



REGIONE DELL'UMBRIA

FONDAZIONE ANGELO CELLI
PER UNA CULTURA DELLA SALUTE



Terapie non convenzionali

*Esiti della ricerca in Umbria e percorsi per l'integrazione
nel Servizio Sanitario Regionale*

FONDAZIONE ANGELO CELLI PER UNA CULTURA DELLA SALUTE – PERUGIA
MORLACCHI EDITORE

Finito di stampare nel mese di marzo 2006 da Digital Print – Service, Segrate, Milano.

Indice

I SESSIONE. *La situazione*

<i>pag.</i>	3	Carlo Antonini <i>Introduzione</i>
	5	Tullio Seppilli <i>La ricerca sulle medicine non convenzionali nella regione umbra: risultati e ricadute operative</i>
	41	Francesco Bottaccioli <i>Medicine non convenzionali: evidenze scientifiche e prospettive di medicina integrata</i>
	51	Fabio Dei <i>Normative europee sulle medicine non convenzionali: uno sguardo antropologico</i>
	67	Michele Renzo <i>Professione medica e medicine non convenzionali, linee costitutive e problemi aperti della normativa italiana</i>
	79	Carlo Crocella <i>Analisi delle proposte di legge presentate al Parlamento alla luce di alcuni principi sui diritti del cittadino malato.</i>
	91	Carlo Romagnoli <i>La medicina integrata: esperienze nei servizi sanitari regionali</i>

DIBATTITO

II SESSIONE. *Le prospettive*

<i>pag.</i>	107	Costantito Pacioni <i>Introduzione</i>
	111	Luigi Giacco <i>Lo stato delle proposte di legge sulle medicine non convenzionali in discussione al Parlamento italiano. Parte I</i>
	117	Francesco Paolo Lucchese <i>Lo stato delle proposte di legge sulle medicine non convenzionali in discussione al Parlamento italiano. Parte II</i>
<i>Tavola Rotonda</i>	127	<i>Le medicine non convenzionali: percorsi per l'integrazione nel Servizio Sanitario Regionale [moderatore: Luciano Moretti; interventi: Maurizio Rosi, Adolfo Puxeddu, Aristide Paci, Francesco Paolo Lucchese, Angela Piperni, Leonardo Paoluzzi, Elio Rosati, Pindaro Mattoli, Tullio Seppilli]</i>
 ALLEGATI		
	151	ALLEGATO 1. <i>Temario guida per i colloqui con gli operatori</i>
	160	ALLEGATO 2. <i>Temario guida per i colloqui nei centri</i>
	161	ALLEGATO 3. <i>Temario guida per i colloqui con gli utenti</i>
	164	ALLEGATO 4. <i>Temario guida per i colloqui nelle farmacie e erbotisterie</i>
	166	ALLEGATO 5. <i>Quadro informativo preliminare per tutti i colloqui</i>
	170	ALLEGATO 6. <i>Organigramma del progetto di ricerca</i>
	172	ALLEGATO 7. <i>Bibliografia tematica</i>

I SESSIONE. *La situazione*

Introduzione

Carlo Antonini

Consigliere regionale, Componente III Commissione Consiliare

Sono molto curioso di sapere come andrà questa giornata, che cosa riusciremo a produrre, quali indicazioni potranno venire da questi nostri lavori per un'eventuale iniziativa della nostra Commissione in seno al Consiglio regionale.

Voi ci insegnate che il fenomeno del ricorso alla medicina non convenzionale, oggi così definita, non è più marginale nel nostro Paese; è un fenomeno che il legislatore, le istituzioni nel loro complesso non possono più ignorare. Se andiamo a vedere i disegni di legge che giacciono in Parlamento, direi che il problema non è del tutto ignorato, ma sicuramente a questa copiosa messe di disegni di legge che sono stati presentati poi non è seguito nessun atto concreto; l'esigenza di normare il settore è un'esigenza sempre più viva e sempre più presente per garantire alcuni principi.

Il primo è quello della libertà di scelta terapeutica che dobbiamo garantire ai nostri concittadini, tenendo conto di tutto quello che è successo negli ultimi tempi nel nostro Paese e di quanto succede ancora. Il caso Di Bella è sicuramente il più emblematico. Ci sono tanti problemi che abbiamo dovuto affrontare, da questo punto di vista, rispetto alla necessità di garantire al cittadino libertà di accesso al tipo di terapia che ritiene più opportuna.

Ho citato questi casi non per dire che nelle medicine convenzionali non ci siano fenomeni di *débâcle* altrettanto evidente. Probabilmente molti di voi sono medici; io faccio solo un esempio: nel campo farmacologico ricordate, qualche anno fa, quanto abbiamo speso, mi pare intorno ai 200 miliardi e oltre di vecchie lire, per usare un farmaco come la calcitonina, che poi si è dimostrato assolutamente inutile. Di insuccessi ce ne sono a iosa, da una parte e dall'altra.

Certo, dobbiamo tentare di garantire anche la qualità della prestazione e, quindi, cercare di individuare chi fa che cosa, come, e in quale modo il Servizio Sanitario nazionale o regionale può intervenire nel momento in

cui si fa promotore di un servizio, con le necessarie e dovute forme di cautela e di garanzia; quindi, dove si fa la formazione, chi fa la formazione, i rapporti con l'Università, una serie di problematiche anche molto difficili da approfondire.

Ciò che a me pare di poter sottolineare come elemento assolutamente positivo, oltre all'attenzione che sta crescendo nel nostro Paese, è che ormai medicina convenzionale e non convenzionale non si pongono più in termini di assoluta e necessaria contrapposizione. Mi pare che si aprano degli spiragli di complementarità utile; tutti siamo orientati, mi sembra, verso questa attenzione, dalla quale speriamo possano venire per i nostri cittadini, per gli utenti del sistema sanitario in senso allargato, dei risultati assolutamente positivi.

Noi ci aspettiamo da questa giornata delle indicazioni che, ripeto, vorremmo poter utilizzare anche nell'ambito della programmazione sanitaria triennale che stiamo affrontando; vorremmo capire se vi sono spazi per inserire elementi di medicina non convenzionale nel Piano Sanitario Regionale. Io non nego che, dicendo questo, apro uno scenario pieno di interrogativi, che presuppone anche grande cautela; però noi siamo per tentare questa strada, non siamo chiusi rispetto a questa possibilità. Bisogna capire come farlo, in che modo, con quali garanzie, perché noi siamo un servizio pubblico e il servizio pubblico ha degli schemi, delle metodiche alle quali si deve rigorosamente attenere.

La ricerca sulle medicine non convenzionali nella regione umbra: risultati e ricadute operative

Tullio Seppilli

Presidente Fondazione “Angelo Celli” per una cultura della salute (Perugia) – Presidente Società italiana antropologia medica (SIAM)

0.

Desidero ringraziare anzitutto la III Commissione consiliare e l'Assessorato alla sanità della Regione dell'Umbria per aver voluto integrare la rendicontazione della nostra ricerca con un incontro più generale sulla questione delle medicine non convenzionali e, quindi, legare i risultati dell'indagine che abbiamo condotto nella nostra regione a una messa a punto di precise strategie operative¹. E desidero ringraziare, inoltre, assieme a tutti coloro la cui presenza, qui, testimonia di un interesse crescente per i problemi e le implicazioni della tematica che oggi stiamo affrontando, i parlamentari, gli amministratori, gli esperti, i tecnici, i ricercatori, che in vista di una comune riflessione su questa tematica hanno accettato di partecipare all'incontro con loro specifici contributi, fondati sulle loro esperienze e sui punti di vista che essi hanno maturato.

Nel corso di questo incontro dobbiamo dunque cercar di saldare un processo conoscitivo – che non è solo nostro, evidentemente, perché sulle medicine non convenzionali esiste ormai una vasta letteratura internazionale (di cui diamo parzialmente conto, qui, in un documento messo a disposizione dei partecipanti²) – con alcune considerazioni generali e, soprattutto, con alcune indicazioni a carattere operativo.

¹ L'impianto e la doppia funzione di questo incontro – rendicontazione scientifica e riflessione operativa – è nato da un invito della III Commissione permanente del Consiglio regionale dell'Umbria rivolto al Presidente della Fondazione Angelo Celli per approfondire in una specifica audizione il fenomeno delle medicine non convenzionali e la loro incidenza nel territorio umbro. La audizione ha avuto luogo a Perugia, a Palazzo Cesaroni (sede del Consiglio regionale), nel pomeriggio del 19 settembre 2002.

² FONDAZIONE ANGELO CELLI PER UNA CULTURA DELLA SALUTE, *Terapie non convenzionali: indagine descrittiva sulle offerte e sull'utenza nella regione dell'Umbria*. Biblio-

In questa prospettiva è appunto mio compito, a nome della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute e della intera équipe che ha partecipato alla ricerca³, rendicontarne sinteticamente il quadro di riferimento, l'impianto metodologico, i principali risultati e, appunto, alcuni possibili sbocchi operativi.

Sempre in questa prospettiva, seguiranno altri contributi: un aggiornato bilancio delle ricerche scientifiche condotte in vari Paesi sulla efficacia di alcune medicine non convenzionali (a questo proposito ricordo anche quanto emerso nella Giornata di studio "Agopuntura: stato della validazione di efficacia" [Perugia, 3 dicembre 2001] organizzata dalla nostra Fondazione di intesa con la Facoltà medica e la Regione dell'Umbria con la adesione di numerose istituzioni e società scientifiche); poi, significative osservazioni su questa problematica da parte di autorevoli esponenti sia della medicina convenzionale – il preside della nostra Facoltà medica e i rappresentanti degli ordini professionali – sia di alcune medicine non convenzionali e delle organizzazioni per la difesa dei diritti dei malati; infine, contributi da varie angolazioni sui problemi posti dalle attuali normative europee e italiane in merito all'esercizio delle medicine non convenzionali e alle attuali proposte legislative, nel nostro Paese, in ordine a una possibile integrazione di procedure mediche non convenzionali nel nostro sistema sanitario pubblico.

È da dire peraltro, che anche in questa regione – come nella vicina Toscana – la questione delle medicine non convenzionali è già stata oggetto di concrete attenzioni sia attraverso frequenti ricognizioni socio-antropologiche universitarie e lo sviluppo di significative esperienze di attività dei servizi sanitari sia sul terreno delle iniziative didattiche sia infine nel corso di numerosi dibattiti scientifici, professionali e istituzionali⁴.

grafia tematizzata sulle medicine non convenzionali [edizione provvisoria], Perugia, 30 novembre 2002, 42 pp.

³ Per la costituzione della équipe impegnata nel progetto di ricerca "Terapie non convenzionali: indagine descrittiva sulle offerte e sull'utenza nella regione dell'Umbria", condotto dalla Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, si veda il quadro nell'Allegato 6.

⁴ Ormai da qualche anno, risultati di indagini, esperienze di attività dei servizi e problemi di prospettiva concernenti le medicine non convenzionali vengono esaminati e dibattuti nella nostra regione nel corso di pubblici incontri: il Convegno su "Medicine non convenzionali: la ricerca, la formazione degli operatori, l'integrazione nel Servizio sanitario nazionale" (Perugia, 5 giugno 1999) / il Convegno "Le medicine non convenzionali: una risorsa da integrare per il benessere della popolazione?" (Perugia, 14 marzo

1.

Una brevissima “scheda” della ricerca, anzitutto. Il progetto (biennale), intitolato *Terapie non convenzionali: indagine descrittiva sulle offerte e sull’utenza nella regione dell’Umbria*, è stato da noi presentato alla Regione dell’Umbria (secondo i modi previsti dalla lettera-invito ministeriale alle Regioni ed alle Province autonome n. 100/SCPS/4.5851 del 26 maggio 1999) e da questa selezionato e proposto al Ministero della sanità, che lo ha approvato e in larga parte finanziato (comunicazione ministeriale n. 100/SCPS/4.13689 del 9 dicembre 1999). La Regione dell’Umbria, titolare ufficiale del Progetto, vi ha aggiunto una propria quota. La ricerca è stata condotta dalla Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute con la collaborazione della Sezione antropologica (già Istituto di etnologia e antropologia culturale) del Dipartimento Uomo & Territorio della Università degli studi di Perugia. Formulato e sottoposto al Ministero, come di norma, un più dettagliato “progetto esecutivo”, le attività di ricerca sono iniziate nell’agosto 2000 e si sono sostanzialmente concluse, per quanto concerne il lavoro empirico, nell’agosto del 2002.

Come già anticipato, organizzerò la rendicontazione della ricerca intorno a tre nuclei tematici:

- A. anzitutto, un sintetico quadro di riferimento generale: cosa possa intendersi oggi con il termine “medicine non convenzionali” (assai più preciso, come vedremo, rispetto al più frequentemente usato “medicine alternative”), quali ne siano il complesso ventaglio e la reale diffusione e quali possano considerarsi i probabili fattori del loro crescente successo in Occidente e nel nostro stesso Paese, a quanto risulta dalla ricerca e dal dibattito scientifico internazionale ormai largamente in corso;
- B. poi, gli sviluppi della nostra ricerca: (a) i suoi obiettivi, il suo impianto e la sua complessiva strategia, le conseguenti scelte metodologiche e tecniche e i lineamenti del suo svolgimento, e (b) i suoi più signifi-

2001), che ha costituito la presentazione pubblica del Progetto di cui stiamo qui rendicontando i principali risultati / la Giornata di studio “Agopuntura: stato della validazione di efficacia” (Perugia, 3 dicembre 2001) / la Prima Giornata umbra di medicina integrata “Il dolore come malattia” (Perugia, 21 settembre 2002): in tutti hanno avuto un ruolo di attivi proponenti e protagonisti la Regione dell’Umbria e la stessa Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute.

cativi risultati conoscitivi in merito alla situazione nel nostro territorio regionale;

- C. infine, alcune considerazioni sulle possibili indicazioni operative che dalla ricerca sembrano emergere nell'orizzonte e nelle prospettive che la intrigante presenza delle medicine non convenzionali sta proponendo allo sviluppo di una più avanzata medicina unitaria.

2.1.

Occorre dunque, prima di tutto, definire con sufficiente precisione il fenomeno di cui stiamo parlando, la sua diffusione e il suo significato, cosa esso rappresenta cioè, e soprattutto in che senso esso costituisce un problema, si pone di fronte a noi – in altre parole – come una “questione”. Ricordo qui che in riferimento alle fenomenologie sociali parliamo in senso proprio di una “questione” di fronte al presentarsi di una situazione di un certo rilievo per la quale non esiste ancora una risposta operativa univoca e istituzionalizzata, largamente condivisa, sufficientemente sperimentata nelle sue modalità e nel riscontro dei suoi risultati.

Ci troviamo di fronte, in sostanza, a un fenomeno abbastanza nuovo che investe da qualche decennio l'intero Occidente: il fatto che fasce crescenti di popolazione cercano risposte ai propri malesseri e a un ampio arco di patologie rivolgendosi a una sempre più vasta offerta di metodiche di cura estranee a quella che possiamo chiamare la “nostra” medicina ufficiale.

Si tratta, come ho già avuto modo di scrivere⁵, di un fenomeno complesso e di una offerta assai eterogenea. Revivalismi “aggiornati” delle antiche medicine folcloriche, rurali o urbane, o della tradizionale erboristica familiare. Persistenze di vecchi esercizi come la pranoterapia o “invenzioni” relativamente recenti come i “fiori di Bach”. Degradati spezzoni di rituali “etnici” di varia origine, dall'uso di “oggetti protettivi” africani o afro-americani a procedure sciamaniche rinverdate in California nel bagno neo-esoterico della *New Age*. Effetti “rassicuranti” e “normalizzatori” prodotti dalla partecipazione collettiva a nuovi gruppi culturali di eterogenea matrice religiosa. Pratiche che in attesa di una più precisa definizione usiamo denominare “paranormali”. E, soprattutto, una diffusa influenza dei grandi sistemi medici orientali: la più antica tra le medicine indiane,

⁵ SEPELLI Tullio, *Editoriale. Antropologia medica: fondamenti per una strategia*, “AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica”, n. 1-2, ottobre 1996, pp. 7-22, cfr. pp. 8-9.

quella ayurvedica, lo shiatsu giapponese e le molteplici articolazioni della medicina tradizionale cinese (agopuntura, moxibustione, coppettazione, fitoterapia, ...). E alcune grandi linee di sviluppo eterodosse della stessa medicina occidentale, come le varie scuole omeopatiche e l'omotossicologia. Ma va detto subito che il ricorso a queste assai diverse risposte al "bisogno di salute" non si configura quasi mai come un rifiuto totale della nostra medicina ufficiale: in altre parole si tratta di ricorsi che si verificano generalmente solo a fronte di talune patologie (o di taluni malesseri) o a fronte del fallimento delle "vie normali" o, al limite, come soluzioni in certo senso "integrative". Ed è per questo che risulta del tutto impropria la pur diffusa denominazione "medicine alternative": appunto perché esse non vengono quasi mai vissute come tali, ma piuttosto come "opportunità in più", quasi come ulteriori specialità disponibili, da utilizzare quando se ne presenti una motivata occasione. Per questo, insomma, sembra assai più corretta la denominazione "medicine non convenzionali" che ne sottolinea, giustamente, una condizione che le accomuna al di là delle loro grandi diversità di matrice culturale, di direzioni applicative, di procedure tecniche e di possibile efficacia: il fatto di essere tutte, *nella nostra parte del mondo*, "non convenzionali", appunto, rispetto all'unica medicina che in Occidente può dirsi "convenzionale", la "nostra" medicina ufficiale, quella che dobbiamo correttamente denominare "biomedicina".

2.2.

La questione delle medicine non convenzionali assume per noi una sua significativa dimensione anche perché la loro crescente influenza in tutto il mondo occidentale vi segna, di fatto, una vera e propria inversione di tendenza nella struttura degli assetti di cura.

Ci troviamo di fronte, cioè, alla inversione di quello svolgimento che in Europa e nell'intero Occidente, dalla seconda metà dell'Ottocento fino alla metà del XX secolo, era stato segnato da una accanita battaglia culturale e normativa di delegittimazione e criminalizzazione delle medicine "diverse" – folcloriche, religiose o comunque "altre", ridotte tutte al rango di "sopravvivenze superstiziose" – e da un parallelo processo di centralizzazione di tutti i ruoli e le istituzioni di difesa della salute secondo il modello proposto dalle facoltà mediche: un processo, questo, che sembrò allora univocamente progressista e certamente irreversibile, preludio di una integrale vittoria della medicina occidentale su scala planetaria.

Anche in Italia, come è noto, all'epoca della unificazione del Paese sussistevano ancora numerose attività e vere e proprie professioni sanitarie tradizionali fuori da ogni controllo delle facoltà mediche: guaritori e mammane, cerusici e flebotomi, barbieri dediti alla piccola chirurgia, monaci produttori di elisir, ... Persisteva in numerosi santuari cattolici la antica pratica diagnostica della *incubatio* e solo da pochi anni erano quasi scomparse le affollate (e pericolose) processioni guidate dai vescovi all'apparire delle ricorrenti epidemie di colera (oggetto di forti dispute fra medici ed ecclesiastici era stata ad esempio la processione svoltasi a Città di Castello in occasione del colera del 1855⁶). Tutte queste forme furono più o meno indistintamente colpite in connessione con lo sviluppo della medicina scientifica incentrata nelle facoltà universitarie. Emblematico, in particolare – nella temperie dell'evoluzionismo positivistico imperante in quell'epoca –, fu l'atteggiamento verso la cosiddetta “medicina popolare” o “medicina folclorica”, largamente diffusa, allora, nelle nostre campagne. Ritenuta una vivente e significativa persistenza di precedenti fasi del pensiero umano da tempo superate nelle aree civili del Paese, essa fu in quegli anni oggetto di minuziose ricerche anche qui in Umbria: ma i saperi e le pratiche in cui essa si sostanziava, reputate troppo semplicisticamente manifestazioni superstiziose del tutto inefficaci, se sembravano meritare una scrupolosa attenzione per così dire “archeologica”, costituivano al tempo stesso lo “scandalo” che doveva essere estirpato in nome del progresso scientifico e della crescente efficacia della “vera” medicina. Attraverso oculate campagne di “educazione popolare”. Oppure, dopo un sistematico accertamento della reale diffusione di operatori di salute non autorizzati⁷, attraverso l'approvazione e l'applicazione di precise misure legislative repressive⁸.

⁶ PAOLIERI Marisa, DA CAMPAGNOLA Stanislao (relatore), *Il colera a Città di Castello nel 1855 e l'assistenza religiosa*, tesi di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, Università degli studi di Perugia, anno accademico 1975/76, 151 pp. + numerose fotocopie + 2 pp. di indice, cfr. pp. 96-107.

⁷ Nel quadro di una prima grande sistematica indagine sulla situazione sanitaria in tutti i Comuni del nuovo Stato unitario promossa nel 1885 dal Ministero dell'Interno, una delle informazioni specificamente richieste nel questionario inviato ai Sindaci era appunto (all'item XV.8) «Se e quante persone, uomini e donne, esercitino notoriamente e in qualsiasi modo l'arte salutare senza poter dimostrare di esservi abilitate da una scuola universitaria del Regno». Si veda in merito: DIREZIONE GENERALE DELLA STATISTICA, *Risultati dell'Inchiesta sulle condizioni igieniche e sanitarie nei Comuni del Regno*, 3 voll., Tip. dell'Ospizio di San Michele di Carlo Verdesi, 1886. Il *Questionario*

Come ho detto, questo processo di centralizzazione di tutti i ruoli e le istituzioni di difesa della salute secondo il modello proposto dalle facoltà mediche sembrò allora irreversibile, come il parallelo declino di ogni pratica non coerente con la medicina ufficiale. E in questa direzione si svilupparono grosso modo le cose, anche se poi, nello specifico tramonto della medicina folclorica, giocarono prepotentemente più generali processi di cambiamento e la drastica riduzione della stessa popolazione contadina.

per l'inchiesta sulle condizioni igieniche e sanitarie dei Comuni, redatto dal Consiglio Superiore di Sanità e diramato dal Ministero dell'Interno ai Sindaci con circolare del 9 gennaio 1885, è riportato alle pp. IX-XV del volume I (*Notizie relative ai Comuni capoluogo di Provincia*, XVI+181 pp.) e alle pp. 221-229 del volume III (*Relazione generale*, CCLXXII+234 pp., in cui è fatto precedere alle pp. 219-220 dalla circolare del Presidente del Consiglio e Ministro dell'Interno Agostino Depretis, indirizzata lo stesso 9 gennaio 1885 ai Prefetti, con la quale l'inchiesta ebbe ufficialmente inizio).

⁸ La *Legge per la tutela dell'igiene e della sanità pubblica* (22 dicembre 1888, n. 5849), più conosciuta come "legge Crispi-Pagliani", con la quale si provvedeva al riordino generale del servizio sanitario pubblico del nuovo Stato unitario, stabiliva all'art. 23 che «nessuno può esercitare la professione di medico chirurgo, veterinario, farmacista, dentista, flebotomo o levatrice [...] se non abbia conseguito la laurea o il diploma di abilitazione in un'università, istituto o scuola a ciò autorizzata». In uno dei più noti commenti alla legge, curato da Giuseppe Ziino, professore di igiene e di medicina legale nell'Università di Messina, il senso di questo articolo viene così precisato: «In principio, qualunque ingerenza di estranee persone nel curare comeché sia gli infermi, nell'aggiustare ossa slogate o infrante, nell'assistere o operare le partorienti, nel consigliare o somministrare rimedi di propria o altrui invenzione, ecc. ecc., costituisce un illecito esercizio della medicina e per ciò stesso atto punibile» (Giuseppe ZIINO, *Manuale di polizia medica, ad uso degli ufficiali sanitari del Regno e degli amministratori*, Dott. Leonardo Vallardi Editore, Milano, 1890, VIII+439+24 pp., cfr. p. 91). In merito a questa tematica è da vedere Paolo BARTOLI, *La medicina popolare e la costruzione del sistema sanitario pubblico nello Stato unitario italiano*, pp. 23-30 (cfr. pp. 24-26), in Tullio SEPPILLI (curatore), *Le tradizioni popolari in Italia. Medicine e magie*, Electa, Milano, 1989, 220 pp. E più in generale Ada LONNI, *Medici, ciarlatani e magistrati nell'Italia liberale*, pp. 799-840, in Franco DELLA PERUTA (curatore), *Storia d'Italia. Annali, 7. Malati e medicina*, Einaudi, Torino, 1984, XX+1293 pp.

2.3.

E invece, come sappiamo, in uno spartiacque che possiamo fissare intorno alla fine dei nostri anni '60, il "monopolio" della biomedicina ha iniziato a mostrare, proprio qui in Occidente, evidenti segni di crisi.

Non è questa la sede per una dettagliata analisi interpretativa delle dinamiche che hanno agito e stanno agendo in questa vicenda. Né per riprendere la discussione, solo in qualche misura bizantina, se si tratti di una crisi *della* biomedicina o di una crisi *nella* biomedicina, una sorta di crisi, cioè, *nella* sua linea di sviluppo. Ma a fronte della situazione che si sta creando è necessario, anche ai fini della maturazione di una nostra strategia operativa, richiamare qui quelli che in base a una ormai ampia riflessione collettiva possono considerarsi i principali fattori attualmente in gioco.

Al centro sembrano porsi alcune complesse dinamiche che convergono nell'odierno configurarsi del rapporto fra medico e paziente e in particolare nella progressiva riduzione del suo spazio dialogico e del suo tradizionale spessore emozionale-simbolico:

- (a) in primo luogo, una sempre più spinta specializzazione e settorializzazione del sapere medico, che accanto a indubitabili progressi delle conoscenze scientifiche ha comportato di fatto il ridursi dell'attenzione alle connessioni sistemiche e ai quadri generali, nonché alla soggettività del paziente, e dunque ai suoi vissuti e ai suoi concreti riferimenti socio-culturali;
- (b) in secondo luogo, il progressivo contrarsi degli spazi e dei tempi della visita medica, e dunque, di nuovo, dei suoi coinvolgimenti soggettivi e delle sue dimensioni emozionali-simboliche, come conseguenza di specifici fattori economici e organizzativi, come il processo di cosiddetta aziendalizzazione, e di una più generale riduzione, nella società, dei legami intersoggettivi e di coinvolgimento e coesione sociale;
- (c) in terzo luogo – forse un contrappunto, non del tutto obbligato, alla raggiunta conquista, nei nostri Paesi, di un sistema sanitario pubblico –, una significativa burocratizzazione delle strutture istituzionali della sanità, sia per quanto concerne l'accesso ai servizi sia per quanto concerne i percorsi e la comunicazione fra il livello della medicina "di base" e quello "specialistico": con la conseguenza che a fronte di una indubbia progressiva dilatazione del tempo che i cittadini dedicano complessivamente alla tutela della salute e al rapporto con i relativi servizi, il tempo concreto della visita medica va sempre più riducen-

dosi rispetto a quello dedicato alle attese e ai numerosi adempimenti burocratici.

Occorre segnalare, peraltro, che questa progressiva marginalizzazione dell'attenzione alla soggettività del paziente e alle sue dimensioni emozionali, diffusa ormai in larga parte della *pratica medica* ufficiale, è venuta aggravandosi, paradossalmente, proprio mentre la *scienza medica*, seguendo sul proprio terreno, con la psiconeuroendocrinoimmunologia, il percorso aperto sin dalla fine dell'Ottocento dall'antropologia e dalle discipline "psi", riconosceva finalmente il notevole peso dell'apparato psichico nel prodursi e nell'andamento delle malattie; proprio mentre tutte le strategie di *sanità pubblica* ponevano al loro centro l'obiettivo di una maggiore consapevolezza e di una maggiore partecipazione degli utenti alla costruzione di migliori stili di vita, alla prevenzione delle malattie e alla stessa gestione dei programmi terapeutici; proprio mentre un maggiore benessere, una più elevata scolarizzazione e un più diffuso "sentimento dei diritti", portavano semmai a innalzare la "attesa di attenzione" dei pazienti nei confronti degli operatori sanitari.

Appunto questa notevole riduzione dello spazio oggettivo e soggettivo della visita medica – questa sua evidente "spersonalizzazione" – appare, anche in base alle numerose inchieste di recente condotte, come un fattore importante di una diffusa valutazione critica nei confronti della medicina ufficiale: di contro alla quale – occorre sottolinearlo – al di là delle loro enormi differenze le medicine non convenzionali manifestano tutte, in un modo o nell'altro, una forte attenzione al rapporto fra operatore e paziente, alla sua durata, alle dinamiche dell'ascolto e, comunque, alle sue dimensioni emozionali-simboliche.

Ma anche più generali fattori, in certo senso "ideologici", hanno indubbiamente contribuito a produrre una diffusa apertura nei confronti delle medicine non convenzionali.

Paradossalmente, ha certo pesato un effetto "perverso" delle grandi vittorie ottenute dalla biomedicina, a breve distanza una dall'altra, tra la seconda metà del XIX secolo e la prima metà del '900, nei confronti di numerose e talora terrificanti malattie di origine batterica o legate alla carenza di determinati principi nutritivi. Queste vittorie avevano prodotto nella popolazione, e in certa misura anche fra gli scienziati, la ingenua illusione di un rapido successo della biomedicina nei confronti di ogni tipo di patologia. Ma in realtà, proprio queste vittorie, insieme al mutamento

delle condizioni e degli stili di vita, hanno determinato un radicale cambiamento della patologia prevalente, con il rapido sviluppo di nuove forme infettive e, soprattutto, di una estesa patologia degenerativa, spesso di lunga durata, contro le quali poco valgono i precedenti modelli interpretativi e operativi, e gli indubbi progressi della ricerca e della pratica medica appaiono troppo lenti e spesso infruttuosi. È venuta sviluppandosi, così, una sorta di diffusa “delusione” nei confronti della biomedicina, o per lo meno della sua onnicomprensiva efficacia: una “delusione” che ha talora coinvolto la stessa fiducia nel pensiero scientifico, nei suoi fondamenti e nella certezza dei suoi risultati. E che si è andata saldando, a partire dagli ultimi anni ‘60, con una corrente culturale assai fluida e composita nella quale coesistono valori e riferimenti di ambiguo e ambivalente segno: da una critica radicale nei confronti dell’attuale assetto occidentale di società e di potere e del significato stesso dell’idea di “progresso”, a istanze neo-irrazionalistiche e misticheggianti nostalgie del passato, e, ancora, esigenze di una vita meno costrittiva, più empatica e “naturale”. La quale appare in qualche modo rappresentata dall’altro versante delle civiltà umane: quello delle civiltà “orientali”. O meglio della loro immagine in Occidente. E per quanto qui più direttamente ci interessa, le loro antiche medicine. Che sembrano più attente agli orizzonti spirituali, alla mediazione fra i processi mentali e le tecniche del corpo, agli stili alimentari e di vita. O semplicemente “diverse”, come l’agopuntura. E in questo politemico quadro vanno anche prendendo forma idee-guida come “ciò che è naturale fa bene” o un certo rifiuto dei farmaci industriali e delle procedure intrusive e le aspirazioni a una “medicina dolce”, anch’essa più “naturale”.

E ovviamente, come in tutte le situazioni in cui al di là delle risposte “ufficiali” si configurano altre possibili strade, la rinata presenza di medicine non convenzionali costituisce un polo attrattivo – in qualche modo la speranza ultima e l’ultima spiaggia – per tutti coloro cui la biomedicina appare oggi impotente.

3.

Prima di passare al rendiconto dei risultati empirici della nostra ricerca riferita al territorio regionale umbro, è opportuno fornire qui un breve

quadro di sfondo su quanto risulta in merito alla diffusione delle medicine non convenzionali nell'intero Paese.

Come per altri fenomeni di cambiamento culturale l'attuale espansione delle medicine non convenzionali sembra svilupparsi in Italia con un leggero ritardo e con una minore intensità rispetto ad altri Paesi europei e occidentali. E così, appaiono meno diffuse, ancora, le indagini empiriche sull'offerta e sulla domanda sia condotte su vasta scala sia focalizzate, in termini più qualitativi, su aree o situazioni specifiche. Ed è ancora insufficientemente sviluppato il dibattito scientifico come peraltro l'impianto di serie valutazioni di efficacia⁹.

⁹ In proposito, sono almeno da vedere: CENSIS, *XVII rapporto/1983 sulla situazione sociale del Paese*, Franco Angeli, Milano, 1983, 356 pp., in particolare: *Prevenzione e nuova medicina: l'autogestione della salute*, pp. 401-408 / Pina LALLI, *L'altra medicina e i suoi pazienti. Un'indagine nel sociale delle pratiche di cura alternative*, prefazione di Franco CRESPI, Editrice CLUEB, Bologna, 1988, 247 pp. / Natale LOSI, *Gli amici dell'acqua. Medici, pazienti e medicine alternative*, prefazione di Alberto MARTINELLI, Franco Angeli, Milano, 1990, 191 pp. / Fabio DEI, *Medicine alternative: il senso del male nella post modernità*, "I Fogli di ORISS. Organizzazione interdisciplinare sviluppo e salute", n. 5, agosto 1996, pp. 29-55 / R. ADAMOLI – M. C. MOIOLI – M. POLETTI – L. CAGGESE – F. GIANNELLI – A. DURANTE – D. HAGL – F. ROSSI – M. BREGLIA – F. CREMONESI, *Ricerca pilota sull'utilizzo di terapie complementari da parte di 223 persone con HIV affetti ad un ambulatorio di malattie infettive*, pp. 10-21d, in *X Convegno nazionale AIDS e sindromi correlate (Milano, 21-23 novembre 1996)*, Centro Poiesis Fondazione Exodus, Milano / DOXA. ISTITUTO PER LE RICERCHE STATISTICHE E L'ANALISI DELL'OPINIONE PUBBLICA, *Ricerca sui consumatori di rimedi omeopatici. (Risultati d'indagine)*, DOXA, Milano, 16 settembre 1999, 32 pp. / Francesca MENNITI-IPPOLITO – Barbara DE MEI, *Caratteristiche d'uso e livelli di diffusione della medicina non convenzionale*, pp. 489-497 [in particolare pp. 490 e 494-495], in ROBERTO RASCHETTI – Giorgio BIGNAMI (curatori), *Una riflessione multidisciplinare sul fenomeno "terapie non convenzionali"*, "Annali dell'Istituto Superiore di Sanità", vol. 35, n. 4, 1999, pp. 475-549 / Giorgio COCCONI, *Indagine conoscitiva sulle medicine non convenzionali a Parma*, "Parma Medica. Bollettino dell'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri della provincia di Parma", n. 3, maggio-giugno 2002, pp. 18-28. Per l'Umbria, in merito alle forme non tradizionali di medicina non convenzionale disponiamo di alcune tesi di laurea predisposte sotto la mia direzione nel quadro delle attività dell'Istituto di etnologia e antropologia culturale descritte alla successiva nota 11: Loredana MOSCINI, *Il cammino della guarigione: saggio di inchiesta su una comunità carismatica nella città di Perugia*, 1991 / Fausta PARENTE, *L'offerta di prestazioni magiche nella città di Terni: inchiesta su due operatrici specializzate in terapia divinazione e consulenze comportamentali*, 2 voll. + 1 album fotografico + 1 videocassetta, 1995 / Sabrina ROSSI, *L'offerta di prestazioni magiche nella città di Terni: inchiesta sui messaggi diffusi dai mezzi di comunicazione di massa*, 2 voll., 1996 / Grazia

Appunto per un quadro di sfondo, tuttavia, disponiamo in particolare dei risultati di una significativa rilevazione, condotta dall'ISTAT su proposta dell'Istituto superiore di sanità, riferita ai comportamenti degli Italiani nel periodo 1997-1999¹⁰.

In base a questa rilevazione risulta che in quel periodo circa 9 milioni di Italiani, pari al 15,5% della popolazione, avevano fatto ricorso, almeno una volta, a forme di medicina non convenzionali. E che i ricorsi più frequenti concernevano, nell'ordine decrescente, la omeopatia, i trattamenti manuali, pratiche di fitoterapia, e l'agopuntura (TAB. 1). Se, come è altamente probabile, il nostro Paese segue la tendenza delle altre nazioni occidentali, le cifre qui riportate sono da ritenere oggi sensibilmente aumentate.

LOLI, *Inchiesta su operatori non convenzionali di salute in aree urbane del comune di Perugia (Umbria)*, 2 voll., 1997 / Gregorio BORIOSI, *Inchiesta su operatori non convenzionali di salute nell'Alta Valle del Tevere umbra e Toscana e in aree contermini*, 1999 / Angelo CARNEVALI, *Inchiesta sui guaritori tradizionali e "alternativi" nei comuni di Gubbio, Scheggia e Pascelupo, Costacciaro, Sigillo, Gualdo Tadino (comprensorio eugubino-gualdese, provincia di Perugia, Umbria)*, 2 voll., 1999 / Monica PELLICIONI, *Una medicina occidentale eterodossa: l'omeopatia. Confronti e dibattiti scientifici e normativi e un sondaggio in un ambulatorio privato nella città di Perugia (Umbria)*, 2000 / Carlotta BAGAGLIA, *L'integrazione delle terapie non convenzionali nelle opinioni e nelle scelte operative dei medici generalisti e dei pediatri di libera scelta. Una inchiesta nel Distretto n. 1 dell'Azienda U.S.L. n. 2 della Regione dell'Umbria*, 2 voll., 2001 / Cinzia MARCHESINI, *Inchiesta su divinatori e terapeuti non convenzionali nei comuni umbri e toscani dell'area trasimena sud-occidentale (comuni di Panicale, Paciano, Castiglione del Lago, Chiusi)*, 2001.

¹⁰ SISTEMA STATISTICO NAZIONALE – ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA (Servizio famiglie e società), *La cura e il ricorso ai servizi sanitari. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000*, a cura di Lidia GARGIULO e Gabriella SEBASTIANI, ISTAT, Roma, rapporto di ricerca diffuso il 24 luglio 2002, 336 pp., in particolare: 2. *Le terapie non convenzionali*, a cura di Emanuela BOLOGNA, pp. 35-79.

TABELLA 1: Italiani che nel triennio 1997-1999 hanno fatto ricorso almeno una volta a terapie non convenzionali, in base alla terapia prescelta [percentuali sul totale della popolazione]

Omeopatia	8,2 %
Trattamenti manuali	7,0 %
Fitoterapia	4,8 %
Agopuntura	2,9 %
Altre terapie non convenzionali	1,3 %
Almeno una qualsiasi	15,5 % (pari a circa 9 milioni di persone)

All'interno di questo quadro sembrano significative alcune differenziazioni, perché attraverso la messa in luce della entità dei ricorsi in rapporto a talune specifiche condizioni, esse consentono una migliore comprensione della natura del fenomeno.

I risultati della rilevazione ci mostrano infatti: che rispetto al *genere* il fenomeno è significativamente più frequente fra le donne (TAB. 2); che rispetto al livello di *scolarità* è significativamente più frequente fra i laureati e diplomati di scuola media superiore (e minimale fra chi non ha alcun titolo) (TAB. 3), e quindi, probabilmente, più frequente nelle classi agiate; che rispetto all'*area geografica* del Paese è significativamente più frequente nell'Italia nord-occidentale (24,7%) e, subito dopo, in quella nord-orientale (20,1%), e manifesta la minor frequenza nell'Italia meridionale (6,4%), una frequenza quasi quattro volte minore che nel Nord del Paese. L'Italia centrale occupa in questa scala una posizione intermedia (16,1%) (TAB. 4). Siamo cioè di fronte a un fenomeno che lungi da costituire un attardamento o un ritorno a orientamenti "tradizionali" appare chiaramente un prodotto dell'epoca che taluni chiamano "post-moderna" o, se vogliamo, della "globalizzazione".

TABELLA 2: Italiani che nel triennio 1997-1999 hanno fatto ricorso almeno una volta a terapie non convenzionali, in base al genere [percentuali sul totale degli appartenenti a ciascun genere]

Donne	18,0 % (pari a circa 5.000.000)
Uomini	12,9 % (pari a circa 3.500.000)

TABELLA 3: Italiani che nel triennio 1997-1999 hanno fatto ricorso almeno una volta a terapie non convenzionali, in base al livello di scolarità [percentuali sul totale degli appartenenti a ciascun livello di scolarità]

Diploma o laurea	24,0 %
Licenza media	18,8 %
Nessun titolo o licenza elementare	11,2 %

TABELLA 4: Italiani che nel triennio 1997-1999 hanno fatto ricorso almeno una volta a terapie non convenzionali, in base all'area geografica [percentuali sul totale degli appartenenti a ciascuna area geografica]

Italia nord-orientale	24,7 %
Italia nord-occidentale	20,1 %
Italia centrale	16,1 %
Italia meridionale	6,4 %
Italia insulare	9,4 %

4.1.

I risultati della rilevazione ISTAT e delle altre indagini disponibili, per l'Italia, sulla diffusione delle medicine non convenzionali, sembrano circoscrivere abbastanza bene la posizione specifica della regione umbra. La rilevazione ISTAT, in particolare, la attesta sul 15,5% della popolazione, leggermente minore, dunque, che per l'insieme dell'Italia centrale (16,1%) e identica alla media nazionale (15,5%) (TAB. 5).

TABELLA 5: Italiani che nel triennio 1997-1999 hanno fatto ricorso almeno una volta a terapie non convenzionali, in base alla terapia prescelta e alla scala geografica dell'Umbria, dell'Italia centrale e dell'intero Paese [percentuali sul totale degli appartenenti a ciascuna delle tre aree]

	Umbria	Italia centrale	Italia
Omeopatia	9,3 %	8,2 %	8,2 %
Trattamenti manuali	6,8 %	7,4 %	7,0 %
Fitoterapia	3,5 %	4,7 %	4,8 %
Agopuntura	3,2 %	3,0 %	2,9 %
Altre terapie non convenzionali	1,3 %	1,4 %	1,3 %
Almeno una qualsiasi	15,5 %	16,1 %	15,5 %

Si è dunque ritenuto opportuno, per la nostra ricerca, non procedere a un sondaggio di tipo quantitativo, che si sarebbe inevitabilmente tradotto in un avanzamento conoscitivo di non grande spessore, nella rilevazione di dati certamente superficiali e, soprattutto, in una scarsa utilità operativa. Si è optato invece per una indagine empirica di tipo qualitativo, flessibile e capace di cogliere, più in profondità, la realtà articolata e complessa degli operatori e degli utenti, i loro profili socio culturali e i loro percorsi biografici, le motivazioni sottese e i loro orizzonti ideologici di riferimento, le forme organizzative di accesso alle cure, le patologie che spingevano al ricorso e le procedure diagnostico-terapeutiche volta a volta praticate.

Abbiamo perciò messo a punto il progetto di indagine di cui ora riferirò le caratteristiche di maggior rilievo.

4.2.

Anzitutto, come ho già anticipato, la ricerca avrebbe dovuto indagare la realtà delle medicine non convenzionali nella regione umbra rivolgendosi sia agli *operatori* sia ai loro *utenti* e inoltre ad alcune strutture in qualche modo complementari.

Sulla base di quanto risultava da precedenti indagini da noi compiute nel territorio umbro e in aree contermini¹¹ e da ulteriori sondaggi finalizzati a questa ricerca, giungemmo ad articolare la rilevazione empirica sugli *operatori* direzionandola verso tre categorie di soggetti abbastanza bene circoscrivibili:

¹¹ È dal 1956 che nel quadro di attività dell'Istituto di etnologia e antropologia culturale dell'Università di Perugia (confluito agli inizi del 1999 come Sezione antropologica nel nuovo Dipartimento Uomo & Territorio) andiamo sondando le espressioni di medicina non convenzionale nel territorio dell'Umbria e nelle regioni contermini. In questo lungo periodo siamo partiti lavorando sulle persistenze di medicina popolare tradizionale e abbiamo via via seguito il progressivo diffondersi di altre forme non convenzionali di risposta alla patologia. Ne abbiamo esplorato gli orizzonti culturali di riferimento, le concezioni e le pratiche, i materiali oggettuali, le figure degli operatori e le forme di apprendimento e trasmissione dei saperi, i loro ambiti di intervento, le nuove tecnologie di informazione e organizzazione del "mercato", le caratteristiche e le motivazioni dell'utenza. A tal fine abbiamo condotto un gran numero di indagini sul campo, raccolta molta documentazione, prodotto repertori, catalogazioni ed esiti espositivi. Su questa tematica è stata indirizzata una intensa attività di ricerca empirica dei nostri studenti, che si è tradotta, in particolare, in un centinaio circa di compendiose tesi di laurea e di dottorato.

- (a) i *guaritori tradizionali*, ultimi rappresentanti di una ininterrotta tradizione diagnostico-terapeutica rural-folclorica, ormai quasi tutti anziani, sopravvissuti nelle aree più marginali e legati a una formazione in qualche modo “interna” alla cultura contadina, gli unici peraltro i cui saperi sono riscontrabili con i risultati delle ricerche di epoca positivistica compiute anche in Umbria fra il 1870 e il 1920;
- (b) i “*guaritori moderni*”, caratterizzati in genere da una collocazione sociale di ceto medio urbano e da un grado abbastanza elevato di scolarizzazione, i cui orizzonti di riferimento e le cui pratiche diagnostico-terapeutiche riflettono in un modo o nell’altro stimoli culturali che taluni definirebbero “post-moderni”, provenienti dall’universo sincretico della globalizzazione o comunque legati alla moderna società tecnologica e mediatica, con qualche punta verso la cosiddetta *New Age*;
- (c) i *laureati in medicina* che con differenti motivazioni e con eterogenei percorsi formativi praticano, in parallelo alla “medicina ufficiale” o in forma esclusiva, procedure diagnostico-terapeutiche di tipo non convenzionale (in particolare le varie scuole omeopatiche o l’omotossicologia e l’agopuntura o il complesso della medicina tradizionale cinese).

A queste tre categorie di operatori singoli, sempre in base ad informazioni emerse in precedenti sondaggi, decidemmo di aggiungere qualche specifica rilevazione su una particolare ed eterogenea modalità organizzativa di offerta di medicine non convenzionali, piuttosto recente e abbastanza differenziata ma in genere costituita da operatori ascrivibili alla terza categoria che ho qui sopra indicata: mi riferisco ai *centri di terapie non convenzionali* in cui lavorano, in vario modo associati, gruppi di operatori dediti alla medesima o a differenti medicine non convenzionali.

Per quanto concerne gli *utenti* decidemmo, in base ad abbastanza ovvie ragioni di caratterizzazione socio-culturale, di articolare la rilevazione empirica facendo riferimento alla tipologia di operatori non convenzionali cui essi risultavano prevalentemente ricorrere, e cioè:

- (a) gli *utenti di guaritori tradizionali*;
- (b) gli *utenti di “guaritori moderni”*;
- (c) gli *utenti di laureati in medicina* (cioè gli utenti di medici che praticano *anche* o *soltanto* medicine non convenzionali).

Infine, decidemmo di svolgere due ulteriori parallele direttrici di indagine rivolte, per la rilevante funzione di intermediazione culturale e materiale dei rimedi utilizzati in alcune medicine e procedure non convenzionali, a:

(a) *le erboristerie;*

(b) *le farmacie che offrono anche prodotti finalizzati a un utilizzo terapeutico non convenzionale.*

4.3.

Poiché la ricerca è stata impostata, per i motivi già esposti, come una indagine empirica di tipo qualitativo, la metodica di rilevazione è stata da noi configurata in forma di *colloqui guidati* intorno ad alcuni ampi “temi”, articolati a loro volta in “sottotemi” indicativi di significativi possibili percorsi specifici: colloqui condotti con l’ausilio di specifici *temari* e integrati nella misura volta a volta opportuna da procedure di *osservazione*. Tali colloqui dovevano essere condotti da rilevatori sperimentati, in modo molto flessibile, di norma con individui singoli, e poiché essi potevano durare anche abbastanza a lungo era prevista la possibilità di ulteriori incontri e dunque di interviste in più fasi. Laddove consentito, i colloqui dovevano essere audioregistrati, garantendo in ogni caso l’anonimato degli intervistati. Gli intervistatori dovevano presentarsi senza sotterfugi per quello che erano: collaboratori di una ricerca, condotta da personale di tipo universitario, mirata ad ampliare le conoscenze intorno a un fenomeno sul quale tali conoscenze erano carenti e le esperienze e le opinioni di tutti avrebbero consentito di meglio operare.

Come si è detto, i colloqui dovevano essere possibilmente audioregistrati: in caso contrario, essi dovevano venire verbalizzati il più dettagliatamente possibile subito dopo la conclusione dell’intervista.

Ciascun verbale avrebbe dovuto essere accuratamente deregistrato per dar luogo a un documento cartaceo “oggettivo”: il quale doveva poi venire rielaborato dal rilevatore che lo aveva prodotto dando luogo a un nuovo documento più sintetico e funzionale alla costruzione dei risultati della ricerca: in questo secondo documento i materiali del colloquio dovevano essere riorganizzati e accorpati in base agli item del temario superando in tal modo le digressioni e gli inevitabili “ritorni” sui medesimi temi nel corso di svolgimento del colloquio, e vi andavano con precisione riportate le frasi che secondo il rilevatore risultavano particolarmente significative delle esperienze e delle opinioni dell’intervistato. Sempre in questo se-

condo documento il materiale di intervista doveva essere integrato con le eventuali osservazioni del rilevatore (poste in parentesi quadra).

In tale prospettiva, furono messi a punto e preliminarmente testati un *temario per i colloqui con gli operatori* (ALL. 1), un *temario per i colloqui nei centri* (ALL. 2), un *temario per i colloqui con gli utenti* (ALL. 3), e un *temario per i colloqui nelle erboristerie e nelle farmacie* (da condurre con i titolari-esercenti o, nella impossibilità, con gli addetti alla vendita dei prodotti) (ALL. 4). Al di là della particolare tematica in cui ciascuno di essi si articolava, tutti questi strumenti prevedevano un doppio quadro informativo “preliminare”, in cui andavano collocate le informazioni strutturali concernenti l’intervista (luogo, data, durata, anche in riferimento a più “fasi”, sigla del rilevatore, ...) e l’intervistato o il centro o l’erboristeria/farmacia cui l’intervista era rivolta (ALL. 5).

In relazione alla complessità e alla “delicatezza” dell’insieme delle operazioni previste, che richiedevano una capacità e un’autonomia di lavoro di notevole livello, i rilevatori sono stati selezionati fra i laureati nell’Istituto di etnologia e antropologia culturale dell’Università di Perugia che avevano già avuto positive esperienze nella conduzione di interviste qualitative. Essi sono stati poi coinvolti in un processo di addestramento specifico abbinato con il pre-testing stesso degli strumenti di rilevazione (corretta e omogenea acquisizione collettiva dello strumento, dei significati implicati e delle procedure richieste, sua sperimentazione sul terreno, successivo trattamento dei materiali risultanti dalle interviste e dalle osservazioni).

4.4.

La individuazione dei soggetti con i quali condurre i colloqui – sia operatori, sia utenti, sia erboristerie e farmacie – è stata effettuata attraverso la consultazione di differenti fonti e la progressiva costruzione di reti informative locali, cercando di “bilanciare”, in certo senso, la esplorazione delle varie categorie di soggetti e, come vedremo, la loro ubicazione entro alcune più omogenee aree della regione.

4.5.

Così, al fine di evidenziare, sia pure in un orizzonte qualitativo, possibili eterogeneità del fenomeno nelle diverse zone del territorio regionale, sono state da noi delineate in base a numerose evidenze otto differenti aree della regione che potevano considerarsi “tipiche” della diversa configurazione

socio culturale del territorio. All'interno appunto di ciascuna di tali aree (indicate nella TAB. 6 insieme ai Comuni in cui ognuna di esse si articola) sono stati individuati, come si è detto sopra, i "soggetti" delle varie categorie da coinvolgere nella rilevazione.

TABELLA 6: Aree-tipo della regione umbra nelle quali è stata concentrata la ricerca (e relativi Comuni di appartenenza)

Area Valnerina: Comuni di Cascia, Cerreto di Spoleto, Monteleone di Spoleto, Norcia, Poggiodomo, Preci, Sant'Anatolia di Narco, Scheggino, Sellano, Vallo di Nera.
Area Foligno-Spoleto: Comuni di Campello sul Clitunno, Foligno, Giano dell'Umbria, Spello, Spoleto, Trevi.
Area Eugubina: Comuni di Costacciaro, Fossato di Vico, Gualdo Tadino, Gubbio, Scheggia e Pascelupo, Sigillo.
Area Alta Valle del Tevere: Comuni di Citerna, Città di Castello, Monte Santa Maria Tiberina, Montone, San Giustino, Umbertide.
Area Perugina: Comune di Perugia.
Area Lago Trasimeno: Comuni di Castiglione del Lago, Città della Pieve, Magione, Paciano, Panicale, Passignano sul Trasimeno, Piegaro, Tuoro sul Trasimeno.
Area Orvietano-Tuderte: Comuni di Allerona, Baschi, Castel Giorgio, Castel Viscardo, Ficulle, Fratta Todina, Montecastello di Vibio, Orvieto, Porano.
Area Ternana: Comune di Terni.

4.6.

Le vere e proprie rilevazioni empiriche sono state complessivamente condotte in un arco di tempo di circa tredici mesi, fra l'8 aprile del 2001 e il 17 maggio del 2002, da sette intervistatori/trici e da una coordinatrice della rilevazione (dei quali abbiamo descritto le caratteristiche e le modalità di addestramento specifico).

In cifre, una "scheda" del materiale risultante potrebbe essere così sintetizzata (TAB. 7):

TABELLA 7: La ricerca in cifre

200 colloqui in profondità in 8 aree della regione 500 ore di rilevazione-registrazione 2500 ore di analisi ed elaborazione 5000 pagine di documentazione
59 "tipi" di medicine non convenzionali individuati
Operatori di medicine non convenzionali intervistati, in base alla loro tipologia (in percentuale sul totale degli intervistati): <ul style="list-style-type: none"> • guaritori tradizionali rurali: 16 % • operatori "moderni": 33 % • medici laureati che praticano <i>anche</i> medicine non convenzionali: 51 %
Utenti di medicine non convenzionali intervistati, in base al genere (in percentuale sul totale degli intervistati): <ul style="list-style-type: none"> • donne: 84 % • uomini: 16 %
Durata media dei colloqui con gli operatori di salute non convenzionali: circa 2 ore (spesso in più incontri) Durata media dei colloqui con gli utenti degli operatori di salute non convenzionali: circa 1 ora Durata media dei colloqui nelle erboristerie e farmacie: circa 1 ora

5.0.

Credo opportuno passare finalmente alla esposizione, seppur molto sintetica, dei risultati che emergono dalla ricerca.

Anzitutto, la evidente entità del fenomeno: anche in Umbria il ricorso alle terapie non convenzionali appare non solo diffuso ma anche abbastanza estesamente legittimato. Lo è "fra la gente" come peraltro nelle radio e nelle televisioni locali. E lo è, in misura relativamente significativa, fra gli stessi medici provenienti dai percorsi universitari: sia nel senso di una pura e semplice "conoscenza" di paralleli ricorsi di propri pazienti a operatori di medicine non convenzionali, sia nei termini di un manifesto interesse o di una pur generica apertura verso l'una o l'altra di tali medicine, sia più concretamente attraverso l'invio di propri pazienti a operatori non ufficiali per talune specifiche patologie, sia infine sul terreno di un effettivo personale passaggio all'esercizio di forme di terapia non convenzionali in parallelo alla medicina ufficiale o anche in modo pressoché esclusivo.

5.1.

Anche in Umbria, d'altronde, la presenza di procedure mediche non convenzionali appare relativamente sganciata dalle antiche forme rural-folcloriche. Insieme all'intero mondo contadino e alla sua cultura sembrano ormai scomparsi i vecchi operatori, e spesso quelli che ancora possiamo ascrivere alla categoria dei *guaritori tradizionali* manifestano ad un tempo significative perdite dell'antico patrimonio terapeutico e evidenti influenze di forme più recenti e abbastanza tipicamente urbane (vedi TAB. 8).

Permangono tuttavia, nelle zone rurali più marginali e in correlazione con fasce di utenza più radicate nel vecchio stile di vita, gli ultimi residui di queste figure, che ricevevano in genere i loro clienti nella propria dimora e dispensavano le loro pratiche di guarigione ottenendone quasi sempre in cambio semplici ricompense in natura commisurate alle possibilità dei singoli: figure in via di scomparsa anche perché, per effetto dei radicali e rapidi processi di cambiamento socio-culturale da tempo in atto nelle campagne, esse non trovano più nelle giovani generazioni interlocutori culturalmente e personalmente disponibili ad apprenderne saperi e segreti e a ereditarne così la "vocazione". Di queste figure, che operavano in genere sullo sfondo di una solida e sperimentata conoscenza empirica dei rimedi naturali disponibili nell'ambiente e di un cattolicesimo popolare fortemente intriso di riferimenti magici, possiamo ancora indicare, qui, alcune caratteristiche. Un ambito di attività, talora articolata in figure "specialistiche" (come i *conciaossa*, ad esempio), che si muoveva, appunto, tra il ricorso a numerosi rimedi di origine vegetale, soprattutto, ma anche animale, variamente trattati e variamenti somministrati, e le pratiche simboliche magico-religiose, dai segni di croce alle formule di guarigione fino alle più complesse operazioni diagnostico-terapeutiche connesse al malocchio e alla fattura¹² o a più generiche funzioni protettive (preparazioni di "brevi" o di amuleti). E complessi meccanismi di trasmissione dei saperi, spesso intrafamiliari. Per il riconoscimento e il trattamento delle piante dotate di una "virtù", ad esempio, lunghi tirocini.

¹² Tullio SEPPILLI, *Nota sulla fattura come sindrome psicosomatica. Da un documento presentato al Consiglio nazionale delle ricerche il 28 settembre 1966*, "Università degli Studi di Perugia. Annali della Facoltà di Lettere e Filosofia. 2. Studi Storico-Antropologici", vol. XVI-XVII, nuova serie vol. II-III, 1978/79 – 1979/80, pp. 101-110 / Tullio SEPPILLI, *La fattura*, pp. 49-50, in Tullio SEPPILLI (curatore), *Le tradizioni popolari in Italia. Medicine e magie*, Electa, Milano, 1989, 220 pp.

Ma la comunicazione delle procedure simboliche avveniva quando un guaritore anziano si trovava in punto di morte o quando decideva di abbandonare definitivamente il suo ruolo, o ancora in particolari momenti “sacri” del ciclo annuale, come la notte della vigilia di Natale: perché, di norma, la trasmissione di una formula magica o di un altro segreto comportava per chi la rivelava la definitiva perdita dei poteri che vi erano racchiusi. Importante era comunque l’incontro con un guaritore già affermato o qualche volta (come abbiamo tuttora attestato nel corso di questa ricerca) la frequentazione con il parroco locale. Talora, la assunzione del ruolo di guaritore era il risultato di un sogno o di una “visione”, in cui la Vergine, o un Santo, comunicavano a qualcuno un “potere” e ingiungevano di utilizzarlo per il bene del prossimo. O la “vocazione” si manifestava (anche questo lo abbiamo tuttora attestato nel corso della nostra ricerca) in seguito alle sofferenze prodotte da una malattia o dalla morte di un familiare. Altre volte, particolari pratiche magiche operate dai genitori sul neonato, prima del battesimo, servivano a garantire al figlio, divenuto adulto, taluni poteri di guarire mediante la pronuncia di formule segrete. Ma è bene sottolineare, in effetti, che i saperi e le pratiche di queste figure costituivano in qualche modo, fino a non molti anni or sono, le punte emergenti – i vertici specialistici, se vogliamo – di un più diffuso patrimonio domestico, specie femminile, misto anch’esso di conoscenze empiriche e riferimenti magico-religiosi, diretto a fornire il primo livello di quotidiana protezione delle persone, delle cose, del bestiame e dei raccolti¹³.

Assai ampia, internamente differenziata e evidentemente connessa a più larghe e recenti correnti di circolazione culturale, appare invece la categoria di operatori che abbiamo ritenuto di indicare convenzionalmente come “*guaritori moderni*”. In questa categoria abbiamo compreso operatori che coprono complessivamente una estesissima e assai eterogenea gamma di procedure non convenzionali (vedi TAB. 8): dallo shiatsu al

¹³ In merito alla medicina popolare tradizionale nel territorio umbro è opportuno ricordare che oltre alla cospicua attività di ricerca e documentazione condotta, come si è detto, dall’Istituto di etnologia e antropologia culturale nella seconda metà del XX secolo, cioè in una fase in cui l’intero complesso della cultura popolare tradizionale (prevalentemente contadina) andava spegnendosi (vedi *nota 11*), l’Umbria era stata teatro di una intensa attività di ricerca e documentazione già in epoca positivista, tra il 1870 e il 1920: si vedano, in particolare, i numerosi lavori di Giuseppe BELLUCCI, Zeno ZANETTI, Giuseppe NICASI.

reiki, dalla iridologia al Feldenkrais, dai fiori di Bach alla naturopatia, ciascun operatore appare in genere esercitarne più d'una. Talora si tratta di procedure praticate anche da altre categorie di operatori: ad esempio, sia tra i guaritori tradizionali sia tra quelli che abbiamo definito "moderni" viene fatto ricorso abbastanza spesso a tecniche pranoterapiche, ma solo questi ultimi hanno solitamente verificato le proprie potenzialità "praniche" attraverso il cosiddetto "metodo Kirlian" e hanno frequentato corsi di formazione per utilizzare al meglio le proprie capacità.

Questi operatori si giovano talora di complesse strumentazioni tecnologiche, e l'orizzonte culturale cui essi fanno riferimento riflette, come si è detto, stimoli culturali che taluni definirebbero "post-moderni" e che provengono in ogni caso dall'universo sincretico della globalizzazione, assai lontani, tutti, dall'orizzonte magico-religioso dei tradizionali guaritori contadini. Ma essi presentano, appunto, tratti fortemente eterogenei: con punte verso forme chiaramente neo-esoteriche, come la "conoscenza delle vite passate" o i "contatti medianici con i defunti" o verso orientamenti direttamente riconducibili alla cosiddetta *New Age*, ma più spesso legati a spezzoni di pratiche orientali, a interventi "naturali" come le varie massoterapie o le fito- e flori-terapie, o "psicologici" come la musicoterapia e la comicoterapia, in cui si intrecciano modelli culturali vagamente "alternativi" concernenti la salute, la corporeità e l'ecologia, il counselling e la proposta di nuovi stili di vita. Emerge nei colloqui con questi operatori un quasi costante riferimento alle proprie vicende biografiche e a particolari esperienze di vita; e l'acquisizione di competenze terapeutiche non convenzionali – spesso fondate sulla frequenza a precisi corsi di formazione specifica – vi si configura non di rado come una continuazione di vissuti in cui dominano componenti di ricerca artistica, pratiche esotiche di disciplina del corpo e una costante sperimentazione su se stessi: quasi una metaforica iniziazione. Tra i fattori soggettivi concernenti le ragioni che li hanno spinti verso l'apprendimento e la pratica di terapie non convenzionali, risultano variamente intrecciate alcune principali dinamiche. Da un lato una generica insoddisfazione per la propria precedente (e oggi, talora, parallela) collocazione professionale. Dall'altro il desiderio di una "ricerca personale" e l'aspirazione a coltivare una individuale peculiarità rispetto al proprio gruppo di appartenenza. Infine, compare non di rado una "occasione": l'avvenuto positivo ricorso a un operatore non convenzionale in qualità di utente o anche l'incontro con un operatore

non convenzionale che ha rivelato al soggetto il possesso di particolari potenzialità o capacità terapeutiche.

I “guaritori moderni” ricevono spesso i loro pazienti in locali con specifiche funzioni di “studio professionale”. Sono peraltro figure che non di rado appartengono al ceto medio, presentano un livello abbastanza elevato di scolarizzazione ed esercitano frequentemente anche un’altra professione coerente con il loro titolo di studio: fra gli intervistati di questa categoria, ad esempio, un’infermiera, un analista informatico, un direttore amministrativo scolastico, un dirigente statale.

Infine, i *laureati in medicina che praticano, in parallelo alla medicina ufficiale o in forma esclusiva, procedure diagnostico-terapeutiche di tipo non convenzionale*. Dai colloqui emerge, complessivamente, un arco di procedure abbastanza ampio (vedi TAB. 8) ma esse si addensano soprattutto nelle varie correnti della omeopatia e della omotossicologia e nelle varie pratiche costitutive della medicina tradizionale cinese, in particolare l’agopuntura.

Si tratta, in effetti, di una categoria di operatori di salute che vive in prima persona le contraddizioni che caratterizzano oggi questo ambito di attività nel nostro Paese. Formatosi rigidamente lungo il loro curriculum universitario entro l’alveo della medicina occidentale, in cui l’esistenza delle altre medicine è totalmente ignorata e vista semmai con estremo sospetto, essi sono gli unici, tuttavia, che legalmente, in quanto esclusivi titolari del diritto a compiere “atti medici”, possono invece praticarle. E dispensano in genere le loro prestazioni non convenzionali ricevendo i pazienti nel loro stesso normale gabinetto medico: il loro studio privato oppure la stanza personale all’interno della struttura sanitaria pubblica.

Non sembra inutile, dunque, formulare in merito due quesiti di fondo. Cosa porta una parte – non molto ampia ma crescente – dei nostri laureati in medicina ad abbandonare parzialmente o interamente la medicina in cui essi si sono formati per orientarsi invece in altre direzioni di cura? E in che misura, e come, essi cercano di acquisire nelle nuove procedure prescelte una certa formazione teorica e operativa?

Per quanto riguarda le motivazioni che sembrano spingere alcuni medici verso l’esercizio di medicine non convenzionali occorre, certo, tenere in conto l’aprirsi di una sempre più ampia *richiesta* di tali medicine anche nel nostro Paese: lo sviluppo, cioè di un “mercato delle medicine non convenzionali” che proprio per il suo non riconoscimento ufficiale è generalmente escluso dalle prestazioni e dai farmaci consentiti nell’ambito

del servizio sanitario pubblico. Occorre, in altre parole, tenere in conto il fatto che – con la sola eccezione di alcune iniziative regionali – si tratta di attività le cui prestazioni sono a pagamento.

Ma dai colloqui emergono altre motivazioni e altre occasioni-stimolo di un certo interesse. La influenza di familiari che già praticavano – come medici o come pazienti – talune terapie non convenzionali. O una positiva esperienza di terapia non convenzionale avvenuta di persona, in qualità di utente. O la influenza di colleghi molto stimati, esperti in una qualche medicina “altra”. Ma molto spesso, una forte insoddisfazione nei confronti della biomedicina: rapporto medico-paziente spersonalizzante, interventi terapeutici troppo invasivi, eccessiva burocratizzazione del lavoro, o anche una generica delusione nei confronti della professione medica convenzionale. E per la propria opzione, controcorrente nell’ambiente medico ufficiale, parecchi si considerano in certo senso “pionieri” di una più illuminata medicina.

Quanto alla formazione, si tratta di medici che hanno acquisito la loro competenza non convenzionale, seguendo in genere, in Italia o in altri Paesi, corsi formalizzati e impegnativi, svolti nell’ambito di organizzazioni caratterizzate, nel settore specifico, da una riconosciuta ed evidente autorevolezza.

Peraltro, al di là delle specifiche medicine non convenzionali praticate, gran parte degli intervistati di questa categoria, come, tutto sommato, anche di quella dei “guaritori moderni”, trovano un comune macroriferimento in un approccio olistico alla patologia e alla terapia e grosso modo in una concezione “energetica” dell’organismo umano.

Come si è detto, mentre alcuni di questi operatori abbandonano del tutto la medicina ufficiale, in cui si sono formati nelle aule universitarie, altri praticano una qualche forma di medicina non convenzionale in parallelo alla “normale” pratica della biomedicina, considerando in qualche modo quella non convenzionale come “un’arma in più” nella lotta contro le malattie. E in genere la loro pratica nella medicina non tradizionale da essi prescelta tende dunque a focalizzarsi – in base a una progressiva “negoziante” fra l’esperienza dell’operatore e le richieste dei suoi pazienti – su aree di patologia abbastanza definite. In termini di orientamento “altro”, comunque, essi si direzionano in genere in maniera univoca. Omeopatia. O agopuntura. O medicina ayurvedica. O medicina antroposofica. E si rapportano molto spesso a strutture nazionali o sovranazionali che si articolano talora anche a livello regionale e che organizzano corsi di

formazione, svolgono attività editoriali e assolvono compiti di rappresentanza del settore e di tutela degli stessi pazienti. Così, gli agopuntori si ricollegano in genere alla Società italiana di agopuntura (SIA) e gli omeopati aderiscono quasi sempre alla Federazione italiana delle associazioni e dei medici omeopati (FIAMO). Ma va emergendo un movimento che punta invece a una integrazione – scientificamente controllata – di differenti procedure e filoni medici “altri” nel corpo stesso della attuale medicina occidentale: è appunto il movimento verso una “medicina integrata”.

TABELLA 8: Terapie non convenzionali complessivamente praticate da ciascuna categoria di operatori di medicine non convenzionali (informazioni emerse nel corso della nostra ricerca integrando i risultati dei colloqui con gli operatori e quelli dei colloqui con gli utenti)

<p><i>Guaritori tradizionali</i> Chiaroveggenza, Esorcismi, Filtri d’amore, Fitoterapia, Lettura tarocchi, Pranoterapia, Radioestesia, Veggenza</p>
<p><i>Guaritori moderni</i> Aromaterapia, Chelazione (pulizia dell’aura), Comicoterapia, Conoscenza delle vite passate, Contatti medianici con defunti, Cromopuntura, Cromoterapia, Danzaterapia, Floriterapia (Fiori di Bach), Iridologia, Kinesiologia, Lettura delle energie, Linfodrenaggio, Massaggio olistico (ayurvedico), Musicoterapia, NAET (Nambudripad’s Allergy Elimination Technique), Naturopatia, Osteopatia, Pranoterapia, Reiki, Riflessologia, Riflessologia plantare, Shiatsu, Tecniche di educazione corporea (metodi Feldenkrais, Souchard, Mézières), Terapia cranio-sacrale, Watsu, Yoga</p>
<p><i>Laureati in medicina</i> Chiropratica, Fitoterapia, Floriterapia (Fiori di Bach), Iridologia, Medicina antroposofica, Medicina ayurvedica, Medicina cinese (Agopuntura, Moxibustione, Coppettazione, Fitoterapia), Medicina manipolativa riflessoterapica, Microchimiopuntura, NAET (Nambudripad’s Allergy Elimination Technique), Omeopatia, Omotossicologia, Ozonoterapia</p>

Quanto alle modalità di acquisizione di una formazione teorico-pratica in un ambito di medicine del tutto estranee al curriculum formativo impartito nelle nostre facoltà mediche, risulta dai colloqui, quasi sempre, la frequenza a corsi indetti da organizzazioni private sorte per la formazione e il coordinamento dei medici interessati a una specifica medicina non convenzionale. Si tratta in genere di corsi, o meglio “scuole”, di varia qualità, intensità e durata, spesso articolate in più sedi. E si sono

ormai costituite, come è noto, alcune grandi associazioni che rappresentano specifici settori delle medicine, o degli ambiti di procedure, che convenzionalmente noi denominiamo “non convenzionali”: alcune di esse hanno ramificazioni nella nostra regione.

5.2.

Per quanto concerne gli *utenti* – specie gli *utenti dei “guaritori moderni”* e gli *utenti dei laureati in medicina che praticano procedure diagnostico-terapeutiche di tipo non convenzionale* –, ciò che emerge dai colloqui ricalca sostanzialmente – anche in merito ai profili di genere, di scolarità e di matrice sociale – quanto risulta dalle ricerche condotte in altre regioni italiane e negli altri Paesi europei.

In genere, il ricorso a una medicina non convenzionale non viene vissuto come realmente alternativo alla medicina ufficiale, ma semmai come “un’opportunità in più”, utile soprattutto a fronte di particolari patologie o quando la medicina ufficiale non riesce a risolvere una malattia persistente o non lascia più alcuna speranza di vita. Talora il concreto ricorso è preceduto da una fase di generico interesse per le medicine “altre” e i loro principi o da positive attestazioni di conoscenti che le hanno personalmente sperimentate per la medesima patologia. Talora invece, gli intervistati riferiscono il loro primo ricorso ad una sorta di “curiosità”. In genere, emerge una evidente soddisfazione per i risultati ottenuti. Ma non si manifesta quasi mai un vero rigetto della medicina ufficiale, alla quale, a seconda delle situazioni, si continua appunto a ricorrere, malgrado alcune critiche e confronti abbastanza precisi che i colloqui hanno consentito di individuare. Alla medicina ufficiale si rimproverano la frequente “invasività” e gli effetti collaterali delle terapie farmacologiche, a fronte del valore positivo delle medicine “altre”, che sono più “dolci” e “naturali” e non danneggiano dunque l’organismo, appaiono a volte più efficaci anche per la medesima patologia, insegnano a prendersi maggiormente cura di se stessi e ad ascoltare i messaggi del proprio corpo e, inoltre, consentono tutte un vero e proprio colloquio tra operatore e paziente.

5.3.

Esistono in Umbria, come già anticipato, gruppi di operatori – in genere riferibili alla categoria dei guaritori che abbiamo definito “moderni” – che si sono in vario modo associati per lavorare assieme. Sono nati in tal

modo, di recente, veri e propri centri di terapie non convenzionali, costituiti appunto da operatori dediti alla medesima o a differenti forme di medicina “altra”: strutture, tuttavia, largamente eterogenee sia per qualità sia per tipologia di lavoro sia per interna struttura e per natura giuridica, tanto da rendere discutibile persino il loro riferimento a una definizione comune. Ai limiti di quest’area già internamente differenziata possiamo collocare le organizzazioni centrate sulla semplice diffusione di nuove pratiche di cura del corpo e di alimentazione “salutare”, e sullo stesso esercizio di forme di “ristorazione alternativa”, o quelle divenute vere e proprie imprese commerciali per la vendita di oggetti “protettivi” superficialmente espunti dalle più diverse tradizioni “etniche” (pendoli, piramidi, pergamene, “rune”, cristalli, “campane eoliche”, “rosari tibetani”, “fontane da feng-shui”, ...).

Si tratta spesso di iniziative di assai scarso spessore, fondate su improvvisazioni alla moda e su facili diplomi ottenuti per corrispondenza. Presso alcuni di questi centri vengono proposte metodiche come la piramidologia, la lettura dell’aura, le “tecniche di chirurgia psichica” o la “terapia energetica-sciamanica egizia”, ...

Altri centri si muovono invece sul terreno di più precise proposte terapeutiche, vicine alle influenze delle medicine orientali. O attuano forme di terapia corporea, di fitoterapia, o di sostegno psicologico.

In altri casi, ancora, ci si trova di fronte a gruppi molto seri cui partecipano medici laureati, che si muovono collettivamente sul terreno di sistemi disciplinari ben configurati – come ad esempio particolari scuole di psicoterapia o corpi dottrinali come la medicina antroposofica – e, in merito, oltre al concreto esercizio dell’attività terapeutica organizzano letture collettive, corsi, convegni, impegnandosi in questo modo in un’opera parallela di approfondimento di gruppo e di più ampia diffusione.

Complessivamente, questi centri sono abbastanza numerosi, e parecchi compaiono ad esempio negli elenchi telefonici. Ma essi sembrano avere, in genere, una esistenza abbastanza breve, minata da numerosi fattori negativi. Sono frequenti i casi di contrasto interno e di *turn over*: sorgono con una certa facilità tra gli operatori dinamiche conflittuali e, spesso, operatori che svolgono attività anche all’esterno finiscono con abbandonare il centro, creando così situazioni rischiose e di perenne incertezza. Inoltre, a differenza dell’operatore singolo, che può anche ricevere i pazienti nel proprio domicilio, contraendo così i costi generali, i centri hanno bisogno di una stabile struttura autonoma, e in tal modo la dia-

spora di operatori o un insufficiente afflusso di pazienti si traducono ben presto nella impossibilità di sostenere la struttura e li costringe appunto a cessare l'attività.

5.4.

Lo sviluppo di orientamenti non convenzionali di difesa della salute è peraltro testimoniato anche in Umbria dall'*ampliarsi dell'offerta di prodotti in molte farmacie* e dalla *progressiva comparsa di numerose erboristerie*.

Per quanto riguarda le *farmacie*, la ricerca ha evidenziato un numero abbastanza elevato di esercizi che propongono dichiaratamente rimedi omeopatici e fitoterapici, riservando loro, talvolta, settori specifici del negozio, provvisti di materiali illustrativi forniti dalle case produttrici per l'informazione ai clienti. È in queste due direzioni in effetti – omeopatia e fitoterapia – che appare sostanzialmente focalizzata la proposta “non convenzionale” nelle farmacie esaminate.

In alcune parti della regione (soprattutto nelle aree dell'Alta Valle del Tevere, di Foligno-Spoleto e della città di Terni) questa “apertura” a prodotti non convenzionali da parte delle farmacie, si è verificata nel decennio tra il '70 e l'80, in altre aree a partire dagli anni '90. E pur se non viene impiegato, in genere, personale specifico per la vendita dei prodotti non convenzionali, molti fra gli intervistati hanno seguito corsi universitari di fitoterapia o corsi di omeopatia o di erboristica organizzati da centri specializzati (come il Centro italiano di studi e di documentazione in omeopatia [CISDO] o la Scuola di omeopatia e fitoterapia della Società medica bioterapica italiana [SMB]) o dalle stesse case produttrici (come l'Aboca, la Boiron o la Dolisos).

In genere, anche i rimedi non convenzionali venduti nelle farmacie sono prodotti industriali, come i farmaci allopatrici. All'interno delle farmacie vengono tutt'al più miscelati ingredienti per la preparazione delle tisane o, sporadicamente, predisposti estratti, capsule, o composizioni di fiori di Bach.

Nel complesso, comunque, il fatturato attribuibile ai rimedi non convenzionali viene dichiarato piuttosto esiguo, fra lo 0,5 e il 3% del fatturato complessivo, con la sola eccezione delle aree di Foligno-Spoleto e della città di Terni, dove sembra raggiungere anche il 10%.

Nel corso di questi colloqui con i titolari-esercenti o con gli addetti alla vendita è emerso abbastanza chiaramente il profilo dei clienti orientati verso questo tipo di acquisti: prevalgono le donne, di età fra i trenta e i

cinquanta, in genere di ceto medio-alto. La fascia più ampia, in termini di età, è costituita da chi acquista prodotti erboristica: dai giovanissimi (in genere per ragioni di estetica corporea) agli anziani (probabilmente in ragione di persistenti abitudini tradizionali). I clienti appaiono dotati di abbastanza precise cognizioni sui prodotti richiesti, ma anche a questo proposito vi è una discreta apertura e un significativo livello di confidenza nei confronti, appunto, dei titolari e degli addetti alla vendita. Peraltro la maggior parte di essi sembra richiedere volta a volta, senza particolari preclusioni, rimedi convenzionali o non convenzionali in conformità delle specifiche situazioni.

Per quanto riguarda le *erboristerie*, abbastanza diffuse, la maggior parte risale agli anni '70 e solo in minima parte all'ultimo decennio del secolo. La spinta motivazionale che ha portato i titolari ad aprire questi esercizi viene descritta come un particolare personale interesse per questo campo di attività. E nella maggior parte dei casi i titolari hanno acquisito una specifica formazione fitoterapica frequentando corsi universitari e partecipano spesso a incontri di aggiornamento organizzati dalle case produttrici.

Anche nelle erboristerie vengono messi a disposizione dei clienti materiali illustrativi forniti dalle case produttrici. I rimedi offerti in vendita sono in genere tisane, tinture madri, macerati gliceridi, sciroppi, capsule, pomate. Ad eccezione della miscelazione di ingredienti per le tisane e della composizione dei fiori di Bach, tali rimedi risultano interamente confezionati dalle industrie produttrici.

Dai colloqui emerge una tipologia di clienti non molto difforme da quella delle farmacie che offrono anche rimedi non convenzionali. Frequenti motivazioni del ricorso alle erboristerie risultano i casi di stipsi, insonnia, astenia, sindromi ansiose, aspirazioni a un calo ponderale. Ed emerge altresì, dai colloqui, una certa "apertura" di molti medici convenzionali che per disturbi di lieve entità preferiscono spesso prescrivere ai loro pazienti rimedi fitoterapici.

6.

Sembra opportuno, a questo punto, sintetizzare alcune conclusioni e proporre qualche riflessione operativa.

La ricerca che abbiamo condotto ci ha consentito di evidenziare la presenza e le principali caratteristiche del fenomeno delle medicine non convenzionali nel territorio umbro, individuandone un gran numero di componenti oggettive e soggettive sia sul versante della *offerta* sia su quello della *domanda*. Assunte le dimensioni quantitative del fenomeno così come esse emergono, anche per l'Umbria, dall'indagine ISTAT condotta nel 1999-2000, siamo in grado ora di delinearne un profilo qualitativo sufficientemente preciso e, insieme le sue connessioni con le persistenti diversità e le dinamiche di cambiamento oggi in atto nella società regionale.

Appunto nel corso di questa mia relazione ne abbiamo visto alcuni più significativi elementi. Ciò che è certo è che il fenomeno appare, come si dice, "strutturale" e non "congiunturale". Esso risulta peraltro quasi interamente sganciato dalle persistenze oramai molto deboli della vecchia medicina folclorica – la tradizionale risorsa di cura di un mondo contadino ormai perduto –. Si innesta anzi, con tutta evidenza, nella rete di estesi processi di circolazione culturale che potremmo definire – in assenza di un termine più preciso – "post-moderni"; ed è infatti prevalentemente radicato nei ceti urbani relativamente abbienti, scolarizzati e caratterizzati da una notevole attenzione ai temi della salute.

Di questo complesso fenomeno è dunque necessario prendere atto, riconoscendone la interna fortissima eterogeneità e, ad un tempo, il senso complessivo e le ragioni profonde che in esso si esprimono a livello della soggettività collettiva: ragioni che vanno anche al di là della reale efficacia di ciascuna procedura e della stessa riflessione teorica sul significato da attribuire al termine "efficacia".

Occorre dunque, in altri termini, seguire il fenomeno con grande attenzione e "farsene un'opinione" seriamente fondata su precise verifiche empiriche. E occorre compiere su di esso scelte oculate ma chiare.

È bene sottolineare – credo – la necessità e la urgenza di queste scelte e di una loro rapida traduzione operativa: normativa e progettuale.

La questione riveste per noi una sua particolare specificità, in un Paese come l'Italia, che ha conquistato sin dal 1978 un sistema sanitario pub-

blico la cui gestione è peraltro affidata, in larga misura, ai governi regionali.

In merito, a fronte delle persistenti resistenze a una effettiva “apertura” ufficiale verso le medicine non convenzionali, vanno emergendo qua e là richieste di una “libertà individuale di scelta” dell’operatore e del sistema di cura – la possibilità cioè di ricorrere a guaritori convenzionali o non convenzionali, di qualsivoglia tipo e formazione, in base a insindacabili criteri di opzione di ciascun cittadino, *comunque a carico del servizio sanitario pubblico*. Forse queste richieste sarebbero legittime in un regime medico privatistico, in cui la relazione fra le due parti si costituisce come un rapporto contrattuale fondato liberisticamente sulle leggi di mercato e dunque sulla compatibilità fra il valore socialmente attribuito all’operatore e la disponibilità finanziaria del possibile cliente. Ma esse mi sembrano invece improponibili ed eticamente inaccettabili in un regime di welfare, in cui l’accesso all’assistenza sanitaria è *un diritto egualitario e inalienabile di tutti i cittadini e un preciso dovere dello Stato*, che a tal fine destina una quota significativa di denaro *pubblico*: e che dal momento che organizza ed eroga tale assistenza non può non assumersi la responsabilità di garantire ai cittadini la *qualità* dei servizi erogati. Per cui, mentre possono essere oggetto di discussione i *criteri* utilizzati per la valutazione di tale qualità – e il possesso di un titolo di formazione legalmente definito può essere uno di tali criteri – non può essere messo in dubbio, in un regime di welfare, il diritto/dovere dello Stato, di fronte a tutti i cittadini, di fissare precise regole a garanzia della qualità degli operatori dei servizi, cioè della loro competenza, e di produrre a tal fine specifiche norme.

I problemi posti dalla diffusione delle medicine non convenzionali vanno dunque affrontati, almeno da noi, sul terreno di una *responsabilizzazione pubblica*. Il che significa almeno tre cose: (a) tenere comunque in conto, al fine di darvi concrete risposte, le ragioni che muovono una parte significativa della popolazione a rivolgersi verso forme di medicina “altre”, (b) acquisire una seria valutazione della possibile efficacia delle singole procedure attuate da ciascuna di tali medicine, e (c) laddove l’una o l’altra di tali medicine risulti portatrice di utili contributi per la difesa della salute, prevedere i curricula formativi necessari per una consapevole e organica esplicazione professionale di questi contributi e delineare, in merito, corrispondenti normative.

Occorre riconoscere che in tutte e tre queste direzioni non abbiamo fatto molti passi avanti. La letteratura scientifica italiana è in questo cam-

po estremamente ridotta rispetto, ad esempio, a quella statunitense, inglese o cinese. E malgrado le numerose iniziative sperimentate dai servizi sanitari in alcune regioni, l'iter delle proposte normative avviate da tempo a livello parlamentare procede con evidenti incertezze e continui rinvii. Il dibattito pubblico si incentra soprattutto sulla questione dell'efficacia e a fronte della scarsissima sperimentazione scientifica tende molto spesso a sfociare astrattamente in due alternative abbastanza nette e altrettanto infondate, in cui le procedure di cura diverse dalla biomedicina vengono considerate tutte insieme, come *un blocco unico*, valido o non valido *per tutte le malattie*, fuori da ogni serio confronto, peraltro, con la corrispondente efficacia che per ciascuna concreta patologia è attualmente raggiunta dalla biomedicina. Si manifestano perciò da noi con particolare evidenza due opposte posizioni altrettanto "ideologiche". Da un lato le posizioni sostanzialmente neo-irrazionalistiche e di rinnovato "orientalismo" di quel composito e polisemico movimento detto della *New Age*: una larga apertura a eterogenee forme di cura, di varia provenienza e spessore temporale, in qualche modo imperniate sul "ritorno al naturale", sulla esaltazione dell'empatia e della spiritualità o sulla produzione di stati psichici estrapolati dalle ritualità indo-tibetane o dalle pratiche sciamaniche. Dall'altro lato le posizioni "scientiste", che nel nome del laicismo, della razionalità e dello stesso pensiero scientifico si arroccano in una totale chiusura di principio verso tutto ciò che esula dalla fenomenologia "già nota" nello stretto ambito della nostra ricerca biologica: una chiusura che si manifesta come una sorta di "superstizione alla rovescia", che ignora di fatto un gran numero di evidenze, di possibilità e di opportunità, escludendo così, a priori, l'avvio di progetti scientifici di ricerca capaci di entrare concretamente nel merito delle varie questioni. Il totale disinteresse, tanto per fare un esempio, per la natura dei meccanismi d'azione che producono effetti cutanei chiaramente visibili nelle pratiche di pranoterapia. O la pura liquidazione di una procedura verificata e perfezionata nel corso di oltre duemila anni di storia scritta come l'agopuntura cinese. O la "inspiegabile" rinuncia a lavorare seriamente sull'effetto placebo per poterlo padroneggiare e incrementare come efficace strumento aspecifico nei più diversi programmi terapeutici. O la ignoranza, appunto, degli immensi progressi conoscitivi sulla influenza dello psichismo nei processi organici compiuti in più di un secolo dalle discipline psicoantropologiche e, più recentemente, dalla stessa psiconeuroendocrinologia, anche al fine di interpretare, ad esempio, l'effetto tera-

peutico di alcune procedure rituali. Per non sottolineare il persistente provinciale eurocentrismo che consapevolmente o meno si manifesta in queste posizioni, a fronte, come dicevo, di un crescente sviluppo di serie ricerche scientifiche almeno su alcune medicine non convenzionali, da parte di istituzioni e riviste internazionali di sicura autorevolezza.

A questo proposito, vorrei essere chiaro, la dimensione in cui ci muoviamo – i miei collaboratori ed io – sottende una chiara opzione per una concezione scientifica dell'uomo e dei processi che lo concernono, senza ritorni irrazionalistici o residui metafisici: con le implicazioni epistemologiche e metodologiche che ciò comporta. Così, la critica che noi antropologi muoviamo al paradigma della biomedicina non è quello di essere “troppo scientifica” ma, anzi, di non esserlo a sufficienza. Il problema è che un approccio scientifico alla condizione umana non può appiattirsi sulla sola considerazione dei suoi determinanti biologici, e tanto meno su una loro settorializzazione specialistica, ma deve assumere tali determinanti nella loro stretta e costante interazione con i vissuti soggettivi, con i quadri culturali, con la rete delle relazioni sociali, con gli stili di vita e le condizioni materiali di esistenza, che sono anch'essi parte costitutiva dell'individuo e ne condizionano la sua stessa dimensione biologica. Non si dà, in sostanza, scienza dell'uomo, anche nei confronti degli individui singoli, se non come organica integrazione fra le discipline biologiche e le scienze storico-sociali. E ogni oblitterazione dell'una o dell'altra di queste interconnesse dimensioni produce gravi errori e pericolose conseguenze. Due cose sono dunque certe. *Primo*: che alle ragioni critiche nei confronti della medicina ufficiale – prima fra tutte la perdita della dimensione “umana” nel rapporto medico-paziente e in molti contesti ospedalieri – vanno date *comunque* risposte concrete anche al di là di ogni giudizio sulla efficacia delle medicine non convenzionali. *Secondo*: che tali medicine non vanno accolte con atteggiamenti fideistici, e tanto meno accettate (o respinte) “in blocco”, e che le loro procedure, come in effetti ogni proposta terapeutica, da qualsiasi parte provenga, vanno attentamente e singolarmente testate per valutarne e confrontarne l'efficacia, ottemperando a schemi di verifica scientificamente fondati. Con due postille, tuttavia. Che la stessa idea di *efficacia* – e dunque l'obbiettivo perseguito dalle differenti medicine, le modalità culturali della sua percezione e i criteri che vi sottostanno – sono tutt'altro che

univoci nei vari contesti e da parte dei vari individui, e quindi non sarebbe male sottoporre questo concetto, solo apparentemente ovvio un approfondimento comparativo e definirne poi, sia pure provvisoriamente, l'arco di possibili significati. E comunque – seconda postilla – che ogni verifica di efficacia deve tenere in conto le condizioni entro cui i meccanismi che la producono possono determinarsi. E dunque la “qualità” di tali meccanismi. Se ciò che incrementa le difese immunitarie, ad esempio è uno stato emozionale di intensa “certezza di guarigione” attivato da particolari rituali in particolari contesti sacrali di riferimento, è assai improbabile che un tale stato possa essere prodotto in laboratorio e riprodotto *en- ne* volte in condizioni standard per costituire oggetto di una quantificazione statistica sicuramente significativa. Questo significa che il fenomeno non esiste? E se d'altra parte, i possibili effetti di una determinata procedura appaiono allo stato attuale non interpretabili, ciò significa a priori che “non possono essere veri” e che non vale perciò la pena di tentarne una documentazione? di verificarne l'eventuale esistenza, cioè, e magari di profittarne operativamente, se anche non ne comprendiamo *per ora* i meccanismi?

In realtà, al di là di quanto può emergere dalla esperienza empirica quotidiana, la letteratura scientifica internazionale sta in misura crescente evidenziando positivi effetti di numerose procedure mediche delle più diverse matrici, illuminandone spesso gli stessi meccanismi. Sottolineando così, in effetti, quanto dovrebbe essere evidente a ognuno di noi: che è impensabile che solo la medicina occidentale possa aver raggiunto una positiva efficacia e che tutte le altre civiltà, in tutto l'arco della storia, non abbiano prodotto rispetto a qualsivoglia patologia alcun sapere e alcuna pratica che possa fornire a noi un qualche insegnamento.

D'altra parte, mi sembra che i fondamenti scientifici della nostra medicina, seppur con i limiti che ho cercato prima di evidenziare, garantiscono piattaforme conoscitive e modelli interpretativi e operativi che allo stato attuale meglio soddisfano i nostri criteri di “veridicità” (o meglio di “alta probabilità”) e, soprattutto, di efficacia preventivo-terapeutica rispetto almeno a un gran numero di patologie.

In effetti, si presentano due opposte possibili ipotesi: quella del totale rifiuto e di una persistente chiusura monopolistica della biomedicina, arroccata sui suoi pur parziali fondamenti scientifici, e quella del costituirsi di una sorta di parallela convivenza di molteplici medicine “integre” e “pure”. Ma la prima appare inaccettabile proprio perché gravemente limi-

tativa e la seconda risulta di fatto illusoria *sia* perché gran parte delle medicine per noi non convenzionali, sradicate dai loro contesti e dalle loro culture originarie, si presentano, almeno qui, indebolite e frammentarie, *sia* perché nell'epoca della globalizzazione la norma non è la "purezza" bensì il sincretismo (o, meglio, una via di mezzo tra la creolizzazione e un progressivo subalterno azzeramento).

L'unica prospettiva possibile, e tutto sommato positiva, è invece una *integrazione* di stimoli e competenze provenienti dalle più diverse "tradizioni mediche", *intorno tuttavia a un unico organico impianto portante*: giacché, mentre sembra opportuno e plausibile integrare "sensibilità", esperienze empiriche e procedure che seppure in diverso modo e in differenti direzioni dimostrano comunque una loro efficacia, sarebbe di contro improponibile e privo di senso integrare fra loro i differenti quadri ideologici, le eterogenee cosmovisioni e le distinte logiche che stanno dietro a ciascuna delle tante "storie mediche", producendo così, inevitabilmente, un disorganico zibaldone di incoerenti modelli e rinunciando alla costruzione di un più avanzato e unitario orizzonte epistemologico di riferimento. Ma l'unico impianto portante capace di costituirsi come la necessaria base per un rinnovato e più ampio paradigma oggi accettabile, sembra appunto fondarsi su ciò che (tanto per intenderci) possiamo chiamare "pensiero scientifico". A tal fine possiamo probabilmente partire dal nucleo scientifico della medicina occidentale, tuttavia largamente ripensata in una concezione "sistemica" e, perciò stesso, aperta a tutte le scienze umane – biologiche e storico-sociali –, capace di integrare in una prospettiva unitaria l'insieme delle eterogenee esperienze di cura dell'uomo. È appunto questa la prospettiva verso una realistica "medicina integrata".

Medicine non convenzionali: evidenze scientifiche e prospettive di medicina integrata

Francesco Bottaccioli

Presidente Società italiana di psiconeuroendocrinoimmunologia (SIPNEI) / Direttore Scuola internazionale di medicina avanzata e integrata e di scienze della salute (SIMAISS)

Il titolo della mia relazione è vastissimo, quindi necessariamente limiterò il mio contributo all'esame soprattutto delle evidenze scientifiche che riguardano le due più importanti medicine non convenzionali: l'agopuntura e l'omeopatia; non potrò trattare quindi la terza sorella maggiore, la fitoterapia, così come non potrò trattare un complesso di pratiche che a me interessano moltissimo, che vanno sotto il nome di "tecniche antistress e meditative", che hanno anche loro una documentazione scientifica importante e crescente.

Parto da quello che diceva il professor Seppilli prima, sulla diffusione delle medicine non convenzionali. I dati sono oscillanti: andiamo dai vecchi dati del 15-16% a dati più recenti che vanno dal 30 al 50% con variazioni all'interno dei Paesi occidentali. Abbiamo un ultimo studio molto importante, pubblicato sul *British Medical Journal* del 2 novembre del 2002, è uno studio fatto dal "Robert Koch Institut" di Berlino, quindi da un'istituzione pubblica della Repubblica Federale Tedesca, che dice: 3 tedeschi su 4, sopra i 16 anni, hanno sperimentato l'uso di rimedi naturali o non convenzionali. È una statistica imprecisa, chiaramente, perché sperimentare l'uso dei rimedi non convenzionali può anche significare semplicemente fare ricorso ad alcune pillole di valeriana per dormire o a gocce di propoli per il mal di gola. Resta il fatto che questi dati indicano una forte tendenza al ricorso a prodotti e a metodi terapeutici non convenzionali.

Di fronte a questa realtà, la domanda centrale che alcuni si sono fatti è: questa larga diffusione delle medicine non convenzionali sta a significare che l'irrazionalismo, o comunque l'atteggiamento non scientifico, o, peggio, l'atteggiamento antiscientifico pervade l'Occidente?

Come è stato detto da Seppilli, i fruitori di medicine non convenzionali in maggioranza appartengono ai ceti più colti e benestanti. Le medicine non convenzionali maggiormente preferite sono agopuntura ed omeopatia, e cioè sistemi medici non convenzionali che hanno un loro statuto teorico e una loro pratica codificata da secoli, la medicina tradizionale cinese da millenni, l'omeopatia perlomeno da due secoli, gli operatori sono in maggioranza medici, come ricordava Tullio Seppilli, anche in Umbria. In Germania il trend di crescita è veramente impressionante: dal 1995 al 2000, i medici tedeschi operatori di medicine non convenzionali sono raddoppiati, sono passati da 5.700 a 10.800.

Chi usa la medicina non convenzionale rifiuta la medicina ortodossa?

Anche su questo Seppilli ha dato una risposta chiara con la ricerca umbra. Anche secondo lo studio tedesco, l'80% dei fruitori di medicine non convenzionali non usa queste medicine per trattare un disturbo acuto grave, una patologia acuta grave viene ovviamente trattata dalle strutture della medicina ufficiale, dagli ospedali.

Secondo uno studio canadese, il 22% dei pazienti con l'artrite reumatoide, quindi con una malattia cronica di tipo autoimmune, usa medicina non convenzionale, non rifiutando il sistema medico tradizionale, ma integrandolo. Questo è l'atteggiamento credo largamente diffuso non solo in Canada, non solo in Germania, ma anche da noi, quello della integrazione, che i cittadini stanno facendo per conto loro. È questo dovrebbe fare riflettere il legislatore e chi si occupa di politica sanitaria pubblica.

Che cosa sono le medicine non convenzionali?

C'è una vecchia definizione della FDA [Food and Drugs Administration] americana, l'ente di controllo sui farmaci e sugli alimenti che dice: "le medicine non convenzionali sono interventi medici che mancano di documentazione, che non sono normalmente insegnati nei corsi universitari di medicina, non fanno parte del Servizio Sanitario". Questa vecchia definizione della FDA è obsoleta, non è più vera, quello che sta accadendo, in realtà, sta cambiando tutti e tre i punti, i cardini di questa definizione.

Noi abbiamo una crescente documentazione scientifica, perlomeno sulle più importanti medicine non convenzionali, di cui vi darò sinteticamente conto successivamente. Non è vero che le istituzioni di formazione universitaria non insegnano e non si interessano di queste medicine, c'è un crescendo di corsi universitari, in Italia per il momento soprattutto post laurea, negli Stati Uniti una ricerca recente dice che all'incirca

il 50% delle facoltà mediche americane introduce nel corso di laurea ufficiale di formazione in medicina opzioni in medicine non convenzionali. C'è una crescente integrazione anche nel Servizio Sanitario e questo è vero per tutti i Paesi occidentali, nella nostra piccolezza anche per il nostro Paese. Abbiamo degli esempi anche in Umbria di integrazione, pure piccoli, pure modesti, però significativi, di integrazione nelle strutture pubbliche di medicine non convenzionali.

Le evidenze scientifiche.

Per quanto riguarda l'agopuntura c'è un crescente consenso internazionale sulla sua efficacia, anche se va intensificato l'uso dei *trials* controllati. Abbiamo problemi di metodologia della ricerca, a cui farò qualche accenno. Sulla Omeopatia abbiamo anche qui una crescente documentazione con risultati contrastanti, soprattutto sull'uso delle alte diluizioni, abbiamo delle difficoltà concettuali ancora non risolte per quanto riguarda il meccanismo di azione del farmaco omeopatico ultradiluito, che, come sapete, a quel livello non contiene più molecole della sostanza di partenza. Abbiamo anche qui problemi di metodologia della ricerca, a cui farò un accenno.

Per quanto riguarda la Fitoterapia abbiamo ormai evidenze ampie; su alcune piante abbiamo una documentazione veramente rilevante, abbiamo necessità di incrementare i *trials*, cioè gli studi gestiti da soggetti esperti e senza conflitti di interessi. Questo è un discorso importante: cito solo a mo' di esempio quello che sta accadendo per quanto riguarda una pianta tra le più usate, l'iperico. L'iperico è una pianta molto efficace per quanto riguarda la depressione lieve e moderata: gli studi lo documentano. Al tempo stesso assistiamo a una offensiva dei produttori di farmaci antidepressivi che sta un po' intorbidando le acque dal punto di vista della ricerca scientifica. Quindi c'è la necessità di operare dei *trials* non solo ben fatti, ma anche condotti da soggetti che non abbiano conflitti di interesse.

L'Agopuntura

Comincio con i dati sulla nausea e il vomito, che sono antichi. Il primo studio, infatti, è perugino: è stato fatto alla facoltà di medicina di Perugia. In questo lavoro viene stabilita l'efficacia antiemetica nell'agopuntura in corso di chemioterapia.

Abbiamo poi una *review* di carattere generale: su 29 *trials* che hanno usato solo un punto che è pericardio 6, un punto molto usato per quanto riguarda il contrasto della nausea soprattutto, 27 sono favorevoli alla agopuntura. Analizzando solo quelli di alta qualità, che sono 12, 11 sono favorevoli, suffragando la conclusione del 1997 dei National Institutes of Health americani: “c’è una chiara evidenza che l’Agopuntura è efficace per la nausea e il vomito post-operatori da chemioterapia e probabilmente anche da gravidanza”.

Ci sono poi delle conferme recenti, il cui dettaglio è nella relazione allegata.

C’è uno studio importante giapponese del 2001 nella nausea post operatoria. Abbiamo poi delle conferme da Israele, su cui voglio spendere qualche parola perché è uno studio che è stato fatto paragonando l’agopuntura all’ondansetron, che è il farmaco di elezione antiemetico. C’è una differenza significativa tra i primi due gruppi e il placebo. Quindi l’agopuntura funziona come il farmaco ed è superiore al placebo. I medici anestesisti israeliani, che hanno fatto questo *trial*, raccomandano l’agopuntura come possibile indicazione non farmacologica.

Abbiamo inoltre delle conferme sulla gravidanza in Inghilterra. Abbiamo dei lavori significativi per quanto riguarda l’ostetricia, tra cui uno studio italo-cinese che è stato realizzato da Franco Cardini che è un ginecologo agopuntore di Verona che ha interessato 260 donne gravide con presentazione podalica del feto, quindi con il feto posto non in posizione corretta. Voi sapete che la procedura standard, ad un certo punto della gravidanza, è la terapia cosiddetta “manuale”. È stata paragonata la terapia manuale alla terapia con moxibustione, che è l’applicazione di un calore derivante da un sigaro di artemisia che brucia in un punto specifico che è vescica 67, che è l’ultimo punto del meridiano della vescica che sta nel quinto dito del piede. L’applicazione regolare di moxibustione è stata superiore alla terapia manuale per quanto riguarda il superamento della presentazione podalica del feto.

Abbiamo poi altri lavori sul dolore acuto, molto interessante sulla lombalgia cronica perché molti cittadini occidentali fanno riferimento all’agopuntura soprattutto per problemi osteoarticolari. Qui abbiamo uno studio dove 186 pazienti con dolore cronico sono stati divisi in tre gruppi: uno trattato con terapia ortopedica conservativa, uno con terapia ortopedica più agopuntura, l’altro con terapia ortopedica più “Sham Agopuntura”, che vuol dire agopuntura sbagliata, cioè agopuntura non fat-

ta secondo i canoni della medicina tradizionale cinese. In questo lavoro il gruppo che ha ottenuto il maggiore risultato, quindi la riduzione del dolore, è quello che prevede l'uso di agopuntura vera.

Molto importanti tutti i lavori sulla cefalea, infatti i cittadini fanno frequentemente ricorso all'agopuntura per trattare cefalea ribelle, cronica, resistente anche al trattamento farmacologico. Abbiamo una *review* molto importante perché è una *Cochran review* – chi si occupa di queste cose sa che le *review Cochran* sono *review* particolarmente attente dal punto di vista scientifico e sono la base della cosiddetta “medicina basata sulla evidenza”. Questa *Cochran review* ha valutato 26 *trials* per un totale di 1151 pazienti. In 16 *trials* è stata paragonata l'agopuntura con la “sham agopuntura”, cioè con quella sbagliata. I risultati eccoli: 8 di questi 16 *trials* sono favorevoli all'agopuntura, in 4 c'è un trend favorevole all'agopuntura, in 2 non è stata trovata alcuna differenza tra agopuntura e “sham”, 2 non sono interpretabili.

La conclusione è: l'evidenza attuale supporta la validità dell'agopuntura per il trattamento della cefalea, tuttavia la qualità e la quantità della evidenza non sono pienamente convincenti.

Che vuol dire? Vuol dire che noi abbiamo ancora necessità di allargare, replicare questi *trials* per avere poi una conclusione definitiva sull'argomento, però mi pare che l'indicazione sia molto netta.

Molto importanti sono le riabilitazioni post ictus e fenomeni collegati. Sono patologie a cui sempre più si fa riferimento all'uso dell'agopuntura. Sono studi antichi che partono dagli anni '90. Qui voglio mostrarvi uno studio recente svedese del 2001; vedete 150 pazienti in post ictus divisi in tre gruppi: tens, cioè l'elettrostimolazione transcutanea che è nota essere una terapia ormai in uso in riabilitazione, agopuntura e tens ad alta frequenza, quindi con una transcutanea subliminale, quindi non avvertita dal paziente perché le onde sono ad alta frequenza.

Tutti e tre i gruppi migliorano marcatamente, circa il 90% dopo 12 mesi ha recuperato le condizioni di partenza.

Questo vuol dire che abbiamo un *trial* che ci dice che anche l'agopuntura da sola ha la stessa efficacia della tens; anzi, alcuni commentatori hanno concluso che, in realtà, nel lungo periodo, cioè a 12 mesi, c'era un leggero favore per quanto riguarda l'agopuntura.

A questo punto vengo ad un altro importante argomento: come funziona l'agopuntura?

Perché è vero, su questo ha ragione Seppilli, noi occidentali (rivendico anch'io questa appartenenza culturale, anche se senza nessun sciovinismo) vogliamo capire che succede quando un ago viene inserito nella cute, qual è il possibile meccanismo di azione di questa procedura? Lo stimolo dell'ago, ormai c'è una documentazione ampia, viene raccolto dalle vie nocicettive e dalle vie sensoriali, quindi dalle vie nervose che trasmettono al cervello sia gli stimoli dolorifici che gli stimoli sensoriali. Lo stimolo dell'ago viene quindi trasmesso sia a livello spinale, sia a livello superiore, cerebrale, con produzione di endorfine e di altre biomolecole: neurotrasmettitori classici, cioè serotonina e non adrenalina in modo particolare e tutta la vasta gamma delle endorfine.

Numerosi esperimenti su animali e su umani dimostrano che bloccando la via nervosa afferente si inibisce l'effetto analgesico: cioè se io inserisco, ad esempio, in uno dei punti più classici di uso analgesico dell'agopuntura che è intestino crasso 4, un anestetico (procaina) o un antioppiode (naloxone) io blocco anche l'effetto analgesico dell'agopuntura.

Più recentemente, abbiamo a disposizione immagini cerebrali realizzate con la risonanza magnetica funzionale, che chiariscono ulteriormente i meccanismi d'azione dell'agopuntura.

Dalle immagini vedete l'attivazione delle cortecce visive primarie da stimolo visivo; quindi in una persona che è stata impressionata con uno stimolo visivo, la risonanza magnetica funzionale fa illuminare le cortecce visive primarie, cioè l'area corticale che riceve lo stimolo visivo. Se a questa stessa persona noi inseriamo successivamente degli aghi in punti precisi, in questo caso vescica 67, che è posto sul quinto dito del piede, si attivano le stesse aree corticali primarie. Se noi poi inseriamo l'ago in un altro punto che è colecisti 37 (sono tutti punti che riguardano le estremità della gamba, il piede e l'area intorno alla caviglia) abbiamo ancora una volta l'attivazione delle cortecce visive primarie, corticali. Se noi, invece, usiamo un punto sbagliato non abbiamo nessuna attivazione delle aree visive primarie, cioè abbiamo la prova che l'effetto è strettamente collegato all'uso del punto. E voi direte: ma che c'entra l'uso di questi punti con le aree corticali?

Abbiamo ancora due immagini. Nella prima, vediamo nuovamente l'attivazione delle cortecce primarie da stimolo visivo e da ago; nell'altra immagine, le cortecce auditive vengono attivate sia dallo stimolo uditivo che dall'ago inserito.

I punti che sono stati usati sono tutti punti che nella medicina tradizionale cinese riguardano la cura dei disturbi relativi agli organi di senso e, in modo particolare, agli occhi e all'udito. Troviamo una corrispondenza veramente molto interessante tra l'indicazione antica e la verifica scientifica realizzata con *brain imaging*.

Vengo ora alla importante questione della metodologia della ricerca. Qui abbiamo dei grossi problemi, che accenno rapidamente. C'è un problema di reclutamento.

Non si possono fare *trials* come si fanno normalmente con i nostri farmaci. La medicina tradizionale cinese usa una diagnosi differenziale, questa diagnosi differenziale va mantenuta, perché altrimenti non riusciamo a verificare effettivamente se quello che stiamo facendo è dotato di efficacia.

Faccio un solo esempio: la diarrea in medicina tradizionale cinese ha quattro possibili quadri diversi, ha quattro possibili origini diverse, ha quattro possibili trattamenti diversi, conseguentemente, anche opposti tra di loro.

È chiaro che nessuno ha niente da dire sulla randomizzazione; è chiaro che i pazienti vanno reclutati in modo *random*, però i pazienti vanno poi identificati. Se vogliamo fare un *trials* sulla diarrea, io devo sapere, secondo la medicina tradizionale cinese, qual è che appartiene al primo quadro, al secondo quadro, al terzo quadro e al quarto quadro, solo così verificherò se la medicina cinese funziona.

Abbiamo il problema dei gruppi di controllo. Voi avete visto che la cosiddetta agopuntura falsa, la "sham", spesso produce degli effetti fisiologici, quindi non ha senso dal punto di vista scientifico paragonare la "sham" con l'agopuntura vera. La "sham" può essere molto utile a livello di studio dei meccanismi di trasmissione dell'impulso; in questo caso veramente è molto intelligente ed interessante usare la "sham". Ma, se noi dobbiamo stabilire se per la cefalea è meglio sumatriptan o l'ago, o se hanno effetti equivalenti in termini di efficacia e diversi in termini di effetti indesiderati, ha più senso paragonare il farmaco standard per la cefalea all'agopuntura vera, quindi produrre un paragone diretto di tipo clinico, e su questo misurare l'efficacia e gli effetti indesiderati dei due trattamenti.

C'è un problema poi di adeguatezza del trattamento.

Molti degli studi di agopuntura sono *trials* fatti da personale poco esperto, quindi da medici che non praticano da tempo l'agopuntura e so-

prattutto con una quantità di sedute che è assolutamente insufficiente. Il trattamento standard di agopuntura prevede una sua frequenza. Infatti, in base al ragionamento che ho fatto sul meccanismo di azione, è intuibile che, se il meccanismo di azione è una stimolazione di tipo sensoriale, o comunque per via nervosa, io più ripeto questa stimolazione in un certo arco di tempo, e maggiore, presumibilmente, sarà l'effetto, ci sarà cioè un effetto accumulo. Quindi c'è uno standard che va assolutamente rispettato. Su 34 studi controllati analizzati, non c'era nessuno che raggiungeva gli standard minimi indicati dalla letteratura: almeno 10 sedute utilizzando 10 punti contemporaneamente.

Passo rapidamente all'omeopatia.

Come sappiamo è un sistema medico elaborato oltre due secoli or sono da Hahnemann e che si basa sul principio di similitudine e sull'uso di sostanze diluite ed anche molto diluite, ultradiluite.

Il principio di similitudine dice che noi possiamo curare somministrando dosi di sostanze che in prove sul sano causano sintomi simili a quelli verificati sul malato.

Il meccanismo di azione delle alte diluizioni è, dal punto di vista delle nostre conoscenze farmacologiche, sconosciuto, perché, superato un certo livello di diluizione, non è più possibile rintracciare un benché minimo residuo della sostanza di partenza. Quindi, usando le nostre conoscenze farmacologiche, non possiamo conoscere il meccanismo di azione della omeopatia. Questo non vuol dire che non ci sia un possibile meccanismo di azione perché una non conoscenza non significa assenza, significa semplicemente che ad oggi non riusciamo ad avere una conoscenza adeguata del fenomeno.

L'omeopatia è stata più volte testata.

Cito 3 *review* sistematiche che, chi volesse approfondire l'argomento, può utilmente leggere. Una prima pubblicata sul British Medical Journal nel '91, una seconda anch'essa molto importante pubblicata dalla Lancet nel '97 e una più recente pubblicata sull'European Journal Clinical Pharmacology.

Le conclusioni di queste *review* sistematiche dicono c'è una certa evidenza che l'omeopatia sia più efficace nel placebo, pur tuttavia gli studi sono di scarsa qualità, e torniamo al punto di partenza sulle caratteristiche della qualità della ricerca.

Abbiamo dei risultati contrastanti in singole patologie, però qui emergono delle indicazioni veramente interessanti; vi segnalo, ad esempio, sul-

la sindrome premestruale una prima *review* recente del 2001, che non ha mostrato nessuna evidenza. Abbiamo, invece, un lavoro pubblicato sulla *British Homeopathic Journal* del 2001, che dà un risultato positivo. Voi potete dire che questo è un giornale di parte. In realtà è un giornale storico, che ha più di un secolo di vita, ed è inglese perché, come sapete, in Inghilterra noi abbiamo 5 ospedali pubblici omeopatici, una facoltà di medicina omeopatica istituita per legge con atto parlamentare e la integrazione della omeopatia in quello che è il servizio sanitario inglese fin dalla sua nascita, fin da dopo la guerra. Quindi questo giornale è importante, non è il giornalino della parrocchia degli omeopati.

Questo giornale conclude: “il lavoro è stato fatto con trattamento individualizzato e placebo”. Dunque hanno rispettato i canoni della medicina omeopatica, cioè la sindrome premestruale, per la medicina omeopatica, come per la medicina cinese, non dice niente: ci sono dei pazienti che presentano sintomi diversi e che vanno trattati in base a quei sintomi, quindi differenziati tra di loro. Un trattamento che include il rispetto di questa procedura dà dei risultati favorevoli.

Stessa cosa per l'osteoartrite, anche qui ci sono dei lavori che non danno risultati positivi per l'omeopatia, ma perché? Perché usano, per esempio, il *rus toxicodendrum*, che è una classica pianta usata in omeopatia per le sindromi reumatiche, per tutte le sindromi osteoartritiche reumatiche in genere, mentre invece il *rus toxicodendrum* nell'omeopatia ha delle indicazioni specifiche.

Quindi aderenza allo Statuto teorico dell'omeopatia, favorire *trials* larghi e multicentrici, perché uno dei limiti fondamentali dei *trials* omeopatici è che sono piccoli e di carattere locale. E qui ovviamente gioca un ruolo importante l'intervento pubblico, che appare essenziale per l'espansione e la qualificazione della ricerca in omeopatia.

Occorrerebbe poi riservare lo studio del meccanismo di azione solo al laboratorio, senza ancora una volta andare a testare se l'omeopatia sia superiore o no al placebo. In quanto, per stabilire come funziona non c'è bisogno di fare *trials* clinici, basta utilizzare sistemi di laboratorio, che ad esempio dimostrano che a certe diluizioni è possibile fare degranulare un mastocita, è cioè possibile produrre una reazione biologica usando una sostanza ultradiluita.

È questo il lavoro che va approfondito, mentre i *trials* clinici andrebbero, non solo a mio avviso, ma anche di molti commentatori, riservati al

paragone tra omeopatia e farmacologia, per testare l'eventuale differenza di efficacia e di effetti indesiderati.

Vengo a conclusione.

La ricerca qualitativa, di cui parlava Seppilli prima, è un lusso, oppure è una necessità della ricerca scientifica? La relazione medico-paziente va inserita negli elementi da espungere dal quadro del *trial* come elemento di confondimento o è invece un fattore fondamentale nel processo di guarigione? Altrimenti c'è da domandarsi: che significa "umanizzazione della medicina", di cui tutti ci riempiamo la bocca, se non introduciamo, dentro la stessa procedura di validazione, quello che è il fondamentale rapporto di guarigione, che è il rapporto terapeutico? Io capisco che questo crea molti problemi dal punto di vista epidemiologico, dal punto di vista della validazione dei risultati, ma questo è un problema di verifica che non può essere assolutamente tralasciato.

Quindi, secondo me, dobbiamo inserire questo lavoro che stiamo facendo sulle medicine non convenzionali all'interno di quello che accennava Tullio Seppilli, dentro il cambiamento generale del paradigma biomedico dominante, che è un cambiamento veramente importante ed entusiasmante, che sta emergendo a livello scientifico, e che punta sulla ridefinizione del funzionamento dell'organismo umano come totalità, come complessità. Non vogliamo usare la parola "olismo"? Usiamo altre parole, ma questo è il concetto: l'organismo umano come complessità.

"Medicina integrata" per me significa non giustapporre medicina scientifica e medicine non convenzionali, ma operare una nuova sintesi.

Come scrivono due autori importanti sul *British Medical Journal* dell'anno scorso: "un programma di medicina integrata richiede profondi cambiamenti nella formazione medica, perché non significa insegnare ai medici ad usare le erbe al posto di farmaci, ma significa lavorare per costruire una nuova sintesi medica, questo è l'obiettivo".

Quindi non si tratta di sposare delle culture diverse dalle nostre; si tratta di utilizzare il metro della scienza avanzata per sottoporre a verifica le medicine non convenzionali, che, a loro volta, possono dare alla nostra biomedicina stimoli, idee, suggestioni per la ricostruzione di un modello olistico, globale, del funzionamento dell'organismo umano in salute e in malattia.

Normative europee sulle medicine non convenzionali: uno sguardo antropologico

Fabio Dei

Docente antropologia culturale, Università degli studi di Roma “La Sapienza”

1. I problemi del riconoscimento delle MNC

Gli ultimi dieci anni hanno visto una intensa attività del Parlamento europeo e di molti Parlamenti di stati membri dell'Unione Europea attorno al problema del riconoscimento e della regolamentazione delle medicine non convenzionali (MNC). Il riconoscimento implica diversi e distinti problemi, non solo sul piano giuridico ma anche in una più ampia prospettiva culturale ed epistemologica. Possiamo individuarne almeno tre aspetti principali:

- l'autorizzazione allo svolgimento della professione sanitaria per i praticanti le MNC;
- il rimborso delle cure e dei farmaci non convenzionali da parte dei sistemi sanitari nazionali o di enti di assistenza pubblici o privati;
- la formazione dei terapeuti e in particolare l'insegnamento delle MNC nelle Università.
- Una ricerca di molti anni fa¹⁴ distingueva i diversi approcci legislativi secondo categorie che possono risultare ancora valide:
- sistemi monopolistici, che riconoscono legalità solo alla pratica della medicina convenzionale, escludendo e sanzionando ogni altra forma come esercizio abusivo della professione medica;
- sistemi tolleranti, che riconoscono come vere e proprie pratiche mediche solo quelle convenzionali ma consentono, in vari gradi, l'esercizio di altri terapeuti non convenzionali a patto che non si qualificano abusivamente come dottori in medicina;

¹⁴ STEPAN J., *Traditional and alternative systems of medicine: a comparative view of legislation*, “International Digest of Health Legislation”, vol. 36, n. 2, 1985.

- sistemi misti: l'approccio monopolistico si applica solo a un certo numero, individuato per legge, di atti medici (p.es. interventi chirurgici, diagnostica endoscopica, anestesia, procedure ostetriche etc.). Tutte le altre pratiche sono liberamente ammesse (ancora una volta, a patto di non millantare il titolo di medico);
- sistemi inclusivi: medicina convenzionale e non convenzionale sono entrambe riconosciute nel servizio sanitario (come in alcuni paesi asiatici);
- sistemi integrati: l'integrazione di due o più sistemi nella formazione professionale e nella pratica terapeutica è ufficialmente promossa e incoraggiata (Cina, Nepal, Corea).

In Europa sono presenti i primi tre sistemi. Quello monopolistico in tutta l'Europa del Sud, inclusa Italia, e inoltre in Francia, Austria, Lussemburgo, Islanda, Polonia. I sistemi tolleranti sono quello tedesco, inglese e irlandese; il primo in virtù di una tradizione che risale all'Ottocento, nonché di una legge del 1939 che riconosce la figura dello *heilpraktiker* – un terapeuta cui non è richiesta alcuna specifica formazione ma che è iscritto in un albo professionale sulla base di un esame su conoscenze mediche di base. In Gran Bretagna e Irlanda la *common law* consente a tutti, senza alcuna specifica qualifica, di praticare funzioni terapeutiche, con l'eccezione del trattamento di alcune malattie specificamente previste dalla legge¹⁵. Questa situazione ha ovviamente favorito lo sviluppo delle medicine non convenzionali; il rovescio della medaglia è la difficoltà di regolamentazione del settore e di protezione delle professionalità e degli standard qualitativi. In assenza di forme specifiche di riconoscimento, anche i notevoli sforzi di autoregolamentazione svolti dalle associazioni professionali rischiano di esser vanificati: si pensi ad esempio allo scarso peso che avrebbe la massima sanzione disciplinare, vale a dire l'espulsione dall'ordine, nei confronti di terapeuti che non intendono adeguarsi agli standard o ai percorsi di formazione richiesti da una partico-

¹⁵ Per l'analisi di tali sistemi è di particolare interesse il materiale prodotto dal servizio studi della Camera dei Deputati, parzialmente raccolto in CROCELLA C. (curatore), *Le medicine non convenzionali. Ricerca scientifica, problemi normativi, disegni di legge*, Quaderni di documentazione della Camera dei Deputati, Roma, 1991. Si vedano anche: ALDRIDGE D., *Complementary medicine in Europe: some national perspectives*, "Complementary Medical Research", vol. 4, 1990; ALDRIDGE D., *Unconventional medicine in Europe*, "Advances", vol. 10, n. 2, 1994.

lare disciplina ¹⁶. Ciò non ha impedito ad alcuni settori di darsi importanti statuti di auto-regolamentazione: esiste in Inghilterra da decenni una Facoltà di omeopatia, si è costituito un Consiglio Generale degli osteopati, e altri settori stanno lavorando nella stessa direzione.

Fra i sistemi misti possiamo citare quelli prodotti dalle recenti riforme del settore in Olanda (1993) e Belgio (1999). La prima è basata sul principio che “la proibizione di pratiche mediche illegali è una situazione anacronistica. Pazienti maturi devono essere in grado di rivolgersi alla medicina regolare o a quella alternativa e scegliere il terapeuta dal quale si aspettano i risultati migliori. Questa libertà deve essere ristretta solo nell’interesse del paziente”. La legge autorizza, in linea di principio, chiunque a svolgere attività terapeutica; tuttavia, enumera una serie di atti terapeutici riservati, che possono esser condotti solo da personale autorizzato, e introduce specifiche sanzioni penali per chi nuoce alla salute di un individuo. La recente legge del Belgio, ispirata dal lavoro del Parlamento europeo di cui parleremo fra breve, riconosce e regola le pratiche terapeutiche nei campi dell’omeopatia, dell’agopuntura, dell’osteopatia e della chiropratica. Anche nei paesi nordici (e in Portogallo, con una legge assai recente) vigono sistemi di tipo misto, con ampia libertà di esercizio delle MNC da parte di non medici (con numerose eccezioni per patologie specifiche) e con il riconoscimento di alcune MNC come professioni sanitarie (è p.es. il caso della chiropratica in Danimarca, Svezia e Finlandia).

Anche per il rimborso di cure e medicinali la situazione è assai incerta e frastagliata. Abbastanza frequenti sono le forme di rimborso da parte di assicurazioni private, mentre più rara è l’inclusione delle MNC nel servizio pubblico. In ogni caso, vi sono tradizioni nazionali diverse che portano a privilegiare singole terapie, come l’omeopatia in Francia, la medicina antroposofica in Germania, la chiropratica nei paesi nordici etc. Su questo punto, ancor più che per il riconoscimento, ha rilievo quella che potremmo chiamare l’incommensurabilità epistemologica fra medicine convenzionali e MNC: nel senso che nella filosofia prevalente in Europa l’assistenza sanitaria pubblica è garantita solo per quelle terapie e quei medicinali la cui efficacia sia comprovata e che rivestono importanza decisiva nella cura o nella prevenzione di malattie gravi. Il fatto che i farma-

¹⁶ SHARMA V. U., *Complementary medicine today. practitioners and patients*, Routledge, London, 1992, pp. 176 sgg.

ci omeopatici, ad esempio, non abbiano l'indicazione terapeutica non li rende paragonabili a quelli allopatrici sul piano del carattere "essenziale" – e le cose si fanno più complicate nel quadro di una necessaria contrazione della spesa sanitaria, che riguarda oggi l'intera Europa. Per inciso, è però ragionevole pensare che su questo punto lo sviluppo delle MNC possa essere di grande aiuto, proprio per quella generale contrapposizione all'uso eccessivo di farmaci allopatrici che contraddistingue il loro approccio ai problemi della salute e della malattia. Indipendentemente da ogni giudizio sulla possibilità di comprovarne sperimentalmente l'efficacia, le MNC rappresentano una sorta di coscienza critica della biomedicina, e possono temperarne gli aspetti più invasivi, una certa tendenza all'accanimento terapeutico e soprattutto il rischio di abuso di farmaci: un abuso pericoloso non solo per gli alti costi e per gli effetti collaterali, ma anche perché ostacola nelle persone lo sviluppo di un'etica di responsabilità nei confronti della salute, propria e altrui.

Un'ultima considerazione sui farmaci: il processo di riconoscimento e di unificazione legislativa a livello europeo può creare, almeno in una fase iniziale, problemi notevoli, introducendo logiche estranee in situazioni di fatto ormai consolidate. Un esempio interessante è rappresentato dai prodotti erboristici. Nel 1994, un atto europeo mirante ad armonizzare la legislazione in campo farmaceutico mise in crisi il settore erboristico in paesi come l'Irlanda e la Gran Bretagna, in cui vigeva da tempo la libertà di vendere prodotti erboristici senza licenza e di acquistarli senza ricetta medica, o in altri paesi, come la Danimarca, che ricorrevano allo stratagemma di considerarli come integratori alimentari. Le norme europee, considerando le erbe come medicine, richiedevano di fatto anche per esse il lungo e assai costoso processo dell'AIC (autorizzazione all'immissione in commercio), proibitivo per le modalità artigianali della loro produzione. In questo caso, non valeva lo stratagemma usato per i rimedi omeopatici, che con una direttiva europea del 1992 erano stati esentati – almeno quelli ad alta diluizione – dall'autorizzazione medica e sottoposti a una procedura semplificata di registrazione (salvandosi così proprio in virtù di quella che dal punto di vista allopatrico è la loro debolezza, vale a dire l'assenza di principio attivo). Dunque, il governo britannico fu costretto a fare rapidamente marcia indietro, dichiarando i rimedi erboristici non soggetti alla legislazione europea in quanto prodotti "tradizionali" e "non

industriali”¹⁷. La stessa Commissione europea ha imboccato una simile strada nel 2001, con una direttiva sui prodotti medicinali tradizionali (TMD, *Traditional Medicines Directive*), con la quale i prodotti erboristici con una tradizione di uso sicuro sono esentati dal dover dimostrare sia l’efficacia sia l’innocuità, a condizione dell’adeguamento a standard di GMP (*good manufacturing practice* – buona pratica di fabbricazione). È molto interessante, in tutto questo, vedere l’impiego del termine tradizione nel senso di rivendicazione di pratiche locali che rappresentano un limite alla penetrazione di principi giuridici universali. Ci sarebbe da chiedersi quanto la tradizionalità possa esser “provata”, a sua volta; e anche perché lo stesso criterio non venga applicato ad altre pratiche terapeutiche, come quelle della guarigione spirituale e delle pratiche magico-religiose, sicuramente altrettanto tradizionali ma meno “presentabili” e meno integrabili in un sistema medico moderno.

2. Il lavoro del Parlamento europeo

La disomogeneità delle legislazioni degli Stati membri sulle MNC è stata fin dall’inizio avvertita come un problema dall’Unione Europea, soprattutto perché in contrasto con il principio della libera circolazione sia di prodotti che di professionalità all’interno dell’Unione. In questa situazione, come è stato più volte rilevato, terapeuti cui nel proprio paese viene riconosciuta una onorata professionalità – come i naturopati tedeschi – non potrebbero esercitare in altre parti d’Europa, se non a rischio di venir arrestati per abuso della professione medica. Il Parlamento europeo si è impegnato considerevolmente in questo campo, in particolare attraverso un lavoro preparatorio della commissione ambiente, salute pubblica e protezione dei consumatori, che ha portato il 29 maggio 1997 all’approvazione di una risoluzione sullo statuto della medicina non convenzionale. La risoluzione approvata, per la verità, è frutto di infiniti emendamenti e compromessi, ed è in sé piuttosto deludente, limitandosi a invitare la Commissione europea a promuovere lo studio di «sicurezza, efficacia, area di applicazione e natura complementare o alternativa di

¹⁷ MCINTRYE M., *Traditional medicine. The European perspective*, Paper presented at the 2nd International Conference on Traditional Medicine, Accra, Ghana, 20-21 luglio 2001 (www.Globalnet.co.uk/~ehpa/perspective.htm).

tutte le MNC [...] e, nel caso i risultati di questo studio lo consentano, a lanciare un processo di riconoscimento delle MNC»¹⁸.

Rimandare una volta di più a studi sull'efficacia, per di più senza chiarire i criteri metodologici da usare, non rappresenta un grande passo avanti: tant'è vero che lo stesso promotore della risoluzione, il parlamentare belga del gruppo dei Verdi Paul Lannoye, ha alla fine ritirato il suo nome e votato contro. Tuttavia, l'originale proposta di risoluzione e la relazione che la accompagna (A4-0075/97) rappresentano un documento importante, che stabilisce alcuni punti comuni nel dibattito sulle MNC e, fra l'altro, ispira alcune riforme adottate successivamente dagli stati nazionali, come quella belga, nonché il tentativo compiuto in Italia attraverso il disegno di legge Galletti¹⁹, elaborato nel corso della penultima legislatura con un consenso politico piuttosto vasto e che non ha poi fatto in tempo a giungere alla discussione in aula.

Vorrei brevemente analizzare alcuni punti della proposta di risoluzione che mi sembrano di particolare rilievo, anche perché individuano nodi problematici di non facile soluzione.

Intanto, il principio della *libera scelta terapeutica* come base dell'azione legislativa²⁰. La proposta di risoluzione, come quasi ogni altro documento prodotto a livello europeo negli ultimi anni, insiste sulla necessità di legiferare per tener dietro a una situazione che si è spontaneamente evoluta.

¹⁸Questo il testo completo della risoluzione: *Parliament resolution on the status of non-conventional medicine adopted on 29 May. Parliament calls on the Commission to carry out a thorough study into the safety, effectiveness, area of application and the complementary or alternative nature of all non-conventional medicines and to draw up a comparative study of the various national legal models to which non-conventional medical practitioners are subject. It also calls on the Commission, if the results of the study allow, to launch a process of recognising non-conventional medicine and to take the necessary steps to encourage the establishment of appropriate committees. Lastly, it calls on the Commission to submit a proposal for a Directive on food supplements, which are frequently situated on the border between dietary and medicinal products [OJ C 182, 16.6.1997]*.

¹⁹Camera dei Deputati, XIII legislatura, proposta di legge n. 3891, "Disciplina delle terapie non convenzionali e istituzione dei registri degli operatori delle medicine non convenzionali", presentata il 19 giugno 1997.

²⁰"I due obiettivi da perseguire sono da una parte quello di rispondere alle esigenze del trattato sull'Unione europea e alle legittime rivendicazioni dei terapeuti delle medicine non convenzionali; dall'altra, quello di rispondere alla crescente domanda dei pazienti, di adeguare domanda e offerta partendo da un doppio principio di libertà: libertà per i pazienti di scegliere la terapia preferita e libertà per i terapeuti di esercitare la loro professione".

Sono riportati sondaggi e ricerche secondo le quali dal 20% al 50% dei cittadini europei utilizzano le MNC – anche se molte statistiche non sembrano in grado di distinguere tra gli utenti che potremmo chiamare “forti” e quelli “deboli”: vale a dire, fra le persone che scelgono le MNC in modo esclusivo, nel quadro di più ampie motivazioni culturali e scelte relative allo stile di vita, e quelle che vi fanno ricorso solo occasionalmente, non per motivi di principio ma all’interno di specifici percorsi terapeutici. In generale, la rivendicazione del riconoscimento delle MNC è legata alla constatazione della loro affermazione di fatto, nell’ottica di una filosofia dei diritti di un cittadino-consumatore come soggetto attivo di scelte sulla base di una corretta informazione e di condizioni basilari di sicurezza. Questa impostazione, per quanto corretta in linea di principio, rischia però di considerare in modo troppo superficiale il rapporto tra costruzione dei movimenti d’opinione, ricerca scientifica e politiche amministrative. Prima di tutto, proprio il campo del consumo mostra quanto la “libera scelta” sia un concetto problematico, e difficilmente basti da solo a realizzare modelli di consumo critico e sostenibile (dunque, è singolare che proprio la cultura ambientalista, che questi obiettivi persegue, rivendichi in campo medico un approccio puramente liberista). Inoltre, le politiche sanitarie hanno un doppio obiettivo: fornire servizi ai cittadini sulla base della loro domanda, da un lato, e dall’altro promuovere il sapere scientifico. Ma le logiche che muovono una comunità scientifica sono diverse da quelle che plasmano la pubblica opinione. “Comunità scientifica” e “opinione pubblica” sono concetti singolarmente assenti dalla risoluzione europea, che si fonda invece da un lato sulla libera scelta individuale (punto 4 della relazione: “doppio principio di libertà: libertà per i pazienti di scegliere la terapia preferita e libertà per i terapeuti di esercitare la loro professione”), dall’altro sul rapporto fra interessi lobbistici come quelli dei medici e dei terapeuti non convenzionali. Ma presentare il mondo della medicina ufficiale appiattendolo sugli interessi delle case farmaceutiche, e ignorando l’alto livello della sua costituzione scientifico-istituzionale, può essere un grave errore; e non è forse soltanto per bieco corporativismo che nessuno tra i 22 medici facenti parte nel 1997 del Parlamento europeo ha votato a favore del primo punto della risoluzione, quello che impegna la Commissione ad avviare un processo di riconoscimento delle MNC. In Italia abbiamo assistito qualche anno fa a un caso abbastanza clamoroso di distorsione del concetto di libertà terapeutica, quello della terapia del professor Di Bella, caso in cui una campagna di

opinione promossa politicamente e orchestrata attraverso i mass-media è riuscita a sostituirsi al consenso della comunità scientifica come guida dell'amministrazione sanitaria²¹.

Tutto ciò ha a che fare anche con altri due punti cospicuamente presenti nella risoluzione: il principio del pluralismo terapeutico e il problema della ricerca sull'efficacia delle MNC. "Pluralismo" in materia medica è espressione esplicitamente invocata nella relazione. Il termine è usualmente applicato in antropologia a quei contesti non occidentali in cui pratiche di guarigione tradizionali, spesso di tipo magico-religioso, si affiancano a una biomedicina ancora non capillarmente presente. Dunque, coesistenza di sistemi difficilmente comparabili sul piano epistemico e del tutto asimmetrici quanto a potere cognitivo e a presupposti istituzionali – dove il sapere e le pratiche tradizionali non solo occupano uno spazio di assistenza lasciato altrimenti vuoto, ma hanno anche il fondamentale vantaggio del radicamento territoriale e culturale. In questi casi, il fatto di indirizzarsi verso un certo percorso terapeutico dipende non tanto dalla scelta ponderata di un astratto soggetto-consumatore che si trova di fronte a offerte concorrenti sul mercato della salute, quanto piuttosto dalle condizioni di vita, dalle risorse economiche e culturali disponibili, in una parola da contesti pratici. È interessante chiedersi quanto questo modello sia applicabile a quello che potremmo chiamare il ritorno postmoderno del pluralismo nel mondo occidentale.

Certo, il rapporto tra MNC e biomedicina è solo apparentemente competitivo. Come nelle situazioni pluraliste, i rispettivi sistemi di sapere sono fortemente asimmetrici: le letterature specializzate non sono confrontabili, con poche eccezioni, e lo stesso vale per il grado di autocontrollo e di apertura cognitiva che la presenza di una strutturata comunità scientifica è in grado di assicurare. Tuttavia, le MNC non sono particolarmente radicate nella tradizione (anche se talvolta rileggono in un linguaggio nuovo elementi della tradizione: è il caso ad esempio della pranoterapia, in cui confluiscono pratiche terapeutiche e concezioni della malattia e della guarigione palesemente provenienti dalla tradizione popolare): ed esse si affermano non in virtù di un vuoto della biomedicina, ma proprio come reazione ad una sua capillare presenza avvertita come intrusiva, ad un eccesso di medicalizzazione.

²¹ Si veda un'accurata ricostruzione giornalistica della vicenda in MINERVA D., *La leggenda del santo guaritore*, Editori Riuniti, Roma, 1998.

L'analogia etnologica può servire però a cogliere un ulteriore aspetto della situazione: prima di tutto, il fatto che il rapporto fra sistemi di sapere e pratica medica non è così semplice. È inesatto parlare per la medicina ufficiale di "medicina scientifica". La medicina non è una scienza, è un'arte, o una pratica, in grado di usare ampiamente il supporto di saperi scientifici e di attrezzature tecnologiche. Il rapporto di cura non è in sé scientifico, ma pratico o ermeneutico. La medicina ufficiale e scientificamente fondata deve stare attenta a non perdere nella sua pratica il vantaggio di partenza che le viene non tanto dalla presunta verità delle sue credenze, ma dalla indubbia superiorità della sua organizzazione del sapere.

Per quanto riguarda la ricerca relativa all'efficacia, come detto, la risoluzione approvata si limita ad auspicare ulteriori studi, come se questi potessero esser risolutivi e mettere tutti d'accordo sulla base di una inconfutabile evidenza. La relazione tocca il punto cruciale nel paragrafo 4, quando afferma che l'efficacia delle MNC "è oggetto di studi, certo poco numerosi, ma in generale probanti, se si accetta il principio di non limitarsi a valutare l'efficacia sulla base della metodologia e dei criteri in vigore nella medicina convenzionale (essenzialmente le prove cliniche a doppio cieco)". Il problema è che si fronteggiano qui sistemi non commensurabili dal punto di vista epistemologico: trovare un linguaggio comune e mettersi d'accordo sui risultati della ricerca non è una questione empirica, non è come condurre una ricerca all'interno di criteri definiti e comunemente accettati. Biomedicina e MNC non condividono affatto una stessa nozione di efficacia, né un metodo per stabilirla, ed è assai difficile individuare un terreno scientifico comune su cui confrontare le rispettive esperienze. Come è noto, molte MNC non riconoscono il metodo statistico dei test biomedici di efficacia, sulla base del principio dell'unicità di ogni paziente. Il principio omeopatico per cui il rimedio si adatta al paziente e non alla malattia può esser esteso a gran parte delle MNC. Non è affatto detto che un certo rimedio agisca ugualmente su due persone che presentano gli stessi sintomi e che in apparenza hanno la stessa malattia. Ogni patologia e ogni percorso di guarigione è individuale, e l'efficacia del rimedio o del trattamento va commisurata alle specifiche individualità: non è mai generica e misurabile in percentuale.

Il rapporto tra biomedicina e MNC non assomiglia dunque a quello tra due teorie che si fronteggiano all'interno di una stessa tradizione scientifica e di un'epistemologia condivisa, dove in linea di massima i

problemi possono esser risolti dagli esiti oggettivi di un esperimento: piuttosto, abbiamo a che fare con una opzione quasi metafisica o di fede, da cui dipendono le idee stesse di ricerca, di oggettività, di prova. D'altra parte, l'idea che il pluralismo medico consista nella coesistenza di più sistemi, ciascuno epistemologicamente impermeabile agli altri, non è facile da accettare: e non è facile accettare che, in nome di questa sorta di relativismo, ogni sistema si costruisca dall'interno le proprie regole del gioco. L'invito ricorrente a studi ulteriori che accertino l'efficacia delle MNC, se non affronta apertamente questo punto, è destinato a restare puramente retorico – un modo, di fatto, per bloccare la discussione.

Sul piano epistemologico, d'altra parte, non ci sono soluzioni. Occorre spostare il terreno del dialogo sul piano pratico, in cui non sia in gioco solo il ruolo metodologico del doppio cieco, o le metafisiche “meccanicistiche” o “energetiche” su cui i diversi sistemi medici si fondano. Occorre prendere in considerazione il più ampio contesto pratico delle relazioni di cura, delle concezioni popolari della salute e della malattia; il contesto delle modalità pratiche, ad esempio, con cui la gente, nella quotidianità, si rapporta con i propri sintomi, con i propri malesseri molto spesso vaghi e indeterminati, adottando pratiche di self-help, e ricorrendo agli specialisti solo come una tra le diverse risorse disponibili nell'ambiente sociale. Sul piano di questa gestione quotidiana del corpo, della salute e della malattia è forse possibile costruire le condizioni di quella medicina integrata che sembra ancora troppo lontana a livello di saperi specialistici.

Infine, al centro dei problemi di riconoscimento su cui riflette la proposta di risoluzione c'è la questione della delimitazione del proliferante numero delle MNC, del discrimine tra quelle più o meno serie, più o meno solide, più o meno integrabili. La relazione prende una posizione precisa: sceglie di privilegiare, per l'avvio del processo di riconoscimento, quelle terapie che già possiedono:

- (a) una forma di riconoscimento giuridico in alcuni stati membri dell'UE;
- (b) una struttura organizzativa sul piano europeo (il che implica una formazione di base comune);
- (c) una disciplina di autoregolamentazione e un codice deontologico.

Le discipline individuate secondo questi criteri sono (punto F della relazione):

- (a) chiropratica;
- (b) omeopatia;

- (c) medicina antroposofica;
- (d) medicina tradizionale cinese (denominazione sotto la quale è compresa l'agopuntura);
- (e) shiatsu;
- (f) naturopatia;
- (g) osteopatia;
- (h) fitoterapia.

L'elenco si conclude con un "eccetera", a sottolineare che si tratta di una scelta non chiusa e non discriminante, che potrebbe essere estesa ad altre discipline nella misura in cui si adegueranno ai criteri stabiliti. Da parte dei promotori del progetto, l'eccetera è necessario per non suscitare troppo malumore in tutti quegli operatori che praticano altre discipline; ma è chiaro che questa scelta è destinata ad accentuare ancor più la forbice tra le discipline più solide organizzativamente e tutte le altre.

Si noterà come le discipline "promosse" non sono necessariamente le più "accettabili" nei termini del sapere biomedico: anzi, l'omeopatia è senz'altro la più inaccettabile in quanto si basa su presupposti teoretici e persino metafisici incompatibili con quelli della biomedicina, e la sua efficacia appare "impossibile" alla luce del sapere scientifico corrente (si pensi al dibattito sulla "memoria dell'acqua"). Inoltre, mancano dall'elenco alcune discipline che pure hanno una forte tradizione e sono saldamente radicate in molte realtà locali, come per esempio lo spiritual healing o quella che in Italia chiamiamo pranoterapia. Quest'ultima, peraltro, scompare anche dal disegno di legge Galletti e da recenti leggi regionali, come quella del Piemonte, e c'è da chiedersi perché. Se la valutiamo in termini quantitativi o di "gradimento dei consumatori", non ha certo nulla da invidiare ad altre terapie "promosse". Non solo, ma per molti anni la pranoterapia è stata al centro di proposte di riconoscimento da parte del Parlamento italiano²² (nota Crocella). Perché ha perduto im-

²² Tra i progetti di legge presentati nel corso della X legislatura (1997-1991), ve ne sono riguardanti "Istituzione dell'Albo professionale dei consulenti-operatori della pranoterapia, dell'erboristeria, del paranormale e dell'astrologia", "Istituzione dell'Ordine nazionale dei flusso-pranoterapeuti", "Istituzione della qualifica professionale di pranoterapeuta", "Istituzione della qualifica professionale di bioterapeuta", "Riconoscimento dell'attività di pranoterapeuta e istituzione della scuola superiore per pranoterapeuti professionali"; cfr. CROCELLA C., op. cit., p. 391 sgg. Anche nel corso della XI e XII legislatura compaiono proposte di legge orientate in tal senso; l'ultima menzione esplici-

provvisamente rispettabilità? Il processo di riconoscimento rischia qui di contraddire i propri stessi principi, svalutando il radicamento nelle tradizioni locali e legittimando, al contrario e paradossalmente, discipline – come quelle orientali – sostanzialmente estranee ai contesti territoriali e importate in tempi relativamente recenti da una élite controulturale.

Si può anche osservare come l'elenco ponga sullo stesso piano terapie molto diverse; quelle di origine orientale, pratiche tendenzialmente complementari ad altri approcci, come l'osteopatia, e sistemi comprensivi e assolutamente alternativi come l'omeopatia e, in parte, l'antroposofia; così come non distingue tra terapie che fanno uso o meno di farmaci (anche se la relazione ritiene necessaria una formazione più ampia per quelle MNC i cui praticanti, tendenzialmente, agiscono come medici generali cui i pazienti affidano il controllo complessivo della loro salute sulla base di una scelta radicalmente alternativa alla biomedicina).

C'è da chiedersi, in definitiva, se questo introdurre distinzioni tra discipline nel continuum delle MNC sia davvero utile: se il punto di forza di queste ultime non stia realmente nella loro molteplicità. Prese una per una non reggono il confronto con la biomedicina; nel loro complesso, per le somiglianze che le accomunano ma anche per la rete di differenze che presentano, forse sì.

3. *Scenari di mutamento*

Le MNC sembrano disporsi in un ampio spazio di pratiche e di immaginario sociale, spazio che confina con almeno tre territori diversi: la medicina convenzionale, la tradizione popolare e l'ambito della *New Age* e delle forme più o meno nuove di spiritualità. Le difficoltà nel trovare accordo su un quadro legislativo coerente non derivano solo dalle resistenze dell'*establishment* medico "ufficiale", come spesso si sostiene; il punto è che un quadro così fluido e complesso è difficilmente assimilabile nei termini della cultura giuridica che ha accompagnato l'ufficializzazione del sapere e della pratica medica nel mondo occidentale. Occorre dunque porre il problema delle MNC nel più ampio contesto del mutamento dei rapporti tra medicina, cittadini e Stato nella tarda modernità. Compren-

ta della pranoterapia è nel progetto di legge n. 680 del 22-1-1997, "Norme in materia di esercizio della pranoterapia".

dere questo mutamento, svolgere dunque studi propedeutici a una integrazione delle diverse forme di medicina, è compito non esclusivamente clinico – anche perché quello che è in gioco è forse l’inizio dello sgretolamento proprio di quel sistema della clinica moderna la cui genesi storica è stata descritta da Foucault, basato sulla strettissima coesione tra un’amministrazione centralizzata e burocratizzata della salute e un univoco sapere medico, fortemente codificato e istituzionalizzato, rispetto al quale ogni diversità è vista come “sopravvivenza” e resistenza.

Occorre invece confrontarsi con i cambiamenti nei modelli culturali del corpo, della salute e della malattia, cercare di identificare le pratiche quotidiane e i percorsi di assistenza che precedono la medicalizzazione e il ricorso a specialisti, i modi di gestire e di dare senso al male. In fondo, il successo delle MNC segnala un problema importante che la medicina convenzionale per prima dovrebbe porsi. Non tanto perché, come si dice secondo me sbagliando, questo successo dipenda da una crisi della biomedicina, dai processi di meccanicizzazione e parcellizzazione del corpo che essa implica, dalla spersonalizzazione del rapporto medico-paziente. Il ritratto della biomedicina che si trova ossessivamente ripetuto nella pubblicistica alternativa, per quanto non infondato, è in larga parte caricaturale. La medicina ufficiale si è molto evoluta nella sua capacità di rapportarsi all’ “uomo” e non a un “paziente” meccanicizzato, di comprendere l’importanza della relazione e del dialogo terapeutico, del riconoscere i diritti del malato come persona, e così via. Il punto è che sono i successi della medicina ufficiale, non i suoi insuccessi, a gettare il terreno per la crescita delle MNC. E tuttavia, proprio queste ultime devono spingerla a ripensare il suo ruolo sociale, il suo rapporto con una realtà socio-culturale ormai profondamente diversa da quella in cui la moderna biomedicina è nata e si è sviluppata. Concludo enunciando tre aspetti di questi mutamenti che mi sembrano cruciali in relazione al tema che stiamo affrontando.

Il primo punto riguarda il progressivo indebolimento dei saperi esperti e del ruolo delle comunità scientifiche come basi dell’azione di governo, a tutto vantaggio dell’influenza dei mezzi di comunicazione di massa e dei movimenti d’opinione da essi promossi. Nella tarda modernità sembra cominciare a spezzarsi la storica alleanza tra poteri dello Stato-nazione e prospettive scientifiche promosse al rango della “ufficialità”. L’influenza sociale dei saperi esperti dipende dalla loro capacità di trovare spazio sui media, e lo Stato tende a giocare il ruolo di mediatore neutrale e garante

di condizioni neutrali di confronto tra modelli diversi, secondo lo stile del dibattito d'opinione televisivo. Questa tendenza è particolarmente presente nel campo delle politiche sanitarie, anche in conseguenza di quella che potremmo chiamare una "democratizzazione cognitiva" della nostra società, che con l'istruzione di massa e la diffusione capillare dei media elettronici vede ridursi la distanza tra il sapere e l'autorità del medico e quella dei pazienti – o, meglio, dei "cittadini". Sono elementi di questo quadro, ad esempio, le battaglie politiche degli anni '70 a favore della prevenzione e di un concetto di sanità centrato sulla tutela delle condizioni ambientali e della qualità della vita prima che sugli interventi di "riparazione" dei corpi (e delle menti) individuali; la nascita delle associazioni di pazienti che rivendicano un ruolo attivo nella determinazione delle politiche sanitarie; lo straordinario sviluppo della divulgazione medica e delle pratiche di self-help, e infine, per l'appunto, la diffusione delle MNC.

Diviene dunque possibile, ad esempio, che un Piano Sanitario regionale di fine anni '90 parli di aiutare il cittadino a "orientarsi tra i vari modelli di salute e sanità"²³: una formulazione in cui dev'essere notata l'esplicita e quasi relativistica menzione di "vari modelli" medici, che almeno in teoria si pongono tutti sullo stesso piano di fronte alle possibilità di scelta del soggetto-utente – cittadino attivo e non paziente, appunto, che proprio in questa scelta esprime appieno la propria personalità sociale e i propri orientamenti culturali. Ciò è strettamente connesso a un secondo rilevante aspetto di mutamento antropologico rispetto al quadro della moderna clinica: l'affermazione del principio della libera scelta, che sposta progressivamente dal medico al paziente il peso della responsabilità terapeutica. Un evidente sintomo di questo spostamento è il diverso ruolo che viene assumendo la figura del medico di base, non più beneficiario di una delega in bianco sulla salute del suo assistito, e invece sempre più vicino a un consulente o tutor, con il compito di orientare l'assistito verso un'ampia gamma di risorse diagnostiche, farmaceutiche ed ospedaliere disponibili. È significativo che siano stati spesso i medici di base i primi ad aprire, sul piano pratico, alle MNC: non per convinzioni scientifiche, ma perché coinvolti in un reticolo di esigenze, aspettative, percezioni delle risorse sanitarie da parte dei loro assistiti. L'accesso al sistema sanitario, pur attraverso la mediazione del medico di base, avviene in relazione a

²³ Giunta Regionale Toscana, deliberazione n. 890 del 3 Agosto 1998.

scelte di carattere culturale, connesse a scelte compiute in altri campi e che, nel complesso, definiscono uno “stile” e una “identità”. Non c’è dubbio, ad esempio, che la decisione di curarsi con l’omeopatia sta spesso in relazione a una più ampia gamma di preferenze alimentari, di abbigliamento, di consumi culturali, di “gusti” e “disgusti” – a loro volta legate, sociologicamente, a quelle che Bourdieu chiamava strategie della distinzione. Ed è dal campo del consumo che è mutuata la concezione dei diritti del cittadino-paziente: l’autorità sanitaria non interviene nel merito delle scelte, accettando per così dire la concorrenza e limitandosi a fare da garante su requisiti basilari come la sicurezza, la correttezza della informazione e il contenimento delle tariffe. Anche qui, la relazione Lannoye non potrebbe essere più chiara nell’enunciare il duplice obiettivo di “garantire ai pazienti la più ampia libertà possibile di scelta terapeutica”, e di assicurare loro “il più elevato livello di sicurezza e l’informazione più corretta sulla innocuità, la qualità e l’efficacia delle cosiddette medicine non convenzionali, nonché di proteggerli da persone non qualificate”.

Il terzo punto che mi sembra importante sottolineare riguarda la progressiva affermazione – o se vogliamo il ritorno – di concezioni culturali del corpo, della malattia e della guarigione eticamente connotate, che legano il tema della “salute” a quello della “salvezza”. La clinica moderna ha lottato per espungere il “significato” dalle concezioni e dalle pratiche sanitarie, separando quanto più rigorosamente possibile l’oggettività scientifica dal discorso metaforico della religione e dai sistemi di rappresentazione del senso comune. Ma proprio i processi fin qui descritti portano a nuove mescolanze degli ordini di discorso – un fenomeno forse legato a quella generale caratteristica della post-modernità che è stata definita de-differenziazione, cioè la tendenza alla fusione di sfere istituzionali, normative e cognitive che nell’ordine della modernità restavano separate e soggette a una specifica autolegislazione²⁴. Le relazioni tra concezioni della salute e della malattia e discorso etico e religioso sono palesi nell’ambito della *New Age* e di molte MNC: nella loro prospettiva, l’insorgere della malattia non è mai casuale, ma segnala un fondamentale squilibrio nel modo di vita di un individuo, un suo cattivo rapporto con il mondo. La malattia, in senso non metaforico, segnala un peccato, un disordine e una responsabilità di ordine morale, che può essere superato solo attraverso un globale processo di redenzione, la conquista di un nuo-

²⁴ LASH S., *Sociology of Postmodernism*, Rutledge, London, 1990, p. 11.

vo e “giusto” equilibrio²⁵. Ma anche al di là della esplicita adesione ideologica alla costellazione *New Age*, la nuova eticizzazione della salute si manifesta in orientamenti culturali assai diffusi, dalle pratiche di fitness, a stili alimentari basati sulla rilettura in chiave ecologista delle categorie di purezza e impurità, alle modalità di percezione del rischio e così via.

La valenza di questi mutamenti culturali è ambigua. Da un lato, vanno nella direzione di una democratizzazione cognitiva, spingono a una positiva presa in carico di responsabilità verso il proprio corpo come verso l'ambiente naturale, pongono alla medicina importanti stimoli e sollecitazioni. Dall'altro, rischiano di sostituire ai saperi esperti miti e ideologie e, come detto, di surrogare il consenso della comunità scientifica con l'orientamento di sondaggi d'opinione. Il problema del riconoscimento giuridico delle MNC si trova oggi, e presumibilmente si troverà ancora per molto, al centro stesso di tale tensione: e per questo risulta e risulterà un punto critico del governo della salute.

²⁵ Come si esprime R. Coward, analizzando l'ideologia della salute globale, “...il corpo sano esprime chiaramente una moralità, un'attitudine [...] Un corpo malato, un corpo trascurato, è chiaramente il segno di qualcosa di sbagliato sul piano mentale o spirituale [...]. Questo è un mondo in cui le intenzioni individuali, la forza di volontà e l'impegno a condurre uno stile di vita corretto ed armonioso sono visibilmente ricompensate con la buona salute; laddove le abitudini sbagliate hanno le loro punizioni” (*The whole truth. The myth of alternative health*, Faber & Faber, London, 1989, p. 88. Per le articolazioni in chiave *New Age* del nesso salute-salvezza v. BARZANO L., *New Age*, Il Mulino, Bologna, 1999, p. 70 sgg., e HEELAS P., *La New Age. Celebrazione del sé e sacralizzazione della modernità*, trad. it., Editori Riuniti, Roma, 1999, p. 91 sgg.

Professione medica e medicine non convenzionali, linee costitutive e problemi aperti della normativa italiana

Ci si propone di dare una descrizione sommaria e immediatamente comprensibile del sistema legale che in Italia disciplina l'esercizio della medicina non convenzionale, e individuare delle possibili linee di sviluppo di quel sistema alla luce di alcuni fattori predittivi.

L'esposizione non ha alcuna pretesa di completezza, e accetta preventivamente di scontare l'approssimazione che è insita nello stesso concetto empirico di medicina non tradizionale, al cui interno confluiscono fenomeni disomogenei e multiformi.

Basti pensare all'abbondanza di pratiche terapeutiche che possono ragionevolmente essere ricondotte al tema di questo incontro: chinesiterapia, mesoterapia, laserterapia, chiropratica, ayurvedica, cinese, omeopatia, pranoterapia, fitoterapia, cristalloterapia, aromaterapia, etc.

La dottrina medico-legale ha classificato a livello mondiale quattro sistemi di coesistenza tra medicina "scientifica" e medicina "non convenzionale"

<u>esclusivo:</u>	(Italia, Francia, Belgio, Olanda, Austria, Sudamerica) nel quale solo alla medicina scientifica è riconosciuto diritto di cittadinanza);
<u>tollerante:</u>	la medicina tradizionale è più o meno tollerata. Questo sistema è il più diffuso, o perché c'è una dominante locale della medicina tradizionale, o perché c'è una tradizione di individualismo (Stati del sud degli U.S.A.) che si estende al diritto di curarsi come meglio si ritenga;
<u>inclusivo:</u>	la medicina scientifica e quella tradizionale sono entrambe riconosciute, ma vivono separatamente;
<u>integrato:</u>	è il sistema in vigore in Cina, dove i dipartimenti di medicina tradizionale prevedono insegnamenti di medicina scientifica e viceversa.

Tutti i sistemi condividono il principio della responsabilità per danni arrecati ai pazienti.

In Italia il problema può essere posto sotto due distinti profili:

- chi può praticare la medicina non convenzionale?
- è lecita in sé la pratica della medicina non convenzionale?

Per rispondere al primo quesito – chi può praticare la medicina non convenzionale? – bisogna premettere che la pratica medica in Italia è riservata ai medici laureati e abilitati. Il sistema legale si fonda su due pilastri normativi, l'art. 2229 del codice civile e l'art. 348 del codice penale.

L'art. 2229 del codice civile recita: «La legge determina le professioni intellettuali per l'esercizio delle quali è necessaria l'iscrizione in appositi albi o elenchi. L'accertamento dei requisiti per l'iscrizione negli albi o negli elenchi, la tenuta dei medesimi e il potere disciplinare sugli iscritti sono demandati alle associazioni professionali, sotto la vigilanza dello Stato, salvo che la legge disponga diversamente...». Questa norma non riguarda solo la medicina, ma e tutte le professioni intellettuali che di solito designiamo come le professioni “liberali” (medico, avvocato, ingegnere, architetto etc.). Essa è la conseguenza diretta di una concezione politica e di una prassi amministrativa nella quale lo Stato, attraverso le scuole e le Università, sovrintendeva in modo esclusivo alla produzione e alla trasmissione della cultura – ogni genere di cultura – e si riteneva perciò l'unico soggetto abilitato a garantire l'idoneità del professionista che fa della cultura il fulcro delle proprie prestazioni ai privati. La norma di chiusura di questo sistema è costituita dall'art. 2231 del codice civile, secondo il quale “quando l'esercizio di un'attività professionale è condizionata all'iscrizione in un albo o elenco, la prestazione eseguita da chi non è iscritto non gli dà azione per il pagamento della retribuzione”.

Il legislatore prefigura quindi la professione come attività lucrativa in favore di terzi a prevalente contenuto intellettuale, riservata a persone in possesso di nozioni e scolarità determinate dalla legge. L'effettività di questa riserva è tutelata al livello del diritto privato, e quindi nei rapporti tra professionista e paziente, dalla negazione del diritto a una retribuzione in mancanza di iscrizione all'albo.

La garanzia che le professioni vengano effettivamente esercitate solo dagli iscritti negli albi non è lasciata soltanto al diritto privato, ma è contenuta anche in una norma punitiva. L'art. 348 del codice penale stabilisce che «chiunque abusivamente esercita una professione, per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato, è punito con la reclusione fino a 6 mesi o con la multa da 103 a 516 €».

Possiamo allora riassumere i cardini del sistema italiano in questi tre enunciati, riferiti sia alla professione medica che alle altre professioni liberali:

- nessuno può esercitare la professione se non laureato e abilitato;
- chiunque la eserciti in mancanza di tali condizioni non ha diritto a retribuzione;
- chiunque la eserciti in mancanza di tali condizioni commette un reato.

Sembrirebbe dunque un sistema a tutela “forte” per i privati cittadini, che vengono protetti con l’instaurazione di un sistema di esercizio della professione a numero chiuso, che previene per quanto possibile l’abbassamento degli standards qualitativi del professionista, mediante l’abilitazione e la vigilanza da parte dello Stato e/o di organi delegati dallo Stato. Altri Paesi, come quelli anglosassoni e nordeuropei, assicurano il livello degli standards qualitativi e la tutela della salute dei privati esclusivamente mediante meccanismi privatistici di responsabilità civile, fino ad arrivare alla libertà totale di cure esistente in Inghilterra e in Irlanda, dove chiunque può praticare una terapia, purché non millanti il titolo di dottore in medicina.

Va avvertito tuttavia che il fondamento concettuale del disegno legislativo italiano, consistente nel monopolio dello Stato sulla produzione e trasmissione della cultura, vive oggi un momento di crisi profonda. In Italia come in tutto il mondo il monopolio della produzione della cultura è stato intaccato di fatto (si pensi al mondo della ricerca scientifica in gran parte finanziata dalle case farmaceutiche, dalle industrie militari e di telecomunicazioni etc.), e ormai anche di diritto, specie con l’ultima legge costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3. Alle Regioni è attribuita potestà legislativa concorrente con quella dello Stato in materia di sanità, di istruzione pubblica e di professioni.

È prevedibile che queste potestà legislative regionali possano incidere in modo consistente sul concetto giuridico di “professione”, e porre le premesse per una deprivatione del sistema fondato sugli articoli 2229 del codice civile e 348 del codice penale.

Vediamo ora più da vicino la struttura dell’art. 348 del codice penale. La norma prevede alcuni elementi oggettivi:

- una normativa che qualifichi una certa attività come professione e richieda un’abilitazione dello Stato,
- l’assenza di abilitazione da parte dell’agente,
- il compimento di atti d’esercizio di quella professione.

È evidente dalla formulazione della norma, ed è stato costantemente affermato dalla giurisprudenza, che sono irrilevanti per la configurazione della responsabilità penale e per la sua esclusione la perizia, l'abilità, il buon esito delle cure, la loro gratuità o onerosità, il consenso del paziente. L'irrelevanza di tali circostanze di fatto deriva dall'identità di quello che la dottrina penalistica chiama l' "oggetto giuridico" della norma incriminatrice, vale a dire il bene protetto dalla norma. In questo caso l'"oggetto giuridico" è il monopolio statale in tema di autorizzazione all'esercizio della professione, tanto che all'interno del codice penale l'art. 348 è collocato nel gruppo dei delitti contro la pubblica amministrazione. È chiaro che ogni singolo atto di esercizio della professione viola la norma, trasgredendo al precetto che riserva allo Stato l'autorizzazione al suo esercizio.

Si spiega allora perché il reato si perfeziona indipendentemente dal consenso del paziente, dall'esito delle cure, dalla gratuità e via dicendo.

Relativamente all'abilitazione dello Stato, va detto che sono numerose le professioni rispetto alle quali lo Stato prevede una propria abilitazione. Rispetto alla professione medica, la legislazione di base in questa materia è ancora costituita dagli articoli 99 e 100 R.D. 27 luglio 1934 n. 265, che individua le tre principali professioni sanitarie per il cui esercizio è necessario il diploma di laurea ordinario (medico, veterinario, farmacista). Ci sono poi le altre professioni sanitarie, dei "diplomati universitari", individuabili nelle 14 figure previste da altrettanti decreti del Ministro della Sanità emanati tra il settembre 1994 e il marzo 1995 (tecnico radiologo, podologo, audiometrista, audioprotesista, igienista dentale, infermiere, ostetrica, fisioterapista, logopedista, ortottista, dietista, tecnico di laboratorio biomedico, tecnico sanitario di radiologia medica, tecnico sanitario di neurofisiopatologia), e disciplinate dalla L. 251/2000, e infine gli esercenti le arti ausiliarie delle professioni sanitarie (odontotecnico, ottico, meccanico ortopedico, ernista, puericultrice).

Esistono poi altre figure di incerta collocazione ed autonomia rispetto alle quali l'unico tentativo di sistematizzazione è il D.M. 10 febbraio 1984 (es. gli ausiliari socio sanitari).

L'elencazione ha riguardo allo stato attuale delle cose, ma il sistema possiede una certa elasticità, nel senso che ammette la creazione di nuovi profili professionali ad iniziativa dell'autorità amministrativa, man mano che il progresso tecnologico e scientifico fa emergere nuove figure con un

ruolo diagnostico e/o terapeutico. Il carattere evolutivo delle professioni sanitarie (un tempo dette paramediche) è stato sempre ben chiaro al legislatore, che già nell'art. 99 del T.U.L.S. riservava al Ministro la facoltà di individuare nuove "arti sanitarie ausiliarie". Oggi l'elasticità del sistema è garantita dall'art. 6 della L. 10 agosto 2000 n. 251, la legge-quadro sulle "professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica". Questa norma dispone che *"Il Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, acquisiti i pareri del Consiglio superiore di sanità e del comitato di medicina del Consiglio universitario nazionale, include le diverse figure professionali esistenti o che saranno individuate successivamente in una delle fattispecie di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4"*. In pratica, l'autorità amministrativa può far confluire i nuovi profili professionali nell'ambito di uno dei quattro modelli professionali previsti dalla legge:

- Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica,
- Professioni sanitarie riabilitative,
- Professioni tecnico-sanitarie,
- Professioni tecniche della prevenzione.

A mio avviso tutta questa materia dovrà sostenere l'impatto con la legge costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3, meglio nota come "riforma federalista". Questa modifica della Costituzione riscrive in particolare l'art. 117, includendo tra le materie di legislazione concorrente (e cioè quelle in cui le Regioni esercitano la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato):

- l'istruzione, salva l'autonomia delle istituzioni scolastiche e con esclusione della istruzione e della formazione professionale;
- le professioni;
- la ricerca scientifica e tecnologica e il sostegno all'innovazione per i settori produttivi;
- la tutela della salute.

Anticipare che cosa potrà accadere alla luce di queste nuove competenze legislative regionali sarebbe azzardato, ma certamente il complesso delle nuove attribuzioni regionali comprende settori molto vicini a quelli che determinano, ad esempio, la definizione delle professioni sanitarie di-

sciplinate dalla legge 251/2000. Poniamo per assurdo che la Regione Calabria, forte di uno studio scientifico sull'efficacia terapeutica dell'essenza di bergamotto nel trattamento della depressione, introduca nei suoi ospedali la figura dell'aromaterapeuta non laureato in medicina, definendone il profilo professionale. Potremo ancora parlare di esercizio abusivo della professione medica da parte dell'aromaterapeuta? Formalmente continuerebbe ad aver vigore l'art. 348 c.p., ma di certo non sarebbe cervellotica una questione d'incostituzionalità di questa norma alla luce del nuovo art. 117 della Costituzione.

Sorgeranno dunque problemi gravi, frequenti e di difficile soluzione, che toccherà alla Corte Costituzionale di risolvere. Solo tra qualche anno – dopo un congruo periodo di “rodaggio” giurisprudenziale” – sarà possibile fare un bilancio delle influenze che il federalismo avrà esercitato su questa materia.

Nessun particolare problema interpretativo pone il secondo elemento oggettivo che abbiamo isolato all'interno dell'art. 348 c.p., e cioè la mancanza dell'abilitazione.

Al contrario, è particolarmente difficile dare una definizione degli atti di esercizio della professione medica.

L'individuazione e definizione di atto medico è un problema piuttosto ricorrente in medicina legale, specie adesso che la necessità di “marcare” il territorio medico si propone con riferimento a molti profili professionali privi di mansionario specifico.

Va detto subito che non esiste una definizione legislativa di “atto medico”, ma nella tradizione giuridica e medico-legale italiana c'è un collegamento costante tra il concetto di malattia (*alterazione anatomica o funzionale dell'organismo, generale o locale, a carattere evolutivo*) e il concetto di attività medica (*diagnosi delle malattie, indicazione dei rimedi e somministrazione degli stessi*). La concezione tradizionale ricava la definizione di “atto medico” dalla correlazione funzionale tra la cura e la malattia: perciò, sostiene che il gesto medico si qualifica attraverso il fine che muove l'agente, e cioè quello di individuare le malattie e i loro rimedi e somministrare o prescrivere questi ultimi. In pratica, l'attività medica viene desunta non dalla sua intrinseca natura, ma dal solo fine che l'agente si propone.

Questa concezione ha il difetto di allargare enormemente i comportamenti punibili, che astrattamente potrebbero andare dalla preparazione del vin brulé per chi ha il raffreddore al trapianto di fegato. La dottrina

giuridica muove frequenti critiche a questa definizione, e tenta di elaborarne di più soddisfacenti, sebbene più ristrette ed analitiche. Va detto però che l'establishment medico-legale oppone fortissime resistenze ad una revisione restrittiva, aggrappandosi a questa definizione che è di gran lunga prevalente nella prassi giurisprudenziale, ed è limitata unicamente dall'esistenza di altri limitrofi statuti professionali. Si è infatti ripetutamente precisato che il gesto medico qualificato dal fine di diagnosticare e/o curare non costituisce esercizio abusivo della professione medica quando appartenga ai profili propri delle altre professioni sanitarie o arti sanitarie ausiliarie (e, si aggiunge a chiarimento, sempre che venga compiuto da chi è legalmente abilitato all'esercizio di quella particolare professione o arte ausiliaria).

Rispetto all'amplissimo concetto sul quale la giurisprudenza ha costruito la nozione di "attività medica", l'incidenza delle professioni sanitarie e dei mansionari relativi ai profili professionali delle arti sanitarie ausiliarie (quando esistono, perché spesso esistono solo gli ordinamenti didattici dei corsi di diploma universitario) è stata enorme, ed ha rappresentato una graduale quanto massiccia erosione dell'ampia piattaforma riservata alla professione medica vera e propria.

Si può affermare che il punto di crisi più evidente nella corrente definizione di "professione medica" e "atto medico" è l'esclusione (più della medicina legale che della giurisprudenza, ricorrendo sovente un richiamo alla prevenzione in certe sentenze, seppur non accompagnato da spiegazioni analitiche) delle attività correlate al concetto di prevenzione, che era piuttosto lontano dalla cultura medica degli anni in cui la definizione giurisprudenziale si è consolidata.

Il riferimento piuttosto raro al concetto di prevenzione è a sua volta conseguenza di un'ideologia medica che privilegiava il concetto di malattia rispetto a quello di benessere.

Si può concludere che i concetti di professione medica e di atto medico correnti nella letteratura giuridica e medico-legale, sebbene siano ispirati a coprire in modo praticamente illimitato le attività di diagnosi e terapia, presentano un consistente margine di scopertura in corrispondenza delle pratiche di prevenzione della malattia e di benessere della persona.

In modo simmetrico e contrario rispetto alla medicina convenzionale, le medicine non tradizionali instaurano prevalentemente un legame tra il concetto di benessere e quello di medicina. La definizione di salute dell'OMS tenta una fusione tra l'ispirazione tradizionale e quella "non

convenzionale”, recitando che salute non è solo assenza di malattia, ma benessere fisico, mentale, sociale.

Le lacune della definizione corrente di atto medico, e al tempo stesso la sua insostenibile latitudine, costituiscono altrettanti varchi nei quali la legislazione regionale potrà incuneare proprie definizioni di nuove professioni sanitarie, anche ricollegandole alle medicine alternative. Il 17 luglio 2002 nove consiglieri regionali della Liguria hanno presentato una proposta di legge regionale intitolata “Norme regionali sulle discipline bio-naturali per il benessere “. Non mette conto in questa sede soffermarsi sul merito della proposta di legge, ma la si segnala come esempio, e possibile banco di prova, dell’incidenza della potestà legislativa regionale introdotta dalla riforma federalista del 2001.

Il problema che il giurista deve porsi di fronte a questi fenomeni non è soltanto quello – invero riduttivo e ristretto ai limiti angusti dell’art. 348 c.p. – di chi possa praticare certe medicine, ma quello ancor più ampio se certe medicine possano essere praticate e in quali limiti.

Rispetto a qualsiasi pratica che abbia ad oggetto la persona umana il giurista si propone pochi interrogativi, abbastanza ben definiti:

- La pratica in questione è suscettibile di lesività, e di che tipo?
- Se sì, vi è un consenso informato dell’interessato rispetto a diritti dei quali egli può disporre?

Superati positivamente questi problemi (che non si possono risolvere con una risposta unica per tutte le medicine alternative), l’ammissibilità delle pratiche in generale è certa, salvo verificare la loro natura di atto medico e stabilire quindi l’identità delle persone abilitate ad esercitarle.

L’ammissibilità in genere non esaurisce tuttavia la problematica giuridica.

A mio avviso occorre altresì porre un discrimine tra le pratiche terapeutiche o suggestive prive di qualsiasi base conoscitiva, e sostanzialmente espressione di attività truffaldina (es. le pratiche terapeutiche delle sette tipo Scientology, quelle di certi guaritori ancora attivi in alcune aree del Meridione), e le pratiche mediche non convenzionali.

Mentre le prime, pur concretando l’esercizio abusivo della professione medica, restano un fenomeno di mero interesse criminologico, le seconde sono il prodotto di una somma di conoscenze coerenti unificate da una serie di principi, magari inesatti e non condivisibili, ma elaborati all’interno di precise tendenze culturali, di aree etniche, di consuetudini

sociali etc. Queste pratiche, alle quali soltanto può essere riservato il nome di medicina non convenzionale, pongono effettivi problemi di convivenza con la medicina scientifica tradizionale, problemi che non possono risolversi col solo richiamo all'art. 348 c.p., avocando alla medicina accademica, e al medico abilitato dallo Stato, le pratiche terapeutiche alternative.

Bisogna infatti prendere atto che la maggior parte delle tecniche non convenzionali richiedono il possesso di un bagaglio professionale non considerato dagli studi istituzionali di medicina, sicché le questioni degli standards qualitativi, delle pratiche accettabili, dei costi per il pubblico, della garanzia di un minimo di efficacia, restano aperte ed insolute sia che la medicina non convenzionale venga praticata da un medico abilitato che da un profano. L'art. 348 c.p., se da un lato punisce il profano, dall'altro non può garantire uno standard minimo di prestazioni nemmeno da parte del medico abilitato.

La discussione di questa problematica investe la questione dell'accreditamento delle medicine non convenzionali. Con tale termine intendendo designare i complessi e gradualmente processi di assimilazione culturale al cui esito il corpo sociale – e quindi anche la scienza medica ufficiale, ma non solo essa – riconosce efficacia a una determinata pratica medica non convenzionale.

I soggetti che giocano un ruolo nel processo di accreditamento sono più d'uno.

La medicina accademica è generalmente avversa alla medicina non tradizionale, alla quale non riconosce i necessari presupposti di validità scientifica, tanto che gli articoli 16, 17, 18 e 27 del codice deontologico (l'ultima versione è stata approvata dalla FNOM – Ceo il 3 ottobre 1998) puniscono le pratiche mediche ispirate a medicine alternative se non sono sufficientemente convalidate su basi biochimiche e statisticosperimentali. L'affermazione può essere condivisibile solo se non si interpreti come chiusura definitiva a qualsiasi tecnica non fondata su basi biomeccaniche. Soprattutto è da evitare che la medicina accademica sfugga al suo compito naturale, di accumulare di evidenze statistiche anche circa l'efficacia delle tecniche alternative.

Il consumatore di medicina – il paziente – esprime il proprio grado di accettazione nella misura in cui si rivolge a questo tipo di servizi.

Le strutture di sanità pubblica devono controllare la crescita di questa medicina, renderla accessibile a tutti man mano che se ne evidenzia

l'efficacia, sottoporla agli standards qualitativi e al regime di controllo e responsabilità legale propri del settore pubblico.

Le linee di tendenza

In assenza di una legislazione nazionale di riferimento, l'unico autorevole documento (seppur sprovvisto di qualsiasi efficacia giuridica diretta nell'ordinamento italiano e comunitari) è la risoluzione del Parlamento Europeo del 29 maggio 1997, che raccomanda ai Paesi membri un comportamento legislativo e amministrativo ispirato alle seguenti linee-guida:

- organizzare il dialogo tra l'ambiente universitario e gli esperti delle varie discipline mediche non convenzionali al fine di monitorare efficacia e meccanismi di funzionamento delle medicine non convenzionali;
- legalizzare lo statuto dei terapeuti e definire le condizioni per la loro formazione;
- garantire il diritto di stabilimento in tutti gli Stati dell'Unione ai terapeuti che siano riconosciuti in uno di essi;
- garantire il libero accesso ai prodotti terapeutici necessari per l'esercizio delle varie discipline;
- rivedere la legislazione riguardante la farmacopea e le professioni mediche se necessario per assicurare queste garanzie.

La legislazione e l'attività amministrativa regionale sembra muoversi in una direzione di forte apertura, come testimoniano sia le inserzioni di medicine non convenzionali nei servizi pubblici che le iniziative legislative in tema di discipline bio-naturali per il benessere (Regione Liguria e Regione Piemonte).

Con la modifica della Costituzione dell'ottobre scorso si è aperta una fase che potrebbe essere di rivolgimento del settore, con l'attribuzione della potestà legislativa alle Regioni anche in materia. Benché l'art. 348 c.p. non possa essere intaccato dalla legislazione regionale, è realistico supporre che in sede locale si possano sfruttare i varchi che la corrente definizione giurisprudenziale di "professione medica" e di "atto medico" lascia aperti (attività di prevenzione della malattia e benessere della persona) per conferire una veste formale a qualche figura terapeutica che non compie atti medici.

In ogni caso, anche la legislazione regionale non potrà ignorare le linee-guida suggerite dal Parlamento Europeo, che non sono di per sé vincolanti, ma che tuttavia concorrono a definire gli “obblighi comunitari” di cui all’art. 117 della Costituzione.

Analisi delle proposte di legge presentate al Parlamento alla luce di alcuni principi sui diritti del cittadino malato

Carlo Crocella
Consigliere parlamentare

Premessa: il diritto naturale di provvedere alla propria salute

Un variegato fenomeno di massa si è venuto sviluppando negli anni scorsi attorno al tema della libertà di scelta terapeutica: molti ricorderanno le reazioni al divieto di curarsi a proprio modo imposto a Dario Bellezza pochi mesi prima della morte, le raccolte di firme in favore dei farmaci omeopatici, il caso Di Bella, la solidarietà intorno ai genitori che rifiutano di applicare ai propri figli terapie imposte dai medici e dai giudici. È un movimento disarticolato, che può essere visto da qualcuno come un rischio regressivo, un fenomeno antiscientifico, populista, incolto, ma che può anche esprimere una valenza culturale di grande rilievo e diventare un'occasione importante di rinnovamento della società e della stessa legislazione, un'occasione di crescita per tutti nella libertà. Sono convinto che il tema delle medicine non convenzionali, se affrontato nel modo opportuno, possa diventare un fattore importante nella crescita della cultura dei diritti e nello stesso superamento della crisi della medicina pubblica.

Il tema delle altre medicine, imposto dai cittadini all'ordine del giorno di politici e legislatori, è stato affrontato dapprima, in Parlamento, con un certo disagio. Per molto tempo le proposte di legge su questo argomento si dilungavano sul rischio di ciarlataneria e sulla necessità di tutelare il cittadino nei suoi confronti, e dovevano far fronte a una pesante opposizione di tutta la lobby medica. In queste proposte, che si contano ormai a parecchie decine nelle ultime legislature, si trovava lo sforzo di distinguere fra trattamenti situati all'interno di un sapere strutturato e trattamenti considerabili alla stregua di superstizione; la ricerca della individuazione del confine tra l'intervento medico e quello di altri terapeuti; l'introduzione nel sistema formativo dei medici di insegnamenti su medicine non convenzionali. Il sapere medico accademico era sempre rispettato come il giudice della validità di qualsiasi altro intervento curati-

vo. Che altre concezioni della salute e della malattia fossero accolte da percentuali crescenti di cittadini era ininfluenza. Lo Stato si poneva l'obiettivo di difendere quei cittadini da se stessi, e di difendere la professione medica, alla quale aveva da almeno un secolo delegato rilevanti poteri in materia di salute pubblica, da ogni tentativo di invaderne gli ambiti di competenza.

Il mio punto di vista è che lo Stato democratico, come non può imporre una religione, una filosofia, o una concezione politica, così non può imporre un sapere scientifico.

Nessuno accetta più lo Stato etico, che ha fornito il presupposto culturale a diverse forme di totalitarismo. Salvo alcune minoranze, che nel nostro paese quasi non esistono – a parte il caso di certe correnti islamiche – nessuno accetta più il principio dello Stato confessionale. Allo stesso modo lo Stato non può pretendere di stabilire che cosa sia scientifico e che cosa non lo sia. Lo Stato non è un soggetto con un suo *sapere* diverso dal sapere dei cittadini. Il sapere dello Stato – se vogliamo attribuirgli per analogia una capacità di sapere – è quello dei documenti anagrafici, delle leggi, dei regolamenti, è limitato cioè a giudizi di fatto, ma non si può estendere a giudizi su verità astratte, che solo una persona fisica è in grado di emettere. Non ha senso che lo Stato pretenda di riconoscere una verità scientifica, e di tutelare questa verità di fronte a una parte dei cittadini che la pone in discussione. L'art. 33 della Costituzione sancisce che "l'arte e la scienza sono libere"²⁶!

Il compito dello Stato deve limitarsi a registrare l'esistenza di concezioni condivise da gruppi di cittadini e creare le condizioni per una loro armonica convivenza.

Si badi bene, il problema giuridico che lo Stato ha di fronte non è quello di sapere se, per esempio, l'omeopatia, la medicina ayurvedica o la pranoterapia *funzionino* e siano idonee a curare le malattie e a conservare in buona salute le persone. Questo è assolutamente irrilevante dal punto di vista del sistema giuridico in un contesto democratico moderno. Non tocca allo Stato accertare questo, perché la scienza è libera. Allo Stato deve solo interessare se un numero significativo di cittadini ricorra alle cure

²⁶ Art. 32. "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

Art. 33. "L'arte e la scienza sono libere e libero ne è l'insegnamento".

di una di queste forme di medicina. Solo in conseguenza di questa constatazione di fatto esso potrà intervenire a regolarne l'esercizio con gli obiettivi e gli strumenti indicati dalle norme costituzionali: promozione del lavoro, delle culture, delle aggregazioni sociali, strumenti per garantire la formazione professionale e per tutelare cittadini e operatori dai millantatori. È millantatore chi con dolo inganna la buona fede dell'utente dichiarando qualità che sa di non avere, non chi dichiara qualità che solo una parte della popolazione riconosce. Se una persona vuol farsi curare da uno sciamano ha il diritto naturale di farlo, perché si tratta del suo corpo, della sua vita, e nessuno deve per questo accusare lo sciamano di compiere abusivamente atti medici. Purché lo sciamano sia veramente quello che in quel determinato contesto culturale è riconosciuto come sciamano.

Proposte di legge sulle MNC nella XIV legislatura

Nella 14^a legislatura, dal giugno 2001 all'ottobre 2002, sono state presentate 21 proposte di legge sulle medicine non convenzionali, di cui 18 alla Camera e 3 al Senato. Queste ultime, tutte del periodo luglio-ottobre 2002, non sono ancora stampate²⁷, e per questo mi atterrò solo alle proposte di legge presentate alla Camera.

In primo luogo bisogna riconoscere una significativa evoluzione fra le due legislature, certo frutto del lavoro intenso svolto nella XIII legislatura, con numerosissime audizioni e un paziente lavoro di costruzione di un consenso assolutamente unitario. Frutto di questa evoluzione è un atteggiamento più fiducioso verso le MNC, superando quasi completamente il timore della ciarlataneria ancora diffuso nelle proposte di legge precedenti. È ormai acquisito nella coscienza dei legislatori il principio del pluralismo scientifico (non si ripete più lo slogan "la medicina è una!") e, pur con molti limiti e preoccupazioni, quello della libertà di scelta terapeutica. Trovo positivo che si introduca, come nella proposte di legge 1096 Labate, l'affidamento alle associazioni professionali (per il momento solo

²⁷ Il ritardo nella stampa di una proposta di legge non è un mero problema di tipografia. La proposta reca la data e il numero progressivo del giorno della presentazione, da quel giorno ufficialmente un documento parlamentare; ma non viene stampata fino a che il presentatore non restituisce le bozze firmate. A volte il presentatore indugia anche molti mesi, per acquisire consensi, pareri tecnici, mediazioni politiche e può introdurre molte correzioni rispetto al testo primitivo.

a quelle di osteopati e chiropratici) del controllo deontologico sugli iscritti e del monitoraggio sugli standard professionali, superando le macchinose commissioni ministeriali previste da altre proposte. Infine si prevedono lauree mediche in omeopatia, agopuntura, chiropratica: innovazione ardita e carica di conseguenze sull'intero sistema sanitario. Anche se una norma di questa portata troverebbe migliore collocazione in una legge generale che ridisegni il sistema sanitario, va apprezzata la carica innovativa che esprime.

La commissione Affari sociali della Camera nella scorsa legislatura, a seguito dell'intenso lavoro unitario di cui si è detto, era giunta ad approvare unanimemente un testo unificato, che però non ha avuto la possibilità di concludere l'iter parlamentare. Le proposte di legge presentate nei mesi scorsi si avvalgono ampiamente, spesso alla lettera, di questo testo, e in genere sono più mature di quelle presentate nella legislatura precedente.

Trovo significativo per esempio che, mentre in molte proposte della XIII legislatura le relazioni si soffermavano sulla necessità di tutelare operatori e cittadini dai ciarlatani, ora questo argomento, come ho già accennato, sia quasi completamente trascurato, mentre si sottolinea il disagio verso l'iperspecializzazione della medicina, il crescente interesse dei cittadini per nuove forme terapeutiche, il loro rilievo economico e culturale, e l'opportunità di armonizzare la nostra legislazione con quella di altri paesi europei.

Mi si permetta tuttavia ancora qualche nota critica.

Quasi tutte queste proposte – nella XIII come nella XIV legislatura – si preoccupano di non ledere l'impianto normativo in cui è collocata la medicina ufficiale. L'attenzione è posta sull'interesse delle corporazioni di operatori e non sul diritto della persona. Si ricopia in sostanza la logica dell'impianto normativo esistente, semplicemente affiancando all'ordine dei medici le associazioni di operatori shiatsu, di omeopati e così via. Si tende così ad ufficializzare le forme di medicina libera²⁸ più strutturate, o comunque più affermate, senza tener conto di una situazione che continua ad essere in movimento. Si sta diffondendo l'ayurveda, comincia ad affacciarsi la medicina somala, e non sono più solo gli antropologi a parlare con sempre maggior rispetto dello sciamanesimo: dovremo sempre ricominciare da capo e aspettare di volta in volta in una nuova legge? Ve-

²⁸ Uso il termine "medicine libere" come sinonimo di "medicine non convenzionali", con riferimento ai sistemi di cura non presi in considerazione dal testo unico delle leggi sanitarie.

do su Internet irrompere a passo di cavalleria forme di cura che per la medicina ufficiale sono magiche, da quelle con i profumi fino all'acqua diamante. Se un amico, vedendo che non riesco a uscire da una malattia, mi passa una bottiglia e mi dice di prenderne un sorso tre volte al giorno accompagnando con gesti, atteggiamenti o altro, dovrò chiamare la polizia e denunciarlo per esercizio abusivo dell'arte di curare?

Questo impianto è a mio avviso concettualmente poco lineare. Bisogna partire dal diritto di ogni persona a decidere su come provvedere alla propria salute e attorno a questo diritto, sulla base di questo diritto, costruire la norma. Molte proposte di legge ritengono di dover rendere omaggio al rispetto per la scienza e si attardano a indicare come e in quali casi un intervento terapeutico possa considerarsi scientificamente fondato. Nessuno si pone il problema di quale portata dirompente possa avere in questo contesto il richiamo alla libertà della scienza garantita dall'art. 33 Cost. Nelle proposte di legge di questa legislatura questo richiamo si trova più spesso che nella precedente, ma sembra quasi una citazione di stile, di cui non si coglie a fondo il significato.

Quasi tutte le proposte, rifacendosi al testo unificato approvato alla Camera nella scorsa legislatura, dichiarano che la Repubblica riconosce il principio del pluralismo scientifico e quello della libertà di scelta dei mezzi di cura. Questo mi sembra un progresso significativo, di fronte al massimalismo della medicina tecnologica imperante fino ad ora, basata sui farmaci e sui laboratori diagnostici.

Ma che cosa significa dire che “La Repubblica riconosce il valore diagnostico e terapeutico dell'omeopatia, dell'agopuntura, della fitoterapia e delle discipline ad esse collegate” (art.1,1 Petrella-Bolognesi, C568)? Già la proposta Galletti, e poi il testo unificato della scorsa legislatura adottavano una simile espressione. Non si capisce perché tocchi alla Repubblica “riconoscere il valore terapeutico”. Quando centomila cittadini vogliono curarsi con la pranoterapia, sono loro che ne riconoscono il valore terapeutico, non occorre alcun riconoscimento dello Stato. Anche altre proposte si pongono inutilmente lo stesso obiettivo.

La proposta Massidda (firmata da altri 24 deputati FI) scrive nella relazione alla proposte di legge C 276 sulla fitoterapia un'espressione rivelatrice: “La fitoterapia può essere considerata come facente parte integrante della medicina ortodossa”. Una dottrina religiosa o un regime politico possono propugnare l'ortodossia, ma non ha senso che la scienza si arrochi nel dogma, cioè in un atteggiamento non scientifico.

Questo dimostra quanto profondamente permanga, specie quando si parla di sanità, l'idea dello Stato come incarnazione dello spirito assoluto hegeliano, con il potere-dovere di educare i cittadini e guidarli per il loro bene, come fa un genitore verso i figli minori. È impressionante vedere da questo lessico quanto sia radicata la concezione del cittadino come minorenni da educare e proteggere.

Ho già accennato alla preoccupazione, evidente in tutte le proposte di legge, di non intaccare gli interessi corporativi della professione medica, resi assai forti dal quadro giuridico che li sostiene. La materia è assai delicata, perché troppe volte interventi legislativi hanno avuto come risultato di deresponsabilizzare e demoralizzare la professione medica. È evidente che senza valorizzare le risorse umane dei singoli medici e degli altri operatori sanitari non si risolve la crisi della sanità pubblica. Tuttavia una inversione di tendenza non sembra possibile limitandosi a confermare il vecchio quadro giuridico, senza una disposizione profonda ad accogliere la novità della domanda che emerge dalla società.

Nelle proposte di legge, anche nella legislatura in corso, la tutela della professione medica è impostata nel modo vecchio, e questo, a contatto con la affermazione dei nuovi principi di libertà di scelta della persona malata, porta a formulazioni contraddittorie o almeno stridenti.

Nello stesso momento in cui si riconoscono nuove pratiche e discipline terapeutiche, si prescrive che il loro esercizio sia riservato al medico. E quando, come nel caso della proposta di legge Battaglia n. 137 sulla pranoterapia, se ne consente l'esercizio ai non medici, si vieta (art. 7) "di effettuare diagnosi e di interferire nella terapia prescritta dal medico qualora il paziente si rivolga al pranoterapeuta per usufruire in piena libertà di scelta di metodiche alternative". In primo luogo la diagnosi del pranoterapeuta non sarà mai una diagnosi medica. Sarà una diagnosi legata al sapere proprio della pranoterapia: energia in eccesso o in difetto (congestione o carenza di prana), sensazione di caldo o di freddo, stasi o movimento, ecc. In secondo luogo, oggi i pazienti interferiscono da sé con le indicazioni del medico, avvalendosi delle proprie esperienze, del parere di un amico, di un articolo di giornale, o anche dell'opinione del pranoterapeuta. Che questo possa essere considerato un male o un bene appartiene alle libere opinioni. Il divieto al pranoterapeuta di interferire con la diagnosi medica è offensivo per il paziente, in quanto suppone che egli non sia in grado di decidere da solo in quale considerazione tenere le valutazioni rispettive del medico e del pranoterapeuta.

Molte proposte affermano fin dall'art. 1 o 2 il principio della libertà di curarsi come diritto di tutti i cittadini. Ma poi lo vanificano immediatamente dopo riservano al laureato in medicina iscritto all'Ordine dei medici l'esercizio di qualsiasi attività di cura.

Come dice emblematicamente Pecoraro Scanio nella proposta di legge 1054, art. 1,2, "La Repubblica "riconosce la libertà di scelta terapeutica del paziente e la libertà di cura da parte del medico". Né questa né altre proposte di legge provano a conciliare questi due principi potenzialmente in conflitto.

Imponendo alle persone di provvedere alla propria salute – e quindi alla stessa difesa del bene supremo della vita – rivolgendosi a persone autorizzate dallo Stato piuttosto che a persone di propria fiducia, lo Stato pretende di insegnare al cittadino qual è il suo bene. E lo fa con tale violenza da passare sopra al diritto naturale a proteggere la propria vita. Questo non è più accettato da milioni di cittadini acculturati quanto il ministro della sanità o il presidente dell'ordine dei medici, che pretendono di decidere da soli.

Se passassero certe norme (per es. quella della proposte di legge Pecoraro Scanio 1055, artt. 2, 3) si dovrebbe chiedere una diagnosi medica scritta prima di rivolgersi a un naturopata. Una proposta più libertaria in questo senso è la 2115 di Minoli Rota, che riconosce la piena autonomia professionale di operatori non medici in naturopatia, shiatzu, riflessologia e pranoterapia. D'altra parte, se qualcuno si rivolge al naturopata probabilmente non ritiene che sia il caso di andare dal medico. Se la legge lo obbliga, andrà dal medico di base e fingerà quanto basta perchè il medico di base firmi un certificato standard preparato dalla segretaria. Che senso ha tutto questo?

La Corte costituzionale

La Corte costituzionale si è mostrata disposta a tutelare una medicina libera solo in un caso. Non si trattava di una pratica proveniente da un paese in via di sviluppo, come la medicina tradizionale cinese o l'ayurveda, ma di un tipo di cura diffuso negli Stati Uniti: la chiropratica. E gli imputati erano tre chiropratici americani, abilitati a operare negli Stati Uniti, ma non in Italia. In questo caso – che le proposte di legge in corso (es. Labate, C 1096) intendono riconoscere come professione sanitaria pri-

maria, che non richiede l'intervento del medico – la Corte ha ritenuto che non potesse esservi alcuna ciarlataneria né alcun esercizio abusivo di professione medica. La sentenza n. 149 del 1988 sostiene che “fino a quando lo Stato non riterrà di disciplinarla [la chiropratica] e di richiedere per il suo esercizio una speciale abilitazione, si tratta evidentemente di un lavoro professionale tutelato, ex art 35, primo co., Cost., in tutte le sue forme ed applicazioni, e di una iniziativa libera ex art. 41 Cost., sì che l'art. 348 c.p. [quello che punisce l'esercizio abusivo di una professione] risulta assolutamente inapplicabile perché il fatto non è previsto dalla legge come reato”. La Corte, dichiarando infondata la domanda del pretore, gli indica – non richiesta – il modo di mandare assolti gli imputati! Resta difficile capire perché in undici anni la Corte non ha più trovato occasione di precisare che quello che è vero per la chiropratica è vero anche per l'agopuntura, per l'ayurveda, e per tutte quelle forme di cura per le quali il nostro ordinamento non prevede una speciale abilitazione.

L'unica sentenza successiva – a quanto mi consta – in materia di medicina libera è la 460 del 1998 che, esaminando il divieto di inserire la dizione “medicina omeopatica” nella pubblicità sanitaria, non ha ripreso uno solo dei principi enunciati nella sentenza di dieci anni prima sulla chiropratica, limitandosi a confermare che i titoli privi di valore legale in Italia non possono essere equiparati alla specializzazione. E ricordando che “Non è irragionevole o arbitraria la scelta del legislatore di non prevedere deroghe”.

Negli anni Novanta l'interesse principale della Corte è stato assorbito dal problema delle vaccinazioni obbligatorie e della terapia Di Bella. Ma anche in questo campo non mi pare che la Corte abbia dato prova di grandi aperture. La sent. 132/92 relativa a un caso di omessa vaccinazione antipolio, argomenta che la vaccinazione “non è configurabile quale trattamento coattivo né quando sia attuata dai genitori o su loro richiesta, né quando sia disposta, in loro sostituzione ed anche contro la loro volontà, dal giudice dei minori”. Questo perché i poteri pubblici intervengono a tutela di “beni fondamentali del minore, quali la salute e l'istruzione”. Viene sancito dunque che l'interesse del figlio alla salute e all'istruzione è comunque individuato dalla legge: questa è una concezione che fu feconda nell'ottocento e nel primo novecento, quando contribuì a diffondere l'istruzione e la salute. Oggi appare più simile a un'angheria, a un livellamento che impedisce lo sviluppo di nuove concezioni e di nuove prassi educative e salutiste.

La disciplina rimane dunque, anche nei giudizi della Corte costituzionale, autoritaria e dogmatica, con l'eccezione del trattamento riservato ai tre chiropratici americani²⁹.

In realtà il motivo vero di questa situazione non è di ordine giuridico, ma di ordine pratico. Molti medici, sia della vecchia scuola che delle nuove generazioni, non sopportano la subordinazione degli aspetti umani – che sono parte essenziale della professione – alle logiche dell'industria e della tecnologia. E sono consapevoli che l'umiltà e il dubbio sono parte inscindibile dell'atteggiamento scientifico. Sopravvive però una lobby che crede di doversi impegnare a tutela degli spazi della professione, dato che i medici sono già troppi e non trovano lavoro. Ma è questo il modo di fare gli interessi del paese, e degli stessi medici? È interesse della medicina che i cittadini siano costretti con i giudici e i carabinieri a trattare i loro problemi di salute solo con professionisti iscritti all'ordine?

La crisi della professione medica oggi

Si deve affrontare il problema delle medicine libere non come rivendicazione nei confronti della medicina tecnologica, che sta vivendo un periodo di crisi di cui nessuno può rallegrarsi, ma all'interno di una concezione unitaria dello statuto della medicina nel nostro ordinamento. Cerchiamo di capire dunque la natura di questa crisi, per vedere se riusciamo ad avanzare delle proposte.

Nei secoli passati la medicina era caratterizzata dalla dicotomia: medici dell'Accademia ricchi / medici popolari poveri.

Nel Settecento e nell'Ottocento si sono avute restrizioni progressive nei confronti della medicina popolare, dovute principalmente a due fattori. Innanzitutto si diffondeva la fiducia nella scienza, considerata la nuova grande frontiera dello spirito umano, che si riteneva capace, nel suo inarrestabile sviluppo, di liberare il genere umano da tutte le sofferenze. In secondo luogo si valorizzava la funzione economica della cura,

²⁹ Le sentenze 258/94 (vaccinazioni antiepatite, antipolio, antidifterica, antitetanica) e 27/98 (antipolio) hanno esaminato solo il diritto all'indennizzo per danni da vaccinazione. Mentre la sent. 185/98 ha affermato il diritto per i pazienti oncologici a usufruire gratuitamente dei farmaci del multitrattamento di Bella per il periodo della sperimentazione.

finalizzata a mantenere il soggetto in grado di lavorare, piuttosto che in armonia con l'ambiente.

Nel Novecento la posizione della medicina nel sistema politico ed economico è caratterizzata da vari elementi:

a) solidarietà fra medici, magistrati e politici, che si riconoscono reciprocamente come amministratori dei diversi aspetti dell'interesse sociale (leggi sanitarie del primo Novecento, ed in particolare istituzione dell'ordine dei medici e farmacisti, nel 1910);

b) aumento del benessere sanitario in generale, cioè una vita più lunga e più sana per un maggior numero di persone, come conseguenza del maggior benessere economico e dei progressi delle scienze mediche, e soprattutto delle condizioni igieniche nel mondo occidentale;

c) alleanza fra medicina e farmacologia industriale, che ha avuto un influsso deformante sulla proposta terapeutica, identificata spesso con la prescrizione di farmaci più nuovi e più costosi;

d) alleanza fra medicina e tecnologia sanitaria, con la conseguenza che la diagnosi è affidata sempre più alle macchine e la stessa terapia ha una crescente componente tecnologica.

Questo assetto ha consentito alla scienza medica di godere in modo più duraturo del prestigio che l'ideologia positivista aveva attribuito all'intero mondo scientifico, assegnandogli il compito di liberare l'umanità da tutti i suoi mali.

Negli ultimi tre decenni del secolo sono emersi segnali di crisi e l'assetto sociale della medicina è stato attraversato da fermenti di disagio.

1. Innanzitutto proprio la diffusione della medicina ha comportato un aumento del numero dei medici e con ciò stesso un peggioramento della loro condizione economica e del loro prestigio. Ne è derivato un risentimento verso la struttura politico-amministrativa, considerata responsabile della burocratizzazione della professione, e verso lo stesso Ordine dei Medici, che ha cercato a lungo di fronteggiare il cambiamento con una politica di chiusura difensiva.
2. L'eccessivo imporsi della farmacologia industriale ha avuto un influsso deformante sulla proposta terapeutica, identificata spesso con la prescrizione di farmaci più nuovi e più costosi; ed ha prodotto il fenomeno della iatrogenia – cioè di danni alla salute causati da farmaci – di cui gradatamente si è estesa la consapevolezza.

3. Si è diffusa la concezione olistica del benessere come della terapia, che ha trovato nello sviluppo dell'ecologia ambientale uno stimolo e un punto di riferimento.
4. L'emergere sulla scena politica ed economica mondiale di paesi come la Cina e l'India, ha facilitato la diffusione anche in occidente di antichi sistemi terapeutici propri di quei paesi. Questi sistemi, pur rimanendo estranei al contesto economico della sanità occidentale, si sono perfezionati grazie al metodo scientifico sperimentale e ai nuovi ausili tecnologici di cui hanno saputo avvalersi.
5. L'alleanza della medicina con la politica, con la magistratura, con l'industria farmaceutica, con la tecnologia sanitaria, ha avuto come conseguenza la rottura dell'alleanza fra medico e paziente. L'ospedale diventa un luogo di privazione dei diritti più elementari, a partire dall'intimazione "fuori i parenti!". L'informazione sulla propria situazione sanitaria si va facendo via via meno *friendly* e più burocratica. Il paziente spesso non si fida del medico, non è sicuro della sua attenzione, della sua competenza, di un equo rapporto costi-benefici (sia in termini di terapia che di prezzo). Il medico risponde a questa sfiducia con il *venir meno della pietas*: il consenso informato diventa enfasi sui rischi, a garanzia da future contestazioni.

Oggi ci troviamo di fronte a una sfida: liberare la scienza medica dalla struttura economica che se ne serve e dalle caste oligarchiche che la dominano e restituirla alla libera ricerca nell'esclusivo interesse della salute, senza timore di accogliere nel suo bagaglio "cose nuove e antiche". Il medico deve essere libero di proporre l'omeopatia o la chirurgia, l'agopuntura o il farmaco industriale, e il cittadino deve poter scegliere di affidare la cura della propria salute a chi di volta in volta egli ritenga più idoneo. Dobbiamo ripensare il ruolo della professione medica e più in generale lo statuto della medicina proprio a partire dalla libertà della persona, che lo Stato non può più considerare come "educanda".

Solo la medicina, *grazie all'apparato giudiziario di cui è parte*, continua a pretendere certezze che la metafisica, le religioni, le scienze hanno ridimensionato. Credo che occorra ripensare anche la medicina a partire dal pensiero debole, da un atteggiamento accogliente, disponibile al dialogo e rispettoso del pluralismo.

Per quanto possano affermarsi le medicine libere (o non convenzionali), tutti continueremo ad avere bisogno della medicina tecnologica, della

farmacologia chimica, e dei medici laureati in medicina e specializzati dopo lunghissimi anni di studi faticosi. Ma la stessa crisi della professione potrà essere superata solo se si potrà ricostruire l'alleanza fra medico e paziente, il rapporto di fiducia che è stato rotto. E questa alleanza si potrà ricostruire solo attraverso un nuovo statuto di libertà della medicina. Di questo statuto le medicine non convenzionali sono destinate a diventare un elemento discriminante.

La medicina integrata: esperienze nei servizi sanitari regionali

Carlo Romagnoli

Dirigente Servizio programmazione socio-sanitaria di base ed ospedaliera e Osservatorio epidemiologico, Regione dell'Umbria.

Al fine di produrre una rassegna delle esperienze regionali sul tema “Esperienze dei servizi sanitari regionali in materia di medicine non convenzionali” ho ritenuto di dover sviluppare in sede di premessa alcune considerazioni sulla *qualità dell'atto medico*, per poi fornire alcune *accezioni* (non definitive, certo, ma funzionali all'approccio che qui propongo) relative alle categorie utilizzate nel dibattito odierno. Chiarita quindi la *metodologia* – ad onor del vero molto semplice – con la quale è stata condotta la ricerca sull'oggetto dell'intervento, esporrò le *principali esperienze regionali* in materia, al cui interno uno spazio particolare verrà riservato alla *situazione umbra e alle sue prospettive*.

1. La qualità dell'atto medico

Per affrontare ad un sufficiente livello d'astrazione il problema della qualità dell'atto medico, occorre a mio avviso partire dal richiamo alla specifica natura organizzativa dell'organizzazione sanitaria. Contrariamente a quanto molti credono, l'organizzazione sanitaria ha pochi elementi in comune con il concetto corrente di organizzazione, che rimanda ad una struttura gerarchicamente definita, con ruoli e responsabilità ben stabiliti ed una discrezionalità decrescente a mano che si scende lungo la catena gerarchica. In realtà, ai fini della presente trattazione è importante ricordare che c'è accordo in sociologia delle organizzazioni sul fatto che l'assistenza sanitaria ai cittadini è erogata da una tipologia organizzativa del tutto peculiare, denominata burocrazia professionale; si tratta di una organizzazione che *standardizza* le conoscenze e i comportamenti degli operatori che somministrano assistenza ai cittadini. “*Standardizzazione*” significa definire con estrema precisione conoscenze e capacità di chi at-

tua l'intervento, al fine di garantire al cittadino che, ad esempio si sdraia sul lettino del cardiocirurgo, la maggiore qualità e probabilità di successo dell'intervento. Tutto questo avviene in percorsi di apprendimento molto strutturati, che sono appunto i percorsi universitari: qui le conoscenze da fornire agli studenti vengono in primo luogo verificate in base al metodo scientifico prima di entrare nei curricula formativi, poi somministrate all'interno di percorsi didattici e tirocini pratici scelti in base alla efficacia del processo formativo, verificando alla fine l'effettiva acquisizione di conoscenze e capacità in sede di esame.

Questo primo criterio di qualità dell'atto medico è quindi reso possibile da un percorso formativo standardizzato e sottoposto a verifiche sulle conoscenze e capacità effettivamente acquisite, un percorso che la società, a salvaguardia della salute pubblica, ha chiesto e chiede con forza e legittimità di tutelare e migliorare.

Un secondo aspetto centrale per la qualità dell'atto medico è l'accreditamento professionale, in quanto procedura rivolta al continuo aggiornamento e miglioramento delle conoscenze e delle capacità: non si chiede solamente al professionista una formazione di base ma l'attestazione di un effettivo processo di manutenzione e aggiornamento di conoscenze e capacità, solo superato il quale, viene consentito l'esercizio delle funzioni mediche, all'interno del Servizio Sanitario Regionale.

Un terzo elemento riguarda la strategia del "governo clinico" che il nostro Servizio Sanitario Regionale ha assunto come strategia per migliorare la qualità in un contesto organizzativo specifico (e tremendamente difficile) come quello della burocrazia professionale: si tratta, in termini estremamente sintetici, del migliore approccio organizzativo oggi disponibile per coinvolgere professionisti, amministratori e cittadini nel miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria, individuando sia specifiche soluzioni organizzative che consentano di gestire i conflitti tra il potere professionale e quello amministrativo, sia alcune aree di performance centrali per le prestazioni da garantire ai cittadini. Queste aree di performance non riguardano più solamente l'efficacia (la famosa medicina basata sull'evidenza), ma prevedono oltre a questa una serie di elementi aggiuntivi: efficienza, appropriatezza, sicurezza, equità, coinvolgimento dei cittadini. Tra questi occorre qui sottolineare l'importanza della sicurezza: abbiamo un contenzioso enorme sul piano medico-legale tra cittadini e SSR ed è importante che i medici siano ancora più responsabilizzati rispetto alla sicurezza sia intrinseca che delle condizioni in cui vengono

spetto alla sicurezza sia intrinseca che delle condizioni in cui vengono erogati i loro interventi. Quanto all'equità, le relazioni precedenti ci segnalano problemi nella equità nell'accesso alle medicine non convenzionali, perché vi accedono con maggiore frequenza le donne appartenenti ai ceti più istruiti della popolazione e di definite classi di età.

Senza dilungarmi sui problemi pure molto importanti che riguardano l'appropriatezza, il coinvolgimento degli utenti, l'efficienza, vorrei quindi ricapitolare le condizioni che fondano la qualità degli atti medici erogati dal SSR; l'esclusivo ricorso ad operatori con un definito percorso formativo di base, l'accreditamento professionale continuo di questi operatori per tutta la durata della loro attività, una strategia di sistema – il governo clinico – multidimensionale e pensata specificamente per il mondo della Sanità. Questo è il quadro al cui interno noi cerchiamo di garantire ai cittadini la qualità di tutte le prestazioni del servizio sanitario. Ritengo sia un quadro di riferimento irrinunciabile anche per le prestazioni di cui stiamo parlando oggi, le medicine non Convenzionali.

2. Le principali accezioni utilizzate nel dibattito

Riporto, molto velocemente, non definizioni ma accezioni delle categorie utilizzate nel dibattito odierno, perché, a mio avviso, sono importanti per il ragionamento sulle scelte della nostra politica sanitaria regionale.

Mentre le *medicine non convenzionali* (MnC) come unica cosa in comune hanno il “non”, nel senso che non sono interne al modello epistemologico prevalente nei Paesi occidentali (mi assumo la responsabilità di un'affermazione tanto sintetica e brutale!) e quindi abbiamo a che fare con pratiche tra loro estremamente eterogenee per contesti culturali e concezioni del mondo, la *medicina convenzionale* fa (ancorché formalmente) riferimento ad un modello epistemologico definito, quello popperiano, anche se in realtà solo un 30 o 40% dell'attività svolta dai medici che dicono di farvi riferimento è basata su evidenze di efficacia.

Un terzo concetto che assume un'importanza fondamentale nel creare un ponte tra i criteri di qualità alla base delle prestazioni garantite dal SSR e la molto eterogenea gamma di interventi e operatori presenti nel mondo delle MnC è proprio quello fornitoci dall'intervento di Francesco Bottaccioli: il concetto di '*medicina integrata*'. Questo propone di fornire una più ampia risposta ai bisogni di cura del cittadino attraverso

un'attenta e personalizzata combinazione tra le pratiche, efficaci nel caso specifico, proprie delle due "medicine". A tal fine, la medicina integrata si propone come area di ricerca e applicazione di definiti interventi proposti dalle MnC, di cui si sforza di comprendere l'efficacia e le modalità di azione, sulla base dello sviluppo delle conoscenze scientifiche. Gli attenti riferimenti ad un settore scientifico in tumultuoso sviluppo, la neuropsicoimmunologia, ad esempio, consentono di interpretare in maniera congruente anche con il paradigma epistemologico prevalente nei paesi occidentali, evidenze di efficacia empirica, ampiamente documentate a favore di alcune discipline comprese nelle MnC.

Enfatizzo pertanto, la differenza tra MnC e medicina integrata perché, a mio avviso, la seconda rappresenta una chiave interpretativa che può consentire un arricchimento delle risposte terapeutiche offerte al cittadino dal SSR senza rinunciare a requisiti di qualità che rappresentano una garanzia per la sua salute e per l'impiego efficiente dei fondi pubblici.

3. Principali esperienze regionali in materia

Fatte queste premesse riferisco sinteticamente, sulla ricerca della normativa da noi condotta, ricercata utilizzando:

- l'archivio informatizzato del Consiglio Regionale dell'Umbria sulla legislazione regionale, dove abbiamo fatto una ricerca per parola chiave sia nei titoli delle leggi che nei testi delle stesse;
- inoltre abbiamo scritto a tutte le Regioni d'Italia chiedendo di inviarcì le rispettive disposizioni amministrative riguardanti l'inserimento negli SSR delle MnC. Tale ulteriore livello di approfondimento si è reso necessario perché non sempre i provvedimenti adottati a livello regionale hanno la forza di una legge, potendo consistere in delibere di Giunta o in altre modalità di determinazione amministrativa, comunque non registrate nell'archivio informatizzato della legislazione regionale. Ora, questo ulteriore approccio ha ovviamente delle lacune, dipendendo anche dalla volontà di chi riceve la richiesta e dai problemi contingenti che si trova ad affrontare, una variabile difficilmente rappresentabile a chi è esterno alla pubblica amministrazione.

Ad ogni modo, tra le esperienze che ci sono state rappresentate, abbiamo selezionato le seguenti, ritenendole paradigmatiche delle soluzioni prospettate a livello regionale:

3.1. *Regione Piemonte*

L'esperienza della Regione Piemonte è quella più interessante sul piano normativo perché vi è stata sviluppata – ed è ora all'esame del Consiglio regionale – una proposta di legge, dal titolo “Disciplina delle pratiche terapeutiche delle discipline non convenzionali”, con la quale si impegna:

- nel fare un elenco delle discipline riconosciute;
- nel distinguerle quindi in pratiche terapeutiche e discipline non convenzionali;
- a istituire una Commissione regionale per coordinare le attività normate;
- ad individuare criteri per la definizione dei requisiti formativi minimi, in base ai quali vi saranno: a) gruppi di attività che richiedono comunque sei anni di studio e certi crediti formativi; b) altri gruppi di attività che richiedono tre anni di formazione ma che hanno ugualmente bisogno di crediti formativi;
- a istituire un registro regionale degli operatori.

La normativa in discussione al Consiglio regionale del Piemonte quindi prefigura quella operazione che avevo accennato all'inizio della mia relazione, cioè inizia a standardizzare – mi sia consentito l'uso di questo termine nella sua accezione sociologica – quello che è l'esercizio di queste attività. Inoltre, dispone una serie di passaggi per il monitoraggio dello sviluppo delle medicine non convenzionali, nella regione Piemonte e chiede che questa Commissione, di cui parlavo prima, produca una relazione annuale. Inoltre, stanziava anche dei fondi per rendere percorribile il dispositivo attivato.

Attualmente il Piemonte ha interrotto la discussione di questa proposta di legge, perché a livello nazionale è attesa l'approvazione della proposta di legge dell'onorevole Lucchese, di cui sembra imminente la discussione in Parlamento.

Ad ogni modo, questa regione è orientata ad ufficializzare le MnC in quanto tali, aprendo un percorso di burocratizzazione delle relative conoscenze e pratiche, sulla base del criterio del “pluralismo scientifico”.

3.2. La Regione Toscana

L'esperienza della regione Toscana è a sua volta molto rilevante perché definisce un proprio modello organizzativo.

Questa regione ha avuto un lungo percorso di elaborazione sul tema delle MnC:

- ha iniziato un percorso formativo dei propri operatori nel 1987;
- in ben tre Piani sanitari regionali noi troviamo una valorizzazione delle medicine non convenzionali;
- ha sviluppato dei servizi territoriali di agopuntura e di fitoterapia;
- ha istituito una Commissione regionale per le medicine non convenzionali;
- finanzia con un fondo annuale di circa 300.000 €, l'integrazione delle MnC negli interventi garantiti dal SSR toscano a partire dal '99;
- ha finanziato una ricerca regionale su realtà significative private presenti in Regione;
- ha censito la documentazione scientifica e normativa che riguarda le diverse pratiche;
- ha realizzato un'indagine campionaria sulla domanda di tali prestazioni;
- ha una collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità per la diffusione e la promozione delle pratiche di medicine non convenzionali.

Quindi c'è un forte orientamento della Regione Toscana a valorizzare questo tipo di approccio.

3.3. Altre esperienze regionali

La Valle d'Aosta, nel proprio Piano sanitario regionale, ha sviluppato un paragrafo ad hoc. Da notare che la Valle d'Aosta è la prima Regione che, per la congiuntura in cui ha approvato il proprio PSR, ha avuto modo di affrontare anche il problema dei cosiddetti LEA, acronimo che significa Livelli Essenziali di Assistenza, un elemento da tenere ben presente nella nostra discussione; infatti in base al riforma del Titolo V della nostra Co-

stituzione, lo Stato mantiene, nel settore della sanità solo alcune prerogative, tra cui quella di definire Livelli Essenziali di Assistenza, cioè le prestazioni che vanno garantite, a carico del Servizio sanitario, a tutti i cittadini sul territorio nazionale, indipendentemente dalle soluzioni organizzative che ogni Regione vorrà adottare. Si tratta di un aspetto molto importante perché rappresenta un vincolo finanziario rilevante alla introduzione di livelli assistenziali non previsti nei LEA. Attualmente, sempre per essere sintetici, nei LEA è prevista, di tutte le MnC, solo l'utilizzazione dell'agopuntura e per finalità poco precisamente definite come anestesio-logiche, in realtà volendo intendere analgesiche.

Tornando alla Valle d'Aosta, questa regione estende anche ad altri tipi di medicine non convenzionali la possibilità di essere erogate all'interno del Servizio Sanitario Regionale, prevedendo anche attività di Omeopatia e Chiroterapia e definendo chiaramente le condizioni all'interno delle quali queste possono essere erogate. Ha inoltre attivato una Commissione regionale ad hoc per sviluppo e ricerca delle MnC e ora sta valutando gli effetti ottenuti con questo ampliamento dell'offerta assistenziale.

Altre esperienze regionali rilevanti ma sulle quali in questa sede non mi dilungherò sono state realizzate:

- in Liguria, dove vi è una proposta di legge sulle MnC in Consiglio Regionale;
- in Lombardia, dove sono stati condotti una serie di studi osservazionali sulla efficacia delle medicine non convenzionali;
- nella Provincia autonoma di Bolzano dove in questi giorni si svolge un convegno analogo al nostro per acquisire elementi di riflessione sul tema;
- in altre regioni italiane;

Questo dimostra la presenza di una diffusa attenzione del livello istituzionale regionale in tema di ampliamento del ventaglio assistenziale offerto ai cittadini tramite diverse modalità di regolazione delle MnC.

3.4. *La Regione dell'Umbria*

In Umbria, ancorché non ci siano leggi regionali che affrontino il tema delle MnC e della medicina integrata, l'Assessorato regionale alla Sanità, nel periodo 1999-2001, ha realizzato le prime aperture al concetto di "medicina integrata", che per i motivi che ho sopra illustrato, viene ritenuta la direzione di lavoro principale, perché sia interna al paradigma epistemologico su cui si basa la programmazione sanitaria regionale, sia perché ci permette di avere un punto di vista forte, nel giustificare ai nostri cittadini l'uso fatto dei fondi del SSR.

Quindi, anche se fino ad ora non c'è nulla di ufficiale, noi saremmo orientati a lavorare all'interno della prospettiva aperta dal concetto di medicina integrata.

Ci sono state poi sul piano concreto alcune esperienze, ancorché piccole, realizzate nell'ambito del nostro SSR: in particolare abbiamo l'esperienza dell'ambulatorio di Terapia del dolore nella ASL di Perugia (presentato dalla dottoressa Marucci), che ha sviluppato un approccio di medicina integrata molto interessante. Poi ci sono altre iniziative locali meno articolate, ci sono anche altri punti di erogazione di specifiche attività.

Sempre al fine di rappresentare le nostre iniziative in materia ricordo che ci siamo impegnati in questa direzione già nel '99, con un corso di formazione in medicina integrata della durata di 4 anni e realizzato dalla SIMAISS, diretta da Francesco Bottaccioli: un corso che ha previsto una serie di sviluppi ed approfondimenti abbastanza articolati, rivolto a 25 operatori nostri e di altre regioni, cui hanno partecipato operatori di 2 ASL umbre sulle 4 esistenti (Perugia e Foligno – Spoleto); devo dire che questo corso, in via di conclusione, sembra avere avuto una buona adesione, perché nel 2002 mi risulta sopravvivano ancora circa 18-20 iscritti, il che, per un corso dal carattere così audacemente sperimentale, lungo ed impegnativo, rappresenta un buon risultato ed indica che si è riusciti a tenere viva l'attenzione e la motivazione degli operatori delle A.S.L. che vi hanno aderito. La valutazione del corso è prevista a metà 2003.

Abbiamo poi stimolato la realizzazione, nel quadro della ricerca finalizzata nazionale (art. 12 della legge 502/92) di una indagine sulla utilizzazione delle terapie non convenzionali in Umbria, oggi illustrata dal professor Seppilli, ricerca nel cui percorso realizzativo abbiamo avuto occasione di realizzare altri convegni sul tema delle MnC.

4. Le prospettive nella Regione Umbria

Per quanto ci riguarda noi abbiamo due tipi di orientamenti.

Il primo, minimale, riguarda la volontà di garantire ai nostri cittadini quello che già oggi la normativa nazionale ci consente, mettendo a loro disposizione una rete di ambulatori di agopuntura per le attività analgesiche previste dal DPCM, perché sulla efficacia della agopuntura per alcune condizioni cliniche vi è un'ampia disponibilità di prove di efficacia.

Un secondo orientamento, a nostro avviso ottimale, ma che richiede per essere attivato l'espressione di una volontà politica, riguarda l'attivazione in Umbria della medicina integrata per come è stata oggi definita. Questo percorso che potrebbe essere attivato all'interno del nuovo PSR 2003-2005 e prevedendo apposite modi di finanziamento:

- darebbe prospettiva ai nostri operatori che hanno concluso il relativo percorso formativo, permettendo la sistematizzazione e l'estensione delle esperienze in materia già attive nella nostra Regione;
- aprirebbe la possibilità di garantire prestazioni aggiuntive ai nostri cittadini senza rinunciare a quanto ho ricordato in premessa sulla qualità dell'atto medico, verificando l'erogabilità di alcune procedure proprie delle MnC nel contesto culturale e scientifico proprio del concetto di medicina integrata, quindi all'interno di un percorso generale di garanzia della qualità complessiva del SSR, che prevede comunque il rispetto di tutti i parametri prima ricordati, essendo sempre possibile un'eventuale sottrazione ad altre terapie più efficaci, un aspetto che comunque va venuto presente.

In termini invece più generali e quindi con riferimento all'eterogeneo insieme di pratiche ed operatori definito come MnC, noi siamo orientati non a varare una nostra normativa specifica regionale, ma ad attendere che venga varata la normativa nazionale in materia che sarà oggetto della discussione di oggi pomeriggio.

Dibattito

Marco Governatori

Delegato regionale S.I.HEN (Sindacato italiano di heilpraktiker e naturopati)

Il riferimento principale, come rappresentante regionale del sindacato italiano naturopati era, come ho sentito nell'ultimo intervento, il discorso collegato con quello che sta avvenendo nella Regione Piemonte, e alcuni cenni sulla Regione Liguria e Valle d'Aosta. In particolare, il S.I.HEN. si pone un problema collegato sia alla necessità di capire quello che avviene a livello nazionale e quello che avverrà a livello regionale, o se comunque tutte le Regioni terranno più o meno una linea omogenea. Sarebbe interessante capire, in futuro, anche la valutazione che è stata fatta dalla Regione Piemonte sulla distinzione tra le monotematiche – come nella fattispecie shiatsu, naturopatia e riflessologia – e come si possa considerare la naturopatia monotematica, visto che poi è il compendio di tutte le figure. Cioè, quando parliamo di “naturopata”, parliamo di quella figura che include l'omeopata, il medico tradizionale cinese, il medico ayurvedico, le varie tecniche manipolative energetiche, fitoterapia, etc., quindi un po' la domanda che ci si pone è se forse è meglio seguire il modello, quello che avviene in Europa, a seconda dei vari Paesi, che comunque l'orientamento è più su 1200 ore di formazione. L'attenzione principale forse, come nell'ultimo intervento del dottor Romagnoli, probabilmente sarebbe capire quale sarà l'evoluzione o, comunque, l'orientamento, se seguire più il precedente piemontese o a seconda delle realtà locali, e di quello che può essere l'approccio o la linea da seguire negli emendamenti futuri governativi.

Fausto Moretti

Agopuntore

Sono un agopuntore libero professionista. Vorrei cominciare con una similitudine: un aereo deve essere progettato, deve essere costruito in una fabbrica, deve essere poi collaudato, quindi c'è la figura del collaudatore, poi c'è il pilota istruttore e colui che poi diventa pilota. È la stessa cosa che sta avvenendo per le medicine non convenzionali. Io vado negli studi di alcuni colleghi e trovo una infinità di riconoscimenti appesi al muro, agopuntore qua, omeopata di là, naturopata di sopra e di sotto, poi vado a leggere e leggo: weekend del giorno “ics”, quindi diciamo che in sei

weekend noi diventiamo specialisti. È pur vero che la medicina non convenzionale, io ne sono un assertore, debba essere praticata in quanto atto medico, da un medico, ma bisognerà anche vedere di fare questa scuola, di codificare, di fabbricare la scuola, di vedere che cosa si insegna in questa scuola, di tirare fuori gli insegnanti degni di insegnare in questa scuola, dopodiché coloro che usciranno con questi attestati saranno in grado di praticare la medicina senza incorrere in quella “primum: non noceret”, io credo invece che oggi di “noceret” se ne parli tanto.

Lunedì scorso, ho avuto un paziente ipoteso, la sistolica era 90, perché prendeva un infuso di erbe date da un erborista per abbassare la pressione. “Quante ne prendi di queste erbe, che cosa sono?”, “Mah, non lo so, mi ha detto di prendere queste foglie, di metterle dentro...”; amo la libertà e quindi qualsiasi cosa, anche la carezza se terapeutica ben venga, ma non bisogna nuocere. Quindi una persona che viene invitata a fare uso di determinate sostanze, anche apparentemente innocue, se si approfitta della sua credulità si nuoce gravemente alla sua salute.

Ora, si sta parlando di questa scuola, dell’agopuntura, dell’omeopatia: chi è che insegnerà in questa scuola? Quali saranno le discipline? I riconoscimenti, e trattandosi di medicina non convenzionale, dal momento che il cardiocirurgo deve curare la persona in modo che i decessi siano il meno possibile e le persone che si salvano di più, chi è in grado di capire con esattezza quando una pratica agopunturale non sia “agoterapia” o “agopuntura”, che sono due cose completamente diverse?

Quindi prima bisogna fare la scuola. Legiferare significa che le discipline devono essere affrontate da personale medico, però bisogna che la pratica poi non smentisca quelle che erano le accuse che ci sono state rivolte. Eravamo dei turlupinatori, degli approfittatori della credulità popolare, etc. Quindi non credo che noi ci dobbiamo muovere in questo clima di confusione, perché esistono delle realtà precise, dei gioventi accertati, indipendentemente dalla propaganda che fanno i mass-media, perché diceva stamattina un relatore che Piero Angela, in una trasmissione, dice che..., io leggo tantissime riviste, sto in contatto con un agopuntore da 30 anni, 27 con i cinesi, dove lì la realtà è diversa, ed esistono queste dimostrazioni che vengono date per scontate. Oggi in alcune riviste leggiamo: in un gruppo di pazienti l’effetto placebo e la somministrazione del rimedio omeopatico non hanno dato nessun risultato. Cadiamo nell’errore che ha detto il relatore, da una superstizione passiamo all’altra,

invece no, dobbiamo tenere proprio *in medio stat virtus*, di oraziana memoria. Ho finito.

Roberto Buresta

Docente LUIMO. Libera università internazionale di medicina omeopatica

La LUIMO è la Libera Università Internazionale di Medicina Omeopatica che si interessa di Omeopatia da più di 50 anni. Volevo fare qualche brevissima riflessione perché mi sembra che l'omeopatia sia stata messa un po' in ombra, e forse per l'amore di questa scienza mi trovo qui a dire qualche cosa.

L'omeopatia è un metodo clinico terapeutico e sperimentale che ha un suo rigore scientifico e metodologico, al pari quanto meno della medicina riduzionistica, così è stata definita da qualcuno. Il medico omeopata affronta il problema del malato nella sua unità psicofisica, nel senso che viene in qualche modo presa in considerazione sicuramente la genetica, sicuramente lo stato mentale, lo stato affettivo e lo stato fisico e, se vogliamo, anche 'animistico' del soggetto, della persona, del paziente. Un'altra cosa è l'importanza della individualità medicamentosa, nel senso che io posso portare alla guarigione un paziente che ha una emicrania con lo stesso medicamento con il quale poi io curo un'artrite reumatoide, per cui, per esempio, ho sentito prima pensare di fare un trial usando *Rustoxicodendrum* per guarire il paziente dall'osteoartrite non ha significato.

Noi riteniamo che la medicina del terzo millennio possa essere anche la medicina omeopatica proprio perché sposta l'attenzione dalla biochimica alla biofisica, che probabilmente è un terreno inesplorato dalla medicina ufficiale. I limiti della medicina omeopatica sono la preparazione del medico omeopata, perché è stato detto prima di me da molti altri colleghi che non c'è una struttura riconosciuta e deputata alla preparazione, non si diventa medici omeopati facendo un week-end o studiando sei mesi o un anno la medicina omeopatica. E poi ho sentito parlare di prevenzione e benessere, sono due concetti che la medicina omeopatica ha sempre tenuto molto presenti e centrali. Chi si cura omeopaticamente, e sicuramente ognuno di noi ha avuto la sua esperienza, previene moltissime altre malattie, diventa più forte nei confronti di tutte le aggressioni. Ci sarebbero da dire tante altre cose, ma chiudo così.

Antonietta Spaccino

Chiedo scusa, non ho nessun titolo a parlare se non come utente, oltreché, penso, da Master Reiki, che vuol dire applicare anche dell'energia. Qui abbiamo parlato di medicine non convenzionali solamente da un punto di vista specialistico medico, gli interventi lo hanno provato, non si parla dal punto di vista energetico, perché anche l'energia può sviluppare delle facoltà personali non indifferenti ed avere dei contributi nella realizzazione ottimale dell'individuo, soprattutto psicofisico. Io ne sono un esempio vivente, ho avuto una gravissima malattia, e porto le conseguenze anche nella parola, nell'espressione, e se non avessi avuto oltre che l'intervento chirurgico tutte le altre terapie post-chirurgiche, anche l'intervento di medicine non convenzionali come il reiki, la pranoterapia, l'omeopatia ed altre cose probabilmente non sarei qui ora a parlare.

Io volevo portare avanti solo la mia testimonianza che è quella della medicina anche con le specializzazioni post mediche, come può essere l'omeopatia, la chiroterapia ed altre cose che hanno già illustrato prima di me.

II SESSIONE. *Le prospettive*

Introduzione

Costantino Pacioni, Consigliere regionale

La III Commissione ha lavorato, in questi 4 mesi, per approfondire questi temi delle medicine non convenzionali. Nel corso di questa nostra riunione abbiamo lavorato insieme con il professor Seppilli, per quanto riguarda uno studio che era stato fatto e un lavoro che in questi anni è stato portato avanti in Umbria. Poi, in collaborazione con la Giunta regionale, abbiamo messo insieme i vari argomenti e i lavori che la Giunta regionale aveva predisposto, e sta predisponendo, per quanto riguarda anche il Piano Sanitario Regionale, ma su questo non vorrei dilungarmi oltre perché questa mattina ci sono state delle relazioni estremamente interessanti e poi degli interventi, le stesse conclusioni del dottor Romagnoli, che hanno dato il quadro sia rispetto alla normativa delle altre regioni che all'attuale situazione dell'Umbria.

Credo che noi abbiamo interpretato, come Consiglio regionale, un'esigenza e una necessità della popolazione umbra, così come, crediamo, della popolazione italiana, per quanto riguarda i temi di questo tipo di medicina; per questo abbiamo promosso questo convegno, per sollecitare ulteriormente il legislatore nazionale riguardo a questi problemi. Poi dirò rispetto ai disegni di legge che sono in Parlamento, li accenno soltanto, abbiamo due illustri ospiti che con capacità ne discuteranno: l'onorevole Lucchese e l'onorevole Giacco.

Io vorrei sottolineare due aspetti: da una parte, il fatto che ormai, in dieci anni, l'Unione Europea e molti Paesi siano arrivati a delle normative e a delle leggi nazionali; comunque ci sono delle direttive comunitarie che definiscono il ruolo delle medicine non convenzionali; dall'altra parte, il ruolo e le autorizzazioni per lo svolgimento della professione. Ciò diviene essenziale, anche per le cose che ho sentito questa mattina da alcuni dottori, che parlavano di situazioni in cui operano persone che non hanno magari i requisiti adeguati per lo svolgimento della professione. Si è sviluppato questa mattina un dibattito sul ruolo scientifico e sulle iniziative sviluppate in tal senso; credo che questa sera, sia adesso, nelle relazioni, che poi nelle tavole rotonde, il tema fondamentale sia il rapporto tra Regione e Università per quanto riguarda la preparazione di corsi, che

devono essere sviluppati per arrivare a quel sistema misto che stamattina veniva illustrato.

Questi aspetti sono importanti, se consideriamo, così come veniva affermato questa mattina, che dal 20 al 50% dei cittadini dei Paesi membri dell'Unione Europea oggi fanno uso di medicine, o comunque di terapie, non convenzionali. Dobbiamo, quindi, a questo punto, creare degli strumenti per combinare i livelli essenziali di assistenza con le attività di programmazione e di formazione, in particolare per quanto riguarda l'agopuntura, che è stata riconosciuta nei Livelli Essenziali di Assistenza. Quindi l'attività formativa credo che in Umbria possa essere avviata attraverso un coordinamento scientifico tra Università, Ordine dei Medici, Associazione degli agopuntori, e promossa dalla Regione dell'Umbria.

La Regione, poi, credo che nell'ambito del Piano Sanitario Regionale, nella fase di partecipazione, dovrà approfondire, anche con appositi gruppi di lavoro, questi aspetti che si stanno discutendo oggi, della pluralità degli approcci medici, della verifica dell'efficienza, dell'accessibilità degli utenti alle medicine non convenzionali e, non ultimo, anche della razionalità economica.

Oggi ci troviamo, per una coincidenza molto fortunata, all'inizio della discussione del nostro Piano Sanitario Regionale e, in Parlamento, all'inizio della discussione su dei disegni di legge in materia. Per quanto riguarda il Piano Sanitario regionale, a giorni arriverà in Commissione, quindi sia la Giunta che il Consiglio approfondiranno questi aspetti e sarà possibile trovare degli strumenti efficaci di previsione nel Piano.

Per quanto riguarda la normativa, credo che per noi sia essenziale, per una definizione degli altri approcci; sappiamo che in Parlamento, nella XIV legislatura, dal giugno 2001 al novembre 2002, sono stati presentati 18 disegni di legge alla Camera e 3 al Senato. Nell'ambito di questi, ho visto diversi temi, che vanno dalla fitoterapia all'agopuntura, alla medicina tradizionale cinese, a tutta una serie di questioni. Credo che, però, oggi abbiamo l'urgenza di avere una normativa definita; non so se questi disegni di legge dovranno andare in aula o se la Commissione ha capacità in sede legislativa, comunque dovrebbero avere tempi estremamente veloci, in modo tale che poi le Regioni possano avere un quadro normativo preciso entro cui operare.

Lo stato delle proposte di legge sulle medicine non convenzionali in discussione al Parlamento italiano. Parte I

Luigi Giacco

Membro XII Commissione "Affari Sociali", Camera dei Deputati

Grazie a voi dell'invito. Cercherò di fare alcune considerazioni di ordine generale e poi di descrivere l'iter delle proposte di legge che sono all'esame della Commissione, in modo che anche il collega Lucchese possa illustrare nel suo intervento il lavoro svolto in questi anni.

Prima di scrivere questa proposta di legge, siamo partiti da un dato di fatto, che il legislatore nazionale non può trascurare: 9.000.000 di cittadini italiani fanno uso di terapie e pratiche di medicine non convenzionali. Un fenomeno riguardo al quale il Parlamento non può fare come lo struzzo, non prendendolo in considerazione legiferando in modo chiaro. Oggi sappiamo che il 27,3% dei cittadini fa riferimento all'omeopatia, il 20,5% all'osteopatia, la chiropratica, allo shiatsu, il 10,5% alla fitoterapia, il 5,8% all'agopuntura.

Certamente tutto questo ci fa porre anche una domanda, in maniera molto esplicita: perché il ricorso a queste medicine, a queste pratiche, di fronte ad una medicina ufficiale che in questi anni è esistita? Probabilmente, c'è una visione culturale olistica della vita, dell'esistenza e quindi una visione filosofica, dove non si prende in riferimento solo l'arto o la patologia, ma si prende la persona nella sua totalità.

Noi stiamo lavorando a una legge quadro, in Parlamento, già dalle precedenti legislature; è più di 20 anni che in Parlamento si discute la possibilità di avere un riconoscimento delle medicine non convenzionali, e direi che in questi anni certamente c'è stata una "rivoluzione culturale". Io ricordo che, due legislature fa, quando parlavamo di queste questioni, anche all'interno della Commissione Affari Sociali, c'era un atteggiamento molto critico e di sfiducia; chi si azzardava a parlare di questi temi, come il sottoscritto, veniva definito come pre-galileiano, pre-scientifico: ci veniva detto che con qualche goccia di acqua distillata non si può prevedere di curare. Rispetto a questa situazione del 1994, siamo al 2002, penso che di strada ne sia stata fatta, anche perché dopo questa "anticamera", dal punto di vista culturale e politico, delle medicine e delle prati-

che non convenzionali, finalmente io ritengo che, superati una serie di pregiudizi, si possa avere, anche all'interno della stessa Commissione Affari Sociali, un orientamento di base e di consenso politicamente trasversale: nel senso che c'è un orientamento abbastanza comune di raggiungere e di perseguire questa legge quadro.

È chiaro che noi, in questa legislatura, abbiamo utilizzato il lavoro che già avevamo svolto nella legislatura precedente. Per esempio, la mia proposta di legge non è altro che una proposta di legge che era la sintesi del lavoro svolto dalla Commissione Affari Sociali nella XIII legislatura, quindi già c'è tutto un lavoro che era stato a monte propedeutico.

In Commissione Affari Sociali, abbiamo fatto una decina di audizioni, alle quali abbiamo invitato le varie categorie, soprattutto dei medici, in questa prima fase; in queste ultime settimane stiamo audendo anche i non medici, per intenderci: gli osteopati, i chiropratici, i naturopati; poi, nelle settimane successive, quegli operatori che io chiamo "del benessere" o delle "discipline bionaturali", tipo shiatsu, riflessologia, etc., e su questo dovremmo fare poi un ragionamento un po' più particolare.

Allora, se noi ci poniamo l'obiettivo di fare una legge quadro, ritengo che dobbiamo rispondere ad alcuni principi di ordine generale.

Il primo principio fondamentale è quello di rispondere ad un pluralismo scientifico. Questo deve essere un punto di riferimento proprio per il progresso della medicina. Io l'ho detto anche al convegno di Terni del maggio scorso: mi sembra abbastanza strano che a volte a livello della scienza ci siano dei dogmi. Il dogma è della fede, della religione, non può essere della scienza; nella scienza si deve sperimentare, quindi avere una mentalità non di pregiudizio, di chiusura, ma di confronto, affrontando le questioni dal punto di vista del pluralismo scientifico.

L'altra questione importante è questa: dobbiamo fissare una griglia di principi attraverso cui riconoscere quali sono le medicine e le pratiche non convenzionali. Non si può fare di tutta una erba un fascio. Direi che in qualche modo già sono state evidenziate, sia nella mia proposta, ma anche nelle altre proposte dei colleghi, le cosiddette "Sette Sorelle": Agopuntura, Omeopatia, Omotossicologia, Ayurvedica, Antroposofica, Medicina tradizionale cinese, Fitoterapia. Da queste resterebbero fuori la Chiropratica e l'Osteopatia, sulle quali potremmo fare un ragionamento a se stante. E queste, proprio perché si chiamano medicine non convenzionali, dovrebbero essere praticate da medici che abbiano frequentato un master specifico per poter poi essere iscritti, come dice l'Ordine dei Me-

dici, a dei registri dove si dimostra che, al di là della laurea, c'è anche questo master di specializzazione.

Anzi, direi ancora di più, sarebbe opportuno che all'interno delle facoltà di medicina, già nel corso degli studi, ci fosse un'informazione sull'esistenza di questo settore, perché anche un medico di base, anche un medico che sceglie di praticare la medicina olistica, deve avere una conoscenza specifica in questo settore, deve sapere che in certe situazioni la medicina non convenzionale può essere complementare ed essere integrata dalla medicina olistica.

L'altra questione è che, in una legge quadro, deve esserci la fissazione di criteri precisi per la formazione degli operatori del settore. Lo dicevo prima: certamente, per i medici è da prevedere un master specifico; poi c'è da prendere in considerazione una situazione storica: se oggi in Italia esistono le medicine e le pratiche non convenzionali – dobbiamo dircelo apertamente – è un patrimonio di esperienze e di culture che si è realizzato spesso al di fuori della medicina ufficiale e dalle sedi universitarie. Allora, di questo patrimonio culturale ed esperienziale che ne facciamo? Lo buttiamo via o cerchiamo di recuperarlo? Se cerchiamo di recuperarlo, occorre accreditare istituti e scuole che in questi anni hanno operato secondo criteri seri, scientifici, ed anche le associazioni dei professionisti che in questi anni hanno dimostrato una loro capacità dal punto di vista culturale, organizzativo e scientifico. Non possiamo azzerare una serie di preparazione, esperienze e di patrimoni culturali che priverebbero anche la possibilità di formazione e di aggiornamento dei nuovi operatori.

Accanto a questo è chiaro che dobbiamo, innanzi tutto, tutelare e garantire il diritto alla salute dei cittadini; certamente non possiamo pensare che ci siano dei guaritori, degli "sciamani" o dei parolai, quindi c'è la necessità che la sicurezza, la tutela della salute dei cittadini venga quanto più possibile garantita.

Questa legge deve, inoltre, collocarsi in un contesto europeo, cioè noi non possiamo non tener presente che la legge italiana deve adeguarsi a quello che avviene a livello dell'Unione Europea, perché altrimenti saremmo fuori da questo contesto. L'intento di questa legge è quello di adeguarsi e di conformarsi il più possibile a quella europea.

Noi vogliamo partire dal documento approvato dalla Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici, Chirurghi e Odontoiatri, che a Terni il 17 e 18 maggio 2002, nel quale, per la prima volta in maniera ufficiale, si riconoscono le medicine e le pratiche non convenzionali

Il criterio, di accreditare e di riconoscere le scuole e le associazioni, non vale solo per la formazione, ma anche per le professioni; cioè, per tutti quegli operatori che finora hanno operato in questo settore. Dobbiamo verificare qual è la loro formazione, l'attività professionale svolta, e vedere, eventualmente, quali debbono essere i crediti formativi che possono essere riconosciuti e quale percorso formativo devono ancora realizzare.

Penso che siano questi i punti essenziali sui quali dobbiamo fermare la nostra attenzione ed avere anche da parte vostra dei suggerimenti.

Definita questa prima parte della legge sulle medicine e pratiche non convenzionali, possiamo, se abbiamo la capacità, la forza e la volontà, parlare di una seconda sezione della legge, che riguarda le discipline bionaturali". Quali sono? Io faccio riferimento a shiatsu, a riflessologia, etc.; non sto qui a descriverle, perché se ne dimentico una, poi c'è il rischio di dover fare una nuova legge. Dovremmo stabilire i criteri in base ai quali si parla di disciplina bionaturale; si definisce disciplina perché fa riferimento ad un atteggiamento, ad un approccio educativo; si parla di bionaturale perché non si interviene sulle patologie, ma per il benessere e per la qualità della vita delle persone. Per queste discipline bionaturali noi prevediamo una formazione almeno triennale. E questa può esser fatta sia come formazione professionale o più propriamente come laurea. È chiaro che, tenendo presente quali sono queste discipline bionaturali, sappiamo che l'Università in questo momento non ha gli strumenti idonei alla formazione; vi è l'aspetto teorico della formazione ed uno pratico. Per quanto riguarda la parte pratica, l'acquisizione delle professionalità non può che avvenire che con tirocini pratici. Non possiamo fare solo anatomia e fisiologia, perché occorre insegnare a fare manipolazione. Visto che le Università oggi non hanno gli strumenti e le esperienze, da ciò scaturisce l'importanza eventualmente, di accreditare quelle scuole, quegli istituti seri che in questi anni hanno operato.

Ma nel contempo, e questo lo dico molto apertamente, lo ripeto anche qui, proprio per non essere frainteso: dobbiamo evitare che vengano accreditati ai fini della formazione i corsi svolti nel breve volgere di un weekend in qualche località di villeggiatura, che qualcuno paga qualche decina di milioni, per poi dire che è un operatore. Questo noi non lo vogliamo, perlomeno la mia parte politica, ma penso tutti quanti. E questo è nell'interesse anche degli stessi operatori, perché se si dequalifica una professione, sicuramente poi torna a svantaggio di tutti.

Questi dovrebbero essere i criteri in base ai quali preparare questa legge quadro che prevede una sezione per le medicine e le pratiche non convenzionali, un'altra per le discipline bionaturali.

Lo stato delle proposte di legge sulle medicine non convenzionali in discussione al Parlamento italiano. Parte II

Francesco Paolo Lucchese

Vice Presidente XII Commissione “Affari Sociali”, Camera dei Deputati – Relatore Camera dei Deputati dei disegni di legge sulle terapie e medicine non convenzionali

Innanzitutto vi ringrazio per averci invitato a partecipare a questo incontro, che contribuisce ad arricchire la nostra conoscenza e a comunicare quello che stiamo facendo per arrivare, tutti insieme, ad una conclusione di queste proposte di legge e alla formulazione di una legge nazionale che metta ordine in queste discipline che fino ad ora sono state esercitate in modo quasi clandestino – fino ad arrivare alla tutela dell’utenza, dei cittadini, perché i cittadini devono sapere a chi si rivolgono.

Domenica eravamo a Milano, ad un incontro riguardante lo shiatsu, ed abbiamo sentito che in Svizzera c’è la figura del guaritore che è riconosciuta per legge, qui da noi non c’è; l’importante, dicono in Svizzera, è che non si faccia pagare... senza fattura c’è il guaritore. La figura del guaritore penso non sia della nostra cultura, anzi vorremmo che non ci fosse, anche se l’onorevole Parodi, Presidente all’Ordine dei Medici di Genova, ora Presidente dell’ENPAM, ci ha raccontato di un episodio risalente a quando era Presidente dell’Ordine: era andato a fare una visita ad un monaco che esercitava una specie di magia: “Tu eserciti una professione abusiva” – gli disse “quindi sei in difetto”. Il monaco, invece, apre il cassetto e tira fuori la laurea in medicina: “Io sono laureato in medicina”. “E allora perché fai il monaco?”, “Se dico che sono laureato in medicina, chi ci viene da me?”...

Poi, tanto per completare il quadro: io sono medico, ho letto l’esperienza di un medico che, andando a Rimini, si è rivolto ad un mago; alla fine gli ha detto: “Vedi, io non ci credo a quello che mi dici tu, perché io sono medico”, allora il mago gli dice: “Confidenza per confidenza, pure io sono medico. Vengo qua a Rimini, passo il tempo, e cerco di fare il mago per fare qualche cosa di diverso”.

Queste battute servono a dire che noi dobbiamo indirizzare l’opinione pubblica verso le scienze esatte, verso la sicurezza di una formazione, anche se poi le persone possono o meno andare dai maghi, anzi, dai maghi

non ci dovrebbero andare; in questi ultimi tempi c'è una campagna dei mass-media, che stanno cercando di rompere questa abitudine di rivolgersi a maghi che esercitano questa attività.

Ha detto l'onorevole Giacco che, cinque o sei anni fa, aveva la certezza di poter regolarizzare queste discipline; io, che sono medico, non ce l'avevo. Devo dire che, quando nel '96 ho sottoscritto la proposta di legge di Galletti sulle medicine non convenzionali, ho avuto qualche perplessità, come medico, ma poi, come parlamentare, non le ho avute; come parlamentare l'ho firmata perché mi sono reso conto che bisognava disciplinare questo fenomeno che comunque esisteva. Bisogna che noi politici, parlamentari, legislatori teniamo conto di quello che c'è nella società e lo regoliamo; questo è il nostro compito. Invece, mano a mano mi sono convinto, andando avanti, per avere lavorato su questa proposta di legge nell'altra legislatura. Eravamo arrivati ad un testo che comprendeva le medicine non convenzionali esercitate solo dai medici, una proposta di legge che si era fermata alle "Sette sorelle". Poi finì la legislatura, e non andammo più oltre.

Ora, nella nuova legislatura stiamo ricominciando, e abbiamo ricompreso, come diceva l'onorevole Giacco, un po' la medicina e le pratiche non convenzionali esercitate da medici, da chiropratici, da osteopati e da non medici.

Domenica scorsa, eravamo a Milano, ho visto che c'era un convegno, il primo forum sullo shiatsu, una parte limitata di queste discipline: una sala conteneva 600 persone, altre 200 erano in un'altra sala, in tutto 800 persone che erano interessate a questo problema; operatori del settore, non pazienti. Quindi il problema è molto complesso e molto ampio, perciò bisogna sicuramente arrivare ad una conclusione ed arrivare a completare questo quadro.

Prima di entrare un po' nel merito di alcune questioni più specifiche, volevo fare un quadro generale a livello internazionale. Stiamo facendo una legge nazionale, ci dobbiamo riferire all'Europa; ma come è vista a livello internazionale questa disciplina? Uno studio condotto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, per esempio, propone una quadriripartizione che considera l'intero panorama mondiale, quindi tra sistemi, dal punto di vista legislativo: monopolistici, tolleranti, inclusivi, integrati. Infatti il sistema italiano è un sistema monopolistico, in quanto solo l'esercizio della medicina scientifica è riconosciuto come lecito, con l'esclusione delle altre forme di trattamento, e le medicine alternative,

complementari, non convenzionali, come in genere si chiamano, ricevono una scarsa regolamentazione fino ad ora, ora stiamo provvedendo.

I sistemi tolleranti si fondano sempre sulla medicina scientifica, ma c'è una certa tolleranza, come dice la parola, per la medicina non convenzionale; in Europa questo si verifica nei Paesi scandinavi, in Gran Bretagna, Germania, Belgio e Francia, oltre che in Olanda.

Nei sistemi inclusivi, invece, le varie concezioni di cura coesistono, ma limitandosi ad una mera tolleranza, integrando al pari le due strutture; avviene così in India, in Pakistan, in Bangladesh.

Poi c'è il sistema integrato; noi stiamo parlando, anche in questa occasione, di medicina integrata. Che significa? In alcuni Paesi, come la Cina e il Nepal, significa che le diverse concezioni di medicina si pongono sullo stesso piano. Negli ospedali cinesi, infatti, i medici delle due scuole, tradizionale ed occidentale, lavorano insieme e i malati possono consultare tanto gli uni quanto gli altri. Non so se noi arriveremo a questo punto, comunque, come diceva poco fa l'onorevole Giacco, stiamo affrontando un passaggio importante, che è anche culturale. Dobbiamo renderci conto, nel momento in cui legiferiamo, che accanto alla medicina scientifica ci sarà l'altra medicina, quella non convenzionale, che sicuramente avrà uno sviluppo esponenziale. Secondo le statistiche di due anni fa, che sono state citate, parliamo di 9.000.000 di persone – forse di più – che si rivolgono a queste discipline. Ho sentito che negli Stati Uniti, negli ultimi dieci anni, c'è stata una crescita esponenziale, dal 10% si è arrivati al 70-80% delle persone che si rivolgono alle medicine non convenzionali; quindi, anche da noi, questo problema sarà incrementato, anche perché ormai, dato che la vita media è aumentata, le condizioni di salute sono migliorate, i progressi della scienza hanno portato a vivere meglio, ad avere meno malattie, c'è una condizione inversa: si ha meno fiducia nelle medicine che, per la verità, ci hanno aiutato a vivere meglio; lo dico come medico: senza i rimedi che abbiamo avuto negli ultimi anni, non si potrebbe vivere come viviamo ora. Sono state debellate molte malattie con la vaccinazione, con gli antibiotici, con i cardiocinetici, e così via; ora, comunque, c'è questa diffidenza. Si ritorna alla medicina naturale perché, ad un certo punto può essere giusto rivolgersi anche a queste medicine naturali, perché aiutano pure a vivere meglio, e quindi è giusto che ci siano.

Se poi ci deve essere l'evidenza scientifica o meno, discorso che poi è stato portato avanti da Rita Levi Montalcini e da Dulbecco in un docu-

mento, questo è un altro discorso. Devo dire che l'Istituto Superiore di Sanità da una paio di anni si è interessato al problema, e ha condotto uno studio che alla fine di quest'anno sarà completato. Tra l'altro, ne "Il Corriere della Sera" di mercoledì 20 novembre c'era un articolo che anticipava alcuni risultati che sono stati raggiunti in questo studio dell'Istituto Superiore della Sanità. Dirige questo lavoro il dottor Raschetti, che abbiamo sentito in Commissione; è interessato pure il professor Bellavite, che abbiamo conosciuto a Terni. Ad un certo punto dice: "I testi del Ministero non bocciano l'omeopatia", quindi già cominciamo non dico ad avere un'evidenza scientifica, ma quanto meno a considerare il fatto che qualche cosa di bene possono farlo, queste medicine non convenzionali, anche se ricordo pure quello che il professor Solimene diceva a Bologna, dove abbiamo avuto un convegno: ad un certo punto l'evidenza scientifica, forse, viene dopo. E faceva un paragone: se pensiamo che il piccione viaggiatore raggiunge il traguardo di portare il messaggio, e non si sa come fa, ma ci arriva; se sappiamo che il cane che perde il padrone poi lo ritrova, e non si sa come lo ritrova; se vediamo che il calabrone, secondo la sua formazione fisica e le ali che ha, non dovrebbe volare, e invece lui non lo sa e vola, vuol dire che ad un certo punto, se molta gente si rivolge a queste terapie e pratiche non convenzionali, bisogna sapere che qualche cosa c'è. È stato portato l'esempio dell'omeopatia nella veterinaria: l'animale non lo sa che viene curato con la terapia omeopatica, eppure un ha beneficio; questo è anche un segno indiretto.

Sto dicendo questo perché noi, come legislatori, non dobbiamo entrare nell'evidenza scientifica o meno; dobbiamo quanto meno fare quello che diceva l'onorevole Giacco: stabilire che chi esercita questa professione e queste discipline abbia una preparazione, sia controllato nella preparazione, nella professionalità, e segua degli studi ben precisi, attraverso le scuole, attraverso i profili; questo è il nostro obiettivo, quindi dobbiamo evitare che ci siano dei ciarlatani, dei "guaritori".

Allora, andando un po' avanti nell'esame della situazione, dello stato dell'arte, in Italia, devo dire che un certo riconoscimento indiretto in Italia si è avuto con il decreto legislativo 229/99, che sarebbe la Riforma Sanitaria Ter. Cioè in quel decreto legislativo si dice che, per favorire forme di assistenza integrativa, possono essere istituiti fondi finalizzati a potenziare i trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza assicurati dal Servizio Sanitario Nazionale. In tale ambito sono espressamente ricomprese le prestazioni di medicine non con-

venzionali, ancorché erogate da strutture non accreditate. Questa è una prima apertura. Altri riconoscimenti sono: il decreto del Ministero della Salute del 22 luglio '96, che incunea l'agopuntura ed altre terapie tra le prestazioni di assistenza specialistica ed ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale; il Decreto del Presidente della Repubblica 271/2000, che include pure l'agopuntura tra le prestazioni aggiuntive svolte dallo specialista in regime di attività extramoenia; poi, un ultimo decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 febbraio 2001, che ha istituito i LEA, che fa espresso riferimento alla medicina non convenzionale, e la include tra le terapie a totale carico dell'assistito; quindi le riconosce, ma le mette a totale carico dell'utente.

Sulla medicina omeopatica c'è il decreto legislativo 185, che è un po' vecchio, e, nell'ultima Finanziaria che stiamo trattando, alla Camera dei Deputati abbiamo inserito due emendamenti per dare maggiore peso ed attenzione alle industrie omeopatiche. Il provvedimento ora si trova al Senato, poi tornerà alla Camera, abbiamo aggiunto altri due emendamenti; comunque, questo per dire che c'è una certa attenzione anche da parte del Governo, che ha accettato questi due emendamenti per l'omeopatia. Il Governo sta partecipando, tra l'altro, ai nostri lavori della Camera, il Sottosegretario Corsi è stato molto presente ed attivo. Il Ministro Sirchia ha escluso le medicine non convenzionali dai LEA, ma questo non c'entra, il fatto è che le dobbiamo disciplinare... quello che ha detto il Ministro o il Ministero è una cosa diversa rispetto alla legge, che è di iniziativa parlamentare e che sta portando avanti il Parlamento.

Per quanto riguarda, invece, le varie regioni – quindi entriamo in quello che ha detto nell'introduzione il Consigliere regionale – molte regioni già l'hanno incluso nei Piani sanitari: l'Emilia Romagna, la Toscana, le Marche, la Valle d'Aosta, la Lombardia; il Piemonte recentemente ha approvato una legge sulle medicine non convenzionali; anche in Liguria c'è una proposta di legge.

La legge del Piemonte: quando l'ho vista, avevo consigliato – l'aveva presentato Angeleri, era Consigliere del Piemonte del CCD – di soprassedere, invece l'hanno portata avanti, hanno fatto qualche incontro con l'Ordine dei Medici del Piemonte; ha suscitato una serie enorme di proteste, addirittura la vogliamo impugnare alla Corte Costituzionale. Io voglio fare una battuta, mi è sembrata una legge "raffazzonata"; è stato un bene che l'hanno fatta, così serve come confronto anche per noi. Giustamente, diceva il Consigliere regionale, fate la legge nazionale – ho ap-

prezzato quello che ha detto – poi noi, come Regione, ci adegueremo, cercheremo di integrare, di modificare, di adattare alle nostre esigenze.

Infatti, in un convegno che abbiamo fatto qualche mese fa a Castiglioncello, organizzato dalla Toscana (la Toscana ha molti ambulatori di omeopatia, quindi in questo campo è molto avanzata), abbiamo chiesto, quasi abbiamo convenuto con le Regioni che erano rappresentate di fare una specie di moratoria per consentire a noi, come Parlamento nazionale, di legiferare, dopodiché le Regioni possono andare avanti. Ma allora non sapevamo che sarebbe stata approvata, quando eravamo là, la legge del Piemonte; stiamo stati facili profeti a dire che non era una strada percorribile che quella legge fosse fatta prima da una Regione e poi dallo Stato, anche perché devo dire che a livello regionale è molto più difficile disciplinare i corsi di formazione, l'università. Tra l'altro, nella Regione non è facile andare a consultare e ad incontrare tutte quelle persone che abbiamo incontrato noi. Noi, per così dire, "stiamo perdendo tempo", perché stiamo incontrando tutti gli operatori del settore, nessuno escluso, ed è stato un fatto positivo. Abbiamo partecipato a tutti i convegni, a tutte le riunioni; questo è servito per confrontarci con gli altri, per fare confrontare gli altri tra di loro e per sapere cosa dobbiamo fare tutti insieme.

So che avete parlato stamattina di come il Parlamento europeo si è mosso; l'Istituto Superiore di Sanità abbiamo detto come si muove; è stato accennato a cosa ha fatto l'Ordine dei Medici. L'Ordine dei Medici si era già mosso prima, nel '97; lo ricordo così, storicamente, anche se qui c'è un illustre rappresentante. Nel '97 aveva fatto anche le circolari 30/99 e 56/99 all'Ordine dei Medici; in alcuni Ordini dei Medici sono stati istituiti registri per le medicine non convenzionali; ma questo lo dico, e l'ho detto nella riunione in Commissione, a merito dell'Ordine dei Medici, perché qualcuno sostiene che non se ne sono occupati, se ne sono occupati solo ora; no, se ne erano occupati anche nel '97. Dobbiamo dire che fino al '97 (anzi, al '94) – l'ha detto l'onorevole Giacco, lo dico pure io – non c'era questa coscienza nei confronti di queste medicine non convenzionali; ora c'è questa coscienza, quindi l'Ordine dei Medici l'ha avuta nel '97; sono molti, cinque anni, in una società che vive così veloce. Se n'è occupato in modo più completo il 18 maggio 2002. Cosa ha fatto?

Ha detto che le medicine non convenzionali sono atto medico, ha incluso le "Sette sorelle" più due altre specialità: la chiropratica e l'osteopatia.

Dicevo che nella passata legislatura non avevamo affrontato la chiropratica e l'osteopatia, delle quali si è occupato l'Ordine dei Medici; nella fase iniziale, l'Ordine dei Medici vorrebbe che fossero solo esercitate dai medici. Mano a mano che stiamo andando avanti nelle audizioni – ci siamo pure visti con l'Ordine dei Medici, abbiamo fatto un'audizione a cui era presente, allora, il dottor Amato, Presidente dell'Ordine dei Medici di Palermo – una certa apertura dei medici nei confronti degli osteopati e dei chiropratici c'è stata, nel senso che possono avere un percorso autonomo, per conto loro, perché questo discorso era detto all'inverso dai chiropratici; i chiropratici dicevano: ci siamo solo noi, i medici che c'entrano? Invece, alla fine siamo riusciti, attraverso gli incontri, a fare capire che c'entrano sia gli uni che gli altri. Così come è giusto che ci siano queste figure è giusto che siano disciplinate le pratiche, le medicine esercitate dai medici, dai chiropratici, dagli osteopati, e anche quelle esercitate dai non medici, ai quali ha fatto riferimento l'onorevole Giacco, i cosiddetti operatori che noi avviciniamo in un certo senso alla professione sanitaria non medica e alla medicina convenzionale, che sono gli ex "parasanitari"; quelli esistono, se poi devono occuparsi o meno di patologia. Non lo so se lo shiatsu o la riflessologia sono medicine solo del benessere e non curano patologie; io penso che le curino pure, ma questo è un particolare; la pranoterapia e così via, e tutte le altre. Anche perché, se dobbiamo considerare la medicina non convenzionale una professione sanitaria non medica, dobbiamo equipararla a quelle altre che abbiamo disciplinato con la legge 251/99, dove abbiamo classificato le 4 categorie: infermieri professionali, terapisti della riabilitazione, terapisti della prevenzione, ostetriche; in queste 4 quattro categorie poi rientrano altre 22 categorie di operatori di professioni sanitarie non mediche. Quindi, anche queste potrebbero essere trattate in questo modo, e quindi mi pare che dovremmo anche occuparci di queste.

Io vi sto dicendo un po' quello che abbiamo fatto: nelle prime audizioni c'era questa specie di diffidenza, di presa di posizione settoriale. Se noi regoliamo la professione delle medicine non convenzionali solo per i medici, rimane fuori una vasta categoria, un'enorme quantità di persone che eserciteranno così come hanno esercitato fino ad ora. Se noi non discipliniamo queste medicine non convenzionali e operatori non medici, non c'è un supporto che possa avere il medico. Il medico può avere anche legittimazione, perché la gente sa che ci sono i medici e i non medici; è anche più conveniente, se così possiamo dire, non per il medico, ma an-

che per l'utente, che si sappia che ci sono gli operatori medici e gli operatori non medici. Anche con una certa diffidenza da parte dei nostri colleghi alla Camera dei Deputati, all'inizio, quando mi hanno dato l'incarico, ho preteso dal Presidente che entrassero tutte le 16 proposte di legge che si occupano delle medicine dei medici (chiropratica e osteopatia) e non medici, perché abbiamo l'ambizione, abbiamo fatto questa scommessa, di poterle disciplinare tutte.

Anche perché, tra l'altro, tornando agli shiatsu, ci sono due correnti di pensiero: alcuni dicono che curano patologie ed altri no. Ho detto a Milano, e poi si sono convinti... cioè, loro dicono che non vogliono entrare nell'ambito sanitario: ma scusate, voi mettete le mani sui pazienti; che cos'è? Non è un ambito sanitario? Non è un ambito sanitario? Non lo so... è filosofia? Ad un certo punto fate quello che volete; però, se sta passando il treno ed ora vi disciplina come professione non medica sanitaria..., anche perché in questi ultimi tempi alcuni di loro sono già stati presi sotto mira dai NAS. Ho partecipato a una riunione in Toscana, ed abbiamo fatto una specie di accordo, se così si può dire: abbiamo chiarito ai NAS di stare fermi, per ora, perché stiamo facendo la legge, poi si vede. Non siamo ai tempi in cui... il monaco aveva la laurea, ma molti di loro la laurea non ce l'hanno, esercitano la professione sanitaria abusiva, quindi devono stare attenti; invece, se li discipliniamo, è nell'interesse loro, quindi devono stare attenti.

Così come è avvenuto per i fitoterapici: sono venuti in audizione e hanno detto: noi non ci vogliamo entrare. Ho detto: allora dove volete entrare? Vogliamo che sia fatta una legge per noi. E chissà quando sarà fatta la legge solo per voi! Perché noi tanto... le piante ormai sono medicine, è la stessa cosa. Va beh, ma se c'è questa [dizione] entrateci pure, prendete il treno, poi quello che volete fare, fate, intanto perché voi dovette rifiutare? Qual era la logica, la ratio, la filosofia di questa esclusione dei fitoterapici?

Scusate, io sto facendo un intervento a ruota libera, raccontandovi, perché voi volete sapere a che punto siamo, quello che stiamo facendo; così, in diretta, raccontiamo il lavoro che abbiamo fatto fino ad ora.

Il lavoro fatto fino ad ora ci ha portato ad avere una certa omogeneità di vedute, una certa condivisione, prima di tutto tra di noi, dalla Commissione al Comitato ristretto, al di là dell'appartenenza politica, così come è avvenuto in un certo senso anche nell'altra legislatura, ma c'era meno adesione perché non c'era ancora la cultura; ora di più, anche per-

ché le proposte di legge sono presentate da tutti i gruppi, in definitiva, non manca nessuno, e perché poi, con questi incontri vari, che abbiamo avuto, con queste audizioni, ci siamo capiti meglio, ci siamo confrontati, continuiamo a confrontarci. Tra l'altro, siamo riusciti con tutte le audizioni a confrontarci con tutte le categorie, cioè a cercare direttamente con loro, sia nelle audizioni ufficiali, sia nei vari congressi e convegni, sia in riunioni separate, dopo le riunioni, dopo i convegni nel rapporto personale, di arrivare ad una soluzione concordata, condivisa, e quindi sembra che ci siamo.

Perché sto dicendo questo? Noi faremo ormai altre 3 o 4 audizioni, siamo quasi alla fine, abbiamo già fatto l'audizione dei medici, degli osteopati, dei chiropratici, ora passeremo ai naturopati e alle altre categorie (riflessologia, shiatsu), poi, alla fine, riserviamo un'audizione definitiva per alcune persone competenti: professori d'università, operatori, studiosi del problema, per concludere. Quindi, a quel punto, entro la fine dell'anno, si farà una bozza, io penso di fare una bozza del testo unificato, magari ci confrontiamo pure sulla bozza, poi facciamo il testo definitivo, in modo tale che si stabilirà tra di noi – ma già c'è questo impegno anche da parte del Governo, anche nostro, della Camera, poi lo chiederemo al Presidente della Camera, all'assemblea – di andare in sede redigente, come era stato fatto anche la prima volta, quindi la cosa sarà molto più rapida; legislativa non credo, perché è un argomento molto ampio ed importante, non possiamo chiedere la sede legislativa in Commissione, non è una leggina, questa è una legge che cambia la cultura, cambia molto. Dobbiamo accelerare, da un punto di vista tecnico e completare tutto in Commissione in sede redigente, però in aula ci dobbiamo andare, anzi è l'orgoglio nostro, io ci voglio andare in aula, così la gente ci segue meglio e sa cosa stiamo facendo, perché le leggi che si approvano in sede legislativa hanno meno impatto nell'opinione pubblica, vengono seguite meno; tra l'altro, è giusto che tutti i parlamentari sappiano, ed anche l'opinione pubblica, che cosa stiamo facendo. Però la sede redigente accorcia molto, perché tutti gli emendamenti li faremo in Commissione, in aula si farà solo la discussione generale e l'approvazione del testo, non si faranno gli emendamenti, quindi vi rendete conto che sarà molto più semplice. Quindi i tempi sono brevi. Il tempo l'abbiamo speso bene, penso che lo stiamo utilizzando bene; quest'altro incontro ci servirà a confrontarci con voi, per vedere se le cose che abbiamo detto trovano riscontro o meno, accettare consigli; poi, tra l'altro, le cose più difficili sono quelle di con-

temperare l'osteopatia, la chiropratica; la naturopatia non sappiamo ancora come considerarla, più o meno di dieci anni, o di cinque anni, ci sono varie correnti di pensiero; poi il riconoscimento dei titoli conseguiti e il riconoscimento delle scuole. L'accenno soltanto, perché ne ha già parlato l'onorevole Giacco. Già ieri ho preso contatto con il Ministero dell'Università; abbiamo discusso su alcune soluzioni che potevamo trovare per quanto riguarda le scuole. Ovviamente le scuole saranno le università pubbliche, le università non statali, parificate. Anche le scuole però bisogna considerarle, perché l'esperienza che hanno acquisito bisogna che sia utilizzata, è un patrimonio culturale importante, perché poi gli insegnanti verranno da questa società scientifica che hanno operato fino ad ora, e quindi dovremmo sforzarci di cercare di valorizzare anche questa società scientifica. È la parte che ci farà più discutere, nel momento in cui andremo a scrivere il testo e nel modo in cui lo dobbiamo scrivere, quindi di concerto non solo con il Ministero della Salute, ma anche con il Ministero dell'Università e della ricerca scientifica.

Quindi, tutto questo ci porterà quanto prima ad avere questo testo, finalmente. Anche se dicono che in Europa c'è una certa legislazione, non c'è tutta la legislazione che si vuole dire; c'è qualche piccolo intervento in alcuni settori. Credo che abbiamo l'orgoglio, in Italia, forse, di fare la prima legge giusta, che poi gli altri in Europa dovranno copiare.

Le medicine non convenzionali: percorsi per l'integrazione nel Servizio Sanitario Regionale

Tavola rotonda. Modera: Luciano Moretti

Luciano Moretti
Giornalista

Intanto inviterei i protagonisti di questa tavola rotonda a prendere posto: il professor Puxeddu, Preside della Facoltà di Medicina, e il dottor Aristide Paci, in rappresentanza dell'Ordine dei Medici di Perugia e Terni; Angela Piperni, dell'Ordine dei Farmacisti; Pindaro Mattoli, che è stato Presidente della Federazione Italiana dei Medici Omeopati; Leonardo Paoluzzi, membro del Consiglio direttivo della Società italiana di Agopuntura; Elio Rosati, che è Responsabile nazionale Networking – Tribunale per i diritti del malato. È già presente Maurizio Rosi, Assessore regionale alla Sanità, al quale, dopo una breve introduzione, darò la parola per primo perché, per motivi di istituto, deve lasciarci presto.

Ringrazio il dottor Giorgio Bonaduce per avermi invitato a svolgere questo ruolo; io sono un giornalista, non sono uno specialista, se non come fruitore, perché sono un paziente che alterna alla medicina tradizionale anche la medicina omeopatica, con grande stupore del mio medico di famiglia, che continua a chiedersi cosa ci trovo sulle erbe. Siccome lui ha fatto il giuramento di Ippocrate e io no, continuo a ritenere che questo sia un forte pregiudizio che permane ancora in una certa parte della classe medica, ma altro non so; anzi, forse, sarebbe molto interessante se da questa tavola rotonda si potesse sciogliere anche questo nodo.

Ho seguito un po' i lavori del convegno, che è stato molto interessante. Ho seguito in modo particolare l'affascinante presentazione dello studio fatto sull'Umbria da parte del professor Seppilli. Ricordo che ha concluso così: il fenomeno delle medicine non convenzionali è pervasivo della società moderna, in sintesi; ha aggiunto che, perciò, è inutile porsi il problema se sia bene o male (e questo lo dico a beneficio dell'Assessore Rosi, che stamattina non ha potuto essere presente); ciò che importa è testare e riferire sulla validazione delle terapie, e compete al potere pubblico prendere posizione e legiferare. La sintesi è molto estrema – mi per-

donerà il professor Seppilli – ma era anche per chi questa mattina non ha partecipato.

Poi si sono alternate una serie di comunicazioni molto interessanti – le ultime le avete ascoltate – che attestano come ci sia, finalmente, un fermento non solo regionale, non solo nazionale, non solo europeo. Questa mattina ha precisato anche, il magistrato Renzo, come la legislazione italiana sia ferma al 1930, per un articolo che definiva i divieti, più che le autorizzazioni.

Allora, io credo che questa tavola rotonda potremmo organizzarla anche con un confronto diretto, perché altrimenti ognuno fa la sua comunicazione e temo che, poi, ci ritroveremmo solo quelli che siedono di qua dal tavolo.

Senza altri indugi, perciò, comincerò con l'Assessore Rosi, con il porre una domanda, che ha una premessa: la Regione dell'Umbria ha compiuto oggi un atto molto importante, perché in qualche modo ha preso atto di un fenomeno che va diffondendosi in Umbria, come ci ha ricordato il professor Seppilli, il quale ha anche ricordato come l'Umbria sia terra particolarmente vocata, come l'Umbria abbia fin dall'800 un museo di medicina folcloristica. Questo forse è compatibile con l'essere, l'Umbria, terra magica, anche terra chiusa per i suoi motivi storici, ma aperta al nuovo. Assessore Rosi, lei pensa che questo convegno possa rappresentare un punto di arrivo per una sensibilizzazione dell'Assessorato, quindi della Regione, che possa portare, in tempi ragionevolmente brevi, a quella che il professor Seppilli chiamava una "presa di coscienza", ma che poi si traduce in una normativa, in una legge?

Maurizio Rosi

Assessore regionale alla Tutela della salute e Servizi sanitari

L'Umbria è piccola, comunque darà il suo contributo su un tema come questo, che non è così semplice.

Io vorrei dire due cose: innanzitutto, ringrazio i relatori, anche quelli che sono stata ospiti del Consiglio regionale, per questa iniziativa importante della Commissione, che cade in un momento "propizio", perché il Piano Sanitario Regionale ormai dovrebbe essere inviato al Consiglio regionale di qui a pochi giorni, per cui è chiaro che anche su questo tema noi potremo esprimere almeno una valutazione importante rispetto ad un

tema che già in Umbria ha visto dibattiti (ne ricordo alcuni a Terni, poco tempo fa).

Noi siamo un Paese buffo, che non affronta i problemi che la gente vive tutti i giorni, per paura chissà di che cosa, di quale sciagura o di quale disavventura. Però, con la stessa nettezza, se posso fare una battuta, direi che anche la medicina convenzionale non naviga in ottime acque. Noi abbiamo problemi a difendere anche i diritti fondamentali del cittadino, nella medicina convenzionale; vi assicuro che non è un momento semplice, per una serie di motivi, e non voglio fare nessuna polemica contro il Governo centrale, ma è del tutto chiaro che le Regioni – tutte quante le Regioni, di ogni colore, per cui non è un problema di carattere politico o partitico – sono molto preoccupate di una situazione che si sta verificando nel nostro Paese, che è quella che alcuni patti stretti tra Regioni e Stato non vengono rispettati.

Questo per dire che c'è un momento della salute pubblica dove è in discussione non solo l' "ingresso" della medicina o delle medicine non convenzionali, ma è in discussione proprio la sanità, il diritto alla salute pubblica, che tipo di diritto, diciamo così, per non essere accusati di settarismo; se questo diritto può essere assicurato a tutti, come può essere assicurato, come deve essere finanziato. Per cui è chiaro che anche le scelte del Piano Sanitario Regionale... ieri, all'inaugurazione dell'anno accademico, all'Università, abbiamo affrontato il problema di quanto è debole oggi la spesa per la ricerca nel nostro Paese, di quale difficoltà ci sia in questo campo della ricerca, ad esempio; eppure tutti ci stimolano a non essere ragionieri, a non fermarci all'esistente, a pensare al futuro, a pensare all'eccellenza e, nello stesso tempo, non ci sono risorse per pensarci, anche risparmiando, anche razionalizzando.

Per cui questo problema delle medicine non convenzionali, secondo me, si pone in un momento molto difficile, anche duro per alcune scelte che faremo anche nel Piano Sanitario Regionale; questo è il mio pensiero. La Giunta regionale e l'Assessorato non sono chiusi, naturalmente, a questi problemi, ormai sono all'evidenza di tutti, e voi li avete affrontati bene. Io mi auguro che il Parlamento faccia quello che deve fare, e che adesso i due parlamentari hanno detto. Avrete capito che io non sono molto per: ogni regione per i fatti suoi, io vorrei che le regioni stessero più insieme, che ci fosse una politica sanitaria nazionale, che su alcune grandi questioni – come la ricerca, come queste scelte – ci fossero indirizzi nazionali, che dovrebbe dare il Parlamento nazionale, altro che spezza-

tini, *devolution* varie o altri fatti! Io sono per uno Stato che dà grande autonomia alle Regioni, per un federalismo anche spinto, però uno Stato centrale che riesce sulle grandissime questioni a dare un suggerimento e un concreto aiuto anche a regioni importanti, oltre che a regioni piccole come la nostra. Poi mi auguro che, nei lavori parlamentari, la scommessa che si diceva prima venga fatta, noi saremo contenti; sosterrremo, per quello che potremo, una linea di questo tipo, ed affronteremo questa questione come siamo abituati in Umbria, con spirito giusto, anche con curiosità, ma soprattutto pensando che ormai sono fatti che esistono.

Finisco con una battuta: io penso che ognuno di noi sia già venuto a contatto con medicine non convenzionali; penso che pochi non abbiano utilizzato l'agopuntura, per un motivo o per un altro. Io l'ho utilizzata per dei problemi alla schiena, e devo dire che non mi ha fatto niente, comunque non... sono guarito per altri motivi, quando ho cambiato un po' di cose... Però credo che sia molto importante questo.

Io mi congratulo con la Commissione, con il Presidente Bonaduce, con tutti quelli che hanno fatto questa cosa, che è un contributo al Piano Sanitario Regionale. Naturalmente mi auguro che i lavori – adesso devo andare via per motivi che non vi dico, ma sono molto importanti – possano proseguire dando un contributo ad un tema interessante come questo.

Luciano Moretti
Giornalista

Prima della seconda domanda, voglio portare un contributo di carattere professionale. Alla fine degli anni '80 fui incaricato da una televisione svizzera di fare un'inchiesta sulla medicina alternativa in Italia, un tema molto impegnativo; venne una troupe e girammo l'Italia per una settimana. Porto un ricordo particolare: in un paesetto del Piemonte ci era stato segnalato che il medico veterinario comunale aveva cominciato a curare le mucche con l'omeopatia. La cosa, giornalmisticamente, era di grande interesse, per cui riuscimmo ad avere un contatto. Questo signore ci fece vedere gli esiti della ricerca, mostrandoci che c'erano stati dei risultati apprezzabili. Dissi: "Allora, adesso lei continuerà, pubblicherà?"; mi rispose: "Ma io sono soddisfatto". Dico: "Ma di cosa è soddisfatto?",

“Dell’aver dimostrato che questa questione dell’effetto placebo è una grande fesseria, perché sulle mucche sfido a provocare l’effetto placebo”.

Parto da questo ricordo, virgolettato, per chiedere a chi rappresenta nella posizione di massimo livello il mondo scientifico, medico, al Preside della Facoltà di Medicina professor Puxeddu, la posizione ufficiale della medicina allopatica rispetto alla medicina alternativa. Io procederei così, per domande brevi, che obbligano a risposte altrettanto brevi.

Adolfo Puxeddu

Preside Facoltà di medicina e chirurgia, Università degli studi di Perugia

Innanzitutto vorrei ringraziare il dottor Bonaduce per l’invito. Vorrei dire questo: io sono Preside della Facoltà di medicina e chirurgia da un anno, però sono professore di medicina interna da parecchi anni, e sono nella facoltà di medicina e chirurgia da quasi 40 anni; quindi ho una lunga esperienza, e debbo innanzitutto dire e confessare che finora la Facoltà di medicina, nei suoi diversi curricula, non si è mai preoccupata di questo problema.

Noi siamo ad un nuovo ordinamento di studio, che è quello della Tabella XVIII, con varianti varie siamo arrivati alla terza modificazione della Tabella XVIII, e le medicine non convenzionali non fanno parte del curriculum per la preparazione dello studente, giacché la nostra attività è sempre stata impostata, ed ancor più è impostata, sulle ultime modifiche della Tabella XVIII, sulla cosiddetta medicina basata sull’evidenza. Quindi questo è il primo punto fondamentale, è la logica conseguenza di quello che la tradizione della facoltà medica italiana, cioè una facoltà medica che insegna la medicina, medicina che in passato era considerata un’arte, ancora in certi aspetti è un’arte, ma che ha sempre di più una base scientifica; basta pensare a quelle che sono le ultime acquisizioni della biotecnologia e della fase farmacologica post genomica, che riesce ad individuare i meccanismi intimi, molecolari, per cui certi farmaci agiscono, e ad individuare anche che quelle che un tempo venivano chiamate le idiosincrasie verso determinati farmaci adesso hanno una spiegazione genetica, molecolare. Quindi la nostra facoltà, in definitiva, va su questa linea.

Ma, detto questo, io mi rendo anche perfettamente conto – ed è il motivo per cui io ringrazio ancora il dottor Bonaduce e ringrazio il dottor

Paci, che è qui presente, e il professor Seppilli, che portano avanti queste problematiche: il dottor Bonaduce con questa riunione, il professor Seppilli con tutta una serie di riunioni a cui mi ha invitato e a cui ho partecipato, e il dottor Paci per quell'importante convegno di due giorni di Terni, della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici per le medicine non convenzionali – che esiste quest'altro aspetto della medicina, e posso anche dire, per delle mie esperienze personali, che alcune di queste “sette sorelle”, la medicina cinese e l'agopuntura, rivestano un'importanza notevole.

Luciano Moretti
Giornalista

A chi rappresenta l'Ordine dei Medici, al dottor Paci, vorrei porre una domanda che è anche una mia curiosità: oggi l'Ordine dei Medici si pone nei confronti della medicina alternativa, chiamiamola così, come di fronte ad un qualcosa di concorrente, e quindi all'orizzonte intravede anche problemi – mi scuso se banalizzo e virgoletto – “di mercato”, o pensa che si possa individuare, e si debba individuare, un percorso di tipo integrativo, non sostitutivo?

Aristide Paci
Rappresentante Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri delle province di Perugia e di Terni / Consigliere Federazione nazionale dei Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri

Innanzitutto un ringraziamento per chi ha organizzato questo convegno e per avermi invitato nella qualità di rappresentante dei due Ordini dei Medici di questa regione.

Potrei sintetizzare al massimo il mio intervento, anche per economia di tempo, in quanto sono perfettamente d'accordo con gli onorevoli Giacco e Lucchese; mi identifico appieno con quanto da loro detto, che è frutto, come veniva ricordato, di una serie di incontri, di colloqui, di “arricchimento culturale” reciproco ed anche di una revisione delle posizioni che ognuno di noi aveva all'inizio.

Ciò dimostra, come in un settore così delicato, questo sia il metodo per costruire.

Come Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri siamo partiti dal 1983, con una posizione di rigetto nei confronti di queste pratiche; siamo passati ad una fase di disponibilità al dialogo; siamo arrivati alla fase attuale di “governo” del sistema. Non c’è dubbio che questo debba essere l’atteggiamento, non solo perché 9.000.000 di cittadini ricorrono a queste “medicine”, non solo perché migliaia di medici le prescrivono, non solo per combattere quanto di peggio e di negativo c’è intorno a questo mondo, ma perché il compito di un ordine professionale non è solo quello di autogoverno della professione, ma è anche, quello di tutelare i diritti dei cittadini costituzionalmente previsti.

Di fronte ad un fenomeno che è esploso, bisogna avere il coraggio di assumere, comunque, una posizione, da sottoporre responsabilmente, al mondo scientifico, al legislatore, per trovare una soluzione razionale, nell’interesse esclusivo del cittadino. Questa è stata la conclusione del convegno di Terni e che riconfermiamo anche in questa sede.

Devo dire, con molta sincerità, senza spirito polemico, che non condivido assolutamente l’atteggiamento tenuto da alcuni scienziati che di fronte alla nostra presa di posizione come Federazione, di disponibilità al dialogo, hanno assunto un atteggiamento pregiudizialmente contrario e non sufficientemente documentato.

Non è così che si costruisce. Uno scienziato deve esprimere, appieno, il suo potenziale creativo, ma non può essere avulso dai problemi della società. Questo è un problema della società, ed ognuno deve fare la sua parte in termini costruttivi.

Aggiungo una considerazione ed una raccomandazione rivolta agli amici onorevoli. Il Parlamento acceleri l’approvazione della legge, per evitare che la situazione diventi difficilmente gestibile. Mi riferisco, in particolare, alla legge approvata dalla Regione Piemonte, che è quanto di più assurdo, innaturale, in controtendenza, ci possa essere. Annuncio che domani la legge del Piemonte sarà all’esame del Comitato Centrale della Federazione. Sono convinto che la FNOMCeO rigetterà in termini decisi il contenuto della Legge Regionale del Piemonte.

Alla domanda: rigetto o no? Rispondo: attenzione sì, integrazione sì.

Francesco Paolo Lucchese

Vice Presidente XII Commissione “Affari Sociali”, Camera dei Deputati / Relatore Camera dei Deputati dei disegni di legge sulle terapie e medicine non convenzionali.

Nell’audizione abbiamo già in programma di sentire l’Ordine dei Farmacisti e quello dei Veterinari, oltre che i NAS.

Luciano Moretti

Giornalista

Scusi, dottore, una sottodomanda: mi era sembrato di capire che l’orientamento per un tentativo di legge nazionale non si fermerebbe a contemplare solo la classe medica.

Aristide Paci

Rappresentante Ordini dei medici-chirurghi e degli odontoiatri delle province di Perugia e di Terni / Consigliere Federazione nazionale dei Ordini dei medici-chirurghi e degli odontoiatri

Noi abbiamo una posizione molto precisa che può essere criticata, rivista, se vengono suggerimenti razionali che possono essere accolti. Abbiamo sostenuto una posizione che anche il Parlamento nei disegni di legge aveva evidenziato: per quanto riguarda le “sette sorelle”, noi diciamo che queste sono medicine non convenzionali, che per essere esercitate presuppongono un “atto medico” (diagnosi e conseguente terapia). La chiropratica e l’osteopatia, sono state definite pratiche non convenzionali. Non è una sottile distinzione; dimostra in maniera inequivocabile quello che ha detto l’onorevole Lucchese. Non si può sostenere, infatti, che il medico possa averne l’esclusività, ma è scontato che anche il medico le possa esercitare.

Sull’altro versante delle cosiddette medicine del “benessere” di cui si è fatto cenno, è indispensabile un serrato dibattito prima di assumere iniziative e conseguenti decisioni. Un ultimo accenno sul problema della formazione. non c’è dubbio che non sia sufficiente la laurea in medicina e chirurgia per poter esercitare le medicine non convenzionali. Per la formazione è necessario il coinvolgimento del mondo universitario, e delle

istituzioni private accreditate. È stato già detto, quindi non mi soffermo ulteriormente.

Luciano Moretti
Giornalista

Una domanda alla dottoressa Piperni: il farmacista è un po' una cinghia di trasmissione tra il paziente e il medico; generalmente, con la medicina tradizionale, il paziente è garantito quanto meno da un'etichetta dove c'è scritto che questo prodotto contiene tanto di tanto e tanto di tanto, che è un'assunzione di piena responsabilità; ma quando io compero Arsenicum alla 30, che garanzie mi dà il farmacista? A sua volta, che garanzie ha da chi lo produce?

Angela Piperni
Rappresentante Ordini dei farmacisti delle province di Perugia e di Terni

Come Farmacista e come rappresentante dell'Ordine mi sembra opportuno sottolineare che anche quando si parla di medicine non convenzionali, si debba comunque tenere ben presente la definizione di medicinale: qualsiasi sostanza o composizione, presentata come avente proprietà curative o profilattiche delle malattie umane o animali o che venga somministrata all'uomo o all'animale per diagnosi o per ripristinare, correggere o modificare funzioni organiche dell'uomo o dell'animale.

I prodotti omeopatici sono, a tutti gli effetti, anche in base a precise Direttive CEE, medicinali, contengono cioè principi attivi in grado di modificare o correggere funzioni organiche, di conseguenza vanno considerati e trattati con lo stesso rigore dei farmaci allopatici cioè ne va accertata la qualità, la sicurezza e l'efficacia nell'uso, anche se con metodologie che possono essere diverse a quelle della medicina convenzionale soprattutto per quanto riguarda l'efficacia.

Sono infatti proprio le prove di efficacia a creare scetticismo e diffidenza nei confronti di queste terapie o la mancanza di spiegazioni sul meccanismo d'azione.

Va particolarmente curata la prescrizione da parte del medico e la relativa dispensazione, senza lasciare grandi spazi all'autoterapia, tranne che

per i prodotti da banco, con l'erronea convinzione che "tanto non fa male"; si potrebbero in tale senso riportare numerosi esempi.

Il farmacista ha un ruolo importante, come educatore ed informatore anche sulle medicine non convenzionali, ma soprattutto ha un ruolo di educatore sui rischi di un uso non controllato e non seguito dal medico, che farebbe ricadere nelle problematiche e nei vizi della medicina allopatrica. Malattie iatrogene e quant'altro.

Particolare attenzione inoltre va posta sia agli elementi sostanziali (composizione qualitativa e quantitativa, attività terapeutica, ...), che agli elementi formali (modalità di presentazione, etichetta, ...), che sono poi quegli elementi da cui deriva la nozione di medicinale e la categoria amministrativa di appartenenza, in modo che siano ben riconoscibili i farmaci veri e propri dai prodotti da banco, dai prodotti salutari.

È importante che i pazienti comprendano e imparino che non sono terapie innocue e quindi non possono essere assunte con leggerezza.

Il fatturato, comunque, notevole, deve indirizzare gli addetti ai lavori sia verso un percorso di integrazione nel Servizio Sanitario Regionale, sia verso una attenzione rigorosa, una puntuale informazione ed un uso corretto e non un abuso.

Luciano Moretti
Giornalista

La ringrazio molto. Io continuo a fare riferimenti personali, nella speranza che ci sia qualcosa di generale, e torno al mio medico di famiglia, che un bel giorno ha messo su una targa, c'era scritto anche "agopuntore"; gli ho chiesto: interessante, però l'ultima volta che sono venuto eri solo medico di famiglia, ed era tre mesi fa, nel frattempo che è successo? Dice: ho fatto un corso. La cosa mi ha un po' stupito: ma davvero in tre mesi si diventa agopuntori? Io lo chiedo a chi li rappresenta, al dottor Leonardo Paoluzzi, che poi potrà estendere la risposta, sempre nei limiti contenuti di una tavola rotonda.

Leonardo Paoluzzi

Membro Consiglio direttivo della Società italiana di agopuntura (SIA) / Delegato (SIA) alla Formazione per l'Umbria e le Marche / Direttore "TMA, Italian Journal of Holistic Medicine"

Io credo che, dopo 25 anni che faccio agopuntura, ancora non so esattamente quanto potrei apprendere da un maestro cinese che venisse ad insegnarmi l'agopuntura, perché imparare a fare il medico è un percorso che non finisce mai, nell'arco della vita; è chiaro che c'è un momento in cui si acquisisce una laurea in medicina e chirurgia, si prende un'abilitazione all'esercizio della professione, ma quello non è il punto di arrivo, quello è il punto di partenza; da lì si parte e si inizia il cammino del medico.

Ora, il medico, è chiaro che, se inizia un cammino ufficiale, ortodosso, arriva e ha delle considerazioni da parte degli altri che sono abbastanza accettabili, perché rientrano in un dato culturale che gli è proprio; se poi si incammina per un percorso diverso, come quello che può essere lo studio della medicina tradizionale cinese, allora il discorso diventa estremamente molto più complicato, perché prima di tutto c'è da fare una sorta di cambiamento di mentalità, o di aggiustamento di mentalità, se non proprio di cambiamento, perché c'è un modello teorico su cui poggia poi quella pratica medica, che è un modello teorico distante da quello che siamo stati abituati ad apprendere nel mondo accademico; quindi c'è un esercitarsi in una certa direzione, e credo che sia abbastanza difficile, dopo tre mesi anche di corso intensivo, tutti i giorni, si possa arrivare a definirsi agopuntori, o comunque che si possa praticare un'agopuntura o una medicina tradizionale cinese.

Io credo che l'Ordine dei Medici sia in qualche modo l'organizzazione preposta, e mi auguro – ci sono segnali di grandissima apertura in questo senso, e ne sono veramente felice – che così sia, perché in qualche modo si possa arrivare a riconoscere quel medico che ha fatto un percorso di formazione negli anni, che è a tutela non solo di se stesso, rispetto a chi si è improvvisato, ma soprattutto a tutela dei cittadini che poi possono utilizzare quella pratica medica. Quindi, questo credo che sia il punto centrale, fondamentale, che l'Ordine dei Medici dovrà assumersi.

Aristide Paci

Rappresentante Ordini dei medici-chirurghi e degli odontoiatri delle province di Perugia e di Terni / Consigliere Federazione nazionale dei Ordini dei medici-chirurghi e degli odontoiatri.

Noi vogliamo che la legge preveda anche i criteri per la pubblicità – non mi riferisco al medico che lei citava – una pubblicità che non sia ingannevole, ma che sia valutata, dall’Ordine professionale.

Oggi noi non possiamo concedere la pubblicità a questi settori, perché non esiste una precisa normativa in materia.

Per quanto riguarda, poi la formazione, noi abbiamo suggerito alla Commissione la costituzione di una agenzia nazionale in cui dovrebbero essere rappresentati il Ministero della Salute, le Regioni, la Federazione dei Medici e una rappresentanza anche delle associazioni scientifiche, per stabilire i criteri per la formazione e per l’accreditamento. Credo che questi siano due elementi importanti, di grande qualità, che sicuramente saranno inseriti nella stesura definitiva del disegno di legge.

Luciano Moretti

Giornalista

Passo, ora, a chi ha la responsabilità del Tribunale per i diritti del malato, per sapere quale relazione precisa esiste tra il tema del convegno e questa importante istituzione, se c’è una particolare casistica, se c’è insorgenza di alcune particolari problematiche. Di tutto questo spero che vengano risposte da Elio Rosati.

Elio Rosati

Tribunale per i diritti del malato

Grazie per l’organizzazione di questo convegno e per l’opportunità di partecipare alla trattazione di questo tema, che è ormai di estrema attualità dato che oltre 9.000.000 di italiani fanno uso di medicine non convenzionali.

Credo che sia necessario rilevare una questione fondamentale: è cambiato lo scenario sanitario nel quale il cittadino si muove. E non da oggi.

Il fatto che oltre 9.000.000 di italiani utilizzino medicine non convenzionali è un effetto di questo scenario modificato.

Infatti il cittadino ha, prima di tutto, maggiori informazioni e quindi maggiori aspettative di garanzia del bene salute, da un lato, e dall'altro si è modificato anche il concetto stesso di bene salute.

Nell'ultimo decennio di storia sanitaria italiana possiamo riferirci anche ad un altro esempio, purtroppo molto doloroso, come quello del caso Di Bella, dove il problema principale risiedeva nel rapporto di fiducia tra cittadino e medico.

Da un lato il cittadino aveva maggiori informazioni circa le patologie tumorali e, spesso, si confrontava con un mondo medico lontano da quelle stesse informazioni, quasi estraneo e asettico.

Il fenomeno delle medicine non convenzionali è anche una risposta a questi due elementi: uno scenario che si modifica e che va sempre più nel senso di maggiore attenzione, ed anche richiesta di maggiori informazioni da parte del cittadino, a quelle che sono le innovazioni e le novità nel settore sanitario.

Come Tribunale per i diritti del malato riteniamo assolutamente urgente una regolamentazione di tutto il settore delle medicine non convenzionali, perché se pensiamo a quanti italiani usano medicine non convenzionali – 9.000.000 pari al 15% della popolazione – possiamo ritenere che questa sia una materia importante ed interessante da seguire.

Per quanto riguarda la nostra esperienza, quello che posso dire è che noi abbiamo iniziato a raccogliere attraverso il Premio Andrea Alesini, il premio che il Tribunale per i diritti del malato assegna alla sanità che funziona nel nostro Paese dal 1997 – più che segnalazioni di cialtroneria, di maghi e di problemi che sono emersi a causa dell'eventuale assunzione di medicine non convenzionali o di pratiche di medicina non convenzionali – progetti realizzati, ad esempio, da ambulatori presso Aziende Sanitarie Locali che praticano medicine non convenzionali.

Un esempio per tutti: dall'A.S.L. 10 di Firenze già due anni fa ci arrivò un progetto sull'agopuntura. Quindi, avendo raccolto in questi ultimi cinque anni, tramite il Premio Andrea Alesini, 1.308 progetti, iniziare ad individuare ed avere anche delle risposte da progetti che hanno come tema la medicina non convenzionale ci sembra un ulteriore elemento, una prova, una spia di un'attenzione proveniente anche del mondo medico a queste nuove – per la nostra cultura, indubbiamente – medicine non

convenzionali. Questo credo che sia un elemento di valutazione sul quale puntare e da tenere in seria considerazione nel futuro prossimo.

Indubbiamente la nostra preoccupazione è quella di effettuare, così come per tutti gli altri atti medici, forti controlli, perché indubbiamente (è cronaca anche di questi giorni) il settore è rischioso, perché la possibilità di effettuare truffe ai danni dei cittadini resta elevata, e questo andrebbe a detrimento di tutta la professione medica e credo che il mondo medico non possa perdere ulteriormente la fiducia dei cittadini per fatti che spesso non attengono a proprie responsabilità.

Pindaro Mattoli

Già Presidente Federazione italiana Associazioni e Medici Omeopati (FIAMO) / Coordinatore Comitato legale della FIAMO

Qui in Umbria abbiamo una tradizione antica dall'altro secolo, a partire dal mio trisnonno, a Bevagna; io sono il decimo esponente di questa famiglia che produce omeopati. Diciamo che qui in Umbria è più che altro una medicina popolare, la medicina omeopatica. In Umbria succedono anche delle belle cose, vedo che continua ad essere all'avanguardia, perché a maggio abbiamo ospitato a Terni il convegno della FNOMCeO (Federazione Nazionale Ordini dei Medici e degli Odontoiatri), che ha poi riconosciuto come atto medico la medicina omeopatica, e qui oggi siamo sempre in Umbria, dove c'è una Regione che è sempre all'avanguardia rispetto alle altre e si sta interessando seriamente delle medicine non convenzionali.

Io vorrei entrare un po' nel merito, perché delle diverse cose che devo dire le più importanti sono state dette e ridette, giustamente, quando si parla di libertà di scelta terapeutica, di consenso informato e via dicendo; però ci sono dei problemi che sono peculiari del mondo omeopatico e che vorrei esporre perché è estremamente importante che vengano a conoscenza delle istituzioni, le quali parzialmente li hanno già recepiti, ma vorrei dare qualche spiegazione in più. Ho fatto quindi alcuni lucidi; sarò brevissimo, ma penso che sia molto importante questo che sto per dire.

Nella proposta di legge esistono le "sette sorelle", quindi ci sono delle metodiche che hanno un loro nome e una loro connotazione. Non è difficile pensare a cosa sia l'agopuntura, a cosa sia la medicina ayurvedica.

Nel campo della medicina omeopatica c'è molta confusione, perché c'è un'inflazione di questo termine e perché, addirittura, vengono scambiate per omeopatia anche cose che omeopatiche non sono. Come un medico prescrive qualcosa di alternativo che sia un farmaco, un medicinale, viene detto medico omeopata. Molto spesso vengono dei pazienti che sono stati già da qualche collega, o non collega, che in qualche modo prescrive, e dice: "sì, ho già fatto una cura omeopatica"; "mi faccia vedere": assolutamente no. C'è una grandissima confusione.

Questa nostra classificazione è stata recepita, per fortuna, sin dai tempi della Legge Galletti, per cui un certo ordine già c'è, però bisogna che alcune precisazioni scendano a livello di conoscenza diffusa.

La definizione, intanto, di medicina omeopatica come è originariamente: la legge dei simili è curare e guarire un malato somministrando una sostanza che in un uomo sano riprodurrebbe i sintomi rilevanti e caratteristici del suo stato patologico. Stiamo dando proprio una definizione di massima. La patogenesi pura: come facciamo a sapere cosa fa una sostanza? La dobbiamo somministrare ad un uomo sano, a dosi ovviamente sub-tossiche che non lo danneggino, però può manifestare dei sintomi; poi noi, per similitudine, come detto nel capoverso successivo – similitudine tra patogenesi di una sostanza e quadro clinico specifico del paziente – andiamo a somministrare quella sostanza. Il medicinale è unitario, cioè fatto di una sola sostanza, monocomponente. La somministrazione, nella stragrande maggioranza dei casi, è esclusivamente per bocca, in granuli o in gocce.

Le dosi infinitesimali: questo non è un assunto indispensabile per definire la medicina omeopatica, perché l'assunto fondamentale è la legge dei simili; ma, mentre la legge dei simili è, direi, accettata e sta già dentro la medicina ufficiale, perché c'è una legge di farmacologia che già riconosce come possa esserci un effetto esattamente opposto con dosi alte o basse di una stessa sostanza, le dosi infinitesimali – che sono, ripeto, accessorie rispetto alla legge dei simili – sono invece l'ostacolo che non ci fa accettare dalla scienza ufficiale, perché diluendo progressivamente una sostanza, ad un certo punto, saltando al di là del numero di Avogadro, quindi intorno all'undicesima o dodicesima volta che diluiamo uno a cento, praticamente non abbiamo più molecole della sostanza originale e somministriamo "acqua fresca", come dice il professor Garattini.

Questa "acqua fresca" però funziona, non certo solo per l'effetto placebo, perché ad esempio viene utilizzata anche in veterinaria. Prima è sta-

to citato da parte del dottor Moretti il veterinario che provava a fare qualche sperimentazione per conto suo. C'è una tradizione veterinaria già dal secolo scorso, e fra i miei ascendenti ci sono stati, all'inizio del '900, ben due medici veterinari omeopati (uno era il fratello di mio nonno), ed era già pratica tranquilla e quotidiana già un secolo fa.

A proposito delle dosi infinitesimali, brevemente cito il fatto che nel '92 la sezione regionale della nostra federazione, insieme all'Istituto di Biochimica della Facoltà di Medicina, ha effettuato un esperimento di base per dimostrare proprio la legge dei simili e le dosi ultrainfinitesimali. Tra l'altro, l'esperimento, per chi vuole, è visibile sul nostro sito (www.fiamo.it). Brevemente: era un esperimento in corso per la medicina allopatrica, con la produzione artificiale di cirrosi epatica nei ratti attraverso tetracloruro di carbonio e, in un altro gruppo di sperimentazione, gli stessi ratti venivano trattati con colchicina per testare l'effetto antifibrotico della colchicina. Io ebbi occasione di parlare di questo esperimento con un mio amico, che attualmente è professore nello stesso istituto, e gli dissi che qualcosa di simile era stato fatto anche utilizzando il phosphorus omeopatico; quindi abbiamo avuto, per fortuna, un finanziamento da una certa ditta omeopatica e abbiamo eseguito lo stesso esperimento, aggiungendo un altro gruppo di sperimentazione dove, invece della colchicina, veniva somministrato il Phosphorus, badate bene, 30 CH, cioè 30 volte diluito, quindi altre 18 volte al di là del numero di Avogadro, uno a cento, quindi con una diluizione che assolutamente non poteva contenere molecole. Come vedrete, per chi lo andrà a vedere sul sito, l'esperimento è stato assolutamente positivo, cioè il Phosphorus 30 CH aveva un effetto praticamente sovrapponibile a quello della colchicina, la quale è tossica però per l'uomo, e quindi non può essere utilizzata, ma il Phosphorus potrebbe. Noi stessi somministriamo abbastanza spesso il Phosphorus nei pazienti che hanno epatiti croniche e cirrosi; certamente non fa regredire la cirrosi, però c'è senz'altro un assestamento della situazione generale, un abbassamento delle transaminasi ed altro. Quindi, per chi volesse e quando si volesse, qualcosa di positivo in senso sperimentale si può fare quando si vuole.

Passiamo dalla definizione di medicina omeopatica alla definizione delle omeoterapie, perché poi non esiste solo la medicina omeopatica. Omeoterapie è un termine che abbiamo coniato qualche anno fa, per dare una classificazione che fosse giuridicamente utilizzabile, quindi non scientifica e non di corrente di pensiero, ma proprio per il legislatore. Per

omeoterapie si intendono tutte quelle tecniche terapeutiche che utilizzano dei medicinali omeopatici, cioè diluiti progressivamente fino anche a dosi, o non, infinitesimali, ultra Avogadro, sotto e sopra Avogadro. Quindi, oltre alla medicina omeopatica, che abbiamo già visto, ci sono metodiche, sempre derivate dall'omeopatia, che prescrivono medicinali preparati con tecnica omeopatica, ma hanno uno statuto epistemologico e tecnico-prescrittivo diversi. Quindi non è la similitudine diretta tra la patogenesi di una sostanza e la clinica di quel malato individualizzata, hanno altri sistemi di prescrizione.

Il medicinale omeopatico, come definizione, è semplicemente quello che abbiamo detto prima, cioè preparato per diluizioni successive. Le classificazioni sono: medicinali unitari monocomponente, di cui si parlava prima, e complessi. Il medicinale omeopatico complesso ha una formulazione fissa: è sempre quella, è una specialità di un'industria e viene sempre prodotta in quella maniera. Non è il complesso che potrebbe essere, per dire, prescritto da un medico omeopata che dice: per te ci vuole questo, questo e questo, te lo fai fare dalla ditta. Per complesso si intende che sia su formulazione fissa, quindi esclude completamente l'individualizzazione del rimedio singolo unitario. Questa è la differenza epistemologica.

Allora, arriviamo alla classificazione delle omeoterapie. Ci sono tre metodiche che esigono una formazione professionale specifica; in primis, naturalmente, c'è la medicina omeopatica; utilizza esclusivamente medicinali omeopatici unitari, quindi monocomponente, che sono stati sottoposti a sperimentazione patogenetica pura sull'uomo sano. Questa è la definizione esatta di medicina omeopatica.

Poi, nell'ambito della medicina omeopatica abbiamo le sottocorrenti dell'unicismo, e del pluralismo costituzionalista, ma la capacità del medico omeopata si esprime esattamente attraverso la conoscenza di rimedio per rimedio, per poterlo prescrivere, uno, due o tre che siano, su misura del paziente, e la somministrazione per bocca.

La medicina antroposofica: anche questa ha un'altra formazione professionale molto complessa, che è stata codificata da Rudolf Steiner, intorno al 1920-25, prima della sua morte, poi seguitata da Ita Wegmann, etc.; comunque sia, ha un sistema di prescrizione completamente diverso e massimamente prescrive complessi.

Lo stesso l'omotossicologia: conosciuta più recentemente, nel dopoguerra, intorno agli anni '40-45, dal dottor Reckeweg; anche in questo caso, pre-

valentemente si prescrivono rimedi complessi, con un sistema di prescrizione completamente diverso da quello della medicina omeopatica.

Solo i nomi di queste altre che sono omeoterapie che non esigono formazione particolare: c'è il complessismo puro (si fa la diagnosi proprio sulla malattia normale); l'immunoterapia omeopatica, lo stesso; l'organoterapia, l'isoterapia ed altre terapie. L'isoterapia è sovrapponibile, come funzione, al vaccino.

Gli obiettivi della regolamentazione: qui entriamo proprio nell'argomento del convegno. Abbiamo già detto: libertà di scelta terapeutica, corretta informazione, consenso informato; per questo è assolutamente necessario che il cittadino impari bene quella classificazione di cui sopra, perché in questo caso si possono avere degli abusi. Lo posso dire chiaramente che hanno aperto ambulatori di "medicina omeopatica" che poi medicina omeopatica non era; questi sono dei pericoli per il cittadino. I medicinali debbono essere di alta qualità; poi, eventualmente, contributi statali sull'acquisto di medicinali, etc.

Un piccolo flash sul consumo di cibi biologici: attraverso la veterinaria, noi possiamo avere la produzione di carni assolutamente prive di sostanze dannose.

Per finire, le proposte operative alle istituzioni in genere, le condizioni per cui potremmo avere il vantaggio del cittadino e non delle varie *lobbies* che stanno assaltando da anni sia le commissioni sia le varie istituzioni: la regolamentazione deve essere coerente su tutto; le varie regolamentazioni e le varie istituzioni coerenti tra loro ed uniformi su tutto il territorio nazionale, e devono essere soprattutto retroattive per correggere esattamente tutti quegli squilibri che sono stati creati da quelle *lobbies* che localmente sono riuscite ad imporre qualcosa. L'ultimo tentativo brutale è stato in Piemonte: quell'aborto di legge – scusate il termine – che è saltato fuori è dovuto esattamente ad una lobby che io conosco bene, so bene di che si tratta.

Quindi è indispensabile prendere in considerazione a livello istituzionale l'identificazione esatta e la classificazione delle medicine non convenzionali; informazione corretta ed esaustiva presso i cittadini per permettere il consenso informato, altrimenti diventa veramente una cosa ridicola; fissazione di precisi parametri qualitativi e quantitativi della formazione professionale (molte *lobbies* tendono al ribasso, addirittura, nel campo della formazione); elaborazione di severe modalità di sanatoria – nel momento in cui c'è la legge, tutti diranno: "anch'io sono omeopata;

io l'agopuntore lo faccio da 40 anni", e invece non è vero; in questo senso gli Ordini dei medici dovranno essere severissimi nel filtrare le persone che vorranno accedere ai registri –; regolamentazione della pubblicità sanitaria, per mettere i cittadini in condizione di rendersi conto di chi hanno davanti; inserimento di programmi di ricerca scientifica, perché a questo punto, se la medicina omeopatica ed altre medicine vengono in qualche modo omologate, bisognerà pure che cominciamo a dimostrare che funzionano. Tutto qui; ringrazio e mi scuso per essermi dilungato.

Tullio Seppilli

Presidente Fondazione "Angelo Celli" per una cultura della salute / Presidente Società Italiana Antropologia Medica (SIAM)

Io credo che dobbiamo essere molto soddisfatti di questo convegno. È vero che anche quando iniziò la ricerca si fece, a Palazzo Donini, una presentazione pubblica del progetto, ma molti progetti rimangono progetti; questa volta finalmente siamo arrivati in fondo: dopo due anni il progetto è stato realizzato, e credo che sia estremamente importante il metodo, cioè far lavorare insieme persone di mondi diversi, che spesso non lavorano insieme, perché molto spesso il ricercatore vive nelle nuvole, è come se facesse ricerche – anche quando fa ricerche sociali – senza tenere presente la ricaduta sociale della ricerca. Molte volte, chi è amministratore o politico crede di essere nato "già imparato", come dicono a Perugia, cioè non c'è un travaso continuo della ricerca, dei processi conoscitivi a livello di chi poi deve decidere operativamente.

Poi c'è stato anche, secondo me è estremamente importante, un rapporto che noi, come Fondazione, devo dire – il professor Puxeddu ne è testimone – abbiamo cercato fin dall'inizio di sviluppare, cioè che esponenti della cosiddetta "medicina non convenzionale", o delle varie medicine non convenzionali, ed esponenti della medicina convenzionale dialoghino. Può sembrare strano, non era facile; ormai ci stiamo abituando, a Perugia. In questo senso credo che Perugia sia un punto di avanguardia nel panorama nazionale. La stessa presenza di rappresentanti degli utenti: il Tribunale per i diritti del malato ha fatto un ottimo lavoro, e molto spesso anche questo è stato fatto quasi in contrapposizione.

Come dicevano i nostri onorevoli, poco fa, mettere insieme per costruire, anziché per polemizzare, mi pare che sia un ottimo lavoro, anche

perché de-ideologizza un po' un dibattito come questo, ma come mille altri, che diventano più che dei dibattiti delle bandiere sventolate. Quello che occorre è mettersi d'accordo su un terreno di serietà e io credo che, da questo punto di vista, la scienza occidentale – la vera scienza occidentale, cioè l'affrontare razionalmente i problemi – possa essere il supporto di un incontro effettivamente fecondo. Perciò ringrazio chi ha organizzato questa iniziativa.

Domande non saprei farle, perché la domanda io credo che sarebbe: ricominciamo di nuovo, riapriamo l'intero convegno. La domanda andava fatta ai nostri onorevoli, ed è stata fatta: fra quanto tempo potremmo disporre di uno strumento legislativo? Perché io credo, effettivamente, che sia bene avere uno strumento nazionale, perché già rischiamo di avere sistemi sanitari troppo eterogenei, dal punto di vista del diritto del cittadino, nelle varie regioni; se poi abbiamo anche una legislazione eterogenea, questo ci porterebbe a situazione complesse, emigrazioni da regione a regione, etc.; quindi occorre un panorama nazionale.

Per il resto l'unica domanda che farei è: possiamo pensare di incontrarci fra qualche mese per vedere a che punto siamo? E questa la rivolgo, evidentemente, alle autorità regionali.

Aristide Paci

Rappresentante Ordini dei medici-chirurghi e degli odontoiatri delle province di Perugia e di Terni / Consigliere Federazione nazionale dei Ordini dei medici-chirurghi e degli odontoiatri

L'argomento è talmente stimolante e di attualità che si potrebbero aggiungere alcune considerazioni. Una cosa volevo dire: perché c'è la crescita del ricorso da parte dei cittadini alle medicine non convenzionali? Una delle ragioni credo sia nell'attesa di salute che il Servizio Sanitario nazionale oggi non è in grado di dare appieno; un'altra è che si è alterato, per la burocratizzazione del servizio, il rapporto medico-cittadino. Altre ragioni scaturiscono da scelte improprie, o da scarse risorse assegnate alla sanità. In sintesi più fattori determinano questa crescita, al di là della scelta che poi ognuno fa in maniera libera.

Una considerazione volevo aggiungere, che è stata accennata, seppure superficialmente, ma invece è un argomento estremamente importante: l'informazione da dare al cittadino; non lo chiamiamo più paziente, nel nuovo Codice, ma cittadino. L'informazione deve essere completa, al cit-

tadino bisogna dire: esiste questa possibilità di curarti, esiste questa alternativa, che può essere sostitutiva, in alcuni casi, o integrativa in altri, scegli tu in maniera consapevole. È necessario, comunque acquisire il consenso informato, o meglio ancora il consenso consapevole. Solo così si può rilanciare il rapporto medico-cittadino che è fondamentale anche nell'esercizio delle medicine non convenzionali

ALLEGATI

ALLEGATO 1

TEMARIO GUIDA PER I COLLOQUI CON GLI OPERATORI

I. L'ABITAZIONE/CONSULTORIO DELL'OPERATORE

1. Tipologia dell'edificio:

- 1.1 dove si trova il suo consultorio;
- 1.2 caratterizzazione dell'edificio e caratterizzazione specifica della abitazione (se questa non si identifica con l'intero fabbricato);
- 1.3 come sono organizzati gli interni dell'abitazione/consultorio.

II. GLI AVVENIMENTI E LE DINAMICHE PERSONALI E FAMILIARI CONNESSI ALLA FORMAZIONE E ALL'ESERCIZIO DELLE CAPACITÀ, DELLE TECNICHE E DELLE ATTIVITÀ IATRICHE DELL'OPERATORE

1. Fondamento e sviluppo delle capacità, delle tecniche e delle attività iatriche dell'operatore:

Per i guaritori tradizionali:

- 1.1 eventi o rituali, verificatisi alla sua nascita o nei primi giorni di vita, in qualche modo connessi alla acquisizione dei suoi "poteri" (predestinazione, ...), quali e in che modo;
- 1.2 eventuali accadimenti a cui può essere riconducibile la sua iniziazione all'attività e l'apprendimento delle tecniche iatriche, quali e in che modo si sono manifestati;
- 1.3 condizioni in cui è avvenuta l'iniziazione all'attività e l'apprendimento delle tecniche;
- 1.4 fonti o soggetti (familiari o altri) dai quali ha appreso le tecniche, in che modo;
- 1.5 come ha intuito la sua predisposizione all'attività;
- 1.6 modalità attraverso le quali ha sviluppato ed ha affinato le proprie capacità e la propria attività: eventuale addestramento ancora in atto.

Per gli operatori non convenzionali:

- 1.7 laurea: in quale anno e in quale luogo;
- 1.8 specializzazione: in quale anno e in quale luogo;

- 1.9 eventuale partecipazione a corsi di formazione in medicine non convenzionali: quali, in quale anno, in quale luogo, se continua a farlo;
- 1.10 come ha sviluppato l'interesse verso le medicine non convenzionali e nella fattispecie verso questa specifica attività (eventuali accadimenti o soggetti che in qualche modo hanno contribuito ad incrementare questo interesse o addirittura lo hanno fatto scaturire).

Per gli operatori di medicina convenzionale e non convenzionale:

- 1.11 laurea, in quale anno e in quale luogo;
 - 1.12 specializzazione, in quale anno e in quale luogo;
 - 1.13 eventuale partecipazione a corsi di formazione in medicine convenzionali e non convenzionali: quali, in quale anno, in quale luogo, se continua a farlo;
 - 1.14 approccio medico al quale si è avvicinato per primo e come è nato l'interesse nei confronti dell'altro: eventi o soggetti che in qualche modo hanno contribuito ad incrementare o a far scaturire questo interesse;
 - 1.15 come concilia l'adesione ai due differenti approcci alla medicina;
 - 1.16 opinione dei colleghi nei confronti della sua attività non convenzionale ed eventuale preferenza a mantenere il riserbo in tal senso.
2. **Trasmissione delle capacità e delle tecniche iatriche da parte dell'operatore ad altri soggetti:**
- 2.1 progetti (già realizzati o da realizzare) concernenti la trasmissione delle proprie capacità e tecniche iatriche ad altri soggetti;
 - 2.2 modalità adottate o che prevede di adottare al fine della trasmissione;
 - 2.3 effetti ottenuti (o che eventualmente auspicherebbe ottenere) dalla trasmissione delle proprie capacità e tecniche iatriche ad altri soggetti.
3. **Familiari dell'operatore precedentemente o attualmente dediti ad attività iatriche analoghe:**
- 3.1 presenza, all'interno della sua famiglia, di altri membri dediti (in passato o attualmente) ad attività iatriche analoghe;

- 3.2 da quanto tempo esercitano;
 - 3.3 influenza, da parte di tali soggetti, sul suo interesse verso l'attività iatrica.
4. **Atteggiamenti e comportamenti dei familiari, dei coabitanti e/o di altri soggetti del contesto sociale dell'operatore nei confronti suoi e delle sue attività iatriche:**
- 4.1 atteggiamenti e comportamenti dei propri familiari o coabitanti nei suoi confronti e nei confronti della sua attività iatrica;
 - 4.2 atteggiamenti e comportamenti dei soggetti facenti parte del contesto sociale in cui vive (vicini, amici, compaesani, ...) nei suoi confronti e nei confronti della sua attività iatrica.

III. QUADRO DI RIFERIMENTO IDEOLOGICO, MODELLI COGNITIVI-INTERPRETATIVI, E VISSUTI SOGGETTIVI DELL'OPERATORE CONNESSI ALLA SUA ATTIVITÀ IATRICA

- 1 **Orizzonti ideologico-culturali nel cui quadro si colloca la sua attività iatrica:**
- 1.1 se, nell'esercizio della sua attività iatrica, aderisce integralmente oppure ricorre alla combinazione con sistemi terapeutici appartenenti ad altri orizzonti ideologico-culturali;
 - 1.2 in che modo l'adesione a tali orizzonti ideologico-culturali influisce sul suo sistema di vita complessivo.
- 2 **Modelli cognitivo-interpretativi a cui si rifa nell'interpretare i processi patologici e l'efficacia delle tecniche:**
- 2.1 in base a quali modelli cognitivo-interpretativi giudica l'efficacia delle tecniche diagnostiche e/o terapeutiche adottate;
 - 2.2 livello di adesione alla propria attività iatrica (se la reputa efficace a tutti i livelli di intervento e per tutte le tipologie patologiche, quali).
- 3 **Principali motivazioni che hanno suscitato in lui l'interesse verso tale attività e che lo spingono a continuare ad esercitarla.**

IV. LE FOCALIZZAZIONI SPECIFICHE DELLA ATTIVITÀ IATRICA DELL'OPERATORE

- 1 **Patologie specifiche e/o problemi personali verso i quali è diretta la sua attività iatrica:**
 - 1.1 livelli di intervento (prevenzione, diagnosi, terapia, ...).

V. I PROCEDIMENTI TECNICI DELLA ATTIVITÀ IATRICA DELL'OPERATORE

- 1 **Strumenti a cui ricorre nell'esercizio della sua attività iatrica:**
 - 1.1 Le funzioni di tali strumenti, come se li procura, come vengono utilizzati;
 - 1.2 eventuali strumenti utilizzati con funzioni diverse in rapporto alla diagnosi e alla terapia, come vengono utilizzati.
- 2 **Rimedi terapeutici e/o preventivi a cui ricorre nell'esercizio della sua attività iatrica:**
 - 2.1 funzioni dei vari rimedi in rapporto alle diverse patologie, come se li procura, come vengono somministrati.
- 3 **Rituali specifici a cui ricorre nell'esercizio della sua attività iatrica:**
 - 3.1 come si svolgono;
 - 3.2 funzioni che tali rituali assolvono nel quadro delle diverse patologie.
- 4 **Valutazione dell'importanza del prodursi di specifiche condizioni ambientali o temporali:**
 - 4.1 nel procacciamento degli ingredienti o degli altri materiali utilizzati;
 - 4.2 nell'impiego degli ingredienti o degli altri materiali utilizzati;
 - 4.3 nella somministrazione degli ingredienti o degli altri materiali utilizzati (al mattino, la sera, dopo i pasti, ...);
 - 4.4 durante la realizzazione dei rituali.
 - 4.5 In che modo influiscono nel processo diagnostico e/o terapeutico.

- 5 **Eventuali stati alterati di coscienza (trance, ...) che si producono nel corso dei rituali:**
 - 5.1 come si manifestano;
 - 5.2 in che modo influiscono nel processo diagnostico e/o terapeutico.

VI. LA STRUTTURA DELLE ATTIVITÀ IATRICHE, LA TIPOLOGIA DEI COMPENSI E I PROCESSI DI CIRCOLAZIONE DELLE INFORMAZIONI CONCERNENTI L'OPERATORE / LA CLIENTELA

- 1 **Posizione occupata dalla sua attività iatrica nel quadro delle sue attività lavorative e nella formazione del reddito:**
 - 1.1 L'importanza che attribuisce alla sua attività iatrica nel quadro del suo intero sistema di vita.
- 2 **Struttura organizzativa delle attività iatriche dell'operatore:**
 - 2.1 se esercita in una sola località o in più località:
 - 2.1.1 dove; 2.1.2 con quale frequenza esercita in ciascuna delle località e perché; 2.1.3, quanto tempo sosta in ciascuna località e perché.
 - 2.2 se esercita esclusivamente ricevendo gli utenti oppure si reca al loro domicilio;
 - 2.3 se fornisce consulti solo direttamente oppure anche indirettamente (per interposta persona, per telefono, per corrispondenza,...), in quali casi e attraverso quali modalità;
 - 2.4 se prepara e/o fornisce e/o somministra personalmente agli utenti i rimedi e gli strumenti iatrici, in che modo:
 - 2.4.1 nel caso li fornisca e/o li somministri solamente, chi li prepara e come se li procura; 2.4.2 nel caso li prescriva solamente, quale canale indirizza l'utente per procurarseli.
 - 2.5 al di là dei consulti agli utenti, quali e quanti giorni e/o ore dedica ad altre eventuali attività funzionali alla pratica iatrica (studio, raccolta di ingredienti, preparazione di rimedi e strumenti, ...);
 - 2.6 ricevimento e consulto:
 - 2.6.1 dove e in quale ambiente riceve gli utenti; 2.6.2 durata media della visita o della seduta terapeutica; 2.6.3 modalità attraverso le quali avviene la visita o la seduta terapeutica (se-

quenze, modi...); 2.6.4 eventuale presenza di altri utenti durante la visita, motivazioni; 2.6.5 se gli eventuali accompagnatori possono assistere alla visita o alla seduta terapeutica; 2.6.6 qualora effettui il consulto a domicilio, come si realizza e se possono assistere altre persone.

2.7 se ospita gli utenti:

2.7.1 quali; 2.7.2 dove, per quanto tempo e come organizza la loro “degenza”; 2.7.3 se vengono ospitati anche i loro eventuali accompagnatori; 2.7.4 se durante il periodo di degenza gli utenti possono uscire o ricevere visite dall'esterno.

2.8 selezione degli utenti:

2.8.1 criteri in base ai quali avviene eventualmente tale selezione (in base alla patologia e ai sintomi che accusano, al loro atteggiamento, al loro livello di reddito, alla loro provenienza, ...); 2.8.2 in quali casi e per quali patologie nega le sue prestazioni.

2.9 se nell'esercizio della sua attività iatrica si avvale di aiutanti subalterni, quali e qual è il loro ruolo;

2.10 se nell'esercizio della sua attività iatrica si avvale di collaboratori e/o discepoli, quali e qual è il loro ruolo;

2.11 se ricorre saltuariamente alla collaborazione di altri operatori di medicina non convenzionale o convenzionale, quali e per quali scopi;

2.12 se pratica o ha mai praticato attività di medicina convenzionale:

2.12.1 quando e di che tipo; 2.12.2 se lo ha fatto in passato, per quanto tempo; 2.12.3 per quali motivazioni.

3 Forme di retribuzione delle sue prestazioni (monetaria, dono, ...):

3.1 modalità attraverso le quali avviene il pagamento;

3.2 l'entità approssimativa del pagamento in rapporto ai vari tipi di consulto (scala della tipologia delle prestazioni, prestazione più onerosa, ...).

4 Tipologia ed entità dell'utenza:

4.1 patologie e/o problemi per i quali l'utenza ricorre con maggiore frequenza alle sue prestazioni iatriche;

- 4.2 livello di intervento (prevenzione, diagnosi, terapia) richiesto più frequentemente dall'utenza;
- 4.3 entità numerica dell'utenza;
- 4.4 eventuali fluttuazioni numeriche dell'utenza (in passato, oggi, in determinati periodi dell'anno, ...);
- 4.5 composizione dell'utenza:
 - 4.5.1 per sesso, motivazioni; 4.5.2 per età, motivazioni; 4.5.3 per classe sociale, motivazioni; 4.5.4 per provenienza, motivazioni.

Per gli operatori di medicina convenzionale e non convenzionale:

- 4.6. tipologia degli utenti:
 - 4.6.1 se sono gli stessi per entrambe le "medicine"; 4.6.2 se è lui a proporre terapie non convenzionali oppure il paziente stesso; 4.6.3 criteri in base ai quali decide di ricorrere all'uno o all'altro tipo di terapia.

5 Percezione del rapporto con l'utenza:

- 5.1 caratteristiche (psicologiche e tecniche) del rapporto con gli utenti, tipologia dei rapporti che si instaurano con gli utenti;
- 5.2 eventuali diversità percepite dall'operatore nel rapporto con gli utenti rispetto al rapporto medico/paziente proprio della medicina convenzionale.

6 Processi informativi concernenti la sua attività iatrica:

- 6.1 canali di diffusione spontanea (vicini, utenti soddisfatti, ...);
- 6.2 specifiche forme pubblicitarie (volantini, inserzioni sull'elenco telefonico o sulle "pagine gialle", inserimento in quotidiani e altri periodici, pubblicità radiofonica o televisiva, web, ...);
- 6.3 diffusione di notizie e/o realizzazione di servizi concernenti la sua attività pubblicati su quotidiani, riviste, ovvero diffusi attraverso canali radiofonici, televisivi o elettronici.

VII. EVENTUALI AFFILIAZIONI AD ORGANIZZAZIONI PROFESSIONALI

1 Affiliazione ad organizzazioni professionali:

- 1.1 quali e con quale ruolo;
- 1.2 eventuali vantaggi derivati alla sua attività iatrica dalla sua affiliazione a tali organizzazioni professionali.

VIII. I RAPPORTI DELL'OPERATORE CON LA MEDICINA CONVENZIONALE

1. Confronto tra la propria attività iatrica e la medicina convenzionale:

- 1.1 eventuali punti in comune tra i modelli interpretativi e/o terapeutici della propria attività con quelli connessi a persone e fonti della medicina convenzionale;
- 1.2 giudizio sull'efficacia delle tecniche utilizzate dalla sua attività in rapporto a quelle utilizzate dalla medicina convenzionale.

2 Definizione del proprio ruolo rispetto alla medicina convenzionale:

- 2.1 rapporto con gli operatori della medicina convenzionale;
- 2.2 giudizio nei confronti dei operatori convenzionali e quale rappresentazione ha degli stessi;
- 2.3 giudizio degli operatori convenzionali nei suoi confronti;
- 2.4 eventuali interferenze da parte dei operatori convenzionali nel quadro della sua attività iatrica;
- 2.5 quanto influisce la presenza o meno, nel territorio, di strutture della medicina convenzionale, in rapporto agli ambiti di intervento e al volume di attività dell'operatore;
- 2.6 eventuali situazioni in cui l'operatore presenza in alcune strutture della medicina convenzionale.

3 Se ritiene possibile una qualche forma di integrazione tra la medicina convenzionale e le medicine non convenzionali: quali.

IX. I RAPPORTI DELL'OPERATORE CON LA RELIGIONE, CON IL CLERO E LE AUTORITÀ ECCLESIASTICHE *(solo per i guaritori tradizionali)*

4 Eventuali riferimenti a interventi di natura sacrale o comunque riconducibili a significati religiosi:

4.1 nel contesto delle condizioni e degli accadimenti concernenti l'insorgere dei suoi "poteri", la sua "iniziazione" o l'apprendimento delle tecniche;

4.2 nella pratica quotidiana della sua attività iatrica.

5 Rapporti con la Chiesa e il clero:

5.1 percezione della sua attività demoiatrica in rapporto alla dottrina religiosa cattolica: livello di coerenza;

5.2 atteggiamento verso la religione cattolica, del clero e delle autorità ecclesiastiche;

5.3 eventuali interventi da parte del clero nei confronti della sua attività (collaborazioni, ostacoli, ...).

X. I RAPPORTI DELL'OPERATORE CON LE AUTORITÀ E LA NORMATIVA STATALE

1. Come si colloca la sua attività iatrica rispetto alle disposizioni statali in materia sanitaria:

1.1 opinioni ed atteggiamenti nei confronti delle disposizioni statali in materia sanitaria;

1.2 interpretazione e/o giudizio da parte delle autorità statali nei confronti della sua attività;

1.3 interventi da parte delle autorità statali nei confronti della sua attività iatrica (collaborazione, apertura, ostacoli, ...).

ALLEGATO 2

TEMARIO GUIDA PER I COLLOQUI NEI CENTRI

1. Orizzonte ideologico e tecnico
2. Storia del centro e dei suoi eventuali rapporti con strutture più ampie
3. Spazio dato ai temi e alla pratiche di salute
4. Direzione di orientamento sulla salute
5. Procedure utilizzate
6. Utente (caratteri socioanagrafici e cure richieste e prestate)
7. Tipologia dei rapporti con l'utente (dove avvengono, che frequenza hanno, se vengono acquistati dall'utente alcuni strumenti o oggetti connessi con le pratiche terapeutiche e per uso privato)

ALLEGATO 3

TEMARIO GUIDA PER I COLLOQUI CON GLI UTENTI

I. ATTUALI RAPPORTI CON L'OPERATORE E CON LA SUA ATTIVITÀ IATRICA

1. Disturbi e/o problemi per i quali si sta attualmente rivolgendo a questo operatore e perché.
2. Forme di colloquio, procedimenti e strumenti diagnostici e/o terapeutici adottati dall'operatore nel corso della visita:
 - 2.1 come si svolge in genere la visita e/o la seduta terapeutica.
3. Modalità di retribuzione delle prestazioni dell'operatore (denaro, dono, ...):
 - 3.1 entità del compenso in rapporto alle diverse prestazioni;
 - 3.2 modalità di pagamento adottate.
4. Se rispetta ed osserva le prescrizioni impartite dall'operatore (scrupolosamente o parzialmente):
 - 4.1 se modifica in qualche modo (tempi, dosaggi, ...) di sua iniziativa le prescrizioni dell'operatore;
 - 4.2 se integra le prescrizioni dell'operatore con altre pratiche o con altri rimedi.
5. Esiti del ricorso all'operatore in rapporto ai disturbi e ai problemi per i quali vi si è rivolto:
 - 5.1 giudizio sull'efficacia della pratica terapeutica adottata dall'operatore;
 - 5.2 livello di intervento (diagnosi, prevenzione, terapia) per il quale ritiene più efficace l'attività iatrica dell'operatore.
6. Livello di soddisfazione rispetto alla prestazione dell'operatore.

7. Livello di identificazione con gli orizzonti ideologico-culturali cui inerisce l'attività iatrica dell'operatore e in particolare la sua specifica concezione di tale pratica.

II. PRECEDENTI RAPPORTI CON L'OPERATORE E CON LA SUA ATTIVITÀ IATRICA

1. Se è la prima volta che si rivolge a questo operatore o vi ha già fatto ricorso in passato:
 - 1.1 per lo stesso o per altri disturbi e/o problemi e perché;
 - 1.2 con quale esito.
2. Atteggiamento verso l'operatore e valutazione complessiva delle sue capacità.
3. Modalità e fonti attraverso le quali è venuto a conoscenza dell'operatore e delle sue attività:
 - 3.1 fattori che la hanno spinta a rivolgersi (esperienze altrui, convinzioni personali concernenti la specifica attività iatrica dell'operatore, sfiducia nella medicina convenzionale, ...).
4. Modalità di svolgimento della prima visita e impressioni.
5. Modalità di svolgimento delle visite successive e impressioni.

III. RAPPORTI CON ALTRI OPERATORI NON CONVENZIONALI

1. Eventuale ricorso (in passato o attualmente) ad altri operatori non convenzionali:
 - 1.1 Qualora si tratti di operatori dello stesso tipo, per quali ragioni ha cambiato operatore.
2. Tipologia della pratica iatrica svolta da tali operatori.
3. Disturbi e/o problemi per i quali si è rivolto a tali operatori e perché.

4. Esiti del suo ricorso a tali operatori.
5. Conoscenza di altre medicine non convenzionali ed eventuale rapporto con esse.
6. Opinione sulle motivazioni che spingono altre persone a rivolgersi alle medicine non convenzionali.
7. Eventuali esperienze negative vissute personalmente o indirettamente concernenti le medicine non convenzionali.

IV. RAPPORTI CON LA MEDICINA CONVENZIONALE

1. Se fa ricorso o ha fatto ricorso in passato ad operatori di medicina convenzionale.
2. Motivazioni per cui continua a rivolgersi o non si rivolge più ad operatori di medicina convenzionale.
3. Criteri in base ai quali si orienta per il ricorso alla medicina convenzionale e/o alla medicina non convenzionale:
 - 3.1 per quali disturbi e/o patologie ritiene più efficace l'uno o l'altro tipo di medicina e perché;
 - 3.2 percezione e confronto tra il rapporto che si instaura con l'operatore di medicina non convenzionale e quello che si instaura con l'operatore di medicina convenzionale.

ALLEGATO 4

TEMARIO GUIDA PER I COLLOQUI NELLE FARMACIE E ERBORISTERIE

1. Ambito di attività: se è farmacia con sezioni non convenzionali, e quali o se è solo erboristeria o se si configura in un'altra tipologia
 - farmacia con sezioni non convenzionali: quali
 - solo erboristeria
 - altra tipologia: quale
2. Eventuali rapporti con reti o organizzazioni più ampie
3. Descrizione qualitativa delle offerte non convenzionali e indicazioni sul loro peso rispetto all'insieme delle offerte presenti
4. A quando e in rapporto a quali eventi e considerazioni risale l'apertura a medicine non convenzionali nella "storia" dell'esercizio.
5. Presenza, nei propri locali, di materiali illustrativi relativi a medicine o prodotti non convenzionali in vendita o in distribuzione gratuita
6. Eventuali attività informative e formative organizzate in proprio o in collaborazione con altri soggetti nell'ambito delle medicine non convenzionali
7. Orizzonti e opzioni ideologico-culturali del responsabile e/o del personale ed eventuali formazioni specifiche nel campo di medicine o prodotti non convenzionali
8. Modalità di rifornimento e/o preparazione di prodotti erboristici e/o di altri prodotti connessi a medicine non convenzionali
9. Tipologia specifica dell'utenza riferita alle varie medicine non convenzionali (bacino di utenza, caratteristiche socio-culturali, patolo-

gie implicate, frequenza, eventuale parallela utilizzazione di prodotti della medicina convenzionale, ...)

10. Fonti e livelli di informazione e di determinazione delle richieste formulate dagli utenti
11. Eventuali problemi di relazione con colleghi, istituzioni, o altri soggetti sorti in seguito all'attività nell'ambito di medicine e prodotti non convenzionali
12. Eventuali collaborazione con operatori di medicina non convenzionale e/o di medicine non convenzionali

ALLEGATO 5

QUADRO INFORMATIVO PRELIMINARE PER TUTTI I COLLOQUI

SK

--	--	--	--	--	--

A. STRUTTURA DELL'INTERVISTA

data/e:

inizio e fine:

durata reale:

luogo/luoghi:

ambiente in cui si è svolta l'intervista:

tecnica di rilevazione:

rilevatore:

annotazioni:

supervisore:

B. INFORMAZIONI SOCIO-ANAGRAFICHE SULL'INTERVISTATA/O

cognome:

nome:

soprannome:

sex:

data di nascita:

età:

luogo di nascita:

luogo di domicilio:

tipologia della località di domicilio ⁽¹⁾:

mobilità territoriale e professionale (periodi in ordine cronologico):

1. età (da / a)	2. località	3. attività
	2.1. domicilio	2.2. attività

stato civile:

struttura della coabitazione ⁽²⁾:

scolarità e titolo di studio:

attività ⁽³⁾:

operatore / utente di riferimento ⁽⁴⁾:

padre ⁽⁵⁾:

madre ⁽⁵⁾:

coniuge ⁽⁵⁾:

Quadro informativo preliminare per tutti i colloqui / 2

Note a B (INFORMAZIONI SOCIO-ANAGRAFICHE SULL'INTERVISTATO)

⁽¹⁾ (centro abitato / nucleo abitato / casa isolata)

⁽²⁾ (definizione dei coabitanti in riferimento all'intervistato)

⁽³⁾ (indicare, rispetto al memento dell'intervista, la attività professionale o la condizione non professionale / sono condizioni non professionali: studente, in attesa di prima occupazione, casalinga, pensionato di invalidità o di vecchiaia o comunque ritirato dal lavoro, "benestante", ecclesiastico in condizione non professionale / per i ritirati dal lavoro, e anche per i militari di leva e i detenuti, va indicata, oltre a tale condizione, la attività precedente)

⁽⁴⁾ (compilare come da esempio: agopuntore [02/SS], nel caso di interviste ad utenti; 05/MP, nel caso di interviste ad operatori)

⁽⁵⁾ (luogo di nascita / attività principale)

C. INFORMAZIONI SULL'INTERVISTA

condizione dell'intervista e fattori di interferenza:

atteggiamento verso l'intervista e verso l'intervistatore:

livello di identificazione rispetto alle dichiarazioni espresse nell'intervista:

grado di completezza dei risultati dell'intervista:

ALLEGATO 6

ORGANIGRAMMA DEL PROGETTO DI RICERCA

Comitato scientifico:

prof. **Giovanni Berlinguer**, già presidente del Comitato nazionale di bioetica / dott. **Francesco Bottaccioli**, psiconeuroimmunologo, direttore della Scuola di medicina avanzata e integrata (SIMAISS), presidente della Società italiana di psiconeuroendocrinoimmunologia (SIPNEI) / dott. **Andrea Caprara**, medico e antropologo, responsabile della Sezione ricerche della Escola de saúde pública do Estado do Ceará (Fortaleza, Brasil), Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute / dott. **Luca Citarella**, antropologo, consulente di sanità pubblica, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute / dott. **Carlo Romagnoli**, responsabile della Direzione sanità e servizi sociali della Regione dell'Umbria / prof. **Tullio Seppilli**, antropologo, presidente della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, presidente della Società italiana di antropologia medica (SIAM) / dott. **Enrico Petrangeli**, antropologo, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute

Direzione scientifica:

prof. **Tullio Seppilli**, presidente della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute

Coordinamento amministrativo:

dott. **Carlo Romagnoli**, responsabile della Direzione sanità e servizi sociali della Regione dell'Umbria

Coordinamento della ricerca:

dott. **Enrico Petrangeli**, antropologo, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute

Gruppo operativo:

dott. **Carlotta Bagaglia**, antropologa, dottoranda in Metodologie della ricerca etnoantropologica / dott. **Silvia Bronco**, antropologa / **Lionello**

Filippucci, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (*amministrazione*) / dott. **Sabrina Flamini**, antropologa / dott. **Lara Iannotti**, antropologa / dott. **Maya Pellicciari**, antropologa, dottoranda in Metodologie della ricerca etnoantropologica (*supervisione delle interviste e collaborazione alla bibliografia*) / dott. **Monica Pelliccioni**, antropologa / dott. **Angela Rossi**, farmacista, Direzione sanità e servizi sociali della Regione dell'Umbria / dott. **Silvia Spedicato**, dottoranda in anthropologie sociale et ethnologie / **Margherita Tinarelli**, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (*segreteria*)

ALLEGATO 7

BIBLIOGRAFIA TEMATICA

- A. ricerche scientifiche sull'efficacia delle medicine non convenzionali (dagli anni '80 ad oggi)
- B. dibattiti ed esiti legislativi/normativi concernenti le medicine non convenzionali in Europa (dal II dopoguerra ad oggi)
- C. il dibattito scientifico italiano sulle medicine non convenzionali (dal II dopoguerra ad oggi)
- D. il dibattito scientifico internazionale sulle medicine non convenzionali (dal II dopoguerra ad oggi)
- E. offerte pubbliche o private di medicine non convenzionali (escluse le folcloriche) / indagini sulle opinioni, gli atteggiamenti e i comportamenti della popolazione e sui canali di comunicazione delle medicine non convenzionali (escluse le folcloriche) in Italia con esclusione dell'Umbria (dagli anni '70 ad oggi)
- F. indagini sulle opinioni, gli atteggiamenti e i comportamenti della popolazione e sui canali di comunicazione delle medicine non convenzionali (escluse le folcloriche) negli altri paesi d'Europa (dagli anni '70 ad oggi)
- G. influenza delle immigrazioni "extracomunitarie" sull'immagine e sulla diffusione delle medicine non convenzionali in Italia (dagli anni '80 ad oggi)

- H. la medicina folclorica e le altre medicine non convenzionali nel territorio umbro
- I. La formazione nelle medicine non convenzionali in Italia.

A. RICERCHE SCIENTIFICHE SULL'EFFICACIA DELLE MEDICINE NON CONVENZIONALI (DAGLI ANNI '80 AD OGGI)

ALLAIS Giovanni Battista – GIOVANARDI Carlo Maria – PULCRI Roberto – QUIRICO Piero Ettore – ROMOLI Marco – SOTTE Lucio (curatori) – F.I.S.A. FEDERAZIONE ITALIANA DELLE SOCIETÀ DI AGOPUNTURA (ente curatore), *Agopuntura. Evidenze cliniche e sperimentali, aspetti legislativi e diffusione in Italia*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2000, XVIII+169 pp. / in particolare: capitolo 4. *Effetti e meccanismi d'azione dell'agopuntura*, pp. 25-54; capitolo 5. *Evidenze cliniche*, pp. 55-104; appendice 1. *National Institutes of Health consensus development statement on acupuncture*, pp. 149-165.

ANGELL Marcia – KASSIRER Jerome P., *Alternative medicine – the risk of untested and unregulated remedies*, "The New England Journal of Medicine", n. 339, n. 12, 17 settembre 1998, pp. 839-841.

BELLAVITE Paolo, *Biodinamica. Basi fisiopatologiche e tracce di metodo per una medicina integrata*, Tecniche Nuove, Milano, 1998.

BELLAVITE Paolo – ANDRIOLI Giuseppe – LUSSIGNOLI Sabrina – BERTANI Simone – CONFORTI Anita, *L'omeopatia nella prospettiva della ricerca scientifica*, "Annali dell'Istituto Superiore di Sanità", vol. XXXV, n. 4, settembre-dicembre 1999 (dedicato a *Una riflessione multidisciplinare sul fenomeno "terapie non convenzionali"*, a cura di Roberto RASCHETTI e Giorgio BIGNAMI, pp. 473-549), pp. 517-527.

BELLAVITE Paolo – ANDRIOLI Giuseppe – LUSSIGNOLI Sabrina – ORTOLANI R. – BERTANI Simone – CONFORTI Anita, *Il "simile in allergologia: un ponte tra omeopatia e scienza*, "Omeopatia Oggi. Rivista trimestrale a cura del CSOA (Centro Studi di Omeopatia Applicata)", anno XI, n. 22, agosto 2000, pp. 12-27.

BELLAVITE Paolo – ANDRIOLI Giuseppe – LUSSIGNOLI Sabrina – SIGNORINI Andrea – ORTOLANI R. – CONFORTI A., *A scientific reappraisal of the "principle of similarity"*, "Medical Hypotheses", vol. 49, n. 3, settembre 1997, pp. 203-212.

BELLAVITE Paolo – CONFORTI Anita – LECHI A. – MINISTRINA F. – POMARI S. (curatori), *Le medicine complementari. Definizioni, applicazioni ed evidenze scientifiche disponibili*, UTET. Periodici Scientifici, Milano, 2000.

- BELLAVITE Paolo – SIGNORINI Andrea, *Fondamenti teorici e sperimentali della medicina omeopatica*, Nuova Ipsa Editrice, Palermo, 1993.
- BENSOUSSAN Alan – TALLEY Nick J. – HING Michael – MENZIES Robert – GUO Anna – NGU Meng, *Treatment of irritable bowel syndrome with Chinese herbal medicine: a randomised controlled trial*, "JAMA. The Journal of the American medical association", vol. 280, n. 18, novembre 1998, pp. 1585-1589.
- BIANCHI Antonio, *La fitoterapia tra medicina tradizionale e pratiche alternative: quale sicurezza e quale efficacia?*, "Annali dell'Istituto Superiore di Sanità", vol. XXXV, n. 4, settembre-dicembre 1999 (dedicato a *Una riflessione multidisciplinare sul fenomeno "terapie non convenzionali"*, a cura di Roberto RASCHETTI e Giorgio BIGNAMI, pp. 473-549), pp. 505-508.
- BOISSEL J.P. – ERNST Edzard – FISHER P. – FULGRAFF G. – GARATTINI S. – DE LANGE DE KLERK E., *Overview of data from homeopathic medicine trials: report on the efficacy of homeopathic intervention over no treatment or placebo. Report of Homeopathic Medicine Research Group*, European Commission, Brussels, 1996.
- BOVE Geoffrey – NILSSON Niels, *Spinal manipulation in the treatment of episodic tension-type headache: a randomised controlled trial*, "JAMA. The Journal of the American medical association", vol. 280, n. 18, novembre 1998, pp. 1576-1579.
- BRATMAN Steven, *The alternative medicine sourcebook: a realistic evaluation of alternative healing methods*, Lowell House, Los Angeles, 1997.
- CAMPBELL A., *Acupuncture, touch, and the placebo response*, "Complementary Therapies in Medicine", vol. 8, n. 1, marzo 2000, pp. 43-46.
- CANNEL Michael – PRUNELLA Mark – PETTIGREW Anne – DAVIES Claire, *Case reports presented at the Faculty of Homeopathy case conference, Oxford, 13 march 1999*, "British Homeopathic Journal", vol. 89, n. 1, gennaio 2000, pp. 29-42.
- CARDINI Francesco – WEIXIN Huang, *Moxibustion for correction of breech presentation: a randomised controlled trial*, "JAMA. The Journal of the American medical association", vol. 280, n. 18, novembre 1998, pp. 1580-1584.
- Case reports presented at the Faculty of Homeopathy case conference, Oxford, 13 march 1999*, "British Homeopathic Journal", vol. 89, n. 1, gennaio 2000, pp. 29-42.

- CASSILETH Barrie R., “Complementary” or “alternative”? *It makes a difference in cancer care*, “Complementary Therapies in Medicine”, vol. 7, n. 1, marzo 1998, pp. 35-37.
- CASSOLI Pietro, *I guaritori*, Arnoldo Mondadori Editore, Milano, 1985 [1983], 344 pp. / in particolare: *parte quarta. Ricerche sperimentali di laboratorio*, pp. 169-207.
- CROTTI Nadia – GAUDENZI Giuseppe, *Le terapie non provate per il cancro e la terapia Di Bella. Controllo dei fenomeni emergenti, sorveglianza, sperimentazione*, pp. 67-91, in GEDDES Marco – BERLINGUER Giovanni (curatori), *La salute in Italia. Rapporto 1999. L'integrazione socio-sanitaria*, Ediesse, Roma, 1999, 317 pp.
- DANTAS F., *Reporting and investigating adverse effects of homeopathy*, “British Homeopathic Journal”, vol. 88, n. 3, giugno 1999, pp. 99-100.
- DANTAS F. – RAMPES H., *Do homeopathic medicines provoke adverse effects? A systematic review*, “British Homeopathic Journal”, vol. 89, suppl. 1, luglio 2000, pp. 35-38.
- DATTA S. – MALLICK P. – KHUDA BUKHSH A.R., *Studies on efficacy*, “Complementary Therapies in Medicine”, vol. 7, n. 2, giugno 1999, pp. 62-75.
- DIEHL David L. – EISENBERG David, *Complementary and alternative medicine (CAM): epidemiology and implications for research*, pp. 445-455, in MAYER Emeran A. – SAPER Clifford B. (curatori), *The biological basis for mind body interactions*, Elsevier, Amsterdam – Lausanne – New York – Oxford – Shannon – Singapore – Tokyo, 2000, XVI+528 pp.
- DI STEFANO Marirosa, *Psiconeuroimmunologia. Basi sperimentali della vulnerabilità alle malattie e delle capacità di guarigione*, “I Fogli di ORISS. Luoghi e lingue di confine tra antropologia psicologia medicina e psichiatria”, n. 5, agosto 1996, pp. 103-120.
- ERNST Edzard, *Bitter pills of nature: safety issues in complementary medicine*, “Pain”, vol. 60, n. 3, marzo 1995, pp. 237-238.
- ERNST Edzard, *Herbal medicine: where's the evidence?*, “British Medical Journal”, vol. 321, agosto 2000, pp. 395-396.
- ERNST Edzard – BARNES J., *Methodological approaches to investigating the safety of complementary medicine*, “Complementary Therapies in Medicine”, vol. 6, 1998, pp. 115-121.

- ERNST Edzard – FUGH-BERMAN Adriane, *Complementary and alternative medicine needs an evidence base before regulation*, “Western Journal of Medicine”, vol. 171, n. 3, settembre 1999, p. 149-150.
- ERNST Edzard – PITTLER M.H., *Efficacy of homeopathic arnica. A systematic review of placebo-controlled clinical trials*, “Archives of Surgery”, vol. 133, n. 11, novembre 1998, pp. 1187-1190.
- ESKINAZI Daniel, *Homeopathy re-revisited. Is homeopathy compatible with biomedical observations?*, “Archives of Internal Medicine”, vol. 159, n. 17, 27 settembre 1999.
- FAUTREL Bruno – ADAM Viviane – ST-PIERRE Yvan – JOSEPH Lawrence – CLARKE Ann E. – PENROD John R., *Use complementary and alternative therapies by patients self-reporting arthritis or rheumatism: results from a nationwide Canadian survey*, “Journal of Rheumatology”, vol. 29, n. 11, novembre 2002, pp. 2435-2441.
- FEDER Gene – KATZ Tessa, *Randomised controlled clinical trials for homeopathy*, “British Medical Journal”, vol. 324, n. 7336, 2 marzo 2002, pp. 498-499.
- FOLEY Michael – WEINER John – LECKRIDGE Robert W. – DOREY Meryl – REILLY David – LEWITH George T. – HYLAND Michael – VOLGATE Stephen, *Randomised controlled clinical trials for homeopathy*, “British Medical Journal”, vol. 325, n. 7354, 6 luglio 2002, pp. 41-43 [Letters].
- FURNHAM A. – BOND C., *The perceived efficacy of homeopathy and orthodox medicine: a vignette-based study*, “Complementary Therapies in Medicine”, vol. 8, n. 3, settembre 2000, pp. 193-201.
- GARFINKEL Marian S. – SINGHAL Atul – KATZ Warren A. – ALLAN David A. – RESHETAR Rosemary – SCHUMACHER Ralph R., *Yoga-based intervention for carpal tunnel syndrome: a randomized trial*, “JAMA. The Journal of the American medical association”, vol. 280, n. 18, novembre 1998, pp. 1601-1603.
- GIBALDI Milo, *Are phytoestrogens a “natural alternative” to estrogen replacement therapy?*, “Western Journal of Medicine”, vol. 173, n. 4, ottobre 2000, p. 273.
- GUZZETTI L., *Il problema dei confini tra scienza e pseudoscienza. Il caso della «memoria dell'acqua»*, “Rassegna Italiana di Sociologia”, anno XXXIV, n.1, gennaio-marzo 1993, pp. 57-88.
- HEYMSFIELD Steven B. – ALLISON David B. – VASSELLI Joseph R. – PIETROBELLI Angelo – GREENFIELD Debra – NUNEZ Christopher,

- Garcinia cambogia (*hydroxycitric acid*) as a potential antiobesity agent: a randomized controlled trial, "JAMA. The Journal of the American medical association", vol. 280, n. 18, novembre 1998, pp. 1596-1600.
- HUNTLEY A. – ERNST Edzard, *Complementary and alternative therapies for treating multiple sclerosis symptoms: a systematic review*, "Complementary Therapies in Medicine", vol. 8, n. 2, giugno 2000, pp. 97-105.
- JACOBS J., *Effectiveness research in homeopathy. Methodology and practical considerations*, "British Homeopathic Journal", vol. 89, suppl. 1, luglio 2000, p. 47.
- JOHNSON Don Hanlon, *Intricate tactile sensitivity: a key variable in western integrative bodywork*, pp. 479-490, in MAYER E.A. – SAPER C.B. (curatori), *The biological basis for mind body interactions*, Elsevier, Amsterdam – Lausanne – New York – Oxford – Shannon – Singapore – Tokyo, 2000, XVI+528 pp.
- KLEIJNEN J. – KNIPSCHILD P. – TER RIET G., *Clinical trials of homeopathy*, "British Medical Journal", vol. 302, 1991, pp. 316-323.
- LINDE Klaus – CLAUSIUS Nicola – RAMIREZ Gilbert – MELCHART Dieter – EITEL Florian – HEDGES Larry V. – JONAS Wayne B., *Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials*, "Lancet", vol. 350, n. 9081, 1997, pp. 834-843.
- LEWIS G.T. – WATKINS A.D. – HYLAND M.E. – SHAW S. – BROOMFIELD J.A. – DOLAN G. – HOLGATE S.T., *Use of ultramolecular potencies of allergen to treat asthmatic people allergic to house dust mite: double blind randomised controlled clinical trial*, "British Medical Journal", vol. 324, n. 7336, 2 marzo 2002, pp. 520-523.
- LIONETTI Roberto, *Per una valutazione dell'efficacia terapeutica nei sistemi medici tradizionali*, pp. 71-80, in BIANCHI A. – LANZANOVA L. – MASARAKI G.L. (curatori), *Le medicine tradizionali. Progetti italiani di ricerca e di cooperazione nel mondo. Atti del convegno organizzato da ICEI e RITER, Milano 29 maggio 1989*, Edizioni Riter, Milano, 1989, 136 pp.
- MAR Caroline – BENT Stephen, *An evidence-based review of the most 10 commonly used herbs*, "Western Journal of Medicine", vol. 171, n. 3, settembre 1999, p. 168-171.
- MARGOLIN Arthur – AVANTS Kelly S. – KLEBER Herbert D., *Investigating alternative medicine therapies in randomised controlled trials*,

- “JAMA. The Journal of the American medical association”, vol. 280, n. 18, novembre 1998, pp. 1626-1628.
- MASON Su – TOVEY Philip – LONG Andrew F., *Evaluating complementary medicine: methodological challenges of randomised controlled trials*, “British Medical Journal”, vol. 325, n. 7368, 12 ottobre 2002, pp. 832-834.
- MAYER David J., *Biological mechanisms of acupuncture*, pp. 457-477, in MAYER Emeran A. – SAPER Clifford B. (curatori), *The biological basis for mind body interactions*, Elsevier, Amsterdam – Lausanne – New York – Oxford – Shannon – Singapore – Tokyo, 2000, XVI+528 pp.
- MORRIS Katherine T. – JOHNSON Nathalie – HOMER Louis – WALT’S Deb, *A comparison of complementary therapy use between breast cancer patients and patients with other primary tumor sites*, “The American Journal of Surgery”, vol. 179, n. 5, 15 maggio 2000, pp. 407-411.
- NIH TECHNOLOGY ASSESSMENT PANEL, *Integration of behavioural and relaxation approaches into the treatment of chronic pain and insomnia*, “JAMA. The Journal of the American medical association”, vol. 276, n. 4, luglio 1996, pp. 313-318.
- NIN CONSENSUS DEVELOPMENT PANEL ON ACUPUNCTURE, *Acupuncture*, “JAMA. The Journal of the American medical association”, vol. 280, n. 17, 4 novembre 1998, pp. 1518-1524.
- ORBACH Ozzie – FERNANDEZ Conrad – PYESMANY Allan – STUTZER Cindy, *Alternative therapies in childhood cancer*, “The New England Journal of Medicine”, vol. 340, n. 7, 18 febbraio 1998, pp. 569- [lettera alla rivista in riferimento all’articolo di COPPES Max J. – ANDERSON Roland A. – EGELER Maarten R. – WOLFF Johannes E.A., *Alternative therapies for the treatment of childhood cancer*, “The New England Journal of Medicine”, vol. 339, n. 12, 17 settembre 1998, pp. 846-847].
- POWER R. – GORE-FELTON C. – VOSVICK M. – ISRAELSKI D.M. – SPIEGEL D., *HIV: effectiveness of complementary and alternative medicine*, “Prime Care”, vol. 29, n. 2, giugno 2002, pp. 361-378.
- QUIRICO Piero Ettore, *L’agopuntura in Italia: esperienze cliniche, ricerca e formazione*, relazione presentata al Convegno *Le medicine non convenzionali per la salute*, Roma, 3 maggio 2000. [disponibile in Internet al sito <http://gruppi.camera.it/misto/verdi/scaffale/int12.htm>]
- REILLY D. – TAYLOR M.A. – BEATTIE N.G.M. – CAMPBELL J.H. – MCSHARRY CH. – AITCHISON T.C. – CARTER R. – STEVENSON

- R.D., *Is evidence for homeopathy reproducible?*, "Lancet", vol. 344, 1994, pp. 1601-1606.
- RIGOULET D., *Michel Schiff. Un cas de censure dans la science: l'affaire de la mémoire de l'eau*, Albin Michel, Paris, 1994, "Gradhiva", n. 18, 1995, pp. 107-108.
- ROIZEN Michael F., *Mood-altering drugs and alternative integrative medicine: what we don't know, what we need to know, and how we can find out*, "Journal of Clinical Anesthesia", vol. 11, n. 8, dicembre 1999, pp. 617-618.
- SAEKI Y., *The effect of foot-bath with or without the essential oil of lavender on the autonomic nervous system: a randomized trial*, "Complementary Therapies in Medicine", vol. 8, n. 1, marzo 2000, pp. 2-7.
- SCHIFF Michel, *Un cas de censure dans la science: l'affaire de la mémoire de l'eau*, Albin Michel, Paris, 1994.
- SHLAY Judith C. – CHALONER Kathryn – MAX Mitchell B. – FLAWS Bob – REICHELDERFER Patricia – WENTWORTH Deborah – HILLMAN Shauna – BRIZZ Barbara – COHN David L., *Acupuncture and amitriptyline for pain due to HIV-related peripheral neuropathy: a randomised controlled trial*, "JAMA. The Journal of the American medical association", vol. 280, n. 18, novembre 1998, pp. 1590-1595.
- SOVIK Rolf, *The science of breathing: the yogic view*, pp. 491-515, in MAYER E.A. – SAPER C.B. (curatori), *The biological basis for mind body interactions*, Elsevier, Amsterdam – Lausanne – New York – Oxford – Shannon – Singapore – Tokyo, 2000, XVI+528 pp.
- STRAUMSHEIM P. – BORCHGREVINK C. – MOWINCKEL P. – KIERULF H. – HAFSLUND O., *Homeopathic treatment of migraine: a double blind placebo controlled trial of 68 patients*, "British Homeopathic Journal", vol. 89, n.1, gennaio 2000, pp. 4-7.
- THOMAS K.J. – FITTER M. – BRAZIER J. – MACPHERSON H. – CAMPBELL M. – NICHOLL J.P. – ROMAN M., *Longer term clinical and economic benefits of offering acupuncture to patients with chronic low back pain assessed as suitable for primary care management*, "Complementary Therapies in Medicine", vol. 7, n. 2, giugno 1999, pp. 91-100.
- TROHLER U., *The history of therapeutic evaluation: between dogmatic certainty and empirist probability*, pp. 41-47, in WATT J. – WOOD C. (curatori), *Talking health. Conventional and complementary approaches*, Royal Society of Medicine, London, 1988.

- VERNON H. – MCDERMAID C.S. – HAGINO C., *Systematic review of randomized clinical trials of complementary/alternative therapies in the treatment of tension-type and cervicogenic headache*, “Complementary Therapies in Medicine”, vol. 7, n. 3, settembre 1999, pp. 142-155.
- VICKERS Andrews, *Complementary medicine. Recent advances*, “British Medical Journal”, vol. 321, 2000, pp. 683-686.
- WALACH H. – GÜTHLIN C., *Effects of acupuncture and homeopathy: prospective documentation. Interim results*, “British Homeopathic Journal”, vol. 89, suppl. 1, luglio 2000, pp. 31-34.
- WHITE Adrian, *Complementary/alternative medicine: an evidence-based approach*, “Complementary Therapies in Medicine”, vol. 8, n. 2, giugno 2000, pp. 128-129.
- WILT Timothy J. – ISHANI Areef – STARK Gerold – MACDONALD Roderick – LAU Joseph – MULROW Cynthia, *Saw palmetto extracts for treatment of benign prostatic hyperplasia: a systematic review*, “JAMA. The Journal of the American medical association”, vol. 280, n. 18, novembre 1998, pp. 1604-1609.
- YAMEY Gavin, *Can complementary medicine be evidence based?*, “Western Journal of Medicine”, vol. 171, n. 3, settembre 1999, pp. 4-5.

B. DIBATTITI ED ESITI LEGISLATIVI/NORMATIVI CONCERNENTI LE
MEDICINE NON CONVENZIONALI IN EUROPA (DAL II DOPOGUERRA AD
OGGI)

- ADAMS Karen E. – COHEN Michael H. – EISENBERG David – JONSEN Albert R., *Ethical considerations of complementary and alternative medical therapies in conventional medical settings*, “Annals of Internal Medicine”, vol. 137, n. 8, 15 ottobre 2002, pp. 660-664.
- ALLAIS Giovanni Battista – GIOVANARDI Carlo Maria – PULCRI Riberto – QUIRICO Piero Ettore – ROMOLI Marco – SOTTE Lucio (curatori)- F.I.S.A. FEDERAZIONE ITALIANA DELLE SOCIETÀ DI AGOPUNTURA (ente curatore), *Agopuntura. Evidenze cliniche e sperimentali, aspetti legislativi e diffusione in Italia*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2000, XVIII+169 pp. / in particolare: capitolo 8. *Agopuntura e norme sulla pubblicità sanitaria*, pp. 111-121; capitolo 9. *Agopuntura e programmazione sanitaria*, pp. 119-121.
- BERLINGUER Giovanni – GEDDES Marco, 1997. *Dal dibattito sul welfare al caso Di Bella*, pp. 13-28, in GEDDES Marco – BERLINGUER Giovanni (curatori), *La salute in Italia. Rapporto 1998. Coniugare risparmio e qualità*, Ediesse, Roma, 1998, 333 pp.
- CAMERA DEI DEPUTATI, *Proposta di legge n. 5903. “Disciplina delle professioni sanitarie non convenzionali esercitate da operatori non medici”*, proposta di legge di iniziativa del deputato GALLETTI, presentata il 24 aprile 1999.
- CASSOLI Pietro, *I guaritori*, Arnoldo Mondadori Editore, Milano, 1985 [1983], 344 pp. / in particolare: *Parte terza. I guaritori di fronte alla legge*, pp. 149-168.
- COHEN Michael H., *Complementary & alternative medicine: legal boundaries and regulatory perspectives*, Johns Hopkins University Press, Baltimore – London, 1998.
- CROCELLA C. (curatore), *Le medicine non convenzionali. Ricerca scientifica, problemi normativi, disegni di legge*, Camera dei Deputati, Roma, 1991.
- LESLIE Charles, *Aspects juridiques. II. Options de principe régissant l'exercice de la médecine traditionnelle*, pp. 308-311, in BANNERMAN Robert H. – BURTON John – WEN-CHIEH Ch'en (curatori) / ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (ente curatore), *Médecine*

- traditionnelle et couverture des soins de santé. Textes choisis à l'intention des administrateurs de la santé*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1983, 335 pp.
- MILLS Simon Y., *Regulation in complementary and alternative medicine*, "British Medical Journal", vol. 322, n. 7279, 20 gennaio 2001, pp. 158-160.
- PARLAMENTO ITALIANO, *Legge 8 ottobre 1997, n. 347. Disposizioni in materia di commercializzazione di medicinali omeopatici*, "Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana", n. 241, 15 ottobre 1997.
- ROSSI Elio, *Le medicine non convenzionali nel Servizio Sanitario Nazionale*, relazione presentata al Convegno *Le medicine non convenzionali per la salute*, Roma, 3 maggio 2000. [disponibile in Internet al sito <http://gruppi.camera.it/misto/verdi/scaffale/int12.htm>]
- SANTOSUOSSO Amedeo, *Libertà di cura e libertà di terapia*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1998.
- SANTOSUOSSO Amedeo, *Lotta dura per la libertà di cura*, "Occhio Clinico", n. 5, 1998, p. 44.
- SANTOSUOSSO Amedeo, *La libertà di cura*, "Annali dell'Istituto Superiore di Sanità", vol. XXXV, n. 4, settembre-dicembre 1999 (dedicato a *Una riflessione multidisciplinare sul fenomeno "terapie non convenzionali"*, a cura di Roberto RASCHETTI e Giorgio BIGNAMI, pp. 473-549), pp. 547-549.
- SCHEPERS R.M.J. – HERMANS H.E.G.M., *The medical profession and alternative medicine in the Netherlands: its history and recent developments*, "Social Science and Medicine", vol. 48, n. 3, febbraio 1999, pp. 343-351.
- STEPAN Jan, *Aspects juridiques. I. Typologie des législations relatives à la médecine traditionnelle*, pp. 284-307, in BANNERMAN Robert H. – BURTON John – WEN-CHIEH Ch'en (curatori) / ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (ente curatore), *Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé. Textes choisis à l'intention des administrateurs de la santé*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1983, 335 pp.
- STUDDERT David M. – EISENBERG David M. – MILLER Frances H. – CURTO Daniel A. – KAPTCHUK Ted J. – BRENNAN Troyen A., *Medical malpractice implications of alternative medicine*, "JAMA. The Journal of the American medical association", vol. 280, n. 18, novembre 1998, pp. 1610-1615.

C. IL DIBATTITO SCIENTIFICO ITALIANO SULLE MEDICINE NON CONVENZIONALI (DAL II DOPOGUERRA AD OGGI)

- BELLAVITE Paolo, *Ricerca in omeopatia: dati, problemi e prospettive*, "Annali dell'Istituto Superiore di Sanità", vol. XXVI, n. 2, 1990, pp. 179-187.
- BELLAVITE Paolo, *Lo sviluppo delle medicine non convenzionali in Occidente: una risposta alla crisi della medicina?*, pp. 109-115, in *Questa bella d'erbe famiglia*, Budin, Gorizia, 1998.
- BELLAVITE Paolo, *Medicine complementari. Considerazioni semantiche e prospettive d'integrazione*, "Verona Medica", n. 33, 1998, pp. 34-38.
- BELLAVITE Paolo – SEMIZZI M. – ANDRIOLI Giuseppe – CONFORTI A. – LUSSIGNOLI Sabrina, *Omeopatia e nuovi paradigmi scientifici*, pp. 495-505, in CONTI L. – MAMONE CAPRIA M. (curatori), *La scienza e i vortici del dubbio*, Edizioni Scientifiche Italiane Napoli, 1999.
- BERLINGUER Giovanni – GEDDES Marco, 1997. *Dal dibattito sul welfare al caso Di Bella*, pp. 13-28, in GEDDES Marco – BERLINGUER Giovanni (curatori), *La salute in Italia. Rapporto 1998. Coniugare risparmio e qualità*, Ediesse, Roma, 1998, 333 pp.
- BIGNAMI Giorgio, *Il rapporto medico-paziente nei contesti delle diverse medicine*, "Annali dell'Istituto Superiore di Sanità", vol. XXXV, n. 4, settembre-dicembre 1999 (dedicato a *Una riflessione multidisciplinare sul fenomeno "terapie non convenzionali"*, a cura di Roberto RASCHETTI e Giorgio BIGNAMI, pp. 473-549), pp. 499-504.
- BINDI Rosy, *L'alleanza terapeutica medico-paziente all'interno del patto di solidarietà per la salute*, "Annali dell'Istituto Superiore di Sanità", vol. XXXV, n. 4, settembre-dicembre 1999 (dedicato a *Una riflessione multidisciplinare sul fenomeno "terapie non convenzionali"*, a cura di Roberto RASCHETTI e Giorgio BIGNAMI, pp. 473-549), pp. 479-481.
- BOTTACCIOLI Francesco, *Evoluzione del paradigma biomedico e medicine non convenzionali*, "Annali dell'Istituto Superiore di Sanità", vol. XXXV, n. 4, settembre-dicembre 1999 (dedicato a *Una riflessione multidisciplinare sul fenomeno "terapie non convenzionali"*, a cura di Roberto RASCHETTI e Giorgio BIGNAMI, pp. 473-549), pp. 535-541.
- BRONZINI Giovanni Battista, *Antropologia e medicina popolare. Note sugli studi dei positivisti italiani*, "La Ricerca Folklorica. Contributi allo studio della cultura delle classi popolari", n. 8, ottobre 1983 (dedicato a

- La medicina popolare in Italia*, a cura di Tullio SEPPILLI, pp. 3-136), pp. 13-16.
- CASSILETH B.R., *The role of complementary & alternative medicine: accommodating pluralism (book review)*, "The New England Journal of Medicine", vol. 347, n. 11, 12 settembre 2002, pp. 860-861.
- CINI Marcello, *Linguaggi scientifici e scienze della complessità*, "Annali dell'Istituto Superiore di Sanità", vol. XXXV, n. 4, settembre-dicembre 1999 (dedicato a *Una riflessione multidisciplinare sul fenomeno "terapie non convenzionali"*, a cura di Roberto RASCHETTI e Giorgio BIGNAMI, pp. 473-549), pp. 529-534.
- DEI Fabio, *Medicine alternative: il senso del male nella postmodernità*, "I Fogli di ORISS. Luoghi di confine tra antropologia psicologia, medicina e psichiatria", n. 5, agosto 1996, pp. 29-55.
- DI NOLA Alfonso, *La medicina popolare: questioni di metodo*, "La Ricerca Folklorica. Contributi allo studio della cultura delle classi popolari", n. 8, ottobre 1983 (dedicato a *La medicina popolare in Italia*, a cura di Tullio SEPPILLI, pp. 3-136), pp. 7-12.
- LALLI Pina, *L'altra medicina e i suoi malati. Un'indagine nel sociale delle pratiche di cura alternative*, prefazione di Franco CRESPI, Editrice CLUEB, Bologna, 1988, 247 pp. / in particolare: parte prima. *La portata sociale del problema*, pp. 27-91.
- MUSSO M. – CROTTI Nadia, *Medicine alternativa e "medicina ufficiale"*, "Salute e Territorio", anno XVII, n. 98, settembre-ottobre 1996, pp. 213-217.
- RASCHETTI Roberto, *La medicina delle evidenze scientifiche e le diverse culture della guarigione*, "Annali dell'Istituto Superiore di Sanità", vol. XXXV, n. 4, settembre-dicembre 1999 (dedicato a *Una riflessione multidisciplinare sul fenomeno "terapie non convenzionali"*, a cura di Roberto RASCHETTI e Giorgio BIGNAMI, pp. 473-549), pp. 483-488.
- RASCHETTI Roberto – BIGNAMI Giorgio, *Prefazione*, "Annali dell'Istituto Superiore di Sanità", vol. XXXV, n. 4, settembre-dicembre 1999 (dedicato a *Una riflessione multidisciplinare sul fenomeno "terapie non convenzionali"*, a cura di Roberto RASCHETTI e Giorgio BIGNAMI, pp. 473-549), pp. 477-478.
- RASCHETTI Roberto – BIGNAMI Giorgio (curatori), *Una riflessione multidisciplinare sul fenomeno "terapie non convenzionali"*, "Annali dell'Istituto Superiore di Sanità", vol. XXXV, n. 4, settembre-dicembre 1999 (numero monografico, pp. 473-549).

- SEPPILLI Tullio, *La medicina popolare in Italia: avvio ad una nuova fase della ricerca e del dibattito*, "La Ricerca Folklorica. Contributi allo studio della cultura delle classi popolari", n. 8, ottobre 1983 (dedicato a *La medicina popolare in Italia*, a cura di Tullio SEPPILLI, pp. 3-136), pp. 3-6.
- SEPPILLI Tullio, Opuscolo programmatico del *Convegno nazionale su "Salute e malattia nella medicina tradizionale delle classi popolari italiane" (Pesaro, 15-18 dicembre 1983)*, Provincia di Pesaro e Urbino, Pesaro, 1983, 16 pp.
- SEPPILLI Tullio, *Introduzione*, pp. 7-11, in SEPPILLI Tullio (curatore), *Le tradizioni popolari in Italia. Medicine e magie*, Electa, Milano, 1989, 220 pp.
- SEPPILLI Tullio, *Editoriale. Antropologia medica: fondamenti per una strategia*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 1-2, ottobre 1996, pp. 7-22.
- SILVESTRINI Bruno, *Cure alternative: cosa dice la scienza. Attraggono milioni di persone. Affermano di curare il malato e non il sintomo della malattia. E sebbene le verifiche sperimentali portino a risultati spesso inconcludenti o negativi, hanno qualcosa da insegnare alla medicina ufficiale*, "Newton. Oggi. Lo spettacolo della scienza" (R.C.S. Periodici S.p.A., Milano), n. 2, febbraio 2000, pp. 77-84.
- TAMBURINI M.G., *Le medicine e le terapie "alternative" o "non convenzionali" nella società contemporanea*, "Il Medico Omeopata", anno I, n.3, dicembre 1996, p. 26.
- VELIMIROVIC Boris, *Definizione e funzioni della medicina alternativa*, traduz. dall'inglese di Patrizia PINCINI, "Nuova Civiltà delle Macchine", anno VI, n. 4 (24), 1988, pp. 56-69.

Tesi universitarie

- DE NAPOLI Amina, SEPPILLI Tullio (relatore), *"Superstizioni" e medicina popolare in Italia nella ricerca empirica e nella riflessione teorica dell'antropologia positivista. Saggio di bibliografia sui periodici italiani di scienze umane (1870-1920)*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1995.

FILIPPUCCI Federico, SEPELLI Tullio (relatore), *“Superstizioni” e medicina popolare in Italia nella ricerca empirica e nella riflessione teorica delle discipline antropologiche nel periodo fascista. Saggio di bibliografia sui periodici e gli atti congressuali italiani di scienze umane 1920-1945*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 2000.

D. IL DIBATTITO SCIENTIFICO INTERNAZIONALE SULLE MEDICINE NON CONVENZIONALI (DAL II DOPOGUERRA AD OGGI)

- ASTIN J.A. – MARIE A. – PELLETIER K.R. – HANSEN E. – HASKELL W.L., *A review of the incorporation of complementary and alternative medicine by mainstream*, “Archives of Internal Medicine”, vol. 158, 1998, pp. 2303-2310.
- BANNERMAN Robert H. – BURTON John – WEN-CHIEH Ch'en (curatori) / ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (ente curatore), *Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé. Textes choisis à l'intention des administrateurs de la santé*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1983, 335 pp.
- BARNES Jo, *Herbal medicine in primary care*, “Complementary Therapies in Medicine”, vol. 8, n. 2, giugno 2000, pp. 127-128.
- BELLAVITE Paolo – SIGNORINI Andrea, *Homeopathy: a frontier in medical science*, North Atlantic Books, Berkeley, 1995.
- BODEKER Gerard, *Lessons on integration from the developing world's experience*, “British Medical Journal”, vol. 322, n. 7279, 20 gennaio 2001, pp. 164-166.
- BRYDEN Helen, *Commentary: special study modules and complementary and alternative medicine. The Glasgow experience*, “British Medical Journal”, vol. 322, n. 7279, 20 gennaio 2001, pp. 157-158.
- CANT Sarah, *A new medical pluralism? Alternative medicine, doctors, patients and the state*, UCL Press, London, 1999.
- DALEN James E. (curatore), *Is integrative medicine the medicine of the future? A debate between Arnold S. Relman, MD, and Andrew Weil, MD*, “Archive of Internal Medicine”, vol. 159, 11 ottobre 1999, pp. 2122-2126.
- DIEHL David L. – EISENBERG David, *Complementary and alternative medicine (CAM): epidemiology and implications for research*, pp. 445-455, in MAYER E.A. – SAPER C.B. (curatori), *The biological basis for mind body interactions*, Elsevier, Amsterdam – Lausanne – New York – Oxford – Shannon – Singapore – Tokyo, 2000, XVI+528 pp.
- ELIASON Clair B. – DICKINSON Annette – OZ Mehemet – ROSE Eric – LEMOLE Gerald M. – CHERKIN Dan – SIEGEL Bernard S. – POSNER Howard – SEITZ Daniel – CASPI Opher – LUTZ Robert B. – GREENFIELD Russell H. – KATZ Michael – ROBERTS Alan – WEISS

- Robert R. – ANGELL Marcia – KASSIRER Jerome P., *Alternative medicine. The case of herbal remedies*, “The New England Journal of Medicine”, vol. 340, n. 7, 18 febbraio 1999, pp. 564- [lettera alla rivista in riferimento all’articolo di ANGELL Marcia – KASSIRER Jerome P., *Alternative medicine – the risk of untested and unregulated remedies*, “The New England Journal of Medicine”, n. 339, n. 12, 17 settembre 1998, pp. 839-841.
- ERNST Edzard, *Funding research into complementary medicine: situation in Britain*, “Complementary Therapies in Medicine”, vol. 7, n. 4, dicembre 1999, pp. 250-253.
- ERNST Edzard, *The complementary/alternative medicine debate: a perpetuation of myths?*, “Complementary Therapies in Medicine”, vol. 8, n. 3, settembre 2000, pp. 214-215.
- ERNST Edzard, *The role of complementary and alternative medicine*, “British Medical Journal”, vol. 321, novembre 2000, pp. 1133-1135.
- ERNST Edzard – CASPI Opher – KOFFLER Karen – SECHREST Lee – COYNE James C. – CALZONE Kathleen – WEBER Barbara L. – POWWER Francois – RUBES Richard H. – ASTIN John A. – KNOBF Tish M. – PASACRETA Jeannie – BURSTEIN Harold J., *Use of alternative medicine by women with breast cancer*, “The New England Journal of Medicine”, vol. 341, n. 15, 7 ottobre 1999, pp. 1155- [lettera alla rivista in riferimento all’articolo di BURNSTEIN Harold J. – GELBER S. – GUADAGNOLI E. – WEEKS J.C., *Use of alternative medicine with early-stage breast cancer*, “The New England Journal of Medicine”, vol. 340, n. 22, 3 giugno 1999, pp. 1733-1739].
- ESKINAZI Daniel P., *Factors that shape alternative medicine*, “JAMA. The Journal of the American medical association”, vol. 280, n. 18, novembre 1998, pp. 1621-1623.
- DENNEY Michael, *Alternative medicine – rural style*, “Western Journal of Medicine”, vol. 171, n. 3, settembre 1999, pp. 203-204.
- FEDERICO Pietro, *Lo stato della ricerca in omeopatia in Europa*, relazione presentata al Convegno *Le medicine non convenzionali per la salute*, Roma, 3 maggio 2000. [disponibile in Internet al sito <http://gruppi.camera.it/misto/verdi/scaffale/int12.htm>]
- FISHER P. – WARD A., *Complementary medicine in Europe*, “British Medical Journal”, vol. 309, 1994, pp. 107-111.

- FONTANAROSA Phil B. – LUNDBERG George D., *Alternative medicine meets science*, “JAMA. The Journal of the American medical association”, vol. 280, n. 18, novembre 1998, pp. 1618-1619.
- HOLLAND Jimmie C., *Use of lternative medicine – a marker of distress?*, “The New England Journal of Medicine”, vol. 340, n. 22, 3 giugno 1999, pp. 1758-1759.
- JONAS Wayne B., *Alternative medicine – Learning from the past, examining the present, advancing to the future*, “JAMA. The Journal of the American medical association”, vol. 280, n. 18, novembre 1998, pp. 1616-1617.
- KATZ Michael D., *Use of alternative products: where’s the beef?*, “Western Journal of Medicine”, vol. 172, n. 2, febbraio 2000, p. 95.
- MAIZES Victoria, *The principles and challenges of integrative medicine. More than a combination of traditional and alternative therapies*, “Western Journal of Medicine”, vol. 171, n. 3, settembre 1999, p. 148-149.
- MORRELL Peter, *Culture knowledge and healing: historical perspectives of homeopathic medicine in Europe and North America*, “British Homeopathic Journal”, vol. 88, n. 2, aprile 1999, pp. 93-95.
- NEWMAN TURNER Roger, *Abc of complementary medicine*, “Complementary Therapies in Medicine”, vol. 8, n. 2, giugno 2000, p. 129.
- O.M.S. ORGANIZATION MONDIALE DE LA SANTE, *Promotion et développement de la médecine traditionnelle. Rapport d’une réunion de l’O.M.S., O.M.S., Genève, 1978, 43 pp. (O.M.S.. Série de Rapports techniques, 622)*
- O.M.S. ORGANIZATION MONDIALE DE LA SANTE, BANNERMANN Robert H. – BURTON John – CH’EN Wen-chieh (curatori), *Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé. Textes choisis à l’intention des administrateurs de la santé*, O.M.S. Genève, 1983, 335 pp. [ediz. italiana: O.M.S. ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, *Il ruolo delle medicine tradizionali nel sistema sanitario. Valutazioni scientifiche e antropologiche*, Red./Studio Redazionale, Como, 1984, 361 pp.]
- ORGAN Claude H., *Alternative medicine and surgery*, “Archives of Surgery”, vol. 133, n. 11, novembre 1998, pp. 1153-1154.
- PATERSON C., *Primary health care transformed: complementary and orthodox medicine complementing each other*, “Complementary Therapies in Medicine”, vol. 8, n. 1, marzo 2000, pp. 47-49.

- REES Lesley – WEIL Andrew, *Integrated medicine*, “British Medical Journal”, vol. 322, n. 7279, 20 gennaio 2001, pp. 119-120.
- SLOAN Richard P. – BAGIELLA Emilia – VANDECREEK Larry – HOVER Margot – CASALONE Carlo – HIRSCH Trudy Jimpu – HASAN Yusuf – KREGER Ralph – POULOS Peter, *Should physicians prescribe religious activities?*, “The New England Journal of Medicine”, vol. 342, n. 25, 22 giugno 2000, pp. 1913-.
- STAMBOLOVIC Vuk, *Medical heresy. The view of a heretic*, “Social Science and Medicine”, vol. 43, n. 5, 5 settembre 1996, pp. 601-604.
- WEIL Andrew, *The significance of integrative medicine for the future of medical education*, “The American Journal of Medicine”, vol. 108, n. 5, 1 aprile 2000, pp. 441-443.
- WHARTON R. – LEWIS G., *Complementary medicine and the general practitioner*, “British Medical Journal”, vol. 292, 1986, pp. 1498-1500.

E. OFFERTE PUBBLICHE O PRIVATE DI MEDICINE NON CONVENZIONALI (ESCLUSE LE FOLCLORICHE) / INDAGINI SULLE OPINIONI, GLI ATTEGGIAMENTI E I COMPORTAMENTI DELLA POPOLAZIONE E SUI CANALI DI COMUNICAZIONE DELLE MEDICINE NON CONVENZIONALI (ESCLUSE LE FOLCLORICHE) IN ITALIA CON ESCLUSIONE DELL'UMBRIA (DAGLI ANNI '70 AD OGGI)

ALLAIS Giovanni Battista – GIOVANARDI Carlo Maria – PULCRI Riberto – QUIRICO Piero Ettore – ROMOLI Marco – SOTTE Lucio (curatori)- F.I.S.A. FEDERAZIONE ITALIANA DELLE SOCIETÀ DI AGOPUNTURA (ente curatore), *Agopuntura. Evidenze cliniche e sperimentali, aspetti legislativi e diffusione in Italia*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2000, XVIII+169 pp. / in particolare: Capitolo 6. *Pratica dell'agopuntura*, pp. 105-110; Capitolo 10. *Agopuntura e strutture sanitarie pubbliche*, pp. 123-128; Capitolo 11. *Agopuntura e Internet*, pp. 129-148; Appendice 2. *Elenco delle associazioni aderenti alla FISA*, pp. 166-169.

AS.CO.M. ASSOCIAZIONE DEI COMUNI MOLISANI – ASSOCIAZIONE PER LO STUDIO DELLE FONTI STORICHE DEL MOLISE (enti curatori), *Maghi incantesimi e scongiuri. Storie di maghi e di magia nel Molise*, introduzione di Maria Immacolata MACIOTI, Vitmar Grafika, 1988, 152 pp.

BASSOLI Romeo, *Emozioni versus competenze. Le logiche della comunicazione nei mass media*, "Annali dell'Istituto Superiore di Sanità", vol. XXXV, n. 4, settembre-dicembre 1999 (dedicato a *Una riflessione multidisciplinare sul fenomeno "terapie non convenzionali"*, a cura di Roberto RASCHETTI e Giorgio BIGNAMI, pp. 473-549), pp. 543-546.

BERZANO Luigi, *Religione e autoperfezionamento*, pp. 141-186, in MACIOTI Maria Immacolata (curatore), *Maghi e magie nell'Italia di oggi*, Angelo Pontecorboli Editore, Firenze, 1991, 189 pp.

CARDAMONE Giuseppe – SCHIRRIPA Pino, *Esperienze della malattia e linguaggio del corpo nella terapeutica carismatica*, "Religioni e Società. Rivista di scienze sociali della religione", n. 19, anno IX, maggio-agosto 1994 (dedicato a *Le culture della salute: terapeutica e religioni*, a cura di Arnaldo NESTI, pp. 3-61), pp. 39-47.

CASSOLI Pietro, *I guaritori*, Arnoldo Mondadori Editore, Milano, 1985 [1983], 344 pp. / in particolare: *Parte seconda. La casistica*, pp. 45-148.; *Parte quinta. Considerazioni e deduzioni*, pp. 209-252.

- CAVALLARO Renato, *maghi, incantesimi e scongiuri. Storie di maghi e di magia nel Molise*, pp. 23-116, in AS.CO.M. ASSOCIAZIONE DEI COMUNI MOLISANI – ASSOCIAZIONE PER LO STUDIO DELLE FONTI STORICHE DEL MOLISE (enti curatori), *Maghi incantesimi e scongiuri. Storie di maghi e di magia nel Molise*, introduzione di Maria Immacolata MACIOTI, Vitmar Grafika, 1988, 152 pp.
- CROTTI Nadia, *L'altra salute: la ricerca individuale di salute e benessere ed il ricorso a medicine alternative o parallele*, pp. 187-226, in GEDDES Marco (curatore), *La salute degli italiani. Rapporto 1992*, NIS, Roma, 1992, 365 pp.
- DINI Vittorio, *Attualità delle categorie magiche (tipiche della cultura agropastorale) nei valori-atteggiamenti e nei sistemi di sicurezza-dipendenza*, pp. 89-139, in MACIOTI Maria Immacolata (curatore), *Maghi e magie nell'Italia di oggi*, Angelo Pontecorboli Editore, Firenze, 1991, 189 pp.
- DI VINCENZO Roberto – TAVANO Giovanni, *Maghi, magari e guaritori. Un'inchiesta televisiva sul fenomeno della "vita magica" nelle città*, "La Ricerca Folklorica. Contributi allo studio della cultura delle classi popolari", n. 8, ottobre 1983 (dedicato a *La medicina popolare in Italia*, a cura di Tullio SEPELLI, pp. 3-136), pp. 99-107.
- GAUDENZI Giuseppe, *Le cure miracolose: le responsabilità della stampa e della comunità scientifica*, pp. 121-142, in GEDDES Marco – BERLINGUER Giovanni (curatori), *La salute in Italia. Rapporto 1997*, Ediesse, Roma, 1997, 276 pp.
- GENTILCORE David, 'Charlatans, mountebanks and other similar people': *the regulation and role of itinerant practitioners in early modern Italy*, "Social History", vol. XX, n. 3, May 1995, pp. 297-314.
- GIACALONE Fiorella, *Il postal market della magia: corsi di scienze occulte e vendita di talismani per corrispondenza*, pp. 143-162, in GATTO TROCCHI Cecilia (curatore), *Il talismano e la rosa. Magia ed esoterismo*, Bulzoni Editore, Roma, 1992, 198 pp.
- GUGGINO Elsa, *Il corpo è fatto di sillabe. Figure di maghi in Sicilia*, Sellerio, Palermo, 1993, 264 pp.
- ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA, *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999 – 2000*, ISTAT, Roma, 2001, 170 pp. / in particolare: *Le terapie non convenzionali in Italia*.
- LALLI Pina, *L'altra medicina e i suoi malati. Un'indagine nel sociale delle pratiche di cura alternative*, prefazione di Franco CRESPI, Editrice

- Clueb, Bologna, 1988, 247 pp. / in particolare: *Parte seconda: reticoli e immagini del quotidiano*, pp. 95-223.
- LANTERNARI Vittorio, *Festa, carisma, apocalisse*, Sellerio Editore, Palermo, 1983, 379 pp. / in particolare: *Capitolo sesto. Carismatici visionari nel Mezzogiorno d'Italia*, pp. 152-159.
- LANTERNARI Vittorio, *Le terapie carismatiche. Medicina popolare e scienza moderna*, "La Ricerca Folklorica. Contributi allo studio della cultura delle classi popolari", n. 8, ottobre 1983 (dedicato a *La medicina popolare in Italia*, a cura di Tullio SEPPILLI, pp. 3-136), pp. 83-90.
- LOSI Natale, *Gli amici dell'acqua. Medici, pazienti e medicine alternative*, Franco Angeli, Milano, 1990, 192 pp.
- MACIOTI Maria Immacolata, *Fede, mistero, magia. Lettere a un sensitivo*, Edizioni Dedalo, Bari, 1991, 382 pp.
- MACIOTI Maria Immacolata, *Gli imprenditori del magico*, pp. 57-88, in MACIOTI Maria Immacolata (curatore), *Maghi e magie nell'Italia di oggi*, Angelo Pontecorboli Editore, Firenze, 1991, 189 pp.
- MACIOTI Maria Immacolata (curatore), *Maghi e magie nell'Italia di oggi*, Angelo Pontecorboli Editore, Firenze, 1991, 189 pp.
- MENNITI-IPPOLITO Francesca – DE MEI Barbara, *Caratteristiche d'uso e livelli di diffusione della medicina non convenzionale*, "Annali dell'Istituto Superiore di Sanità", vol. XXXV, n. 4, settembre-dicembre 1999 (dedicato a *Una riflessione multidisciplinare sul fenomeno "terapie non convenzionali"*, a cura di Roberto RASCHETTI e Giorgio BIGNAMI, pp. 473-549), pp. 489-497.
- MUSSO M. – CROTTI Nadia, *Il paziente alternativo*, "Salute e Territorio", anno XVIII, n. 103, 1997, pp. 151-162.
- OWEN D.K. – LEWITH G. – STEPHENS C.R., *Can doctors respond to patients' increasing interest in complementary and alternative medicine?*, "British Medical Journal", vol. 322, n. 7279, 20 gennaio 2001, pp. 154-157.
- RISSO Michele, *Una comunità magico-religiosa nell'Italia del Sud*, pp. 197-220, in LANTERNARI Vittorio (curatore), *Religioni primitive e religione popolare. Corso di etnologia, anno accademico 1974-75*, Bulzoni Editore, Roma, 1975, 263 pp.
- SOTTE Lucio, *Agopuntura e medicina tradizionale cinese*, "Annali dell'Istituto Superiore di Sanità", vol. XXXV, n. 4, settembre-dicembre 1999 (dedicato a *Una riflessione multidisciplinare sul fenome-*

- no “*terapie non convenzionali*”, a cura di Roberto RASCHETTI e Giorgio BIGNAMI, pp. 473-549), pp. 509-515.
- STEINSBEKK A., *Patient-evaluated effect of homeopathic treatment*, “British Homeopathic Journal”, vol. 89, suppl. 1, luglio 2000, p. 46.
- VILLA Giorgio, *Maghi, carismatici ed esorcisti. Salute mentale e ricorso al magico*, “Rivista Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale delle Alienazioni Mentali”, vol. CXVIII, fasc. VI, 31 dicembre 1994, pp. 1111-1132.
- VINCELLI Guido – FRANCESCHINI Maria, *Appendice. Rimedi popolari per la prima infanzia a Montorio. Magia e religiosità. Storie di magia a Montorio e Larino*, pp. 131-152, in AS.CO.M. ASSOCIAZIONE DEI COMUNI MOLISANI – ASSOCIAZIONE PER LO STUDIO DELLE FONTI STORICHE DEL MOLISE (enti curatori), *Maghi incantesimi e scongiuri. Storie di maghi e di magia nel Molise*, introduzione di Maria Immacolata MACIOTI, Vitmar Grafika, 1988, 152 pp.

Tesi universitarie

- BADALONI Federico, ROMANO Franca (relatore), *La magia in diretta. Una ricerca antropologica sulla telemagia nel Lazio*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, Università degli studi di Roma “La Sapienza”, 1996.
- BURDI Patrizia, SIGNORINI Italo (tutor), *Il sapere ed il potere terapeutico: guaritori, maghi e pazienti in un contesto rurale dell’Italia meridionale*, Dottorato di ricerca in scienze etnoantropologiche (IV ciclo), Università degli studi di Roma “La Sapienza”, 1991.
- CODACCI PISANELLI Carlo, LOMBARDI SATRIANI Luigi M. (relatore), *Macàre, maghi e guaritori del Salento*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 1992.
- DI VITO Antonietta, LOMBARDI SATRIANI Luigi M. (relatore), *L’insidia del male. Guaritori e operatori magico-religiosi in Molise*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 1992.
- FINOCCHIARO Giampiero, BONOMO Giuseppe (tutor), *Figure di operatori magici in ambito urbano*, Dottorato di ricerca in etnoantropologia. Letterature e pratiche simboliche. Mito e rito (VI ciclo), Università degli studi di Palermo [sede amministrativa], Università degli studi

- della Calabria – Università degli studi di Roma “La Sapienza” [sedi consorziate], 1995.
- MARTELLI Robertino, ROMANO Franca (relatore), *Il culto extraliturgico di Fratel Cosimo a Santa Domenica di Placanica (RC)*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 1994.
- PALECO Alessandra, SEPPILLI Tullio (relatore), *Le erboristerie e i loro clienti a Fabriano (provincia di Ancona, Marche): saggio di inchiesta*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1996.
- PAPINI Patrizia, SEPPILLI Tullio (relatore), *Erboristica ed erboristerie a Firenze tra tradizione e innovazione*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1992.
- PETRELLA Alba, SIGNORINI Italo (relatore), *I guaritori urbani tra tradizione e innovazione*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 1993.
- ROCCELLA Cristina, PAPA Cristina (relatore), *Il potere delle mani fra tradizione e scienza: operatori, saperi e pratiche pranoterapeutiche nel comune di Bergamo*, Corso di laurea in lettere, Facoltà di lettere e filosofia, 1991.

F. INDAGINI SULLE OPINIONI, GLI ATTEGGIAMENTI E I COMPORTAMENTI DELLA POPOLAZIONE E SUI CANALI DI COMUNICAZIONE DELLE MEDICINE NON CONVENZIONALI (ESCLUSE LE FOLCLORICHE) NEGLI ALTRI PAESI D'EUROPA (DAGLI ANNI '70 AD OGGI)

AMOILS Steven – KORTE Diana – NELSON Craig F. – ROSNER Anthony L. – FRIEDMAN Richard – ZUTTERMEISTER Patricia – BENSON Herbert – ROTER Brad – MESEROLE Lisa – RAHLMANN Jeff – SANTOSH Subramaniam – STACKOUSE Frank A. – DAWSON Heather R. – STOTLAND Nada L. – GELLERT George A. – CAMPION Toby – EISENBERG David – DELBANCO Thomas – KESSLER Ron – CAMPION Edward W., *Unconventional medicine*, “The New England Journal of Medicine”, n. 329, n. 16, 14 ottobre 1993, pp. 1200- [lettera alla rivista in riferimento all'articolo di CAMPION Edward W., *Why unconventional medicine?*, “The New England Journal of Medicine”, n. 328, n. 4, 28 gennaio 1993, pp. 282-].

ATTENA F. – DEL GIUDICE N. – VERRENGIA G. – GRANITO C., *Homoeopathy in primary care: self-reported change in health status*, “Complementary Therapies in Medicine”, vol. 8, n. 1, marzo 2000, pp. 21-25.

BREEN A. – CARRINGTON M. – COLLIER R. – VOGEL S., *Communication between general and manipulative practitioners: a survey*, vol. 8, n. 1, marzo 2000, pp. 8-14.

BRELET C. – FORBES A. – VELIMIROVIC H. – VELIMIROVIC B., *La région de l'Europe*, pp. 235-247, in BANNERMAN Robert H. – BURTON John – WEN-CHIEH Ch'en (curatori) / ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (ente curatore), *Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé. Textes chiosis à l'intention des administrateurs de la santé*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1983, 335 pp.

BURNSTEIN Harold J. – GELBER Shari – GUADAGNOLI Edward – WEEKS Jane C., *Use of alternative medicine with early-stage breast cancer*, vol. 340, n. 22, 3 giugno 1999, pp. 1733-1739.

CAMPION Edward W., *Why unconventional medicine?*, “The New England Journal of Medicine”, n. 328, n. 4, 28 gennaio 1993, pp. 282-.

COPPEs Max J. – ANDERSON Roland A. – EGELER Maarten R. – WOLFF Johannes E.A., *Alternative therapies for the treatment of childhood can-*

- cer, "The New England Journal of Medicine", vol. 339, n. 12, 17 settembre 1998, pp. 846-847.
- FULDER S.J. – MUNRO R.E., *Complementary medicine in the United Kingdom: patients, practitioners, and consultations*, "Lancet", n. 8454, settembre 1985, pp. 542-545.
- FURNHAM A., *How the public classify complementary medicine: a factor analytic study*, "Complementary Therapies in Medicine", vol. 8, n. 2, giugno 2000, pp. 82-87.
- FURNHAM A., *Does experience of the "occult" predict use of complementary medicine? Experience of, and beliefs about, both complementary medicine and ways of telling the future*, "Complementary Therapies in Medicine", vol. 8, n. 4, dicembre 2000, pp. 266-275.
- FURNHAM A., *How the public classify complementary medicine: a factor analytic study*, "Complementary Therapies in Medicine", vol. 8, n. 2, giugno 2000, pp. 82-87.
- FURNHAM A. – YARDLEY L. – FAHMY S. – JAMIE A., *Health beliefs and preferences for medical treatment: a comparison between medical and social science students*, vol. 7, n. 2, giugno 1999, pp. 101-109.
- HARRIS P. – REES R., *The prevalence of complementary and alternative medicine use among the general population: a systematic review of the literature*, "Complementary Therapies in Medicine", vol. 8, n. 2, giugno 2000, pp. 88-96.
- HERBERT Carol P., *Can primary care physicians be a resource to their patients in decisions regarding alternative and complementary therapies for cancer?*, "Patient Education and Counselling", vol. 31, n. 3, luglio 1997, pp. 179-180.
- HORVILLEUR Alain, *Guide pratique de la communication médecin-patient en Homéopathie*, Medical Marketing International (MMI) Editions, Paris, 1999.
- KONITZER M. – BAHRS O. – DOERING TH. – FISCHER G.C., *The homeopathic remedy as an agent of meaning in family interaction: a case study and textual model*, "British Homeopathic Journal", vol. 89, suppl. 1, luglio 2000, p. 51.
- LUFF D. – THOMAS K.J., *Sustaining complementary therapy provision in primary care: lessons from existing services*, "Complementary Therapies in Medicine", vol. 8, n. 3, settembre 2000, pp. 173-179.

- LUFF D. – THOMAS K.J., *“Getting somewhere”, feeling cared for: patients’ perspectives on complementary therapies in the NHS*, “Complementary Therapies in Medicine”, vol. 8, n. 4, dicembre 2000, pp. 253-259.
- NORHEIM Arne Johan – FØNNEBØ Vinjar, *Doctors’ attitudes to acupuncture. A Norwegian study*, “Social Science and Medicine”, vol. 47, n. 4, 16 agosto 1998, pp. 519-523.
- NORHEIM Arne Johan – FØNNEBØ Vinjar, *A survey of acupuncture patients: results from a questionnaire among a random sample in the general population in Norway*, “Complementary Therapies in Medicine”, vol. 8, n. 3, settembre 2000, pp. 187-192.
- PAWLUCH Dorothy – CAIN Roy – GILLET James, *Lay constructions of HIV and complementary therapy use*, “Social Science and Medicine”, vol. 51, n. 2, 16 luglio 2000, pp. 251-264.
- PERRY R. – DOWRICK C., *Homeopathy and general practice: an urban perspective*, “Complementary Therapies in Medicine”, vol. 8, n. 2, giugno 2000, pp. 71-75.
- REES R.W. – FEIGEL I. – VICKERS A. – ZOLLMAN C. – MCGURK R. – SMITH C., *Prevalence of complementary therapy use by women with breast cancer: a population-based*, “European Journal of Cancer”, vol. 36, n. 11, luglio 2000, pp. 1359-1364.
- SERMEUS G., *Alternative medicine in Europe. A quantitative comparison of the use and knowledge of alternative medicine and patient profiles in nine European countries*, Belgian Consumers’ Association, Bruxelles, 1987.
- SHEKELLE Paul G., *What role for chiropractic in health care?*, “The New England Journal of Medicine”, n. 339, n. 15, 8 ottobre 1998, pp. 1074-.
- SIAHPUSH M., *Postmodern attitudes about health: a population-based exploratory study*, “Complementary Therapies in Medicine”, vol. 7, n. 3, settembre 1999, pp. 164-169.
- THOMPSON Trevor, *Complementary medicine on the world wide web*, “Complementary Therapies in Medicine”, vol. 8, n. 2, giugno 2000, pp. 130-131.
- TOVEY Philip, *Contingent legitimacy: U.K. alternative practitioners and inter-sectoral acceptance*, “Social Science and Medicine”, vol. 45, n. 7, ottobre 1997, pp. 1129-1133.
- VAN HASELEN R. – FISHER P., *Attitudes to evidence on complementary medicine: the perspective of British healthcare purchasers*, vol. 7, n. 3, settembre 1999, pp. 136-141.

VERHEIJ Robert A. – DE BAKKER Dinny H. – GROENEWEGEN Peter P., *Is there a geography of alternative medical treatment in the Netherlands?*, “Health &Place”, vol. 5, n. 1, marzo 1999, pp. 83-97.

Altri utili riferimenti:

ADLER Shelley R., *Complementary and alternative medicine use among women with breast cancer*, “Medical Anthropology Quarterly. International journal for the analysis of health”, vol. 13, n. 2, giugno 1999, pp. 214-222.

BOON H. – BROWN J.B. – GAVIN A., *What are the experiences of women with breast cancer as they decide whether to use complementary/alternative medicine?*, “Western Journal of Medicine”, vol. 173, n. 1, luglio 2000, p. 39.

ATTENA F. – DEL GIUDICE N. – VERRENGIA G. – GRANITO C., *Homoeopathy in primary care: self-reported change in health status*, “Complementary Therapies in Medicine”, vol. 8, n. 1, marzo 2000, pp. 21-25.

EASTHOPE G. – TRANTER B. – GILL G., *General practitioners' attitudes toward complementary therapies*, “Social Science and Medicine”, vol. 51, n. 10, 16 novembre 2000, pp. 1555-1565.

GALLAND Leo, *The four pillars of healing: how the new integrated medicine. The best of conventional and alternative can cure you*, Random House, New York, 1997.

KELNER Merrijoy – WELLMAN Beverly, *Health care and consumer choice: medical and alternative therapies*, “Social Science and Medicine”, vol. 45, n. 2, luglio 1997, pp. 203-212.

HARMSWORTH K. – LEWIS G.T., *Attitudes to traditional Chinese medicine amongst Western trained doctors in the People's Republic of China*, “Social Science and Medicine”, vol. 52, n. 1, gennaio 2001, pp. 149-153.

G. INFLUENZA DELLE IMMIGRAZIONI “EXTRACOMUNITARIE” SULL’IMMAGINE E SULLA DIFFUSIONE DELLE MEDICINE NON CONVENZIONALI IN ITALIA (DAGLI ANNI ‘80 AD OGGI)

LANTERNARI Vittorio, *Dall’Africa in Italia: il culto esorcistico-terapeutico di Emmanuel Milingo*, pp. 271-297, in LANTERNARI Vittorio (curatore), *Medicina, magia, religione, valori. Volume primo*, Liguori Editore, Napoli, 1994, 312 pp.

Tesi universitarie

ASCANI Annalisa, BARTOLI Paolo (relatore), *Itinerari di salute degli immigrati in Umbria: i Brasiliani a Perugia*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 2000.

PELLICCIARI Maya, SEPPILLI Tullio (relatore), *Storie di vita di immigrati e immigrate peruviani a Perugia. Il contesto socio-culturale nel paese d’origine, la decisione di emigrare, il progetto migratorio, il mutamento delle condizioni di esistenza e le pratiche relative ai processi di salute – malattia*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1999.

H. LA MEDICINA FOLCLORICA E LE ALTRE MEDICINE NON CONVENZIONALI NEL TERRITORIO UMBRO

- ACCORRIMBONI Filippo, *Costumi e credenze popolari*, “Club Alpino Italiano. Sezione di Perugia. Annuario”, dispensa II, 1885, pp. 13-15 / in particolare: *Cure di malattie*, p. 14; *Contro le streghe*, pp. 14-15.
- ALCINI Clara, *Magia e stregoneria in provincia di Terni*, “Lares. Organo della Società di etnografia italiana e dell'Istituto di storia delle tradizioni popolari dell'Università di Roma”, anno XXVII, fasc. 3-4, luglio-dicembre 1961, pp. 165-175.
- ALIMENTI Alessandro – FALTERI Paola, *Donna e salute nella cultura tradizionale delle classi subalterne. Appunti da una ricerca sulla medicina popolare nell'Italia centrale*, “Nuova DWF. Donna Woman Femme. Quaderni di studi internazionali sulla donna”, anno II, n. 5, ottobre-dicembre 1977, pp. 75-104 / in particolare: 3. *Sterilità, controllo delle nascite, aborto, concepimento*, pp. 81-85; 4. *Gravidanza, parto, puerperio*, pp. 85-89; 5. *Nascita, allattamento e crescita del bambino*, pp. 89-93; 6. *Sessualità adulta, amore, bellezza*, pp. 94-95; 7. *Patologia dell'infanzia e degli adulti*, pp. 95-99.
- BALESTRUCCI Raffaello [e SEPPILLI Tullio], *Da Spoleto a Norcia: tradizioni e costumi*, pp. 244-248, in *Tuttitalia. Enciclopedia dell'Italia antica e moderna*, vol. XIV. *Umbria*, Edizioni Sadea Sansoni, Firenze, 1964, [XX]+385 pp. / in particolare: pp. 244-247, soprattutto *Fenomenologia del malocchio*, pp. 245-246.
- BANDINI Filippo, *Orvieto: tradizioni e costumi*, pp. 328-331, in *Tuttitalia. Enciclopedia dell'Italia antica e moderna*, vol. XIV. *Umbria*, Edizioni Sadea Sansoni, Firenze, 1964, [XX]+385 pp. / in particolare: *Occultismo e magia*, pp. 330-331 (p. 330).
- BARONTI Giancarlo, *Credenze e pratiche relative alla protezione magico-religiosa contro il fulmine e la grandine dalla collezione di amuleti “Giuseppe Bellucci”*, pp. 39-89, in BARONTI Giancarlo (curatore) / COMUNE DI PERUGIA – ISTITUTO DI ETNOLOGIA E ANTROPOLOGIA CULTURALE DELLA UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA – SOPRINTENDENZA ARCHEOLOGICA PER L'UMBRIA (enti curatori), “...né porcherie né acque rie...”. *Forme di protezione magico-religiosa contro il fulmine e la grandine dalla collezione di amuleti “Giuseppe Belluc-*

- ci". *Catalogo della mostra (Perugia, 12 aprile – 14 maggio 1995)*, Volumnia Editrice, Perugia, 1995, 91 pp.
- BARONTI Giancarlo, *Amuleti e oggetti terapeutici relativi alla gravidanza, al parto, all'allattamento e alla prima infanzia*, pp. 42-110, in BARONTI Giancarlo (curatore), *I cardini della vita. Percorsi di protezione della gravidanza del parto ed alla prima infanzia. Corciano, 7-22 agosto 1999. Catalogo*, Banca di Credito Cooperativo di Mantignana, s.l., 1999, 127 pp. (Corciano Festival. Agosto corcianoese, XXXV).
- BARONTI Giancarlo, *Male comune. L'ideologia della stregoneria e del malocchio nella cultura popolare umbra*, pp. 47-65, in BARONTI Giancarlo (curatore), *Le sembianze del male. Precarietà della vita umana e risorse di salvezza. Corciano, 5-31 agosto 2000. Catalogo*, Banca di Credito Cooperativo di Mantignana, s.l., 2000, 111 pp. (Corciano Festival. Agosto corcianoese, XXXVI).
- BARONTI Giancarlo, *Un episodio di possessione visto dal "basso"*, pp. 66-69, in BARONTI Giancarlo (curatore), *Le sembianze del male. Precarietà della vita umana e risorse di salvezza. Corciano, 5-31 agosto 2000. Catalogo*, Banca di Credito Cooperativo di Mantignana, s.l., 2000, 111 pp. (Corciano Festival. Agosto corcianoese, XXXVI).
- BARONTI Giancarlo, *Schede*, pp. 70-92, in BARONTI Giancarlo (curatore), *Le sembianze del male. Precarietà della vita umana e risorse di salvezza. Corciano, 5-31 agosto 2000. Catalogo*, Banca di Credito Cooperativo di Mantignana, s.l., 2000, 111 pp. (Corciano Festival. Agosto corcianoese, XXXVI).
- BARONTI Giancarlo (curatore) / COMUNE DI PERUGIA – ISTITUTO DI ETNOLOGIA E ANTROPOLOGIA CULTURALE DELLA UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA – SOPRINTENDENZA ARCHEOLOGICA PER L'UMBRIA (enti curatori), *"...né porcherie né acque rie...". Forme di protezione magico-religiosa contro il fulmine e la grandine dalla collezione di amuleti "Giuseppe Bellucci". Catalogo della mostra (Perugia, 12 aprile – 14 maggio 1995)*, Volumnia Editrice, Perugia, 1995, 91 pp.
- BARTOLI Paolo – FALTERI Paola, *Il corpo conteso. Medicina "ufficiale" e medicina "popolare" a Magione*, "La Ricerca Folklorica. Contributi allo studio della cultura delle classi popolari", n. 8, ottobre 1983 (dedicato a *La medicina popolare in Italia*, a cura di Tullio SEPPILLI, pp. 3-136), pp. 57-66.
- BARTOLI Paolo – FALTERI Paola, *La medicina popolare in Umbria dalla fine dell'800 ad oggi: permanenze e trasformazioni*, pp. 167-208, in

- PASTORE A. – SORCINELLI P. (curatori), *Sanità e società. Emilia Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Lazio. Secoli XVI-XX*, Casamassima, Udine, 1987.
- BARTOLI Paolo – FALTERI Paola, *Medicina popolare e medicina ufficiale*, pp. 1107-1120, in ROSSI Raffaele (curatore), *Storia illustrata delle città dell'Umbria. Perugia*, tomo III, Elio Sellino Editore, Milano, [VI] + 769-1199 pp.
- BASETTI-SANI Antonio, *Assisi: tradizioni e costumi*, pp. 185-188, in *Tuttitalia. Enciclopedia dell'Italia antica e moderna*, vol. XIV. *Umbria*, Edizioni Sadea Sansoni, Firenze, 1964, XX+385 pp. / in particolare: pp. 187-188.
- BELARDINELLI Anna (curatore), *La magia in Umbria ieri e oggi*, “Cronache Umbre. Settimanale di politica, cultura, attualità”, anno III, n. 1, 4 gennaio 1975, pp. 11-15.
- BELLUCCI Bruno, *Riti d'Imene*, “Bollettino del Rotary Club di Perugia”, n. 68, gennaio 1967, pp. 5-16.
- BELLUCCI Giuseppe, *Avanzi dell'epoca preistorica nell'Umbria. Seconda nota*, “Atti della Società italiana di scienze naturali”, vol. XIV, fasc. 2, 1871 (estratto: coi tipi di Giuseppe Bernardoni, Milano, 1871, 20 pp., 1 tav. f.t.).
- BELLUCCI Giuseppe, *Avanzi dell'epoca preistorica nell'Umbria. Terza nota*, “Atti della Società italiana di scienze naturali”, vol. XIV, fasc. 2, 1871 (estratto: coi tipi di Giuseppe Bernardoni, Milano, 1871, 15 pp.).
- BELLUCCI Giuseppe, *Paleoetnologia dell'Umbria. Territorio di Norcia. Nota*, “Archivio per l'Antropologia e la Etnologia. Organo della Società italiana di antropologia e di etnologia”, vol. IV, fasc. 1, 1874, pp. 12-18 / in particolare: *Escursione ai Monti della Sibilla*, pp. 17-18.
- BELLUCCI Giuseppe, *Congresso internazionale di antropologia ed archeologia preistoriche. IX sessione, a Lisbona. Relazione*, “Archivio per l'Antropologia e la Etnologia. Organo della Società italiana di antropologia, etnologia e psicologia comparata”, vol. XI, fasc. 3, 1881, pp. 187-247.
- BELLUCCI Giuseppe, *Catalogo della collezione di amuleti inviata all'Esposizione nazionale di Milano. 1881*, Tipografia di Vincenzo Bartelli, Perugia, 1881, 24 pp.
- [BELLUCCI Giuseppe], *Superstizioni dell'oggi in Italia*, con una premessa redazionale, “Archivio per l'Antropologia e la Etnologia. Organo della

- Società italiana di antropologia, etnologia e psicologia comparata”, vol. XI, fasc. 3, 1881, pp. 434-437.
- BELLUCCI Giuseppe, *Leggende, credenze e costumi popolari dell'Umbria*, “Club Alpino Italiano. Sezione di Perugia. Annuario”, dispensa I, 1884, pp. 6-11 / in particolare: *Prevenzione e guarigione di malattie*, pp. 9-11; *Usi funebri*, p. 11.
- BELLUCCI Giuseppe, *Leggende eugubine. Il volto di S. Ubaldo*, “Club Alpino Italiano. Sezione di Perugia. Annuario”, dispensa II, 1885, pp. 12-13
- BELLUCCI Giuseppe, *Al Monte Vettore*, Tipografia Vincenzo Bartelli, Perugia, 1886, 30 pp. / in particolare: p. 13.
- BELLUCCI Giuseppe, *Sopra alcuni ornamenti personali antico-italici. Nota*, seduta del 16 dicembre 1888, “Atti della Reale Accademia dei Lincei. Rendiconti”, serie IV, vol. IV, II semestre 1888, pp. 426-428.
- BELLUCCI Giuseppe, *Catalogue descriptif d'une collection d'amulettes italiennes envoyée à l'Exposition universelle de Paris. 1889*, Pérouse, Imprimerie Boncompagni, 1889, 81 pp.
- BELLUCCI Giuseppe, *Le stelle cadenti e le loro leggende*, Perugia, Tipografia Boncompagni, 1893, 35 pp.
- BELLUCCI Giuseppe, *L'eresia nei parafulmini*, “L'Umbria. Rivista d'arte e di letteratura”, anno I, n.9, 10 maggio 1898, pp. 70-71.
- BELLUCCI Giuseppe, *Amuleti italiani e contemporanei. Catalogo descrittivo della collezione inviata all'Esposizione nazionale di Torino*, Perugia, Unione Tipografica Cooperativa (già Ditta Boncompagni), 1898, 104 pp.
- BELLUCCI Giuseppe, *Folk-lore umbro. Pegno del fidanzamento* (in occasione delle nozze Symonds-Vaughan XXVIII luglio MDCCCXCVIII), Perugia, Unione Tipografica Cooperativa, 1898, 23 pp. / in particolare: nota 1 a p. 20.
- BELLUCCI Giuseppe, *Amulettes italiennes anciennes et contemporaines. Série d'amulettes antiques avec amulettes modernes en regard*, pp. 275-287, in *Exposition universelle de 1900. Catalogue de l'Exposition de la Société d'anthropologie de Paris*, “Bullettins et Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris”, V série, tome I, fasc. 4, 1900, pp. 254-294.
- BELLUCCI Giuseppe, *Amuleti italiani antichi e contemporanei. Catalogo descrittivo. Contributo alla storia della medicina*, “Università di Perugia.

- Annali della Facoltà di Medicina e Memorie della Accademia Medico-Chirurgica di Perugia”, vol. XII, fasc. 3-4, [1900] , pp. 239-263.
- BELLUCCI Giuseppe, *Amuleti italiani antichi e contemporanei. Catalogo descrittivo*, Unione Tipografica Cooperativa, Perugia, 1900, 27 pp.
- BELLUCCI Giuseppe, *Amuleti italiani antichi e contemporanei. Catalogo descrittivo. Pubblicazione fatta nella circostanza delle nozze Furse-Symonds XVI ottobre MCM*, Unione Tipografica Cooperativa, Perugia, 1900, 27 pp.
- BELLUCCI Giuseppe, [Catalogo descrittivo della collezione inviata all’Esposizione nazionale di Torino], pp.7-27, [riproduzioni delle tavole presentate all’Esposizione], tavv. 37-39, in GIACOSA Piero (curatore), *Magistri salernitani nondum editi. Catalogo ragionato della Esposizione di Storia della medicina aperta in Torino nel 1898. Atlante. 40 tavole in fototipia con indice particolareggiato*, Torino, Fratelli Bocca Editori, 1901, 27 pp., 40 tavv. f.t.
- BELLUCCI Giuseppe, *Collezione paletnologica ed etnologica Bellucci in Perugia*, “Archivio per l’Antropologia e la Etnologia”, vol. XXXI, 1901, pp. 299-312.
- [BELLUCCI Giuseppe, *Leggende della regione reatina*, “Bollettino della Regia Deputazione di Storia Patria per l’Umbria”, anno VII, vol. VII, fasc. 3, 1901, pp. 603-612 / in particolare: *II. L’antimonio*, pp 608-610, *III. L’erba della concordia e della concordia*, pp. 610-612.]
- [BELLUCCI Giuseppe, *Leggende della regione reatina*, Unione Tipografica Cooperativa, Perugia, [1901], 12 pp. / in particolare: *II. L’antimonio*, pp 8-10, *III. L’erba della concordia e della concordia*, pp. 10-12.]
- BELLUCCI Giuseppe, *La grandine nell’Umbria. Con note esplicative e comparative e con illustrazioni*, Unione Tipografica Cooperativa, Perugia, 1903, 136, pp. (Tradizioni popolari italiane, n. 1).
- BELLUCCI Giuseppe, *Il feticismo primitivo in Italia e le sue forme di adattamento*, Unione Tipografica Cooperativa, Perugia, 1907, X+158 pp. (Tradizioni popolari italiane, n. 2).
- BELLUCCI Giuseppe, *L’indeterminato e l’ignoto nella psicologia popolare*, “Rivista di Psicologia Applicata”, anno IV, n. 3, maggio-giugno 1908, pp. 194-202.
- BELLUCCI Giuseppe, *Un capitolo di psicologia popolare: gli amuleti*, Unione Tipografica Cooperativa, Perugia, 1908, II+64 pp., 36 ill. (Tradizioni popolari italiane, n. 3).

- BELLUCCI Giuseppe, *Quelques observations sur les pointes de foudre*, “L’Anthropologie. Matériaux pour l’histoire de l’homme. Revue d’anthropologie – Revue d’ethnographie réunies”, tomo XX, n.1, gennaio-febbraio 1909, pp.31-34.
- BELLUCCI Giuseppe, *Sul bisogno di dissetarsi attribuito all’anima dei morti. Riti funebri antichi concetti tradizionali e riti funebri moderni. Nota*, “Archivio per l’Antropologia e la Etnologia”, vol. XXXIX, fasc. 3-4, 1909, pp. 213-229.
- BELLUCCI Giuseppe, *Recenti scoperte paleontologiche nell’antichissima necropoli di Terni*, “Bulettno di Paleontologia Italiana”, anno XXXV, serie IV, tomo V, n. 1-4, gennaio-aprile 1909, pp. 13-20 / anno XXXV, serie IV, tomo V, n. 5-9, maggio-settembre 1909, pp. 78-104, 1 tav. f.t. / in particolare: pp. 101-104.
- BELLUCCI Giuseppe, *La placenta nelle tradizioni italiane e nell’etnografia*, “Archivio per la Antropologia e la Etnologia”, vol. XL, fasc. 3-4, 1910, pp. 316-352.
- [BELLUCCI Giuseppe], *Amuleti contemporanei*, pp. 117-124, in *Esposizione internazionale di Roma 1911. Catalogo della Mostra di etnografia italiana in piazza d’Armi*, Bergamo, Istituto Italiano d’Arti Grafiche, 1911, 186 pp.
- BELLUCCI Giuseppe, *Amuleti italiani antichi e contemporanei. Esposizione internazionale di igiene sociale in Roma sotto l’alto patronato di S.M. la Regina Elena. Sezione I. Retrospettiva*, Unione Tipografica Cooperativa, Perugia, 1912, 21 pp.
- BELLUCCI Giuseppe, *Cuspidi di freccia in bronzo; loro impiego votivo*, “Bulettno di Paleontologia Italiana”, anno XL, serie IV, tomo X, n. 1-6, gennaio-giugno 1914, pp. 56-71 / in particolare: pp. 64-71.
- BELLUCCI Giuseppe, *Sui monti. Ricordi ed impressioni*, Perugia, Stabilimento Tipografico Vincenzo Bartelli & C., 1915, 27 pp. / in particolare 9-10 e p. 12.
- BELLUCCI Giuseppe, *Il feticismo primitivo in Italia e le sue forme di adattamento*, II ediz., Unione Tipografica Cooperativa, Perugia, 1919, XII+158 pp. (Tradizioni popolari italiane, n. 2).
- BELLUCCI Giuseppe, *I chiodi nell’etnografia antica e contemporanea*, Perugia, Unione Tipografica Cooperativa, 1919, IV+266 pp. (Tradizioni popolari italiane, n. 5).
- BELLUCCI Giuseppe, *Folk-lore di guerra*, Perugia, Unione Tipografica Cooperativa, 1920, 119 pp. (Tradizioni popolari italiane, n. 6) / in

- particolare: capitolo VI. *Superstizioni italiane. Amuleti*, pp. 70-101; capitolo VII. *Credenze e pratiche superstiziose nell'esercito italiano*, pp. 102-118.
- BELLUCCI Giuseppe, *I vivi ed i morti nell'ultima guerra d'Italia. Studio folklorico*, Perugia, Unione Tipografica Cooperativa, 1920, 61 pp. (Tradizioni popolari italiane, n. 7).
- BELLUCCI Mario, *Giuseppe Bellucci: un profilo*, pp. 37-38, in BARONTI Giancarlo (curatore) / COMUNE DI PERUGIA – ISTITUTO DI ETNOLOGIA E ANTROPOLOGIA CULTURALE DELLA UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA – SOPRINTENDENZA ARCHEOLOGICA PER L'UMBRIA (enti curatori), “...né porcherie né acque rie...”. *Forme di protezione magico-religiosa contro il fulmine e la grandine dalla collezione di amuleti “Giuseppe Bellucci”*. *Catalogo della mostra (Perugia, 12 aprile – 14 maggio 1995)*, Volumnia Editrice, Perugia, 1995, 91 pp.
- BOCCI Emidio, *Folklore umbro. Pastori dell'Appennino*, “Vita Umbra. Rivista mensile. Arte – letteratura – scienze – varietà”, anno I, n. 3, dicembre 1928, pp. 73-75.
- BUSTI Giulio, *Questioni tecnico-stilistiche relative agli ex-voto in maiolica nel complessivo andamento della produzione ceramica derutese*, pp. 63-68, in GUAITINI Grazietta (curatore) – PROVINCIA DI PERUGIA (ente curatore), *Gli ex-voto in maiolica della Chiesa della Madonna dei Bagni a Casalina presso Deruta*, Nuova Guaraldi Editrice, Firenze, 1983, 365 pp.
- CASAGRANDE Giovanna, *Misericordie e gonfaloni come espressioni della religiosità popolare*, schede di BATTISTONI Enrico, pp. 19-38, in BARONTI Giancarlo (curatore), *La materia del Sacro. Immagini e oggetti di protezione e devozione. Corciano, 8-30 agosto 1998. Catalogo*, Banca di Credito Cooperativo di Mantignana, s.l., 1998, 127 pp. (Corciano Festival. Agosto corcianese, XXXIV).
- CASAGRANDE Giovanna, *Le colpe delle streghe*, pp. 24-30, in BARONTI Giancarlo (curatore), *Le sembianze del male. Precarietà della vita umana e risorse di salvezza. Corciano, 5-31 agosto 2000. Catalogo*, Banca di Credito Cooperativo di Mantignana, s.l., 2000, 111 pp. (Corciano Festival. Agosto corcianese, XXXVI).
- CHINI Mario, *Canti popolari umbri raccolti nella città e nel contado di Spoleto*, Atanòr, Todi, s.d., XLII+286 pp. / in particolare: IV. *Formule superstiziose*, pp. 70-72.

- CARAVAGLIOS Cesare, *L'anima religiosa della guerra*, Milano, Mondadori, 1935, 275 pp., 34 tavv. f.t. / in particolare *Amuleti e reliquie di guerra*, pp. 97-160 [pagine concernenti l'Umbria: 149-150].
- EUSTACCHI-NARDI Anna Maria, *Città di Castello e l'Alta Val Tiberina: tradizioni e costumi*, pp. 128-131, in *Tuttitalia. Enciclopedia dell'Italia antica e moderna*, vol. XIV. *Umbria*, Edizioni Sadea Sansoni, Firenze, 1964, [XX]+385 pp. / in particolare: *Il grave umbro*, pp. 129-130.
- FALOCI PULIGNANI Michele, *Della chiesa dei Santi Apostoli Pietro e Paolo nel villaggio di Cancelli presso Foligno. Notizie storico-critiche*, Stabilimento di Pietro Sgariglia, Foligno (provincia di Perugia), 1882, 93 pp., 3 tavv. f.t. / in particolare: *capo IV. Le guarigioni*, pp. 30-39.
- FALOCI PULIGNANI Michele, *Le memorie dei Santi Apostoli Pietro e Paolo nel villaggio di Cancelli e le origini del Cristianesimo nel territorio di Foligno*, Premiata Tipografia Artigianelli di San Carlo, Foligno, 1894, 221 pp. / in particolare: capitolo XV. *Le guarigioni del secolo XIX*, pp. 188-208; capitolo XVI. *La famiglia dei Cancelli*, pp. 209-216.
- FALTERI Paola, *La medicina popolare / Umbria*, pp. 160-165, in SEPPILLI Tullio (curatore), *Le tradizioni popolari in Italia. Medicine e magie*, E-lecta, Milano, 1989, 220 pp.
- FALTERI Paola, *Continuità e mutamento nella magia contadina umbra*, pp. 175-186, in GATTO TROCCHI Cecilia (curatore), *Il talismano e la rosa. Magia ed esoterismo*, Bulzoni Editore, Roma, 1992, 198 pp.
- FRATE LUPO, *Amuleti umbri*, "Augusta Perusia. Rivista di topografia, arte e costume dell'Umbria", anno I, n. 2, febbraio 1906, p. 30.
- GALLETTI Anna Imelde, "Infirmatas" e terapia sacra in una città medievale (Orvieto, 1240), "La Ricerca Folklorica. Contributi allo studio della cultura delle classi popolari", n. 8, ottobre 1983 (dedicato a *La medicina popolare in Italia*, a cura di Tullio SEPPILLI, pp. 3-136), pp. 17-34.
- GRIFONI Oreste, *Proverbi umbri*, Libreria Editrice Commissionaria L'Appennino, Foligno, 1943, XXII+167 pp.
- GUAITINI ABBOZZO Grazietta, *Todi e la media Val Tiberina: tradizioni e costumi*, p. 297-301, in *Tuttitalia. Enciclopedia dell'Italia antica e moderna*, vol. XIV. *Umbria*, Edizioni Sadea Sansoni, Firenze, 1964, [XX]+385 pp.
- GUAITINI Grazietta – SEPPILLI Tullio, *L'irruzione del negativo e l'intervento del soprannaturale nello spazio e nel tempo quotidiano: la fondazione del culto e il corpus di ex-voto in maiolica della madonna dei*

- Bagni*, pp. 11-39, in GUAITINI Grazietta (curatore) – PROVINCIA DI PERUGIA (ente curatore), *Gli ex-voto in maiolica della Chiesa della Madonna dei Bagni a Casalina presso Deruta*, Nuova Guaraldi Editrice, Firenze, 1983, 365 pp.
- GUAITINI Grazietta – SEPPILLI Tullio, *La indagine tipologica sugli ex-voto in maiolica della Chiesa della Madonna dei Bagni presso Deruta*, pp. 71-79, in GUAITINI Grazietta (curatore) – PROVINCIA DI PERUGIA (ente curatore), *Gli ex-voto in maiolica della Chiesa della Madonna dei Bagni a Casalina presso Deruta*, Nuova Guaraldi Editrice, Firenze, 1983, 365 pp.
- GUAITINI Grazietta – SEPPILLI Tullio, *Tabulazione delle informazioni emerse dalla analisi degli ex-voto della Chiesa della Madonna dei Bagni*, pp. 80-93, in GUAITINI Grazietta (curatore) – PROVINCIA DI PERUGIA (ente curatore), *Gli ex-voto in maiolica della Chiesa della Madonna dei Bagni a Casalina presso Deruta*, Nuova Guaraldi Editrice, Firenze, 1983, 365 pp.
- [GUAITINI Grazietta – SEPPILLI Tullio] *Catalogo. Riproduzioni e schede*, pp. 94-365, in GUAITINI Grazietta (curatore) – PROVINCIA DI PERUGIA (ente curatore), *Gli ex-voto in maiolica della Chiesa della Madonna dei Bagni a Casalina presso Deruta*, Nuova Guaraldi Editrice, Firenze, 1983, 365 pp.
- GUAITINI Grazietta (curatore) / PROVINCIA DI PERUGIA (ente curatore), *Gli ex-voto in maiolica della Chiesa della Madonna dei Bagni a Casalina presso Deruta*, Nuova Guaraldi Editrice, Firenze, 1983, 365 pp.
- MAZZIER Alessio, *Il ciclo della vita umana nelle tradizioni popolari umbre*, presentazione di Toschi Paolo, “Bollettino della Deputazione di Storia Patria dell’Umbria”, vol. XLIX, 1952, pp. 5-108.
- MONOTTI Claudio, *Il restauro degli ex-voto in maiolica della Chiesa della Madonna dei Bagni*, pp. 69-70, in GUAITINI Grazietta (curatore) – PROVINCIA DI PERUGIA (ente curatore), *Gli ex-voto in maiolica della Chiesa della Madonna dei Bagni a Casalina presso Deruta*, Nuova Guaraldi Editrice, Firenze, 1983, 365 pp.
- NICASÌ Giuseppe, *Le credenze religiose delle popolazioni rurali dell’Alta Valle del Tevere*, “Lares. Bollettino della Società di etnografia italiana”, vol. I, fasc. 2-3, maggio-dicembre 1912, pp. 137-176.
- NICOLINI Ugolino, *La Madonna dei Bagni: il culto e la documentazione*, pp. 41-53, in GUAITINI Grazietta (curatore) – PROVINCIA DI PERUGIA (ente curatore), *Gli ex-voto in maiolica della Chiesa della Madonna dei*

- Bagni a Casalina presso Deruta*, Nuova Guaraldi Editrice, Firenze, 1983, 365 pp.
- PAPA Cristina, *I guaritori*, pp. 77-84, in SEPPILLI Tullio (curatore), *Le tradizioni popolari in Italia. Medicine e magie*, Electa, Milano, 1989, 220 pp.
- PETRANGELI Enrico, *Podestà e taumaturgo. Focalizzazioni verso una comprensione antropologica medica della leggenda di Pietro Parenzo*, "Università degli Studi di Perugia. Annali della Facoltà di Lettere e Filosofia. 2. Studi Storico-Antropologici", vol. XXXI-XXXII, nuova serie vol. XVII-XVIII, 1993/94-1994/95, pp. 87-109.
- PETRANGELI Enrico, *Podestà o mendicante o sarta, comunque taumaturgo. Cambiamenti tipologici e persistenza del ruolo terapeutico nella "fabbrica del santo" attraverso la letteratura agiografica orvietana dei secoli XII-XIV*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 3-4, ottobre 1997, pp. 219-245.
- RIGUCCI Gio: Batta [Giovanbattista], *Don Matteo informa il medico del suo male (sonetto V)*, "La Valle Tiberina. Foglio settimanale ossia illustrazione periodica della topografia, della storia, degli uomini illustri, delle scienze, delle belle arti, dell'industria, dell'agricoltura, dei costumi, del dialetto e rivista degli interessi morali, agrari, economici, municipali e politici delle comunità di Città di Castello, S. Sepolcro, Anghiari, Pieve S. Stefano, Monterchi, Monte S. Maria, Badia Tebalda, Sestino, Citerna, Pietralunga nella Valle Tiberina toscana e tifernate", anno II, n. 8, 25 agosto 1867, p. 122.
- RIGUCCI Gio: Batta [Giovanbattista], *Don Matteo medica i dolori della serva Domenica (sonetto XVIII)*, "La Valle Tiberina. Foglio settimanale ossia illustrazione periodica della topografia, della storia, degli uomini illustri, delle scienze, delle belle arti, dell'industria, dell'agricoltura, dei costumi, del dialetto e rivista degli interessi morali, agrari, economici, municipali e politici delle comunità di Città di Castello, S. Sepolcro, Anghiari, Pieve S. Stefano, Monterchi, Monte S. Maria, Badia Tebalda, Sestino, Citerna, Pietralunga nella Valle Tiberina toscana e tifernate", anno III, n. 2, 12 gennaio 1868, p. 30.
- RIGUCCI Gio: Batta [Giovanbattista], *La musa tifernate. I sonetti in dialetto su Don Mattio con alcuni inediti*, Prato, Tipografia F. Alberghetti, 1873, 40 pp. / in particolare: *Don Mattio informa il medico del suo male*, pp. 9-10; *Don Mattio cura i dolori della serva Domenica*, p. 22.

- RUGARLI Vittorio, *La "città d'Umbria" e la Mandragola*, "Rivista delle Tradizioni popolari Italiane", anno I, fasc. 5, 1 aprile 1894, pp. 342-345.
- SACCHI DE ANGELIS Maria Enrica, *Esempi di pranoterapia nell'ambiente rurale dell'Italia centrale*, pp. 187-198, in PALAGIANO Cosimo – DE SANTIS Giovanni (curatori), *Atti del Terzo seminario internazionale di geografia medica (Cassino, 10-12 giugno 1988)*, Edizioni RUX, Perugia, 1989, 597 pp., 4 carte f.t.
- SARTORE Alberto Maria, *Ritualità di una magia al maschile*, pp. 41-42, in BARONTI Giancarlo (curatore), *Le sembianze del male. Precarietà della vita umana e risorse di salvezza. Corciano, 5-31 agosto 2000. Catalogo*, Banca di Credito Cooperativo di Mantignana, s.l., 2000, 111 pp. (Corciano Festival. Agosto corcianoese, XXXVI).
- SEPPILLI Tullio, *Umbria: folklore*, pp. 67-72, in *Tuttitalia. Enciclopedia dell'Italia antica e moderna*, vol. XIV. *Umbria*, Edizioni Sadea Sansoni, Firenze, 1964, [XX]+385 pp. / in particolare: *L'ideologia magica*, pp. 68-70.
- SEPPILLI Tullio, *Perugia: tradizioni e costumi*, pp. 102-105, in *Tuttitalia. Enciclopedia dell'Italia antica e moderna*, vol. XIV, *Umbria*, Edizioni Sadea Sansoni, Firenze, 1964, [XX]+385 pp. / in particolare: p. 105.
- SEPPILLI Tullio, *Nota sulla collezione di amuleti "Giuseppe Bellucci"*, "Università degli studi di Perugia. Annali della Facoltà di Lettere e Filosofia. 2. Studi Storico-Antropologici", vol. XVI-XVII, nuova serie vol. II-III, 1978/79-1979/80, pp. 77-100.
- SEPPILLI Tullio, *Gli amuleti: la collezione "Giuseppe Bellucci" di Perugia*, pp. 51-56, in SEPPILLI Tullio (curatore), *Le tradizioni popolari in Italia. Medicine e magie*, Electa, Milano, 1989, 220 pp.
- SEPPILLI Tullio, *Giuseppe Bellucci e la sua collezione di amuleti*, pp. 7-36, in BARONTI Giancarlo (curatore) / COMUNE DI PERUGIA – ISTITUTO DI ETNOLOGIA E ANTROPOLOGIA CULTURALE DELLA UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA – SOPRINTENDENZA ARCHEOLOGICA PER L'UMBRIA (enti curatori), "...né porcherie né acque rie...". *Forme di protezione magico-religiosa contro il fulmine e la grandine dalla collezione di amuleti "Giuseppe Bellucci"*. *Catalogo della mostra (Perugia, 12 aprile – 14 maggio 1995)*, Volumnia Editrice, Perugia, 1995, 91 pp.
- SEPPILLI Tullio, *Giuseppe Bellucci e la sua collezione di amuleti*, pp. 341-375, in POLVERINI Leandro (curatore), *Erudizione e antiquaria a Perugia nell'Ottocento*, Università degli Studi di Perugia – Edizioni

- Scientifiche Italiane, Napoli, 1998, 400 pp. (Incontri perugini di storia della storiografia antica e sul mondo antico, V. Acquasparta, 28-30 maggio 1990).
- SEPPILLI Tullio, *Breve nota sulla collezione "Giuseppe Bellucci"*, pp. 15-18, in BARONTI Giancarlo (curatore), *La materia del Sacro. Immagini e oggetti di protezione e devozione. Corciano, 8-30 agosto 1998. Catalogo*, Banca di Credito Cooperativo di Mantignana, s.l., 1998, 127 pp. (Corciano Festival. Agosto corcianese, XXXIV).
- SULPIZI Fernando [padre], *Riflessioni sulla possessione e sull' maleficio*, pp. 31-40, in BARONTI Giancarlo (curatore), *La materia del Sacro. Immagini e oggetti di protezione e devozione. Corciano, 8-30 agosto 1998. Catalogo*, Banca di Credito Cooperativo di Mantignana, s.l., 1998, 127 pp. (Corciano Festival. Agosto corcianese, XXXIV)
- ZANETTI Zeno, *La medicina delle nostre donne (1892)*, a cura di M. Raffaella TRABALZA, con un saggio di Alberto Maria CIRESE, Ediclio, Foligno (provincia di Perugia), 1978, 106+XX+271 pp. [ediz. orig.: *La medicina delle donne. Studio folk-lorico premiato dalla Società italiana di antropologia*, con una lettera di MANTEGAZZA Paolo (*La psicologia delle superstizioni. Lettera del Senatore Paolo Mantegazza*), Lapi, Città di Castello, 1892, XX+271 pp.].
- ZANETTI Zeno, *Amuleti. Nozze Faina-Torelli Massini*, Tip. Boncompagni, Perugia, 1885, 35 pp.
- ZANETTI Zeno, *Nonne e bambini. Saggio di credenze popolari umbre (Nozze Paoletti-Lancetti)*, Perugia, Santucci Vincenzo, 1886, 35 pp.

Tesi universitarie

- AMBROGI Antonella Maria, Paola FALTERI (relatore), *Il ciclo della vita a Rasiglia (comune di Foligno, provincia di Perugia, Umbria): gravidanza, parto, allattamento*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1994.
- ANTONELLI PUCCI Antonella, SEPPILLI Tullio (relatore), *Ricerca sulle tradizioni magiche concernenti la "grotta di Sibilla" e il Lago di Pilato (Monti Sibillini)*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e

- filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1968.
- ARCHILEI Silvia, SEPPILLI Tullio (relatore), *Indagine sugli ex-voto conservati negli edifici ecclesiastici dei Comuni di Foligno e Montefalco (provincia di Perugia, Umbria)*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1990.
- BAGAGLIA Carlotta, PIZZA Giovanni – SEPPILLI Tullio (relatori), *L'integrazione delle terapie non convenzionali nelle opinioni e nelle scelte operative dei medici generalisti e dei pediatri di libera scelta. Una inchiesta nel Distretto n. 1 dell'Azienda U.S.L. n. 2 della Regione dell'Umbria*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio, 2001.
- BARCACCIA Cecilia, SEPPILLI Tullio (relatore), *La gestione domestica dei processi di salute/malattia. Il quadro concettuale e una indagine empirica nell'area di Colombella (comune di Perugia, Umbria)*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 2000.
- BATTISTINI Viola, SEPPILLI Tullio (relatore), *Una famiglia dotata di poteri terapeutico-taumaturgici ereditari. Inchiesta sui guaritori di sciatica nel villaggio di Cancelli (comune di Foligno, provincia di Perugia, Umbria). 2. Il Santuario, l'accesso dei fedeli, le guarigioni, i processi di circolazione delle informazioni*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in filosofia, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1979.
- BATTISTONI Anna Rita, SEPPILLI Tullio (relatore), *Credenze e pratiche popolari tradizionali relative alla grandine ed al fulmine nelle aree collinari dei comuni di Deruta, Gualdo Cattaneo, Collazzone e Todi*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1994.
- BEDINI Barbara, SEPPILLI Tullio (relatore), *Interpretazioni e terapie magico-religiose di disturbi mentali nel comprensorio eugubino-gualdese (provincia di Perugia, Umbria)*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1997.
- BIANCHI Maria Paola, SEPPILLI Tullio (relatore), *Gravidanza, parto, allattamento, prima infanzia nella cultura contadina tradizionale del Comune di Sellano (provincia di Perugia, Umbria)*, Università degli

- mune di Sellano (provincia di Perugia, Umbria)*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1986.
- BIGANTI Rossella, SEPPILLI Tullio (relatore), *Le tradizioni popolari relative al ciclo della vita, le fiabe e i racconti e la medicina popolare nell'area rurale del comune di Todi (provincia di Perugia)*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1982.
- BISCARINI Maria, SEPPILLI Tullio (relatore), *Le tradizioni popolari relative al ciclo della morte nell'area nord-occidentale (frazioni di Colle Umberto e San Giovanni del Pantano) del Comune di Perugia (Umbria)*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in filosofia, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1984.
- BUFFETTI Francesca Romana, SEPPILLI Tullio (relatore), *Una medicina occidentale eterodossa: la omeopatia. Lineamenti storici e inchiesta fra medici e veterinari omeopati nella provincia di Perugia (Umbria)*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1997.
- CAMPONOVO Cecilia, SEPPILLI Tullio (relatore), *Farmacopea popolare tradizionale nel territorio eugubino. Stato degli studi e saggio di inchiesta*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 2000.
- CAPEZZALI Adriana, Seppilli Tullio (relatore), *La magia nell'Umbria contemporanea: ricerche bibliografiche e saggio di inchiesta*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di scienze MM.FF.NN., Corso di laurea in scienze biologiche, Istituto di Etnologia, 1956.
- CAROBI Antonella, SEPPILLI Tullio (relatore), *Gli studi sulla magia e medicina popolare nelle Marche e nell'Umbria. Saggio bibliografico (1870-1970)*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1974.
- CARNEVALI Angela, SEPPILLI Tullio (relatore), *Inchiesta sui guaritori tradizionali e "alternativi" nei comuni di Gubbio, Scheggia e Paschelupo, Costacciaro, Sigillo, Gualdo Tadino (comprensorio eugubino-gualdese, provincia di Perugia, Umbria)*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1999.

- CECCHI Letizia, BARONTI Giancarlo (relatore), *La tradizioni popolari relative al ciclo della vita (gravidanza, parto, allattamento) nel comune di Stroncone (provincia di Terni, Umbria)*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1997.
- CHIOVOLONI Rosanna, SEPPILLI Tullio (relatore), *Inchiesta sui guaritori di verruche e i loro pazienti nella Toscana meridionale e nell'area umbra del Trasimeno: in provincia di Arezzo i comuni di Arezzo, Castiglion Fiorentino, Castel San Niccolò, Cortona, Marciano della Chiana, Monte San Savino, in provincia di Siena il comune di Sarteano, in provincia di Perugia i comuni di Castiglione del Lago e Paciano*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1997.
- GAMMAIDONI Federico, SEPPILLI Tullio (relatore), *Guaritori, pratiche demoiatriche, santuari terapeutici. Saggio di inchiesta e indagine archivistica nei comuni di Todi e Massa Martana (provincia di Perugia, Umbria)*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 2000.
- GELMINI Barbara, SEPPILLI Tullio (relatore), *Gli ex voto dipinti della Chiesa della Madonna delle Lacrime conservati nella Pinacoteca comunale di Trevi (provincia di Perugia, Umbria)*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1983.
- GIULIANELLI Chiara, SEPPILLI Tullio (relatore), *Inchiesta su una operatrice terapeutico-religiosa in una media città della provincia di Perugia*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in filosofia, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1974.
- GRAGNOLI Fernando, SEPPILLI Tullio (relatore), *Le tradizioni popolari relative all'insediamento, al ciclo della vita e al ciclo delle feste calendariali, nel nucleo abitato di Muccignano (comune di Città di Castello)*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1969.
- GUBBINI CINGOLANI Maria Pia, SEPPILLI Tullio (relatore), *Le tradizioni popolari relative al ciclo della vita e al ciclo delle feste calendariali e i canti che vi sono connessi nella frazione di Armezzano (comune di Assisi)*,

- provincia di Perugia, Umbria*), Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1970.
- GUERRIERI Elisabetta, SEPPILLI Tullio (relatore), *Inchiesta sulla medicina popolare e sui guaritori nel comune di Fossato di Vico e in aree contermini (provincia di Perugia, Umbria)*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1993.
- GUSTUTI Patricia, SEPPILLI Tullio (relatore), *La fattura e il malocchio nella medicina popolare. Un bilancio dello stato della ricerca nelle Marche e nell'Umbria (1800-1980)*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in filosofia, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1980.
- LANZI Mirella, SEPPILLI Tullio (relatore), *Le tradizioni popolari relative al ciclo della vita e al ciclo delle feste calendariali, e i canti che vi sono connessi nella zona di Norcia (comuni di Norcia e Preci, provincia di Perugia, Umbria)*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1966.
- LEONARDI Laura, SEPPILLI Tullio (relatore), *Amuleti italiani provenienti dalla raccolta Bellucci nella collezione Hildburg del Pitt Rivers Museum di Oxford*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lingue e letterature straniere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1989.
- LEPORE Laura, SEPPILLI Tullio (tutor), *Segni, significati e pratiche inerenti la salute mentale in Alta Valnerina (provincia di Perugia). Fatturalmalocchio/invidia e possessione demoniaca nelle interviste a informatori appartenenti a differenti strati sociali. Un contributo empirico italiano al Progetto di ricerca INECOM (The International Network for Cultural Epidemiology and Community Mental Health)*, Dottorato di ricerca in metodologie della ricerca etnoantropologica (VII ciclo), Università degli studi di Siena [sede amministrativa], Università degli studi di Cagliari – Università degli studi di Perugia [sedi consorziate], 1996.
- MAGI Giovanna, SEPPILLI Tullio (relatore), *Le tradizioni popolari relative al ciclo della vita e delle feste calendariali nelle aree limitrofe al lago Trasimeno*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1977.

- MANCINI Lucia, SEPPILLI Tullio (relatore), *Le tradizioni popolari relative al ciclo della vita nell'area collinare del Comune di Bevagna (provincia di Perugia, Umbria)*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1991.
- MARCHESINI Cinzia, SEPPILLI Tullio (relatore), *Inchiesta su divinatori e terapeuti non convenzionali nei comuni umbri e toscani dell'area trasimena sud-occidentale (comuni di Panicale, Paciano, Castiglione del Lago, Chiusi)*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 2000.
- MARINI Caterina, SEPPILLI Tullio (relatore), *Le tradizioni popolari relative a gravidanza, parto-nascita, cure materne in diversi contesti del comune di Foligno (provincia di Perugia, Umbria)*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1995.
- MAZZILLI Valtere, SEPPILLI Tullio (relatore), *Streghe e spiriti, fatture e malocchio, operazioni magiche di protezione e propiziazione dei raccolti: il mondo occulto nell'area urbana e rurale di Piediluco nel comune di Terni (provincia di Terni, Umbria)*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in filosofia, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1982.
- MENCARINI Nicoletta, SEPPILLI Tullio (relatore), *Le forme tradizionali contadine di protezione della gravidanza, del parto e dell'allattamento nella regione umbra*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in filosofia, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1982.
- MIGLIARINI Francesca, SEPPILLI Tullio (relatore), *Le tradizioni popolari relative al ciclo della vita nell'area collinare del Comune di Magione (provincia di Perugia, Umbria)*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1988.
- MOSCINI Loredana, SEPPILLI Tullio (relatore), *Il cammino della guarigione: saggio di inchiesta su una comunità carismatica nella città di Perugia*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1991.
- MONTESPERELLI Laura, GUAITINI ABBOZZO Grazietta (relatore), *Le tradizioni popolari relative al ciclo della vita nelle frazioni di Ponte d'Assi*,

- Torre Calzolari, Scritto, Cipolletto e Padule (comune di Gubbio, provincia di Perugia)*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di scienze politiche, Scuola speciale di servizio sociale, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1980.
- MONTICELLI Novella, SEPPILLI Tullio (relatore), *Le tradizioni popolari relative al ciclo della vita e al ciclo dell'anno nelle campagne nord-occidentali della campagna spoletina (frazioni di Morgnano, San Brizio, San Niccolò, Terraja, comune di Spoleto, provincia di Perugia, Umbria)*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1982.
- NODESSI PROIETTI Luana, SEPPILLI Tullio (relatore), *Il ciclo della vita nella cultura contadina tradizionale di Castiglione della Valle (comune di Marsciano, provincia di Perugia, Umbria)*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1987.
- OLIVI Maria Grazia, SEPPILLI Tullio (relatore), *Leggende di fondazione e rituali popolari intorno ai santuari di Santa Maria delle Grazie detto "delle Grondici" e di Santa Maria Assunta detto "di Mongiovino" nel comune di Panicale (provincia di Perugia, Umbria)*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1982.
- ORSINI Elisabetta, BARONTI Giancarlo (relatore), *Credenze e pratiche tradizionali relative alla grandine e al fulmine nelle frazioni di Bazzano ed Eggi nel comune di Spoleto (provincia di Perugia, Umbria)*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1997.
- OTTOLENGHI Carla, SEPPILLI Tullio (relatore), *Le tradizioni popolari relative al ciclo della vita nelle frazioni di Scritto, Cipolletto, Ponte d'Assi, L'Orto, Guidone (comune di Gubbio, provincia di Perugia)*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di scienze politiche, Scuola speciale di servizio sociale, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1980.
- PARENTE Fausta, SEPPILLI Tullio (relatore), *L'offerta di prestazioni magiche nella città di Terni: inchiesta su due operatrici specializzate in terapia, divinazione e consulenze comportamentali*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1995.
- PERICOLI Simona, BARONTI Giancarlo (relatore), *Edicole mariane, votive e terapeutiche (Madonne delle Scuffole e dei Cenciarelli): risultato di una*

- indagine nella provincia di Perugia*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1997.
- PETRUCCIOLI Gianluca, BARTOLI Paolo (relatore), *Inchiesta sui guaritori del territorio di Assisi-Spoleto (provincia di Perugia, Umbria)*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1993.
- RIDOLFI Giustina, SEPPILLI Tullio (relatore), *Inchiesta sui guaritori nell'area montana del comune di Foligno (provincia di Perugia, Umbria)*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in filosofia, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1979.
- ROSSI Laura, SEPPILLI Tullio (relatore), *Le tradizioni popolari relative al ciclo dell'anno, e i racconti e le forme mediche che vi sono connesse, nell'area rurale del comune di Todi (provincia di Perugia, Umbria)*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1989.
- ROSSI Rosaria, SEPPILLI Tullio (relatore), *Le tradizioni popolari relative al ciclo della vita e al ciclo delle feste calendariali a Ponte Felcino (comune di Perugia, Umbria)*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1978.
- ROSSI Sabrina, SEPPILLI Tullio (relatore), *L'offerta di prestazioni magiche nella città di Terni: inchiesta sui messaggi diffusi dai mezzi di comunicazione di massa*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1996.
- ROSSINI Francesca, FALTERI Paola (relatore), *Le tradizioni popolari relative a nascita, allattamento, prima e seconda infanzia a Doglio, comune di Monte Castello Vibio, provincia di Perugia, Umbria*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1993.
- SANTONI Sandra, SEPPILLI Tullio (relatore), *Una famiglia dotata di poteri terapeutico-taumaturgici ereditari. Inchiesta sui guaritori di sciatica nel villaggio di Cancelli (comune di Foligno, provincia di Perugia, Umbria): il mito di fondazione, l'autopercezione del ruolo, le tecniche, la struttura organizzativa delle attività*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di

- lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1979.
- SARTI Simonetta, SEPPILLI Tullio (relatore), *Saggio bibliografico sulla magia e la medicina popolare in Emilia-Romagna, Marche, Toscana, Umbria e Sabina*, Università degli studi di Firenze, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, 1971.
- SESTI Mauro, FALTERI Paola (relatore), *Le tradizioni popolari relative alla morte in diversi contesti del comune di Foligno (provincia di Perugia, Umbria)*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1995.
- SIGNORINI Simone, SEPPILLI Tullio (relatore), *Gli ex-voto su tavoletta dipinta del santuario della Madonna Assunta detto "Mongiovino"*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1991.
- SIMONE Maria Paola, BARONTI GIANCARLO (relatore), *Turismo religioso e pellegrinaggio in Umbria analizzato in tre aree campione: Assisi, Cascia, Collevalenza (anni 1986-1995)*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1997.
- STELLA Antonella, BARTOLI Paolo (relatore) *Il ciclo della vita a Morano (comune di Gualdo Tadino, provincia di Perugia, Umbria): gravidanza, parto/nascita, cure materne*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1996.
- TACCHI Tiziana, BARONTI Giancarlo (relatore), *Le tradizioni popolari relative a gravidanza, parto e allattamento nella frazione di Branca, comune di Gubbio (provincia di Perugia, Umbria)*, Università degli studi di Perugia, Facoltà di lettere e filosofia, Corso di laurea in lettere, Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale, 1996.

I. LA FORMAZIONE NELLE MEDICINE NON CONVENZIONALI IN ITALIA

- ALLAIS Giovanni Battista – GIOVANARDI Carlo Maria – PULCRI Roberto – QUIRICO Piero Ettore – ROMOLI Marco – SOTTE Lucio (curatori) – F.I.S.A. FEDERAZIONE ITALIANA DELLE SOCIETÀ DI AGOPUNTURA (ente curatore), *Agopuntura. Evidenze cliniche e sperimentali, aspetti legislativi e diffusione in Italia*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2000, XVIII+169 pp. / in particolare: capitolo 7. *Profilo professionale del medico agopuntore*, pp. 111-115.
- MINELLI Emilio, *Corso di formazione in medicine non convenzionali in Università segno dei tempi e tempo di riflessione*, "Omeopatia Oggi. Rivista trimestrale a cura del CSOA (Centro Studi di Omeopatia Applicata)", anno XI, n. 22, agosto 2000, pp. 6-7.

Altri utili riferimenti

- GREENFIELD S.M. – WEARN A.M. – HUNTON M. – INNES M.A., *Considering the alternatives: a special study module in complementary therapy*, "Complementary Therapies in Medicine", vol. 8, n. 1, marzo 2000, pp. 15-20.
- KING LASSMAN S., *Counselling training for complementary therapists: how much can it help the healing encounter?*, "Complementary Therapies in Medicine", vol. 7, n. 3, settembre 1999, pp. 186-188.
- OWEN David, *Familiarizing medical students with complementary and alternative medicine: encouraging new attitudes and ideas*, "Complementary Therapies in Medicine", vol. 7, n. 1, marzo 1998, pp. 38-41.