

SOCIAL NEWS

Rai

Con il patrocinio
Segretariato Sociale

CULTURE A CONFRONTO - MENSILE DI PROMOZIONE SOCIALE

www.segretariatosociale.raifit

PREMIATO
EUROMEDITERRANEO 2003

www.socialnews.it

Anno 9 - Numero 9
Novembre 2012

**Il progresso attraverso
antichi modelli**

di Adelfio Elio Cardinale

**La rinascita
dell'umanesimo**

di Gianni Bonadonna

**Ripensare la Medicina
come scienza**

di Ivano Spano

Sanità o Medicina?

di Paolo Barnard

La visione olistica

di Antonella Ronchi

**Il termometro
del nostro ben-essere**

di Dodi Battaglia

**Devo allenare
ed allenarmi al meglio**

di Guglielmo Guerrini

La relazione energetica

di Roberto Potocniak

Con il contributo satirico
di Vauro Senesi

Poste Italiane s.p.a. Spedizione in A.P. - D.L. 353/2003 (Conv. in L. 27/10/2004 n. 46) art. 1, comma 2, DBC TS

UNA MEDICINA PIÙ UMANA

**La scelta giusta
per vivere meglio**



COMITATO ITALIANO PROGETTO MIELINA

realizzazione e distribuzione gratuita

- 3. **Cattive medicine**
di Massimiliano Fanni Canelles
- 4. **La rinascita dell'umanesimo**
di Gianni Bonadonna
- 5. **Il progresso attraverso antichi modelli**
di Adelfio Elio Cardinale
- 6. **Ripensare la Medicina come scienza**
di Ivano Spano
- 8. **Dall'altra parte**
di Paolo Barnard
- 9. **Il rispetto per la vita**
di Fabio Burigana
- 10. **Cosa è il coaching**
di Sandra Conte
- 11. **Esordio psicotico e complessità**
di Clara Minisini e Luca Burigana
- 13. **Il sistema di controllo posturale**
di Stefano Clauti e Dario Urzi
- 15. **Devo allenare ed allenarmi al meglio**
di Guglielmo Guerrini
- 17. **Le ragioni di una distanza dall'uomo**
di Emilio Minelli
- 20. **Integrare gli approcci terapeutici**
di Roberta Zorovini
- 22. **La visione olistica**
di Antonella Ronchi
- 23. **La terapia del dolore**
di Italo Sabelli
- 26. **La relazione energetica**
di Roberto Potocniak
- 27. **L'aspetto spirituale**
di Laura Borghi
- 29. **Iniziamo dall'alimentazione**
di Sebastiano Lisciani
- 30. **Il senso e l'origine della vita**
di Pier Mario Biava
- 33. **Il dovere del clinico**
di Sylvie Menard
- 34. **Come comunicare**
di Cristina Cuomo
- 35. **Il termometro del nostro ben-essere**
di Dodi Battaglia
- 36. **L'evoluzione umana**
di Federico Consoli
- 37. **Elisir di lunga vita**
di Luca Francesco Ticini
- 38. **Quale soluzione per il futuro**
di Daniele Pellicano
- 39. **Gioire insieme**
di Marcello Girone Daloli

Per contattarci:

redazione@socialnews.it, info@auxilia.fvg.it

I SocialNews precedenti. Anno 2005: Tsunami, Darfur, I genitori, Fecondazione artificiale, Pedopornografia, Bambini abbandonati, Devianza minorile, Sviluppo psicologico, Aborto. Anno 2006: Mediazione, Malattie croniche, Infanzia femminile, La famiglia, Lavoro minorile, Droga, Immigrazione, Adozioni internazionali, Giustizia minorile, Tratta e schiavitù. Anno 2007: Bullismo, Disturbi alimentari, Videogiochi, Farmaci e infanzia, Acqua, Bambini scomparsi, Doping, Disagio scolastico, Sicurezza stradale, Affidi. Anno 2008: Sicurezza e criminalità, Sicurezza sul lavoro, Rifiuti, I nuovi media, Sport e disabili, Energia, Salute mentale, Meritocrazia, Riforma Scolastica, Crisi finanziaria. Anno 2009: Eutanasia, Bambini in guerra, Violenza sulle donne, Terremoti, Malattie rare, Omosessualità, Internet, Cellule staminali, Carcere. Anno 2010: L'ambiente, Arte e Cultura, Povertà, Il Terzo Settore, Terapia Genica, La Lettura, Il degrado della politica, Aids e infanzia, Disabilità a scuola, Pena di morte. Anno 2011: Cristianesimo e altre Religioni, Wiki...Leaks...pedia, Musica, Rivoluzione in Nord Africa, Energie rinnovabili, Telethon, 150 anni dell'Unità d'Italia, Mercificazione della donna, Disabilità e salute mentale, Le risorse del volontariato. Anno 2012: Inquinamento bellico e traffico d'armi, Emergenza giustizia, Il denaro e l'economia, Gioco d'azzardo, Medicina riproduttiva, La privacy, @uxilia contro il doping nello sport, Bambini soldato. La strage degli innocenti.

Direttore responsabile:
Massimiliano Fanni Canelles

Redazione:
Capo redattore
Claudio Cettolo
Redattore
Elena Turchetto
Valutazione editoriale, analisi e correzione testi
Tullio Ciancarella
Grafica
Paolo Buonsante
Ufficio stampa
Elena Volponi, Luca Casadei, Alessia Petrilli
Ufficio legale
Silvio Albanese, Roberto Casella, Carmine Pullano
Segreteria di redazione
Paola Pauletig
Edizione on-line
Gian Maria Valente
Relazioni esterne
Alessia Petrilli
Newsletter
David Roici
Spedizioni
Alessandra Skerk
Responsabili Ministeriali
Serenella Pesarin (Direttrice Generale Ministero Giustizia),
Paola Viero (UTC Ministero Affari Esteri)
Responsabili Universitari
Cristina Castelli (Professore ordinario Psicologia dello Sviluppo Università Cattolica),
Pina Lalli (Professore ordinario Scienze della Comunicazione Università Bologna),
Maurizio Fanni (Professore ordinario di Finanza Aziendale all'Università di Trieste),
Tiziano Agostini (Professore ordinario di Psicologia all'Università di Trieste)

Collaboratori di Redazione:

Roberto Casella
Rossana Carta
Giulia Cella
Angela Deni
Eva Donelli
Gemma d'Urso
Marta Ghelli
Susanna Grego
Bianca La Rocca
Ilaria Liprandi
Elisa Mattaloni
Christian Mattaloni
Cinzia Migani
Maria Rita Ostuni
Patrizia Pagnutti
Russo Grazia
Enrico Sbriglia
Cristina Sirch
Claudio Tommasini
Elena Turchetto
Valeria Vilardo

Vignette a cura di:

Paolo Buonsante
Vauro Senesi

Si ringrazia
l'associazione
AMEC
AMEC
(Associazione Medicina
e Complessità) per il
contributo a questo
numero

Periodico
Associato



QR CODE



Questo periodico è aperto a quanti desiderino collaborarvi ai sensi dell'art. 21 della Costituzione della Repubblica Italiana che così dispone: "Tutti hanno diritto di manifestare il proprio pensiero con la parola, lo scritto e ogni mezzo di diffusione". Tutti i testi, se non diversamente specificato, sono stati scritti per la presente testata. La pubblicazione degli scritti è subordinata all'insindacabile giudizio della Redazione: in ogni caso, non costituisce alcun rapporto di collaborazione con la testata e, quindi, deve intendersi prestata a titolo gratuito. Tutte le informazioni, gli articoli, i numeri arretrati in formato PDF li trovate sul nostro sito: www.socialnews.it Per qualsiasi suggerimento, informazioni, richiesta di copie cartacee o abbonamenti, potete contattarci a: redazione@socialnews.it Ufficio stampa: ufficio.stampa@socialnews.it Registr. presso il Trib. di Trieste n. 1089 del 27 luglio 2004 - ROC Aut. Ministero Garanzie Comunicazioni n° 13449. Proprietario della testata: Associazione di Volontariato @uxilia onlus www.auxilia.fvg.it - e-mail: info@auxilia.fvg.it Stampa: AREAGRAFICA - Meduno PN - www.areagrafica.eu Qualsiasi impegno per la realizzazione della presente testata è a titolo completamente gratuito. Social News non è responsabile di eventuali inesattezze e non si assume la responsabilità per il rinvenimento del giornale in luoghi non autorizzati. È consentita la riproduzione di testi ed immagini previa autorizzazione citandone la fonte. Informativa sulla legge che tutela la privacy: i dati sensibili vengono trattati in conformità al D.L.G. 196 del 2003. Ai sensi del D.L.G. 196 del 2003 i dati potranno essere cancellati dietro semplice richiesta da inviare alla redazione.

Cattive medicine

di Massimiliano Fanni Canelles

Spinto verso una cultura sempre più rigidamente anglosassone, l'Occidente perde progressivamente le caratteristiche latine ed umanistiche che hanno caratterizzato l'arte e la creatività italiana. La modalità con cui oggi si concepisce l'esistenza è sempre più impostata secondo i canoni della moderna scienza che a loro volta si basano su modelli meccanicistici e materialistici. Ne consegue che l'uomo viene studiato in modo avulso dai rapporti con i propri simili e dall'ambiente che lo ospita. Anche all'interno del corpo, ogni organo sembra non appartenere ad un meccanismo complesso ed univoco. Per questo motivo, la malattia diventa un evento esterno all'uomo sulla quale agire eliminando i sintomi senza necessariamente capirne l'origine.

La moderna cultura scientifica basata sull'ipermaterialismo avanza con rigide linee guida e sperimentazioni su larga scala sempre più lontane dalla complessa univocità dell'individuo e sempre più vicine ad una sterile interpretazione delle evidenze statistiche. Il rischio è quello di ridurre la nostra esistenza ad un semplice calcolo numerico, facilmente utilizzabile per scopi ed interessi orientati maggiormente all'economia invece che alla salute. La manipolazione o l'erronea interpretazione di studi così impostati possono indurre a pericolose devianze che si traducono in un pericolo per la salute fisica, psicologica e spirituale dell'uomo.

Molti di questi aspetti si comprendono meglio leggendo l'ultimo libro del medico britannico Ben Goldacre, *Bad Pharma*, che sarà pubblicato in Italia da Mondadori nella primavera del 2013. In sintesi, il volume descrive il modo in cui alcune case farmaceutiche ingannano i medici e danneggiano i pazienti. Dall'inchiesta si evidenzia come vi siano rigidi vincoli imposti ai ricercatori nella pubblicazione dei risultati di ricerche finanziate da ditte farmaceutiche e come sia consentito alle stesse aziende di pubblicare solo i risultati positivi dei test condotti sui medicinali da loro prodotti. La conseguenza è che alcuni farmaci - ad esempio la reboxetina - vengono ammessi alla commercializzazione benché molte ricerche, tenute nascoste anche se maggiormente valide di quelle pubblicate, dimostrino la loro inefficacia e, in alcuni casi, la loro dannosità. Riprendendo l'esempio della reboxetina, giova ricordare come questo farmaco venga prescritto anche ai bambini in tutto il mondo in milioni di dosi. Non solo. Goldacre evidenzia anche alcuni casi di pazienti sottoposti a sperimentazione e ricompensati in denaro, articoli accademici considerati obiettivi ed invece redatti da collaboratori di case farmaceutiche ed intere riviste scientifiche di proprietà di queste aziende.

Le istituzioni e le associazioni professionali dovrebbero censurare certi comportamenti, ma, purtroppo, nulla viene fatto in proposito. La popolazione e gli stessi medici non sono a conoscenza del fenomeno e qui nasce la necessità che i risultati dei test clinici siano resi accessibili on-line indipendentemente dal loro risultato o dalla loro sponsorizzazione. La scienza moderna basa tutta la sua efficacia sull'Evidence based Medicine, la Medicina basata sulla prova. Ma quando vengono forniti dati falsati, è evidente che un medico sia indotto ad assumere decisioni sbagliate. Queste non condurranno al benessere del paziente, ma ad un suo peggioramento, se non alla morte. Le conseguenze di questa moderna scienza medica non si limitano solo a ridurre la vita degli uomini ad un insieme di valori statistici, ma portano a perdere di vista la complessità, l'importanza e la posizione dell'uomo nell'ambiente e nell'universo a noi ancora in gran parte sconosciuto.

Scienza e coscienza

I medici secondo scienza e coscienza utilizzano spesso farmaci per fini e con modalità differenti da quelli per cui sono stati approvati: una pratica medicache si definisce "off-label" maggiormente evidente in pediatria e dovuta ai pochi studi scientifici e alle carenti sperimentazioni in questo ambito. Uno studio pubblicato dagli "Archives of Pediatric and Adolescent Medicine", il più vasto mai compiuto su questo argomento, rivela come negli ospedali degli Stati Uniti un bambino su 5 assuma farmaci non testati e non approvati per uso pediatrico.

Tratto da "Titolo Social aprile 2007", SocialNews, Aprile 2007. Hanno scritto: Livia Turco, Maria Burani Procaccini, Sergio Dompe, Anna Maria Bernardini de Pace, Alessandro Meluzzi, Ezio Beltrame, Alessandra Guerra, Paolo Preziosi, Maurizio Bonati, Marcello Nardini. http://www.socialnews.it/social_news_pdf/Giornali_stampa.htm

Gianni Bonadonna

Già direttore del Dipartimento di medicina oncologica dell'Istituto Nazionale Tumori di Milano, oggi consulente per gli studi clinici e presidente della Fondazione Michelangelo

La rinascita dell'umanesimo

Lo sviluppo della tecnologia ha creato miti e illusioni: al medico il mito di essere diventato onnipotente, al pubblico l'illusione che per ogni malattia ci sia un rimedio per guarire, e per guarire subito.

Noi siamo della sostanza di cui sono fatti i sogni e la nostra piccola vita è cinta di sonno

W. SHAKESPEARE

Forse tutti i medici, a cominciare da Ippocrate, si credono immortali. Può darsi che sia una forma di scaramanzia: in realtà è soltanto paura, anzi, una "fottuta paura". Noi sappiamo benissimo che un giorno o l'altro ci può arrivare una "tegola in testa": può essere un ictus oppure un infarto o un cancro. Noi medici sappiamo abbastanza bene dove sono i problemi e proprio per questo cerchiamo di essere vaccinati contro ogni possibile problema vero. E come è noto, chi è abituato a curare gli altri ha enormi difficoltà ad accettare il ruolo di paziente.

Ma io come mi vedo, come mi sento oggi, diciassette anni dopo l'ictus? E come mi vedono gli altri, gli amici, i colleghi, le persone che incontro? Certamente ho perduto parte delle mie libertà. Per esempio, non poter leggere e scrivere autonomamente è un castigo insuperabile. Nel destino della mia vita, dopo anni di battaglia contro il cancro, era scritto che bisognava combattere anche per un'altra medicina: quella in cui il medico è davvero vicino al malato e quella di una sanità in cui il paziente conta più delle cure.

La medicina è nettamente cambiata nel corso dei secoli: da un certo punto di vista sono cambiate anzitutto le malattie. Oggi il medico ha a disposizione un vasto campo di trattamenti farmacologici e quelli chirurgici si fanno più audaci. Avanzamenti tecnologici importanti che però hanno creato miti e illusioni: al medico il mito di essere diventato onnipotente, al pubblico l'illusione che per ogni malattia ci sia un rimedio per guarire, e per guarire subito.

La medicina moderna tuttavia deve tornare ad essere una medicina umana: è questo che dobbiamo insegnare a tutti coloro che oggi affollano le aule universitarie per diventare medici, infermieri, fisioterapisti, logoterapisti, riabilitatori. Nel corso dei loro studi, ma anche insegnandolo di persona durante il loro periodo di tirocinio e preparazione. E lo dobbiamo insegnare sempre: negli ambulatori, nelle sale di visita, al letto del paziente. Con l'esempio e con i gesti quotidiani della nostra professione: non la compassione per il malato grave, ma l'empatia con tutti i malati. Ma cosa si intende per empatia? L'emozione quasi magica del medico e la sua capacità di dimostrare una genuina partecipazione alle reazioni emotive dei pazienti. Il medico deve imparare a pensare come fa un malato.

Non dobbiamo solo saper comunicare nel modo adeguato con i nostri pazienti. Dobbiamo anche saper informare correttamente i professionisti dell'informazione, cioè coloro che

diffonderanno al pubblico i risultati delle nostre indagini e delle nostre ricerche. Evitando di far apparire risolti tutti i grandi problemi delle malattie croniche, evitando gli annunci sensazionali di ricerche di laboratorio per le quali non ci sono ancora

riscontri clinici, evitando gli annunci miracolistici di guarigioni improvvise.

Ma qual è il compito del medico? L'antico detto francese, Curare spesso, guarire qualche volta, consolare sempre, riassume ancora oggi la consegna da far propria di fronte al paziente. Il medico è colui che soccorre il malato, prevenendo o ritardando una morte prematura, non soltanto chi riesce a guarirlo. Di conseguenza il medico chiamato a curare una persona sofferente, quale che sia la causa della malattia, rimediabile o irrimediabile, non deve sentirsi obbligato ad assicurare la guarigione definitiva perché questo fa parte dell'immagine di successo. Il suo compito consiste piuttosto nell'impegnarsi sempre, con scienza e coscienza, nel dare il meglio di se stesso, del suo sapere e del suo saper fare. Se poi tanto prodigarsi sfocerà nella guarigione, tanto meglio: per il paziente e per lui. Ma nell'attuazione di questo mandato etico il medico conserva il suo ruolo tecnico e il carisma umano, cioè la sua dignità professionale, indipendentemente dal risultato finale.

Oggi come non mai il rapporto medico-paziente è quindi la relazione dinamica tra due persone in cui l'esperto soccorre chi sta male. Dal momento che le terapie mediche, chirurgiche e radioterapiche poggiano su due pilastri – la conoscenza scientifica e l'umanità – il medico è l'esperto tenuto a mettere a disposizione del paziente il proprio sapere e la propria abilità sotto forma di intervento attivo e di comprensione umana. Come dire che, mentre combatte con il bisturi, con i farmaci o con le radiazioni contro il male fisico, deve anche aiutare il malato a "riconoscere il senso della sua malattia". Quindi, chi è il buon medico? Colui che merita la fiducia del paziente.

È quindi indispensabile bilanciare la scienza della salute con un forte recupero dell'arte di curare. L'arte della medicina è una combinazione di conoscenza, intuito, giudizio e magia. La medicina è un'arte che non ha mai fine.

IL NOSTRO CAPO VIENE INGIUSTAMENTE ACCUSATO DI SCARSO SOCIALISMO. MENTRE IL VOSTRO DI CENTRO DESTRA?

DI EJACULATIO PRAECOX



Adelfio Elio Cardinale

Sottosegretario di Stato Ministero alla Salute

Il progresso attraverso antichi modelli

Occorre ricomporre i saperi e ricondurre il malato da numero a individuo, con una maggiore percezione dei bisogni dei pazienti. Riposizionare la persona al centro della relazione di cura, con un recupero autentico delle antichissime radici umanistiche della medicina, fondate su rispetto, ascolto, spirito critico, speranza, solidarietà.



Un linguaggio nuovo che vuole apparire moderno e aggiornato. Oggi i cittadini – e anche le matricole di medicina e professioni sanitarie – prendono conoscenza e impattano con parole nuove che inondano il campo dell'«arte» di Ippocrate, ma che in realtà appaiono quasi sempre estranee e fuori posto. Il paziente è chiamato utente o consumatore; i camici bianchi divengono provider; gli ospedali aziende, con a capo un manager; si propone la medicina dei tagliandi. Parole incomprensibili ai più, come *day-surgery, triage, stroke unit, stakeholder*.

La relazione medico-paziente è frantumata e la scienza medica si trasforma in una specie di transazione commerciale. Il sanitario appare quasi come un commerciante rivenditore e il malato un acquirente compratore.

Ma questa è medicina? Si vuole un ritorno alla medicina paternalistica? Certamente no. Ma, di sicuro, questa nobile e antichissima professione, non può essere ridotta ad algidi algoritmi, tecnologie e procedure amministrativo-ragionieristiche, attraverso prefissati manuali operativi.

Ha affermato di recente Vladimiro Zagrebelsky su *La Stampa* che "Il diritto alla salute – intesa come il più elevato livello dello stato di salute raggiungibile dalla persona – è l'unico diritto che la Costituzione qualifica come fondamentale". La salute si consegue e si tutela in un complesso di realtà diversificate, evidenze scientifiche e cooperazione so-

ciale. Il tutto concretizza diversi aspetti del concetto "salute", ove si integra il valore aggiunto di soddisfazione psicologica, effettiva efficacia ecologica, di incremento di quel generale stato di "completo benessere fisico mentale e sociale" della popolazione, che, secondo la targa posta dinanzi al Ministero costituisce l'essenza stessa della salute. Una sanità frazionata e tecnocratica. Negli ultimi decenni la medicina è evoluta in organizzazioni sempre più complesse. Nel nostro Paese, oltre i medici e chirurghi, esistono 29 professioni sanitarie, 64 tra specializzazioni e discipline di perfezionamento, onerose catene gestionali e amministrative.

La ricerca scientifica biomedica ha raggiunto straordinari traguardi di sviluppo tecnico, chimico-fisico, elettronico, informatico, genetico, nano-sperimentale. L'epoca del post-umano, con una vera e propria medicalizzazione dell'esistenza. Il corpo considerato, in maniera riduzionistica, un assemblaggio di meccanismi che si possono riparare, ove il complesso spirituale dell'uomo viene spesso considerato menzogna o eccedenza.

Occorre ricomporre i saperi e ricondurre il malato da numero a individuo, con una maggiore percezione dei bisogni dei pazienti. Riposizionare la persona al centro della relazione di cura, con un recupero autentico delle antichissime radici umanistiche della medicina, fondate su rispetto, ascolto, spirito critico, speranza, solidarietà.

Vien d'obbligo porsi la domanda se gli attuali metodi di formazione del medico, rappresentino sempre un progresso, e se i corsi di studio risvegliano – specie nelle nuove generazioni – l'attenzione verso il mondo della sofferenza, costruendo un medico sapiente e generoso, sensibile alla sofferenza altrui in forza di una reciproca plurimillennaria alleanza con il malato, attraverso il dialogo e l'ascolto.

Il malato è una persona la cui dignità e libertà vanno costantemente rispettate ed amate. La medicina contemporanea, quasi sempre intesa e praticata come professione veloce e intensa, finisce troppo spesso per essere inquadrata nell'ottica del *business*, considerata in una visione piuttosto mercantile. La

salute entra nel paradigma del profitto. Dunque una medicina senz'anima.

Una malattia è come un labirinto senza uscite, nel quale ci si perde. Ma quando l'appello viene direttamente dal medico – che misura la forza di un paziente anche solo in uno sguardo e che della capacità di ascoltare e capire ha fatto una disciplina scientifica – ecco che si può mettere in moto un meccanismo dagli effetti straordinari. La speranza, quella che si accende o si spegne in ognuno di noi. La speranza non è solo un sentimento: è anche una cura. L'esito di una malattia è sempre incerto e, in questa incertezza, bisogna alimentare una reazione positiva.

Ora, anche una ricerca dell'Università di Boston cerca di modificare la prassi dei medici anglosassoni, rilevando che, nel malato, la speranza può divenire assai importante come terapia, in quanto voglia di reagire e ottimismo innescano processi di miglioramento.

A conferma di queste necessarie modifiche per una buona medicina, fondata anche sulle *medical humanities*, emergono prassi e settori nuovi: medicina personalizzata, medicina di genere, medicina di iniziativa, medicina narrativa.

Oggi l'alleanza plurimillennaria tra medico e malato si è rotta. Malattia e dolore sono un tema globale e simbolico, non soltanto anatomico-patologico. L'accompagnamento umano, psicologico, affettivo e spirituale (che si sintetizzano nella parola empatia) è primario. È necessario il ritorno alla medicina umana. Ricordiamo il profondo e sapiente ammonimento di Jacques Maritain, capace di rappresentare la bussola perenne nell'arte medica e nel rapporto con il paziente, debole, sofferente, indifeso. L'uomo – affermava il filosofo – non è soltanto un mezzo, ma è ben più un fine. La dignità della persona umana non vuol dire nulla se non significa che, per legge naturale, la persona umana ha il diritto di essere rispettata, è soggetto di diritto e possiede diritti. Vi sono cose che sono dovute all'uomo per il fatto stesso che è uomo.

Il cittadino infermo, l'uomo fragile e indifeso è e rimarrà sempre il principale attore all'interno del percorso medico e sanitari.

Ivano Spano

Professore associato di Sociologia Generale dell'Educazione - Università di Padova,
Commissario straordinario dell'Istituto Statale per Sordi di Roma (MIUR)

Ripensare la Medicina come scienza

L'assunzione di una concezione sistemica, in cui il mondo è visto in termini di rapporti e di integrazioni, permette di cominciare a comprendere l'evoluzione biologica, sociale - culturale e cosmica in funzione dello stesso modello di dinamica dei sistemi.

"La salute è creata e vissuta dalle persone negli ambienti della loro vita quotidiana, dove studiano, lavorano, giocano, amano"

Carta di Ottawa (1986),
Promozione della salute

Oggi, l'evoluzione delle forme del malessere mostra sempre più l'insufficienza di un modello prevalentemente difensivo di salute e impone la necessità di definire, accanto alla pratica pur necessaria della difesa, una nuova strategia. Ciò, pone in causa la necessità di ridiscutere la stessa visione che anima la scienza medica.

" Per incorporare la nozione di guarigione nella teoria e nella pratica della medicina, la scienza medica dovrà trascendere la sua visione ristretta della salute e della malattia. Ciò non significa che dovrà essere meno scientifica; al contrario, ampliando la sua base concettuale sarà in maggior accordo con gli sviluppi recenti della scienza moderna" (F. Capra, 1984).

Infatti, i concetti di salute, malattia, guarigione non possono essere ipostatizzati all'interno di un paradigma riduzionista e statico come quello della medicina. Sono, questi, concetti che prendono significato diverso in relazione alla cultura, alla visione del mondo all'interno delle quali trovano la loro definizione. Perciò è "del tutto probabile che medicina e biologia verranno rivoluzionate ancora una volta assieme, quando i ricercatori riconosceranno il bisogno di andare oltre il paradigma cartesiano per fare ulteriori progressi nella comprensione della salute e della infermità" (F. Capra, 1984).

Se il paradigma cartesiano, con la sentenza della separazione tra mente e corpo, è assunto a paradigma della scienza medica, è la visione meccanicista del mondo, su cui si fonda la stessa fisica newtoniana, a reggere le sorti favorevoli dello sviluppo di questa scienza (così come delle altre scienze naturali e sociali, al meno fino all'inizio del nostro secolo).

È su questa base che si evolve la stessa concezione del corpo come "macchina", come insieme di ingranaggi o, comunque, di sistemi isolati tra loro e autoregolati (tra i quali, eventualmente, ricercare delle relazioni).

Con l'istituzione della clinica come sapere medico scientifico - positivo, si ha, poi, la definitiva oggettivazione del malato nonché la separazione del malato dalla sua malattia. Il corpo (indifferente) diviene la base su cui leggere un testo, la malattia astratta, così, dal soggetto che la esprime. Il soggetto scompare per riapparire, allora, come sintomo, come malattia. La sua storia è storia della malattia: anamnesi.

Nel corso dello sviluppo della medicina, auto definita scientifica, ciò non di meno, sono state conseguite straordinarie conoscenze sui meccanismi di funzionamento del corpo e sviluppate tecnologie di intervento con un grado impressionante di precisione e di complessità.

Ma la relazione tra sviluppo della medicina e della sua tecnologia e sviluppo progressivo della salute appare sempre più difficile da valutare e non può essere ridotta esclusivamente all'interno delle variabili del paradigma medico stesso (rimozione del sintomo come assenza di malattia, allungamento della vita media, delle speranze di vita...).

Questa necessità si evolve parallelamente alla riscoperta dell'unità dei campi del sapere e dell'unità dell'uomo, della necessità di una scienza che sia in grado di percepire unitariamente e globalmente la molteplicità dei suoi aspetti fisici, psicologici ed evolutivi all'interno dell'intima connessione ritrovata tra l'uomo e la natura, tra l'uomo e l'ambiente.

In una tale visione unitaria le vecchie dicotomie mente/corpo e individuo/ambiente si sciolgono in una più naturale interrelazione dinamica tra polarità inscindibili.

Per comprendere ulteriormente la realtà è necessario, allora, superare

il modello aristotelico (forma/sostanza), quello cartesiano (mente/corpo), quello newtoniano delle componenti elementari della realtà, delle relazioni causalistiche, modelli sottostanti molte nostre concezioni. Occorre un modello, invece, che esprima contemporaneamente unità, molteplicità, totalità, organizzazione e complessità.

L'ipotesi proposta dalle scienze della complessità, accogliendo questa esigenza, è quella di un processo evolutivo unitario che costruisce i sistemi con una progressione graduale, che parte dal campo della fisica e interessa, via via, i campi della chimica, della biologia e delle scienze sociali (E. La-szlo, 1985).

Tale processo evolutivo unitario è basato sul fatto che tutti i sistemi emergono dentro un flusso di energia e sono fondamentalmente aperti, cioè in continua interazione con l'esterno. L'assunzione di una concezione sistemica, in cui il mondo è visto in termini di rapporti e di integrazioni, permette di cominciare a comprendere l'evoluzione biologica, sociale - culturale e cosmica in funzione dello stesso modello di dinamica dei sistemi.

Se la teoria neodarwiniana, allora, vede l'evoluzione muovere verso uno stato di equilibrio, con organismi che si adattano in modo perfezionato al loro ambiente, per la concezione sistemica, invece, l'evoluzione opera allontanandosi dall'equilibrio e il centro dell'attenzione è spostato sulla co-evoluzione di organismo più ambiente, verso un aumento progressivo di complessità, di coordinazione e di interdipendenza (F. Capra, 1984).

L'unità psico - fisica dell'individuo è, allora, un sistema aperto: deve mantenere un flusso continuo di scambi di materia, di energia e di informazione con l'ambiente perché possa rimanere in vita. È un sistema in stato di equilibrio dinamico: mantiene uno "stato stazionario" grazie al funzionamento di meccanismi regolativi

DOPO I TAGLI ALLA SANITÀ



automatici, la cui azione è in relazione con le mutevoli condizioni ambientali. Tali meccanismi devono essere abbastanza flessibili da impedire che l'equilibrio dinamico del sistema superi i parametri di variabilità che delimitano lo stato stazionario (omeostasi).

Qualunque sia la natura della flessibilità (fisica, mentale, sociale), essa è essenziale perché il sistema psico - fisico abbia la capacità di adattarsi ai mutamenti ambientali: perdita di flessibilità significherebbe perdita di salute.

La malattia può essere vista, allora, come il risultato dello sbilanciamento dei meccanismi omeostatici di regolazione (E. Ciaranfi, p: Schlechter, A. Bairati, 1979) e come una disarmonica o mancante integrazione di singoli componenti in sistemi maggiori.

Per questo "La malattia non è soltanto squilibrio o disarmonia, essa è anche, e forse soprattutto, sforzo della natura nell'uomo per raggiungere un nuovo equilibrio: la malattia è una reazione generalizzata con intenzione di guarigione" (G. Canguilhem, 1975).

La tecnica medica e, comunque, tutta la pratica terapeutica, dovrebbero inserirsi in questo processo di imitazione dell'azione medica naturale (*vis medicatrix naturae*), dove imitare non significa soltanto copiare una apparenza ma mimare una tendenza, prolungare un movimento intimo, ritrovare il senso dell'esperienza, della realtà.

Di contro, l'evoluzione della scienza medica ha come risultato la formazione di una teoria del rapporto tra il normale e il patologico secondo la quale i fenomeni patologici non sono, negli organismi viventi, niente di più che variazioni quantitative dei fenomeni fisiologici corrispondenti. "Semanticamente, il patologico è designato a partire dal normale, non tanto come *a o dis* quanto come *iper o ipo*" (G. Canguilhem, 1975).

L'identità del normale (ordine) e del patologico (disordine) è affermata a beneficio della correzione del patologico.

La reazione a un fatto morboso che un essere vivente ha, attraverso la malattia, fa capire come la vita non sia indifferente alle condizioni che la permettono, che la vita sia l'insieme di uno stato e dell'altro indifferentemente (ordine - disordine).

Per George Canguilhem è la vita stessa ad essere normativa. Con questo, trova piena conferma quella riflessione

che aveva portato Bichat a ritenere che nei fenomeni vitali vi siano due stati: lo stato di sanità e lo stato morboso. In definitiva è la vita stessa e non il giudizio del medico che fa del normale biologico un concetto di valore e non un concetto statistico.

Essere sano significa non soltanto essere normale in una situazione data, ma essere normativo in questa e in altre situazioni. Quello che caratterizza la sanità è la possibilità di superare la norma (l'ordine) che definisce il normale momentaneo, la possibilità di tollerare delle infrazioni alla norma abituale (disordine) e di istituire delle norme nuove in nuove situazioni (nuovo ordine).

La sanità, allora, è un margine di tollerabilità verso le modificazioni (infedeltà) dell'ambiente, delle condizioni di vita, modificazioni ineliminabili proprio perché con esse si realizza il divenire dell'ambiente, la sua storia. La sanità è una maniera di affrontare l'esistenza sentendosi non soltanto possessori o portatori ma, anche, all'occorrenza, creatori di valore, instauratori di norme vitali.

La guarigione, allora, in che consiste? Guarire, malgrado dei deficit, va sempre di pari passo con delle perdite essenziali dell'organismo e nello stesso tempo con la ricomparsa di un ordine: a ciò corrisponde una nuova norma individuale.

Se esistono delle norme biologiche è perché la vita, essendo non soltanto sottomissione all'ambiente ma istituzione del suo proprio ambiente, pone proprio per questo dei valori non solo nell'ambiente ma nell'organismo stesso. È questa la normatività biologica per cui l'organismo non è gettato in un ambiente al quale si deve adattare ma struttura il suo ambiente nello stesso tempo in cui sviluppa le sue capacità normative.

La "normatività biologica" appare come la capacità di essere e divenire all'interno di fattori interagenti la cui dinamica e complessità definiscono la natura stessa del sistema nonché il tempo biologico. Una salute, quindi, come effetto dell'organizzazione ma, altresì, una organizzazione come effetto della salute.

Si tratta, quindi, di *desanitarizzare* l'idea di salute, passando da una visione medico - sanitaria ed economico - assicurativa di vita, intesa come sinonimo di quantità e longevità, a una visione psicologico - edonistica e soggettiva della vita. Passare, cioè, dal combattere, curare, guarire il malessere, all'insegnare, pensare e imparare il benessere, dalla salute come vittoria alla salute come condivisione e costruzione.

La Medicina come scienza e come professione, ma anche la Psicologia si dovrebbero risignificare in quanto portatrici di questa possibile trasformazione e di un paradigma, di un modello concettuale fondante l'idea di salute soggettiva.

Sulla scena sociale e culturale può apparire, oggi, un soggetto "sano" titolare di un'idea pratica di salute come costruito, come titolarità, come proprietà di una ipotesi di benessere soggettivo. Il piacere del futuro, l'essere sano non solo spazialmente ma anche temporalmente, sta nel piacere di pensare e di sentire di vivere in uno spazio di possibilità.

Se questi indicatori saranno usati come misura del percorso verso lo sviluppo del benessere soggettivo, sarà proprio questa soggettività a determinare la salute di cui stiamo parlando e di cui dobbiamo costruire e ricostruire collettivamente l'organizzazione.

Dall'altra parte

Solo una Medicina di persone corpo-unico umanizzante avrà il potere di vanificare la meschineria della gestione politica e delle cordate d'interesse.

La richiesta pubblica per una Sanità migliore si perde nel tempo come una costante perennemente frustrata. Di mezzo ci sono state e ci sono vite umane, sofferenze talvolta immense, che rendono i fallimenti della Sanità italiana ancor più intollerabili.

La domanda, nonostante gli innegabili passi avanti ma anche i tanti cambiamenti solo 'cosmetici', rimane tanto inalterata quanto urgente: come migliorare questa Sanità, visto che gli strumenti della politica e della pianificazione economica hanno così spesso mancato l'obiettivo? La risposta mi è arrivata d'istinto: dobbiamo chiederlo ai grandi clinici italiani ammalati, chiedergli come oggi ridisegnerebbero questa Sanità dopo averne conosciuto nel profondo entrambi gli aspetti più qualificanti, e cioè quello scientifico/organizzativo - per essere stati medici di fama internazionale e gestori di reparti - e quello della sofferenza umana - per aver vissuto sulla propria pelle il dolore, lo smarrimento, l'angoscia e la brutalità della malattia grave e delle terapie più estreme.

Ne feci un programma televisivo di grande successo (Nemesi Medica, RAI Educational, giugno 2005, replicato 5 volte), e poi un libro, 'Dall'Altra Parte' (Rizzoli BUR), ancor più apprezzato dal pubblico con ben 7 ristampe. In essi alcuni nomi illustri della medicina italiana - il cardiocirurgo Sandro Bartoccioni (recentemente scomparso), l'oncologo Gianni Bonadonna, il chirurgo toracico Francesco Sartori, e l'internista Lucio Gullo - mi raccontarono sia il loro traumatico salto 'dall'altra parte' per gravi patologie, sia la loro ricetta per una Medicina migliore. Ma si faccia attenzione a quest'ultimo passaggio: non è più di Sanità che sto parlando, ma di Medicina, o pratica medica. Infatti, ci rendemmo conto in corso d'opera di uno scarto di fondamentale importanza che è bene illustrare: la ragione per cui ogni tentativo di riforma politica o aziendale della Sanità è in gran parte fallito sta nel non voler comprendere che senza una rivoluzione morale e umanistica della pratica medica ogni altro tentativo di abbellire la Sanità è destinato al nulla. Non ci potrà mai essere una *istituzione* Sanità a misura d'uomo se l'uomo che la gestisce non sa esserlo. Va rivista la Medicina stessa fin dalle sue fondamenta, con la figura del medico ridisegnata interamente a partire

dai primi anni della formazione universitaria, a partire dalla sua qualità morale e dalla sua capacità empatica. Solo una Medicina di persone corpo-unico umanizzante avrà il potere di vanificare la meschineria della gestione politica e delle cordate d'interesse, o la brutalità di un sistema di lavoro sempre più meccanicistico e sempre meno a misura di persona. E questo col sostegno del grande pubblico. Tentare il percorso inverso è stato e sarà inutile.

Il messaggio sia del programma Tv che del libro, in fondo, è tutto qui, articolato attraverso racconti a tratti commoventi, a tratti terribili, talvolta brillanti, con un *Decalogo* finale che offre le tappe fondamentali per riorientare il mondo di chi vive la malattia e di chi la cura nella sua giusta direzione: quella umana. Desidero anticipare al lettore solo alcuni punti di questa lista di regole auree, per dare un'idea della loro portata innovativa. A partire dal punto primo, che sollecita la creazione in Italia di una Consulta Nazionale dei Medici Ammalati presso il Ministero della Salute (sarebbe una 'prima' mondiale) al fine di stilare una riforma della pratica medica e di offrire perciò concrete proposte per una Sanità migliore. In essa alcuni grandi clinici ammalati coordinerebbero il lavoro del più ampio numero di medici ammalati italiani per stilare un rapporto finale, da consegnare al Ministro.

Seguono idee coraggiose e, senza esagerare, dirimpenti, come quella di istituire una formazione specifica e obbligatoria all'interno dei corsi di laurea in medicina dedicata al rapporto con la persona sofferente, che nella valutazione finale dei laureandi dovrà avere pari peso rispetto alla preparazione scientifica, ma non solo: vi dovrà essere un sistema di sbarramento nella prosecuzione dei corsi, dove lo studente che ha dimostrato scarso interesse e/o rendimento in tale formazione verrà semplicemente escluso dalle specializzazioni 'ad alto contenuto di sofferenza umana', come le oncologie o i reparti di terapia intensiva, ecc. E poi: l'istituzione di una commissione ministeriale super partes per valutare su tutto il territorio nazionale il grado di eccellenza dei reparti e dei loro direttori, specialisti, operatori ecc., a seconda delle specialità e su una base di criteri internazionalmente riconosciuti. La graduatoria di merito, annuale,

I medici ammalati

Paolo Barnard
Giornalista e scrittore

dovrà essere resa pubblica e assegnata ai medici di famiglia per aiutare i pazienti a scegliere il meglio per la propria patologia, poiché non accada più che chi lotta per la propria vita e non sa a chi rivolgersi debba affidarsi al sentito dire, alle riviste patinate, alla fama televisiva di certi medici o di taluni centri di cura. E anche qui vi dovrà essere il coraggio di chiudere, o di rimuovere dall'incarico, i reparti o i medici che non conseguiranno gli standard minimi richiesti. E ancora: l'idea che le persone, i cittadini, non debbano chiamarsi fuori dalla partecipazione ai percorsi di cura fino al precipitare di una malattia. Si invoca una vera e propria campagna nazionale di 'educazione all'essere pazienti', che educi i cittadini a essere protagonisti degli eventuali iter terapeutici futuri e a conoscere i limiti e le dinamiche del lavoro dei medici, al fine di creare un migliore incontro fra di loro e di evitare il così frequente ricorso alle azioni legali, frutto in gran parte di una mancanza di comunicazione umana adeguata.

Uno dei suggerimenti più controversi riguarda l'attuale sistema di aziendalizzazione sanitaria, dove i clinici ammalati di questo gruppo lanciano un attacco frontale all'ingerenza del potere della politica nella gestione della salute, con le cordate d'interesse, le promozioni dei fedeli 'vasalli in camicia bianca' indipendentemente dai loro obiettivi meriti scientifici, le eccessive incombenze amministrative dei medici, e l'erosione dei tempi del fondamentale rapporto medico-paziente, oggi sempre più sul filo dei minuti contati. Infine, si dedica ampio spazio alla diffusione in Italia di una *cultura* medica che 'sappa curare il morire', là dove si sancisce che il medico può e deve continuare a curare/prendersi cura del suo paziente anche nel fatale momento del "non c'è più niente da fare". Tradotto in poche e chiare parole, si tratta di dare il giusto risalto e i giusti mezzi alle scienze di medicina palliativa e all'istituzione di Hospice in ogni regione italiana.

Questo, e molto altro ancora, è il parto di questo straordinario esperimento dove alcuni grandi medici italiani ammalati gravemente hanno deciso di mettere da parte ogni remora, ogni personale pudore, e di incontrare pubblicamente la propria e l'altrui sofferenza per il bene di un'intera nazione.

La complessità dell'uomo

Fabio Burigana
Medico chirurgo, Medico Gastroenterologo, presidente AMEC (Associazione Medicina e Complessità)

Il rispetto per la vita

La visione della complessità porta ad immaginarsi un organismo sempre inserito in un ambiente con cui scambia continuamente materia, energia ed informazioni.

In un colloquio personale con il filosofo Edgar Morin si affrontava il tema della complessità.

Edgar Morin, uno dei padri della complessità, mi diceva che esistono perlomeno due "complessità".

Una complessità ristretta che si occupa di meteorologia, di matematica, fisica, chimica, economia ed altro ancora; dietro ognuna di queste discipline sono presenti dei "maître a penser" che hanno portato delle innovazioni epocali con questo approccio, basti pensare a Prigogine nella chimica o Lorenz nella Meteorologia.

Accanto alla complessità ristretta, mi diceva Morin, esiste anche una complessità allargata, ben più importante, trasversale a tutte le discipline.

Gli uomini che hanno avuto la capacità di innovare la loro disciplina con la complessità ristretta dovevano avere, sottostante, la visione di questa complessità allargata.

La complessità ristretta è inevitabilmente specialistica, difficile da capire per "l'uomo comune".

La complessità allargata, paradossalmente, è semplice.

Meno l'uomo è stato contaminato dal "materialismo scientifico", inevitabilmente riduzionistico, e dall'ottica della superspecializzazione, più semplice sarà accostarsi alla complessità allargata.

Vediamo quindi di accostarci a questa visione "semplice".

Si parla di complessità quando si ha l'intendersi assieme di subunità, in modo da formare una struttura, un ente, un fenomeno nuovo che presenta delle qualità che non sono presenti nella singole subunità.

"L'intero è maggiore delle singole parti che lo compongono" recita uno dei principi della complessità oppure, in altre parole: "dall'incontro di 2 enti si forma un ente completamente nuovo: il fenomeno emergente".

Da ciò deriva che l'approccio analitico ad un fenomeno complesso, un organismo ad esempio, ma può anche essere la valutazione della crisi economica, sarà sempre parziale e non potrà coglierne l'essenziale.

La visione della complessità, inoltre, porta ad immaginarsi un organismo

sempre inserito in un ambiente con cui scambia continuamente materia, energia ed informazioni.

La vita dell'organismo è sempre intrecciata, intessuta con quella dell'ambiente in cui vive come i suoi organi sono intrecciati, intessuti fra loro.

Togliere la connessione dell'organismo con l'ambiente o degli organi fra loro porta immediatamente alla morte, Nel vivente, oltre allo scambio di materia ed energia, presente anche nell'inorganico, c'è lo scambio continuo di informazioni.

L'informazione è la "differenza che fa la differenza" dice Bateson

La differenza dell'ambiente provoca una differenza "attiva" da parte dell'organismo.

La causalità presente nel riscaldarsi della pietra con il calore del sole è di tutt'altra natura rispetto a quella del movimento dei girasoli verso il sole.

Nel secondo caso siamo di fronte ad un processo attivo da parte del girasole che coglie lo spostamento del sole ed in relazione alle sue memorie, attiva un movimento.

Essere consapevoli di questa differenza è il primo passo per poter cogliere la vita e quindi rispettarla.

L'atteggiamento analitico riduzionista, alla base della nostra scienza, pur con i suoi meriti, non interessandosi a questo tipo di consapevolezza, può far perdere il rispetto per la vita.

Il rispetto, la cura nascono se riconosco la "foresta", la "pianta", l'"animale", l'"uomo",

se nel mio immaginare li ritengo essere un insieme di organi, di molecole, di atomi il mio approccio sarà manipolativo.

Questa visione della complessità allargata che porta in sé il rispetto per la vita può essere alla base di una nuova visione della medicina.

Questa nuova visione non si mette in opposizione ai grandi progressi della medicina.

Non si presenta come un'alternativa ma come un cambiamento di prospettiva che utilizza tutto quello che è stato scoperto con il metodo analitico riduzionista.

Secondo la visione della complessità l'organismo è in continuo contatto con

l'ambiente da cui riceve informazioni e sulla base di queste modula il suo comportamento che nel tempo diverrà struttura.

Questa struttura è una "Struttura dissipativa" la quale è più simile ad un fulmine o ad una cascata o ad un vortice che ad una pietra.

La struttura dissipativa è una struttura dinamica con un ricambio continuo di materia, energia ed informazioni.

Le informazioni diventano memorie e saranno alla base del comportamento di quell'organismo che può essere anche un "essere umano".

La prima cellula degli organismi sessuati, lo zigote, frutto dell'incontro fra spermatozoo ed ovocita, porta con sé le memorie genetiche ed epigenetiche (quelle che regolano l'espressione genetica e possono modificarsi in risposta all'ambiente).

nel corso dell'embriogenesi e dell'organogenesi, durante la metamorfosi programmata, molte informazioni, mediate dalla madre, andranno ad imprimermi in questo organismo in crescita che si prepara, dentro all'utero, ad affrontare la vita sulla terra.

Oggi si conosce il "fetal programming" e la problematica legata alle sostanze tossiche che possono interferire, anche a dosaggi considerati non tossici, con questo sviluppo.

Nella visione della complessità queste sostanze tossiche sono informazioni che andranno a strutturare l'organismo in crescita e la ricaduta di questa struttura alterata si potrà vedere molti anni dopo.

Accanto alle sostanze ambientali saranno "informazioni strutturanti" anche tutto il vissuto della madre durante la gravidanza.

In una visione di questo genere, in questa prospettiva "informazionale" non si farà differenza fra informazione chimica, fisica o psichica: tutte le informazioni diventeranno memorie in questo organismo e saranno alla base della sua struttura e del suo "comportamento" sia esteriore che metabolico che psichico.

Ogni organismo si "comporta" in qualche modo nell'ambiente in cui vive, e questo comportamento sarà in funzione delle caratteristiche tipiche dell'or-

Cosa è il coaching

Il **Coaching Life** è una relazione tra due persone o più persone in gruppo: coach e coachee.

Il coaching è un metodo per sviluppare il potenziale dell'individuo per raggiungere obiettivi specifici: salute, relazioni familiari e di coppia, relazioni lavorative, sociali, realizzazioni di progetti, ecc., oltre che una filosofia di vita.

Il coaching è un percorso di sviluppo e trasformazione personale, chiarisce cosa si desidera veramente, permette scelte consapevoli, individua e rafforza i punti di forza, focalizza sull'azione, aumenta l'autostima, rimuove ostacoli esterni e soprattutto interni.

Il coaching nel campo della salute è uno strumento valido per accompagnare la persona nel trovare le strategie a lui più congeniali per favorire il processo della guarigione tenendo conto di una visione olistica della persona stessa in tutte le sue componenti: cuore mente anima.

Il coaching è concepito per aiutare le persone coachee a incrementare le loro performance e migliorare la qualità di vita. Il coaching non si concentra sull'alleviare il dolore psicologico o sul trattare disturbi cognitivi o emotivi. Il coaching presume la presenza di reazioni emotive agli eventi della vita e la capacità dei clienti ad esprimere e gestire le proprie emozioni. Il coaching non è una psicoterapia e la guarigione emotiva non è interesse del coaching bensì promuove stili di vita e di comportamento che permettono di stare in equilibrio e ritrovare la salute psico fisica emozionale.

Il coaching può essere usato simultaneamente alla psicoterapia, ma non può essere considerato come un surrogato. Il coaching non si sostituisce ad alcuna terapia, accompagna la persona nel suo percorso terapeutico a qualsiasi livello ottimizzando e velocizzando i processi di consapevolezza, di autostima, di potenziamento delle risorse interne ed esterne personali.

Nel coaching, occasionalmente si possono dare consigli, opinioni o suggerimenti. Entrambe le parti capiscono che il cliente è libero di accettarli o declinarli e è lui che assume la responsabilità delle azioni da prendere. Il coach può esprimere richieste affinché il cliente promuova azioni adatte a conseguire un risultato desiderato da lui stesso.

Il coach e il cliente si mettono d'accordo su un programma e sulle modalità di contatto (es: di persona, in gruppo, per telefono o via mail) in modo che vada bene ad entrambi. Non sono costretti a seguire un programma e una modalità di contratto standardizzato.

Il coach si relaziona con il coachee come ad un partner, un accompagnatore in un pezzo di percorso di vita. Non si relaziona con la persona come un esperto, un'autorità o un guaritore. Il coach e il coachee scelgono assieme su cosa concentrarsi e l'ambito ed gli esiti desiderati dal loro lavoro. Il cliente non rinuncia alla responsabilità di creare e mantenere questi risultati e il coach non assume piena responsabilità per gli stessi.

Chi è il coach e cosa fa

Il coach non insegna, non è un maestro, non è un terapeuta, ma un professionista esperto di percorsi di consapevolezza che aiuta la persona ad accedere alle soluzioni personali attraverso:

l'aiuto a scoprire, rendere chiari ed allineare gli obiettivi che il cliente desidera raggiungere in tutti i campi che desidera esplorare, guida il cliente in una scoperta personale di tali obiettivi, fa in modo che le soluzioni e le strategie da seguire emergano dal cliente stesso e lascia piena autonomia e responsabilità al cliente.

Farsi accompagnare in un coaching health

Ci sono momenti nella vita in cui tutto sembra difficile, faticoso, dove è urgente un cambiamento, ci si deve re-inventare nuove possibilità di vita, trovare soluzioni a problemi di salute, esiti di malattie, separazioni, lutti, disorientamenti esistenziali, cambiamenti nel lavoro o di lavoro, ecc.

Il coach o accompagnatore personale e di gruppo, aiuta a darsi obiettivi di salute, nuove opportunità, nuovo slancio e uscire dalla crisi rafforzati, capaci di nuovi progetti.

Ci sono molte ragioni per le quali una persona o un team possono scegliere di lavorare con un coach: c'è una lacuna di consapevolezza, di capacità, di fiducia, di risorse; c'è il desiderio di ottenere dei risultati più rapidamente; c'è il bisogno di fare un percorso di guarigione accompagnato; c'è il bisogno di avere migliori relazioni in coppia e famiglia; il modo di relazionarsi con gli altri non è efficace o non aiuta la persona a raggiungere i suoi obiettivi prioritari; c'è mancanza di chiarezza nella persona a fronte di scelte da fare; la persona non ha identificato le sue potenzialità principali né sa come utilizzarle al meglio; c'è il bisogno e il desiderio di essere meglio organizzati e sapersi meglio gestire; c'è il bisogno di crescere spiritualmente, ecc. ecc

Sandra Conte

Coach-life, formatrice, conduttrice di gruppi
Associazione FAR salute, Pordenone

MEDICO DERMOGRAFICO



ganismo (la specie), delle memorie (siano esse genetiche, epigenetiche, a breve o a lungo termine) e della situazione particolare in cui si trova (davanti alla preda, davanti al predatore, con i suoi cuccioli...).

Con il termine "comportamento", come già detto, non ci si riferisce solo al comportamento esteriore (per quanto concerne l'uomo alla postura, alla gestualità, allo sguardo, alla voce), ma anche alle funzioni metaboliche ed intra psichiche. Dopo la nascita, ed adesso parliamo in particolare dell'uomo, saranno informazioni che ricadranno sul comportamento e la struttura: lo sguardo, la voce, il tocco della madre.

Tutto l'ambiente si imprime in questo "giovane individuo" in virtù della regola che la precocità dell'informazione è proporzionale alla forza del suo impatto.

Ovviamente in una visione di questo genere non esistono colpevoli, né è possibile definire con precisione quale è la causa dello specifico disturbo o malattia.

Non esistono colpevoli, escluse naturalmente le colpe giuridicamente intese come tali, in quanto i genitori, che portano le informazioni più precoci ai loro figli, si comporteranno in relazione alle loro memorie, porteranno incoscientemente quello che incoscientemente hanno imparato.

Non è possibile definire con precisione la causa della malattia, del disturbo fisico o psichico o del comportamento inadeguato in quanto, salvo casi estremamente rari, abbiamo sempre un intrecciarsi di informazioni genetiche, epigenetiche ed ambientali.

Lo stesso comportamento inadeguato, a seconda delle situazioni, potrà portare ad effetti opposti.

La stessa malattia può essere considerata un "comportamento inadeguato" all'ambiente che richiede una integrazione delle informazioni che vada a correggere quello che manca o è alterato.

La persona che "sta male" oltre alla specifica terapia farmacologica ha bisogno quindi di "informazioni adeguate": una dieta, uno stile di vita, relazioni familiari e lavorative, attività artistiche, attività fisiche, informazioni che vadano nella direzione di attivare un "comportamento" adeguato all'ambiente.

Ecco quindi la responsabilità del medico, del personale sanitario, del terapeuta che deve vagliare non solo ogni singola frase ma anche ogni sguardo, ogni parola.

Ecco l'importanza di creare dal punto di vista artistico ed architettonico degli "ambienti di salute" adeguati.

È evidente l'estrema importanza, nella visione della complessità, della prevenzione.

Prevenzione non solo delle malattie ma anche di tutto quello che può impedire all'essere umano di esprimere la sua natura più profonda: la creatività individuale e la capacità di amare. La prevenzione deve iniziare fin nella vita intrauterina e continuare durante tutto il percorso di educazione familiare e scolastico.

Ancora una volta non facciamo distinzione fra disagio o malattia fisica e psichica.

Si tratta sempre e solo di comportamenti inadeguati a cui noi dobbiamo porre rimedio offrendo le informazioni adeguate.

Gli aspetti psicologici

Clara Minisini

Psicologa, cultrice della materia al corso di Psichiatria Sociale - facoltà di Psicologia dell'università di Trieste.

Luca Burigana

Dottore in Scienze e Tecniche Psicologiche indirizzo Psico-Biologico

Esordio psicotico e complessità

Alcune ricerche che hanno riscontrato una correlazione tra durata della psicosi non trattata e prognosi delle patologie organiche, più tardi si interviene, più difficile è per la persona riprendersi.

Affrontare il tema della psicosi alla luce del modello della complessità comporta un cambio di prospettiva rispetto a quella che ad oggi è la più diffusa lettura del disturbo psicotico in psichiatria, la quale mira solo ad identificarne i disturbi e a nominarli. Per cogliere un disturbo mentale nella sua complessità, è necessario comprendere le persone che ne soffrono nel loro ambiente.

"Il malato è, prima di tutto, una persona, e come tale deve essere considerato". Questa frase introduce bene la concezione dell'individuo che si intende proporre. È stata pronunciata da Franco Basaglia, lo psichiatra che negli anni '70 avviò la rivoluzione sanitaria e culturale culminata nella legge 180 (il superamento del modello manicomiale in Italia) e nell'applicazione del modello territoriale dei servizi sanitari. Le radici filosofiche alla base di un tale cambiamento si svilupparono nel terreno della fenomenologia che già dai primi anni del '900 aveva avviato un ripensamento della psicopatologia, ponendo al centro la persona, con i suoi vissuti soggettivi ed i suoi atti intenzionali.

Tuttavia, come accennato, ad oggi è più diffusa una descrizione della psicosi puramente nosografica. Essa elenca una serie di sintomi, più o meno durevoli, che in vario modo possono essere sperimentati dalle persone portatrici di un episodio psicotico. Tali indicatori sintomatici sono:

- allucinazioni: alterazioni senso-percettive, come, ad esempio, sentire delle voci, vedere persone ed oggetti, percepire odori, provare sensazioni tattili che non corrispondono alle stimolazioni effettivamente presenti nell'ambiente;
- convinzioni false: alterazioni del contenuto del pensiero che assumono la forma di convinzioni stabili, le quali vengono mantenute a dispetto di qualunque evidenza del contrario, nonostante non siano accettate e condivise dagli altri;
- confusione del pensiero: alterazioni della forma del pensiero, come,

ad esempio, una disorganizzazione ed una mancanza di coerenza nel flusso del pensiero, un'alterazione nelle associazioni tra le idee; il pensiero può essere insolitamente veloce o lento, la persona può incontrare difficoltà a spiegarsi;

- cambiamenti comportamentali: la persona si comporta diversamente dal solito, può essere iperattiva e ridurre le ore di sonno o passare le giornate a letto;

- cambiamenti emotivi: la persona vive sbalzi d'umore apparentemente immotivati; potrebbe comportarsi freddamente con amici o essere insolitamente eccitata o depressa.

La transizione verso la psicosi - definita esordio psicotico - rappresenta una condizione che, negli ultimi anni, sta attirando il mondo scientifico al fine di definirne l'evoluzione a scopo preventivo. La speranza di superare un disturbo come la psicosi, per anni associato al probabile esito della cronicizzazione (sorte che per anni accompagnava inesorabilmente la diagnosi di schizofrenia, un tipo particolare di psicosi), si deve soprattutto ad alcune ricerche ormai storiche che hanno riscontrato una correlazione tra durata della psicosi non trattata e prognosi¹: più tardi si interviene, più difficile è per la persona riprendersi. Ma riprendersi è possibile, e non così raro.

Elenchiamo alcuni dati per comprendere meglio le ricadute del disagio mentale: secondo l'OMS, una percentuale di popolazione maggiore compresa tra il 20 ed il 25% ha sofferto di una patologia mentale clinicamente significativa. Se ci si riferisce ai disturbi psicotici, si stima che 3 ragazzi su 100 sperimenteranno nell'arco della loro vita almeno un episodio psicotico. La schizofrenia presenta un'incidenza (nuovi casi all'anno) compresa tra le 16 e le 42 persone in una popolazione di 100.000 abitanti di

1 P. McGorry, H. J. Jackson "Riconoscere e affrontare le psicosi all'esordio", Centro Scientifico Editore, 2001.

età compresa fra i 18 ed i 54 anni (con picco tra i 23 ed i 25) con una prevalenza (persone affette su 100 abitanti) dello 0,5%.

Il costo medio annuo (approssimativo, in quanto non basato su campioni molto ampi) di una persona affetta da schizofrenia è pari ad € 7.506,57, di cui € 6.607,59 imputabili alla malattia stessa. Con riferimento ai soli costi medici direttamente imputabili alla patologia, la voce che incide maggiormente è rappresentata dai ricoveri (69,5% - € 4.590,50), seguita da semiresidenzialità (13,6% - € 898,52), farmaci (9,5% - € 626,58) ed interventi terapeutici (7,4% - € 491,99)².

Il mondo clinico e scientifico si avvale principalmente di una descrizione sintomatologica della psicosi proprio perché l'origine del disturbo è ancora un tema controverso. Il modello causale generalmente più accreditato è quello denominato "vulnerabilità-stress"³: una persona eredita una predisposizione al disturbo che sfocia in malattia solo in concomitanza di fattori ambientali che richiedono un grosso sforzo di adattamento. In un soggetto caratterizzato da alta vulnerabilità (bassa capacità di adattamento ai cambiamenti) anche bassi livelli di stress possono portare a vivere un disturbo mentre, in una persona con una vulnerabilità più bassa, la possibilità di sviluppare un disturbo anche a fronte di livelli di stress molto elevati (liti, divorzi, lutti, abuso di droghe) appare minore. La teoria è interessante in quanto, nel prendere in considerazione la persona e le informazioni ambientali, pone al centro dei costrutti come vulnerabilità e stress dotati di valenza soggettiva e mutevole. I comportamenti ed i vissuti espressi da una persona (in questo caso,

2 R. Ravasio, L. Sanfilippo, G. De Paoli, C. Cerra, P. Fratino, M. Della Giovanna "Giornale Italiano di Health Technology Assessment", 2009

3 J. Zubin, B. Spring "Vulnerability: A New View". Schizophrenia Journal of Abnormal Psychology, n° 86, p.103 - 126, 1977.

una serie di comportamenti definiti, nel loro insieme, psicosi) perdono di senso se li si toglie dall'ambiente in cui vengono espressi (e per ambiente si intende anche l'ambiente soggettivamente percepito della persona). Per cogliere il fenomeno dell'esordio psicotico appare, quindi, necessario considerare la persona e l'ambiente entro cui è inserita come un sistema inscindibile di scambi e relazioni.

Proprio perché non fotografa uno stato della persona, ma un suo processo dinamico, il modello della vulnerabilità-stress costituisce un buon punto di partenza per introdurre il modello della complessità al fine di comprendere la psicosi.

Il pensiero complesso è consapevole in partenza dell'impossibilità della conoscenza completa: uno degli assiomi della complessità è l'impossibilità, anche teorica, dell'onniscienza. È animato da una tensione permanente tra l'aspirazione ad un sapere non parcellizzato, settoriale, riduttivo, ed il riconoscimento dell'incompiutezza e della incompletezza di ogni conoscenza⁴.

Nell'affrontare il tema della psicosi alla luce del modello della complessità è necessario tenere a mente che si sta parlando dell'umano, nella sua totalità non spiegabile con semplicistiche relazioni di causa-effetto e nemmeno ancorandosi a singole teorie, per quanto valide, mai esaustive.

Prendendo in considerazione solo alcuni aspetti, si incorre nel rischio di considerare solo la sintomatologia e la malattia in sé e non l'individuo, con la conseguenza che diventa il sintomo l'oggetto del trattamento. In una visione sintomocentrica, l'intervento farmacologico diventerebbe la scelta primaria; d'altro canto, considerare solo l'ambiente potrebbe portare alla colpevolizzazione dei familiari e, comunque, collocherebbe la persona in una sfera di passività non realistica.

Le cause precise che generano un esordio psicotico sono ancora sconosciute. Si è accennato alla predisposizione genetica, alla vulnerabilità che risente di eventi traumatici, allo stile comunicativo familiare, all'uso di sostanze ed anche allo stress come goccia che fa traboccare il vaso. Tutte queste, noi non le chiameremo cause perché, a no-

stro avviso, divengono tali solo in un'ottica retrospettiva, nella quale, a ritroso dalla sintomatologia già in atto, si ricercano i possibili fattori che la spieghino. Vanno valutati tutti gli aspetti del sistema uomo-ambiente come "informazioni", tutte caratterizzate da un peso diverso. Si può, quindi, fare prevenzione solo se si mette tra parentesi la malattia e la ricerca delle cause e si osserva, si supporta e si comprende l'uomo nella sua complessità dinamica, una sorta di prevenzione ontologica in cui il concetto stesso di prevenzione perde un legame diretto col patologico specifico e si espande ad influire su una vasta gamma di disturbi possibili. Alla specificità degli interventi si deve, perciò, affiancare una visione globale e non deterministica dell'uomo in movimento verso un futuro non definibile, ma sicuramente dipendente e, in certi casi, definito dalle informazioni ricevute nel qui ed ora. Lo stesso episodio psicotico costituisce un'informazione che può aggravare la situazione. Molti ragazzi possono incorrere in depressione o in un disturbo post-traumatico in seguito ad una crisi psicotica. Si è riscontrato che le possibili ricadute in seguito ad un primo episodio rappresentano un trauma che, se non affrontato, aggrava la prognosi in modo esponenziale.

Studi incoraggianti sull'esordio psicotico sono condotti da un gruppo di ricercatori australiani guidati da Patrick McGorry, da anni impegnato in un programma di prevenzione della psicosi. Il protocollo da loro sperimentato si è dimostrato efficace nel ridurre la probabilità di pervenire ad un esordio psicotico in ragazzi con sintomi sottosoglia (l'anticamera della psicosi)⁵. Parte centrale del protocollo è la psicoterapia (principalmente cognitivo-comportamentale), cruciale nel fornire strumenti ai ragazzi a rischio d'esordio per fronteggiare lo stress e, quindi, ridurre la vulnerabilità. Dopo anni di scollamento tra psicoterapia ed interventi per la cura delle psicosi, si assiste ad un promettente connubio, il cui intento non è la cura, ma fornire capacità all'individuo per riprendere un per-

5 P. McGorry, H. Jackson "Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in clinical sample with subthreshold symptoms". Arch Gen Psychiatry. 59 (10): 921 - 928, 2002.

corso. All'empowerment⁶ inteso come capacità di lavorare, relazionarsi e vivere, si associa l'idoneità dell'individuo a riconoscere il proprio funzionamento e le proprie vulnerabilità prima che sfocino in disturbo. L'osservatore deve osservarsi riflessivamente divenendo osservazione. Un percorso di questo tipo presenta, tuttavia, alcuni punti critici: *in primis*, l'età media con cui ci si confronta è l'adolescenza. Ciò implica che, prima di bloccarsi, la persona stava attraversando alcune sfide evolutive che l'avrebbero portata alla creazione della propria identità. L'obiettivo principale diventa, pertanto, quello di accompagnare la persona verso una ripresa di tali sfide (ad esempio, rapporto ed identificazione col gruppo dei pari, separazione dalla famiglia, rapporti con l'altro sesso). Questo primo aspetto ci conduce al secondo punto, a nostro avviso, nella pratica quotidiana, il più grosso scoglio riscontrato: come si può supportare un percorso che comporti un'attivazione di servizi extra, di lavoro con coetanei, in alcuni casi di creazione di nuove reti sociali prima inesistenti?

Una risposta piccola, ma che può rivelarsi molto promettente, proviene da idee non nuove - il supporto tra pari e l'associazionismo giovanile - non applicate ai ragazzi in fase di esordio. Da alcune esperienze pilota da noi seguite, emerge che è possibile riavviare col lavoro tra coetanei una rete sociale che acquisì autonomia nel tempo e che, se si supporta la ripresa dei processi evolutivi e si accantonano le cornici diagnostiche per entrare in contatto con la persona, determina risultati straordinari sulla sintomatologia. I risultati del nostro lavoro, condotto presso un Centro di Salute Mentale di Trieste, fanno emergere un quadro molto complesso di interazioni e ci fanno riflettere sull'opportunità, anche economica, di promuovere una rete stabile di informazione e formazione tra coetanei affinché le situazioni di marginalità silenziosa a rischio non rimangano più tali ed i servizi intervengano in loco con strumenti preventivi di ripresa evolutiva (come servizi di supporto psicologico nelle scuole) più che di cura.

6 Senso di padronanza e di controllo raggiunto dal soggetto e delle risorse/opportunità offerte dall'ambiente in cui il soggetto vive.

Dario Urzi

Medico chirurgo, Direttore Centro ricerche equilibrio e postura

Stefano Clauti

Medico Chirurgo, Odontoiatra, Esperto terapie manuali

Il sistema di controllo posturale

La postura di un essere umano, in quanto senziente e dotato di coscienza e consapevolezza, ci mostra anche e soprattutto un'intenzione. Proprio per questo richiede anche di essere "compresa" in quanto esprime sempre e comunque un senso.

Lo studio del sistema posturale continua ad essere fortemente condizionato dall'impronta biomeccanica da cui tradizionalmente ha avuto origine. La biomeccanica possiede il grande pregio di essere chiara, semplice e di fornire facili spiegazioni di quanto si presenta alla nostra osservazione. Al tempo stesso, però, presenta il grande difetto di essere costretta, per sua stessa natura, ad utilizzare modelli interpretativi grossolani e molto distanti dall'effettiva complessità dei fenomeni osservati.

Proprio per questo, nel corso di tanti anni di ricerca e di lavoro clinico interdisciplinare nel campo degli squilibri posturali e dei disturbi dell'equilibrio, ci siamo sempre più convinti che, per poterci spingere "oltre" e sempre più in profondità nello studio non solo strutturale, ma anche e soprattutto "funzionale" dei sistemi di controllo della postura, dell'equilibrio e del movimento corporeo, era necessario uscire dal ristretto campo della biomeccanica e prendere il largo compiendo un salto di qualità o, per meglio dire, un salto di consapevolezza.

Fu così che iniziammo a renderci conto che la postura di un essere umano non mostra semplicemente una "posizione del corpo nello spazio" o, più precisamente, secondo una nostra vecchiaia, ma chiara definizione, "la posizione di equilibrio che il corpo umano assume in una determinata circostanza". La postura di un essere umano, in quanto senziente e dotato di coscienza e consapevolezza, ci mostra anche e soprattutto un'intenzione. Proprio per questo richiede non solo di essere studiata, analizzata e "spiegata", ma anche di essere "compresa" in quanto, oltre a mostrarci una posizione spaziale del corpo, esprime sempre e comunque un senso. Tra la "spiegazione" e la "comprensione" di un fenomeno esiste una differenza sostanziale. L'ordine della spiegazione cerca di rispondere alla domanda sul "come" si manifesti un determinato fenomeno, mentre l'ordine della comprensione, senza nulla togliere all'importanza di sapere "in che modo" quel fenomeno si manifesti, va ben oltre e ci chiede di interrogarci sul senso, lo scopo, il più profondo ed intimo significato, l'essenza dell'apparire. In altre parole, l'ordine della comprensione, travalicando senza escluderlo il piano dell'indagine scientifica tradizionalmente intesa, si estende ad una visione necessariamente più ampia, consapevolmente rivolta a scorgere nella postura di un essere umano anche ciò che in quell'essere si anima: istinto, pulsioni, sensazioni, emozioni, intenzioni, pensieri. Que-

sto perché, nella postura di qualsiasi essere umano, tali aspetti sono sempre presenti e manifesti e possono fornire informazioni di straordinaria importanza.

Da questo punto di vista, la postura si può considerare non solo la posizione del nostro corpo nello spazio, ma anche quel variegato e mutevole insieme di posizioni che il nostro corpo assume, a seconda delle circostanze, in ogni particolare momento della nostra vita. Si tratta, quindi, di allargare il nostro sguardo ed il nostro orizzonte interpretativo sino a considerare la postura come una vera e propria forma di "comportamento". E che cosa possiamo giungere a vedere ed a scoprire allorché la osserviamo con la consapevolezza che si tratti di un vero e proprio "comportamento"? Molto. Moltissimo.

Possiamo giungere a vedere, sentire, percepire, e quindi a scoprire, la presenza di emozioni ed intenzioni nascoste di cui spesso siamo inconsapevoli, che vorremmo allontanare o negare, o la presenza di intenzioni parimenti nascoste ed inconsapevoli rivelate dal fatto che la postura è in grado di mostrarci anche "l'azione che ci stiamo preparando a compiere". Ad esempio, la postura che assumiamo per reagire rabbiosamente a quanto qualcuno ci ha appena comunicato o per prepararci a scappare quando, consapevolmente o inconsapevolmente, temiamo qualcosa che avvertiamo come minaccia o pericolo incombente, è ben diversa da quella che assumiamo quando intendiamo liberamente prepararci ad un veloce scatto di corsa o ad un tuffo nell'acqua.

La presenza di un'intenzionalità ben visibile e manifesta, di cui possiamo anche non essere consapevoli, un'intenzionalità che la posizione e la gestualità del nostro corpo sono in grado di mostrare con così grande evidenza, rappresenta la più chiara testimonianza che la postura del nostro corpo possiede una capacità espressiva davvero straordinaria.

La naturale capacità di cui disponiamo per riconoscere a colpo d'occhio il senso di ciò che facciamo e di ciò che gli altri fanno è quanto la rivoluzionaria teoria dei "neuroni specchio" (mirror neurons) (1) ha mirabilmente descritto e dimostrato.

I fondamenti delle proprietà espressive della postura e della gestualità dell'uomo derivano dal fatto che non siamo quadrupedi, né quadrupedi: siamo esseri umani con due mani e due piedi e, da un punto di vista rigorosamente "posturale", manteniamo con straordinaria facilità e naturalezza la stazione eretta in appoggio bipodalico senza biso-

gno di stabilizzarci con l'ausilio delle mani. Con l'avvento del bipedismo e della mano prensile si è aperto uno spazio evolutivo davvero immenso in cui il cranio, dalla posizione di allineamento orizzontale con il corpo, è giunto a porsi "sopra il corpo", in posizione di allineamento verticale, consentendoci di guadagnare una nuova e più ampia visione del mondo. In questo processo, ha svolto un ruolo di primissimo piano proprio la comparsa della visione binoculare foveata e, con essa, delle finissime e precisissime sinergie di controllo dei movimenti del capo, del collo e degli occhi, indispensabili per mantenere la fissazione visiva anche quando siamo in movimento.

È stato soprattutto grazie a questi fondamentali processi evolutivi dei sistemi di controllo della postura e dell'equilibrio corporeo che gli esseri umani sono giunti a poter agevolmente mantenere alto lo sguardo verso l'orizzonte (senza più dover faticosamente iperestendere il collo ed il capo) e, al tempo stesso, grazie alla diminuzione della protrusione del mascellare superiore e della mandibola, mantenere altrettanto agevolmente il controllo visivo delle mani e dei loro movimenti (senza dover più essere costretti ad alzare le braccia ed a portare il capo, il collo e le spalle in posizione di iperflessione).

L'essere umano si è così potuto conquistare una diversa posizione nel mondo ed una diversa visione del mondo.

Forse anche per questo Platone affermava che "Noi non siamo come le piante, perché la nostra patria è il cielo, dove fu la prima origine della nostra anima e dove Dio, tenendo sospesa la nostra testa, ossia la nostra radice, tiene sospeso l'intero nostro corpo che perciò è eretto" (2).

Più di duemila anni dopo, Kant richiamava la nostra attenzione sull'importanza delle proprietà funzionali della mano, che la postura eretta di equilibrio in appoggio bipodalico aveva reso definitivamente libera di muoversi ed agire: da antico strumento asservito alle sole funzioni indispensabili per la sopravvivenza era divenuta strumento creativo e di espressività gestuale, vero e proprio "cervello esterno dell'uomo" (3).

Con il passaggio alla postura eretta ed alla mano prensile, l'uomo ha potuto guadagnare, oltre ad una nuova e più ampia "visione del mondo", una straordinaria e potentissima capacità di "manipolare la terra", ovvero di intervenire "tecnicamente" sul mondo per modificarlo e renderlo, a suo modo, "più abitabile".

4 E. Morin, "Introduzione al pensiero complesso", Sperling & Kupfer, Milano, 1993.

Ma, come dicevamo poc'anzi, per mantenere agevolmente una postura di equilibrio in condizioni statiche e dinamiche, per poter eseguire i più diversi e talora rapidi movimenti del capo e del corpo mantenendo costantemente e senza fatica una perfetta fissazione visiva foveale sull'oggetto dello sguardo e per poter usare con abilità e precisione le mani nelle più diverse condizioni di vita e di lavoro, si sono dovuti sviluppare raffinatissimi e sensibilissimi sistemi di controllo della postura, dell'equilibrio e del movimento corporeo. Ecco perché lo studio clinico della postura dell'uomo si pone necessariamente come studio clinico integrato di tutti questi sistemi e non di uno soltanto. Postura, equilibrio e movimento non sono altro che nomi diversi utilizzati per indicare i molteplici aspetti di uno stesso fenomeno. Ecco perché il sistema di controllo posturale va considerato come una chiara ed evidente espressione di "complessità": nel suo ambito, le funzioni di regolazione dell'attività posturale tonica (statica), dell'attività posturale fasica (dinamica), dell'equilibrio, dell'oculomotricità, dell'attività del sistema neurovegetativo e del sistema psico-neuro-immuno-endocrino (PNEI) sono così strettamente correlate ed integrate da configurarsi come un unico sistema complesso il quale, pur svolgendo funzioni diverse, è capace di garantire armonia, coerenza e stabilità all'intero nostro organismo nelle più diverse circostanze.

Sebbene sia sempre vero che i riflessi sensitivo-motori del nostro organismo scattino in modo istantaneo ed automatico, rendendo possibili movimenti fondamentali come l'evitamento di una caduta o la presa al volo di un oggetto appena sfuggitoci di mano, è altrettanto vero che la selezione delle sinergie di riflessi sensitivo-motori che ci consentono di eseguire i più diversi movimenti somatici è fortemente influenzata anche dall'intenzione che ci muove a compiere una determinata azione.

L'intenzione del nostro agire, di cui possiamo talora non essere consapevoli, è quindi un elemento così importante da condizionare non solo il tipo di riflessi sensitivo-motori che entreranno in gioco nella selezione e nella modulazione di ciascun movimento somatico, ma anche le modalità di percezione di noi stessi e del mondo in cui viviamo.

Ciò non vale per l'animale, in quanto in esso prevale l'istinto, non un'azione, ma una "reazione", condizionata ed istantanea, a stimoli ambientali specifici. Una reazione che avviene "senza alcun dubbio o esitazione", assolutamente certa ed a prova d'errore. Non è così per l'uomo, la cui vita non appare come una "reazione al mondo", ma come "un'azione nel mondo e sul mondo". Per questo la percezione che l'uomo ha del mondo e di se stesso è così fortemente condizionata dal fine che la nostra azione si prefigge, dall'intenzione che ha originato la nostra azione.

Come dice Umberto Gallimberti (4) "Il mondo allora è una riserva infinita di significati latenti da cui emergono quelli che l'azione rende palesi... Siccome l'uomo non abita il mondo, ma la costellazione dei significati che la sua azione ha fatto emergere, possiamo dire che il mondo che l'uomo conosce e abita è il mondo che la sua azione ha costruito. Ma costruendo il mondo, l'uomo costruisce se stesso, perché il significato che le cose acquistano quando sono investite dall'azione agisce come stimolo sull'organismo umano informandolo del significato acquisito dalle cose. La soggettività non è altro che l'interiorizzazione di questi significati...".

Maurice Merleau-Ponty, nella sua "Fenomenologia della percezione" (5), aggiunge un elemento di riflessione di grande importanza: "Tutto ciò che so del mondo, anche tramite la scienza, io lo so a partire da una percezione mia o da un'esperienza del mondo senza la quale gli stessi simboli della scienza non significherebbero nulla. Tutto l'universo della scienza è costruito sul mondo vissuto e se vogliamo pensare la scienza stessa con rigore, valutarne esattamente il senso e la portata, dobbiamo anzitutto risvegliare questa esperienza del mondo di cui essa è l'espressione seconda. La scienza non ha e non avrà mai il medesimo senso d'essere del mondo percepito... Non dobbiamo dunque chiederci se percepiamo veramente il mondo, dobbiamo invece dire: il mondo è ciò che noi percepiamo".

Possiamo, allora, comprendere perché un essere umano, quando guarda qualcosa, non vede un semplice oggetto, ma un oggetto su uno sfondo, come la gestalt ci insegna. Lo sguardo dell'uomo

è, infatti, uno sguardo capace di spingersi ben oltre, sino a "fare di un'immagine un paesaggio e un panorama" (da "pan", tutto ed "orao", visione), allo stesso modo in cui la sua capacità di ascolto può fare di un suono una musica o la sua capacità di azione di un movimento un gesto.

Non si tratta di un semplice processo di integrazione ed elaborazione di dinamiche sensitivo-motorie, attività che molti altri organismi viventi sono in grado di compiere, bensì della nostra capacità di maturare una percezione d'insieme non solo del mondo, ma di "noi stessi nel mondo". Solo quando perveniamo ad una percezione d'insieme di "noi stessi nel mondo" possiamo davvero cogliere un senso, più precisamente "il nostro senso", il senso che assume per noi il mondo ed il nostro essere al mondo.

Alain Berthoz, nel suo libro "Il senso del movimento" (6), afferma che noi uomini non guardiamo dove andiamo, ma andiamo dove guardiamo.

Guardare, nel senso più ampio del termine, significa non solo vedere lo spazio che ci circonda e le cose che lo abitano, ma anche osservare ed avere consapevolezza della nostra posizione nello spazio rispetto a ciò che ci circonda, del nostro "essere nello spazio". Qual è, infatti, il punto di partenza di qualsiasi nostro gesto, di qualsiasi nostro pensiero e di qualsiasi nostra azione, se non quel "noi stessi" di cui così spesso ci dimentichiamo?

Ma, oltre ad un punto di partenza, esiste anche un punto d'arrivo. E per stabilire un punto d'arrivo, un obiettivo, una meta, dobbiamo essere desti e consapevoli della libertà di scelta di cui disponiamo.

Per scegliere consapevolmente in piena libertà, come diceva Georges I. Gurdjieff (7), dobbiamo "rimembrarci di noi stessi", del nostro essere nel mondo, del nostro "esserci". Solo in questo modo possiamo davvero definirci uomini e cercare di essere "noi stessi", cessando di comportarci come una macchina a cui tutto sembra accadere per caso o per destino, una "macchina che reagisce" e non un "essere che agisce", per essere il più possibile consapevoli del senso di ogni nostro pensiero e di ogni nostra azione, per chiederci di volta in volta, come suggeriva Kant a chiare lettere nella sua "Critica della ragion pratica": "Che cosa debbo io fare?".

Non si tratta di scegliere tra una qualsiasi delle tante possibilità che la vita ci offre, ma di scegliere proprio ciò che più corrisponde al nostro autentico essere. Il senso del ben noto motto socratico "conosci te stesso" è proprio questo: conosci te stesso per poter essere il tuo autentico essere.

E che cosa avviene quando scopriamo che non siamo ciò che pensavamo di essere, ma qualcos'altro, o meglio, qualcun altro? Avviene che, se superiamo lo smarrimento, possiamo accedere al più radicale dei cambiamenti, al cambiamento che ci fa incamminare lungo la strada dell'incontro con noi stessi.

Quando ciò avviene, tutto cambia, dentro e fuori di noi: cambiano i nostri pensieri, la nostra visione del mondo, le nostre azioni, i nostri comportamenti, il nostro modo di vivere e... la nostra postura.

Possiamo, a questo punto, renderci conto che, al di là delle tante utili, efficaci e spesso indispensabili terapie di cui disponiamo al fine di rendere più equilibrata ed armonica la nostra postura, esiste un altro livello di intervento: quello a cui si accede interrogandoci sul senso di ciò che ci accade e sul senso del nostro "reagire al mondo", del nostro "agire nel mondo", del nostro "essere al mondo".

G. Rizzolatti, C. Sinigaglia, "So quel che fai", Raffaello Cortina Edizioni, Milano, 2006, ISBN 88-6030-002-9, pp. 23-49.

Platone, "Timeo", Bompiani, 2000, ISBN 45290268, p. 90 a-b.

I. Kant, "Antropologia pragmatica", Laterza, Bari, 1969, ISBN 88-842-02566-5, p. 38.

U. Galimberti, "Psiche e techne", Giugliano Feltrinelli Editore, Milano 1999, ISBN 88-07-10257-9, p. 178.

Maurice Merleau-Ponty, "Fenomenologia della percezione", Studi Bompiani, Milano, 2003, ISBN 88-452-5356-2, pp. 17-25.

A. Berthoz, "Il senso del movimento", McGraw-Hill, Milano, 1998, ISBN 88-386-3708-3, p. 175.

P.D. Ouspensky, "Frammenti di un insegnamento sconosciuto", Casa Editrice Astrolabio, ISBN 978-88-340-0411-1, p. 132-133.

Guglielmo Guerrini

Allenatore di Josefa Idem che ha vinto 5 titoli mondiali e 3 medaglie olimpiche, tecnico federale Canoa Kayak, responsabile del progetto di preparazione per la disciplina per le Olimpiadi di Londra 2012

Devo allenare ed allenarmi al meglio

Con Josefa, abbiamo sviluppato una metodica di allenamento olistica, cioè con un approccio globale ed interdisciplinare degli interventi che ruotano attorno alla costruzione della prestazione.



Josefa Idem e Guglielmo Guerrini

"Devo allenare ed allenarmi al meglio". «Il tutto è maggiore della somma delle parti».

Nell'allenamento degli atleti passa ancora oggi il messaggio del lavoro legato alla sola preparazione del sistema fisiologico-muscolare attraverso la ripetizione meccanica di distanze, in determinati tempi, e l'apprendimento, spesso inconsapevole, di tecniche non approfondite e quindi comprese dai ragazzi nei loro punti nodali fondamentali.

A tutt'oggi, gli atleti sono considerati automi che devono solo eseguire in modo ripetitivo, inconsapevole e poco creativo programmi spesso troppo duri e senza un senso logico nella programmazione a lungo termine. Programmazioni di respiro sono ormai fondamentali per raggiungere una condizione ottimale nel momento dei grandi appuntamenti, quali Olimpiadi e Mondiali.

Queste concezioni, programmi troppo duri e progettualità di brevissimo termine, portano inesorabilmente gli atleti a raggiungere raramente il massimo della condizione nei momenti importanti e, ancora peggio, a cadere vittime di infortuni e/o malattie da super lavoro, con gravi ritorsioni psicofisiche nella loro motivazione.

Gli atteggiamenti che le strutture tecniche sportive (dirigenti ed allenatori) devono mettere in atto per permettere agli atleti di esprimere il migliore potenziale nel momento giusto sono: investire nella ricerca per innovare, invece che contrarsi, cambiare in momenti di crisi, cambiare anche quando si è conseguito il risultato, programmare a lungo termine.

È altrettanto evidente che gli atleti devono osservare disciplina, determinazione, motivazione e coraggio nel mettersi in gioco, atteggiamenti positivi fondamentali per raggiungere grandi risultati.

Questo complesso di comportamenti non può essere messo in pratica attraverso le indicazioni di un solo "professionista, allenatore, tutologo". "One man band" non è più moderno e non è più utile al fine di sviluppare un progetto integrato.

Un programma di allenamento annuale di respiro presuppone la presenza di molte professionalità le quali, in un sistematico accordo giornaliero, integrato ed arricchiscono reciprocamente le proprie conoscenze al fine di rendere l'atleta più maturo e consapevole delle proprie possibilità.

Occorre, quindi, studiare un progetto interdisciplinare che avvii un sistema educativo rivolto allo sviluppo, negli atleti, di personalità complete e responsabili delle sfide che li aspettano.

Con Josefa abbiamo sviluppato una metodica per l'allenamento di atleti in generale, di alto livello in particolare, definito Idem Guerrini Mitica System (IGMS). Questa progettazione rappresenta un percorso anomalo per la concezione della cultura e della politica sportiva odierna, specialmente in Italia e, per certi versi, anche all'estero, negli sport con poco indotto. L'anomalia del Sistema Mitica risiede nella sua visione olistica dell'allenamento e nell'approccio globale ed interdisciplinare degli interventi che ruotano attorno alla costruzione della prestazione.

Questo tipo di approccio appare in antitesi con la metodologia tradizionale analitica e troppo specifica, la quale si propone di studiare ed attivare separatamente le varie componenti dell'allenamento.

Trova ampia applicazione nello studio delle dinamiche dei sistemi (che nasce al MIT) e nel campo delle scienze cognitive, le quali presuppongono quale oggetto di studio la mente e l'intelligenza. In particolare, uno dei centri di ricerca più importanti sulla teoria della complessità, il Santa Fe Institute, si è dedicato soprat-

tutto allo studio dei sistemi complessi adattativi, cioè in grado di adattarsi e cambiare in seguito all'esperienza, come, ad esempio, gli organismi viventi, caratterizzati dalla capacità di evoluzione: cellule, organismi, animali, uomini, organizzazioni, società, politiche, culture (Holland, 2002).

IGMS, a proposito di allenamento, ha maturato la consapevolezza che l'atleta costituisca un insieme completo corporeo, tanto migliore quanto importanti siano in lui le componenti affettive, sociali, cognitive e motorie. Ritiene che l'insieme delle caratteristiche di più elementi complementari tra loro valga molto più della somma razionale degli elementi in connessione che compongono l'insieme stesso, sempre che interagiscano.

Proviamo, quindi, a definire quali siano le capacità da sviluppare annesse alle professionalità utili al fine di creare un ambiente "Prestazione" completo.

1. Allenamento delle capacità fisiche specifiche per sviluppare al meglio il modello di prestazione che andiamo ad allenare, dal punto di vista fisiologico ed anabolico.

Il nostro "allenatore tipo" deve essere in possesso di grande preparazione, passione, leadership relazionale e non gerarchica. Deve avere un grande sogno, essere capace di far sognare ed essere disponibile a cambiare ed a creare svolte.

In Italia non è obbligatorio essere laureati in Scienze Motorie prima di diventare allenatori federali e non esiste un sistema formativo sistematico di alto livello che tenda a migliorare le conoscenze personali ed a globalizzare le esperienze specifiche degli ambienti più virtuosi in termini di risultato.

Riteniamo sia basilare mettere a punto un sistema di regole e contenuti che permetta di alzare il tasso formativo degli allenatori in Italia, in quanto figure educative principe della nostra gioventù. Il sistema di regole potrebbe partire dalla necessità che chi allena debba essere laureato in Scienze Motorie, mentre CONI, Federazioni ed Università, in sintonia fra loro, dovrebbero organizzare corsi di specializzazione rivolti agli alle-

natori delle diverse discipline e dei vari settori, da quello giovanile a quello di alto livello. Lo stesso percorso dovrebbe essere seguito dai dirigenti.

In Italia non esistono percorsi formativi sistematici e regolamentati dai vari Enti per allenatori e dirigenti

2. Gestione e Programmazione

Un sistema tecnico dirigenziale che prepari due percorsi distinti, uno per l'alto livello in cui si sviluppi una programmazione annuale e pluriennale che conduca gli atleti agli appuntamenti più importanti e l'altro tendente con gradualità ed uniformità a consentire la maturazione delle giovani leve, alle spalle e sulle spalle dei grandi (sulle spalle dei giganti si gode di una vista migliore).

È evidente che le componenti di questa commissione - Responsabile tecnico, dirigenziale, logistico e di segreteria - debbano lavorare in accordo molto disciplinato, compiendo un percorso utile agli atleti e non comodo alla struttura politica.

Ripeto: a mio parere, un dirigente di alto spessore deve possedere una laurea in Management o Economia e Commercio; in alternativa, CONI e Federazioni, in collaborazione con le Università, dovrebbero attivare sistemi formativi continui al fine di preparare dirigenti all'altezza del compito che li aspetta.

Oggi, in Italia, esiste, invece, un sistema in cui i dirigenti federali non sono professionisti dello sport. Assistiamo al voto clientelare, che permette l'elezione di un presidente a cui è consentito sviluppare politiche di elargizione di favori verso chi non possiede titolo per riceverli.

3. Fisiologi e Medici dello sport

Si tratta di specialisti del corpo umano sollecitato costantemente dall'allenamento. Controllano le varie fasi dell'allenamento e tengono monitorata la salute degli atleti. Sono importantissimi perché aiutano l'allenatore nell'individualizzazione dell'allenamento e, quindi, nel confezionamento di allenamenti dedicati alle diverse tipologie di atleti, oltre al costante monitoraggio.

Sono figure professionali fondamentali nella quotidianità, vista la mole di lavoro a cui sono sottoposti gli atleti, sempre che interagiscano sistematicamente con gli allenatori.

Tutte le attività legate al raggiungimento di grandi prestazioni non possono fare a meno di controllo e di un rapporto ottimale fra lavoro impegnativo e riposo adeguato.

4. Tutor, motivatori, psicologi. Gestione delle emozioni e sviluppo del potenziale individuale.

Gli atleti sono insicuri come la stragrande maggioranza delle persone. Hanno quindi bisogno di professionisti che li aiutino a capire se stessi e li sostengano nel perseguire la condizione psicologica ottimale per affrontare i grandi appuntamenti. Vanno poi assistiti nel ritrovare sistematicamente la motivazione per svolgere al meglio la routine degli allenamenti.

L'allenatore deve essere di ciò cosciente e deve collaborare con i professionisti del settore, anche al fine di organizzare attività utili a far comprendere all'atleta il proprio potenziale individuale.

È inoltre importante curare la vita privata dei ragazzi perché relazioni sociali ed affettive importanti sono fondamentali per la loro salute psichica.

Tutte le attività legate al raggiungimento di grandi prestazioni non possono fare a meno di salute mentale e di una potente attivazione psichica.

5. Dietologi

La dieta aiuta a garantirsi una buona "benzina" per la prestazione ed a mantenere il peso. Su questo tema va conseguito un

approccio mentale sano (molto importante specialmente per le ragazze).

Anche questo professionista aiuta la prestazione, attraverso il bilanciamento del fabbisogno energetico giornaliero e proponendo un'alimentazione meno pesante e mirata al recupero del lavoro giornaliero.

6. Fisioterapisti

Sono figure professionali che entrano in gioco normalmente, a favore sia degli atleti, sia delle persone normali, quando si verifica un problema di tipo fisico. Nello sport moderno, che concepisce anche una carriera professionale di lungo termine, è importante che questi professionisti operino in regime di prevenzione. Viste le loro conoscenze, infatti, potrebbero intervenire nel potenziare le strutture deboli del corpo umano, in fase di costruzione dell'atleta, al fine di ritardare, se non annullare, il rischio di infortuni.

Se applicata sulla popolazione complessiva, questa concezione dell'attività motoria garantirebbe una ricaduta positiva a livello sanitario nazionale. La macchina umana è, infatti, l'unica che migliora con il movimento. Maggiore attività fisica mirata, minori infortuni, maggiore forza nel lavoro e nei rapporti affettivi e sociali, minori spese sanitarie.

7. Ricerca (biomeccanici, ingegneri)

Visto che l'atleta di livello si spinge oltre i limiti, e rappresenta il massimo potenziale umano, risultano necessarie figure che ricerchino come migliorare la biomeccanica del gesto ed i materiali utilizzati in gara.

Questi studi devono essere condotti in stretto accordo con i fisiologi, sotto il coordinamento dell'allenatore che valuta i bisogni, anche immediati, dell'atleta.

Risulta importante che, insieme a strutture tecniche significative, team di ricercatori sviluppino metodiche di allenamento e materiali nuovi, al fine di rendere più moderno ed interessante l'allenamento sperimentando materiali che migliorino la performance degli atleti.

8. Manager

Appare evidente come il direttore d'orchestra sia l'allenatore. Torniamo, quindi, alla prima voce del nostro percorso chiudendo il cerchio. Esprimiamo ancora un concetto: l'allenatore deve possedere anche grandi doti di organizzatore e gestore delle risorse umane. Tutte caratteristiche, queste, la cui padronanza si ottiene solo attraverso la disponibilità espressa riguardo alla formazione sistematica di competenze diverse.

Come ho ripetutamente affermato nel descrivere la complessità del Movimento per un'umanità più sana e con una migliore qualità della vita in generale, e più specificamente per l'allenamento di alto livello, occorre che tutte queste professionalità lavorino in via integrata e con passione, valutando, in modo affettivo, i bisogni delle persone ed il complesso atleta-uomo.

Occorre farsi forza ed elaborare un sistema che preveda, anche nel nostro sistema sanitario, le figure professionali che ruotano attorno al movimento. Non solo. Queste professionalità non dovranno operare separatamente come ora, ma in modo dipendente le une dalle altre. In questo modo, il complesso che si viene a creare condurrà a risultati diversi dalla semplice sommatoria delle caratteristiche individuali, sortendo effetti nuovi, positivi a lungo termine e sempre gradualmente crescenti nel livello prestativo.

"Il tutto è maggiore della somma delle parti".

Sarebbe fantastico se il sistema sanitario elaborasse tali integrazioni anche per il sociale. Osserveremmo sicuramente un miglioramento della qualità della vita delle persone ed un notevole risparmio economico.

Emilio Minelli

Deputy Director WHO Collaborating Centre for Traditional Medicine

Centre of Researches in Medical Bioclimatology, Thermal Medicine, Complementary Medicine and Well Being Sciences. State University of Milan

Le ragioni di una distanza dall'uomo

Sicurezza, efficacia, accessibilità, rapporto costo/beneficio sono tutti dati che girano attorno a una nuova figura di paziente che, in quanto informato, è in grado di gestire le varie risorse che la MT/MC* può mettergli a disposizione.

Per capire cosa siano le medicine tradizionali si può fare sicuro riferimento alla definizione che di esse ne dà la World Health Organization, la più grande e importante agenzia di salute del mondo, che così le definisce:

- un prezioso patrimonio di conoscenze, accumulate dalle diverse comunità etniche nei secoli;
- una fonte inesauribile di conoscenze teoriche e pratiche;
- un contributo alla promozione e alla tutela della salute dell'umanità, a costi inferiori rispetto a quelli del sistema medico occidentale;
- un insieme di pratiche terapeutiche, spesso più facilmente accettate da molte comunità etniche, per il riferimento a credenze e opinioni omogenee alle differenti culture tradizionali.¹

In effetti, le Medicine Tradizionali possono essere considerate il più diffuso presidio terapeutico che, da sempre, l'umanità ha avuto a disposizione per rispondere al suo bisogno di salute e, negli ultimi decenni, queste medicine si sono andate sempre più diffondendo, al di fuori dei confini dei paesi d'origine, anche nei paesi più industrializzati, dove il modello di riferimento per la gestione della salute è costituito quasi esclusivamente dal modello medico biologico occidentale. È così che termini come Medicina Tradizionale Cinese, Medicina Ayurvedica, Medicina Unani, Chiropratica, Osteopatia, Naturopatia, Omeopatia, sono diventati termini sempre più diffusi anche nei paesi in cui la medicina è contrassegnata da un alto impatto tecnologico.

L'aspetto più interessante dell'interesse della WHO per le medicine tradizionali, però, sta nel ruolo ben preciso che la WHO assegna alle Medicine Tradizionali nella promozione e nello sviluppo delle cure primarie: il più importante strumento per la promozione della salute a livello mondiale. Infatti, nella dichiarazione di Beijing²,

adottata dal Congresso dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sulla Medicina Tradizionale, tenutosi a Pechino si legge:

- Si prende atto che il termine "medicina tradizionale" copre una vasta gamma di terapie e pratiche che possono variare notevolmente da paese a paese e da regione a regione, e che la medicina tradizionale può anche essere indicata come medicina alternativa o complementare;
- Si riconosce che la medicina tradizionale è una delle risorse per i servizi di assistenza sanitaria utile ad aumentare la disponibilità e l'accessibilità economica degli stessi e a contribuire a migliorare la salute;
- Si esprime la necessità dell'azione e della cooperazione da parte della comunità internazionale, dei governi e degli operatori sanitari per garantire un uso appropriato della medicina tradizionale come componente importante che contribuisce alla salute di tutte le persone, in conformità con le capacità nazionali, le priorità e la legislazione relativa;

Inoltre, da tempo, la WHO ha definito una policy del settore attraverso un documento che non a caso si chiama *Strategy 2002-2005*. Nel documento vengono definiti gli aspetti salienti per la promozione e lo sviluppo di questo importante settore della medicina.

Esso sviluppa in maniera significativa i criteri per uscire da una posizione di entusiasmo acritico o di scetticismo disinformato e per implementare la sicurezza d'uso di queste metodiche. In particolare, viene ribadito in maniera stringente come sia fondamentale, superando difficoltà metodologiche sicuramente presenti a livello delle diverse tradizioni etniche, implementare studi sull'efficacia, la sicurezza e la qualità delle medicine tradizionali, valutare il livello di accesso della popolazione a queste medicine, implementare un uso razionale delle stesse attraverso un incremento della forma-

zione degli operatori e una maggiore diffusione delle informazioni al consumatore.

Questo è estremamente importante per convogliare le poche risorse sanitarie disponibili su interventi che siano altamente affidabili e per tutelare la sicurezza del consumatore, esigenza primaria di qualsiasi programma di salute pubblica, e, in tal senso, il WHO ha elaborato una serie di linee guida per affrontare i punti critici e le sfide che la MT/MC ha innanzi a sé sia nei paesi in via di sviluppo per un implemento dei suoi standard qualitativi, sia nei paesi sviluppati per affrontare un proficuo percorso di integrazione con la Medicina Biologica Convenzionale.

Infine nel 2003 la WHO con il supporto di Regione Lombardia, ha pubblicato le "Linee Guida OMS sullo sviluppo dell'informazione al consumatore e sull'uso appropriato della Medicina Tradizionale Complementare/Alternativa"³, di cui la Consultation per la finalizzazione conclusiva si è tenuta a Milano nel Dicembre 2003, in cui vengono definiti i criteri che uno Stato deve adottare per rendere l'impiego della Medicina Tradizionale sicuro, efficace, appropriato.

È questo un documento strategico da cui, in qualche modo, derivano e nello stesso tempo in cui sono compendiate tutti gli altri. La sua importanza è data dal fatto di individuare un modello eccellente di utilizzo della MT/MC a partire da un capovolgimento del punto di osservazione. Non le tecniche, non le discipline, non gli operatori ma i pazienti sono al centro di questa nuova impostazione.

Sicurezza, efficacia, accessibilità, rapporto costo/beneficio sono tutti dati

PUÒ SORRIDERE QUANTO VUOLE MA PURTROPPO, SIGNOR PRESIDENTE, CREDIAMO CHE IL SUO INDICE DI GRADIMENTO NON SI ALZERÀ PIÙ NEMMENO CON IL VIAGRA



1. WHO (2002), *WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005*, Geneva, (documento WHO/EDM/TRM/2002.1)

2. Beijing Declaration, adopted by the WHO

Congress on Traditional Medicine, Beijing, China, 8 November 2008

3. World Health Organization. *WHO guidelines on developing consumer information on proper use of traditional, complementary and alternative medicine*, Geneva 2004

**CONTRO IL SINGULTO CONSIGLI
SEMPRE LA PRESENTAZIONE
DELLA PARCELLA.**

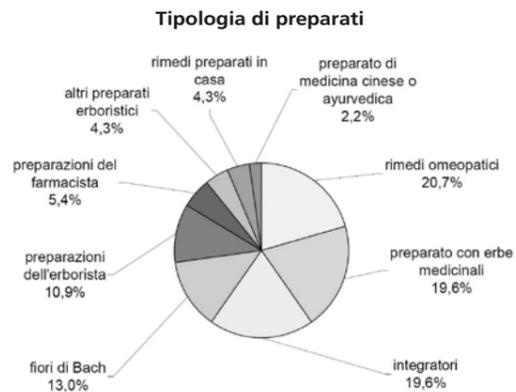


che girano attorno a una nuova figura di paziente che, in quanto informato, è in grado di gestire le varie risorse che la MT/MC può mettergli a disposizione. Perché questo possa avvenire, però, diviene strategico lo sviluppo di un network di informazione che deve coinvolgere, oltre al paziente, tutti gli operatori che attorno a lui ruotano e che, troppo spesso, finiscono per gestire la sua salute in maniera settoriale e parcellizzata. Dunque, strutturalmente, al centro della cura è l'uomo.

Tuttavia anche se questa operazione amplia i margini e le possibilità di integrazione tra medicina tradizionale e medicina biologica non rende necessariamente più umana la seconda che nasce, a nostro avviso, ontologicamente segnata da una distanza radicale dall'umano.

In effetti, l'operazione o le operazioni di integrazione, che in parte e periodicamente si producono, vengono presentate come relativamente semplici. Teoricamente si tratterebbe di aggiungere qualche freccia in più, si dice, nell'armamentario terapeutico del medico. E sembrerebbe che l'unica difficoltà sia soprattutto quella di convincere la medicina accademica della sostanziale utilità delle medicine tradizionali, sebbene le evidenze siano per alcune di esse debolissime, dimenticando che ben altre sono le problematiche da affrontare per confrontare due paradigmi che, a ragione, Kuhn definisce incommensurabili e quindi inconfrontabili.

A ben vedere, infatti, il sapere della medicina biologica e quello delle medicine tradizionali producono due paradigmi



fonte: Studi per l'integrazione delle medicine non convenzionali osservatorio Mnc

mi che si confrontano, che sicuramente interagiscono tra loro quando vengono utilizzati in maniera giustapposta. Che possano integrarsi, però, è una eventualità che richiede un lavoro piuttosto complesso, che non può che cominciare dal riconoscimento delle differenze che esistono tra questi due mondi. Se non si parte da ciò, si gestiscono comunque operazioni che poco hanno a che fare con il sapere e molto con il potere. Pratiche non disgiunte della storia umana che, però, quando si sono mescolate troppo, hanno prodotto più danni che vantaggi spesso elaborando modelli complessi e confusi ma soprattutto perdendo quella caratteristica di umanizzazione che sembrerebbe, ad oggi, essere uno dei tratti salienti della medicina tradizionale.

Poniamoci, dunque, qualche interrogativo di fondo: questa integrazione è possibile? È auspicabile? Ci sono aspetti delle varie discipline che sono integrabili e altri che non lo sono? Un'operazione di questo tipo è a costo zero, è auto-sostenibile e addirittura può produrre vantaggi attraverso una riduzione di costi? Le distanze che separano la medicina biologica dalla medicina tradizionale sono spesso notevoli. Qual è il livello di compromesso accettabile, perché le due discipline possano dialogare? Quale il punto di traducibilità, che può consentire un dialogo, senza concludersi in una omologazione ed in uno snaturamento della caratteristiche delle due discipline, assunto che il modello che si vuole creare tenga conto del meglio di ogni disciplina e risulti alla fine necessariamente più complesso delle singole parti?

Confronto, interazione, giustapposizione, complementarietà, integrazione, sono tutte operazioni legittime, a patto di verificare se gli strumenti e i contenuti sul tappeto rendono possibili le varie opzioni e sono adeguati per gestire le differenze esistenti.

Una cosa è certa: non si può pensare di colmare le distanze esistenti apponendo la maschera della medicina biologica alla medicina tradizionale, corredandola di strutture, che non le sono proprie, con il risultato di snaturarla in una banale operazione di omologazione e di rendere possibile che una pratica, che pure a nostro avviso contiene numerose opportunità per la salute, si perda in un trasformismo di maniera. L'unica cosa che ci sembra certa è che il solo contributo che la medicina tradizionale può fornire alla medicina non è un'altra medicina, un'altra anatomia, un'altra psicologia, ma è, molto più semplicemente, e non è poco, la medicina tradizionale e con essa il suo modo di vedere l'uomo. Un approccio più umano perché olistico in cui l'uomo non si offre allo sguardo clinico per quel tanto di oggettivante che esso contiene ma si presenta come *xiang*, simbolo, che, per la potenzialità che ha di rinvio ad altro, detta la grammatica del rapporto con il terapeuta. Una grammatica in cui lo sguardo è necessariamente e costantemente centrato sul paziente per una attività necessariamente interpretativa di segni ed elaborativa di sensi. Sensi che si trovano in questo percorso comune e che non appartengono a chi li trova ma a chi li percepisce: paziente e terapeuta.

Bisogna, però, partire, dicevamo, dal riconoscimento delle differenze, delle notevoli differenze. In tal senso, utili spunti di riflessione sulla distanza che si frappone tra la medicina biologica e la medicina tradizionale ci possono venire dalla rilettura di passi della lezione che Foucault in *Nascita della clinica*⁴ e Canguilhem in *Il normale e il pa-*

4. M. Foucault, *Nascita della clinica. Una archeologia del sguardo medico*, Presses Universitaires de France, Paris 1963, trad. it. *Nascita della clinica*, Einaudi, Torino 1969

*tologico*⁵, ci hanno lasciato. Secondo Foucault, se si vuole trovare il punto centrale della nascita della moderna medicina, bisogna andare ai lavori e alle opere di quel Bichat⁶ che diceva: «Aprite qualche cadavere e vedrete tosto scomparire l'oscurità che la sola osservazione non aveva potuto dissipare».

Ora, che l'anatomia patologica costituisca uno dei punti fondamentali, se non il punto fondamentale, della nascita della medicina moderna è un dato abbastanza incontrovertibile.

Il problema, però, è capire perché Foucault indichi in Bichat l'inizio di questo cambiamento, quando circa quarant'anni prima Morgagni⁷ aveva già descritto le relazioni tra malattie e alterazioni di organi interni.

In effetti, Foucault sottolinea come la lezione di Morgagni, ufficialmente considerato il fondatore dell'anatomia patologica, si sviluppi, a partire da Bichat, solo dopo un certo periodo per un problema di metodo ben specifico: ci voleva un adeguato lasso di tempo per un riassetto del metodo clinico.

In questo riassetto, lo sguardo medico, che prima era tutto concentrato sulla lettura dei sintomi, sulle loro frequenze, cronologie, parentele, sulla decifrazione del linguaggio della malattia, in una trasparenza che svelava tutto l'essere nella malattia, veniva a subire uno spostamento e non si posava più sul malato bensì sul suo corpo o, meglio ancora, sul suo cadavere. Prima di questo sguardo ne esisteva un altro—presumibilmente presente già nel primo medico e sicuramente ancora presente nelle varie medicine tradizionali non contaminate—che era estraneo all'anatomia e alla sua investigazione dei corpi muti, delle masse segrete, celate nella profondità del corpo.

5. G. Canguilhem, *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique* (1943) riedizione sotto il titolo *Le normale et le pathologique, augmenté de Nouvelles réflexions concernant le normal et le pathologique* (1966), 9° ried. PUF/Quadrige, Parigi, 2005, trad. it., *Il normale e il patologico*, Einaudi, Torino 1998

6. <http://www2.biusante.parisdescartes.fr/livand/?intro=bichat&statut=charge> (visitato il 20 novembre 2012)

7. Giambattista Morgagni (1682-1771), anatomico presso le Università di Bologna e di Padova, ricercò e descrisse per primo, nel *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis* (1760), struttura, funzione e alterazioni, causate dalle malattie, di numerose formazioni anatomiche, individuando le sedi e le cause delle forme patologiche.

In effetti, ancora nel Rinascimento e per tutto il XVIII secolo, la conoscenza della vita era basata innanzitutto sulla ricerca della essenza del vivente, di cui era la principale manifestazione, e sulla sua fenomenologia. La malattia era pensata a partire dal vivente, o dai suoi modelli (meccanici) o dai suoi costituenti (umorali, chimici). Il vitalismo e l'antivitalismo avevano la loro origine, in qualche modo, in questa anteriorità della vita rispetto all'esperienza della malattia. Con l'anatomia patologica di Bichat, invece, la conoscenza della vita trova la sua origine nella distruzione della stessa.

Accanto a Foucault anche Canguilhem, nel suo studio sui concetti di normale e patologico, sottolinea ripetutamente come la conoscenza della fisiologia sia divenuta decifrabile a partire dalla patologia, dalla malattia, e quindi, in qualche modo, dall'infrazione ad una norma. In effetti, da questa posizione sembra emergere chiaramente come il normale biologico sia rivelato solo da infrazioni alla norma e che esista una conoscenza scientifica o concreta della vita solo attraverso la malattia: la fisiologia non fa rumore.

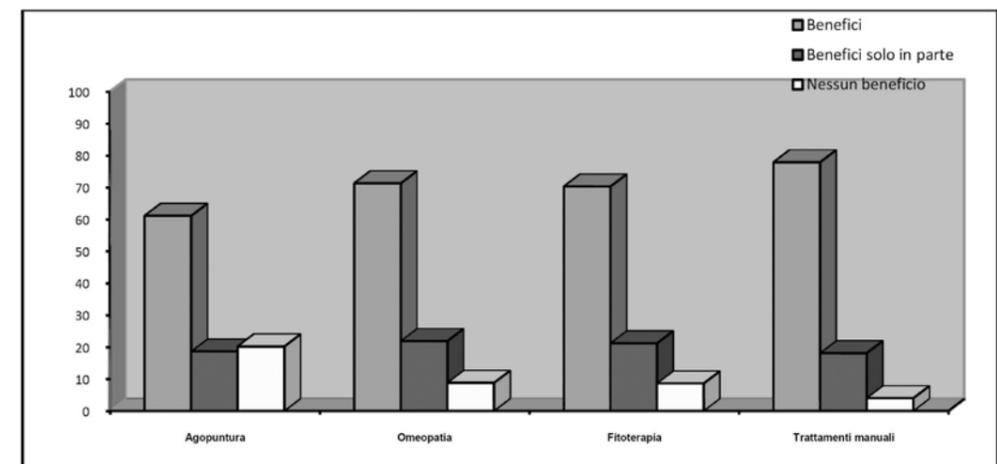
È comunque indubbio che è con la fondazione della anatomia patologica che diventa possibile dimenticando il malato, delineare un corpo fatto di volumi, e solo di essi, distinti e connessi l'uno con l'altro in grandi unità funzionali. Una serie di organi gerarchicamente organizzati, un tutto funzionante, scomponibile in parti, ma il cui segreto, la vita che lo anima, sfugge allo sguardo. Un corpo la cui conoscenza si appoggia sulla sua distruzione. Un corpo che nasce come corpo-cadavere, che si offre alla mano che lo seziona e lo dissocia in parti singole, che vengono estratte e astratte dal loro luogo di origine.

Bichat, fa un passo avanti in direzione dell'isolamento delle parti e sistematizza un concetto interpretativo nuovo dello spazio corporeo: il tessuto. Questo, differenziato e classificato, costituisce una sorta di unità elementare che, associandosi e ripetendosi in un certo numero di combinazioni, va a formare i differenti organi. Assistiamo, dunque, ad una delle prime fondamentali riduzioni della complessità e dell'eterogeneità organica.

Il corpo verrà letto attraverso elementi anatomici sempre più ridotti, sempre più generali, fino a quando, con Virchow⁸, procedendo sempre più dal macro-sistema al micro-

8. G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, op. cit., p. 181.

Persone che hanno fatto uso di terapie non convenzionali negli ultimi tre anni secondo i benefici che hanno indicato, per tipo di trattamento - Anno 2005 Valori percentuali



Fonte: ISTAT *Istituto nazionale di statistica

Cosa è AMEC (Associazione Medicina e Complessità)

Integrare gli approcci terapeutici

Prima di esistere nella realtà, AMeC esisteva già nei miei pensieri. Nel desiderio di combinare il mio lavoro con le cose che mi piacciono e che considero buone e giuste, già da un po' di tempo pensavo di organizzare dei convegni di medicina integrata quando si è materializzato davanti a me un gruppo di medici avente proprio queste intenzioni. Era il 2005.

Si trattava di un gruppo di medici i quali desideravano rendere quanto più completa ed articolata la loro pratica clinica quotidiana e ricercavano altre prospettive terapeutiche al fine di ampliare le possibilità di aiuto da offrire ai loro pazienti.

Seguendo questa strada, sono state approfondite l'omeopatia, l'agopuntura, la medicina antroposofica, la fitoterapia, la nutripuntura e l'approccio psicosomatico.

Ciascun medico ha sempre considerato la propria area di interesse un possibile ampliamento della medicina e non l'alternativa ad essa. È questo l'approccio caratterizzante che accomuna i membri del gruppo.

Avevano vissuto con entusiasmo la nascita della medicina basata sulle prove di efficacia (Evidence Based Medicine) considerandola un superamento metodologico della medicina fondata su un approccio riduzionistico della biochimica: se un sistema terapeutico funziona, la sperimentazione clinica non potrà che dimostrarne l'efficacia.

Avevano pensato di trovarsi di fronte alla prima vera occasione di mettere alla prova dei fatti l'integrazione delle terapie, ma hanno presto dovuto constatare che solo chi possedeva grandi potenzialità economiche si trovava nelle condizioni di effettuare studi clinici riconosciuti. Ancora una volta, la cosiddetta medicina integrata era destinata a fare, per così dire, da Cenerentola. Tuttavia, dai pochi dati che arrivavano dagli studi clinici, e ancor più dai dati che ricavano attraverso la pratica, si erano resi conto che l'integrazione degli approcci terapeutici poteva offrire davvero qualcosa in più ai pazienti.

È con queste finalità, cioè l'integrazione degli approcci terapeutici, che si è costituita AMeC, Associazione Medicina e Complessità.

I medici di AMeC non pretendono di curare perché ben consapevoli che gli studi sulle medicine non convenzionali sono ancora insufficienti. Tuttavia, l'esperienza fin qui condotta ha ampiamente dimostrato che l'aiuto offerto è davvero considerevole.

Attualmente, portiamo avanti la nostra iniziativa seguendo due diversi canali:

- i pazienti possono contattare direttamente la segreteria dell'associazione ed essere indirizzati a quello che noi chiamiamo "ambulatorio diffuso";
- i pazienti possono essere visitati direttamente nelle strutture nel dipartimento di Oncologia dell'Ospedale di Monfalcone.

Dopo il contatto con il medico orientatore, essi possono usufruire delle seguenti terapie: omeopatia, omeopatia, agopuntura, nutripuntura (azione di componenti polimetallici sui meridiani di agopuntura), fitoterapia, fattori di differenziazione cellulare, medicina antroposofica, tecniche psicoterapeutiche.

Accanto a questi approcci individuali, proponiamo anche lavori di gruppo:

- ascolto del suono della vita a partire dalla propria voce: il canto viene occasione per incontrare i propri conflitti e superarli. Questo processo viene spesso effettuato con l'aiuto della nutripuntura che riequilibra i meridiani;
- corso di pittura: l'immagine ed il colore quali espressioni della propria anima. I pazienti dipingono secondo un tema proposto e portano alla luce i loro problemi più profondi;
- Qi-Gong: un'antica pratica cinese che risveglia le energie vitali restituendo vigore al corpo e lucidità alla mente;
- danzaterapia: utilizza il corpo e l'espressività corporea come strumenti di cambiamento;
- dinamica mentale: tecniche di rilassamento e focalizzazione mentale finalizzate ad attivare i nostri meccanismi di autoguarigione, a migliorare il rapporto con noi stessi e con gli altri, a migliorare la nostra immagine interiore.

Il gradimento del lavoro fin qui svolto è stato espresso dai pazienti attraverso dei sondaggi telefonici di valutazione. I risultati sono stati di gran lunga superiori alle nostre aspettative.

L'approccio fin qui descritto ci ha inevitabilmente condotto al di là della prospettiva riduzionistica e meccanicistica a cui la medicina ci ha abituati. Il medico di AMeC non intende essere un "riparatore di guasti", ma desidera offrire al paziente le giuste informazioni (fisiche, biochimiche, conoscitive ed emotive) affinché egli stesso possa procedere verso la guarigione.

Si potrebbe affermare che AMeC non si occupa di malattia, ma di salute. Non è suo scopo combattere la malattia, perché di questo si occupa l'oncologo. Intende migliorare lo stato di salute della persona ottimizzandone le risorse e rivolgendosi alla consapevolezza ed alla volontà di crescita interiore di ciascuno.

Si tratta di un'attenta opera di equilibrio che i nostri medici eseguono portando un grande rispetto ed una grande attenzione verso ciò che è stato già dimostrato pur tenendo d'occhio con grande interesse quello che (forse) è ancora da dimostrare. Del resto, Sant'Agostino definiva miracolo non qualcosa "contro natura", ma qualcosa contro solo "ciò che è noto della natura".

Altre attività importanti ed instancabili di AMeC sono la formazione e l'informazione nell'ambito della complessità. Gli eventi fin qui organizzati sono una settantina e ne abbiamo in progetto altri sei entro la fine dell'anno.

Riteniamo importante diffondere la cultura della complessità e l'affluenza agli eventi ci dà ragione. Un recente studio afferma: "Evidenze scientifiche indicano come il tempo dedicato ad attività culturali diminuisca i livelli di ansia e di depressione, aumentando il benessere psicologico dell'individuo." Ci piace far questo a tutti i livelli, espandendo il nostro raggio di interesse e trovando punti di contatto trasversali fra le diverse discipline, fedeli alla definizione di complessità che ci appartiene.

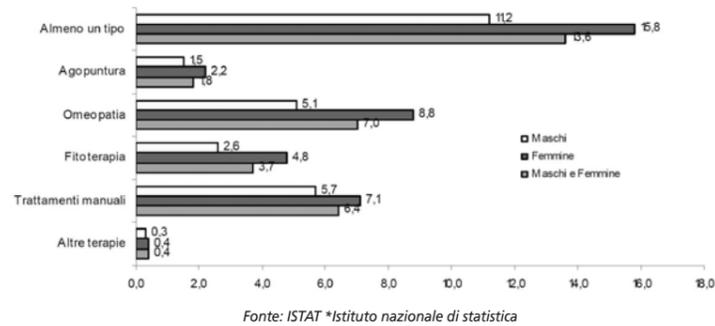
In sette anni siamo cresciuti e continuiamo a crescere. Credo di poter affermare che, ormai, siamo ben radicati nel territorio del Friuli Venezia Giulia, ma siamo anche abbastanza conosciuti a livello nazionale. Abbiamo portato sollievo ad un migliaio di persone attraverso i nostri medici; qualche centinaio ha frequentato le attività collaterali; parecchie migliaia hanno partecipato ai nostri eventi.

Abbiamo tanta strada da percorrere e questo rappresenta un incentivo. L'entusiasmo non ci fa difetto.

Credo che abbiamo fatto un buon lavoro.

Roberta Zorovini
Segretaria AMEC (Associazione Medicina e Complessità)

Personne che nei 3 anni precedenti l'intervista hanno fatto uso di terapie non convenzionali, per tipo di terapia e sesso - Anno 2005 (per 100 persone dello stesso sesso)



malattia al livello delle condizioni anatomiche e fisiologiche parziali della struttura totale o del comportamento d'insieme».

Secondo i progressi dell'acutezza dell'analisi, si collocherà la malattia a livello dell'organo-lo fa Morgagni; a livello del tessuto-lo fa Bichat; a livello della cellula-lo fa Virchow.

È da questa ridefinizione non del malato ma del corpo, che lo sguardo clinico imparerà a scrutare sempre più attraverso un occhio tecnologico, che rifonda il concetto stesso di malattia. A partire dall'individuazione delle unità tissulari, la malattia acquista un nuovo statuto: il male viene localizzato in un punto fisso del corpo -si introduce la nozione di sede patologica- e non è più disperso nelle serie cronologiche e senza luogo dei sintomi e dei segni.

Questi cessano di essere l'essenza della malattia e diventano un fenomeno secondario e marginale, il prodotto di una causa anteriore: la lesione dei tessuti. La malattia, accompagnata da tutta la sua successione di sintomi, si organizza ora attorno ad un punto fisso del corpo, attorno alla lesione; il male viene regionalizzato e circoscritto, individuato in uno spazio concreto. Questa localizzazione sempre più precisa della malattia porta anche verso una sempre maggiore misurabilità di ciò che non è più essenza ma evento spazialmente collocabile.

In questa patografia la morte del cadavere dice la sua estrema verità sulla malattia. Finché il male aveva un carattere prettamente temporale, nella cosiddetta medicina dei sintomi, la morte ne costituiva l'estremo limite. Oltre essa sparivano i segni e l'essenza stessa della malattia, così come si estingueva la vita. Ma, una volta che nel cadavere sezionato si struttura uno luogo visibile del male, si scopre che il tempo della morte è un passaggio che trasforma una realtà negativa, la cessazione dell'essere corporeo, nella positività del discorso scientifico.

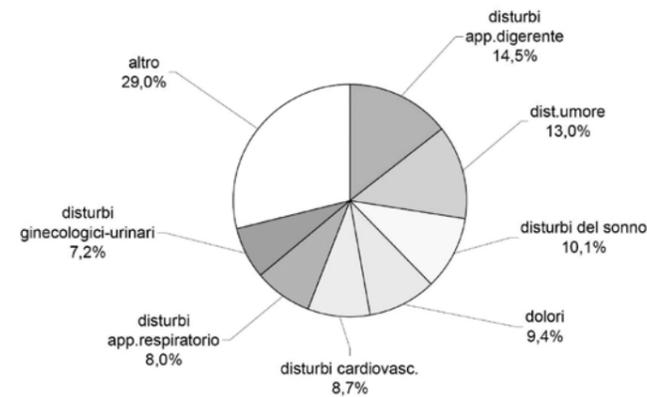
Canguilhem, a sua volta, sottolinea un altro aspetto. Nel Positivismo, i fenomeni patologici negli organismi viventi vengono considerati, per lo più, variazioni quantitative dei fenomeni fisiologici e quindi *normali*. «Esiste la necessità di stabilire una continuità, in qualche modo misurabile, tra salute e malattia, una omogeneità quantitativamente esprimibile, mossi dalla volontà di liberarsi da una concezione ontologica del male e animati da un certo ottimismo razionalistico». Questo indirizzo epistemologico, che riduce la qualità alla quantità, è, secondo Canguilhem, alla base di un riduzionismo estremo che è in grado di spiegare fenomeni, quali la malattia e la sanità, soltanto riducendoli ad una misura comune.

Non sono, dunque, più il dolore o l'incapacità funzionale o l'infirmità sociale che fanno la malattia, ma l'alterazione anatomo-funzionale. La malattia si gioca a livello del tessuto e delle componenti sempre più microscopiche del corpo: in questo senso, può esistere *malattia senza malato*⁹.

La conclusione drammatica di questa operazione è che «se

9. G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, op. cit., p. 62

Disturbi trattati con preparati di medicina non convenzionale



fonte: Studi per l'integrazione delle medicine non convenzionali osservatorio Mnc

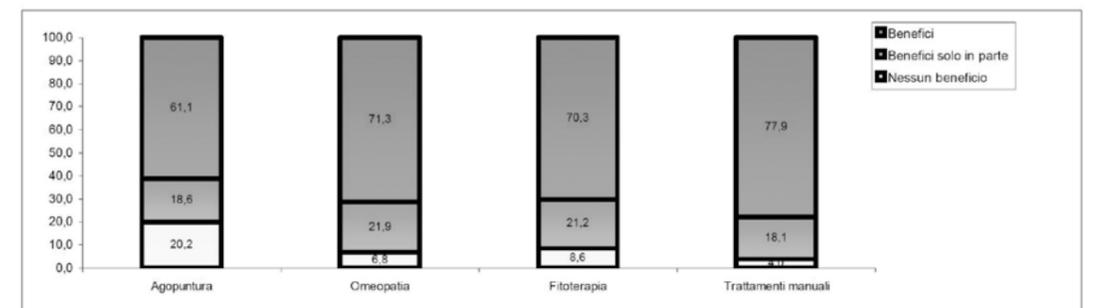
si vuole definire la malattia, bisogna disumanizzarla»; e, più brutalmente, che «nella malattia ciò che vi è di meno importante è in fondo l'uomo».

Attraverso i commenti di questi autori, il percorso dello stabilirsi della medicina biologica risulta abbastanza semplice e lineare. Ma, paradossalmente, il percorso di istituzione della medicina biologica illustra, come fosse un negativo fotografico, anche il percorso della medicina tradizionale.

Non possiamo negare che è proprio quella frase con cui Canguilhem coglie uno degli aspetti fondamentali della medicina biologica, quello che più ci colpisce: «nella malattia ciò che vi è di meno importante è in fondo l'uomo». Nulla di più distante dalle conclusioni cui giunge, in cui vive e si pratica la medicina tradizionale, tanto che essa potrebbe dire e dice, come un negativo fotografico, «nella malattia ciò che vi è di più importante è in fondo l'uomo».

Lo sguardo, l'occhio clinico, che per secoli, nella medicina precedente la nascita della medicina biologica, ha reso possibile questa pratica elementare di ricerca dei segni e dei sensi del malato, viene ormai educato ad una diversa visione ed è indubbio che per ri-cogliere l'uomo nella sua globalità di storia, emozioni e tempi, bisogna ri-educarlo ad una visione non riduzionista, che non si limiti alla osservazione di parti e solo di parti. Ci verrebbe da dire che è l'occhio al tutto che fa la differenza. Più ancora che l'espressione fenomenica delle varie pratiche tradizionali. Ed è indubbio che la medicina tradizionale ha una pratica, consolidata nell'uso, di ricerca del malato e della sua globalità, che ormai è sempre più un dimenticato capitolo della storia della medicina biologica.

Personne che hanno fatto uso di terapie non convenzionali negli ultimi 3 anni secondo i benefici che hanno indicato, per tipo di trattamento - Anno 2005 (per 100 persone che hanno utilizzato il tipo di terapia)



Fonte: ISTAT *Istituto nazionale di statistica

Questa radicale distanza è colmabile? E se è colmabile, qual è il metodo che si vuole utilizzare per andare oltre, conservando, come dicevamo, sia le risorse della medicina biologica che quelle della medicina tradizionale? Probabilmente sì. Ciò che è fondamentale è un approccio di commistione e di traduzione delle diverse entità concettuali che come dice Feyerabend se sono incommensurabili restano non di meno traducibili purché si scelga non una posizione di parte ma di confine.

Stando sul confine dell'elaborazione del discorso scientifico, avviene ciò che R. Rosaldo in "Cultura e verità" riporta come testimonianza di una messicana lesbica: «stando ai confini, una persona riesce a farcela solo tollerando le contraddizioni, l'ambiguità. Imparare a essere indiana all'interno della cultura messicana e messicana da un punto di vista anglo-americano. Impara così a destreggiarsi tra le culture. Ha una personalità plurale, il suo stesso modo d'agire è pluralistico. Non si getta via nulla, il buono, il cattivo e il brutto, nulla è respinto e nulla è abbandonato». Non si limita a sostenere le contraddizioni, ma tramuta l'ambivalenza in qualcos'altro.

Quindi non si tratta, secondo la teoria di Kuhn, di attivare una sorta di conversione tale per cui, nel passaggio da un paradigma all'altro, il convertito dovrebbe dimenticare, senza più capirlo il paradigma precedente. Molti studiosi presuppongono che il contesto in cui due culture possono essere comprese insieme venga costruito a tavolino da uno studioso e che possano, quindi, emergere punti di contiguità senza un contatto personale. Ma la comprensione non può esistere senza contatto e commistione. È questo che cambia le parti in causa. «Chi non vuole cambiare (come gli studiosi che non ce la fanno a liberarsi dal discorso descrittivo e teorico delle scienze sociali dell'Occidente) e chi, inoltre, tema di cambiare gli altri (per proteggere culture non occidentali) si troverà in un mondo artificiale, che è perfettamente descritto dai principi filosofici dell'incommensurabilità e dell'intraducibilità della tradizione».¹⁰

Il rischio maggiore e ciò che si deve evitare, però, resta quello di una pericolosa ambliopia, in cui lo sguardo è sempre con un occhio solo: o prevale quello di una medicina tradizionale o prevale quello biologico in cui l'uomo, quello intero, sfugge.

10. P. Feyerabend, *Conquista dell'abbondanza*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2002, p. 313

Antonella Ronchi

Presidente Federazione Italiana delle Associazioni e dei Medici Omeopati (FIAMO)
 Coordinatrice del Comitato Permanente di Consenso e Coordinamento per le Medicine Non Convenzionali in Italia

La visione olistica

Il concetto di salute è differente nel modello olistico, secondo il quale la salute non è l'assenza di malattia o infermità, ma la capacità di un sistema di rispondere adattativamente a un ampio spettro di sollecitazioni esterne.

Mai come in questi anni la medicina è stata in grado di offrire tanto ai pazienti: strumenti diagnostici, terapeutici, un insieme di conoscenze che hanno permesso di sconfiggere moltissime malattie e di portare la vita media a un'età impensabile solo 50 anni fa. Eppure mai come adesso i pazienti hanno avvertito insoddisfazione, insofferenza, rifiuto per la medicina e per i medici. Non si tratta solo della frustrazione di aspettative miracolistiche da parte dei pazienti, ma di una critica precisa a una medicina sempre più spersonalizzata, meccanica, dove il paziente si sente un ingranaggio di una macchina da riparare.

Dalla metà del secolo scorso abbiamo assistito all'affermarsi prepotente del modello biomedico nel campo della salute: la malattia è vista come un difetto in processi biologici e chimici che vanno riparati e riportati alla normalità. La malattia è definita empiricamente e determinata da esami di laboratorio ed altri test biologici o fisici. La guarigione dipende dal rigore nell'applicazione di tecniche diagnostiche e terapeutiche appropriate. Negli ultimi vent'anni poi, la prepotente affermazione dell'evidence based medicine, la medicina basata sulle prove di efficacia, ha ulteriormente contribuito a questo processo di spersonalizzazione, affidando a protocolli statisticamente validati la responsabilità di curare singoli pazienti.

In questo contesto la soggettività del medico e del paziente sono viste come un ostacolo alla pratica terapeutica così configurata. Il paziente ha un ruolo passivo, come fosse una macchina da riparare. La pratica medica e la ricerca sono oggettive, neutrali e scientifiche. L'atteggiamento in generale è interventista.

E d'altra parte la stessa preparazione universitaria dei futuri medici, orientata sullo studio dei più sottili meccanismi biochimici che stanno alla base delle alterazioni patologiche, spezzettata nello studio di singoli apparati, all'inseguimento di una sempre più sofisticata specializzazione, ha sempre di più compromesso la capacità di guardare al malato come un essere umano nella sua interezza.

Come sempre avviene quando si raggiunge un livello critico si mette in moto un processo di reazione, e questo si è verificato sia tra i medici che tra i pazienti. E se da parte della classe medica si è sviluppata negli ultimi anni un'ampia riflessione su questi temi e si è messo in evidenza il bisogno di umanizzazione della medicina, da parte dei pazienti una delle risposte è stato il ricorso sempre più convinto alle Medicine Non Convenzionali, e all'omeopatia in particolare.

Questo ovviamente non è l'unico motivo di un simile orientamento: di fronte alla crescita di patologie croniche che richiedono cure prolungate per decenni, bombardati da allarmi sulla tossicità dei farmaci con-

venzionali, molti pazienti si sono orientati verso la ricerca di sistemi di cura più naturali, meno tossici.

Ma che cosa accomuna le Medicine Non Convenzionali, un insieme eterogeneo di discipline e pratiche, che affondano le loro radici nella cultura europea, come l'omeopatia o l'antroposofia, ma anche in culture lontane, come l'agopuntura o la medicina ayurvedica?

Certamente il **modello olistico**, che vede l'individuo come un'unità psico-biologica, all'interno di uno specifico ambiente fisico e sociale. Un sistema vivente composto da sottosistemi in parte riconducibili a meccanismi semplici, ma anche parte di un ordine di gerarchia più alta, non riconducibile a modelli meccanici, che ha a che fare invece con l'uomo inteso come persona.

Anche il **concetto di salute** è differente nel modello olistico, secondo il quale la salute non è l'assenza di malattia o infermità, ma la capacità di un sistema (cellula, organismo, famiglia, società) di rispondere adattativamente a un ampio spettro di sollecitazioni esterne (fisiche, infettive, psicologiche ecc).

Il paziente che si rivolge al medico omeopata trova un professionista che prende in considerazione non solo la sintomatologia specifica della patologia di cui soffre, ma tutto il quadro generale: storia clinica, ma anche comorbidità, relazioni con l'ambiente, carattere ecc. E a questo quadro farà corrispondere la prescrizione di un medicinale che stimoli la capacità di reazione di quello specifico organismo. Il sintomo per cui il paziente si rivolge al medico sostanzialmente dovrà essere solo la tessera di un puzzle che dovrà restituire l'immagine completa della persona, del suo contesto, della sua storia. Ecco perché si parla di medicina centrata sulla persona.

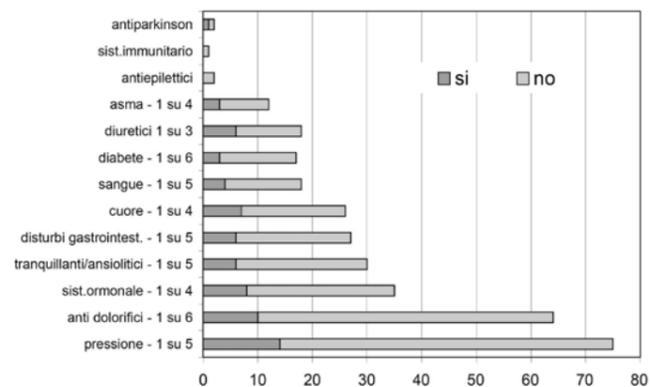
Questo tipo di approccio non si realizza

semplicemente adottando un atteggiamento più accogliente o amabile, l'umanizzazione della medicina non è una paternalistica concessione alle richieste del paziente, anche se ovviamente attenzione ed ascolto devono far parte del bagaglio minimo del medico. Quello che deve caratterizzare l'approccio del medico è una reale capacità di entrare in relazione col malato e di accogliere gli argomenti con cui egli orienta la cura di sé; si deve ricercare una consensualità che poggi su una capacità di entrare in risonanza con il paziente che abbiamo davanti, perché ogni paziente cerca la sua strada e il compito del medico è accompagnarlo in questo percorso. La medicina omeopatica ha nel medicinale individualizzato lo strumento terapeutico che può realizzare questo ideale, e quando questa sorta di alchimia si verifica, la guarigione è qualcosa di più della sparizione di un sintomo, va oltre la normalizzazione di una funzione.

La migliore esposizione di questo processo è riassunta nelle parole di una paziente in cura per un ipertiroidismo, che ha cercato nella medicina omeopatica una soluzione diversa da quella che poteva offrirle la terapia convenzionale. Queste le parole con cui la paziente descrive la reazione alla terapia omeopatica: " Sto decisamente meglio, i battiti cardiaci sono scesi a circa 80 al minuto anche se ci sono stati giorni in cui sono stati più alti e un giorno in cui erano 75, penso che questo rientri nella normalità. Più in generale questo rimedio è stato portentoso, mi sento piena di energia e propositività come credo di non essere mai stata, inoltre ho una sensazione di equilibrio psico/emotivo che mi fa stare particolarmente bene".

Se l'essere umano è un tutt'uno, la medicina umanizzata deve prendersi cura di questa totalità.

Assunzione contemporanea di preparati di medicina non convenzionale e farmaci convenzionali



fonte: Studi per l'integrazione delle medicine non convenzionali osservatorio Mnc

Italo Sabelli

Medico Chirurgo, membro della Commissione della Regione Campania sulle Medicine non Convenzionali per l'Agopuntura, Consigliere e membro del Comitato Scientifico della SIA (Società Italiana di Agopuntura)

La terapia del dolore

L'analgesia con agopuntura aprì nuovi scenari nell'ambito della terapia del dolore e soprattutto suscitò un grande interesse dei medici sia orientali che occidentali, e pertanto avviarono una complessa ricerca in campo agopunturistico.

L'agopuntura ha avuto una grossa diffusione in Occidente a metà degli anni '70 allorché si è avuto eco della sua applicazione nel campo dell'analgesia. Molte delegazioni di medici e non si recarono in Cina per assistere agli interventi chirurgici eseguiti con la sola analgesia d'agopuntura.

I cinesi giunsero al suo impiego allorché constatarono che in seguito ad alcuni piccoli interventi chirurgici quali l'estrazione dentaria e la tonsillectomia, si aveva la comparsa del dolore post - operatorio e la disfagia quest'ultima in particolare dopo la tonsillectomia.

Questi disturbi scomparivano rapidamente con la puntura del RO - KOU, punto localizzato tra il primo e secondo metacarpo della mano. Partendo da tali presupposti ed impiegando l'agopuntura non sola a titolo curativo, ma preventivamente si poteva ridurre le dosi d'anestetici chimici, fino a pervenire alla loro totale soppressione. Durante tale operazione gli aghi non erano soltanto lasciati nel punto d'agopuntura, ma erano stimolati con movimenti rotatori in modo costante; ciò procurava l'effetto analgesico vero e proprio. Successivamente la stimolazione manuale fu sostituita dalla elettroanalgesia e il campo d'azione fu ampliato, e i medici cinesi s'indirizzarono dapprima verso la piccola chirurgia addominale: appendicectomia, erniotomia inguinale, estendendo poi al cesareo, alla tiroidectomia, alla lobectomia polmonare, alla commisurotomia per restringimento mitralico ed anche ad interventi a cuore aperto con circolazione extracorporea. Quali le differenze tra anestesia tradi-

zionale e analgesia d'agopuntura? Per quest'ultima non è richiesto alcun impiego farmacologico, ma semplicemente l'utilizzazione degli aghi e con l'analgesia il paziente non perde mai la coscienza ed anche se avverte una completa scomparsa del dolore, conserva la sensazione tattile e termica. Inoltre durante l'intervento il paziente può facilmente rispondere ad eventuali quesiti del chirurgo, e dai filmati giunti in Occidente, si è visto il paziente in alcuni casi mangiare un frutto.

Questo evento ha permesso alla agopuntura di " sfondare " in Occidente, negli anni '70, anche se in Europa fu introdotta per la prima volta nel XVI secolo, per merito di un gesuita ed il primo scritto che tratta della medicina orientale è il " SECRETS DE LA MEDECINE DES CHINOIS, CONSISTANTS EN LA PAIRFAITE CONNAISSANCE DU POULS, ENVOYEZ DE LA CHINE PAR UN FRANCOIS, HOMME DE GRAND MERITE".

L'analgesia con agopuntura aprì nuovi scenari nell'ambito della terapia del dolore e soprattutto suscitò un grande interesse dei medici sia orientali che occidentali, e pertanto avviarono una complessa ricerca in campo agopunturistico. Complessa perché alcuni ricercatori approfondirono lo studio delle strutture energetiche, e in particolare i punti d'agopuntura e i relativi canali dove appunto si localizzano gli agopunti. Altri invece approfondirono lo studio delle vie nervose implicite, altri ancora, dei neuropeptidi prodotti a seguito dell'azione specifica degli aghi d'agopuntura. Negli ultimi anni ci sono stati i riconoscimenti ufficiali dell'ago-

puntura e in particolare lo studio condotto dal NHI, e più recentemente la ricerca è stata indirizzata secondo l'EBM.

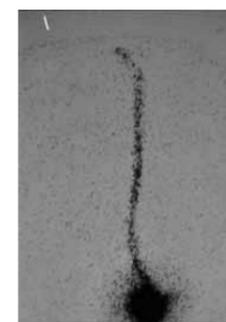
Gli agopunti sono dimostrabili elettricamente, infatti, la resistenza elettrica dell'epidermide è nettamente inferiore in corrispondenza dei punti d'agopuntura rispetto a quella circostante. Tale differenza persiste nel cadavere e negli arti sezionati. Questi punti presentano senz'altro una resistenza elettrica inferiore, ma hanno una conducibilità elettrica maggiore.

Altro elemento caratteristico degli agopunti è la presenza in 260 di loro la relazione con un grosso vaso, mentre 152 sono in relazione con un tronco nervoso. particolare lo studio condotto dal NHI, e più recentemente la ricerca è stata indirizzata secondo l'EBM.

Definiamo ora i vari punti:

A metà degli anni '80 il dott. Jean Claude Darras di Parigi evidenziò quelle strutture energetiche denominate canali o meridiani di agopuntura, dove secondo la tradizione circola l'energia denominata qi. Lo studio è stato condotto presso l'ospedale Necker di Parigi, e consisteva nell'introdurre in un punto d'agopuntura del tecnezio radioattivo e di seguire il suo percorso attraverso una camera a scintillazione. Dopo l'introduzione della sostanza in punto del piede, si evidenziava la comparsa del canale, lungo la gamba, la coscia, cammino che avveniva secondo un canale già descritto dalla Medicina Tradizionale Cinese.

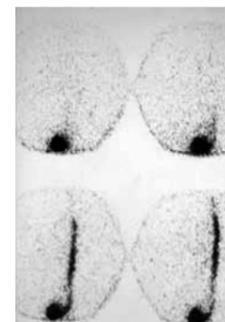
• Questa migrazione non varia da un



Comparsa del canale dopo somministrazione di liquido di contrasto



Somministrazione del liquido di contrasto simultaneo in due canali

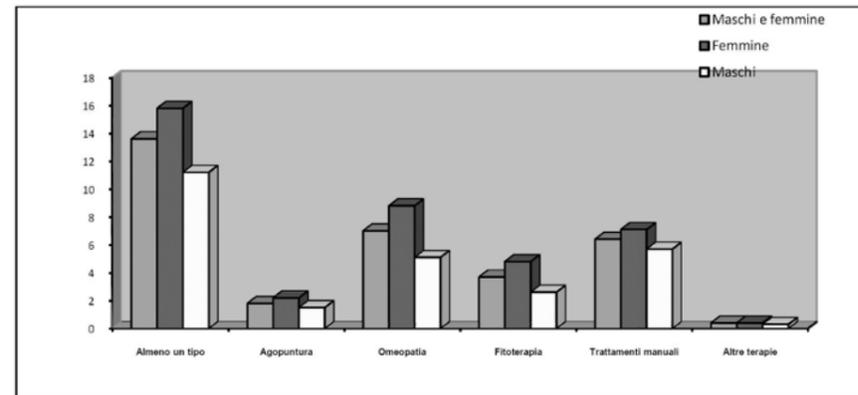


La lenta diffusione del liquido di contrasto lungo il canale



La sostanza di contrasto non si diffonde perché il liquido di contrasto è stato iniettato fuori del punto di agopuntura e quindi non può diffondere nel canale

Persone che nei 3 anni precedenti l'intervista hanno fatto uso di terapie non convenzionali per tipo, terapia e sesso
Anno 2005, valori percentuali



Fonte: ISTAT *Istituto nazionale di statistica

soggetto all'altro. Il tragitto segnato dal tecnezio non corrisponde ad alcuna struttura anatomica attualmente conosciuta.

- La migrazione è stata studiata in soggetti sia normali che patologici; essa segue gli stessi tragitti e questi risultano analoghi a quelli identificati dalla MTC sotto il nome di canali.
- Il carattere distintivo tra le vie dei canali e quelle vascolari, è che nel primo la migrazione avviene secondo un tragitto assiale analogo al canale conosciuto e non trasversalmente, come l'anatomia vascolare lo descrive. Inoltre iniettando del percantato di sodio in un punto di agopuntura e nella vena dorsale del piede, la velocità di migrazione risulta maggiore nella via vascolare che lungo il tragitto dei canali.
- Analogamente lo studio è stato condotto simultaneamente sulle vie linfatiche e sui canali di agopuntura. Si è riscontrato che la sostanza specifica per la linfografia si diffondeva normalmente nei vasi linfatici, evidenziando anche le ghiandole linfatiche, mentre la sua iniezione nel punto di agopuntura non era seguita da migrazione e di conseguenza dalla comparsa del canale. Viceversa utilizzando il percantato di sodio, si evidenziava il tragitto dei canali, ma non dei vasi linfatici.

GATE CONTROL

- Questa teoria fu proposta da Melzack e Wall nel 1965, che per prima si interessarono al ruolo delle fibre nervose mieliniche e amieliniche. La differenziazione riguarda il calibro e la conduzione, infatti, le mieliniche sono più rapide rispetto a quelle amieliniche, e inoltre si distinguono in A e B le mieliniche e C le amieliniche.
- Le fibre mieliniche sono deputate alla sensibilità epicritica, mentre quelle amieliniche sono responsabili della sensibilità dolorifica e protopatica. In condizioni fisiologiche le fibre a conduzione rapida prevalgono sulle fibre a conduzione lenta; in questo modo è sbarrata la trasmissione degli impulsi dolorifici. In condizioni patologiche le fibre a conduzione lenta possono prevalere sulle altre e di conseguenza determinare l'insorgenza della manifestazione dolorosa.

L'agopuntura svolgerebbe un'azione di stimolazione sulle fibre nervose a conduzione rapida con conseguente effetto di tipo inibitorio sulle fibre a conduzione lenta.

A metà degli anni 70, a seguito di numerosi interventi chirurgici condotti con la sola analgesia d'agopuntura, molti studiosi indagarono per ricercare quale sostanza era implicata in questa fase. Furono attentamente studiate le endorfine, composti naturali che si trovano nel cervello, e che avevano una struttura analoga a quella degli oppiacei come la morfina e l'eroina. La loro azione è stata studiata indirettamente attraverso il Naloxone che, come sappiamo, manifesta un'azione inibitoria sugli effetti degli oppiacei e delle stesse endorfine: da qui l'ipotesi di lavoro secondo cui, se si fosse dimostrato che il Naloxone blocca l'effetto analgesico dell'agopuntura, con buone probabilità ciò sarebbe da attribuire appunto all'azione delle endorfine. Questi studi furono approfonditi in laboratorio, infatti, fu dimostrato che in una coppia di cani da laboratorio la cui circolazione era innestata l'una con l'altra e viceversa, si evidenziava che allorché un'analgesia per agopuntura era praticata in un determinato territorio del primo cane, la medesima analgesia era ottenuta per il secondo senza che questo subisse l'infissione d'aghi. Analoghi studi furono condotti in altri laboratori di ricerca.

Recentemente alcuni AA. hanno formulato l'ipotesi che l'agopuntura esplicherebbe una duplice azione: l'infissione dell'ago agirebbe direttamente sulle fibre nervose mieliniche a conduzione rapida, primo sbarramento afferente queste agirebbero sulle cellule deputate alla produzione di sostanze endorfiniche le quali a loro volta invierebbero dei messaggi efferenti atti a bloccare le vie nervose che collegano le terminazioni nocicettive e la corteccia cerebrale.

Secondo sbarramento efferente. Questa teoria concilierebbe gli studi finora condotti sia da un'azione dell'agopuntura per via nervosa che per via umorale; pertanto l'una non escluderebbe l'altra.

Nel novembre 1997 presso il NHI c'è stata un'importante conferenza di Consenso sull'Agopuntura e questo dopo un'attenta valutazione della letteratura medica esistente e di una serie di presentazioni messe a punto dai ricercatori sull'agopuntura.

Le dichiarazioni di consenso sono state espresse sulle seguenti questioni:

1) Quale efficacia ha l'agopuntura, comparata al placebo o alla falsa agopuntura, nelle condizioni in cui sono sufficienti dati disponibili per la valutazione? Ebbene nelle condizioni per la quale è possibile una valutazione con dati sufficienti, si è verificato che esiste una chiara evidenza della efficacia dell'agopuntura in alcune patologie.

2) Quale posto ha l'agopuntura nel trattamento di varie condizioni perciò esistono sufficienti dati disponibili; questo in confronto ad altri interventi, o ancora in combinazione con altri interventi (incluso il non intervento)?

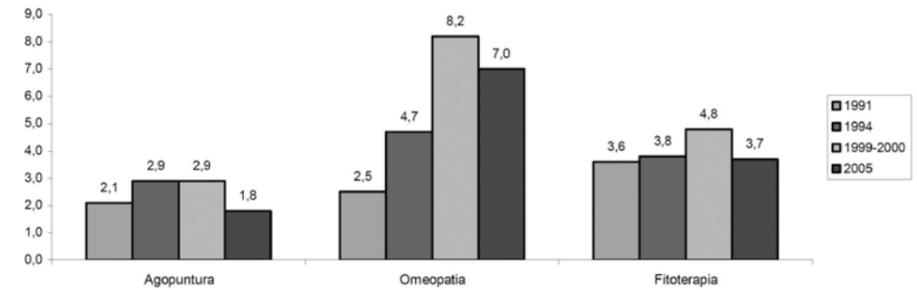
I NHI così si sono espressi: "Uno dei vantaggi dell'agopuntura è che l'incidenza degli effetti indesiderati è sostanzialmente più bassa di quella di molti farmaci. Ad esempio, le patologie muscolo-scheletriche come la fibromialgia, il dolore miofasciale, l'epicondilita sono condizioni per le quali l'agopuntura può essere utile. Queste patologie dolorose sono state spesso trattate con antinfiammatori o con iniezioni di steroide. Entrambi

COME RISANERESTI LA SANITÀ?

SEMPLICE, INDICIAMO LE PRIMARIE DEI PRIMARI E CON 2 EURO A VOTO È FATTA



Persone che nei 3 anni precedenti l'intervista hanno fatto uso di agopuntura, omeopatia, fitoterapia - Anni 1991, 1994, 1999 - 2000, 2005 (per 100 persone)



Fonte: ISTAT *Istituto nazionale di statistica

gli interventi hanno potenziali effetti collaterali deleteri, ma sono ancora largamente usati. I risultati che sostengono l'utilizzo di queste terapie non sono migliori di quelli che supportano l'agopuntura.

3) Che cosa si conosce degli effetti biologici dell'agopuntura, che ci permettono di comprendere come agisce?

I NHI hanno accertato quanto segue " molti studi hanno dimostrato che l'agopuntura può determinare effetti biologici multipli di trattamento. Tali risposte si manifestano in vicinanza del sito di applicazione o a distanza, mediate principalmente dai neuroni sensitivi verso molte strutture all'interno del SNC.

In conclusione l'agopuntura è stata dichiarata valida per la cura delle seguenti patologie:

- 1) Emesi post-chirurgica o da chemioterapia.
- 2) Dismenorrea
- 3) Cefalea
- 4) Epicondilita
- 5) Fibromialgia
- 6) Osteoartrite
- 7) Dolore miofasciale
- 8) Tossicodipendenza
- 9) Riabilitazione dopo ictus
- 10) Asma
- 11) Rinite
- 12) Tunnel carpale

Proprio questa dichiarazione del NHI sul ruolo dell'agopuntura in malattie che non hanno relazione con il dolore, ha posto in evidenza un ruolo dell'endorfine non assoluto e pertanto si è pensato ad altre sostanze coinvolte. Infatti, il dott. L. Bontà, Emeritus Professor of Pharmacology, Erasmus University Rotterdam, The Netherlands, formula l'ipotesi dell'intervento delle citochine, che appartengono al gruppo dei mediatori d'infiammazione, e di queste sono state identificate più di 50 e rientrano nel novero dei peptidi.

Queste citochine sono implicate nelle manifestazioni infiammatorie e immuni e sono prodotte essenzialmente dai macrofagi e dai linfociti. L'azione dell'agopuntura si esplicherebbe attraverso questo duplice meccanismo: produzione della beta-endorfina e citochine. Tale reazione potrebbe spiegare l'effetto che l'agopuntura può avere in varie patologie, basata su meccanismo immunoinfiammatorio, come nel caso dell'asma bronchiale e l'artrite reumatoide. Non dimentichiamo che conosciamo bene il ruolo dell'agopuntura nell'incremento della produzione dei globuli bianchi.

Recentemente si è approfondito l'argomento della ricerca secondo l'EBM e si è esplorata la possibilità di applicarla anche all'agopuntura. Naturalmente questo ha determinato numerosi problemi, in particolare nei confronti del pensiero cardine dell'agopuntura, vale a dire il concetto olistico, che come sappiamo, costituisce il fondamento della MTC, e si esprime con l'individualizzazione del soggetto, proprio nel rispetto del carattere olistico della disciplina. Per questo motivo l'agopuntore non può adoperare set di punti già predefiniti, ma ricercare specificamente quei punti che attengono a quel soggetto con quella determinata patologia.. Il dott. Wainwright Churchill in un articolo pubblicato sul Journal of Chinese Medicine, a pro-

posito dell'EBM, evidenzia com'è incompleta la valutazione evidence based in agopuntura, arrivando a contestare l'assunzione filosofica della scienza occidentale che vedrebbe il paradigma "scientifico", ora essenzialmente biomedico, alla base della "vera" medicina. È evidente che il paradigma delle due medicine occidentale e orientale sono completamente diversi e di conseguenza non appare giusto che la società medico-scientifica giudichi l'agopuntura in conformità ad un paradigma, quello biomedico, che non la descrive pienamente, se non per niente. È chiaro che finché ci sono queste posizioni sembra non esserci alcuna compatibilità tra le due medicine, ma per il futuro si può prevedere che vi sia una migliore qualità metodologica negli studi clinici, con particolare attenzione all'evidence based, da parte dei medici agopuntori, e ciò non significa una perdita della sua d'identità, ma di porre una particolare attenzione per un paradigma non biomedico, che non sia considerato inferiore all'altro, ma con l'obiettivo comune di un miglioramento della pratica clinica. Del resto si è riscontrato che utilizzando dei set di punti predefiniti, i dati risultano contrastanti. In due studi sull'efficacia dell'agopuntura nella lombalgia si hanno dati addirittura opposti! Van Tulder e altri concludono che la qualità metodologica complessiva dei dati analizzati è scarsa e non appare evidente che l'agopuntura dia risultati migliori d'altri trattamenti, al contrario, Ernst e altri considerano l'agopuntura più efficace d'altri interventi analizzati. Oggigiorno si ritiene che gli studi che riguardano l'agopuntura non devono concernere solo l'aspetto metodologico, ma anche clinico, e possibilmente deve coinvolgere esperti della materia, che la impiega quotidianamente, solo così possiamo garantire i risultati.

Altra questione irrisolta è il finanziamento di queste ricerche che può apparire secondario, laddove è di massima importanza per portare avanti un discorso serio ed efficace.

In definitiva gli studi fin qui condotti provano l'efficacia dell'agopuntura in numerose patologie, e soprattutto si sono chiariti quali elementi sono coinvolti nell'azione dell'agopuntura. Certamente ci sono molti nodi irrisolti, ma noi medici agopuntori, auspichiamo che in un prossimo futuro ci sia una maggiore chiarezza per questa medicina millenaria e straordinariamente affascinante

Bibliographie

- Bontà L.: l'agopuntura oltre il concetto di endorfine? Rivista italiana d'agopuntura. N 109. Pag. 65-69
- Bossy J.: Bases morphologiques et fonctionnelles acupuncturales. Giorn. Accad. - vol. CXXXVI- Fasc. 1-6 1973
- Bucci B. ricerca clinica in agopuntura secondo l'EBM. Rivista Italiana d'Agopuntura. N 111 dicembre 2004.
- Darras J. C.: l'acupuncture point par point. Editions Similia.
- De Vernajoul P., Darras J. C., Albarade P., Beguin, Daubray G., De Vernajoul J.: Approche isotopique de la visualisation des méridiens d'acupuncture.
- Duron A., Laville Ch., Borsarello J.: Bioénergétique et Médecine Chinoise. Maisonneuve.
- Giambalvo Dal Ben G. Pasquetti Pietro. Agopuntura: approccio EBM. Lavoro presentato al XXXI congresso SIMFER.
- Hasset J.: l'agopuntura prova i suoi punti. Psicologia contemporanea.
- Melzack R., Wall P.D.: Pain mechanism: a new theory. Science 150,971-979.
- Sabelli I. Agopuntura Oggi. Ediz. Idelson 1990
- Sabelli I., Acampora G., Viscidi P.L., Del Giudice M.: Possibilità e limiti dell'agopuntura nel trattamento del dolore da cancro. Estratto Bollettino Ist. Tumori Napoli vol. XXXI n 1: 27-24, 1984.
- SIA: Libro Bianco sull'Agopuntura.

Roberto Potocniak

Già direttore e docente in medicina e farmacologia del centro medico tibetano di sua Santità il Dalai Lama a Dharamsala - India, esperto in naturopatia tibetana.

La relazione energetica

La guarigione tramite lo studio di una corretta respirazione corrisponde alla pratica dello yoga e di molti altri esercizi che sono utili nella rimozione dei blocchi di natura, mentale, emozionale, energetica e psichica.

La medicina tibetana è un antico sistema di guarigione che nasce dallo studio e dall'osservazione di migliaia di antichi medici, praticanti di yoga e meditatori.

È un sistema prettamente olistico ed integrato, dove per guarigione si intende l'armonizzazione (riportare in condizione di salute e di funzionalità ottimale), il corpo, la mente, le emozioni, il sistema energetico (canali energetici interni: simile al concetto di meridiani nell'agopuntura), e lo spirito vitale degli individui.

Da questo punto di vista, la malattia viene vista partendo dall'idea dell'ignoranza di sé.

La non conoscenza di se stessi e la "non padronanza" delle nostre funzioni, che rimangono ad un livello di funzionamento automatico ed inconscio, sono la causa e la condizione per un cattivo funzionamento dell'essere umano.

Dunque, è - il non conoscere se stessi e la mancanza di controllo - la causa principale del nostro atteggiamento mentale, visione che abbiamo della vita e di conseguenza... comportamento.

HO DECISO DI LAUREARMI IN
MEDICINA ALTERNATIVA

LA LAUREA?

MMPH...
TROPPO DIFICILE...

NO... TROVARE UN
POSTO DI LAVORO!



Guarire dunque, secondo la medicina tibetana, sottintende tre livelli di pratica:

La guarigione fisica, tramite un'appropriata dieta, in base alla propria costituzione e condizione. Consigli comportamentali ed igienici, sempre secondo la costituzione e condizione. In caso, e solo se fossero necessari: rimedi erboristici e minerali, massaggi, coppettazione, moxibustione, ed applicazione di olio caldo nei punti energetici del corpo.

La guarigione energetica, tramite lo studio di una corretta respirazione, lo studio e la pratica dello yoga e di molti altri esercizi che sono utili nella rimozione dei blocchi di natura, mentale, emozionale, energetica e psichica. La meditazione, come pratica che si prefigge lo scopo di trasformare le nostre caratteristiche mentali ed emozionali negative, in qualità positive.

La medicina tibetana studia l'essere umano dal punto di vista psicosomatico tenendo come base l'osservazione delle caratteristiche prettamente uniche ed individuali, tramite lo studio della costituzione. Lo stesso disturbo, ad esempio, necessiterà di trattamenti diversi in costituzioni differenti a causa delle caratteristiche individuali. In tutto ci sono sette costituzioni con molte sfumature individuali. Ogni costituzione possiede degli organi forti e degli organi deboli fin già dalla nascita, e questa conoscenza è importante per un diagnosi di tipo previsionale.

In medicina tibetana esistono molte tecniche diagnostiche, ereditate dalla conoscenza profonda dell'uomo e della sua relazione energetica con l'ambiente che lo circonda.

Fra queste possiamo menzionare la lettura del polso che rileva lo stato energetico generale del paziente e il funzionamento (ipo o iper) degli organi interni. L'esame visivo dell'urina

che ci da informazioni sugli organi digestivi e il metabolismo. L'esame dell'occhio e della lingua per vedere la condizione degli organi e dei sistemi: cardiocircolatorio, linfatico e nervoso. È un sistema molto vasto e complesso che richiede anni di studio e di pratica ed è strettamente associato ad un sistema etico, psicologico e filosofico.

Il medico o terapeuta non cura la malattia, ma si prende cura della persona da tutti i punti di vista, dato che secondo questa antica scienza, corpo, mente ed energia sono in stretta relazione fra loro. Dunque, prendere in considerazione unicamente un solo aspetto, significa fare solo un terzo del lavoro, ma questo dipende dalla formazione dei praticanti di medicina tibetana, che secondo un antico testo, dovrebbero essere per i loro pazienti: medici, sacerdoti e psicologi.

Gi antichi testi di medicina tibetana (GYUSHI - i quattro tantra) comprendono un vastissimo sistema di diagnosi, prognosi, eziologia, classificazione, e tecniche terapeutiche per moltissimi disturbi e malattie. Questi testi sono ricchi di spiegazioni ed approfondimenti sulle cause remote, cause recenti, e condizioni per lo sviluppo di ogni problema. Il sistema, va alla radice, cura partendo dalla radice, ed ovviamente, tratta anche dal punto di vista della sintomatologia. Ma, la specialità è insita nella ricerca della causa radice.

Oggi come oggi, i medici tibetani, continuano la loro opera di studio e di integrazione della medicina tibetana con gli altri sistemi medici moderni e con le più attuali ricerche scientifiche, perché alla base della filosofia tibetana, risiede il desiderio di aiutare tutti gli esseri e liberarli dalla sofferenza, a prescindere, dalla condizione sociale di appartenenza, credo religioso, scientifico o filosofico.

Laura Borghi

Presidente SIMA (Società Italiana di Medicina Antroposofica)

L'aspetto spirituale

Nel sistema immunitario vediamo l'espressione nel corpo delle qualità individuali del nostro io che ci caratterizzano e che andrebbero favorite. Questo oggi lo inizia a riconoscere la psico-neuro-endocrino-immunologia, per una libertà della scelta di cura, per il rispetto del malato con le sue esigenze.

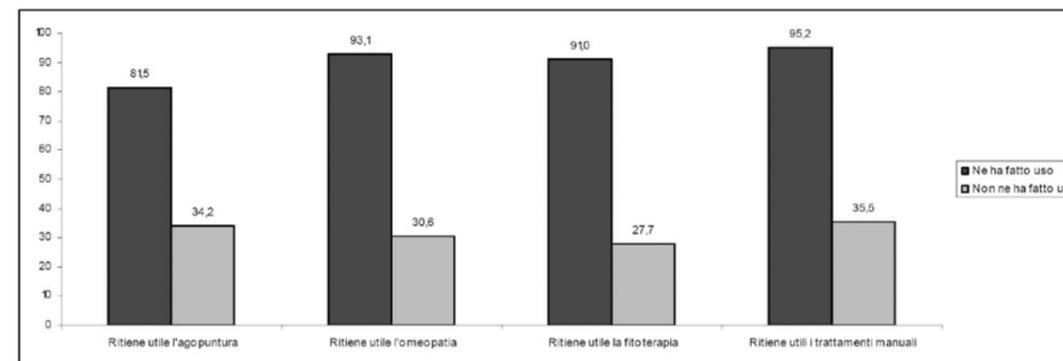
Parlare di umanizzazione della medicina oggi è affrontare un tema scottante e scontato al contempo: urge infatti, nel senso che è esigenza di pazienti e medici, il recupero della qualità umana nel rapporto di cura di fronte alla malattia. Certamente non solo dai malati è sentito questo come necessità, ma anche da parte dei sanitari che vivono quotidianamente un senso di estraniamento dall'atto medico che è occuparsi della salute dell'essere umano. Con questo non si intende ignorare i risvolti altamente qualificati di una tecnologia applicata alla medicina. Come non considerare lo sviluppo sempre più raffinato delle tecniche chirurgiche e delle possibilità diagnostiche a disposizione oggi? Bisognerebbe essere ciechi alle esigenze di molti e molti malati sofferenti, sordi alle esigenze di diagnosi precoce e profilassi adeguatamente applicate. D'altro canto il tema è tanto attuale quanto scontato, perché la medicina è umana per sua caratteristica! E non potrebbe essere altrimenti. Il tema porta a una considerazione fondamentale, che consiste nel come si valuta l'uomo oggi. Infatti se si considera l'uomo costituito da un corpo fisico, da materia altamente differenziata, da cui progressivamente, nel corso dell'evoluzione e della civilizzazione, emergono le altre funzioni, allora una disfunzione è pari alla rottura di un meccanismo, che

viene riparato o sostituito. Essendo il corpo umano altamente complesso e dotato di molteplici funzioni, così sono estremamente sofisticate e specialistiche le modalità di intervento possibile sull'utente, cliente ormai non più chiamato né riconosciuto da se stesso come paziente.

Quando però l'uomo, sano o malato, è visto nella sua complessità di organismo fisico, che è lo strumento corporeo dell'attività interiore di pensiero e riflessione, di emozione e sentimento e di atti volitivi e azioni, non è più sufficiente per umanizzare la medicina e l'atto medico, accostare un approccio psicologico a quello meccanicistico. L'entità umana nella sua completezza porta con sé nell'organizzazione corporea anche le qualità della vita, e delle attività interiori organizzate e integrate dalla componente spirituale individuale, che riconosciamo come "io". Solo così, per esempio, alla lunga non porta vantaggi continuare con l'abusare di armi potenti e salvavita quali gli antibiotici, nelle costanti e ripetute ricadute per malattie da raffreddamento e catarrali, trovandosi poi a prescrivere o a dover assumere medicine che sostengono le difese immunitarie, precedentemente abbassate dalle cure stesse effettuate. Proprio nel sistema immunitario vediamo l'espressione nel corpo delle qualità individuali del nostro io che ci caratterizzano e che

andrebbero favorite. Questo oggi lo inizia a riconoscere la psico-neuro-endocrino-immunologia. E questa è la richiesta che si muove oggi da più parti: per una libertà della scelta di cura, per il rispetto del malato con le sue esigenze. L'umanizzazione della medicina è necessaria. Occorre solo intendersi sulla esigenza di riconoscere che l'essere umano non inizia con il corpo fisico ma li termina. Altre parti costitutive accanto al corpo fisico permettono la vita, il movimento all'esterno nello spazio o i moti interiori dell'anima, la presenza di spirito che ci permette di dire io a noi stessi. Allora si può iniziare a prendere in considerazione la possibilità di curare con la prevenzione, che vuol dire rispetto di alcuni provvedimenti oggettivi per lo più ignorati. Non si parla più oggi di convalescenza, anche se potrebbe costare meno rispettarla, piuttosto che affrontare un nuovo episodio di malattia ravvicinato, se non per sé per il proprio figlio. Si abbassa la febbre per lasciare subito dopo scorazzare il bambino con il dispendio delle forze di guarigione che dovrebbe poter utilizzare proprio per guarire piuttosto che perderle riammalandosi. Le malattie croniche sono aumentate progressivamente grazie all'aspettativa di vita accresciuta, dopo aver debellato o rese curabili malattie infettive una volta gravi che minacciavano la vita. Le malattie

Persone di 14 anni e più che ritengono utili agopuntura, omeopatia, fitoterapia e trattamenti manuali secondo l'uso di questi tipi di terapie non convenzionali negli ultimi 3 anni precedenti l'intervista Anno 2005 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)



Fonte: ISTAT *Istituto nazionale di statistica



croniche vedono però anche una diffusione maggiore e, soprattutto, una precocità di inizio dovute alla qualità di vita che oggi si conduce. Dalle polveri sottili all'alimentazione, siamo oggi sensibili a questi temi importantissimi e non sufficientemente presi in considerazione. Sembra anacronistico parlarne in tempi di difficoltà economica, ma quanto costa curare delle malattie croniche dall'esordio giovanile, anziché prevenire e curare in modo umano le prime malattie infantili, che se non sono più morbillo, parotite e rosolia, sono varicella, mononucleosi, sesta malattia, intolleranze, allergie.

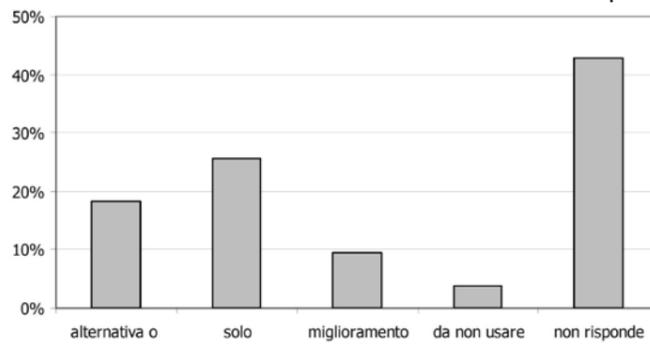
Il termine salutogenesi, coniato in lingua inglese negli anni settanta del secolo scorso, indica la volontà di occuparsi dell'origine della salute oltre che dell'origine della malattia (patogenesi). Occuparsi delle forze della salute, del come mantenerla o riacquistarla è un'esigenza molto pratica, emersa dalla valutazione del continuo aumento dei costi assistenziali e della diffusione di malattie specifiche attuali. La depressione, l'ansia, l'insonnia, portano a un aumento considerevole dell'uso di farmaci per controllare questi sintomi. Le droghe sono in aumento. Il costo sociale dell'aumento delle malattie croniche è rilevante. Gli autori che per primi si sono occupati di salutogenesi (A. Antonovsky, A.H. Maslow) hanno constatato che situazioni di vita difficili o di stress non sempre sono elementi che incidono negativamente sulla qualità della salute, dal punto di vista dello stato di benessere fisico, vitale, psicologico-emotivo e spirituale. Da studi su anziani sopravvissuti all'olocausto all'osservazione di adulti che da bambini abbiano sperimentato situazioni di difficoltà e anche di abbandono, è stato rilevato che il senso di coerenza e di resilienza (termine inglese simile non identico a resistenza) nei confronti di quanto ci accade ha a che fare con il rapporto con le altre persone che ci circondano e dalle forze che ci sono proprie. Sono forze di salute che evidentemente possediamo e che possono però essere sostenute o danneggiate: dall'alimentazione, dalla situazione ambientale, ma anche dal rapporto con gli altri esseri umani e, non da ultimo, dal tenore di vita, dalle possibilità economiche.

La medicina antroposofica nasce negli anni venti del secolo scorso, proponendo già allora una visione dell'uomo in senso salutogenetico, se pur non usando questo termine, rivolgendo lo sguardo e lo studio dell'essere umano in modo che affrontare malattie e cura fosse far appello alle forze di guarigione presenti nel paziente. Si sviluppa una farmacia antroposofica dall'attività clinica al letto del paziente: sorgono infatti anche delle cliniche antroposofiche. In Italia la medicina antroposofica è praticata da professionisti, per lo più in studi privati, oltre che in un centro di cure termali e presso alcune strutture terapeutiche. Il medicinale antroposofico, riconosciuto dalla legge, potrà rimanere in commercio con le attuali carat-

teristiche fino al 2015 insieme al medicinale omeopatico, il futuro è piuttosto incerto, se non difficile, per motivi che vanno oltre le difficoltà socio-economiche attuali. In mancanza di una legge sulle medicine non convenzionali, presso alcune province gli ordini professionali intervengono a garanzia della formazione dei medici professionisti di medicina antroposofica e delle altre medicine complementari, con l'istituzione di liste di categoria accessibili a professionisti che abbiano completato specifica formazione.

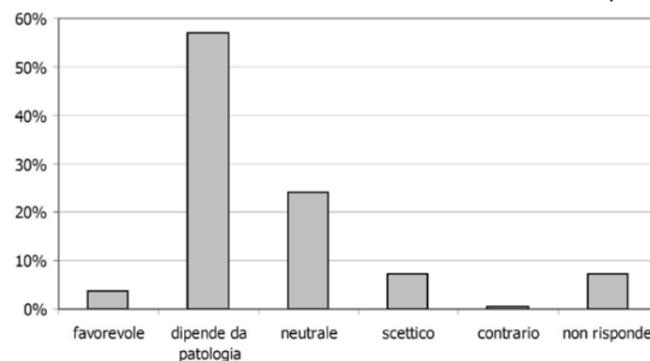
Da quasi un secolo, a partire dalla collaborazione di Rudolf Steiner (1861-1925) con la dott.ssa Ita Wegman (1876-1943) e altri medici loro contemporanei, si è sviluppato un movimento medico antroposofico ad origine europea e esteso in 70 paesi a livello mondiale. L'attività di umanizzazione della medicina e di prevenzione della malattia si amplia ulteriormente alla terapia non farmacologica, con lo sviluppo di terapie fisiche e artistiche, mentre si è instaurato un rapporto attivo con l'ambito pedagogico della pedagogia Waldorf a indirizzo steineriano, con l'agricoltura biodinamica e altre branche delle attività professionali non mediche. Inoltre, il movimento delle medicine complementari cresce in ambito internazionale con diverse modalità regionali, collegate da una rete di associazioni e federazioni che lavorano per la garanzia della qualità professionali e per il diritto di esistenza delle medicine non convenzionali stesse che, solo se riconosciute come parte della medicina, possono collaborare alla sua umanizzazione.

Giudizio MNC



fonte: Studi per l'integrazione delle medicine non convenzionali osservatorio Mnc

Atteggiamento verso MNC



fonte: Studi per l'integrazione delle medicine non convenzionali osservatorio Mnc

Sebastiano Lisciani

Medico Chirurgo, specialista in Medicina Ayurvedica

Iniziamo dall'alimentazione

Secondo l'ayurveda la prima causa della malattia risiede nello stile di vita, la frequentazione di posti inquinati o troppo rumorosi; un cattivo rapporto con la famiglia o con il proprio lavoro non aiutano a raggiungere un accettabile equilibrio psico-fisico.

La Medicina Ayurvedica, o più semplicemente "Ayurveda", è l'Antica Medicina dell'India.

Il suo nome significa "Scienza della lunga vita". E non è una medicina alternativa.

Le medicine alternative nascono e si sviluppano in contesti dove esiste una medicina tradizionale farmacologica. Se non dovessero funzionare c'è sempre il farmaco chimico o l'ospedale.

L'Ayurveda, al contrario, è stata ed è tuttora per gran parte della popolazione indiana, l'unica medicina accessibile; ovviamente ha dovuto realmente sforzarsi di dare risposte efficaci sulle malattie.

L'applicazione di questa scienza parte dall'uso equilibrato dell'alimentazione (senza per questo diventare "indiano", e continuando a mangiare all'italiana) integrando rimedi a base di erbe e minerali sotto forma di compresse per praticità di somministrazione.

La Medicina Ayurvedica inoltre, contempla la coesistenza di eventuali terapie farmacologiche allopatriche in corso.

Solo il proprio medico curante può decidere di variare il dosaggio o sospendere la somministrazione nel momento in cui ritenga che il paziente non necessiti più della medicina da lui prescritta.

Essere "medico" non significa esercitare potere su un altro medico, tutt'altro. Il rispetto del lavoro dei colleghi è la giusta armonia per creare fiducia nella riuscita della guarigione.

L'Ayurveda, senza fare miracoli cura tutte le malattie.

Nei miei sedici anni di pratica ho curato: epatiti, acne, psoriasi, dermatiti atopiche, ulcere, gastriti, reflusso gastro-esofageo, mal di testa, cervicale, artrite reumatoide, alopecia, disturbi della fertilità sia maschile che femminile, fibromi uterini, calo della vista, fragilità capillare e varici, sovrappeso, ritenzione idrica e cellulite, osteoporosi, glaucoma, colite, colite ulcerosa e morbo di Chron, Parkinson, Alzheimer, problemi di memoria e concentrazione, ansia e depressione, disturbi prostatici, problemi cardiocircolatori, stipsi, diabete, bronchiti acute e croniche, asma, allergie da pollini e acari.

I tempi delle terapie sono legate ai casi: per una bronchite acuta può anche bastare una settimana, se un'asma dura da 20 anni potranno servire alcuni mesi, se è in atto una vecchia artrite reumatoide anche anni; molto dipende anche da quanto il paziente accetti di cambiare stile di vita, riducendo il fumo ad esempio, e l'alimentazione nel caso sia errata.

I tempi delle terapie sono legate ai casi: per una bronchite acuta può anche bastare una settimana, se un'asma dura da 20 anni potranno servire alcuni mesi, se è in atto una vecchia artrite reumatoide anche anni; molto dipende anche da quanto il paziente accetti di cambiare stile di vita, riducendo il fumo ad esempio, e l'alimentazione nel



caso sia errata. Secondo l'Ayurveda la prima causa della malattia è l'alimentazione, poi lo stile di vita, fumo al primo posto, ma anche la frequentazione di posti inquinati o troppo rumorosi; un cattivo rapporto con la famiglia o con il lavoro non depongono a favore di un accettabile equilibrio psicofisico.

Nel difficile periodo dell'emergenza rifiuti in Campania, l'Ayurveda ha aiutato con risultati incoraggianti molti pazienti del casertano che avevano sintomi riconducibili ad inquinamento.

A questo punto viene da chiedersi quanto possa costare una cura. Dipende da quante diverse malattie siano in corso. Comunque non sono costose.

In ogni caso è questione di priorità. Durante una mia conferenza, due pazienti si dicevano dispiaciute di non aver potuto proseguire la terapia, nonostante gli eccellenti risultati, per il costo. Le sigarette che entrambe continuavano a fumare, vista la marca, costavano loro, al mese, più della terapia Ayurvedica!

POLITICALLY CORRECT



Pier Mario Biava

Dirigente cardiologo alta specializzazione patologia cardiovascolare in malattie infettive presso IRCCS Istituto Nazionale Malattie Infettive "L. Spallanzani" di Milano, fondatore dell'Istituto Europeo della Complessità

Il senso e l'origine della vita

Nel paziente oncologico si è interrotto un dialogo fra l'individuo ed un gruppo di cellule. E così la cellula tumorale organizza la propria vita, anche se questo avviene a spese dell'intero organismo, di cui di fatto essa non fa più parte.

Nel campo della ricerca oncologica si sta dimostrando che l'aggressività e l'invasività di diversi tipi di tumori sono dovuti alla presenza nel loro contesto di cellule staminali alterate. Queste ricerche stanno avendo molta eco anche nella stampa non specialistica tant'è che un recente numero dell'Economist riportava in copertina a tutta pagina il titolo "Cancer and Stem Cells. The connection that could lead to a cure". All'interno in diversi articoli veniva ricordato che tale scoperta, pur se ancora non aveva portato ad alcuna terapia, poteva essere paragonata a quella delle onde radio, della relatività di Einstein, degli antibiotici. È questo precisamente il filone di ricerca, che da oltre 20 anni, quando gli studi sulle cellule staminali non erano di moda, sto perseguendo con vari collaboratori: le ricerche, effettuate nei nostri laboratori, basate proprio sull'ipotesi che le cellule tumorali sono cellule staminali mutate, hanno portato ad individuare specifici fattori, che differenziano le cellule staminali normali, che hanno dimostrato di essere in grado di rallentare od inibire la crescita di diversi tipi di tumori umani in vitro. I fattori, isolati esattamente nel momento in cui negli embrioni di ovipari (è stato scelto l'embrione di zebrafish come modello di studio del differenziamento cellulare) si differenziano i diversi tipi di cellule staminali, sono stati sperimentati su molti tumori umani in vitro. A dette ricerche vanno aggiunte quelle effettuate a livello clinico: il vantaggio di aver percorso da lungo tempo la via della ricerca incentrata sul rapporto fra cellule staminali e cancro ha infatti per-

messo di concepire, prima di altri ricercatori, una iniziale terapia, che è stata sperimentata in uno studio clinico controllato, randomizzato, durato 40 mesi (dal 1° gennaio 2001 al 31 Aprile 2004) su 179 casi di tumori primitivi del fegato in fase avanzata. I risultati di tale studio sono stati molto interessanti e sono stati pubblicati nel 2005 su Oncology Research. Orbene tutte queste ricerche vengono menzionate in alcuni libri, che ho pubblicato, quali il libro edito in Italia da Springer e che ha come titolo "Il Cancro e la Ricerca del Senso Perduto" ("Cancer and the Search for Lost Meaning" nell'edizione americana edita da North Atlantic Books) e quello, appena pubblicato, sempre da Springer in collaborazione con Ervin Laszlo e vari altri autori, dal titolo "Il Senso Ritrovato". Tali pubblicazioni hanno come scopo principale quello di far capire cosa sono le malattie tumorali: in esse viene proposto un modello di cancro, in cui tali malattie vengono spiegate nelle loro cause e nella loro genesi. I processi che conducono al cancro risultano chiariti: questo, cosa ancora più importante, ha permesso di concepire nuovi approcci terapeutici nel campo delle terapie di differenziazione, volte ad "educare" le cellule tumorali ad evolvere verso un normale sviluppo. Invece che essere distrutte in una guerra molto rischiosa e pericolosa, esse vengono indirizzate cioè a differenziarsi o a morire in modo spontaneo. Si è così dimostrato che i tumori sono, in un certo senso, malattie reversibili e che le cellule tumorali possono ritornare alla normale fisiologia, by-passando le mutazioni che sono

all'origine della malignità. Tali libri però non hanno solo lo scopo di far capire cosa sono le malattie tumorali, ma cercano di affrontare anche gli ostacoli che si frappongono alla piena comprensione di tali malattie. Essi, da un lato sottopongono a critica stringente il modello riduzionista, che caratterizza la ricerca scientifica specie nel campo bio-medico, dall'altro pongono le premesse per fondare un paradigma scientifico, che interpreti meglio la realtà nella sua complessità. L'aver infatti dimostrato che è possibile regolare il codice genetico delle cellule tumorali, utilizzando i fattori che regolano lo sviluppo e la differenziazione delle cellule staminali ha portato ad ipotizzare e quindi a sostenere sulla base di evidenze sperimentali di fisiologia cellulare che la comunicazione in biologia avviene attraverso la significazione dei messaggi. Il grande problema che le ricerche da noi effettuate pongono è infatti quello relativo a questa domanda: perché la modificazione del codice genetico in senso differenziativo risulta indispensabile nel determinare un comportamento più benigno della cellula tumorale? Per rispondere a questa domanda occorre necessariamente intendere l'affermazione "le cellule comunicano fra di loro utilizzando codici di significazione" non metaforicamente, ma in senso letterale. Per capire in modo approfondito questa affermazione occorre ampliare il discorso ed illustrare, ad esempio, ciò che avviene nel nostro organismo a seguito dell'assorbimento di una nuova molecola di sintesi mai presente prima nell'ambiente. Si tratta di seguire il destino di una sostanza all'in-

STIA TRANQUILLO... È SOLO UN MIO COLLEGA CHE SEGUE UN CORSO DI PERFEZIONAMENTO



terno di un sistema complesso, quale è un organismo, con cui essa viene per la prima volta in contatto. Supponiamo allora che questa molecola, rispetto alla quale l'organismo non sa come comportarsi e quali vie metaboliche scegliere, dia luogo ad effetti tossici. Il fegato, che di solito è l'organo deputato alla detossificazione, anche se in contatto per la prima volta con questa sostanza, è in grado, non solo di recepirne la forma, ma anche di capire il contenuto del messaggio. Infatti la cellula epatica, se la sostanza è tossica, mette in atto diversi sistemi di detossificazione, e, se necessario, modifica anche se stessa, nelle sue capacità di velocizzare i processi biotrasformativi, che portano la sostanza all'innocuità. Come è possibile che questo avvenga? Ciò avviene perché la completa differenziazione cellulare, che dà origine ad un nuovo essere, si identifica con l'emergere della mente e del processo della cognizione. Questo interessa il cervello, che è la struttura specifica per mezzo della quale il processo della cognizione agisce. Ma è l'organismo in toto con tutti i suoi sottosistemi ed organi a funzionare come un'unica rete cognitiva. È l'emergere dell'identità organismica, di un nuovo sistema complesso adattativo, che fa sì che i sottosistemi acquisiscano la capacità di significare i messaggi. Con ciò voglio dire che, quando si forma un nuovo essere, il sistema di regolazione e di controllo di ogni cellula, non governa solo la cellula in questione, ma esso si collega con tutti quelli delle altre cellule. È questo sorprendente livello di coerenza, che si stabilisce fin dall'inizio dello sviluppo embrionario, che rende possibile la vita. Ciò avviene in tutte le specie animali, laddove comunque si formi una nuova identità, un'unità che funzioni come un organismo. In altre parole, allorché si forma un organismo con una propria individualità, si vengono a creare quelle caratteristiche che gli studiosi della complessità attribuiscono ai sistemi complessi adattativi. Un sistema complesso adattativo ha infatti la capacità di: a) apprendere dall'esperienza, b) di generare nuovi sistemi complessi adattativi, c) di percepire l'informazione come flusso di dati, di codificarla e di esprimerla come

"schema". È questa capacità complessiva che distingue un organismo da un insieme di cellule. L'organismo è molto di più della somma delle singole parti, proprio in virtù di queste capacità acquisite con l'organizzazione a sistema e a rete cognitiva. Occorre a questo punto precisare, tornando all'esempio della cellula epatica, che, se decontestualizzata e posta per esempio in vitro, essa non è in grado di "capire" il "significato" di tossico, in quanto le mancano i collegamenti con la rete, da cui derivano tutte le informazioni utili per la significazione. È infatti la rete organismica ad informare la cellula epatica, che la molecola è "tossica". Ritornando ai concetti di tossicologia, una molecola è tossica, quando è in grado di provocare vari danni a livello di organi diversi a seconda della sua tropismo, oppure a livello dell'intero organismo se ha effetti sistemici. Orbene i danni provocati comportano la produzione di varie molecole, che non si ritrovano in condizioni fisiologiche e che sono per l'appunto espressione del danno. Ad esempio, se una sostanza è irritante e provoca processi infiammatori, si troveranno nell'organismo molte sostanze, che usualmente sono prodotte in questi casi; oppure, se la sostanza provoca necrosi, si ritroveranno nel torrente circolatorio varie molecole espressione della morte cellulare. Quando tali molecole arrivano alla cellula epatica, questa ne registra la presenza, integra i vari segnali e comprende che una sostanza estranea all'organismo sta producendo dei danni. Così quando la cellula epatica viene in contatto, seppure per la prima volta, con una sostanza individuata come estranea, sa che deve indirizzarla a vie metaboliche che la portano a perdere la tossicità. In sintesi, la cellula epatica, come del resto tutte le altre cellule dell'organismo, ha molte possibilità di scelta: ne sceglie una di queste, in base alle diverse informazioni che essa elabora e che le arrivano dall'organismo, inteso come rete cognitiva. Se la cellula non fosse contestualizzata, le mancherebbero le informazioni che provengono dalla rete e, non sapendo quali scelte fare, verrebbe uccisa dalla presenza di un tossico. Ecco perché le cellule decontestualizzate muoiono facilmente, mentre quelle in rete, resistono agli attacchi esterni e sono robuste. E l'organismo che rende la singola cellula, che fa parte del suo contesto, intelligente e capace di significare i messaggi. È dunque il contesto ad avere importanza: esso fa sì che le varie reazioni chimiche o chimico fisiche che in esso avvengono, non siano espressione di semplici eventi meccanici e di un determinismo cieco. È il contesto che indirizza l'informazione e fa sì che una medesima molecola possa dar luogo a comportamenti diversi. A livello biologico, dunque, esistono diversi gradi di libertà di scelta: essi determinano i comportamenti intelligenti volti a mantenere la vita stessa. La vita e l'informazione sono inscindibilmente connesse: l'informazione ed i comportamenti intelligenti sono immanenti alla materia, a tutti i livelli della vita. In tale spazio di libertà, a livello organi-

smico le cellule, dunque, comunicano fra di loro in modo intelligente e ciascuna di esse si adegua alle esigenze delle altre. Questo avviene in quanto i codici genetico ed epigenetico, pur nella loro plasticità, usano lo stesso schema per decodificare ed interpretare i messaggi. Sono codici che sono stati modulati durante l'embriogenesi, che sono stati regolati in modo diverso in ciascuna cellula differenziata, ma che in ciascuna cellula sono rimasti sintonici e sin-significanti con tutte le altre. L'esempio di livello di comunicazione più elevato presente nella vita si ha proprio durante la gravidanza, quando due esseri collaborano a rinnovare la vita stessa. Da ulteriori studi effettuati nei nostri laboratori, oltre a quelli già menzionati, è risultato infatti che durante la gravidanza la madre coopera in modo decisivo allo sviluppo embrionario e che l'utero non è un contenitore meccanico, ma un organo di regolazione. In particolare è stata isolata dalla mucosa di utero gravido di diversi mammiferi una frazione a basso peso molecolare, inferiore a 10 kDaltons in grado di inibire la crescita di vari tipi di tumori in vitro, inducendo nelle cellule tumorali una via metabolica, che porta alla morte cellulare programmata. Tale frazione è già presente nella mucosa di utero gravido al momento dell'impianto dell'uovo fecondato, molto prima dunque che si formino i diversi organi ed apparati dell'embrione, compreso il cervello. Essa è inattiva sulle cellule normali, mentre sembra essere in grado di individuare e distruggere qualsiasi cellula, che devia dal normale sviluppo, sia questa una cellula tumorale, sia un linfocita attivato, che può mettere in pericolo la vita dell'embrione. Detta frazione è stata pertanto da noi chiamata "Life Protecting Factor" ad indicare un meraviglioso colloquio che avviene fra madre e bambino, in cui i significanti sono rappresentate dalle tracce di molecole, invece che di onde sonore, ma in cui i significati vengono chiaramente comunicati. Noi non siamo in grado di cogliere questa comunicazione che avviene a tutti i livelli dell'universo, perché abbiamo un limite intrinseco, rappresentato dalla nostra mente, che è in grado di cogliere certe realtà e non altre. Per detto motivo occorre comunque tenere presente che la realtà, che noi studiamo e siamo in grado di conoscere con i nostri metodi sperimentali di semplificazione, rappresenta solo una piccola parte della realtà che ci circonda, che è invece molto più ricca e complessa. Così quello che si pensava essere solo un gruppo di cellule staminali senza significato, in realtà, dopo studi più approfonditi, risulta essere qualcosa di molto diverso: è una nuova "realtà emergente", cioè un nuovo essere e la madre lo sa: come abbiamo visto, lo sa, non in senso metaforico, ma letterale del termine. Essa protegge questo nuovo essere, che lei vede come un altro individuo diverso da sé, da curare e preservare. Il dialogo che avviene in ogni momento fra madre ed embrione è indispensabile per organizzare la vita. Quando questo dialogo si interrompe, la vita è messa in pericolo. È ciò che

avviene anche in una persona che si ammala di cancro. Nel paziente oncologico c'è un dialogo, che si è interrotto fra l'individuo ed un gruppo di cellule, facenti parte di un sottosistema, che si è sviluppato, in cui i codici di significazione sono cambiati rispetto a quelli con cui tutte le altre cellule differenziate dell'organismo comunicano. Si tratta di codici legati ad una delle possibili configurazioni presenti negli stadi indifferenziati embrionari, appartenenti ad un sistema complesso adattativo (l'embrione), in cui il messaggio significativo di fondo è: "organizza la vita". E così la cellula tumorale organizza la propria vita, anche se questo avviene a spese dell'intero organismo, di cui di fatto essa non fa più parte. Si tratta di un problema di semiotica, ovvero di incompatibilità fra codici. Ecco spiegato il motivo per cui le cellule differenziate cooperano ed hanno un comportamento solidale, mentre le cellule tumorali hanno un comportamento distruttivo e maligno nei confronti dell'organismo adulto, anche se esse questo non lo fanno, non facendo parte di quel sistema. Il comportamento della cellula tumorale, dunque, non è un problema che riguarda solo la cellula ed i suoi geni. Per questo una spiegazione basata esclusivamente sui meccanismi molecolari, che vedono il processo come dovuto all'attività di geni e fattori di crescita, che spingono la cellula neoplastica verso una continua moltiplicazione, non mi ha mai completamente soddisfatto e mi ha obbligato a vedere il problema in termini di complessità. Di fatto il cancro rappresenta un sistema complesso adattativo, che cerca di auto organizzarsi: la progressione, la formazione di nuovi vasi sanguigni, la metastatizzazione a distanza, rappresentano le tappe evolutive di un sistema complesso, che cerca di realizzare la vita in tutti i modi. Questa complessità non era però facile da cogliere e da evidenziare. Credo comunque sia stato utile riflettere sulle modalità, con cui avviene la comunicazione nei sistemi viventi, in quanto così è emerso ancora meglio ciò che il riduzionismo non sa cogliere a livello della biologia: le relazioni fra entità in un contesto, le modalità di comunicazione nei sistemi viventi, i problemi legati all'incompatibilità fra codici. Da detta incompatibilità deriva il comportamento della cellula tumorale: non facendo parte dell'organismo adulto, essa evolve come entità autonoma. Solo il contatto con il "suo" microambiente embrionario potrebbe ristabilire la comunicazione. A livello dell'embrione vanno ricercati i networks differenziali, ovvero le "frasi significanti" che possono aprire il dialogo fra tumore ed individuo ammalato. Si tratta di trovare gli specifici networks differenziali per ogni specifico ammalato. Questa via è stata aperta: si tratta ora di percorrerla in modo completo. Il cancro rappresenta la più grave patologia della comunicazione a livello del corpo ed è l'equivalente della psicosi a livello della mente: entrambe le patologie distruggono l'integrità del sistema adattativo mente-corpo, quale è un organismo.

Sylvie Menard

Oncologa del Dipartimento di Oncologia Sperimentale e Laboratorio, Fondazione Istituto Tumori di Milano

Il dovere del clinico

Tanti malati sono pronti a chiedere consigli a chiunque e rivolgersi ad internet dove trovano spesso informazioni contrastanti. Perché non si rivolgono semplicemente solo al loro oncologo?

Svolgo la mia attività professionale presso l'Istituto Nazionale per lo studio e la cura dei tumori di Milano da quarantatré anni, e durante tutto questo tempo ho frequentato molti colleghi di vari ospedali e centri oncologici. Il quadro che ne ho recepito è un ottimo livello globale delle cure oncologiche in Italia. Certo, ogni giorno veniamo a sapere di scandali vari nella Sanità ma sono per la maggiore parte dei casi di abusi nella gestione dei fondi, mentre quelli relativi alla incapacità degli operatori sanitari sono molto più rari. Vero è che alcune realtà sanitarie sono più carenti della media, ma sono eccezioni in un tessuto sanitario fondamentalmente sano. Sia per i livelli diagnostici che per quelli terapeutici i centri oncologici italiani sono allineati a quelli internazionali così come sono accessibili ai pazienti molti dei farmaci innovativi grazie ai numerosi studi clinici internazionali ai quali gli oncologi italiani partecipano attivamente. Ma allora perché il malato oncologico non sembra sereno? Perché ha paura di non essere curato al meglio e le denunce al sistema sanitario aumentano ogni anno? Perché l'eccellenza delle cure non viene percepita come tale? Perché tanti malati sono pronti a chiedere consigli a chiunque e rivolgersi ad internet dove trovano spesso informazioni contrastanti? Perché non si rivolgono semplicemente solo al loro oncologo? Fondamentalmente perché la medicina, sempre più tecnologica, ha dimenticato il paziente e si occupa solo della malattia. Man mano che la diagnostica e gli approcci terapeutici si fanno più sofisticati, c'è sempre meno tempo per ascoltare il paziente, venir incontro alle sue paure, rispondere alle sue domande, aiutarlo ad accettare la malattia, e metabolizzare l'idea della morte. Nel secolo scorso un antico aforisma francese riassumeva così il dovere del clinico: "curare spesso, guarire qualche volta, confortare sempre". Questo concetto del conforto al quale il paziente ambisce si allontana sempre più dagli obiettivi della medicina. Basti pensare alle attese interminabili alle quali

sono sottoposti i pazienti nell'iter degli esami clinici, delle visite e delle terapie, per capire come siamo lontani da una Sanità che 'conforta' il malato. Solo diventando paziente anch'io, ho capito il significato della definizione dell'ammalato come 'paziente': ci vuole proprio che una pazienza infinita quando si diventa 'ammalato'. Il primo atto di rispetto verso la sofferenza del paziente dovrebbe essere quello di organizzare le strutture sanitarie in modo di limitare il più possibile le attese. Oggi, disponiamo di una gamma molto vasta di strumenti di comunicazioni e di organizzazione, non sarebbe quindi difficile per esempio ripensare un sistema di appuntamento presso le strutture sanitarie più efficace e puntuale. Questo problema è ben noto a tutti: basta vedere come tutta la squadra dei sanitari si organizza rapidamente appena una persona 'importante' o un 'parente' ha bisogno delle sue cure per capire come l'attesa sia considerata 'insopportabile': insopportabile i giorni passati ad aspettare la diagnosi di una biopsia, insopportabile i giorni in attesa di un ricovero, insopportabile le ore passate in attesa di una visita, di un esame, di una terapia. Alla medicina 'paternalistica' del secolo scorso viene oggi proposta la medicina 'personalizzata'. Questa però è ancora un miraggio. Infatti, finora la terapia è tutt'al più personalizzata alla malattia, e di nuovo il paziente, con le sue aspettative, le sue paure, il suo futuro non viene preso in molta considerazione. Per il momento la medicina è fondamentalmente solo 'difensiva'. Per paura di ritorsioni contro la struttura sanitaria che lo ha curato, vengono sottoposti al paziente numerosi documenti molto complessi di 'consenso informato' a dimostrazione che ha capito e accettato i rischi degli esami e delle terapie ai quali verrà sottoposto. Ma quale fiducia si può instaurare tra il medico e il paziente se uno dei due (il medico) non si fida dell'altro? Quando offro un passaggio in auto ad un amico, non gli chiedo di firmare un documento che attesti

la sua consapevolezza del rischio di incidente: lo sappiamo entrambi ma ci fidiamo uno del altro. Essendo obbligatorio il consenso informato, il medico e la squadra sanitaria dovrebbero quindi impegnarsi ancora di più per instaurare un clima di fiducia con il paziente. Oggi per i malati viene rivendicato il diritto alla scelta terapeutica fino addirittura al rifiuto delle cure. Questo diritto assomiglia molto ad uno scarico di responsabilità: come può sapere il paziente quale è la migliore terapia per lui? Questo diritto di scelta comunque non fa parte delle precedenti del paziente. Quello che egli desidera maggiormente è il rispetto, il conforto, l'aiuto a riprendersi la sua vita. L'accanimento terapeutico è un argomento molto dibattuto oggi come se fosse uno dei problemi cruciali del sistema sanitario. Ma è più un problema che si pongono le persone 'sane' su come vorrebbero affrontare la malattia in caso di necessità. Visto dalla parte dei malati, la paura maggiore è proprio l'opposto, cioè che venga negato un farmaco nuovo perché troppo costoso. Con i problemi di risorse del sistema sanitario, oggi vengono a pesare molto le valutazioni di costo/beneficio per i farmaci innovativi: ma è possibile valutare il costo giusto di un anno di vita guadagnato per una persona? All'accanimento terapeutico che secondo me è un problema più filosofico che medico, contrapporrei l'accanimento diagnostico: esami alcune volte inutili e ridondanti prescritti solo per non rischiare una denuncia, che prosciughano le risorse finanziarie, a discapito del malato. Qualche volta un sorriso o le parole giuste dette al momento giusto possono valere di più per il paziente di una TAC. Si parla molto di 'centralità' del paziente nel sistema sanitario, di 'umanizzazione' della medicina: sono ancora solo parole, ma la consapevolezza che questi siano ormai traguardi inderogabili è già un primo passo, anche se la strada è ancora molto lunga.

Cristina Cuomo
Presidente di Human-Voice*

Come comunicare

Utilizzare le metodologie di comunicazione studiate e continuamente perfezionate dai ricercatori di Human-Voice, migliora la qualità della comunicazione stessa che diviene così naturale (non impostata), efficace (non persuasiva) e, soprattutto, fonte di benessere emotivo.

Se l'umano rappresenta la forma di vita più complessa, quale, tra le espressioni che lo caratterizzano, potrebbe riassumerne la complessità?

Certamente la voce, in quanto specchio dell'individualità che contraddistingue ogni essere, che ne identifica il genere, l'età, l'umore, le intenzioni e quant'altro. Una forma di comunicazione che permette scambi ricchissimi a livello cognitivo, ma anche un'espressione dotata di musicalità, di vibrazioni cariche d'informazioni, a livello emotivo e non solo.

Le ricerche sul linguaggio, gestuale e sonoro, svolte dall'Associazione Human-Voice, di cui Presidente Onorario è Edgar Morin, padre francese della Complessità, hanno raccolto molto materiale sul "potenziale comunicativo" della voce, valutandone le sonorità e soprattutto l'impatto sulla vitalità, fisica e mentale.

In realtà le vibrazioni che la caratterizzano rappresentano un valore spesso sottovalutato ma potentissimo a livello pulsionale, capace di attivare memorie profonde e dinamiche relazionali che sfuggono al controllo cognitivo. Infatti, sebbene le numerose tecniche d'impostazione, cerchino di "addestrare" la voce, questa mantiene comunque il suo messaggio profondo, legato al linguaggio delle sue vibrazioni.

Infatti, se le parole sono filtrate dalla mente, il suono arriva direttamente al corpo, che ne traduce in tempo reale i codici, generando nell'ascoltatore una risposta cellulare, inconscia, di tipo pulsionale-emotiva.

Gli studi preliminari, condotti dai ricercatori di Human-Voice, sul "potenziale sonoro" del corpo umano, strumento musicale tra i più sofisticati, hanno innanzitutto permesso di identificare il percorso di maturazione che, in funzione della qualità degli stimoli ambientali, raggiunge o meno il suo apice alla pubertà, con la muta della voce. Una "metamorfose sonora" (più accentuata nell'uomo ma presente, in sordina, anche nella donna) che permette a ogni individuo di accedere alla sua vera voce, di realizzare il suo potenziale sonoro.

UMANIZZARE LA VOCE: LA NUOVA EDUCAZIONE

Nel mondo contemporaneo la comunicazione ha un ruolo sempre più determinante. Dall'interazione "vis-a-vis", tra allievo e insegnante, alle transazioni economico-commerciali, finanche alla politica e la diplomazia, tutto è fondato su uno scambio

di informazioni tra un "oratore" ed un "uditore".

Agli albori dell'umanità la comunicazione era sicuramente più povera e semplice, ma non per questo meno ricca di contenuti, emozioni e intensità. L'uomo moderno ha arricchito e migliorato la comunicazione verbale, ma, distratto dallo stress e dagli squilibri psicofisici che ne conseguono, vive un disagio comunicativo che lo rende spesso poco efficace e credibile a livello subliminale ed emotivo. Ne consegue che le argomentazioni, anche se hanno contenuti interessanti e vengono abilmente esposte, non arrivano nel "profondo", proprio laddove avrebbero il riscontro migliore. Anche a livello del linguaggio gestuale (postura, movimento, mimica facciale,...) molte informazioni ostacolano la qualità della comunicazione paraverbale e metaverbale e dunque l'integrazione del messaggio ricevuto.

Human-Voice non propone un nuovo tipo di «addestramento» dell'apparato vocale, né vuole insegnare a diventare persuasivi, ma invita a scoprire la **verità della propria voce**, attivando un potenziale sonoro inibito dagli stress della vita. Propone di accedere ad un ascolto più profondo, a un reale dialogo, con sé stesso e con l'altro. Invita a scoprire come comunicare in modo più autentico, trovando dei riferimenti corporei indispensabili per **"dar corpo alla voce"**. **Possono usufruire del metodo tutte la persone** che desiderano migliorare le sonorità della propria voce per affinare la comunicazione e la qualità delle relazioni umane, il metodo H-V ha un grande obiettivo: **umanizzare la voce**, ovvero risvegliare, far sbocciare il potenziale rimasto inespresso, in quanto non stimolato adeguatamente dall'ambiente, ma ancora presente in memoria e pronto ad attivarsi.

In particolare questo metodo viene usato da alcuni medici dell'associazione AMeC (Associazione Medicina e Complessità) per migliorare il rapporto con i pazienti ed è in corso una formazione specifica per gli operatori del Call Center Salute e Sociale della Regione FVG.

LA MATURAZIONE SONORA AL CUORE DELLE RELAZIONI UMANE

La voce inizia il suo lungo "rodaggio" grazie all'imitazione dei suoni percepiti nell'ambiente, impulsi indispensabili per la maturazione progressiva del potenziale sonoro corporeo. Come insegna la Complessità, nell'organismo tutto collegato: la voce,

inseparabile dal corpo nella sua interezza, è infatti specchio della postura, delle intenzioni e delle emozioni che ci abitano, delle nostre memorie e quant'altro.

Il ritmo, l'intonazione, le sonorità della voce offrono all'interlocutore stimoli profondi, informazioni essenziali alle quali risponde in modo automatico. La curva melodica della voce è la parte della comunicazione più ricca d'informazioni, che riassume il nostro paesaggio interno, sempre in movimento e in interazione permanente con l'ambiente.

Le modificazioni che la voce dinamizzata con il metodo Human-Voice un'attivazione maggiore delle aree cerebrali dell'ascoltatore.

Infatti le Risonanze Magnetiche Funzionali hanno permesso di comparare l'attività cerebrale di un soggetto durante l'ascolto di una voce spontanea e durante l'ascolto della stessa voce dinamizzata.

Quest'ultima determinava non solo un'attivazione più intensa delle aree cerebrali già attive durante l'ascolto della voce normale, ma anche il reclutamento di nuove aree.

Questi risultati, benché preliminari, aprono moltissimi orizzonti nelle applicazioni di questa ricerca sul potenziale comunicativo della voce: sia nella relazione tra insegnante e allievo, nelle professioni della voce nelle relazioni umane in generale, ma soprattutto nell'attivazione di un potenziale cerebrale (legato all'attenzione, alla concentrazione, ecc.) che potrebbe rivelarsi estremamente prezioso per la mutazione che presiede alla "nascita dell'umanità" cara ad Edgar Morin.

Questi studi, che continueranno all'Università di Padova e devono essere assolutamente considerati come preliminari, sono stati presentati nel 2011 al Convegno BAPEIC all'Università di Santa Clara in California che ha riunito medici, esperti della voce, cantanti e attori di tutto il mondo.

Il metodo Human-Voice è presentato più dettagliatamente nel libro « *La voce dei 5 sensi* », pubblicato nel 2011 da Fabio Burigana, Cristina Cuomo e Patrick Veret presso Carish Edizioni (con tracce audio nel CD allegato). Il testo è disponibile nei negozi di musica specializzati.

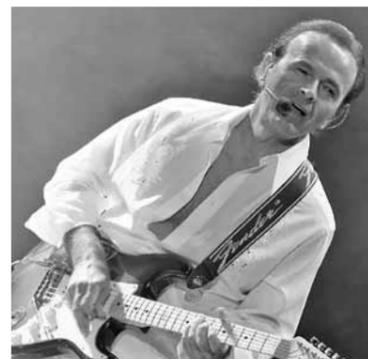
*Ulteriori informazioni sono disponibili sui siti:

www.human-voice.com
www.langage-marche.com
www.human-voice.org

Dodi Battaglia
Chitarrista, cantante e compositore, componente dei Pooh

Il termometro del nostro ben-essere

La musica ha la capacità di mettere in contatto le persone, la musica permette di comprendere come il tempo sia umano e, di conseguenza, permette a chi suona di esprimere la propria unica integrità.



Sulla storia del gruppo di cui faccio parte si potrebbero scrivere, ormai, pagine su pagine, ho cominciato con i Pooh nel 1968 dopo che il gruppo aveva dato inizio alla sua attività già due anni prima: un periodo lontanissimo rispetto all'attualità, quasi un altro mondo. In quegli anni avevano appena iniziato la loro carriera gruppi rock che avrebbero cambiato la storia, non soltanto musicale, del mondo intero: penso per esempio ai Beatles e ai Rolling Stones. L'immensa trasformazione che stava prendendo forma era culturale, ma anche sociale e il nostro ruolo si divide tra l'esserne affascinati e coinvolti e il prenderne parte come artefici. L'inizio fu segnato da canzoni come "Piccola Katy", ma presto ci avvicinammo ad un tipo di musica popolare e tradizionale da cui traemmo ispirazione per canzoni come "Pensiero". Un momento di importante svolta è individuabile nel 1973, anno in cui pubblicammo l'album "Parsifal" in cui ogni traccia era accompagnata da un'orchestra sinfonica, anche il tour attuale è caratterizzato dalla presenza orchestrale. Piuttosto che canzoni semplici preferimmo costruire delle vere e proprie suites musicali ponendo attenzione all'evoluzione della musica, della società e della tecnologia. Dalla commistione di questi tre elementi abbiamo fatto uno dei nostri aspetti peculiari più originali, abbiamo sempre cercato di essere lo specchio popolare dei tempi che stavano cambiando di fronte a noi. La passione per il nostro lavoro che ci ha caratterizzato è sempre stata trasversale dall'attenzione per la creazione di live sempre spettacolari fino alla scelta dei temi delle canzoni, spesso più vicini al sociale di quanto potrebbe sembrare al primo ascolto. Con "Pierre", per esempio, fummo tra i primi in Italia a mu-

sicare il tema della diversità e dei problemi che essa comporta, "Uomini soli" affronta il tema della solitudine e dell'abbandono e la stessa famosissima "Pensiero" raccoglie il grido da una cella di un uomo condannato ingiustamente.

Nel 2016 raggiungeremo un traguardo importante: 50 anni di attività e per noi è una grande gratificazione renderci conto che la nostra musica è stato un filo conduttore in un'Italia che è cambiata sostanzialmente dal nostro esordio ad ora. Tutto ciò è stato possibile anche grazie all'amore viscerale e passionale che mi unisce alla musica.

Ho cominciato a suonare a 5 anni, il mio più grande desiderio era una fisarmonica mentre gli altri bambini bramavano palloni o trenini. La mia determinazione era talmente grande che un giorno mio padre, alla pesca organizzata in un bar della periferia di Bologna, acquistò tutti i bigliettini rimasti per poter vincere una fisarmonica. La portò a casa e soltanto qualche ora dopo la sapevo suonare, la musica è un elemento naturale della mia vita. A 14 anni mi sono innamorato della chitarra ascoltando una Fender Stratocaster e si può soltanto immaginare quanto grande è stata la soddisfazione quando la Fender stessa, anni dopo, ha scelto me come testimonial per l'Italia costruendo e mettendo sul mercato una signature guitar con il mio nome. A 17 anni mi sono unito ai Pooh inserendo la mia chitarra rockeggiante; notorietà e successo potevano anche indurre in tentazione di smettere di studiare, ma così non è stato. Ho continuato a mettermi in gioco, a studiare e a migliorare. I riconoscimenti che sono seguiti a questo lavoro mi hanno riempito di orgoglio, naturalmente: è piacevole veder riconosciuti i propri sforzi e il proprio lavoro. Per me la musica può essere soltanto questo, un elemento talmente viscerale della mia vita che va a permeare tutto. Si va a perdere la distinzione tra interno ed esterno. Soltanto il coinvolgimento nella professione che si svolge può portare ad una gratificazione e ad un successo tali da potersi sentire sempre se stessi.

Quando si suona, infatti, è molto difficile poter avere la mente altrove. Soltanto quando sei pienamente concentrato tutto sembra andare per il meglio, mente e corpo durante una performance musicale non possono essere separate.

L'unicità della persona mentre si suona è fondamentale. La musica è quella dimensione dove non esiste il tempo, si muove in una

sfera emozionale "altra", dove le priorità vengono cambiate, dove problemi, pensieri, gioie e tristezze vengono tradotte e trasmesse. La musica permette di comprendere come il tempo sia umano e, di conseguenza, permette a chi suona di esprimere la propria unica integrità.

Per questo motivo la musica ha la capacità di mettere in contatto con tutte le altre persone, con tutte le altre uniche entità in grado di trasmettere allo stesso modo l'unione di tecnica ed emozione. In questo senso sono d'accordo con il dottor Burigana che sostiene che sia fondamentale per la crescita e la formazione dei giovani proprio perché viene a mancare una reale divisione tra psiche e corpo. Suonare con gli altri implica la necessità di farsi sentire mutuata dalla necessità, parimenti importante, di ascoltare. Fare musica insegna allo stesso tempo il rispetto nei confronti dell'altro, a cui segue anche il riconoscimento dell'importanza del silenzio, e la forza e la grinta necessarie per emergere quando è richiesto.

Per i giovani in particolare questa duplicità formativa può essere particolarmente importante unita al fatto che la musica evidenzia un collegamento con la propria parte più profonda, un lato di sé che normalmente rimane nascosto e invece così emerge fino a raccontarsi.

La valenza formativa e comunicativa della musica va molto oltre quella della parola, produce comunione piuttosto che separazione, azione quanto mai importante.

Infine, vorrei ricordare la mia esperienza con il metodo "Human Voice" che si prefigge di potenziare le proprie capacità umane e vocali unificando mente, corpo e spirito. L'espressione raggiunge livelli sempre più alti soltanto se alla crescita tecnica si accompagna anche un percorso umano che tende all'unicità e all'abbattimento di confini interiori. La coesione delle nostre forze, la concentrazione e l'unicità portano all'obiettivo, ovvero il coinvolgimento totale della persona nell'espressione completa di sé attraverso la voce. La voce, in particolare, può esprimere completamente la persona, è termometro della nostra condizione, fisica e psichica. È lo strumento più proprio di ciascuno, è allo stesso tempo parola e di musica e rappresenta la completezza dell'individuo e il necessario supporto per il coinvolgimento totale che rende possibile l'unicità di ciascuno.

Dichiarazioni raccolte da Angela Caporale

Federico Consoli
Professore di pianoforte

L'evoluzione umana

Insegnare è ascoltare, insegnare è donare. L'allievo necessita d'esser portato per mano alla scoperta di tutto il bagaglio tecnico ed interpretativo di cui ha bisogno per eseguire i brani più disparati.

Qualcuno ha detto "Insegnare è toccare una vita per sempre": nulla di più vero.

Se lo rapportiamo alla musica, poi, il processo si fa delicatissimo, da subito.

Insegnare a suonare uno strumento musicale, nel mio caso il pianoforte, è innanzitutto ascoltare.

Il gioco è sottile e la creazione ha inizio nell'immediato: quando l'allievo si siede al pianoforte, ogni tasto premuto parla di lui, ogni battuta eseguita racconta il suo vissuto concedendoci in tempo reale frammenti della sua esistenza tradotti in suoni.

È da questo peculiare tipo di ascolto che bisogna partire per intraprendere un rapporto autentico con l'allievo: ciò implica primariamente il concetto di riconoscimento.

Chi abbiamo davanti? È un maschio o una femmina? Sembra scontato ma è importantissimo; riconosciamo dal principio la persona come essere sessuato per consentirle di esprimersi appieno in quanto uomo o donna e ricordiamo che la sua modalità di guardare, di parlare, di muoversi si rifletterà di continuo nel suo modo di suonare.

L'arte sta nel cogliere tutto ciò anche quando vi sono apparentemente delle incongruenze: l'allievo esuberante che suona con grande timidezza o quello riservatissimo che fa incendiare la tastiera... ogni volta lo stupore è notevole: osserviamo che dinnanzi al pianoforte ci si pone disarmati, è come se

ci si dicesse "d'accordo, mi arrendo, almeno per questi brevi momenti non metto veli ai miei limiti, alle mie debolezze, ma anche alle mie compensazioni. Ascoltami e guardami. Neppure se lo volessi potrei fingere, mi rivelo per ciò che sono stato fin'ora e ciò che sono in questo istante".

Se riusciamo a connetterci con questa zona dell'anima così pura il dialogo fluirà sereno: l'allievo percepirà poco alla volta che è possibile aprirsi all'espressione autentica di se stessi qualsiasi siano le circostanze, scoprirà che il pianoforte da severo oggetto sonoro può diventare il vigoroso alleato nell'esplorazione del suo mondo interiore, la sua seconda voce che parla diretta al cuore di chi è disposto ad ascoltare. Insegnare è ascoltare, insegnare è donare.

Partendo sempre dalla base dell'ascolto e dell'accoglimento, l'allievo necessita d'esser portato per mano alla scoperta di tutto il bagaglio tecnico ed interpretativo di cui ha bisogno per eseguire i brani più disparati.

E qui la donazione del maestro non ha limiti: tutta la sua esperienza dev'esser messa a disposizione come strumento di crescita non solo musicale. Nell'insegnare uno strumento non vi dev'essere indicazione posturale, tecnica o interpretativa che non possa essere sperimentata: ogni input musicale ed ogni suggerimento didattico vanno avvalorati da un riscon-

tro effettivo sulla tastiera.

Nulla rimane nell'aria altrimenti il dono privo di terra non germoglia.

Ed è attraverso questi canali che l'allievo apprende l'arte della disciplina e del rigore nello studio privo di sforzo qualora vi sia presente una solida volontà e prima ancora un grande amore per il pianoforte.

Un grande amore che va alimentato giorno dopo giorno, accettando tutti gli incidenti di percorso, le oscillazioni, i picchi d'euforia e le cadute: va portato continuamente lo strumento nella vita oltre a portare la vita nello strumento.

Insegnare è ascoltare, insegnare è donare, insegnare è creare. Forte della comprensione nell'accoglimento ed arricchito dal dono, l'allievo può avere la strada aperta alla creazione.

Se il suo viaggio nell'arte dell'imparare a suonare è stato fruttuoso, egli in ogni nota prodotta al pianoforte porterà una parte di sé viva, vibrante e destinata a cedere il posto ad un'altra e ad un'altra ancora, ognuna recante una piccola scintilla del suo essere unico, in una strepitosa danza del divenire in cui si muovono armoniosamente il dare ed il ricevere.

Svelare una parte del tuo intimo sé alla musica ed assistere incantati al miracolo di come questa stessa parte possa esser restituita arricchita di nuove informazioni.

Il mistero della musica nella vita e della vita nella musica: una crescita infinita.

Luca Francesco Ticini

PhD, presidente della Società Italiana di Neuroestetica "Semir Zeki", vicepresidente del Comitato per le Neuroscienze e ricercatore del CNRS, École Normale Supérieure, Parigi (Francia)

Elisir di lunga vita

L'arte stimola la parte sensorimotoria, emozionale e cognitiva del cervello aggiungendo così all'esperienza estetica ulteriori dimensioni, come per esempio la simulazione incarnata.

Cosa hanno in comune l'innamoramento e l'esperienza estetica? Il piacere intenso che proviamo nell'ascoltare la musica preferita o nell'ammirare un'opera pittorica particolarmente bella induce nel nostro cervello una serie di risposte neurochimiche omologhe a quelle scatenate dall'innamoramento. Per esempio, sia l'amore romantico sia l'estasi difronte ad un'opera d'arte attivano le aree cerebrali associate al rilascio di dopamina, l'ormone del piacere.

Questa stretta relazione tra l'esperienza estetica, il desiderio ed il piacere è studiata da una disciplina conosciuta come Neuroestetica. Il termine "Neuroestetica" è stato coniato alla fine degli anni '90 da Semir Zeki, attualmente professore di Neuroestetica presso l'University College di Londra (Regno Unito). Insieme ad altri colleghi in Europa e in Giappone, Zeki ha condotto le prime indagini sperimentali sui meccanismi neurali che mediano l'apprezzamento estetico, regolano la creatività artistica e l'innamoramento.

In origine, la Neuroestetica si è principalmente interessata alle arti visive. Per esempio, Zeki - che ha contribuito profondamente alla conoscenza attuale della fisiologia del cervello visivo - per caratterizzare meglio le fasi dell'elaborazione dei colori nel cervello umano ha ritenuto opportuno utilizzare le opere dei fauves. Infatti, gli artisti nell'atto della creazione esplorano - a loro modo - le capacità del proprio cervello. Così, lo studio neuroscientifico delle creazioni artistiche può divenire un mezzo molto utile per comprendere le funzioni cerebrali. Più recentemente, la Neuroestetica ha intrapreso anche lo studio di altre forme d'arte, come la musica, la danza e la letteratura. Questo approccio multidisciplinare ha dimostrato che alcuni meccanismi cerebrali alla base della percezione della bellezza sono condivisi tra le diverse forme d'arte: assieme alle aree del piacere e ricompensa, l'arte stimola la parte sensorimotoria, emozionale e cognitiva del cervello aggiungendo così all'esperienza estetica ulteriori dimensioni, come per esempio la simulazione in-

carinata (la simulazione involontaria delle azioni, sensazioni ed emozioni che osserviamo nei lavori artistici). Ulteriori indagini hanno esplorato le somiglianze e le differenze nell'attività cerebrale fra i due sessi e come questa sia modulata dalla familiarità con l'opera percepita, dal contesto in cui il lavoro è inserito, dalla cultura e dall'istruzione dell'individuo.

Ritengo molto significativo il fatto che nei laboratori collaboriamo attivamente con gli artisti. Grazie alla loro esperienza, essi contribuiscono ad ogni passo della nostra impresa: dalla formulazione di nuove domande alla realizzazione degli esperimenti. Naturalmente ci avvaliamo di tecniche neuroscientifiche per esplorare le funzioni cerebrali, come la risonanza magnetica funzionale (fMRI) e la stimolazione magnetica transcranica (TMS). Mentre la prima visualizza l'attività cerebrale in aree corticali e subcorticali - in tal modo delineando le basi neurali dei processi estetici -, la TMS invia piccoli impulsi magnetici nel cervello. Quest'ultimo approccio è molto utile per lo studio della dimensione sensorimotoria dell'apprezzamento estetico. Con questa tecnica, per esempio, assieme al collega Giacomo Novembre del Max Planck Institute di Lipsia ho approfondito il ruolo dell'interazione sensorimotoria con l'opera d'arte nel generare le sensazioni di piacere estetico. Le prospettive in questo campo sono molto ampie: un altro lavoro che sto conducendo con il dottor Fabio Burigana si prefigge di individuare le risposte neurali alla comunicazione meta-verbale e come la loro modulazione abbia ripercussioni su altre strutture nervose non necessariamente coinvolte nel processo di ascolto. Ciò al fine di sviluppare strumenti che possano supportare, per esempio, la comunicazione medico-paziente e la reazione positiva alla terapia. Infatti, i risultati preliminari suggeriscono che ritmi e sonorità espressi attraverso la modulazione della voce possono influenzare il processo di comunicazione, di apprendimento del messaggio trasmesso, e della risposta emotiva al messaggio.

La moderna sperimentazione ha il vantaggio di permetterci di identificare in modo piuttosto preciso l'attività neurale quando osserviamo un quadro, o ascoltiamo un brano musicale. Tuttavia, parafrasando Richard P. Feynman, la conoscenza dei meccanismi cerebrali coinvolti nell'esperienza estetica e della complicata interazione fra le cellule neurali non ci nega il mistico piacere al cospetto di un'opera d'arte. Al contrario, queste informazioni aggiungono al piacere estetico la consapevolezza che dietro a tali gradevoli sensazioni c'è un complicato mondo ancora tutto da esplorare. Il piacere estetico ed il benessere sono strettamente interconnessi dal punto di vista neurobiologico. Infatti, l'arte - e più in generale la partecipazione culturale - riduce i livelli di ansia e di depressione, aumentando il benessere psicofisico dell'individuo, come dimostrato da ricerche condotte su una popolazione di 50.000 abitanti in Norvegia e su 1.500 cittadini Italiani (quest'ultima realizzata dal gruppo del dottor Enzo Grossi). Poiché l'arte stimola una risposta biochimica che genera benessere, essa dovrebbe essere concepita come uno strumento terapeutico preventivo al decadimento della salute psicofisica e, di conseguenza, rappresentare in prospettiva un fattore di riduzione sensibile della spesa dedicata alle cure farmacologiche e all'ospedalizzazione, che assorbono le già scarse risorse stanziare per la salute mentale (la popolazione affetta da problemi mentali supera i 450 milioni di persone; WHO fact sheet n. 220, Settembre 2010).

Se da un lato questi dati indicano la fondamentale importanza della cultura e dell'arte, dall'altro lato assistiamo troppo spesso al loro confinamento nella sfera irrilevante del divertimento, come testimoniano i frequenti tagli applicati alle risorse ad esse riservate. Un'azione politica mirata a supportare - a lungo termine - il settore culturale potrebbe invece contribuire a ridurre la spesa pubblica nel settore salute, oltre che a sviluppare qualitativamente uno dei settori di punta del sistema economico italiano.

Daniele Pellicano

Redattore capo economia www.mpnews.it (melting pot news)

Quale soluzione per il futuro

Il dono è un gesto di fiducia. E la fiducia in senso "materiale" è un dono. Le ripercussioni economiche di un dono sono a dir poco inimmaginabili.

L'Economia è da tempo una delle pagine più importanti dei nostri giornali.

Alimenta diversi minuti dei nostri Telegiornali.

È presente sempre più spesso nelle nostre decisioni giornalieri.

Direi anzi che è presente nelle nostre scelte più volte in ogni singolo giorno che viviamo in questa terra.

Se vogliamo l'economia è presente in quasi tutto ciò che noi facciamo.

A volte non ci rendiamo conto che molte delle nostre scelte quotidiane sono delle scelte economiche, o per meglio dire anche delle scelte economiche.

Partiamo analizzando alcuni momenti della nostra giornata:

La mattina ci svegliamo e possiamo decidere se accendere la luce della nostra camera, o aprire la finestra, per illuminare la nostra stanza, possiamo andare al lavoro o a scuola con i mezzi pubblici della nostra città, oppure prendere il nostro SUV, il nostro motorino, o la bici o magari decidiamo di alzarci prima ancora e andare a piedi.

Possiamo decidere di fare colazione al Bar con i colleghi o i compagni di scuola, fare colazione a casa con ciò che abbiamo comprato al supermercato, o farla dal fruttivendolo che è di strada.

Ci sono diversi modi di analizzare queste scelte.

In un economia capitalista si parte dall'assunto che l'uomo voglia massimizzare la propria utilità, così ogni agente economico decide in base a ciò che preferisce secondo una funzione basata appunto sulle preferenze individuali.

Tale modello detto dell'economia utilitaristica è quello ancora più uti-

lizzato anche nelle nostre scelte di homo oeconomicus: "Che cosa mi conviene fare?" è la domanda che solitamente ci poniamo di fronte ad una scelta economica.

Tale orientamento però tiene conto generalmente solo di una dimensione: la dimensione logico-matematica. In un ottica della complessità il problema sostanziale sta però quando tale scelta viene ad essere "contestualizzata" nella vita, portata dalla teoria alla pratica, "riempita", matematicamente si direbbe "dinamizzata", io userei la parola resa viva.

Quando una scelta è viva significa che è "ordinata". Se oltre che "viva" la vogliamo rendere "umana" inoltre parleremo di una scelta "cosciente".

Direi forse ancora più precisamente di una scelta "inserita".

Con il termine "scelta inserita" vorrei delineare l'"azione" che già tiene conto, di tutti i fattori "dinamici" che la precedono, la costituiscono e nei quali essa avrà ripercussioni una volta eseguita.

Quindi nei criteri decisionali che portano ad una scelta inserita non esiste più il singolo fattore della preferenza individuale ma piuttosto un fattore generale di preferenza olistica.

Il limite predittivo dell'economia e degli economisti riscontrato più volte di fronte all'impossibilità di prevedere boom o crisi (anche economiche) è purtroppo molte volte dovuto non alla loro incapacità di usare i metodi di previsione economici ma piuttosto a quello di affidarsi solo ad essi.

Nasce qui l'esigenza incombente per gli economisti di analizzare degli elementi che hanno un forte impatto economico ma che con gli

1. o per lo meno di gran parte di essi

strumenti dell'economia capitalista non possono essere facilmente analizzati.

Esempi di tali fenomeni (socio/geo/eco/meteo/psico/fisico/antropo/medico/economici) possono essere il dono in antropologia, la malattia in medicina, la depressione in psicologia, la catastrofe ecologica, il terremoto o uno tsunami geologico, un uragano in meteorologia.

Hanno questi fenomeni un impatto economico? Chiaramente sì e anche molto più forte a volte di una operazione di acquisizione o fusione bancaria o tra multinazionali. Un impatto gigantesco. E allora come possono gli economisti permettersi di non tenere presenti tali fenomeni? Non possono.

Il dono come esempio non comprensibile in ottica non complessa.

Mi soffermerei sulla trattazione del dono, il dono esce totalmente dalle logiche dello scambio commerciale che è quello che viene analizzato nell'economia del libero mercato e che di fatto fonda tale teoria.

Il dono non rientra e non può rientrare in un modello di preferenza utilitaristica come visto prima perché non da nessuna garanzia di utilità al donatore. Il dono infatti si caratterizza per Marcell Mauss² in tre elementi fondamentali:

- 1 Dare: il Donatore deve donare qualcosa.
- 2 Ricevere: l'oggetto deve essere accettato
- 3 Ricambiare

Per quanto riguarda il terzo punto il ricambiare però, non esiste nessun obbligo da parte di colui che riceve il dono: ed è quindi qua che

2. Marcell Mauss, *Saggio sul dono. Forma e motivo dello scambio nelle società arcaiche*, (titolo originale *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, 1^a ed. 1925), Einaudi, 2002

La donoterapia

Gioire insieme

Ecco che il gesto di donazione, oltre ad essere potentemente terapeutico perché genera immediatamente i suoi effetti, diviene uno strumento utile anche dal punto di vista conoscitivo, proprio perché mosso dall'essenza.

Presentazione del Progetto Diga, volto a portare acqua a St. Albert, Zimbabwe. Un ospedale con 130.000 abitanti d'indotto, due scuole con 1.700 bambini e la popolazione rimasti con poca acqua a causa dell'abbassamento della falda. Al termine, un amico, medico e uomo di spirito, esclama: "Ma questa è la donoterapia!" Si riferiva a ciò che avevo cercato di trasmettere ai presenti: la gioia profonda che genera in noi volontari poter lavorare per realizzare ciò che solo sei anni fa era un sogno: contribuire a garantire la sopravvivenza a migliaia di persone. Si tratta della gradevole sensazione di sentirsi utili. Utili agli altri, senza prevedere un personale ritorno economico e neppure d'immagine, visto che operiamo nel quasi anonimato. Siamo, insomma, entusiasti di aver scoperto il potere "terapeutico" della gratuità! "L'acqua calda", direbbero i saggi. Ma noi abbiamo bisogno di sperimentarlo di persona. Come avviene sempre quando si vive una grande gioia, sorge spontaneo gridarlo ai quattro venti: "Signori, abbiamo la soluzione di tutti i mali! L'anima, la psiche e forse, di conseguenza, anche il corpo sembrano rigenerarsi grazie all'atto della donazione gratuita!"

Non si tratta di semplice solidarietà, compassione per chi sta peggio o elemosina, ma di osservare le pene altrui e mettersi in moto per alleviarle. E dire che è così semplice! Anziché accaparrarsi beni, accumulare ricchezze materiali, quasi sempre a scapito di qualcuno - la ricchezza globale è detenuta dal 20% della popolazione, con conseguente squilibrio della distribuzione delle risorse del pianeta - con un semplicissimo gesto libero, realmente libero, siamo in grado di generare in noi una gioia che non ha eguali. Il suo flusso viaggia in due direzioni, un sorriso duplice, per chi riceve e per chi dona.

Chi dona risorse, tempo, denaro, pensieri... mette in atto l'espressione più libera del suo essere. La fragranza dell'atto gratuito avvicina all'essenza di noi stessi e aiuta la ricerca di sé, alla base del cammino evolutivo di ogni uomo. Ecco che il gesto della donazione, oltre ad essere potentemente terapeutico perché genera immediatamente i suoi effetti, diviene uno strumento utile anche dal punto di vista conoscitivo.

La donoterapia consente all'uomo di esprimere e comprendere la sua vera natura. Il concetto di "dono" è doppiamente appropriato: nel caso del Progetto Diga, non saprei dire chi, tra noi e gli abitanti di St. Albert, riceve di più. L'acqua che disseta ed irriga i campi è per noi la gratificazione interiore che cura ogni male. Il nostro progetto è solo un piccolo esempio di come ci si possa "curare" donando in modo totalmente gratuito. La donoterapia è una propaggine della legge spirituale di compensazione o del karma espresso dalle sacre scritture e dai saggi di ogni tempo.

L'abbraccio a colui che è diverso e lontano rompe le barriere spazio-temporali, smaschera l'illusione del noi e voi, è reale globalizzazione, nel senso di condivisione e, oserei dire, di spiritualità applicata.

Un gesto pratico che ci dona la possibilità di gioire insieme anziché diffidare e ci offre una leggerezza oggi sempre più rara.

L'epoca di transizione in cui stiamo entrando rappresenta un'occasione per compiere un salto evolutivo sul piano della qualità di vita, purché non si limiti ad una transizione economica che ha ampiamente dimostrato il suo fallimento. Ancora oggi si valuta il benessere sulla base della ricchezza materiale. Nonostante il caro prezzo che paghiamo sul piano psicologico - depressione, ansia, senso di inutilità... - noi ricchi del mondo restiamo ingabbiati nell'idea che la ricchezza, il consumo di beni materiali, ci renda felici. I materialmente poveri, naturalmente, ambiscono a tutto questo non sapendo che quel desiderare non ha fine. Il marketing, la logica dei consumi, della competitività che governano incontrastati le economie mondiali non tengono conto del dolore che generano.

Attraverso il potentissimo strumento mediatico, i poteri forti - economici, politici, religiosi - persistono nella miope logica del profitto, rivelatasi fallimentare sul piano della reale ricchezza dell'essere.

Generalmente, l'uomo comune si illude che "se avesse qualche soldo in più potrebbe...". Poi, però, quando quel "soldo in più" arriva, non si placa quasi mai. Così resta povero, desideroso di consumare, poter spendere più di quel che ha a disposizione. Una catena che si può spezzare solo con l'atto della donazione gratuita. Ecco perché è estremamente terapeutico.

Altra squisita rivelazione per noi del Progetto Diga è stata il legame, la coesione generata tra noi. L'esserci incontrati per operare insieme questo cambiamento, condividere questa gioia, imparando a lamentarci meno e fare di più. Uno stimolo reciproco tra persone che vanno nella stessa direzione, un po' controtendenza. Un cammino contagioso che si potrebbe, forse si dovrebbe, iniziare ad intraprendere con il vicino. Non c'è bisogno di recarsi nello Zimbabwe, non importa come e dove, ciò che conta è cominciare.

Questo movimento verso l'altro, di apertura al vicino e al lontano di casa, può rivelarsi anche uno strumento pedagogico intrigante e divertente. Intrigante perché, per un magico intreccio tra tutti gli umani, comprensibile solo alla mistica, avvicinarsi all'altro consente di avvicinarsi anche a se stessi. Divertente perché, tra questi nessi, si scoprono molte buffe sfaccettature di varietà umana. Si tratta, insomma, di un formidabile strumento di crescita. Provare per credere.

Marcello Girone Daloli
Scrittore

cade la trattazione economica dello scambio commerciale, perché se non esiste obbligo per colui che riceve il dono non esiste utilità per chi lo ha donato e perciò il dono non avviene per un economista utilitaristico.

Il dono è un gesto di fiducia. E la fiducia in senso "materiale" è un dono. Le ripercussioni economiche di un dono sono a dir poco inimmaginabili.

Pensiamo a come alcune società con un senso di coesione molto forte riescano a sopravvivere da millenni grazie proprio al meccanismo di solidarietà reciproca.

Mi vengono in mente due delle civiltà più antiche e ancora presenti nel mondo, il popolo Ebreo e quello Cinese.

Entrambi i popoli si caratterizzano proprio per una forte solidarietà tra gli individui.

Entrambi si comportano spesso (sicuramente più di altri e tra loro due con le dovute differenze) come se il singolo non importasse perché singolo individuo, ma, piuttosto, perché parte del "tutto", o meglio, della "comunità".

Per tale motivo diventa per la comunità stessa ancora più necessario e urgente sostenerlo e aiutarlo senza calcoli utilitaristici e con una logica molto più ampia, di solidarietà che si avvicina alla sfera del "tutto e subito": dove ogni necessità di sopravvivenza viene colmata con una donazione da parte di uno dei membri solitamente il più facoltoso (che ha le facoltà) e vicino al bisognoso.

Questo ambito è così forte da poter creare dei danni a scapito di chi è fuori tale comunità.

La solidarietà in senso non complesso è viene da noi associate a qualcosa di sempre positivo.

Ma, attenzione: se allarghiamo il campo possiamo vedere come essa raramente si abbina bene ad esempio al senso civico di giustizia, meritocrazia ed equità.

Un esempio di solidarietà che reca danno alla meritocrazia possono essere le raccomandazioni o i vari vantaggi esclusivi che si possono avere dall'appartenere ad una "comunità" al dispetto di chi non vi appartiene.

Inoltre ci sono forme estreme di "solidarietà" che anientano tutto ciò che è esterno ad esse pensiamo alle famiglie mafiose, che inglobano o distruggono coloro con cui hanno relazioni.

Come può un economista non tenere conto di tali fattori così rilevanti? Io vedo la figura dell'economista molto simile a quella di un alchimista di diverse e molteplici scienze come detto all'inizio: le sociali, le mediche, le fisiche. Ed è per questo che auspico ad un economia nell'ottica della complessità e alla formazione di economisti capaci di ragionare in una logica di complessità dove i ribaltamenti e le ottiche di analisi sono, non solo tra i due attori di uno scambio, ma si estendono ben oltre essi: al loro contesto, alla morfologia della loro terra, alle loro famiglie, alla loro società, e chissà al mondo e all'universo intero.

