagine ciascuno dal costo esorbitante e dal peso di circa 4 Kg ognuno, in altre parole circa un quintale e mezzo di carta con milioni di lemmi, senza una sola sillaba sulla "Guarigione". Consulto quindi il *Dizionario Enciclopedico della Salute e della Medicina* in diciannove volumi (Biblioteca Treccani) ma neanche lì è riportato questo termine, che sembra essere stato ostracizzato dalla scienza medica. Sfoglio allora diversi *Dizionari di Termini Medici*, anche in lingua francese ma ancora nulla... spero allora di trovare qualcosa sul *Dizionario Medico* di E. Lauricella (due grandi volumi per complessive 1653 pagine), ma anche in quello niente da fare! Preso da sconforto, mi accingo infine a esaminare la voluminosa opera *Salute* di venticinque volumi (Grandi Opere del Corriere della Sera in collaborazione con la Fondazione Umberto Veronesi per il progresso delle scienze), ma negli otto volumi destinati al *Dizionario Medico* (4.814 pagine) non vi è alcuna traccia del termine "guarigione".

"*Il dato di fatto è che (purtroppo) la medicina moderna allo stato attuale non è (tranne un 10-20%) tutta basata su prove di efficacia*" – scriveva poco tempo fa e con grande lealtà intellettuale il Dott. Giuseppe del Barone, già Presidente FNOMCEO – "*Lo afferma uno studio recente fatto in collaborazione con il Ministero della Salute inglese (e... l'Inghilterra è la patria della medicina basata sulle prove di efficacia). Le ragioni di questa situazione sono molteplici e non è qui il caso di entrare nello specifico, ad evitare che si arrivi al paradosso che al medico venga impedito di praticare la propria professione*".

E... allora? … solo un misero 10-20% di reale efficacia nella moderna medicina basato su prove scientifiche, quando l'effetto placebo arriva a ottenere risultati positivi superiori? Secondo alcune ricerche solo il 10-20% dei farmaci sarebbe efficace; mentre secondo altre stime più ottimistiche il 40-45% dei farmaci non avrebbe alcun effetto specifico verso quelle malattie che avrebbe dovuto curare. In pratica, su circa cento farmaci utilizzati in medicina solo sessanta sono efficaci e quaranta risultano inutili. Di questi sessanta farmaci considerati efficaci almeno venti causano effetti collaterali duraturi; mentre dei quaranta farmaci che sono inutili trenta di essi provocano effetti collaterali anche gravi. Si evince a questo punto che per la moderna farmacologia un farmaco è efficace solo se nuoce! E allora come facciamo a guarire i pazienti se curiamo un disturbo e ne causiamo chi sa quanti altri ancora? Dove sta quindi tutta questa strabiliante e formidabile "Efficacia" che dovrebbe scaturire dalla "valutazione rigorosamente scientifica, dell'efficacia di un trattamento sperimentale secondo i capisaldi della sedicente medicina

scientifica moderna che è basata sull'evidenza"? Non è per caso che qualcuno se la scrive, se la canta e poi ce la racconta? Se le cose stanno così, allora forse aveva ragione Sir William Osler (1842 - 1910) [4] quando affermava che "*La medicina è la scienza dell'incertezza e l'arte della probabilità*".

Sebbene la medicina convenzionale abbia fatto enormi progressi nella cura delle malattie acute, essa è alla deriva per quanto riguarda le malattie croniche, e quando è alle corde deve escogitare nuove strategie che poi così nuove non sono. Recentemente, infatti, sono comparse le linee guida per le cosiddette "*Terapie avanzate*" consistenti in prodotti derivanti da terapia genica, cellulare e dall'ingegneria tissutale. Questi prodotti sono disciplinati dalla direttiva del parlamento europeo 2001/83/CE e dal regolamento 1394/2007 che ne disciplina la produzione e l'immissione in commercio negli Stati Membri (Linee guida sui Prodotti per Terapia cellulare (ISS)[5].

Esiste la sensazione, in realtà più diffusa tra i profani che tra i medici, che molte delle "sfavillanti" conquiste scientifiche in realtà siano meno scintillanti e indispensabili di quel che sembrano.

Se escludiamo i progressi della chirurgia (che non è medicina in senso stretto) e le metodiche diagnostiche, cui peraltro si affida anche chi pratica le medicine complementari quando è necessario, dove sono tutti questi farmaci così miracolosi e basati sull'evidenza? Se togliamo dalla farmacopea ufficiale tutti quelli di derivazione vegetale che sono stati scippati dalla scienza alla tradizione dei popoli, cosa rimane nelle farmacie? Restano quelle sostanze che secondo la prassi e il rigore "scientifico" sono state sperimentate seguendo le diverse fasi sperimentali e che dopo le prove preventive di efficacia e oserei dire di "presunta" innocuità (che in questo sistema medico sono compiute su animali) sono commercializzate su ondate di moda che ne sostituiscono la reale efficacia. Purtroppo succede sempre più di frequente che un accertato effetto sintomatico si dimostra a volte così letale da portare, dopo anni di uso mondiale del farmaco, a un divieto ufficiale di produzione e di vendita della sostanza. Esistono in commercio farmaci che sono stati sottoposti a trials clinici di tre o sei mesi e una volta autorizzati saranno prescritti a pazienti affetti da malattie croniche che li assumeranno per diversi anni o persino decenni senza in realtà conoscere a fondo come queste molecole si comporteranno una volta somministrate per così lungo tempo. In molti casi la vera sperimentazione la fanno i cittadini sulla propria pelle. Ne sono un esempio i numerosissimi casi di mortalità per uso di farmaci e per interazione tra essi.

Opinion leaders

Anche i pareri degli esperti di turno, meglio definiti come *opinion leader*, sono spesso errati, fuorvianti e privi di fondamento. Vorrei ricordare l'asserzione di Max Cutler, noto *cancerologo americano*, il quale, così asseriva sul New York Times del 14 aprile 1954: "*Sono fermamente convinto che le dichiarazioni diffuse dalle stampe, in base alle quali e esisterebbe un rapporto di causa ed effetto tra fumo e cancro al polmone, sono del tutto prive di fondamento*." Della stessa opinione era R.H. Rigdon, direttore del laboratorio di patologia sperimentale presso l'Università del Texas, quando asseriva con certezza: "*A mio avviso, i dati di cui disponiamo oggi non sono sufficienti a giustificare l'affermazione che l'aumento dei tumori polmonari sia una conseguenza del fumo*"[6]. Identico avviso si deve a W.C. Heuper (*National Cancer Institute*): "Anche se le troppe sigarette hanno un loro ruolo nell'insorgenza del cancro ai polmoni, si tratta comunque di un ruolo secondario"[7].

Per arrivare alla sconcertante affermazione di Ian G. Mac Donald, chirurgo di Los Angeles: "*Il fumo esercita, nella maggior parte dei casi, un effetto salutare*" [8]. Non c'è poi così da stupirsi se allo stesso modo, tra gli odierni e più noti oncologi ve ne sono taluni che sponsorizzano gli OGM asserendo che sono del tutto privi di effetti nocivi sulla salute.

Tutti conoscono l'infelice questione della *Talidomide*, farmaco definito all'epoca un "*un rimedio efficacissimo*". Così asseriva il 25-26 ottobre 1960 a tal proposito William S. Merrel, dirigente della società produttrice, nel corso di una conferenza organizzata per presentare ai venditori la strategia di vendita del talidomide, 25-26 ottobre 1960: "*Grazie a studi clinici e di laboratorio effettuati sia all'estero che negli Stati Uniti, siamo riusciti a stabilire con certezza che il Kevadon (nome del farmaco contenente il talidomide) è un rimedio efficace, sicuro e perfettamente dosato.*" Che si trattasse di "*Un rimedio quanto mai sicuro*" era scritto in una lettera dei medici che avevano partecipato al programma di "ricerca clinica" della Williams S. Merrel Company sul Kevadon, il nuovo sonnifero lanciato dalla ditta, e inviata al dottor Francis Kelsey della U.S. Federal Drug Administration per ottenere in tempi brevi la licenza di vendita, nella primavera 1961.

Nonostante fossero già nati numerosi bambini focomelici e deformi, il 21 febbraio 1962 Frank N. Getman, allora presidente della William S. Merrel Company, in un lettera inviata ai medici canadesi sei settimane dopo che un medico tedesco occidentale aveva dichiarato che circa 2000 bambini nati in Germania negli ultimi tre anni presentavano gravi malformazioni da talidomide, così scriveva: "*Non abbiamo ancora la prova che esista un rapporto di causa ed effetto tra l'uso del talidomide durante la gravidanza e le malformazioni nel bambino... È incoraggiante osservare che gli studi di laboratorio condotti su topi gravidi non hanno rivelato alcuna malformazione in 1100 animali trattati col talidomide.*" Lo stesso che un anno dopo (marzo 1962), nel ritirare la richiesta della licenza di vendita del talidomide, asseriva: "*Non abbiamo mai minimizzato il possibile rapporto fra talidomide e malformazioni congenite... Ci auguriamo che tutto ciò porti a migliorare le conoscenze scientifiche sullo sviluppo del feto umano.*" Ebbene, questo potente farmaco teratogeno uscito dal portone della medicina è rientrato in sordina dalla finestra della

terapia ma con indicazioni diverse: poiché è un immunosoppressore che causa danni al DNA si prescrive ora a dosi di 200 mg al giorno nel Mieloma multiplo e in alcune malattie autoimmuni (Lupus, ecc. sic!). Altro che *Primum non nocere* di ippocratica memoria. La cosa grave però, e che noi medici riusciamo a volte ancora a crederci. Si, perché un seducente modo di fare scienza si è sostituito alla fede, trasformando il libero pensiero e la capacità critica in una cieca fede nel progresso scientifico e farmacologico.
La più grande stravaganza è che la scienza, nata per dipanare le tenebre della credulità e contrapporsi alle dottrine fideistiche, è diventata essa stessa una nuova religione che non tollera eretici nel suo grembo. "Io credo nella scienza" è un'affermazione, un pensiero che contiene nel contempo un paradosso epistemologico e semantico, è un'asserzione religiosa e dogmatica, un vero e proprio atto di fede, una venerazione, quasi una superstizione.
Ne scrive in merito il Nobel per la Medicina John Carew Eccles (1903-1997): "*Loro (la maggior parte degli scientifici) sono stati formati alla scuola del materialismo. Si tratta di uno stampo estremamente rigido formato da un insieme di dogmi che non sono necessariamente spiegati scientificamente! Per esempio, affermare che la nostra esistenza non è altro che un assemblaggio biologico senza cercare di comprendere tutto ciò che non entra in questo quadro, sotto il pretesto che tutto ciò che non è "scientifico" è un dogma, peggio, una superstizione! ... La scienza è piena di superstizioni, di credenze di ogni sorta ... quel che è più triste, è che il pubblico è persuaso che la scienza abbia la risposta a tutto*" [9].

Le bioterapie: **terapie d'avanguardia**

Il termine "Bioterapie" fu coniato da O.A. Julian nel 1963, per definire e classificare quelle terapie che contribuiscono al ripristino di un processo normo-reattivo, oppure all'estinzione di un processo patoreattivo. Caratteristica delle bioterapie è che esse rispettano la vita, il "bios", perché sono sprovviste di effetti collaterali indesiderabile o iatrogeni[10].
S'intendono, come bioterapie: 1. Bioterapie Analogiche; 2. Bioterapie Ecologiche; 3. Bioterapie Reflessologiche (e Bioenergetiche).
A questa classificazione tassonomica delle Bioterapie di Julian andrebbero aggiunte:
La triade terapeutica: Bioterapie analogiche, ecologiche e riflessologiche rappresenta le moderne medicine naturali e forma una tassonomia gerarchizzata non ancora esaustiva delle Bioterapie, le quali subiscono grandi cambiamenti e sono tutt'ora in fase di evoluzione.
Una delle ragioni per le quali la pubblica opinione ha finora creduto al mito della scienza è che essa gode i vantaggi delle sue novità, ma ne ignora i madornali errori e i macroscopici infortuni di giudizio e di percorso che hanno da sempre oscurato la storia delle conquiste scientifiche. Tutte le più importanti malattie epidemiche, a cominciare dal vaiolo, sono oggi tenute a freno dalla vaccinazione o curate dalla sieroterapia, cioè da quelle misure profilattiche e terapeutiche che oggi si studiano nel capitolo dell'immunologia e che si richiamano alla Legge dei Simili. Ma la scienza immunologica, con tutti i suoi concetti fondamentali e i suoi paradigmi, come l'idea di anticorpo, d'antigene e di reazione immunitaria, si è sviluppata solo nel 1900, un secolo dopo la morte di Jenner, il primo scopritore di un vaccino, e dopo che L. Pasteur e von Behring, gli inventori dei vaccini e dei sieri ottocenteschi, avevano già coronato la loro opera[11]. Nessuno però si è mai sognato di asserire che questi fossero inefficaci o terapie da ciarlatani anche se non si capiva "come" potessero funzionare, in barba alla tanto agognata moda dell'*Evidence Based Medicine*.

Sebbene la medicina convenzionale ritenga l'omeopatia una non-terapia, gran parte della pratica allopatica si basa, paradossalmente, sulla Legge dei Simili. L'idea di trattare le malattie con escrezioni o secrezioni patologiche, con estratti di organi umani e animali, sani o malati, e quindi tentare la cura o la prevenzione di una malattia per mezzo dell'agente che può provocarla o trasmetterla, è stata una delle intuizioni più antiche della medicina empirica e del pensiero analogico in medicina. Un metodo di antesignana immunizzazione mediante l'utilizzo di Nosodi fu introdotto in omeopatia da Johan Wilhelm Lux (1820) per curare la rogna e il farcino, mentre il medico omeopata Constantin Hering (1800-1880), professore di *Materia Medica* all'Hahnemann Medical School di Filadelfia, fece lo stesso per il trattamento del vaiolo e della rabbia. Tra il 1831 e il 1833 Hering prepara Lyssinum, nosode ottenuto con la saliva di un cane affetto da rabbia, e questo avveniva molto tempo prima che L. Pasteur facesse gli studi sulla rabbia con metodo analogo. Nel 1836 Weber, dopo cinque anni di sperimentazione pubblica uno studio sul trattamento isopatico con il carbonchio diluito alla trentesima centesimale (Anthracinum 30CH), ricavato da estratto purulento di milza in cancrena da carbonchio. P. Dufresne pubblica nel 1837 alcune osservazioni riguardanti due casi di antrace maligni guariti rispettivamente uno con Anthracinum 10CH e l'altro con Anthracinum 15CH.

Altro esempio è il caso del dott. James Compton Burnett (1840-1901), eminente omeopata di Londra il quale, nel 1870 somministra diversi ceppi di batteri diluiti e dinamizzati secondo la prassi omeopatica utilizzando il lisato del Bacillo di Koch in microdosi ottenuto dall'escreato positivo al bacillo di pazienti affetti da tisi per curare i casi di tubercolosi. Nomina "Bacillinum" il preparato e pubblica poi risultati della sua esperienza terapeutica nel 1890, ben cinque anni prima che lo stesso Robert Koch ideasse l'omonima "Tubercolina". È questo un altro esempio di "terapia avanzata" con l'uso di bioterapico. Nel maggio 1874, T.J.M. Collett, durante un'epidemia di difterite a Mossoul (Mesopotamia), prepara la 5a diluizione alcolica centesimale di un isoterapico ottenuto con

una membrana difterica prelevata da una ragazza di 20 anni e la somministra a cucchiaiate ogni 10 minuti alla stessa malata. Dopo cinque giorni la paziente era guarita. Collett utilizza lo stesso ceppo l'11 giugno 1874 per curare un secondo caso, e poi un terzo, guarendo anch'essi in 4-5 giorni. Seguirono altri casi di guarigione, trattati tutti con lo stesso metodo[12]. Nel 1879, e in seguito nel 1894, sempre il Collett cura la pertosse con l'isoterapico ottenuto diluendo alla 6a diluizione centesimale alcolica le secrezioni buccali di bambini malati.

L'uso preventivo e terapeutico di vaccini e sieri dove le sostanze patogenetiche sono utilizzate rispettivamente per prevenire e curare individui che potrebbero soffrire o che sono già affetti della stessa malattia è un esempio adeguato di come la legge omeopatica dei simili e dell'identico siano state applicate a posteriori e con successo anche in medicina allopatica. I grandi pionieri dell'immunologia, in particolare Emil von Behring (1847-1917) al quale si deve la scoperta del siero antitossinico del tetano e della difterite, le riconobbe come esempi della Legge dei Simili[13]. Nella sua "lezione" di premio Nobel (1901) "per la teoria e la pratica dell'immunizzazione" egli non ebbe alcun dubbio nell'affermare: "*Qual è la causa della immunità delle pecore vaccinate contro il carbonchio, se non l'influenza precedentemente esercitata da un agente di* natura simile *a quella del mortale agente del carbonchio? E con quale termine tecnico si potrebbe parlare più appropriatamente di questa influenza, esercitata da un agente simile, se non con il termine di Hahnemann,* omeopatia?".

Anche il trattamento e la cura degli stati allergici mediante il metodo di desensibilizzazione, che consiste nel somministrare microdosi della sostanza allergenica, è un'altra applicazione allopatica tardiva dell'omeopatia in quanto già ideata e utilizzata da J.F. Herrmann nel lontano 1848 (Iso-allergenoterapia dinamizzata). Gli esempi si potrebbero ulteriormente moltiplicare, soprattutto in *allergologia* o in *immunologia*. In questi campi si impiega correntemente, quale agente terapeutico a piccole dosi, la sostanza capace di provocare l'affezione da trattare. Le reazioni immunitarie agiscono nell'ordine dell'infinitesimale e il sistema immunitario è capace di rispondere a stimoli molto deboli. Concentrazioni di antigeni dell'ordine di 0.1 nanogrammi ($1x10^{-10}$ g.) sono infatti capaci di scatenare una risposta anticorpale. Basti pensare che le sostanze prodotte dalle cellule e utilizzate dal sistema immunitario nello svolgimento della risposta immunitaria agiscono nell'ordine di quantità comprese tra la nanomole ($1x10^{-4}$) e la fentomole ($1x10^{15}$). Quando viene preparata una diluizione omeopatica alla 3 CH, la quantità molecolare è posizionata tra $1x10^{-6}$; mentre la 30 CH equivale a $1x10^{-60}$. Le numerose ricerche effettuate anche da medici non omeopati e i molteplici esperimenti scientifici, pur avendo evidenziato riscontri positivi e dimostrato come rimedi omeopatici somministrati sia in vitro che in vivo, sono in grado di modificare il pattern immunologico aumentando, per esempio, la percentuale di linfociti e di mediatori peptidici dell'immunità[14] non hanno mai avuto la giusta rilevanza in seno alla comunità scientifica.

La Legge del Simile non riguarda solo l'immunologia e l'allergologia, molti farmaci impiegati nella pratica medica convenzionale si avvicinano, di fatto, all'uso omeopatico e, come afferma Harris L. Coulter, ciò fornisce un ulteriore supporto alla Legge dei Simili come principio terapeutico. Il principio di similitudine era già stato scoperto da Ippocrate e si ritrova espresso nel pensiero e nella pratica di altri grandi medici che, prima di Hahnemann, ne avevano intuita l'importanza. Ippocrate, ad esempio, per curare il colera utilizzava il veratro in piccolissime dosi, una pianta (*Veratrum album*) che provoca una grave diarrea simile al colera.
Passiamo ora a esempi più recenti e consideriamo, per esempio, il ricorso alla nitroglicerina (nitrati, trinitrina) nel trattamento e profilassi delle forme di angina pectoris da sforzo (stabile e instabile), nonché nelle forme di dolore cardiaco secondarie a insufficienza coronarica o infarto del miocardio. La nitroglicerina fu scoperta nel 1847 dall'italiano Ascanio Sobrero (1812-1888) e dopo qualche anno fu sperimentata da medici omeopati statunitensi. È sempre Constantin Hering che per primo, nel 1853, valuta sistematicamente gli effetti della nitroglicerina sull'uomo mediante *proving* e ne stabilisce la sua utilità come medicamento scoprendo che tale sostanza provocava molti sintomi cardiaci: "dolori cardiaci acuti, fitte penetranti al cuore, scosse al cuore con dolori trafittivi alle mani e alle braccia, azione cardiaca violenta, pulsazioni in tutto il corpo, attività cardiaca affannosa con oppressione peculiare e polso molto rapido, ecc." e che era molto efficace proprio nell'angina pectoris. I dati omeopatici della sperimentazione furono pubblicati nel 1857, ma solo nel 1862 il clinico Rudolf Demme (1836-1892) farà i primi esperimenti sulle proprietà terapeutiche della nitroglicerina all'ospedale pediatrico Jenner di Berna. Bisognerà però attendere il lavoro del medico scozzese Thomas Lauder Brunton (1844-1916) sul nitrato di amile e quello di William Murrell (1853-1912)"*Nitroglycerin as a remedy for angina pectoris*" per far entrare definitivamente la nitroglicerina nella Farmacopea ufficiale [15.] Il primo lavoro allopatico relativo al trattamento dei disturbi cardiaci con i nitrati uscì solo nel 1882, quasi trent'anni dopo l'utilizzo omeopatico. L'origine omeopatica dell'uso dei nitrati nell'angina pectoris si evince anche dal fatto che le compresse a base di nitrati, invece che essere deglutite come normalmente è uso in allopatia, vanno fatte sciogliere sotto la lingua, come si fa di solito in omeopatia.
Un altro esempio che si può citare riguarda l'uso del *nitrato d'argento* nel trattamento delle ustioni. Il nitrato d'argento è una potente sostanza caustica che si usa per cauterizzare le ferite. Esso però, in soluzione diluita allo 0,5% diventa un ottimo presidio farmacologico per le ustioni estese poiché diluito, invece di bruciare, abbassa la temperatura della super-

ficie cutanea e arresta la perdita dei liquidi organici. Anche in questo caso si tratta di un esempio dell'applicazione di un rimedio simile alla malattia da curare: il nitrato d'argento è un elemento caustico e ustionante, ma diluito inverte il suo effetto e diventa un efficace rimedio per la cura delle ustioni.

Gli esempi di come l'omeopatia sia stata una terapia all'avanguardia sarebbero davvero tanti e si possono citare altri esempi: nel 1920 il dott. Haas scoprì che "piccolissime dosi di ***atropina***, altamente tossica, sono efficaci nelle coliche infantili". L'uso della ***Belladonna*** era, però già noto in omeopatia da oltre un secolo prima e Haas lo aveva sicuramente trovato descritto nelle Materie Mediche omeopatiche. Come la Belladonna, anche l'uso dell'***ergotamina*** come rimedio per il mal di testa fu introdotto in terapia dallo stesso Hahnemann, così come quello della ***caffeina*** per lo stesso scopo. Ancora oggi queste sostanze sono commercializzate come antinevralgici, sia da sole sia combinate con altre sostanze (Cafergot), e quando il Cafergot non è sufficiente a dominare i sintomi dolorosi si prescrive la ***metisergide maleato***, altro composto dell'ergotamina.
Nel 1978 vi furono le prime segnalazioni dell'utilizzo della ***papaverina*** (derivato dell'oppio) in piccole dosi per la cura di gravi forme di emicrania. Chi la utilizzò con successo dichiarò che l'efficacia terapeutica della sostanza rimaneva incomprensibile, ma se avesse consultato un qualsiasi testo di omeopatia, avrebbe visto che l'***oppio*** viene prescritto per "forti cefalee occipitali o frontali di tipo paralizzante, che iniziano al mattino e sono così violente che il paziente non riesce a sollevare la testa dal cuscino, né a sopportare il minimo rumore o il movimento del letto". Un altro uso dell'oppio fu descritto nel 1983 da una ricercatrice che studiava i fenomeni del sonno presso il Medical College of Pennsylvania. La dottoressa riferì di aver trattato la narcolessia con la codeina affermando che stava ottenendo "risultati clinici assolutamente fantastici". Sappiamo che normalmente l'effetto dell'oppio è soporifero, mentre la stessa sostanza molto diluita è usata in omeopatia nel trattamento dell'insonnia. Il ***Cisplatino*** è una sostanza ricavata dal platino utilizzata in oncologia come agente antineoplastico in monoterapia o in associazione nel trattamento dei tumori ovarici, testicolari, del collo dell'utero e della vescica. In omeopatia fu lo stesso Hahnemann a introdurre l'uso del platino dinamizzato per la cura degli stessi disturbi, e questo accadeva nella metà del XIX secolo.
Lo stesso può dirsi per quanto concerne l'uso del ***Botulino*** che è un veleno mortale prodotto dal C*lostridium botulinum*. Questa sostanza è entrata nell'uso allopatico per la cura di svariate affezioni tra cui lo strabismo. Negli Stati Uniti, verso la fine della seconda metà del '900 erano già stati trattati oltre 300.000 pazienti affetti da strabismo con iniezioni di botulino. L'origine omeopatica di questo trattamento si evidenzia nel fatto che la dose somministrata è estremamente diluita: da 1/2000 a 1/4000 di quella letale. Se si consulta la materia medica omeopatica, si può leggere che il rimedio ***Botulinum*** presenta la seguente sintomatologia: "sintomi oculari, ptosi palpebrale, diplopia e vista sfuocata".
Se riflettiamo bene, ci accorgiamo che la Legge del "Simile" è presente nella farmacologia convenzionale che la utilizza spesso senza porgere attenzione a questo importante principio o interpretandone gli effetti come se fossero eventi avversi, indesiderati o paradossali dei farmaci che utilizza, mentre in realtà altro non sono che la logica spiegazione della legge di similitudine omeopatica. Infatti, molte sostanze utilizzate in medicina possono provocare gli stessi sintomi che dovrebbero curare:

- La **penicillina** a basse dosi favorisce il diffondersi dell'infezione, a dosi più alte la inibisce.
- Gli **antidepressivi**, ad esempio, possono causare depressione e suicidio;
- Gli **ansiolitici** possono dar luogo a crisi di ansia;
- Il **mercurio** e i suoi sali provocano, dal punto di vista tossicologico, oliguria e anuria. Fino a pochi anni fa si utilizzavano i diuretici mercuriali per trattare le oligurie e le anurie che non erano di origine mercuriale. La stessa considerazione si può fare per i sulfamidici e i diuretici di questo tipo.
- **La digitalina** provoca, dal punto di vista tossicologico, un ritmo cardiaco rapido e irregolare. La sua migliore indicazione tradizionale è l'aritmia completa da fibrillazione atriale, in cui precisamente le contrazioni ventricolari sono rapide e irregolari.
- **L'emetina** provoca, dal punto di vista tossicologico, diarrea e ulcerazioni simili a quelle della dissenteria amebica. Essa è stata per molto tempo il miglior trattamento di questa affezione a dosi che non sono affatto atossiche per l'uomo.
- **Farmaci antiaritmici** (chinidina, ajmalina, ecc.) indicati per le aritmie cardiache possono provocare aritmie anche gravi;
- **Farmaci antiipertensivi**, utilizzati per la cura dell'ipertensione arteriosa, come effetto secondario possono provocare ipertensione o innalzamento dei valori della reninemia;
- **Farmaci beta-bloccanti** che hanno, a breve termine e in alte dosi, effetto dannoso sul cuore potendone causare l'arresto e la morte, a piccole dosi e a lungo tempo sono efficaci per curare il cuore e l'ipertensione;
- **Farmaci broncodilatatori** utilizzati per l'asma, se usati spesso e a lungo possono causare costrizione dei bronchi;
- **La vaccinazione antivaiolosa** illustra la legge di similitudine, poiché il vaccino inoculato all'uomo produce lesioni cutanee simili a quelle del vaiolo, ma dalla eziologia ben differente.
- **Farmaci antiacidi** utilizzati come per la cura delle gastroduodeniti e delle ulcere digestive, dopo un primo ef-

fetto di riduzione dell'acidità gastrica, possono in seguito peggiorarla.

- **Farmaci antitumorali** utilizzati per la chemioterapia possono indurre la formazione di altri tipi di tumori.
- **L'acido acetil-salicilico** possiede effetti antifebbrili e antiagregganti piastrinici, ma se utilizzato in dosi elevate può causare un attacco febbrile, mentre in piccolissime dosi può aumentare il rischio di trombosi.
- **La Vitamina B6** (Piridossina) cura le neuropatie; l'eccesso della stessa vitamina (tossicità) provoca neuropatie periferiche.
- La **diossina** che ha effetti tossici e distrugge l'erba, a dosi infinitesimali fa crescere i prati rigogliosi.
- Piccole dosi di **radiazioni ionizzanti** sono protettive verso i danni provocati dall'esposizione a dosi massicce di **Rx;** al contrario alte dosi di radiazioni utilizzate per la cura di certe forme tumorali possono a loro volta causare tumori.
- L'**alcool** assunto in dosi moderate riduce il rischio di malattie vascolari, mentre alte dosi ne aumentano il rischio.

Infine, basta leggere le indicazioni e gli effetti indesiderati che sono riportati in ogni confezione di qualsiasi farmaco e si vedrà con stupore che ogni sostanza indicata per curare determinati sintomi può anche provocarli. Non c'è motivo di sorprendersi del fatto. Il principio di similitudine è una legge generale della biologia ed è normale che la terapia tradizionale vi faccia ricorso. La sola differenza nei confronti della terapia Omeopatica è che quest'ultima vi fa ricorso sistematicamente.
Tali concetti, già espressi in omeopatia, furono chiaramente enunciati nel fenomeno dell'*ormesi* circa un secolo fa da due ricercatori: Arndt e Schultz nella "legge di inversione degli effetti" che porta il loro nome e secondo la quale: "*uno stimolo debole accelera modestamente l'attività vitale, uno stimolo di intensità media la incrementa, uno forte la deprime, uno molto forte la arresta*". Il fenomeno dell'ormesi (stimolazione) consiste nel fatto che molte sostanze, nell'interagire con gli organismi viventi, possono esercitare effetti opposti: *basse dosi hanno un'azione stimolante, medie dosi hanno effetti regolanti, alte dosi provocano un'azione inibente.* Si tratta di un importante fenomeno biologico la cui accettazione avrebbe potuto cambiare totalmente lo sviluppo della farmacologia del secolo scorso e quindi l'attuale, ma fu aspramente contrastato dalla "scienza" convenzionale perché uno dei suoi enunciatori, il Prof. Arndt, era un medico psichiatra esperto anche in omeopatia. Così, un'importante legge della farmacologia è sparita dai testi di studio perché destabilizzava la previsione di un andamento lineare connesso al meccanismo di dose farmacologica e risposta dell'organismo. È scomparsa dai libri di farmacologia perché forniva un supporto importante e una base sperimentale per l'omeopatia. In effetti, le affinità tra questo fenomeno e l'omeopatia sono estremamente significative poiché il principio di similitudine, che è il principio portante della medicina omeopatica, afferma che una sostanza ad alte dosi può determinare una malattia, a piccolissime dosi può curarla!

E cosa dire allora delle altre Bioterapie come terapie d'avanguardia? Un'esposizione più completa del fenomeno richiederebbe certamente un intero volume. Per fare solo qualche esempio, tra le terapie avanzate che ultimamente propone la medicina convenzionale, vi è la "terapia cellulare", preparazioni contenenti cellule vive allo scopo di ottenere un effetto terapeutico, diagnostico o preventivo. A tal fine le cellule devono subire "manipolazioni" più o meno estese quali ad esempio la selezione cellulare, l'espansione in vitro, la generazione di cloni anti infettivi o anti neoplastici. Le cellule maggiormente utilizzate nella messa a punto di prodotti di terapia cellulare sono le cellule staminali adulte non specializzate che possono essere selezionate da vari tessuti dell'organismo e dotate della singolare capacità di differenziarsi in diversi altri tipi di cellule del corpo. Le cellule possono essere autologhe (ricevente e donatore sono la stessa persona), allogeniche (il donatore e il ricevente sono due persone diverse) e xenogeniche (le cellule del donatore provengono da animale). Vi sono poi *prodotti di terapia tissutale* che contengono o consistono di cellule e/o tessuti ingegnerizzati somministrati agli esseri umani allo scopo di rigenerare, riparare o sostituire un tessuto umano. Ebbene, pur senza ricorrere alla manipolazione genetica che non è scevra da rischi, anche questa "avanzata terapia allopatica" è arrivata in ritardo di oltre settanta anni e altro non è che la rivisitazione, con nuovi mezzi tecnologici e nuove regole, della più nota celluloterapia di Paul Niehans (1931)[16] e della Tissuloterapia, metodo introdotto da Vladimir Petrovich Filatov (1933) che utilizzava stimolatori biogeni animali e vegetali[17]. Come si può vedere nelle tabelle, sono metodiche già classificate da Julian nel 1963 come bioterapie ecologiche.
Riguardo poi i *prodotti di terapia tissutale*, l'organoterapia omeopatica diluita e dinamizzata e l'organoterapia omotossicologia sono impiegate rispettivamente dal 1834 (C. Hering) e dal 1953 (H. H. Reckeweg, 1905-1985) per favorire la rigenerazione o il ripristino funzionale di organi malati o deficitari[18]. La stessa Gemmoterapia utilizza cellule embrionali fresche contenute nei tessuti meristematici del vegetale con molteplici indicazioni cliniche sin dagli anni '50 (Pol Henry)[19]. Nonostante ciò vi sono ancora molti fitoterapeuti che, non avendone comprese la reale utilità e le grandi potenzialità terapeutiche, snobbano e denigrano tuttora la Gemmoterapia che oltre ad essere la parte integrante più nobile della fitoterapia rappresenta la terapia più innovativa e avanzata anche per quanto concerne la ricerca scientifica in ambito fitoterapico.

Le stesse cose succedono tuttora a riguardo della scientificità dell'omeopatia. In questi due secoli l'omeopatia ha conosciu-

to, a fasi alterne, periodi di grande splendore e di emarginante declino. Sebbene ancora molto osteggiata dall'ufficialità, oggi è diffusa in tutto il mondo e si calcola che solo in Europa oltre settanta milioni di persone l'abbiano scelta come metodo di cura (pari al 20-25% dei cittadini dell'Unione Europea secondo Documenti Comunitari), mentre in tutto il mondo, i pazienti che ricorrono all'omeopatia sono 200 milioni, prescritta loro da 150.000 medici[19]. L'uso crescente di questa metodica e i risultati ottenuti hanno creato l'esigenza di dimostrarne scientificamente la sua reale efficacia e di comprendere il meccanismo d'azione. Va detto però che molti studi, condotti soprattutto al fine di screditare l'omeopatia, non hanno mai conseguito l'effetto desiderato. Al contrario, ne hanno confermata l'efficacia. I risultati ottenuti in molteplici trials clinici hanno dimostrato che l'effetto curativo dell'omeopatia non è equiparabile all'effetto placebo e pertanto l'omeopatia può essere indicata come efficace metodo terapeutico[20]. Nell'ultimo decennio sono stati condotti diversi studi di valutazione statistica supportati da un certo numero di studi clinici (meta-analisi). In campo omeopatico le meta-analisi più significative sono state pubblicate nel 1991 da J. Kleijner e al.; da J.P. Boissel e al., nel 1996; e da K. Linde e al., nel 1997.

- La prima meta-analisi eseguita da tre epidemiologi olandesi e pubblicata dal *British Medical Journal*[21], è uno studio molto accurato e completo che ha scrupolosamente valutato la qualità metodologica di centosette studi clinici controllati sull'attività di trattamenti omeopatici presentati da novantasei diverse pubblicazioni, e si è conclusa dopo tre anni di indagini con la seguente affermazione: "*È sbagliato dire che l'omeopatia non è stata valutata secondo il metodo moderno di studi controllati*". I risultati globali hanno dimostrato una tendenza a favore dell'omeopatia e la maggioranza degli studi (81 contro 24) presentava in ogni caso risultati positivi.
- La seconda meta-analisi di J. P. Boissel et al. è stata resa pubblica dalla Comunità Europea. Dopo aver analizzato 184 studi clinici, 17 dei quali classificati come migliori, gli autori indicano il trattamento omeopatico superiore al placebo e concludono che "*almeno in uno studio i malati trattati con omeopatia hanno evidenziato più effetti benefici rispetto a quelli trattati con placebo. (…). È possibile che alcuni di questi risultati siano dovuti ad un reale effetto dei trattamenti studiati, ma è impossibile identificarli*"[22].
- La terza meta-analisi pubblicata da *The Lancet*[23], rileva l'esistenza di 186 studi clinici in omeopatia dei quali ne vengono analizzati solo 89 tutti realizzati in doppio cieco contro placebo. Gli autori concludono che: "*I risultati di questa meta-analisi sono incompatibili con l'ipotesi che gli effetti clinici dell'omeopatia siano esclusivamente dovuti a un effetto placebo*".

Questi lavori, che riconoscono la superiorità dell'omeopatia nei confronti del placebo, dimostrano anche che l'omeopatia è oggetto di una sperimentazione di cui non si possono più respingere in blocco i risultati come si tenta di fare da 200 anni. Purtroppo, come spesso accade, questi importanti studi sono passati in sordina e nessun organo di stampa o televisivo ne ha mai comunicato notizia o dato rilievo, la qual cosa avviene invece regolarmente quando si tratta di screditare l'omeopatia. Nonostante le evidenze, si nega che l'omeopatia possa agire perché utilizza farmaci molto diluiti.

CONCLUSIONI

Da questi fatti possiamo dedurre che le Bioterapie sono tuttora tra le terapie più all'avanguardia in campo medico. Esse rifacendosi al principio del *Primum non nocere* rivendicano alla medicina non solo le nozioni di Scienza, ma anche quel ruolo di Arte capace di ricomporre l'armonia deteriorata dalla malattia, che le era stato riconosciuto dalla cultura rinascimentale e che è proprio di tutte le culture che alla medicina hanno affiancato una rigorosa indagine filosofica sull'uomo. Solo ricollegandosi in quest'ottica, da cui purtroppo la medicina occidentale si è progressivamente allontanata, così come si è allontanata dal rapporto *empatico* ed "*affettivo*" con il paziente, si potrà recuperare una giusta e più compiuta visione umana del problema salute.

La malattia non sarà più considerata come assenza di benessere in un meccanismo corporeo usurato, ma verrà proiettata in una condizione più ampia che riguarda l'intera persona nella sua dimensione mentale, emozionale, corporea, ambientale e sociale. L'infermità non sarà più considerata una mera patologia svincolata dall'individuo che coinvolge soltanto una parte del corpo umano, ma l'espressione visibile di una disarmonia generale di cui l'affezione nota è solo la manifestazione patologica più evidente. Parimenti, il paziente non correrà più il rischio di essere considerato come "organo malato" e potrà finalmente riproporsi al medico nella sua interezza di individuo. Oggi più che mai, in medicina, è invocato il recupero del valore della dimensione umana sopraffatta sempre più dall'ossessione tecnologica, dal glaciale silenzio degli strumenti diagnostici, dagli stretti e impersonali confini dei protocolli terapeutici, dal monologo di una scienza che dialoga ormai solo con se stessa e il cui sguardo non incontra più quello del malato e il cui orecchio non ode più il lamento della sua sofferenza. Pertanto, se l'allopatia, smarritasi ormai nel suo narcisismo, continuerà a dimenticare il suo compito essenziale e a rifiutare l'uomo in nome di una scienza sempre più distante dai suoi reali bisogni, è prevedibile che sarà l'uomo a rifiutare l'allopatia e non *la medicina* che, al contrario, desidera. L'accettazione e l'integrazione di queste pratiche mediche in seno alla medicina convenzionale non auspicano certo il ritorno all'empirismo dell'uomo delle caverne, come qualcuno vorrebbe far credere, ma attua l'onesta ricerca del vero ovunque esso si trovi, l'integrazione di ogni apporto terapeutico valido, di ogni offerta conoscitiva della millenaria scienza medica nell'eterno significato essenziale dell'Arte del guarire. Tutto questo le Bioterapie, le "Medicine della Persona" l'hanno già messo in pratica da secoli, tacciate di ciarlataneria!

BIBLIOGRAFIA

1. Bradford Thomas Lindsley: *La nascita dell'Omeopatia. Vita e lettere di Samuel Hahnemann*. Perla Edizioni s.a.s., Milano, s.d.
2. Coulter Harris L., *Divided Legacy: a History of the Schism in Medical Thought*, vol. IV: *The Bacteriological Era, 1870-1990*. Center for Empirical Medicine, Washington DC and North Atlantic Books, Berkeley, California, 1994.
3. Coulter Harris L., *Homoeopathic Science and Modern Medicine*. North Atlantic Books and Homoeopathic Educational Services, Traduzione italiana, Elaphas AG Buchverlag, San Gallo, Svizzera, 1994.
4. Dall'Olio G., *Ascanio Sobrero: un Medico e la Chimica*. Schegge di Storia della Medicina, RIMeL / IJLaM 2006; 2, pp. 174-177.
5. Dean M.E.: *The trials o Homoeopathy,* KVCNerlag, Essen, 2004.
6. Del Giudice N.; Del Giudice E., *L'Omeopatia e la dinamica della materia vivente*. Empedocle, N°1, 6, 1983.
7. Hahnemann S.F..: *La Médecine de l'éxpérience,* in Études de Médecine homéopathique, tomo I, Edition J-B. Baillière, Paris 1855.
8.. Henry Pol, *Conception et pratique de la Gemmothérapie*. Bullettin d'Organothérapie et de Gérontologie N. 7.
9. Henry Pol, *Bases biologiques de la Gemmothérapie. Gemmothérapie. Phytoembryothérapie*. Ed. Saint Norbert, Tongerlo A., Belgique, 1959.
10. Henry Pol, *Introduction à la Gemmothérapie*. Cahiers de Biothérapie, Ed. J. Peyronnet et Cie, 1,1: 13-16, Janvier, 1964.
11. Henry Pol, *Diagnostic biologique différentiel des médicaments à base de bourgeons utilisés en gemmothérapie*. Cahiers de Biothérapie 2(7): 197-8, 1965.
12. Henry Pol, *Gemmothérapie et clinique*. Cahiers de Biothérapie, 25,3: 13-16, Ed. J. Peyronnet et Cie, 1966.
13. Henry Pol, *Place de la Gemmothérapie dans la médicine moderne*. Cahiers de Biothérapie, n. 12, p. 241-142, 1966.
14. Henry Pol, *Étude clinique et biologique de six nouveaux bourgeons*. Cahiers de Biothérapie 4(13): 55-60, 1967.
15. Henry Pol, *La pratique de la Gemmothérapie*. Cahiers de Biothérapie, 16,12: 251-255, Éd. J. Peyronnet et Cie, Décembre 1967.
16. Henry Pol, *L'évolution cytohumorale de l'état morbide et son corollaire Gemmothérapique*. Cahiers de Biothérapie 5(19): 180-184, 1968.
17. Henry Pol, *Gemmothérapie et immunoélectrophorèse*. Cahiers de Biothérapie 7(28): 292-294, 1970.
18. Henry Pol, *Phytoembryothérapie-gemmothérapie*. Éd. Auteur, pp. 123, 1970.
19. Henry Pol, *Gemmothérapie et clinique*. Cahiers de Biothérapie n. 25, p. 39-41, 1970.
20. Henry Pol, *Gemmoterapia*. Giuseppe Maria Ricchiuto Editore. Verona, 1989.
21. Henry Pol, *Gemmothérapie,* Ed. Similia, Paris.
22. Julian O.A., *Introduction clinique à la Gemmothérapie*. Archives Homéopathiques de Normandie, N. 13, Ed. J. Peyronnet, Janvier, 1959.
23. Julian O.A., *Observations clinique de Gemmothérapie*. Archives Homéopathiques de Normandie, N. 21, Ed. J. Peyronnet, Janvier, 1961.
24. Julian O.A., *Omeopatia Moderna - La definizione di terreno*, Ed. Ipsa, Palermo, pp. 307, 308 e 309, 1989.
25. Piterà Fernando, *Gli "Eretici" e la Scienza Ufficiale*. In "Letteratura – Tradizione" - Periodico Letterario - Anno III, N° XIV, p. 10, Heliopolis Edizioni di Edizioni del Veliero S.r.l., Pesaro, 2000.
26. Piterà Fernando, *Quando "Scienza" e pregiudizio coincidono*. Anthropos & Iatria – Rivista Italiana di Studi e Ricerche sulle Medicine Antropologiche e di Storia delle Medicine, pp. 28-40, Anno V, Numero II, Aprile/Giugno 2001, Coedizione Nova Scripta e De Ferrari Editore, Genova.
27. Piterà Fernando, *Intolleranza e disinformazione sulle medicine non convenzionali*. Anthropos & Iatria - Rivista Italiana di Studi e Ricerche sulle Medicine Antropologiche e di Storia delle Medicine, Anno IX, N. 3, pp. 73-87, Luglio/Settembre 2005, Coedizione Nova Scripta e De Ferrari Editore, Genova, 2005.
28. Piterà Fernando, *Medicine naturali*, 12° volume dell'Opera "Salute", edizione speciale per il Corriere della Sera, Le Grandi Opere del Corriere della Sera, Edizioni RCS Quotidiani S.p.A. e RCS Libri S.p.A., pp. 473-501, Milano, febbraio 2006.
29. Piterà Fernando, *Curare con l'Identico. Cronologia dell'Isoterapia: dagli albori alle origini della vaccinazione*. Anthropos & Iatria, Rivista Italiana di Studi e Ricerche sulle Medicine Antropologiche e di Storia delle Medicine, Anno XI, N. 2, pp. 28-44, Aprile/Giugno 2007, Coedizione Nova Scripta e De Ferrari Editore, Genova 2007.
30. Tétau Max, *Organoterapia, nuovi studi clinici*, Ipsa Editore, Palermo, 1988.

Note:

1. Le prime righe di questa breve introduzione sono ispirate a un testo dell'amico Emilio Minelli.

2. Paolo Aldo Rossi, dallo Statuto di "Anthropos & Iatria, Associazione Scientifica Internazionale per la ricerca, lo studio e lo sviluppo delle Medicine Antropologiche - Accademia Europea per le Discipline di Frontiera", art. 2.B, p. 2, Genova, 1994.

3. *Ibidem*.

4. William Osler (Bond head, 12 luglio 1849 - Oxford, 29 dicembre 1919), importante medico canadese, definito il padre della medicina moderna. Osler è stato un patologo, stori-

co, scrittore, educatore e grande bibliofilo.

[5.] Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, Vol. 17, n. 7/8 Luglio/Agosto, www.iss.it/binary/publ/publi/0478.1106653420.pdf; Linee guida sulla sperimentazione clinica di fase I con medicinali sperimentali per terapia genica somatica (ISS). Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, Volume 17, n. 7/8 Luglio/Agosto, www.iss.it/binary/publ/publi/0478.1106653420.pdf.

[6.] The New York Times, 14 aprile 1954.

[7.] *Ibidem.*

[8.] Newsweek, 18 novembre 1963.

[9.] John Carew Eccles (1903–1997): Nobel per la Medicina nel 1963 per la scoperte relative ai meccanismi dei processi biochimici responsabili dell'eccitazione, dell'inibizione e propagazione dell'influsso nervoso delle porzioni centrale e periferica della membrana neocellulare.

[10.] Julian O.A., *Omeopatia Moderna - La definizione di terreno*, Ed. Ipsa, Palermo,1989, pp. 307, 308 e 309.

[11.] A tal proposito si veda: G. Sermonti, *Il crepuscolo dello scientismo*, Terza edizione illustrata, pp. 216, Ed Nova Scripta S.r.l., Genova, 2002.

[12.] T.J.M. Collett, *Isopathie,* pp. 227-228.

[13.] Harris L. Coulter.: *Divided Legacy: a History of the Schism in Medical Thought*, vol. IV: *The Bacteriological Era, 1870-1990*. Center for Empirical Medicine, Washington DC and North Atlantic Books, Berkeley, California, 1994.

[14.] Bildet 1975; Wagner 1986; Boiron 1990; Doutrempuich 1993; Sainte-Laudy, Belon 1997; Crocnan 2000; Schmol e Weiser 2001.

[15.] G. dall'Olio, *Ascanio Sobrero: un Medico e la Chimica.* Schegge di Storia della Medicina, RIMeL / IJLaM 2006; 2, pp. 174-177.

[16.] Nel 1931, Paul Niehans dedicandosi per oltre un decennio alle ricerche sui trapianti di ghiandole endocrine in maniera quasi clandestina, approda alla "Celluloterapia" e dimostra di risolvere casi in cui le tecniche tradizionali si erano mostrate inefficaci. Malgrado denigrazioni, opposizioni e vivaci polemiche, Niehans continuò a perfezionare il suo metodo e nel 1952 pubblica tutta la sua esperienza in un libro, "*Zellulartherapie*", che contiene l'esposizione di cinquemila casi clinici.

[17.] Filatov Vladimir Petrovich (1875-1956), oftalmologo russo, introdusse per primo il trapianto di cornea. Nel 1933 ideò la *Tissuloterapia*, una speciale terapia per la rigenerazione dei tessuti che consisteva nell'introdurre nell'organismo malato degli *stimolatori biogeni* ricavati da tessuti animali e vegetali, conservati o sotto forma di estratti, i quali erano introdotti per innesto e i loro estratti iniettati per via parenterale.

[18.] A tal proposito si vedano i lavori più moderni di Max Tétau, *Organoterapia, nuovi studi clinici*, Ipsa Editore, Palermo, 1988.

[19.] Stima del Syndicat National de la Pharmacie Homoeopathique, 2000.

[20.] K. Linde et al., Lancet 1997; M. Cucherat et al., Eur. J. Clin. Pharmacol. 2000.

[21.] J. Kleijnen, P. Knipschild, G. Riet: *Clinical Trials of homoeopathy,* British Medical Journal, 1991: 302:316-323.

[22.] J.P. Boissel, M. Cucherat, M. Haught, E. Gauthier: *Overview of data from homoeopathic medicine trials: report on the efficacy of homoeopathic intervention over no treatment or placebo,* Homoeopathic Medicine Research Group, 1996.

[23.] K. Linde, N. Clausius, G. Ramirez, D. Melchart, F. Eitel, L.V. Hedges, W.B. Jonas: *Are the clinical effect of homoeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo controlled trials,* The Lancet, 1997: 350, 9081: 834-843.

Artrosi.
Dall'omeopatia comprovate possibilità terapeutiche

Alessandro Perra
Direttore Scientifico Guna S.p.a.

Introduzione

Tra le malattie croniche, l'incidenza delle malattie reumatiche è al secondo posto a livello europeo, dopo le malattie cardiovascolari.

Epidemiologicamente si valuta che tra i pazienti che si servono del Servizio Sanitario Nazionale, il 12%-25% si rechi dal medico di famiglia per problemi di natura reumatologica.

Nell'ambito delle patologie reumatologiche le affezioni articolari rappresentano le malattie di maggiore incidenza e di queste l'**artrosi** occupa il primo posto.

Le cause della crescente morbilità delle malattie reumatiche, e dell'artrosi in particolare, sono da ricondurre principalmente alle abitudini di vita dei paesi industrializzati: sedentarietà, scarso lavoro muscolare, alimentazione inadeguata e sovrappeso.

Gli impatti economici che queste malattie comportano sono considerevoli: il trattamento dei pazienti reumatologici richiede ogni anno ingenti spese in visite mediche e trattamenti.

Si pensi che in Germania, per esempio, ogni anno si perdono 50 milioni di giornate di lavoro e che il consumo annuo medio di farmaci per la terapia di queste patologie si attesta intorno ai 20 milioni di scatole.

La terapia farmacologica convenzionale dell'artrosi prevede generalmente la somministrazione di antinfiammatori steroidei e non-steroidei in associazione o meno a condroprotettori.

Da oltre 25 anni, una validissima alternativa al trattamento farmacologico di sintesi è offerta dal **medicinale omeopatico ZEEL T®** della Casa Farmaceutica HEEL di Baden Baden, oggi la più importante Azienda farmaceutica omeopatica in Germania.

In questa Review, l'interpretazione biologica dell'eziopatognesi della malattia artrosica definirà essa stessa il corretto razionale terapeutico per questa malattia: attraverso lo studio della composizione di ZEEL T® sarà possibile identificare, netto e definito, questo stesso razionale, inscritto nella sua struttura omeofarmacologica.

Brevi cenni ai più significativi lavori scientifici sperimentali, in vitro e in vivo, compiuti su

ZEEL T®, verranno richiamati in questa trattazione, come contributo sulla validità terapeutica del farmaco.

Fisiopatologia della cartilagine

La cartilagine articolare è un tipo di tessuto connettivale specializzato: essa deve possedere caratteristiche di resistenza al sovraccarico e all'usura, di robustezza e di elasticità. La sua **struttura istologica** riconosce una *componente cellulare* (condrociti) e una componente detta *Sostanza Fondamentale*, nella quale sono immersi, allocati in particolari "lacune", i condrociti. La Sostanza Fondamentale è in parte amorfa, costituita da *mucopolissaccaridi* (fondamentalmente condroitin-solfato e acido jaluronico) e da *glicosaminoglicani*, e in parte costituita da fibre collagene e in minor misura fibre elastiche.

I **condrociti**, pur rappresentando una piccolissima frazione del volume totale della cartilagine (meno dello 0,1%), rappresentano i veri e propri "direttori d'orchestra" del metabolismo cartilagineo: sono deputati al controllo della omeostasi della sostanza fondamentale, alla sintesi delle fibre collagene, alla loro corretta strutturazione ed alla eventuale riparazione e ridistribuzione spaziale conseguente agli insulti meccanici e/o metabolici cui è soggetta normalmente la cartilagine.

I condrociti, "annegati" nella Sostanza Fondamentale ne dirigono e ne amministrano la specifica funzione: passa attraverso il loro corretto funzionamento l'integrità e la funzionalità della cartilagine, cioè, in ultima analisi, la possibilità di movimento.

È ai condrociti dunque, che deve mirare una corretta terapia farmacologica dell'artrosi, una terapia che consideri *non solo la gestione del sintomo* ma che consideri prima di tutto gli *aspetti eziopatogenetici* della patologia degenerativa osteoarticolare.

È sul condrocita, sulla sua potenzialità metabolica di neosintesi dei componenti della Sostanza Fondamentale, che indirizza la sua azione primaria ZEEL T®

Intepretazione omotossicologica dell'eziopatogenesi dell'Artrosi

Secondo la Fisiopatologia omotossicologica (Omotossicologia = Interpretazione moderna dell'Omeopatia classica) l'artrosi è una patologia inquadrabile come **fase di degenerazione cellulare.**

Il cammino eziopatogenetico che conduce alla destrutturazione cartilaginea *riconosce una cascata di eventi sequenzialmente concatenati tra loro*:

Insulto traumatico e/o Invecchiamento e/o Processo infiammatorio cronico
↓
Danno enzimatico
↓
Rallentamento dei metabolismi cellulari
↓
Degenerazione cellulare
↓
Destrutturazione tissutale

è su questa "cascata" che agisce il Farmaco ZEEL T®, attraverso l'azione coordinata dei suoi tre nuclei di componenti.
Zeel è un **preparato omeopatico composto**. A un attento esame si potranno rilevare, nella sua struttura, **tre nuclei distinti di rimedi**:

A. **Catalizzatori intermedi** (Nad D8-Coenzym A D8-Ac. a-lipoicum D8-Natrium oxalaceticum D8)
B. **Organoterapici "Suis"** (Cartilago suis D6-Funiculus umbelicalis suis D6-Embryo tot. suis D6-Placenta suis D6)
C. **Rimedi omeopatici classici** (Arnica D4- Rhus tox D2-Dulcamara D3- Symphytum D6-Sanguinaria D4-Sulfur D6)

Ciascuno dei tre nuclei del farmaco sviluppa, attraverso i suoi componenti, un **tropismo strutturale e funzionale specifico** per ognuno dei momenti evolutivi della cascata eziopatogenetica dell'artrosi:
→ Il **Nucleo dei Catalizzatori intermedi** ha come bersaglio elettivo il mitocondrio su cui agisce con un'azione di sblocco sui meccanismi deputati al metabolismo energetico (bilanciamento tra metabolismo aerobico ed anaerobico) attraverso la stimolazione enzimatica indotta dalle diluizioni omeopatiche.
→ Nel **Nucleo degli Organoterapici Suis** è interessante notare la presenza di *Funiculus Umbelicalis*, che come noto è assai ricco di glicosaminoglicani; trovandosi in diluizione omeopatica, queste sostanze, in accordo alle leggi della cinetica enzimatica (Michaelis -Menten: *"in una reazione catalizzata da un enzima la velocità della reazione è inversamente proporzionale alla concentrazione del substrato"*) funzionano da induttrici, da starter, da matrici codificanti, per la sintesi dei gliocosaminoglicani autologhi.
Cartilago suis invece, si ritiene abbia un effetto di stimolo sul metabolismo cartilagineo attraverso la riattivazione del sistema enzimatico che presiede alla sintesi dei mucopolissaccaridi, in particolare del condroitin-solfato idrofilo, fondamentale per l'integrità della cartilagine
Infine, *Placenta* ed *Embryo tot. suis* lavorano sulla vascolarizzazione del tessuto sub-condrale.

Il processo infiammatorio cronico, oltre che essere causa, talvolta scatenante, della destrutturazione cartilaginea, è sempre causa fondamentale per il progredire della colliquazione della Sostanza Fondamentale (lo stato ossidativo indotto dall'infiammazione rompe i ponti disolfuro dei mucopolissaccaridi solforati e dell'ac. jaluronico). La presenza del **Nucleo dei Rimedi dell'Omeopatica classica** è giustificato appunto dalla necessità di assolvere al compito di modulare lo stato di flogosi locale: la Materia Medica Omeopatica di queste sostanze riconosce infatti per esse un'importante azione biologica "antinfiammatoria". Alcune di esse, inoltre, vengono comunemente utilizzate in Omeopatia per la gestione della sintomatologia algica articolare: ricordiamo in particolare *Rhus Tox* (dolori che peggiorano la notte, con l'immobilità o all'inizio del movimento), *Arnica* (dolori di tipo contusivo), *Dulcamara (*dolori che peggiorano con il tempo freddo umido).
Il farmaco rappresenta dunque una vera e propria **unità terapeutica** nella cui struttura è identificabile la corretta strategia omotossicologica per la cura delle patologie degenerative.
Infatti, per poter instaurare una terapia efficace dell'artrosi bisogna partire dal presupposto che essa è **una malattia primariamente metabolica**; è alla luce di questa considerazione che si potrà comprendere la centralità terapeutica del nucleo dei catalizzatori intermedi, l'importanza della presenza degli organoterapici suis, il perché dell'azione dei rimedi dell'Omeopatia classica:
lo sblocco enzimatico promosso da queste sostanze permette al condrocita il recupero della fisiologica attività metabolica, condizione necessaria perchè la cellula cartilaginea possa rispondere, con la neosintesi dei componenti della Sostanza Fondamentale, allo stimolo indotto dagli organoterapici suis.
La modulazione del processo infiammatorio cronico, operata dai rimedi dell'Omeopatia classica presenti nel farmaco, oltre a ridurre, evidentemente, la sintomatologia algica, interrompe il circolo vizioso alla base, come si è visto in precedenza, della progressiva degenerazione cartilaginea.

La sperimentazione su ZEEL T®

L'efficacia terapeutica di Zeel T® è stata convalidata nel 1994 da uno studio multicentrico condotto su 1845 pazienti affetti da gonartrosi trattati in **monoterapia con Zeel T® per via intrarticolare** (Weiser-Metelman: "Terapia della gonartrosi con Zeel T®: risultati di uno studio multicentrico", La Medicina Biologica n° 4/1995). I risultati finali sono riportati nella tabella 1.

La tollerabilità del farmaco è stata definita ottima dai 190 medici impegnati nel multicentrico: solo lo 0,45% dei casi manifestarono effetti collaterali, comunque reversibili.
Nel 1995, in due studi clinici furono trattati 350 pazienti affetti da gonartrosi con **Zeel T® per via periarticolare** (Potrafki: "Somministrazione di Zeel T® per via periarticolare nei

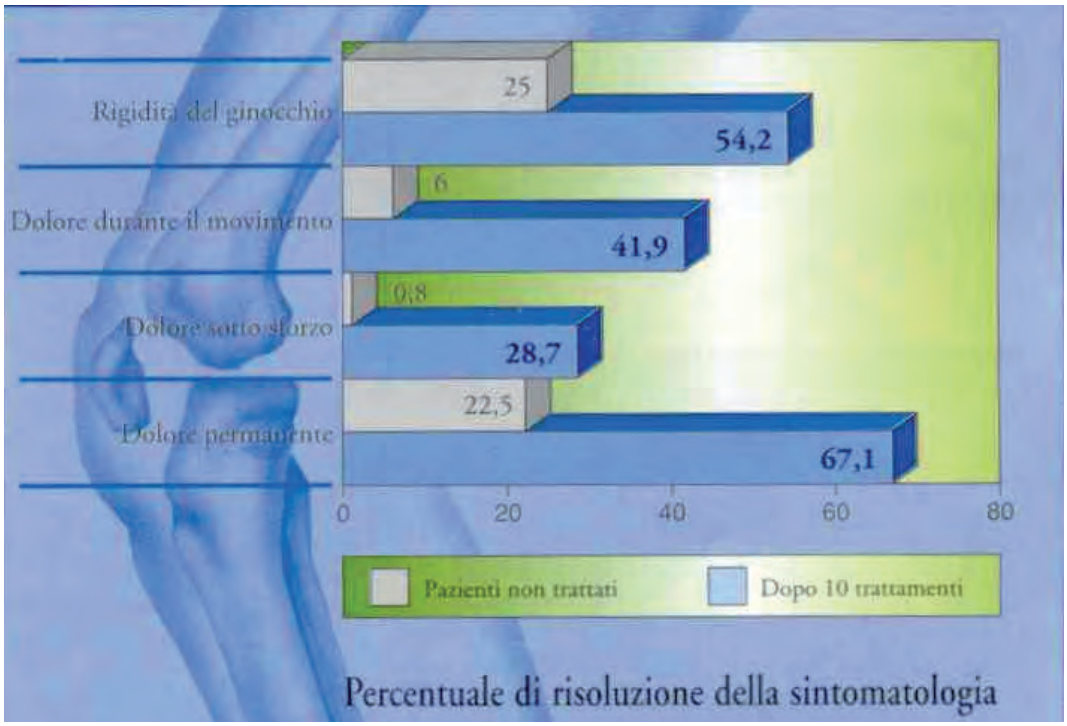


tabella 1

casi di gonartrosi: l'alternativa all'iniezione intra-articolare", La Medicina Biologica n° 1/1997): si evidenziò che i risultati terapeutici dell'iniezione periarticolare erano assolutamente paragonabili all'impiego intrarticolare.

Il farmaco si presenta in fiale iniettabili (i.m. - e.v. -i.c. -intrarticolare), in compresse, in pomata.

La posologia standard prevede:

· **fiale:**
per via intrarticolare o periarticolare: una fiala alla settimana
per via intramuscolare: una fiala due volte alla settimana
· **compresse:**
una compressa sublinguale 3 volte al giorno
· **pomata:**
applicare più volte al giorno massaggiando leggermente la parte interessata

Si prevedono solitamente cicli di terapia di 10 settimane da ripetere una o due volte nell'arco dell'anno.

Bibliografia

Weiser-Metelman: "Terapia della gonartrosi con Zeel T®: risultati di uno studio multicentrico", La Medicina Biologica n° 4/1995

Potrafki: "Somministrazione di Zeel T® per via periarticolare nei casi di gonartrosi: l'alternativa all'iniezione intra-articolare", La Medicina Biologica n° 1/1997

Nahler G. et al. – Terapia della gonartrosi con Zeel vs Acido jaluronico. La Medicina Biologica n° 2/1997

Orlandini et al. – L'efficacia di Zeel verificata da nuovi modelli di indagine in vitro. La Medicina Biologica n° 3/1996

Pautzhe C.M. – Terapia omeopatica dell'artrosi deformante dei cani. La Medicina Biologica n°1/1997

Che stress, che stanchezza…

Alessandro Perra
Dipartimento Scientifico GUNA

Colite, gastrite, mal di testa, dolori muscolari, abbassamento delle difese immunitarie, manifestazioni allergiche, ma anche frequente stanchezza generale, scarsa qualità del sonno, irritabilità e instabilità dell'umore.
Chi di noi almeno una volta non si è accorto di soffrire contemporaneamente di più d'uno di questi disturbi e, recatosi dal proprio medico, sentire la frase *"…non si preoccupi, niente di grave, solo un po' di stanchezza e stress"*, cioè scoprire di essere sano come un pesce … ma di non star bene?
Parafrasando Humphrey Bogart in un famoso film si potrebbe dire *"è lo stress, bambola"*.
Comunemente il termine **stress** possiede un'accezione negativa (in ingegneria "stress" indica la tensione e lo sforzo a cui viene sottoposto un materiale rigido in condizioni di sollecitazione): indica uno stato o un complesso di fattori che possono favorire l'insorgenza di una malattia sia somatica che psichica; ma da un punto di vista biologico esso è l'essenza stessa della vita. L'attivazione dei sistemi biologici comportamentali in conseguenza dell'esposizione ai vari *stressor* ambientali migliora la plasticità dei sistemi biologici, riducendo il rischio di malattia, insomma… è il sale dell'evoluzione.

"Lo stress è una risposta essenziale per la vita, la completa libertà dallo stress è la morte. Contrariamente a quanto si possa pensare, non dobbiamo e non possiamo evitare lo stress, ma possiamo andargli incontro in modo efficace traendone vantaggio, imparando di più sui suoi meccanismi, ed adattando ad esso la nostra filosofia dell'esistenza" (H. Selye).

Gli sviluppi più attuali del concetto di stress hanno portato vari autori a interpretare lo stress come un'ampia reazione biologico-comportamentale finalizzata alla conservazione della vita e conseguenza di un processo di selezione naturale… cioè a dare ad essa una valenza decisamente positiva. Tuttavia affinché ciò avvenga, è necessario che si verifichi il **ciclo di attivazione/disattivazione** dello stress in modo completo e corretto attraverso l'inattivazione finale dello stimolo.
Quando lo *stressor* non è particolarmente aggressivo e soprattutto è circoscritto ad un preciso *frame* di tempo, e i sistemi di controllo omeostatico sono efficienti, si attiva l'asse dello stress in maniera fisiologica. Come osservò Selye si attiva in particolare il cosiddetto **asse HPA (Ipotalamo-Ipofisi-Corticosurrene)**.
Tale reazione è utile e finalizzata all'adattamento dell'organismo alle richieste dell'ambiente. È quello che avviene quando viviamo una situazione di **paura**, ovvero quando, conoscendo perfettamente il pericolo, siamo in grado di valutarlo e dunque affrontarlo: per i nostri antenati era la consapevolezza che, per esempio, in una certa parte della savana sussistesse il pericolo di essere sbranati da un leone e dunque bisognasse tenere all'erta tutti sensi, per noi è la consapevolezza che, se non si è perfettamente concentrati, non si potranno superare le prove alle quali la vita ci sottopone (un esame, un calcio di rigore, il primo appuntamento con una ragazza). Per salvarsi dal leone e per segnare il calcio di rigore "occorre lo stress". In questo caso si parla di *eustress*.
Viceversa, quando lo *stressor* è più aggressivo o non conosciamo esattamente l'entità del pericolo (cioè non si tratta di paura ma di **ansia**) e, soprattutto, esso è protratto per un lungo periodo di tempo o, ancora, le condizioni di equilibrio omeostatico del soggetto sono precarie, si verifica un'attivazione dell'asse dello stress che dalla fisiologia sconfina nella patologia: **cioè si diventa inabili a disattivare l'asse HPA.**
A tal proposito è interessante osservare come tutti gli eventi della scala internazionale dello stress siano accomunati da un unico elemento: il **cambiamento**.
Tab 1

EVENTO	VALORE
MORTE DEL CONIUGE	100
DIVORZIO	73
DETENZIONE IN CARCERE	63
FERITE PERSONALI	53
MATRIMONIO	50
LICENZIAMENTO	47
PENSIONAMENTO	45
GRAVIDANZA	40
PROBLEMI SESSUALI	39
CAMBIAMENTO SITUAZIONE FINANZIARIA	38
IPOTECA	31
FIGLIOA CHE ESCE DI CASA	29
PROBLEMI CON I SUPERIORI	23
VACANZE	15
NATALE	13
PICCOLE VARIAZIONI DELLA LEGGE	11

Ecco dunque la dinamica dello stress: non sappiamo cosa ci aspetta dietro l'angolo, questo crea ansia, l'ansia attiva in maniera inadeguata e protratta l'asse dello stress, una grande quantità di cortisolo si riversa in circolo, ad una prima fase di **allarme** con attivazione di una risposta opportuna volta al "combattimento", segue una seconda fase di **resistenza** (*down regulation* dei recettori ipotalamici del cortisolo) con adeguamento dell'organismo ad una non-risposta, ed infine il ciclo si conclude con la fase di **esaurimento**: le surrenali non sono più in grado di produrre nelle corrette quantità i propri ormoni del *fighting*, cortisolo e adrenalina.
A quel punto si è esausti: davvero non si ha più energia, la vita perde di interesse, non si dorme più la notte, si compromettono le relazioni sociali ed affettive, si cerca consolazione ad una condizione psichica insostenibile cercando di disattivare in maniera artificiosa lo stress, dando così origine ai cosiddetti **disturbi comportamentali da stress**:

- alcoolismo
- tabagismo
- anoressia o bulimia
- ansia o depressione

Compare anche un'ampia gamma di **disturbi psico-fisiologici**:

- turbe del sonno
- inappetenza
- astenia
- amenorrea
- sintomi cardiovascolari
- dispnea
- disturbi della digestione
- iperidrosi
- tensione muscolare

È la cosiddetta *Sindrome da Stress Cronico o Sindrome del Burn Out.*

Le più recenti interpretazioni in chiave *psico-neuro-endocrino-immunologica* dello stress riconducono l'etio-patogenesi della Sindrome del Burn Out ad una **desincronizzazione** dell'asse HPA. In termini molto semplici: il soggetto stressato non è più capace di agire sull'interruttore dello stress, cioè di attivarlo e, ancora di più, di disattivarlo.
Sofisticati studi in campo fitoterapico ed omeopatico hanno portato all'identificazione prima ed all'applicazione poi di alcuni principi farmacologici che, lavorando contemporaneamente su tutte le strutture dell'asse HPA, sono in grado agire su di esso risincronizzandolo e rendendolo nuovamente abile ad attivarsi e disattivarsi.
È proprio su questi meccanismi che si basa la Medicina Fisiologica di Regolazione: grazie ai bassi dosaggi fisiologici (e naturalmente attivati secondo il Metodo SKA -*Sequential Kinetic Activation*- in grado di rendere efficaci concentrazioni molecolari anche al di sotto della dose minima terapeuticamente efficace normalmente utilizzata) ormoni e neuropeptidi, implicati nei fenomeni di desincronizzazione alla base delle sindromi da stress cronico, sono in grado di attivare circuiti neurormonali di controllo dell'asse dello stress (e delle ghiandole e strutture nervose in esso implicate) inducendo meccanismi di auto-regolazione; in altre parole, riportando all'omeostasi fisiologica la funzione del circuito neurormonale alterato.
Con la Medicina Fisiologica di Regolazione cerchiamo di "riprodurre" l'andamento fisiologico della secrezione dei neurormoni (la cui alterazione è la vera, profonda causa dello stress), attraverso un meccanismo di riprogrammazione e risincronizzazione della funzione cellulare-ghiandolare.
Appare chiaro e logico quindi che, nella sindrome da stress cronico per esempio, la somministrazione terapeutica dei medicinali indicati all'uopo, come **Guna ACTH D6** (20 gocce) e **Guna Melatonin 4CH** (20 gocce), avvenga secondo una precisa cronobiologia: Guna ACTH D6 al mattino (in concomitanza dello spike fisiologico di cortisolo) e Guna Melatonin 4CH alla sera (in concomitanza con al massima attività dell'Epifisi).
La parola d'ordine in Medicina Fisiologica di Regolazione è proprio "assecondare" la fisiologia, recuperare l'"intelligenza" biologica delle cellule. Ed è esattamente quello che cerchiamo di fare con le low dose fisiologiche attivate.
Ma Medicina Fisiologica di Regolazione è anche ricerca nel campo più avanzato della Fitoterapia, anche per ciò che riguarda lo studio della sindrome da stress cronico.
Dall'incontro delle conoscenze fitoterapiche polinesiane ed europee, è nato **Tonico Guna**, un moderno ed innovativo integratore a base di principi vegetali, studiato per sostenere l'organismo nelle situazioni di **debolezza, astenia, esaurimento psico-fisico, convalescenza, stress** e, in generale, in tutte le condizioni in cui siano necessarie **carica ed energia**.
In Tonico Guna, 9 principi attivi lavorano sinergicamente ed in maniera complementare tra di loro attivando l'organismo nella sua **globalità mente-corpo** attraverso un'azione di stimolo, dolce ed equilibrata, sull'intero asse Psico-Neuro-Endocrino-Immunologico.
Cuore di Tonico Guna è il Succo di *Morinda citrifolia (Noni)* presente nel prodotto in elevata quantità
L'efficacia di Noni è dimostrata da numerosi studi che hanno evidenziato l'alta concentrazione nel succo del precursore dell'alcaloide *Xeronina* ad elevata attività catalitica sulle sintesi proteiche, sul metabolismo, sulle mitosi cellulari, in grado di attivare la funzione endocrina ed il Sistema Immunitario, migliorare la capacità recettoriale per le endorfine, e quindi con una marcata attività anti-astenica, anti-stress, anti-ageing.
L'azione di stimolazione ad ampio spettro di Noni è potenziata dalle singole azioni degli altri estratti vegetali, ognuno con specifici tropismo organico e azione:

Salutogenesi dalla famiglia, salutogenesi per la famiglia

Michele Iannelli
Medico chirurgo, specialista in psicologia clinica, psicoterapeuta, omeopata e floriterapeuta

Famiglia salutogenetica

Una società che investe seriamente sulla famiglia è una società che investe sul proprio benessere.

L'Articolo 29 della Costituzione sancisce, infatti, che: "La Repubblica riconosce i diritti della famiglia come società naturale fondata sul matrimonio"; l'Articolo 31 afferma inoltre: "La Repubblica agevola con misure economiche ed altre provvidenze la formazione della famiglia e l'adempimento dei compiti relativi."

Il filosofo Bertrand Russel in una sua opera conclude: "Il matrimonio è la migliore e più importante istituzione che possa esistere tra gli esseri umani".

Giovanni Paolo II nel suo viaggio a Rio de Janeiro nel 1997 afferma: "La famiglia è l'ambito privilegiato per far crescere le potenzialità personali e sociali che l'uomo porta inscritte nel suo essere".

Eduardo De Filippo fa dire a Filumena Marturamo nella omonima commedia: "…a famiglie, a famiglie è chella che se riunisce pe nu sfoghe, pe nu cunsiglie…". Egli sottolinea, in questo modo, la funzione ed il valore della famiglia come possibile e principale luogo della accoglienza e della condivisione delle emozioni e dei turbamenti. Luogo dal quale poter ripartire rinforzati e rimotivati nel percorso della vita, grazie anche a suggerimenti resi utili e preziosi dall'affetto e dall'esperienza. Ciò in virtù di quella tranquillizzante e nutriente sensazione di sentirsi ascoltati che è possibile se esiste quella capacità di empatizzare che si apprende e si sperimenta proprio in tale ambito.

La psicoterapeuta Virginia Satir definisce famiglie sane (cioè quelle in cui ogni membro ha una positiva autostima ed in cui la comunicazione è chiara, emozionalmente sincera e diretta) in cui le regole sono umane, flessibili ed appropriate alla situazione. Una famiglia, inoltre, che, come afferma lo psichiatra Vittorino Andreoli, non solo non tolga libertà di agire al singolo, ma gli dia la forza per farlo.

Al contrario una famiglia disfunzionale non incoraggia una positiva autostima; i modelli di comunicazione sono indiretti e vaghi, le regole non sono flessibili ma assolute e la famiglia funziona come un sistema emozionalmente chiuso in modo difensivo e negativo.

Francesco Florenzano noto psicogerontologo ritiene che: "La famiglia è l'unica risorsa vera per affrontare la malattia di Alzheimer" e ciò lo pensa sia perché, a causa delle politiche liberiste, il sistema sanitario nazionale non si prende carico come dovrebbe di questi malati, sia perchè probabilmente riconosce all'istituzione famiglia una specifica ed insostituibile funzione anche il queste situazioni critiche.

Tutte queste appropriate e validissime asserzioni rischiano di apparire nell'Italia e nel mondo odierno, utopie per idealisti e romantici. Alcuni studiosi ed osservatori hanno recentemente, infatti, analizzato (dal punto di vista della politica della famiglia) l'operato, in questi ultimi decenni, di quelle istituzioni ed entità che agiscono a livello internazionale e che quindi costituiscono una sorta di governo mondiale (l'O.N.U. e le sue agenzie, la Comunità Europea, la Banca Mondiale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità etc).

Essi ritengono che, non solo queste istituzioni abbiano fatto pochissimo in favore della famiglia, ma, addirittura, constatano che si è permesso e si è promosso l'affermarsi di una sottocultura che (in nome di un presunto e falso libertarismo) ha teso a boicottare e minare l'istituzione familiare. E' quanto meno ragionevole constatare che queste istituzioni (in modo più o meno consapevole) abbiano sostenuto le logiche e gli obbiettivi delle oligarchie finanziarie e capitaliste che, facendo del profitto l'unico obiettivo e del materialismo una sorta di ideologia, conducono da tempo una lotta sistematica, spietata e concentrica contro l'istituzione familiare. La distruzione della famiglia è, infatti, uno dei passaggi basilari per rendere l'essere umano il più impersonale, anomico, apolide, asociale, impaurito e, quindi, manovrabile possibile. Si crea così quel vuoto pneumatico che viene riempito tragicamente con il consumo di beni materiali, di droghe, con una modalità di concepire e praticare la sessualità come atto ossessivo, autoreferenziale, narcisistico e scevro da qualsiasi contenuto affettivo. Anche il lavoro non viene, così, più inteso come fisiologico modo di sostentarsi e di esprimere le proprie vocazioni e la propria creatività, ma diventa una sorta di feticcio diabolico dal quale si ricevono illusorie gratificazioni e al cui cospetto si è disponibili a sacrificare tutto di se stessi. La carriera, il successo, il denaro ed un modo perverso di intendere il potere condizionano talmente tanto le relazioni che si arriva ad abiurare l'onore, la lealtà, l'onestà e la solidarietà, cioè quei valori che sono alla base di una buona qualità della vita. La televisione ed il computer si trasformano da possibili strumenti di evoluzione e di benessere in cibo spazzatura per riempire un buco dell'anima che, invece, così, si allarga ulteriormente. I figli rischiano di non essere considerati persone da rispettare e da educare con libertà ed

autorevolezza ma ingombri che ostacolano le carriere e che spaventano. Figli-oggetti delle proprie frustrazioni e proiezioni, strumenti di illusorie rivincite personali. Li si tampona infarcendoli con impegni non veramente scelti dai e per i figli stessi e che, quindi, finiscono per essere incombenze conformiste, assurde e stressanti. Li si parcheggia delegando ad altre istituzioni (anch'esse per altro in profonda crisi), li si riempie di oggetti e li si ammansisce con un falso ed ipocrita permissivismo e libertarismo. Il rapporto uomo-donna può diventare una palude in cui sembra sempre più difficile addentrarsi ed in cui fanno capolino quella competizione, invidia, ostilità e diffidenza che producono un'aggressività che sfocia a volte in una disperata violenza.
Sabotando la famiglia si colpiscono così le fondamenta dell'individuo e si da vita ad una reazione a catena, circolare, multidirezionale e sinergica attraverso la quale si disgregano anche le altre comunità intermedie come quelle lavorative, scolastiche e territoriali.

La funzione salutogenetica dei genitori e della scuola

Nel momento stesso in cui in cui si crea lo zigote nasce un nuovo seme, un nuovo universo comincia ad espandersi, inizia un percorso complesso dagli sviluppi imprevedibili e dalle potenzialità se non infinite, quanto meno molteplici. Ci troviamo di fronte ad un'esistenza nuova; essa ha la meravigliosa caratteristica dell'unicità e degli inclassificabili: nessun bambino è un bambino qualunque e nessun bambino dovrà diventare in uomo qualunque. Occorre, quindi, che questo seme (sin dal momento stesso del concepimento) venga accolto in un terreno che gli permetta, come afferma il pediatra e psicoanalista Donald Winnicot, "*…di realizzare il suo sviluppo personale in conformità con le sue tendenze innate…*", di "*essere e liberare sé stesso*" come direbbe il creatore della Floriterapia Edward Bach, di ricercare e trovare "*il significato della propria esistenza*" come ci indica lo psichiatra, filosofo e psicoterapeuta viennese Victor Frankl fondatore della Analisi esistenziale.
Il terreno di crescita, sviluppo ed evoluzione è dato dall'ambiente in cui il bambino si inserisce. Pur essendo senz'altro vero che lo maturazione del bambino non è il risultato passivo di stimoli provenienti dall'esterno, è, per altro, reale che la società in cui il fanciullo si inserisce ha il dovere, il diritto e l'interesse nel fornire gli ingredienti più idonei possibile a favorire il processo di individuazione ed evoluzione. La coppia genitoriale in primissimo luogo, la famiglia nel senso più allargato del termine, le istituzioni preposte all'educazione e alla formazione, gli operatori della salute sono chiamati a questa difficile impresa ma allo stesso tempo naturale e connaturata. Sono due le metafore che credo opportuno utilizzare: se all'inizio il bambino è un seme che deve crescere, dobbiamo auspicare che chi si occupa di lui (in particolare i genitori) si comportino come coltivatori amorosi, attenti, competenti, presenti e nutritivi ma disposti a spogliarsi e a liberarsi di ogni aspettativa pregiudiziale rispetto alle modalità, ai tempi, alle caratteristiche del raccolto; ma, soprattutto, coltivatori veramente preparati a non rivendicare nessun diritto di proprietà e di usufrutto di quel raccolto. Lo scrittore e poeta Kalhil Gibran nel suo libro "Il profeta" ci ammonisce dolcemente scrivendo "*I vostri figli non sono i vostri figli. Essi sono i figli e le figlie della smania della vita per se stessa …voi potete dar loro il vostro amore, ma non i vostri pensieri, poiché essi hanno i propri pensieri.*"
Se è vero che alla nascita il bambino comincia un percorso, chi si occupa di lui (e ribadisco in particolare i genitori) dovrebbe aiutarlo a costruire (senza interferire sui modi, sui tempi e sulle scelte sostanziali) una nave adatta al viaggio; sarebbe opportuno che poi essi agissero come un porto sicuro ed organizzato che, pur fornendo autorevolmente regole certe, coerenti ed utili, lasci libertà di navigazione e di rotta e che sia lì presente e pronto ad ascoltare ed a condividere le eventuali difficoltà del natante e disposto a soccorrere semmai ce ne fosse bisogno
Sono numerosi gli ingredienti utili a portare avanti questo compito: alla base di tutto c'è un concepimento della nuova vita genuinamente desiderato, operato da coniugi che si amano e che siano il più possibile consapevoli della propria storia individuale, di coppia e del significato che assume per loro il progetto della procreazione.
Un genitore consapevole del proprie caratteristiche personali, delle proprie risorse, del proprio stile, dei propri limiti, sarà disposto a valorizzarsi ed ad accettarsi; sarà, quindi, un genitore che potrà essere se stesso nel modo più genuino e migliore possibile; il bambino è, infatti, dotato di grande sensibilità e capacità di intuito e quindi tutto ciò che gli risuona come falso, artificioso e forzato provoca in lui avvilimento, sfiducia, senso di precarietà e pertanto paura. Un tale genitore, se in difficoltà, piuttosto che chiudersi autarchicamente nella sua ferita narcisistica e piuttosto che sprofondare nella dolorosa, paralizzante e soffocante palude del senso di colpa e di inadeguatezza consapevolizzerà, accetterà ed integrerà la propria imperfezione; riuscirà, per esempio, ad attuare una profittevole condivisione delle proprie difficoltà con il partner, con la famiglia, con gli amici e con gli operatori della salute.

Un altra importantissima risorsa è **il tempo**: occorre ribadire con fermezza che ogni ricetta deve assolutamente prevedere questo basilare ingrediente sia nella sua accezione di quantità (*Chronos*)**,** ma, soprattutto nel suo aspetto qualitativo di opportunità, di tempestività e di risonanza emozionale (*Kairos*)**.** Una società sempre meno disponibile e impossibilitata a dedicare tempo ai propri bambini (come ormai avviene nell'Italia contemporanea) appare destinata ad un declino lento, inesorabile ma, anche, subdolo in quanto offuscato dai fittizi successi in campo tecnologico e reddituale.
Occorre poi fare qualche breve considerazione sulla scuola nel suo complesso. L'istituzione scolastica ha l'importante

compito di completare ed arricchire (non sostituendola) l'opera educativa dei genitori e della famiglia, di svolgere un compito formativo e di promuovere i processi di socializzazione del bambino. La scuola pertanto deve, per esempio, impegnarsi nel trovare un suo autorevole e coerente equilibrio cercando di evitare oscillazioni bipolari tra un autoritarismo repressivo ed un'anarchia falsamente libertaria. Educare deriva dal verbo "educere" cioè aiutare maeuticamente l'altro a tirar fuori, ad evocare, a stimolare la scoperta delle proprie vocazioni, a catalizzare un percorso di realizzazione di se stessi; ciò è un processo esattamente inverso ad un nocivo inculcare e conculcare con nozioni e dogmi. Formare vuol dire fornire strumenti di ricerca, vuol dire aiutare a dare forma e concretezza alla propria creatività, vuol dire dare spazio e tempo alle emozioni e alle questioni esistenziali e sociali. Mi piace citare a questo proposito il cantautore bolognese Luca Carboni che in una canzone che riguarda avvenimenti della sua adolescenza fa una dolente constatazione: "*…i professori non chiedevano mai se eravamo felici…*"

La funzione dei medici e degli psicologi

Altri importanti protagonisti delle vicende evolutive del bambino e della famiglia sono i medici, gli psicologi e tutti gli operatori della salute. Mai come in questo caso vale l'adagio del "prevenire è meglio che curare ". Da questo punto di vista i medici di base, i pediatri di base in prima battuta, gli psicoterapeuti che si occupano dell'infanzia, della coppia e della famiglia in seconda battuta sono chiamati a svolgere un ruolo fondamentale. Occorre essere vigili, partecipi, competenti. Occorre porsi in un'ottica in cui il sintomo ed il disagio del bambino non sia un nemico da sopprimere ed occultare, ma bisogna trattarlo e considerarlo come un prezioso segnale da comprendere, da interpretare. Appare fondamentale focalizzare la propria attenzione su ciò che significa il disturbo del bambino in quella famiglia, in quella coppia, in quel momento. È bene attivare il più possibile i canali di comunicazione tra il medico e paziente in modo tale che sia riconosciuto ed accolto il disagio psicologico, stimolare le risorse, agevolare il riconoscimento dei limiti e dei conflitti della famiglia; ciò determina l'assunzione di responsabilità, l'ampliamento di spazi in cui si possono sperimentare sentimenti, prendere decisioni e fornire indicazioni preziose.

Insomma è imprescindibile svolgere quell'attività di counseling (in ambito della medicina e della pediatria di base) rispetto alla quale il professionista è bene che si attrezzi. È necessario implementare massicciamente e capillarmente attività con una forte valenza evolutiva e quindi con un'importante e positiva ricaduta in termini di prevenzione primaria: training di gruppo per le giovani coppie che desiderano essere genitori, gruppi di autoconsapevolezza per genitori, interventi nell'ambito scolastico sulle dinamiche relazionali tra allievi, docenti e genitori. In tutti questi settori può per sua versatilità, flessibilità ed efficacia essere utilmente inserita la Floriterapia di Bach. Tutte queste attività possono e devono rappresentare delle colonne portanti di un progetto (senza fine) di "promozione della salute" per il bambino che sarà l'uomo.

Salutogenesi per la Famiglia

Il Servizio Sanitario Nazionale e l'amministrazione delle comunità abbiano come punti di riferimento fondamentali non solo il concetto di prevenzione primaria, ma anche quello di salutogenesi.

La salutogenesi è il risultato, come si arguisce dalla parola stessa, di tutte quelle azioni che tendono a promuovere le condizioni valide ad attuare il più possibile quei fattori che promuovono la qualità della vita. È chiaro, quindi, che tutti i settori della società (non solo quello sanitario) sono chiamati ad agire sinergicamente in questo senso. Produce, infatti. qualità della vita (e quindi salute) una società in cui si costruisca, ad esempio, la partecipazione diretta del cittadino attraverso la socializzazione dei mezzi di produzione, una partecipazione popolare diretta, una cultura nazionale dell'appartenenza e della solidarietà, una scuola in cui vengano stimolati gli aspetti vocazionali e creativi di ciascun individuo, la possibilità di vivere in un ambiente salubre, etc.

Sia data grande rilevanza, nella preparazione del medico e di tutto il personale sanitario. alla capacità di instaurare con il paziente un rapporto caratterizzato da accoglienza, empatia ed ascolto attivo.

Nello specifico di un azione salutogenetica per la famiglia elenchiamo i seguenti punti:

- Una politica economica e sociale che permetta ai cittadini che decidono di sposarsi e di generare di farlo trovando facilmente alloggio ed essendo sostenuti, ove ce ne fosse bisogno, dallo Stato
- L'opportunità, per chi decide di sposarsi e generare, di usufruire di Consultori Prematrimoniali e Prenatali che preparino emozionalmente, spiritualmente ed intellettivamente a questo progetto.
- Un intervento dello Stato e della Collettività che permetta alla donna lavoratrice di potersi assentare dal lavoro nel periodo della gestazione e per i due anni successivi alla nascita al fine di essere vicina al proprio figlio in questa cruciale fase evolutiva; ciò senza ricevere danni economici e venendo reintegrata nel posto di lavoro, dopo tale periodo, senza alcun genere di penalizzazione.
- L'offerta di spazi e valide risposte in Consultori Familiari in grado di agevolare e sostenere la famiglia e la coppia nelle sue scelte e nei suoi momenti di crisi
- L'opportunità di ottenere quel sostegno psicologico e materiale affinché l'anziano ed il disabile non siano allontanati dal nucleo famigliare per andare tristemente a spegnersi in luoghi senza anima né calore.

- La possibilità da parte della famiglia di essere attiva compartecipe nelle scelte di formazione e di educazione tramite un rapporto vivo e scambievole con l'istituzione scolastica.
- L'incentivazione delle imprese a carattere familiare, le quali, infatti. risultano essere (secondo studi sociologici, statistici ed economici) le più valide economicamente, le più durature ed un ulteriore elemento di coesione familiare.

Letture consigliate per approfondire

1. "La famiglia come soggetto sociale. Riconoscersi, relazionarsi promuovere" di Autori vari dell'Arcidiocesi di Milano-Servizio per la famiglia. Edizioni Centro Ambrosiano, Milano 2006
2. "Le prime sensazioni. Come pianificare la crescita emozionale del bambino dalla nascita fino ai quattro anni" di Greenspan S., Greenspan N.T. Edizioni Sovera, Roma, 1992
3. "Medicina umanistica. Autorealizzazione, salute ed evoluzione attraverso la Floriterapia di Bach" di Michele Iannelli e Paolo Montenero. Nuova Ipsa editore, Palermo, 2012
4. "Non siamo capaci di ascoltarli. Riflessioni sull'infanzia e l'adolescenza" di Paolo Crepet. Giulio Einaudi editore, Torino, 2001
5. "Sociologia della famiglia" di Chiara Saraceno e Manuela Naldini. Editore Il Mulino, Bologna, 2007

Dottor Michele Iannelli
Via Veiano 50
00189 Roma
olopsi@libero.It

Zeel®T

Compresse, fiale, pomata

MEDICINALE OMEOPATICO

Descrizione

La particolare composizione di **Zeel® T** conferisce al medicinale un'azione ampia e profonda, in grado di agire sui processi infiammatori e degenerativi osteo-articolari, all'origine dell'artrosi. Grazie alla sua formulazione **Zeel® T**:

- ripristina i processi metabolici della cellula, contrastando la degenerazione della cartilagine articolare
- stimola la produzione endogena dei componenti fondamentali della matrice cartilaginea
- attiva la ristrutturazione istologica e realizza così un progressivo recupero della bio-funzionalità dell'articolazione
- modula gli stati infiammatori e riduce la sintomatologia dolorosa

Grazie alle sue caratteristiche, **Zeel® T** è indicato in tutti i casi di infiammazione e degenerazione delle articolazioni ed in particolare:

- **gonartrosi**
- **periartrite scapolo-omerale**
- **spondiloartrosi**
- **coxartrosi**
- **artrosi polidistrettuale**

L'applicazione locale di **Zeel® T** pomata consente di esaltare ed amplificare l'azione generale di **Zeel® T** compresse e fiale, modulando e riducendo gradualmente la sintomatologia dolorosa.

Key word:

Zeel® T, il medicinale omeopatico dell'artrosi

Composizione

- **Compresse:** 1 compressa cont.: Cartilago suis D4, Funiculus umbilicalis suis D4, Embryo totalis suis D4, Placenta suis D4 ana 0,30 mg; Rhus toxicodendron D2 0,54 mg; Arnica montana D1 0,60 mg; Solanum dulcamara D2, Symphytum officinale D8 ana 0,15 mg; Sanguinaria canadensis D3 0,45 mg, Sulfur D6 0,54 mg; NAD D6, Coenzyme A D6, Acidum α-lipoicum D6, Natrium oxalaceticum D6 ana 0,03 mg; Acidum silicicum D6 3 mg.
- **Fiale:** 2 ml cont.: Cartilago suis D6, Funiculus umbilicalis suis D6, Embryo totalis suis D6, Placenta suis D6 ana 2 mg; Rhus toxicodendron D2, Solanum dulcamara D3, Symphytum officinale D6 ana 10 mg; NAD D8, Coenzyme A D8, Acidum α-lipoicum D8, Natrium oxalaceticum D8 ana 2 mg; Arnica montana D4 200 mg; Sanguinaria canadensis D4 3 mg; Sulfur D6 3,6 mg.
- **Pomata:** 100 g cont.: Cartilago suis D2, Funiculus umbilicalis suis D2, Embryo totalis suis D2, Placenta suis D2 ana 1 mg; Rhus toxicodendron D2 270 mg; Arnica montana D2 300 mg; Solanum dulcamara D2 75 mg, Symphytum officinale D8 750 mg; Sanguinaria canadensis D2 225 mg, Sulfur D6 270 mg; NAD D6, Coenzyme A D6, Acidum α-lipoicum D6, Natrium oxalaceticum D6 ana 10 mg; Acidum silicicum D6 1 g. Contiene eccipiente idrofilo con etanolo al 12,9%.

Indicazioni

Stimolazione della funzione e della struttura del tessuto cartilagineo. Trattamento della patologia degenerativa, di tipo artrosico (gonartrosi, coxartrosi, spondilartrosi, artrosi delle piccole articolazioni, artrosi polidistrettuale).

Posologia

- **Compresse:** 1 compressa 3 volte al giorno. Nei casi acuti: 1 compressa ogni 15 min. per 2 ore, quindi proseguire con la posologia standard fino alla remissione completa della sintomatologia.
- **Fiale:** 1 fiala da 1 a 3 volte alla settimana i.m, e.v., s.c., i.c.
  Per via orale: 1 fiala a giorni alterni.
  Nei casi acuti 1 fiala al giorno.
- **Pomata:** stendere un velo di pomata sulla parte interessata più volte al giorno.

Confezione

- **Compresse:** Flacone da 50 compresse.
- **Fiale:** Fiale da 2,2 ml.
  - Confezione disponibile per il pubblico da 10 fiale cad.
  - Confezione ospedaliera - ambulatoriale da 50, 100, 500 fiale cad.
- **Pomata:** Tubo da 50 g.

Ai sensi del D.L.vo 219/06 Art.120, comma 1 bis: trattasi di indicazioni per cui non vi è, allo stato attuale, evidenza scientificamente provata dell'efficacia del medicinale omeopatico

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.

LIFEGATE IMPATTO ZERO® CO_2

GUNA terapie d'avanguardia

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

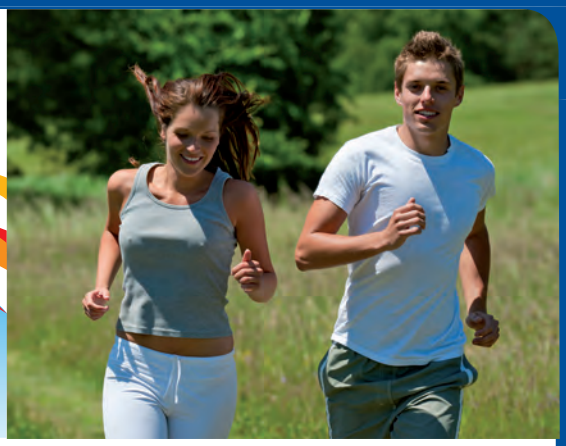
Depositato presso A.I.F.A. il 8.11.2007

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

Tonicoguna

Integratore alimentare



Descrizione

Dall'incontro delle conoscenze fitoterapiche polinesiane ed europee, nasce **Tonico**guna, un moderno ed innovativo integratore a base di estratti vegetali, formulato per sostenere l'organismo nelle situazioni di:

- **Debolezza fisica e mentale**
- **Affaticamento e/o stanchezza**
- **Esaurimento psico-fisico**
- **Convalescenza**
- **Stress**

In generale in tutte le condizioni in cui siano necessarie **carica** ed **energia**.

Tonicoguna contiene un pool di estratti vegetali selezionati per le note proprietà **toniche**, **stimolanti** ed **energizzanti**.
Fra i componenti spicca l'estratto di *Morinda Citrifolia*, pianta polinesiana più nota con il nome di **Noni**, il cui succo, puro al 100%, è ricco di vitamine, minerali, amino-acidi, enzimi, oligoelementi, steroli e xeronina.
Le proprietà di questa pianta sono note per tradizione e avvalorate da recenti studi scientifici.[1-2]

In **Tonico**guna, 9 estratti vegetali lavorano sinergicamente ed in maniera complementare tra di loro attivando l'organismo nella sua **globalità mente-corpo** attraverso un'azione di stimolo, dolce ed equilibrata, sull'intero asse Psico-Neuro-Endocrino-Immunologico assicurando un benessere sostanziale.

Key word:

Carica ed **Energia** contro stress, stanchezza, debolezza.

SENZA GLUTINE

Indicazioni

Integratore alimentare a base di estratti vegetali, selezionati per le note proprietà **toniche**, **stimolanti** ed **energizzanti**.

Modalità d'uso

- **Flacone**: Assumere 20 ml al giorno, in un'unica somministrazione (preferibilmente al mattino) oppure in due somministrazioni (per esempio al bisogno), utilizzando l'apposito tappo dosatore. Si può consumare tal quale oppure diluito in un po' d'acqua.
- **Bustina:** Si consiglia l'assunzione di 1 bustina al giorno. Sciogliere il contenuto della bustina in un bicchiere d'acqua.

Avvertenze

Non superare la dose giornaliera consigliata. Tenere fuori dalla portata dei bambini al di sotto dei tre anni. In gravidanza e durante l'allattamento, consultare il medico. Gli integratori non vanno intesi quali sostituti di una dieta variata, equilibrata e di un sano stile di vita. **Tonico**guna contiene Ginkgo biloba: nel caso di assunzione di farmaci anticoagulanti o antiaggreganti piastrinici, consultare il medico prima di assumere il prodotto.
- **Bustina:** Si sconsiglia l'uso del prodotto in gravidanza e durante l'allattamento. Se si assumono dei farmaci, prima di utilizzare il prodotto chiedere il parere del medico perché l'estratto di iperico può interferire sul loro metabolismo inibendone anche l'attività. L'estratto di iperico è controindicato in età pediatrica e nell'adolescenza

Confezioni

- Flacone da 150 ml con tappo dosatore. Soluzione orale priva di glucosio e lattosio.
- 10 Bustine da 5 g
- 30 Bustine da 5 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.
LIFEGATE IMPATTO ZERO® CO_2

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