

ENZO D'ANTONI e ERIKA MAINARDI

Tocco Armonico®

Il massaggio lento

- riequilibrare corpo e mente
- alleviare il dolore

Edizioni



AMRITA

Medicine complementari e terapie integrate

*Chiedetevi non quale malattia la persona abbia,
ma piuttosto quale persona abbia la malattia.*

William Osler

Perché la medicina integrata?

*La Medicina Integrata promuove l'alleanza tra risorse di cura
armonizzate tra loro in modo non contraddittorio e maturate
in discipline diverse appartenenti a più epoche e substrati culturali e
oggi definite come Biomedicina e CAM.*

Da: *Un Manifesto per la Medicina Integrata*
(redatto dalla Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata – SIOMI)

La biomedicina¹ si basa su un principio basilare secondo il quale la guarigione di una malattia si ha quando vengono eliminati i sintomi ad essa correlati. Ma si può dire che la rimozione dei sintomi corrisponda al recupero dello stato di benessere psicologico, fisico e sociale del paziente?

Molti studi dimostrano che le cure che non tengono conto della complessità dell'essere umano predispongono a ulteriori disturbi, funzionali ed organici.

La salute e la malattia non possono essere definite solo in termini di concetti anatomici, fisiologici o mentali. La misura della salute di una persona è data dalla sua capacità di “funzionare” nei confronti di se stessa e del gruppo di cui fa parte: più una persona è adattabile, più risorse avrà

¹ La biomedicina è una branca della scienza medica che applica principi della biologia e delle scienze naturali alla pratica clinica, N.d.R.

a disposizione per realizzare obiettivi in situazioni differenti. Al contrario, la mancanza di adattabilità significa incapacità di gestire al meglio gli stress fisici, emozionali e ambientali; risultato: il corpo ne soffre.

L'omeostasi, ossia l'equilibrio dinamico nel nostro corpo, ne regola le funzioni e riduce l'entropia (il "disordine"); è quindi necessaria per il corretto funzionamento del corpo in salute. Se il corpo è ben regolato, può resistere e reagire prontamente alle infezioni e alle patologie, e guarire dai traumi più rapidamente.

È grazie a questo connubio fra adattabilità e integrazione mente/corpo/coscienza che si possono superare al meglio disfunzioni o malattie.

La salute si basa sulla capacità naturale dell'organismo umano di resistere, combattere e compensare gli influssi nocivi dell'ambiente; di far fronte, quindi, con adeguate riserve, sia allo stress abituale della vita quotidiana sia a quello occasionale. La malattia comincia quando questa capacità naturale si riduce o viene sopraffatta.

Il corpo è un'unità: la persona è un'unità di corpo, mente e coscienza. E il corpo è capace di autoregolazione, di autoguarigione e della conservazione della salute.

Per secoli, la biomedicina si è sviluppata ritenendo che la mente non avesse nessuna influenza sui processi biologici (separazione mente-corpo di Descartes). Da questo derivò il concetto di organismo-macchina (l'"orologio" di Descartes²), per cui la medicina era chiamata a intervenire per riparare o rimuovere un meccanismo difettoso. Nel modello biomedico il corpo è inteso come una "fisicità organizzata", un "involucro anonimo", e perlopiù sono trascurati gli aspetti emotivi e psicologici (o perlomeno presi in considerazione solo in un secondo momento).

La biomedicina va a caccia di segni e sintomi specifici che rientrano in categorie diagnostiche predefinite: cerca di isolare la patologia per concentrare su di essa l'intervento terapeutico più adatto (allopatico, strumentale, chirurgico). La diagnosi, insomma, tende a circoscrivere la malattia in un ambito ristretto. Eppure, l'evento patologico è un fenomeno che coinvolge varie parti del corpo e diversi sistemi funzionali.

2 René Descartes (La Haye en Touraine, 31 marzo 1596-Stoccolma, 11 febbraio 1650) filosofo e matematico francese conosciuto in Italia come Cartesio. Nella sua visione, l'universo era una macchina, un grande orologio costituito da pochi elementi essenziali e regolato da pochi principi: materia, intesa come estensione, e movimento, che spiega la molteplicità dei fenomeni e il loro carattere dinamico. Nella teoria fisica di Descartes c'era un'unica forma di causalità: ogni causa fisica era dovuta a una spinta. Un corpo spingeva un altro corpo. Così funzionava il meccanismo a orologeria, in cui il dente di un ingranaggio spingeva il dente di un altro.

Un approccio “globale” al paziente, che tenga conto della complessità della malattia, è consigliabile a maggior ragione se si considera che anche la nascita e l’evoluzione della malattia soggiacciono a fattori biologici, psicologici e sociali. Infatti, se nel passato le patologie avevano perlopiù un carattere acuto (sfociando o nella guarigione o nel decesso), oggi prevalgono le malattie ad andamento cronico, e il decesso avviene spesso dopo un lungo periodo di sofferenza psicosomatica e di fragilità. Il modello biopsicosociale di Engel³ e la Psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI)⁴ hanno permesso di ampliare le conoscenze riguardo alla fisiopatologia della malattia e ai suoi complessi legami socio-psico-immuno-ormonali. In particolare, la Psiconeuroendocrinoimmunologia sta da tempo dimostrando come la psiche, il sistema nervoso centrale e il sistema immunitario ed endocrino si influenzino vicendevolmente: le nuove intuizioni cliniche offrono affascinanti prospettive di ricerca e nuove speranze.

Le medicine complementari (*Complementary and Alternative Medicine*, o CAM) si fondano sui principi fondamentali dell’unità del corpo, dell’autoregolazione e dell’interrelazione di struttura e funzione⁵: considerano cioè la persona assieme alla sua storia, ai suoi pensieri e alle sue richieste, ai vissuti nell’esperienza della malattia, all’ambiente fisico e sociale di appartenenza. Tutto questo prende il

3 George Libman Engel (New York, 1913-1999), psichiatra statunitense che ha prestato servizio nel Medical Center dell’Università di Rochester nello stato di New York, ha formulato e introdotto il modello biopsicosociale (*Biopsychosocial model*, BPS), una teoria generale della malattia e della guarigione. Il BPS è una strategia di approccio alla persona sviluppata sulla concezione multidimensionale della salute descritta nel 1947 dal WHO (World Health Organization). Per comprendere e risolvere la malattia il medico deve occuparsi non solo dei problemi di funzioni e organi, ma deve rivolgere l’attenzione agli aspetti psicologici, sociali, familiari dell’individuo, fra loro interagenti e in grado di influenzare l’evoluzione della malattia. Il modello biopsicosociale si contrappone al modello biomedico, secondo il quale la malattia è riconducibile a variabili biologiche che il medico deve identificare e correggere con interventi terapeutici mirati.

4 La psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI) è il risultato della convergenza di cambiamenti e avanzamenti nel campo delle scienze del cervello e del sistema immunitario, che si sviluppano lungo tutto l’arco del Novecento, a partire dai fondamentali lavori di Hans Selye sullo stress negli anni Trenta. La PNEI è una disciplina che si occupa delle relazioni fra il funzionamento del sistema psichico (cioè l’identità emozionale e cognitiva che contraddistingue ciascuno di noi), del sistema nervoso, del sistema immunitario e del sistema endocrino.

5 Questo tipo di approccio valorizza l’attenzione personalizzata, concentrandosi cioè sul paziente nella sua interezza piuttosto che sulla patologia di cui soffre.

nome di *approccio olistico alla persona*. Fra le medicine complementari troviamo, per fare qualche esempio, l'omeopatia, la medicina tradizionale cinese, la fitoterapia, l'ayurveda e l'osteopatia, lo shiatsu, il *tuina*, il *qi gong*, il *tai qi*, la riflessologia, la naturopatia.

Le CAM, che hanno eretto le loro fondamenta su un ampio panorama scientifico-culturale, sono lo spunto per rimettere in discussione i paradigmi della medicina e per favorire una concreta integrazione tra la medicina ortodossa e le cure basate sul modello bio-psico-sociale.

Gli operatori sanitari che agiscono secondo i principi della medicina bio-psico-sociale hanno potuto constatare che ottengono maggiori risultati se, anziché limitarsi ad applicare le loro abilità professionali, possono contare anche sul coinvolgimento attivo del paziente nel percorso terapeutico. Un passo avanti rispetto al cosiddetto "riduzionismo biologico", che concepiva l'organismo umano come la "macchina perfetta" – ma pur sempre solo una macchina.

Secondo il filosofo Martin Heidegger, l'essere umano non è una semplice presenza, un oggetto tra tanti altri, ma rappresenta una possibilità: il "poter essere".

Dalla medicina complementare e alternativa alla medicina integrativa: diversi approcci per un'unica soluzione

Tutto ciò che merita di essere fatto, merita di essere fatto bene.

Philip Stanhope

L'esigenza sempre più pressante di un approccio terapeutico integrato ha innescato un interesse sempre maggiore verso le cosiddette medicine non convenzionali. Variamente definite come alternative, complementari, naturali, tradizionali, dolci, olistiche, integrative, esse non solo non risultano scomparse o sul punto di scomparire, ma appaiono addirittura in piena espansione nelle società postindustriali. E, come ogni fenomeno di una certa rilevanza sociale, suscitano reazioni molto diverse, che vanno dall'opposizione all'entusiasmo.

In realtà il termine "medicina alternativa", che si affermò negli anni Settanta, non è corretto, se in esso si vogliono far confluire una serie di pratiche eterogenee fra cui, ad esempio, quelle di tradizione cinese, ayurvedica, tibetana, eccetera. Un nuovo termine, "medicina complementare", entrò in uso negli anni Ottanta, quando la Gran Bretagna per prima lo adottò ipotizzando che la medicina "canonica" potesse aprirsi almeno a qualche idea e pratica alternativa (ad esempio appunto di medicina antroposofica, ayurvedica, tradizionale cinese, araba, e così via).

Il termine *Complementary and Alternative Medicine* (CAM) è recente ed ampiamente utilizzato nella letteratura scientifica internazionale,

sebbene la sua definizione ufficiale non sia universalmente accettata: «La medicina complementare e alternativa è una gamma di risorse di guarigione che comprende tutti i sistemi sanitari, le modalità e le pratiche, le teorie e le credenze che le accompagnano, diverse da quelle intrinseche al sistema sanitario politicamente dominante di una particolare società o cultura in un dato periodo storico»⁶. Questa definizione, che potremmo definire “multidimensionale”, include scelte terapeutiche sia esclusive (*alternative medicine*) sia in associazione (*complementary medicine*). In particolare vengono distinte cinque categorie principali:

1. *sistemi di medicina alternativa*: sistemi tradizionali asiatici, cinesi, ayurvedico, tibetano, dei nativi americani, africani, arabi, latinoamericani, omeopatia e naturopatia;
2. *interventi mente-corpo*: meditazione, ipnosi, arte-terapia, guarigione mentale;
3. *terapie a base biologica*: fitoterapia, terapie orto molecolari e biologiche, diete particolari;
4. *metodi manipolativi e basati sul corpo*: chiropratica, osteopatia e varie tecniche di massaggio;
5. *terapie energetiche*: terapie del biocampo come qi gong, reiki, tocco terapeutico e terapie bioelettromagnetiche⁷.

Più nota a livello internazionale è la classificazione messa a punto dal Rapporto del Comitato per la scienza e la tecnologia della Camera dei Lord britannica⁸:

1. *terapie alternative organizzate professionalmente, o in via di rapida professionalizzazione*: agopuntura, osteopatia, chiropratica, fitoterapia e omeopatia;
2. *terapie complementari*: tecnica di Alexander, aromaterapia, fiori di Bach, massaggi e altre terapie del corpo, terapia dello stress con *counseling*, ipnositerapia, meditazione, riflessologia, shiatsu, medicina ayurvedica maharishi, medicina nutrizionale e yoga;
3. *discipline alternative*: medicina antroposofica, ayurvedica, tradizionale cinese, araba, tibetana, naturopatia (di più antica tradizio-

6 La definizione è stata sviluppata nel 1997 in una conferenza di consenso dello United States Office for Alternative Medicine dei National Institutes of Health (poi National Center for Complementary and Alternative Medicine, NCCAM, e ora National Center for Complementary and Integrative Health, NCCIH) e successivamente adottata dalla Cochrane Collaboration e dal Ministerial Advisory Committee on Complementary and Alternative Medicine.

7 NCCAM2000: Appendix 1. Cfr. <http://nccam.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/about/plans/fiveyear/fiveyear.pdf>.

8 House of Lords 2000. Cfr. <http://www.publications.parliament.uk/pa/ld199900/ldselect/ldstech/38/3801.htm>.

ne), cristalloterapia, iridologia, chinesiologia e radionica (di più recente introduzione);

4. *tentativi di sintesi culturale e terapeutica*: naturopatia, medicina antroposofica e psicosomatica⁹.

A queste va aggiunta la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che indica come CAM le pratiche di assistenza sanitaria non integrate nel sistema sanitario dominante, etichettandole anche come “medicina non convenzionale”, “medicina naturale”, “medicina olistica”. L'OMS adotta il termine “non convenzionale” in riferimento a quei paesi, come l'Italia, in cui queste medicine da un lato non sono inserite nel piano formativo curriculare obbligatorio del corso di laurea in Medicina e Chirurgia, dall'altro non fanno parte del sistema sanitario dominante, basato sulla già menzionata biomedicina.

Dal canto suo, la biomedicina stessa, definita così nel 1923 dal prestigioso *Dizionario Medico Dorland*, si focalizza sulla malattia e non sulla persona, seguendo la logica del “meccanismo da riparare”. La biomedicina ha compiuto grandi progressi concentrandosi su organi e sistemi, ma a spese dell'essere umano inteso come un tutt'uno¹⁰.

Enzo Colombo e Paola Rebughini¹¹ adottano sostanzialmente due criteri principali per circoscrivere le categorie da adottare:

1. *origine culturale*: medicina tradizionale cinese, ayurvedica, tibetana (paradigma orientale); erboristeria, fitoterapia, omeopatia (medicina occidentale non allopatica);
2. *caratteristiche empiriche della terapia*: pratiche medico magico-carismatiche (pranoterapeuti, sciamani, guaritori e guide spirituali); *bodywork* (osteopatia, chiropratica, *rolfing*, terapia cranio-sacrale, yoga, ginnastiche psicosomatiche, metodo Feldenkrais); terapie al confine tra cura del corpo e cura della mente (fiori di Bach, cromoterapia, aromaterapia e musicoterapia)¹².

Attualmente, in Italia, osteopatia e chiropratica sono professioni sanitarie primarie, cioè indipendenti, autonome e distinte dall'area medica. Praticarle quindi non costituisce esercizio abusivo della pro-

9 Giarelli, G., Roberti di Sarsina, P. e Silvestri, B. (a cura di), *Le medicine non convenzionali in Italia*, Franco Angeli, Milano 2007.

10 Roberti di Sarsina, P., Morandi, A., Alivia, M., Tognetti Bordogna, M., Guadagni, P. (2012), “Medicine tradizionali e non convenzionali in Italia”, *Advanced Therapies*, 1, pp. 3-29.

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

12 Cfr. Giarelli, G., *Medicine non convenzionali e pluralismo sanitario*, Franco Angeli, Milano 2005.

fessione medica o fisioterapica. La pratica dell'agopuntura, invece, in base alla Sentenza della Corte di Cassazione del 19/07/82, è riservata esclusivamente ai laureati in Medicina e Chirurgia e Veterinaria in quanto è considerata "atto medico".

Negli anni Novanta la medicina alternativa entra sempre di più a far parte del panorama medico scientifico: compare un nuovo termine, "medicina integrativa", e l'obiettivo è di arrivare a una sorta di matrimonio tra i trattamenti alternativi e la medicina ortodossa.

Sin dalla fine degli anni Ottanta, infatti, nella letteratura scientifica cominciano ad apparire i primi contributi su questo fenomeno e si moltiplicano le strutture sanitarie che erogano terapie definite integrative. Ciononostante, ancora oggi il fenomeno rimane in fase di definizione, in attesa di chiarire i requisiti necessari in base a cui organizzare i servizi sanitari di medicina integrata¹³. Nei due più grandi Paesi asiatici, Cina e India, si sono già avuti esempi di integrazione, regolamentati e persino promossi dallo Stato. In India, presso il Ministero della salute e del *welfare* familiare, ha sede dal 1995 uno speciale dipartimento denominato AYUSH, acronimo che comprende tutte le discipline mediche complementari che, insieme alla medicina convenzionale, fanno parte del servizio sanitario nazionale. In Cina, sin dagli anni Ottanta del XX secolo, si opera per integrare la medicina tradizionale e quella occidentale nel servizio sanitario nazionale, nella ricerca scientifica e nell'insegnamento universitario. Per effetto della globalizzazione, è possibile che la spinta alla "medicina integrata" proveniente dai grandi Paesi asiatici influenzerà sempre di più i Paesi occidentali¹⁴.

Nel primo decennio del XXI secolo, l'integrazione di medicine complementari e medicina convenzionale diventa un trend in ascesa anche in Nord America e in Europa. Proprio perché in Europa il livello di riconoscimento giuridico delle medicine non convenzionali varia considerevolmente da uno Stato all'altro, il Parlamento Europeo ha approvato il 29 maggio 1997 la Risoluzione n. 75 (poi riconfermata nel 1999 con la Risoluzione n. 1206) dal titolo *Sullo Status delle Medicine non convenzionali*, con l'obiettivo di «garantire ai cittadini la più ampia libertà possibile di scelta terapeutica, assicurando loro il più alto livello di sicurezza e l'informazione più corretta sull'innocuità, qualità ed efficacia di tali medicine».

Vengono riconosciute da parte degli organismi comunitari e dei singoli stati membri le otto medicine non convenzionali per le quali si

13 Bernardini, S. (2011), "'Integrativa', 'Integrata' o 'Nuova Medicina'?", *HIMed - Homeopathy and Integrated Medicine*, 2(2), pp. 37-45.

14 Bottaccioli, F., *Dalla medicina alternativa alla medicina integrata*, disponibile su: <http://www.treccani.it-Enciclopedia.XXI Secolo>, 2010.

auspica il riconoscimento: chiropratica, medicina omeopatica, medicina antroposofica, medicina tradizionale cinese (inclusa l'agopuntura), shiatsu, naturopatia, osteopatia e fitoterapia¹⁵. Negli Stati Uniti sempre più ospedali offrono terapie complementari, e sono sempre più numerosi i medici che includono le CAM nella loro pratica. Le più importanti università del Paese si sono riunite nel Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine [“consorzio dei centri sanitari accademici per la medicina integrata”, N.d.T.]. Prestigiosi centri di cura, in particolare di terapia del cancro, hanno attivato servizi di medicina integrata, spesso in contatto diretto con le facoltà mediche per garantire un insegnamento qualificato. Il crescente successo dell'oncologia integrata ha indotto i responsabili dei centri maggiori a dar vita nel 2004 a una Società Scientifica, la Society for Integrative Oncology (“società per l'oncologia integrativa”, o SIO), che nel 2007 ha redatto le linee guida per il corretto uso delle CAM in oncologia¹⁶. La SIO si sta impegnando in un programma di diffusione internazionale: un importante simposio, ad esempio, si è tenuto a Shanghai nell'aprile del 2008. Nel 2014, la revisione del Centro Nazionale per la Medicina Complementare e Alternativa (NCCAM) viene presa in carico e firmata dallo stesso Presidente Obama come parte della misura di bilancio *omnibus*: il cambio di nome in National Center for Complementary and Integrative Health, NCCIH, è in linea con il mandato congressuale del presidente del centro ed è allineato con il piano strategico che ne guida le priorità di ricerca e di educazione pubblica. Le priorità di ricerca comprendono lo studio di approcci complementari, quali la manipolazione spinale, la meditazione, e il massaggio per la gestione del dolore e di altri sintomi non sempre ben controllati dai trattamenti convenzionali. La ricerca del centro coinvolge e incoraggia anche i metodi di auto-cura che supportano stili di vita più sani, e studia la potenziale utilità dei prodotti naturali e i relativi problemi di sicurezza sanitaria.

In Italia, nel 1999, nasce SIOMI (Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata), con lo scopo di contribuire a ridisegnare il pensiero medico contemporaneo promuovendo uno scambio culturale tra esponenti della medicina accademica, della medicina omeopatica e, più in generale, di tutte le medicine complementari. Il 18 maggio 2002, il Consiglio nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini dei

15 Roberti di Sarsina, Morandi, Alivia, Tognetti Bordogna, Guadagni, “Medicine tradizionali e non convenzionali in Italia”, op. cit.

16 Deng, G.E., Cassileth, B.R., Cohen, L., Gubili, J., Johnstone, P.A., Kumar, N. e Vickers A. (2007), “*Integrative oncology practice guidelines*”, *Journal of the Society for Integrative Oncology*, 5, 2, pp. 65-84.

Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO), riunitosi a Terni, approva un documento nel quale si dettano agli ordini provinciali le linee guida sulle medicine e le pratiche non convenzionali, che vengono riconosciute come “atto medico” e, quindi, degne di tutela professionale. L’omeopatia e le altre medicine non convenzionali, di colpo, passano alla piena rispettabilità. Nel nostro Paese sono attualmente circa duecento i centri pubblici che offrono prestazioni di medicina complementare, di cui una sessantina solo in Toscana che, tra le regioni, è quella che si è spinta più avanti nell’integrazione delle CAM nel servizio sanitario regionale. Con il Piano Sanitario Regionale 2005-2007 la regione Toscana ha infatti deciso di integrare nel servizio sanitario agopuntura, omeopatia e fitoterapia, cioè le terapie complementari alle quali, al momento, il legislatore regionale ha riconosciuto prove scientifiche sufficienti per poterle autorizzare. I cittadini toscani, dunque, a partire dal 2006, possono accedere senza prescrizione del medico di base ai servizi di medicina complementare, che sono erogati al pari di altre prestazioni mediche. Inoltre l’autorità regionale ha deciso di inserire un rappresentante delle medicine complementari in ogni azienda sanitaria e nel Consiglio Sanitario Regionale. È stata istituita anche una rete di medicina integrata con tre centri di riferimento regionale: a Firenze per l’agopuntura e la medicina cinese, a Empoli per la fitoterapia, a Lucca per l’omeopatia. Nella primavera del 2008 è stato annunciato il varo del Primo Ospedale di Medicina Integrata a Pitigliano (Grosseto), esperienza pilota su scala europea¹⁷.

Oltre che in Toscana, riferimenti e programmi di attività relativi alle medicine complementari si trovano nei piani sanitari regionali di Valle d’Aosta, Liguria, Lombardia, Piemonte, Emilia Romagna, Umbria e Lazio, mentre in quasi tutte le altre regioni sono attivi osservatori, commissioni o altre strutture istituzionali di riferimento. Significativa, infine, l’approvazione di un documento sulle CAM nei corsi di laurea di area sanitaria da parte della conferenza dei presidi delle facoltà di Medicina e dei presidenti dei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia svoltasi ad Alghero nel 2004. Dopo questa conferenza, nell’anno accademico 2005-2006 alcune università (Milano, Verona, Bologna, Firenze, Modena e Reggio Emilia) hanno inserito corsi per gli studenti di Medicina, mentre altre (Brescia, Chieti, Firenze, Padova, Roma “La Sapienza”) hanno offerto corsi di perfezionamento postlaurea; altre ancora (Milano, Firenze, Roma “La Sapienza” e Roma “Tor Vergata”) Master di I e di II livello.

17 Cfr. http://www.regione.toscana.it/regione/multimedia/RT/documents/2012/05/07/1336381792412_Normativa%20regionale%20toscana%20medicine%20complementari.pdf.

Il primo Master di formazione in medicina integrata si è tenuto a Siena nel 2009, ma, a differenza di quanto accaduto negli Stati Uniti e in Canada, nessuno ha pensato di istituire un percorso formativo ufficiale per il personale infermieristico sino all'anno 2011 (Master universitario di I livello in Medicine complementari e terapie integrate, presso l'Università di Siena, Dipartimento di Scienze della vita). Va tenuto presente, però, che nel settembre 2002 un gruppo di lavoro ha stilato le linee guida per un percorso di alta formazione in Infermieristica e cure complementari, e ha elaborato una dichiarazione di principi con lo scopo di rendere serio e "professionale" l'utilizzo di tali pratiche¹⁸.

A Torino invece, nell'ottobre 2011, è stato presentato il Master di II livello in Medicina moderna – integrazione di terapie efficaci convenzionali e non convenzionali¹⁹. In Piemonte sono state anche promulgate alcune leggi regionali allo scopo di regolamentare le discipline bio-naturali:

- Legge Regionale 31 maggio 2004, n. 13, migliorata con la Legge Regionale 18 settembre 2006, n. 32: regola le "discipline bio-naturali" (aromologia, astrologia, auricologia, bioenergia, cristallologia, cromologia, fiori di Bach, iridologia; ogni tipo di massaggio con finalità non terapeutiche; ogni trattamento con finalità non terapeutiche come meditazione, morfologia, naturopatia pranologia, qi gong, raddomanzia, radioestesia, reiki, riflessologia, shiatsu, tai qi, training autogeno, yoga), definendole come pratiche che si prefiggono il compito di promuovere uno stato di benessere e un miglioramento della qualità della vita della persona; il loro scopo è l'armonizzazione della persona con se stessa e con gli ambienti sociali, culturali e naturali che la circondano; viene così istituita la commissione permanente per gli operatori delle discipline bionaturali e il registro per gli operatori di tali discipline;
- D.G.R. n. 54 del 16 dicembre 2008: istituisce il Coordinamento regionale tecnico-scientifico delle Medicine non Convenzionali (MnC) con il compito di istruire e approfondire le MnC per favorirne l'integrazione nel SSR;
- D.G.R. n. 54-11023 del 16 marzo 2009: individua il centro di riferimento regionale per l'agopuntura (struttura complessa a direzione universitaria, Ginecologia e Ostetricia C, dell'Azienda Ospedaliera OIRM – S. Anna di Torino) e il centro di riferimento regionale per il trattamento del paziente con dolore cronico anche mediante l'u-

18 Ripa, P. e Baffi, E. (2005), "Assistenza infermieristica e cure complementari", *Nursing oggi*, 1, 8.

19 Cfr. <http://www.globalhealth.it/docenti/beppe-rocca-direttore-del-master/>.

tilizzo di agopuntura e omeopatia (Hospice “Il Gelso” dell’ASL di Alessandria);

- D.G.R. n. 59-12771 del 7 dicembre 2009: individua il coordinamento della rete regionale delle MnC (ASL di Alessandria);
- D.G.R. n. 58-13643 del 22 marzo 2010: identifica il centro di riferimento regionale per il monitoraggio e il supporto scientifico nell’ambito delle medicine non convenzionali (Università di Torino, Facoltà di Medicina e Chirurgia, San Luigi Gonzaga)²⁰.

Il successo delle CAM in Europa, e in maniera più limitata in Italia, è caratterizzato da specifiche tradizioni culturali, come in Germania e in Francia, che sono per natura particolarmente aperte alle proposte di integrazione e innovazione, nonché dal disincanto della popolazione verso la medicina ortodossa. È opinione comune che il gradimento delle pratiche terapeutiche non ortodosse nasca dal desiderio di un sistema di cura meno aggressivo e più personalizzato²¹.

Poiché a tutt’oggi non ci risulta siano state realizzate indagini di tipo transnazionale sulla diffusione delle CAM, gli unici dati attualmente disponibili provengono da *survey* a livello nazionale o regionale, di qualità variabile e di interpretazione non sempre facilissima. Il problema fondamentale è quello della comparabilità dei dati, se si pensa che persino la definizione dell’oggetto varia, e anche molto, da caso a caso: ad esempio, talvolta include tra le terapie non convenzionali anche i farmaci “naturali” comprati direttamente ed autoprescritti; altre volte solo le terapie prescritte da un operatore non convenzionale (medico o non); talvolta si considerano medicina non convenzionale anche alcune tecniche come l’ipnosi e il massaggio, che altrove sono escluse perché fatte rientrare ormai a pieno titolo nella medicina convenzionale²². Una *systematic review* sottolinea che le diverse indagini prese in considerazione differiscono notevolmente per metodologie, origini e risultati, e che, di conseguenza, è difficile parlare di prevalenza reale di una CAM rispetto ad un’altra. Tutti i sondaggi però concordano sul fatto che gli utenti più probabili delle CAM sono femmine, bianche, benestanti, di mezza età e ben istruite²³.

Gli Stati Uniti sono il paese dove il fenomeno sembra più vistoso;

20 Iacchia, V. (2006), “Le cure complementari. Infermieristica e cure complementari”, *Agorà - Ipasvi Como*, 30.

21 Dei, A. (2011), “Medicina Integrata, anatomia di una scelta”, *HIMed - Homeopathy and Integrated Medicine*, 2(2).

22 Giarelli, *Medicine non convenzionali*, op. cit.

23 Ernst, B. (2000), “Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systematic review”, *Bulletin of the World Health Organization*, 78(2), pp. 252-257.

segnaliamo due inchieste in particolare, ad opera dei ricercatori del Center for Alternative Medicine Research and Education [“centro per la ricerca e l'educazione in materia di medicina alternativa”, N.d.T.], secondo le quali tra il 1990 e il 1997 l'uso di tali terapie è passato dal 33,8% al 42,1% della popolazione²⁴. All'inizio del XXI secolo sarebbero addirittura 62 su 100 gli statunitensi che fanno ricorso alle medicine complementari²⁵.

Utenze molto elevate si registrano anche in Australia (48%), Francia (49%), Germania (46%), Canada (70%) e in molti paesi in via di sviluppo come Cina (40%), Cile (71%) e Colombia (40%), ma il maggiore tasso viene registrato nei paesi africani (80%)²⁶.

Per quanto riguarda la Gran Bretagna, è qui che la ricerca vanta la tradizione più florida, dal *Research Survey of Great Britain* del 1984, che rilevava una percentuale di utenti delle medicine non convenzionali addirittura del 30%, fino all'inchiesta di Thomas e colleghi del 1993 e 1995 del *Research Council for Complementary Medicine*, che rilevava un tasso di prevalenza del 33%.

In generale, a seconda dei paesi, prevale l'utilizzo di un tipo diverso di medicina non convenzionale: alcune tecniche manipolative come l'osteopatia e la chiropratica risultano più frequentemente utilizzate in Svezia (48%); l'agopuntura è più popolare in Francia (21%) ed in Belgio (19%); l'omeopatia è più diffusa in Austria, Germania, Olanda (31%), Belgio (56%), Francia (32%) e Danimarca (28%). Naturalmente, le diverse legislazioni nazionali in materia sono in parte all'origine di queste differenze²⁷. Per quanto riguarda l'Italia un'indagine dell'EURISPES (rapporto Italia 2012) ha registrato che ricorre alle medicine non convenzionali il 14,5% della popolazione e che circa il 52% dei medici di medicina generale suggerisce medicinali omeopatici ai propri pazienti (Health Monitor Compu Group Medical – Il Sole 24ORE Sanità)²⁸.

In ogni caso, al di là delle statistiche discordanti è interessante dare

24 Eisenberg, D.M., Davis, R.B., Ettner, S.L., Apple, S., Wilkey, S., Van Rompay, M. e Kessler, R.C. (1998), “Trend in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up National survey”, *JAMA*, 280(18), pp. 1569-1575.

25 Barnes, P.M., Powell-Griner, E., McFann, K., Nahin, R.L. (2004), “Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002”, *Advance Data*, 343, pp. 1-19.

26 Bodeker, G. e Kronenberg, F. (2002), “A public Health Agenda for Traditional, Complementary, and Alternative Medicine”, *American Journal of Public Health*, 92(10), pp. 1582-1591.

27 Giarelli, *Medicine non convenzionali*, op. cit.

28 Roberti di Sarsina, Morandi, Alivia, Tognetti Bordogna, Guadagni, “Medicine tradizionali e non convenzionali in Italia”, op. cit.

uno sguardo alla distribuzione delle preferenze e alle caratteristiche socioculturali degli italiani che ricorrono alle medicine complementari. Secondo un'indagine ISTAT del 2007, l'omeopatia nel nostro Paese è la medicina complementare di gran lunga preferita (7%), seguita dai trattamenti manuali (6,4%), dalla fitoterapia (3,7%) e dall'agopuntura (1,8%). Il forte incremento che si è registrato in Italia nell'uso delle medicine complementari tra il 1994 e il 2000 è dipeso proprio dall'omeopatia, che però nel quinquennio successivo non è riuscita a stabilizzare l'espansione, ma ha addirittura registrato una flessione, che del resto caratterizza anche le altre discipline²⁹.

L'utente italiano non sembra differire da quello degli altri paesi occidentali, se non forse per l'età, leggermente più bassa.

La cura della salute e la sua regolamentazione sono prerogative dello Stato, e, poiché la cultura e le religioni occidentali hanno storicamente condizionato lo Stato a seguire un modello di razionalità esasperata, il metodo ortodosso, sulla carta supportato da inoppugnabile evidenza scientifica, finisce per autoelegggersi più valido degli altri. Infatti, negli ultimi vent'anni la biomedicina ha adottato un atteggiamento difensivo al fine di mantenere la propria autorità assoluta, attraverso l'istituzione del metodo EBM (*Evidence Base Medicine*, "medicina basata sulle prove scientifiche", N.d.T.), che considera tre aspetti fondamentali³⁰:

1. conoscenze mediche e capacità cliniche;
2. prove scientifiche attraverso indagini cliniche;
3. preferenze del paziente.

Ovviamente esso penalizza le CAM e spiega le difficoltà che esse hanno a farsi accettare nel servizio sanitario nazionale³¹.

Negli ultimi anni, però, il dibattito scientifico sulle medicine tradizionali e non convenzionali ne ha favorito e legittimato un aumento della domanda. Si sta attivando così un processo di trasformazione culturale che coinvolge il nostro stile di vita e sposta il focus dal sintomo alla ricerca del benessere della persona. L'attenzione è anche rivolta alla capacità di autoguarigione, al risveglio delle potenzialità individuali che sosten-

29 Bottaccioli, *Dalla medicina alternativa alla medicina integrata*, op. cit.

30 Roberti di Sarsina, Morandi, Alivia, Tognetti Bordogna, Guadagni, "Medicine tradizionali e non convenzionali in Italia", op. cit.

31 Cfr. Dei, A. (2011), "Il problema della validazione delle terapie non ortodosse", *HIMed -Homeopathy and Integrated Medicine*, 2(2); Maha, N. e Shaw, A. (2007), "Academic doctors' views of complementary and alternative medicine (CAM) and its role within the NHS: an exploratory qualitative study", *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 7:17; disponibile anche su: www.biomedcentral.com/1472-6882/7/17.

gono il beneficio dei trattamenti e alla diffusione di un'informazione accurata ai cittadini, affinché possano scegliere liberamente il proprio programma di cura. È importante, dunque, favorire un cambiamento nei processi di politica ed assistenza sanitaria³². L'integrazione con il sistema medico culturalmente e politicamente dominante rappresenta una grossa sfida al sapere scientifico e all'organizzazione accademica e sanitaria. Tale sfida si gioca su molteplici piani: ricerca scientifica (soprattutto su efficacia, fattibilità, appropriatezza e rapporto costi/benefici delle varie pratiche), didattica (soprattutto in riferimento alla formazione pre e post laurea, all'eventuale istituzione di nuovi corsi in università, al controllo della qualità delle offerte formative), organizzativa (sistema sanitario, organizzazioni professionali, deontologia, legislazione). In questa fase un'azione prioritaria è lo sviluppo della ricerca di tipo epidemiologico-osservazionale e sperimentale, la base per un'integrazione fondata sulle evidenze di benefici e rischi³³; sono perciò necessari investimenti e finanziamenti adeguati. Un altro fondamentale prerequisito è la definizione dei percorsi formativi, quindi dei modi di accertamento e di attestazione delle competenze, dei medici e degli insegnanti. Per un ottimale avvio di ricerca e didattica si dovrebbero incentivare collaborazioni e/o convenzioni tra diversi enti ed istituzioni coinvolti a vario titolo: università, scuole di formazione private, società scientifiche, ordine professionale, sistema sanitario nazionale³⁴. La SIOMI ad esempio, che ha fatto dell'integrazione la propria ragione di essere, si è posta l'obiettivo ambizioso di favorire la sensibilizzazione delle istituzioni del servizio sanitario nazionale presentando il 3 dicembre 2012 a Firenze un *Manifesto per la Medicina Integrata*. Lo scopo non è stato quello di presentare un decalogo, ma una bozza di lavoro che avviasse una più ampia discussione in Italia e all'estero per dar vita ad un forum permanente. L'Ordine professionale ha avuto e avrà nel prossimo futuro un ruolo fondamentale nel processo di integrazione. Se l'integrazione è fattibile, essa si fonda sull'efficacia dei metodi clinici, su una buona didattica e su un'efficiente organizzazione del sistema sanitario, ma anche (e forse soprattutto) sulla competenza di ogni singolo medico. Lo scopo della medicina integrata è quindi di identificare i trattamenti più appropriati fra un ampio spettro

32 Roberti di Sarsina, Morandi, Alivia, Tognetti Bordogna, Guadagni, "Medicine tradizionali e non convenzionali in Italia", op. cit.

33 Ernst, E. (2000), "The role of complementary and alternative medicine", *BMJ*, 321, pp. 1133-1135.

34 Cfr. Bodeker, G. e Kronenberg, F. (2002), "A public health agenda for traditional, complementary, and alternative medicine", *American Journal of Public Health*, 92(10); Bellavite, P. e Pomari, S. (2002), "Medicina ufficiale e MNC: integrazione fattibile. La professione medica e le medicine non convenzionali: rischi e opportunità", *Verona Medica*, 37(4), pp. 18-24.

di cure basate su evidenze³⁵. Ad esempio, in un trattamento integrato del cancro, un paziente potrebbe ricevere una cura con agopuntura per trattare sintomi come nausea e vomito post chemioterapia, in modo da evitare l'assunzione di antiemetici. Tecniche di rilassamento e gruppi di supporto psicologico possono essere usati per ridurre lo stress, migliorare l'umore e quindi plausibilmente per aumentare le difese del sistema immunitario (simili approcci sono utili anche nel trattamento delle malattie coronariche e dell'ipertensione). In altri casi, di solito in patologie più semplici, si tratta di scegliere una sola opzione terapeutica tra quelle disponibili, tenendo conto delle conoscenze scientifiche sulla sicurezza e sull'efficacia, ma anche delle preferenze del paziente e dei costi³⁶. Il mutamento dello stato delle cose richiede anche un'innovazione nel modello scientifico di riferimento, superando definitivamente la dicotomia mente-corpo, tra prevenzione primaria, affidata agli stili di vita, e prevenzione secondaria, affidata essenzialmente ai farmaci. La PNEI fornisce un quadro di riferimento che impedisce di ridurre la psiche a modelli biologici o informatici, rintracciandone le solide radici nel sistema nervoso centrale, ma al tempo stesso comprendendone e valorizzandone le diverse funzioni.

La psiche e i sistemi neuroendocrino e immunitario costituiscono una rete strutturata e interconnessa, costantemente in dialogo con l'ambiente fisico e sociale. La PNEI sta correlando su più livelli l'influenza reciproca tra essere umano e ambiente, dimostrando quanto lo stress, la competizione e l'aggressività prodotta dai ritmi serrati del nostro tempo influiscano sulla salute aumentando i rischi di patologie cardiovascolari. Inoltre, sta conducendo ricerche sul condizionamento dell'ambiente nello sviluppo prenatale³⁷.

La PNEI suggerisce un modello olistico scientifico che consente di non respingere le medicine antiche ed ortodosse, ma di sottoporle a verifica scientifica rispettandone gli statuti costitutivi.

Con tale modello, la medicina integrata può presentarsi quindi non come giustapposizione di terapie o come tentativo di sottomissione delle CAM alla medicina convenzionale, bensì come nuova sintesi medica e culturale, come un fondamentale passo in avanti non solo nella cura, ma anche nella conoscenza dell'uomo³⁸.

35 Cfr. www.whccamp.hhs.gov/fr1.html.

36 Ibidem.

37 Cfr. www.crescita-personale.it/teorie-psicologia/947pnei-network-sistemi-biologici/2686/a.

38 Cfr. Bottaccioli, F., *Psiconeuroendocrinoimmunologia. I fondamenti scientifici delle relazioni mente-corpo. Le basi razionali della medicina integrata*, Red, Milano 2005, pp. 23-24, 479-480; Ratto, M. C. (2012), "La relazione terapeutica e il fallimento in ottica PNEI", *Mente e soma*, 2012.