



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO
SCUOLA DI MEDICINA

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

*L'Infermiere e le Medicine Complementari:
analisi di un fenomeno emergente*

*Nursing and Complementary Medicine:
analysis of a rising trend*

RELATORE

Carla Maria Bachelet

CANDIDATO

Emanuele Donnantuono

Anno Accademico 2012/2013

Indice

Prefazione.....	4
Introduzione.....	6
Capitolo I - Le Medicine Complementari ed Integrate.....	8
1.1 Medicine Complementari: storia, problemi e prospettive di integrazione.....	8
1.1.1 La scelta di una denominazione.....	8
1.1.2 Definizione.....	10
1.1.3 Medicine Complementari vs Medicine Alternative.....	11
1.1.4 Classificare le Medicine Complementari.....	12
1.1.5 Fondamenti teorici e descrizione delle principali Medicine Complementari...	13
1.1.6 Geografia delle Medicine Complementari e diffusione nel mondo e in Italia...	20
1.2 Le Medicine Integrate.....	23
1.2.1 Nascita e definizione di Medicina Integrata.....	23
1.2.2 Tendenza mondiale all'integrazione:	
geografia del fenomeno ed esempi di applicazione.....	24
1.2.3 L'integrazione in Italia: realtà operative e formative.....	27
1.2.4 Ostacoli all'integrazione in Italia.....	29
1.3 Il mercato delle Medicine Complementari.....	30
1.4 Lo status giuridico delle Medicine Complementari in Europa ed in Italia.....	32
1.4.1 In Europa.....	32
1.4.2 In Italia.....	33
Capitolo II - Infermieristica e Medicine Complementari.....	35
2.1.1 Aspetto culturale dei sistemi di cura: i modelli biomedico e olistico.....	35
2.1.2 Cure complementari e nursing.....	37
2.1.3 Classificare gli interventi infermieristici di MC.....	39
2.2 Il massaggio.....	40
2.2.1 Infant massage.....	40
2.2.2 Massaggio ayurvedico.....	42

2.2.3	Massaggio Cinese.....	44
2.2.4	Riflessologia Plantare.....	47
2.2.5	Shiatsu.....	51
2.3	Tecniche di rilassamento.....	53
2.3.1	Tecniche di respirazione.....	53
2.3.2	Training autogeno.....	55
2.4	Altre tecniche.....	58
2.4.1	Auricoloterapia e Acudetox®.....	58
2.4.4	Tocco armonico®.....	61
Capitolo III - Infermieristica e MC: indagine descrittiva.....		65
3.1	Obiettivo.....	66
3.2	Materiali e metodi.....	66
3.3	Analisi e discussione.....	67
3.3.1	Tasso di risposta.....	67
3.3.2	Età e provenienza geografica.....	67
3.3.3	Attività professionale.....	68
3.3.4	Formazione post-base in Medicine Complementari.....	69
3.3.5	Nursing e Medicine Complementari.....	69
3.3.6	Risvolti professionali.....	71
3.2	Limiti dello studio.....	72
Conclusioni.....		73
Bibliografia.....		75
Allegati.....		77

Prefazione

Oggi più che mai l'infermiere si trova dinnanzi a una grande rivoluzione culturale nell'ambito delle cure infermieristiche: le Medicine Complementari e le terapie integrate (MC). La sfida maggiore sta nel superamento di limiti mentali e formativi che tuttora impediscono l'integrazione teorico-operativa delle MC con la medicina ortodossa.

Secondo la teoria di Dorotea Orem l'essere umano possiede capacità proprie per autogestire la sua salute mentre l'intervento infermieristico si limita a particolari situazioni di bisogno. Dinnanzi a casi di persone malate e totalmente dipendenti l'infermiere può essere chiamato ad occuparsi della cura della persona in maniera permanente. In altri casi l'infermiere svolge funzioni di sostegno: agisce direttamente alcuni compiti, guida e sorveglia altre persone che assistono il soggetto o istruisce quest'ultimo affinché progredisca gradualmente verso l'autonomia nella cura di sé.

Per la Orem l'uomo è un essere bio-psico-sociale in continua relazione con l'ambiente esterno, che durante la sua vita può presentare diverse situazioni di bisogno. In tal senso l'infermiere ha un preciso mandato sociale: promuovere la salute e assistere le persone con problematiche di salute nella loro globalità. L'infermiere come facilitatore di cambiamenti salubri attraverso il sostegno dell'empowerment. Nelle esperienze di malattia l'infermiere può rivelarsi un professionista fulcro per l'attivazione del processo di crescita, dell'autoefficacia e dell'autodeterminazione. L'obiettivo primario dell'assistenza infermieristica è quello di far emergere le risorse latenti del paziente e accompagnarlo verso l'appropriamento consapevole del suo potenziale innato.

Le MC rappresentano strumenti ad alta valenza assistenziale in quanto agiscono nel rispetto della persona e nell'attivazione e sostegno dell'empowerment. Tali discipline, inoltre, mirano a migliorare l'interazione uomo-ambiente.

Allo stato attuale dei fatti l'infermiere non può limitarsi a rivestire il semplice ruolo di osservatore in attesa che le MC divengano disciplina debitamente formalizzata e istituzionalizzata nei percorsi formativi universitari. L'infermiere deve diventare un diretto protagonista della formazione e dell'applicazione delle MC nei propri ambiti professionali poiché ciò significa migliorare lo human caring in tutti i suoi aspetti e ridurre significativamente i disagi correlati all'esperienza di malattia e di ricovero.

La tesi di Emanuele mette in evidenza alcune realtà operative nelle quali gli infermieri applicano o stanno cercando di applicare le MC secondo le competenze previste dal profilo. Una panoramica che vuole indurre ad una più attenta riflessione e, ci auguriamo, ad una nuova e più ampia apertura verso le discipline complementari ancora troppo poco considerate e molto sottovalutate. Ritengo che questa tesi sia una coraggiosa e pionieristica indagine volta a smuovere la curiosità verso nuovi e benefici orizzonti di salute. Si può integrare la Bio-Medicina con le Medicine Complementari e le Terapie Integrate non solo ed esclusivamente per migliorare la qualità della salute dei pazienti assistiti ma anche quella degli operatori sanitari.

Florence Nightingale disse che nella professione infermieristica il tipo di persona che si è conta molto di più che in qualsiasi altra professione. Le cure infermieristiche dipendono essenzialmente dalle qualità delle persone che svolgono questa importante e preziosa professione.

Enzo D'Antoni

Tutor Clinico,
Master di I Livello in Medicine
Complementari e Terapie Integrate –
Università di Siena

Introduzione

Olistmo. Personalizzazione della cura.

Due concetti fondamentali nella pratica della professione infermieristica che più di altri ho avuto modo di udire all'interno delle aule universitarie durante questi miei ultimi tre anni di studio.

Due concetti ben inseriti all'interno dei pilastri deontologici e legislativi che delineano la professione infermieristica e che mirano a promuovere un'assistenza centrata sulla visione della persona come soggetto unico ed indivisibile: un complesso microcosmo che deve essere considerato ed accudito nella sua globalità attraverso per l'appunto un approccio olistico e personalizzato.

Due concetti alla base di un ampio assortimento di pratiche, trattamenti e terapie, non ancora riconosciute e talora contestate dalla Medicina Scientifica Ufficiale, che rientrano nella grande famiglia delle Medicine Complementari (MC) e che si fondano su approcci curativi e terapeutici di diversa tradizione e provenienza geografica (es: medicina tradizionale cinese, naturopatia, chiropratica, ayurveda, yoga, ipnosi, agopuntura, omeopatia).

Secondo stime recenti, la spesa mondiale per trattamenti e terapie di Medicina Complementare ammonta a circa 60 miliardi di Dollari. Restringendo il focus sul solo continente europeo, la stessa cifra ammonta a 700 milioni di Euro ed è stimata in aumento¹. In Italia il fenomeno, diversamente da quanto accade in altri paesi industrializzati, è relativamente recente e molto più contenuto, ma continua a crescere e a diffondersi tra quote importanti di popolazione². Anche fra gli operatori sanitari un numero sempre maggiore di professionisti amplia la propria formazione in tale ambito frequentando per lo più da "scuole private" ma anche i Master Universitari di I livello, di più recente istituzione.

Se è infatti vero, come asserisce anche il dott. Xiaorui Zhang, coordinatore del Programma di Medicina Tradizionale³ dell'OMS, che "una delle principali ragioni della diffusione della medicina tradizionale è la tendenza da parte dei pazienti ad essere sempre più parte attiva

1 Roberti di Sarsina P, *L'offerta di MNC tra SSN e mercato e le sue forme organizzative e di coordinamento*, Le Medicine Non Convenzionali in Italia, pagg 13-21

2 ISTAT, 2007.

3 Dizione ufficiale utilizzata dall'OMS per le CAM.

nei confronti della propria salute e a individuare forme sicure di “autocura”, è altrettanto importante che tale trend positivo sia accompagnato da una più attenta informazione alla popolazione anche rispetto alla formazione degli operatori.

Questo crescente interesse ha contribuito a suscitare nell'ultimo ventennio un acceso dibattito sul rapporto tra professioni sanitarie e Medicine Complementari, sul nuovo ruolo che le prime possono rivestire in esse e sulle modalità con cui integrarle nella pratica assistenziale; fenomeno che ha coinvolto in larga misura anche la professione infermieristica.

L'obiettivo di questa tesi è di offrire una panoramica della situazione italiana rispetto alle Medicine Complementari e il loro impiego nella pratica infermieristica. Più in particolare, attraverso un'indagine effettuata mediante un questionario-online, è stata censita l'affluenza di infermieri a corsi di formazione universitaria sulle Medicine Complementari, sono state indagate le opinioni degli intervistati riguardo le pratiche, i trattamenti e gli interventi MC in relazione allo sviluppo professionale ed è stato chiesto quali e in che misura queste tecniche vengono adoperate nell'assistenza.

Capitolo I

Le Medicine Complementari ed Integrate

1.1 *Medicine Complementari: storia, problemi e prospettive di integrazione*

1.1.1 *La scelta di una denominazione*

«La parola “medicina” origina dal latino “mederi”, curare, medicare e già dice tutto il necessario per identificare con assoluta chiarezza i contenuti. Il bisogno di aggiungere aggettivi e specifiche (“non convenzionale”, “alternativa”, “complementare”, “naturale”, perfino “psicosomatica”..) rischia di impoverirla e ha un po' il sapore della ricerca di un suo originario significato andato smarrito. Ma tant'è; questi sono i tempi e può darsi che riflettere su quegli aggettivi sia d'aiuto a ritrovare il significato più pieno ed autentico di quella parola»

A. Ricciuti, 2005⁴

Quando la ricerca di una denominazione di un determinato fenomeno sociale risulta difficoltosa, è già un preciso indicatore non solo di complessità concettuale ma anche probabilmente di una pluralità di valenze soggettive ad esso attribuite⁵.

E questo è certamente il caso dell'oggetto di questa Tesi di Laurea, la cui scelta nel titolo (“Medicine Complementari”) ci troviamo qui a dover giustificare quale premessa indispensabile per ogni ulteriore più approfondito discorso.

L'analisi della letteratura evidenzia infatti come siano estremamente variegati i punti di vista e gli approcci assunti per osservare il fenomeno del ricorso a terapie o trattamenti non appartenenti alla Medicina Scientifica Ufficiale (d'ora in avanti MS).

Da ciò deriva il problema di definire e classificare questi interventi: “complementari”, “tradizionali”, “alternativi”, “non ortodossi”, “paralleli”, “dolci”, “non convenzionali”, “non scientifici”.

4 Ricciuti A, *Medicina e Medicine: quale “integrazione”?*, Medicina medicine, 2005

5 Giarelli G, *Verso una “medicina integrata”? Lo stato dell'arte e un'ipotesi di lavoro*, Le medicine non convenzionali in Italia, 2007

La definizione proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per identificare “la somma totale del sapere, delle abilità e delle pratiche basate su teorie, credenze ed esperienze indigene alle differenze culture”⁶ è quella di Medicina Tradizionale.

Tale definizione, sebbene valida per le medicine non occidentali, risulta sostanzialmente equivoca se applicata nel contesto occidentale, dal momento che verrebbe considerata “indigena” proprio quella biomedicina da cui i trattamenti complementari si discostano concettualmente: ne è prova concreta l'uso abituale da parte di molti dell'aggettivo “tradizionale” in relazione a trattamenti e terapie “standard”, appartenenti proprio al modello biomedico.

Per ovviare a tali fraintendimenti, all'interno del recente documento contenente la strategia decennale messa a punto dall'OMS in tema di Medicine Tradizionali nel documento «World health organization traditional medicine strategy 2014-2023», questa denominazione è stata affiancata a quella di “Medicina Complementare”, all'interno dell'acronimo T&CM (*Traditional and Complementary Medicine*).

Nel mondo anglosassone la denominazione adottata è quella di Complementary and Alternative Medicine (CAM), coniata nel 1997 alla Conferenza dell'Office of Alternative Medicine⁷.

Nonostante abbia il merito di considerare i sistemi sanitari in un'ottica relativistica, essa presenta almeno due punti deboli. Innanzitutto sembra poco adeguata ad identificare le medicine “complementari”, le quali a differenza di quelle “alternative”, non riportano nella propria definizione una connotazione di alterità rispetto alla Medicina Scientifica Ufficiale. Secondariamente, essa tende ad associare in maniera indiscriminata una serie di pratiche e di teorie mediche fra loro molto diverse in un'unica macro-categoria la cui coerenza interna deriva esclusivamente dal fatto di essere escluse dalla MS.

In Italia, come nel resto della Comunità Europea, la denominazione ufficiale è quello di *Medicine Non Convenzionali (MNC)*, adottata dal Parlamento Europeo, dal Consiglio d'Europa e dalla “Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, Chirurghi e Odontoiatri” italiana⁸ a partire dal 1997).

6 World Health Organization (WHO), 2000

7 Poi divenuto, dal 1998, National Center for Complementary and Alternative Medicine, NCCAM

8 Giarelli G, *Verso una “medicina intergrata”?* Lo stato dell'arte e un'ipotesi di lavoro, Le medicine non convenzionali in Italia, 2007, pag 15

Una denominazione anch'essa non immune da polemiche soprattutto da parte di chi l'accusa di sfavorirne l'integrazione e la "complementarità" con la MS, apponendo un'accezione di "non convenzionalità". Ad ogni modo il nome "Medicine Non Convenzionali" risulta già accettato da parte di alcuni tra i maggiori esperti nazionali in materia (Guido Giarrelli⁹, Paolo Roberti di Sarsina¹⁰) ed adoperato all'interno di recenti studi e revisioni.

In sintonia con l'OMS e con la Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi¹¹, in questa Tesi di Laurea è stato deciso di adottare univocamente la denominazione di "Medicine Complementari". Ciò al fine di sottolinearne una posizione "non alternativa", che non manifesti una sorta di opposizione alla MS e non implichi una carica così fortemente ideologica¹², nell'ottica di un confronto costante¹³.

1.1.2 Definizione

La Medicina Complementare costituisce un esteso ambito di risorse per la guarigione che abbraccia tutti i sistemi sanitari, le modalità e le pratiche e le teorie e le credenze ad esse relative, considerati altri rispetto a quelli intrinseci al sistema sanitario politicamente dominante in una particolare società o cultura in un dato periodo storico.

O'Connor, 1997¹⁴

Se, come è stato illustrato nel paragrafo precedente, per un fenomeno tanto complesso, recente, ricco di valenze ideologiche e geografiche ed in continua evoluzione come quello delle Medicine Complementari risulta difficile conferirne un nome unico, è facile immaginare che sia allo stesso tempo complicato darne una definizione ed una classificazione univoca. I modelli teorici che stanno alla base degli approcci diagnostico-

9 Ph.D allo University Colloge London, fondatore e primo presidente della Società Italiana di Sociologia della Salute (SISS), membro dell'Osservatorio sulle MNC della regione Emilia-Romagna

10 Psichiatra e psicoterapeuta, docente di Omotossicologia, componente del comitato scientifico di eCAM Journal, dell'Osservatorio per le MNC della regione Emilia-Romagna e della Commissione per le MNC dell'Ordine dei Medici di Bologna e Forlì-Cesena; coordinatore del Comitato Permanente di Consenso e Coordinamento per le MNC in Italia.

11 D'Innocenzo M et al, *Linee Guida per un percorso di alta formazione: Infermieristica e Cure Complementari*, Formazione Infermieristica, IPASVI, 2002

12 Braga G, *Medicine non convenzionali, un percorso tortuoso*, Infermiere a Pavia, n. 1, 2001

13 D'Innocenzo M et al, *ivi*

14 O'Connor B, *Defining and describing complementary and alternative medicine*, Alternative Therapies in Health and Medicine, 1997

terapeutici delle pratiche comprese nelle MC sono talmente eterogenei da rendere difficoltosa l'identificazione di caratteristiche che le possano accomunare.

La definizione coniata da O'Connor nel 1997 compare nel documento pubblicato nel dicembre 2013 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in cui viene messa a punto la strategia decennale in tema di Medicine Complementari.

Un'altra definizione, tratta dal Dizionario Medico Treccani (edizione 2010), definisce i trattamenti di MC come “pratiche cliniche svolte da medici che, pur non avvalendosi di mezzi terapeutici della Medicina Ufficiale, ne sfruttano i fondamenti fisiopatologici ai fini diagnostici, e non escludono, in caso di necessità e per i propri limiti, il ricorso alla farmacopea ufficiale.”

1.1.3 Medicine Complementari vs Medicine Alternative

La medicina complementare si riferisce ad un gruppo di discipline diagnostiche e terapeutiche che esistono largamente al di fuori delle istituzioni in cui l'assistenza sanitaria convenzionale è insegnata ed erogata. Negli anni '70 e '80 queste discipline erano principalmente erogate in alternativa all'assistenza sanitaria convenzionale e divennero quindi conosciute collettivamente come "medicina alternativa". Il nome "medicina complementare" si è sviluppato nel momento in cui i due sistemi hanno cominciato ad essere utilizzati (per "complementare") l'uno insieme all'altro. Negli anni "complementare" è mutato dal descrivere questa relazione tra discipline sanitarie non convenzionali e assistenza convenzionale a definire il gruppo di discipline stesse.

Zollmann e Vickers, 1999

Le MC si discostano concettualmente dalle Medicine Alternative. Quest'ultime costituiscono un variegato insieme di pratiche diagnostiche e terapeutiche, caratterizzate dall'assenza di un sistema medico strutturato, da approcci teorici diversi, dalla mancanza di integrazione con il sistema di cura ufficiale con il quale hanno anzi un rapporto conflittuale: per il loro carattere esclusivo questi approcci poco o per nulla tollerano la coesistenza con la prassi medica ufficiale. Ne fanno parte alcuni filoni della medicina cinese, l'aromaterapia, l'organoterapia, la medicina ayurvedica, il curanderismo ispano-americano (che associa erbe a massaggi e rituali vari). La distinzione tra le due istanze mediche, complementari e alternative, non separa nettamente le diverse discipline ma solo il loro approccio e il loro rapporto con la Medicina Ufficiale: l'omeopatia, interpretata

rigidamente secondo i criteri del suo fondatore (S. Hahnemann), può anche essere considerata una medicina alternativa mentre molte proposte della medicina ayurvedica (come ha riconosciuto la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità) possono essere contemplate all'interno di protocolli terapeutici.

1.1.4 Classificare le Medicine Complementari

Guido Giarelli¹⁵, nel tentativo di riassumere le principali classificazioni adoperate nel mondo per suddividere le Medicine Complementari, dichiara che esse allo stato attuale appaiono tutte “inadeguate e non certo prive di aporie”.

La classificazione considerata più autorevole, almeno nel contesto americano, ed adottata anche in questa Tesi nel prossimo paragrafo, è quella¹⁶ elaborata dal NCCAM (National Center for Complementary and Alternative Medicine) che distingue le MC in cinque categorie principali:

I. Sistemi di medicina alternativa, ovvero:

- a. i sistemi tradizionali asiatici (cinese, ayurvedico, tibetano);
- b. i sistemi tradizionali dei nativi americani, africani, arabi e latino-americani;
- c. l'Omeopatia;
- d. la Naturopatia.

II. Interventi mente-corpo:

- a. la meditazione;
- b. l'ipnosi;
- c. l'arte-terapia;
- d. la guarigione mentale.

III. Terapia a base biologica:

- a. fitoterapia;
- b. terapie ortomolecolari e biologiche;
- c. diete particolari.

15 Giarelli G, Verso una “medicina integrata”? Lo stato dell'arte e un'ipotesi di lavoro, Le medicine non convenzionali in Italia, 2007, pag 14

16 NCCAM 2000: *Appendix 1*

IV. Metodi manipolativi e basati sul corpo:

- a. la Chiropratica;
- b. l'Osteopatia;
- c. le varie tecniche di massaggio.

V. Terapie energetiche:

- a. terapie del biocampo (Qigong, Reiki, tocco terapeutico);
- b. terapie bioelettromagnetiche (campi magnetici, campi pulsionali).

Le cinque categorie individuate, oltre a non essere considerate definitive dallo stesso Istituto¹⁷, non si presentano come autoescludenti. Ad esempio, la Fitoterapia viene inclusa tra le terapie a base biologica, ma è anche parte integrante di sistemi di medicina alternativa come quella cinese, così come lo sono alcune terapie a base energetica centrate sul corpo.

Altre classificazioni suddividono le MC secondo criteri diversi:

- il *Comitato per la scienza e la tecnologia* della Camera dei Lords britannica tripartisce le MC in base al grado di organizzazione professionale e alla complessità dei trattamenti;
- la *Harvard Medical School* (USA) suddivide le MC a seconda della tipologia di utenza, in due gruppi principali, quello delle Medicine Complementari principali (mainstream) e quello delle medicine più limitate e culturalmente specifiche (culture-bound). Le prime si rivolgono al pubblico in generale, le seconde sono confinate a gruppi specifici di tipo etnico, religioso o territoriale;
- la classificazione italiana realizzata nel 2003 da Colombo e Rebughini adotta due criteri principali per circoscrivere le categorie da adottare, quello dell'origine culturale e quello delle caratteristiche empiriche della terapia.

1.1.5 Fondamenti teorici e descrizione delle principali Medicine Complementari

Ogni disciplina appartenente alle Medicine Complementari possiede strumenti specifici utilizzati secondo un paradigma ben definito. Essendo le MC essenzialmente cliniche (sono nate in epoca prelaboristica), impongono di sviluppare una semeiotica ed una osservazione

¹⁷ In una versione precedente [National Institutes of Health 1994], le categorie erano sette.

superiore a quella utilizzata nella medicina scientifica ufficiale, nella quale l'evoluzione strumentale e laboratoristica ha influito notevolmente sul piano diagnostico.

▪ *Sistemi medici alternativi*

Con questa locuzione ci si riferisce a sistemi strutturati di teorie e di pratiche mediche che si sono evoluti indipendentemente o parallelamente all'affermazione della medicina scientifica occidentale. Questi sistemi rappresentano differenti approcci “filosofici” alla gestione della salute e della malattia. Un caso è rappresentato dalle cosiddette “medicines tradizionali” (o etnomedicine), la cui peculiarità sta nel radicamento all'interno di specifiche culture sulla base di un'antica tradizione sviluppata da generazioni di terapeuti. Nel corso della loro storia hanno rappresentato il modello medico prevalente nel proprio contesto socioculturale, venendo impiegate da parte di popolazioni anche molto vaste.

Le medicine tradizionali molto diverse le une dalle altre. Ogni comunità ha infatti risposto alla sfida di mantenere la salute e di combattere le malattie sviluppando un proprio autonomo sistema medico (da quelli africani a quelli orientali o a quelli, per es., dell'America Meridionale). Tra le etnomedicine che risultano essere più popolari in Occidente vi è quella cinese e quella ayurvedica di tradizione indiana. La medicina tradizionale cinese ha radici in una sistematica struttura teorica per la diagnosi e la terapia. La filosofia della medicina tradizionale cinese si basa sui concetti di *yin* e *yang*, che esprimono l'idea di fenomeni opposti ma complementari che esistono in uno stato di equilibrio dinamico. Questi due concetti si fondono all'interno del Tao raffigurato in un simbolo molto noto: quello del cerchio suddiviso in due metà sinusoidali. In questo contesto lo *yin* (la metà di colore nero, con il seme bianco al suo interno) rappresenta il principio femminile, mentre lo *yang* (la metà bianca con il seme nero) rappresenta il principio opposto e complementare, ovvero quello maschile. La visione filosofica della medicina cinese si completa con la teoria dei cinque elementi (o fasi, o movimenti): legno, fuoco, terra, metallo, acqua. Gli interventi terapeutici della medicina cinese si fondano sul ricorso a erbe medicinali, a ginnastiche mediche (come il Qi Gong o il Tai Ji Quan), a tecniche manipolative (*tui na*), alla moxibustione (ovvero il riscaldamento di aree cutanee sovrastanti punti di agopuntura con un cannello di erbe infiammate chiamato *moxa*) e all'agopuntura. Quest'ultima è forse l'aspetto più noto in Occidente. L'agopuntura si basa sull'inserimento di piccoli aghi in vari punti del corpo per stimolare gli impulsi nervosi.

Ciò dovrebbe promuovere il bilanciamento di energia vitale (*Qi*) che i terapeuti cinesi ritengono muoversi attraverso il corpo lungo specifici canali chiamati “meridiani”. Vi sono dodici meridiani principali che corrispondono ad altrettante funzioni principali od organi del corpo.

La composizione e le modalità d'impiego dei rimedi sono descritti in documenti ufficiali, come la Farmacopea Cinese. Ciononostante, da parte della Medicina Scientifica Ufficiale permangono molti dubbi riguardanti sia la composizione di questi rimedi, sia la documentazione della loro efficacia e sicurezza in riferimento ad indicazioni precise. Superati questi ostacoli, gli studi in corso stanno fornendo risultati di grande interesse. Un caso particolare è fornito da una ricerca di Bensoussan et al. (1998) riguardante l'efficacia di erbe nella medicina cinese nella sindrome del colon irritabile; un altro caso è quello della bile d'orso, usata da millenni nella medicina tradizionale cinese nella cura delle epatopatie croniche: sotto forma dell'acido ursodesossicolico, che ne costituisce il principale ingrediente, essa oggi costituisce uno dei trattamenti di scelta della cirrosi primaria.

L'ayurveda è un'antica disciplina indiana che si fonda sull'idea dell'equilibrio tra anima, corpo e spirito. La parte terapeutica è basata sulla diagnosi dei tre umori corporei (i *dosha*), *vāta*, *pitta* e *kapha*, ognuno costituito dai cinque elementi basilari (etere, aria, fuoco, terra, acqua), il cui equilibrio corrisponde alla salute fisica.

Le terapie sono sia di tipo spirituale (lo yoga, la meditazione trascendentale), sia basate sulle erbe, i minerali, i massaggi con oli; particolare attenzione è data al cibo, considerato anch'esso come una medicina. Un esempio non orientale di medicina tradizionale è il curanderismo praticato dalle comunità ispano-americane soprattutto nel Sud-Ovest degli Stati Uniti. Esso include varie tecniche quali la preghiera, le erbe medicinali, i rituali di guarigione, i massaggi. Ai *curanderos* (guaritori) si affiancano i cosiddetti *yerberos* (esperti di erbe), le *parteras* (che sono levatrici) e i *sobadores* (che usano il massaggio e la manipolazione).

Mentre nel caso delle medicine tradizionali le teorie e le prassi si sono sviluppate nell'arco di secoli attraverso la sedimentazione progressiva di esperienze cliniche di molteplici terapeuti, dapprima trasmesse oralmente e successivamente consolidate anche in compendi scritti di riferimento, in altri casi sono stati sviluppati sistemi medici formali sulla base di ipotesi e deduzioni di singoli studiosi. Questi sistemi si sono in genere evoluti in

opposizione e concorrenza al modello medico scientifico occidentale e, comunque, non sono mai diventati un modello dominante nel loro contesto socioculturale d'origine. Per esempio l'omeopatia, descritta per la prima volta alla fine del Settecento da Samuel Hahnemann, e la naturopatia introdotta alla fine dell'Ottocento da Benedict Lust. La prima è un sistema medico secondo il quale le malattie possono essere trattate con dosi infinitesimali di farmaci in grado di produrre gli stessi sintomi della malattia che si intende guarire. Si basa sul principio della “similitudine” (*similia similibus curentur*) e su quello delle “diluizioni seriali” dei medicamenti. In base al primo le sostanze che causano dei sintomi nelle persone sane possono curare quegli stessi sintomi nelle persone malate. Per esempio, a un soggetto che soffre d'insonnia viene somministrato un rimedio a base di caffè (*Coffea cruda*). Per evitare possibili effetti tossici viene utilizzata la tecnica delle diluizioni seriali (detta anche “potenza”). Le potenze sono in genere diluizioni 1 a 10 (D, decimali) o 1 a 100 (C, centesimali), nelle quali una parte di sostanza viene diluita in 9 parti di diluente (oppure in 99 parti) e successivamente dinamizzata, ovvero agitata con forza (secondo un procedimento chiamato “succussione”).

Ad esempio, in un rimedio con potenza 12C la sostanza originaria è stata diluita per 12 volte, ogni volta 1 a 100, il che equivale dal punto di vista fisico a non poter più evidenziare molecole della sostanza di base perché la diluizione va ampiamente oltre il numero di Avogadro ($6,02 \times 10^{23}$).

Nessuno ha finora dimostrato con rigore scientifico che il diluente possa conservare la memoria del principio attivo anche dopo la sua scomparsa all'interno della soluzione.

I detrattori dell'omeopatia la ritengono carente sotto quest'ultimo aspetto: in attesa di un chiarimento su questo punto cruciale, essi attribuiscono gli effetti dei rimedi omeopatici alla forza della suggestione o all'effetto placebo, che peraltro è un fenomeno reale, capace d'incidere sul corso di molte malattie

La naturopatia si fonda su una filosofia che non si identifica con una specifica terapia. Essa si ispira a principi vitalistici e si basa sulla teoria secondo cui il corpo sarebbe un meccanismo che si autoregola, capace di mantenersi in uno stato di salute e di benessere attraverso un'azione preventiva e l'adozione di corretti stili di vita.

▪ *Interventi sulla relazione mente-corpo*

Con questa espressione ci si riferisce a tecniche ritenute in grado di migliorare la capacità della mente di influenzare i sintomi e le funzioni corporee. Questo insieme di pratiche si focalizza sulle possibili interazioni tra il cervello, la mente, il corpo e sulle modalità con le quali fattori emozionali, mentali, spirituali e comportamentali possono influenzare la salute dell'individuo. L'approccio di queste tecniche tende a favorire in ciascun individuo l'autoconoscenza e l'autocura. In questa area possono rientrare lo yoga, la meditazione, l'autoipnosi o tecniche il cui meccanismo non è nemmeno remotamente compreso (per es., la preghiera per intercessione). Altri esempi noti di terapie di questo tipo sono il biofeedback e la floriterapia. La prima è una strategia terapeutica e riabilitativa tendente a regolare, attraverso un controllo cosciente, alcune funzioni fisiologiche normalmente inconscie (quali la respirazione, il battito cardiaco, la pressione sanguigna), che sono monitorate mediante specifiche apparecchiature elettroniche.

Nel caso della floriterapia (in particolare dei fiori di Bach, che devono il loro nome a Edward Bach) viene assunto che occorre ricercare la causa scatenante di una malattia in uno stato mentale disarmonico, del quale il paziente deve prendere coscienza. I fiori, secondo questa teoria, contengono la forza vitale della pianta dalla quale provengono e questa forza viene impressa nell'acqua attraverso l'esposizione al sole. Vi sono 38 diversi tipi di fiori ritenuti utili per sintomi che vanno dalla paura all'incertezza, dalla solitudine allo scoraggiamento, ecc. I fiori di Bach sono raccolti in una giornata di sole e messi in acqua per tre o quattro ore al sole. Sono poi assunti oralmente.

▪ *Terapie biologiche*

In questa categoria rientrano le pratiche che prevedono l'assunzione di sostanze che si trovano in natura (prodotti botanici, minerali, vitamine, integratori alimentari, diete particolari, ecc.). La maggior parte delle pratiche incluse in questa categoria rientra nella fitoterapia, che può essere definita come la disciplina che utilizza le piante medicinali nella prevenzione e cura delle malattie.

Rispetto ad altre MC la fitoterapia si trova in uno stato di maggior affinità con i paradigmi della Medicina Scientifica Ufficiale. L'origine della moderna farmacologia può essere infatti ricondotta all'antica erboristeria, e anche oggi le farmacopee e i prontuari di numerosi Paesi industrializzati contemplano al loro interno la presenza di preparati a base

di estratti di piante medicinali. Non vi sono dubbi circa la possibilità che tali preparati possano avere una specifica attività di tipo farmacologico, anche se in moltissimi casi, data la vastità della materia, non sono noti i meccanismi di azione. Una delle principali differenze rispetto alla terapia farmacologica ufficiale risiede nel ricorso a estratti non purificati di erbe, che contengono talvolta anche centinaia di componenti diversi, con la convinzione che questi ultimi possano interagire producendo un esito più grande della semplice somma degli effetti attribuibili ai singoli componenti (effetto sinergico). Inoltre i cultori di queste pratiche sostengono che la tossicità è ridotta quando si utilizza un fitocomplesso piuttosto che i principi attivi isolati (effetto *buffering*).

Un'altra area importante nell'ambito delle terapie biologiche è quella relativa alla cosiddetta “terapia nutrizionale”, che ricorre alla modifica delle abitudini alimentari (supplementi e integratori dietetici, ecc.) per prevenire e curare patologie. In questo ambito vi sono anche particolari regimi dietetici suggeriti per il trattamento di patologie gravi quali i tumori. La dieta di Bristol, messa a punto presso il Cancer Help Centre di Bristol, è forse quella più nota. Gli alimenti su cui si basa sono cibi integrali, frutta e verdura crude, cereali grezzi, pesce, pollo e uova. Nella dieta sono evitati i latticini, inclusi formaggi e yogurt, le carni rosse, sale, zucchero e caffeina. Un altro tipo di dieta è quella cosiddetta “di Gerson”. Questi sosteneva che la sua dieta aveva fatto registrare una percentuale di guarigione nel 50% dei pazienti, compresi i malati terminali, ma non esistono prove documentali che lo confermino. La dieta in sé si basa rigorosamente sull'assunzione di frutta e verdura organiche, prese soprattutto sotto forma di succhi preparati con la centrifuga. Inoltre prevede l'assunzione di molti farmaci, compresi ormoni tiroidei ed estratti di fegato, mentre “clisteri al caffè” vengono effettuati per eliminare le tossine.

▪ *Terapie manipolative*

In questa categoria rientrano pratiche quali l'osteopatia e la chiropratica, che sono modelli terapeutici formalizzati che trattano il sistema muscolo-scheletrico, sul quale intervengono con tecniche manipolative per diagnosticare e trattare anomalie della struttura e delle funzioni. Nata negli Stati Uniti verso la fine del 19° secolo ad opera di Andrew Taylor Still, l'osteopatia si basa sul principio che il corpo è dotato di una propria capacità di autoguarigione e che i disturbi e le malattie derivano da un'alterazione del corretto assetto della struttura muscolo-scheletrica e del corpo nel suo insieme. L'osteopatia mira a curare i

disturbi localizzati nei muscoli, nei tessuti molli e nelle articolazioni usando specifiche tecniche di manipolazione.

La chiropratica nasce negli Stati Uniti alla fine dell'Ottocento a opera di un guaritore canadese, Daniel David Palmer. Tale terapia pone il midollo spinale e il sistema nervoso al centro del benessere di una persona. La tensione sui nervi spinali (sublussazione vertebrale) può essere in grado di causare o mantenere uno stato di malattia. Una volta che queste sublussazioni sono state individuate e corrette (tramite la manipolazione), il corpo usa le sue risorse naturali per ristabilire l'equilibrio fisiologico e la salute.

Vi sono inoltre numerosi tipi di massaggio (che giocano un ruolo importante anche in sistemi medici tradizionali come quello cinese o indiano) quali, per esempio, lo shiatsu e il massaggio svedese, che mirano ad alleviare lo stress, l'ansietà e la tensione muscolare e a migliorare la circolazione. La pratica del massaggio è frequentemente accompagnata anche dall'impiego di oli aromatici finalizzato a ottimizzare la risposta. Le tecniche posturali sono essenzialmente dei sistemi educativi che includono esercizi fisici con lo scopo di migliorare la postura e il movimento. Le più note sono la tecnica di Alexander e il metodo Feldenkrais. La prima è stata proposta alla fine del XIX sec. da Frederick Alexander, allo scopo di prevenire e curare molti squilibri psicofisici partendo dalla correzione della postura. Alexander riteneva, infatti, che le posizioni sbagliate del corpo potessero ripercuotersi negativamente sull'organismo, causando l'insorgenza di numerosi disturbi, quali dolori diffusi o localizzati, mal di testa e altro. La seconda tecnica, ideata da Moshe Feldenkrais, è un metodo per l'apprendimento e l'autoeducazione attraverso il movimento.

▪ *Pratiche basate su fonti di energia*

La maggior parte delle pratiche riconducibili a quest'area considerano il corpo umano come un campo di energia, la cui funzionalità è modificabile tramite l'interazione con altri campi energetici. Molte di queste terapie non comportano un contatto fisico tra terapeuta e paziente, sulla base del presupposto che i campi energetici si estendono al di là del corpo. Inoltre, i sostenitori di queste pratiche ritengono che la presunta connessione di questi campi individuali attraverso l'esistenza di un "campo universale" consenta il ricorso a tali terapie anche a distanza. In questa categoria rientrano sia il ricorso a campi energetici esogeni, quali, per esempio, quelli elettromagnetici, sia la modulazione endogena di energie, come nella bioenergetica. Nel primo caso ci si riferisce all'uso non standard di campi magnetici (magnetoterapia), di campi pulsanti ecc.; nel secondo ci si riferisce a

tecniche di modulazione dei campi energetici che dovrebbero circondare il corpo, come nel caso del tocco terapeutico che prevede l'uso delle mani, senza un vero contatto fisico, per influenzare l'energia vitale nel tentare di promuovere la guarigione. In aggiunta a queste cinque categorie andrebbero citate anche un insieme di metodiche diagnostiche che assumono approcci di valutazione e indagine alternativi ai processi diagnostici della moderna medicina, quali l'iridologia, il Vegatest, l'analisi dell'aura, la fisiognomia, ecc. La radionica, per esempio, è una pratica basata su strumentazioni elettroniche, che cerca di identificare le patologie prima che queste si manifestino, basandosi sul presupposto che ogni persona è circondata da un campo energetico vibrante invisibile, le cui lunghezze d'onda possono essere analizzate con strumenti *ad hoc* per identificare eventuali disfunzioni.

1.1.6 Geografia delle Medicine Complementari e diffusione nel mondo e in Italia

Dall'ultimo decennio del 20° secolo nei principali Paesi industrializzati è in atto una crescente diffusione dell'uso delle Medicine Complementari. Negli Stati Uniti, tra il 1990 e il 1997, l'uso di tali terapie è passato dal 33,8% al 42,1% della popolazione. All'inizio del 21° secolo sarebbero addirittura 62 su 100 gli statunitensi che fanno ricorso alle Medicine Complementari¹⁸. Livelli molto elevati di utilizzazione (tra il 30 e il 40% della popolazione) si registrano anche in Australia, Francia, Germania, Gran Bretagna.

Nel 2001 in Italia, secondo Organizzazione Mondiale della Sanità¹⁹, su 250.000 medici, 5.000 utilizzavano le MC e di questi 1300 erano agopuntori; il 24% della popolazione era ricorso almeno una volta a prestazioni di Medicina Complementare; il 5,25% della popolazione, cioè più di tre milioni, utilizzava l'omeopatia.

Nel 2005, secondo un altro documento dell'OMS²⁰, la percentuale della popolazione italiana che fa uso regolare delle MC è del 15%, mentre in Canada, USA, UK, Francia e Germania la percentuale sale al 50%.

In Italia, un'indagine dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) sul finire del 20° secolo²¹ registrava un valore del 15,5%, che, a un successivo monitoraggio del 2005 a opera dello

18 Barnes P M et al, *Complementary and alternative medicine use among adults. United States, 2002*, «Advance data», 2004, 343, pp. 1-19

19 WHO, 2001

20 WHO, 2005

21 Indagine Multiscopo ISTAT su *Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari*

stesso Istituto, risultava sceso a 13,6% (ISTAT 2007). Stando a questi dati il nostro Paese non solo si collocherebbe all'ultimo posto tra le nazioni occidentali più ricche che utilizzano le Medicine Complementari, ma presenterebbe anche un divario sorprendente rispetto gli altri Paesi.

È doveroso sottolineare che tali confronti non possono considerarsi del tutto veritieri, in quanto le analisi statistiche degli Stati sopracitati non godono di uniformità nella metodologia d'indagine.

Occorre infatti considerare che nelle statistiche statunitensi si inseriscono tra le MC anche “il ricorso alla preghiera per sé e gli altri”, nonché “l'utilizzo di prodotti naturali” e “il ricorso ad esercizi di respirazione profonda”. Omettendo queste tre voci, il tasso di utilizzazione negli Stati Uniti scende al 36%²². Al contrario le indagini ISTAT per l'Italia sono estremamente restrittive in quanto prendono in esame solo le principali Medicine Complementari: agopuntura, omeopatia, fitoterapia, trattamenti manuali.

D'altra parte, altre indagini, effettuate nello stesso periodo in Italia (dati EURISPES 2006), attestano che l'omeopatia da sola vanta 11 milioni di utilizzatori a fronte di un numero di italiani inferiore a 8 milioni stimato dall'ISTAT in riferimento alle Medicine Complementari nel loro complesso.

Ma al di là delle statistiche discordanti, è interessante analizzare, sia pur in sintesi, la distribuzione delle preferenze e le caratteristiche socioculturali degli italiani che ricorrono a trattamenti e terapie di MC. Secondo la già citata indagine ISTAT del 2007, l'omeopatia nel nostro Paese è la Medicina Complementare di gran lunga preferita (7%), seguita dai trattamenti manuali (6,4%), dalla fitoterapia (3,7%) e dall'agopuntura (1,8%). Il forte incremento che si è registrato nell'uso delle MC in Italia, tra il 1994 e il 2000, è dipeso proprio dall'omeopatia, che però nel quinquennio successivo non è riuscita a stabilizzare l'espansione, ma ha addirittura registrato una flessione, che del resto caratterizza anche le altre discipline.

In Occidente, sono più le donne che gli uomini a fare ricorso alle Medicine Complementari. In Italia le donne sono 4,7 milioni²³, pari al 15,8%, a fronte dei 3,16 milioni di uomini, pari all'11,2%; la percentuale cresce se si considera la fascia di età tra i 35 e i 44 anni, dove più del 20% delle donne risulta aver fatto ricorso a trattamenti complementari contro il 14,6% dei coetanei uomini. Quasi il 10% dei bambini e dei ragazzi

22 Institute of medicine of the National academies, 2005

23 Le terapie non convenzionali in Italia, ISTAT, 2007

fino a 14 anni è curato con terapie complementari, di cui circa l'8% con l'omeopatia. Molto accentuate le differenze tra i sessi riguardo al ricorso all'omeopatia (8,8% di donne contro 5,1% di uomini) mentre sono più contenute nel caso dell'agopuntura (2,2% contro 1,5%) o dei trattamenti manuali (7,1% contro 5,7%).

Coloro che utilizzano le Medicine Complementari sono in prevalenza laureati e diplomati, dirigenti, imprenditori, liberi professionisti e impiegati. Più modesta la percentuale di operai e pensionati. Netto è il divario tra le regioni centro-settentrionali e quelle meridionali. Trentino-Alto Adige, Valle d'Aosta, Veneto e Friuli presentano una percentuale di utenti ben sopra il 20% della popolazione, con la provincia di Bolzano che è oltre il 34%, in crescita lineare rispetto al passato e in controtendenza rispetto al resto d'Italia che, come si è ricordato, ha visto una flessione nei primi anni del 21° secolo. Ma anche Piemonte, Lombardia ed Emilia-Romagna sono vicine al 20%; seguono, ben distanziate, Toscana (15,5%), Umbria (14,1%), Marche (13,8%), Lazio (12,2%) e Sardegna (11,6%). Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia invece hanno una percentuale bassissima: attorno al 5%.

Il grado di soddisfazione degli utilizzatori delle Medicine Complementari è elevato. Gli utenti pienamente soddisfatti delle terapie utilizzate vanno dal 61,1% dell'agopuntura al 70,3% della fitoterapia, dal 71,3% dell'omeopatia fino al 77,9% dei trattamenti manuali. Se si sommano anche quelli parzialmente soddisfatti le percentuali sono le seguenti: agopuntura 79,8%, fitoterapia 91,5%, omeopatia 92,5%, trattamenti manuali 96%²⁴. Un'analisi più dettagliata mostra che l'aumentare dell'età e la diminuzione del livello di istruzione sono correlati con l'aumento del grado di insoddisfazione. Questo può spiegare la più bassa percentuale di soddisfazione riferita all'agopuntura, i cui utenti sono mediamente più anziani, con un più basso grado di istruzione, che ne usufruiscono soprattutto con patologie dolorose croniche di difficile risoluzione anche se trattate con la farmacologia e la chirurgia.

Tre persone su quattro che si sono rivolte alle terapie complementari non l'hanno fatto in maniera esclusiva, ma le hanno integrate con prodotti farmaceutici. Solo il 17% degli intervistati ha dichiarato di aver usato esclusivamente rimedi omeopatici o fitoterapici. Anche in questo caso è interessante notare il divario esistente tra Nord e Sud-Italia: nelle regioni settentrionali è maggiore la tendenza all'integrazione rispetto a quelle meridionali.

24 Le terapie non convenzionali in Italia, ISTAT, 2007

In Veneto o in Emilia-Romagna solo il 13% degli utilizzatori di Medicine Complementari lo fa in modo esclusivo, mentre in Molise è il 36% e in Campania quasi il 24%.

Al riguardo si possono ipotizzare due ragioni fondamentali: una di tipo economico, cioè l'aggravio di spesa che comporta il ricorso contemporaneo alle due medicine, come dimostrato dalla forte perdita nelle regioni meridionali di utilizzatori delle Medicine Complementari nel quinquennio 2000-2005, con una fase di crescita economica vicina allo zero; l'altra ragione è relativa al fatto che, laddove il ricorso alle Medicine Complementari è un fenomeno ristretto, preponderanti appaiono le motivazioni culturali più "alternative" ed estremiste.²⁵

1.2 *Le Medicine Integrate*

1.2.1 *Nascita e definizione di Medicina Integrata*

La Medicina Integrata (MI, *integrative medicine* negli Stati Uniti, *integrated medicine* in Gran Bretagna) è una realtà terapeutica innovativa, di recente istituzione, che pone la sua innovazione concettuale a partire dall'aggettivo prescelto per descriverla: "Integrata".

La medicina integrata consiste nel praticare la medicina in un modo che selettivamente incorpori elementi della Medicina Complementare e Alternativa entro programmi terapeutici accanto ai metodi di diagnosi e terapia solidamente ortodossi [..]

Rees e Weil, 2001²⁶

Tale definizione apparve nel gennaio del 2001 sul British Medical Journal, autorevolmente cofirmato dal Dott. Rees (*director of education* presso il Royal College of Physicians²⁷) e dal Prof. Weil, dell'Università dell'Arizona, che in tale pubblicazione ribadirono come per Medicina Integrata non si intenda "un semplice sinonimo di Medicina Complementare" bensì ci si riferisca a "trattamenti che possono essere utilizzati in aggiunta al trattamento convenzionale e che non sono solitamente insegnati nelle facoltà mediche."

Un paio di settimane più tardi, il 23 gennaio del 2001 (data ufficialmente associata alla nascita della Medicina Integrata), alcuni tra i principali rappresentanti della "nuova

25 Francesco Bottaccioli, *Dalla Medicina Alternativa alla Medicina Integrata*, Enciclopedia Treccani (2010)

26 Rees L e Weil A, *Integrated medicine*, British Medical Journal, 2001

27 Si tratta della più antica istituzione della professione medica inglese, fondata nel 1518

medicina” statunitense si incontrarono con i rispettivi colleghi britannici in una conferenza organizzata a Londra congiuntamente dal National Center for Complementary and Alternative Medicine di Bethesda e dal Royal College of Physicians dall'eloquente titolo “Può la medicina alternativa essere integrata nell'assistenza convenzionale?”.

In tale occasione si cercò di delineare i confini giurisdizionali della Medicina Integrata e, allo stesso tempo di chiarirne i principi ispiratori, racchiudendone gli obiettivi:

La medicina integrata ha un significato ed una missione più ampi, poiché si focalizza sulla salute e sulla guarigione piuttosto che sulla malattia e sul trattamento. Considera i pazienti come persone integrali con mente e spirito così come corpo e include queste dimensioni nella diagnosi e nel trattamento. Essa coinvolge anche pazienti e medici nel lavoro di mantenimento della salute prestando attenzione a fattori legati agli stili di vita come la dieta, l'esercizio fisico, la qualità del sonno. E la natura delle relazioni sociali.

Ross e Weil, *ivi*

In altre parole, per Medicina Integrata si intende la pratica della medicina ribadendo l'importanza del rapporto tra medico e paziente, concentrandosi sulla persona nella sua totalità, aggiornandosi sulle prove d'efficacia e avvalendosi di tutti gli approcci terapeutici, operatori sanitari e discipline appropriate per raggiungere la salute e la guarigione in maniera ottimale.²⁸

1.2.2 Tendenza mondiale all'integrazione: geografia del fenomeno ed esempi di applicazione

▪ *L'integrazione in Oriente*

L'integrazione tra diversi sistemi medici è un fenomeno in atto da decenni nei due più grandi Paesi asiatici, Cina e India, dove è regolamentata e attivamente promossa da ordinamenti e politiche statali. In India, presso il Ministero della salute e del welfare familiare, ha sede dal 1995 uno speciale dipartimento denominato AYUSH (*Ayurveda, Yoga & naturopathy, Unani, Siddha and Homoeopathy*), acronimo che comprende tutte le discipline mediche complementari che, insieme alla “medicina convenzionale”, fanno parte del Servizio sanitario nazionale: ayurveda (medicina tradizionale indiana), yoga, naturopatia, *unani* (antico sistema medico di derivazione greca), *siddha* (una delle più antiche terapie del Sud dell'India), omeopatia.

²⁸ Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine. Agosto 2013.

Per quanto riguarda l'omeopatia (dati Prasad 2007) sono 250.000 i medici omeopati indiani registrati, mentre sono 11.000 i letti negli ospedali pubblici riservati alle cure omeopatiche. L'omeopatia è insegnata nelle facoltà di medicina dove i primi tre anni di studio sono identici sia per chi diventerà un omeopata sia per chi sarà un medico di tipo occidentale.

Secondo fonti governative, circa il 10% degli indiani, 100 milioni di persone, si affida per la propria salute solo alle cure omeopatiche. Il ricorso alle cure della tradizione indiana o di quella alternativa europea²⁹ risente anche delle ristrettezze di bilancio statale, ma non si deve pensare che sia un fenomeno residuale legato allo stadio di sviluppo economico del Paese; l'omeopatia è infatti in crescita notevole tra le classi abbienti. Il mercato dei prodotti omeopatici in India cresce a un ritmo del 25% l'anno e si calcola che, attorno al 2015, la spesa privata per l'omeopatia nel grande Paese asiatico si aggirerà attorno ai 60 miliardi di rupie (circa 1,55 miliardi di dollari).

La Cina, dagli anni Ottanta del 20° secolo, è promotrice della diffusione mondiale della medicina tradizionale cinese. All'interno del Paese, la medicina cinese e quella occidentale sono oggetto di attive politiche di integrazione nel servizio sanitario nazionale, nella ricerca scientifica e nell'insegnamento universitario. Nel primo decennio del 21° secolo si è registrato un doppio movimento: da un lato, lo studio e la ricerca in biomedicina hanno fatto grandi progressi conquistando quote crescenti di giovani studenti e insidiando quindi la diffusione della medicina tradizionale; dall'altro lato, la politica degli accordi internazionali per lo studio e l'insegnamento della medicina tradizionale cinese in Occidente ha raggiunto importanti traguardi con l'istituzione di corsi professionalizzanti in medicina tradizionale cinese gestiti dalle università statunitensi ed europee, tra cui quelle italiane, in collaborazione con le istituzioni formative cinesi.

Per effetto della globalizzazione, si può pertanto prevedere che la spinta alla Medicina Integrata proveniente dai grandi Paesi asiatici entrerà sempre più in collegamento con l'analoga spinta che è in atto nei principali Paesi occidentali.

29 L'omeopatia venne introdotta in India negli anni Trenta da John Honigberger, un discepolo di Samuel Friedrich Christian Hahnemann, fondatore dell'omeopatia

▪ *L'integrazione in Occidente*

Nel primo decennio del 21° secolo l'integrazione delle Medicine Complementari con la Medicina Scientifica Ufficiale ha assunto le caratteristiche di un trend in ascesa che riguarda l'America Settentrionale e l'Europa.

Negli Stati Uniti una quota crescente di ospedali offre terapie complementari, mentre sono sempre più numerosi i medici che usano le MC nella loro pratica. Le più importanti università del Paese si sono unite nel *Consortium of academic health centers for integrative medicine*. Prestigiosi centri di cura, in particolare di terapia del cancro, hanno istituito al loro interno servizi di Medicina Integrata, che spesso sono in diretto contatto con le facoltà mediche per garantire un insegnamento qualificato.

Dal 1998 è attivo il *National center for complementary and alternative medicine (NCCAM)*, che è passato da un budget annuale iniziale di 2 milioni di dollari a oltre 120 milioni di dollari per l'anno 2009; ma se si calcola l'insieme degli investimenti nel campo delle MC, si superano i 300 milioni di dollari. Di questa cifra, oltre un terzo è destinato al settore dell'oncologia³⁰. Infine a dimostrazione del successo delle Medicine Complementari negli Stati Uniti, c'è da considerare la crescente copertura assicurativa delle spese sostenute per le terapie complementari e integrate.

Rilevante è l'esperienza nel campo dell'oncologia integrata. Centri oncologici di eccellenza, tra i più famosi del mondo, come il *Memorial Sloan-Kettering cancer center* di New York e il *Dana-Farber cancer institute* della Harvard university a Cambridge (Stati Uniti) hanno attivato, dalla fine degli anni Novanta, servizi di Medicina Integrata rivolti ai pazienti ricoverati o in trattamento esterno. In questi centri terapeutici lavorano in equipe medici esperti in Medicine Complementari (agopuntura, fitoterapia, omeopatia), psicologi psicoterapeuti, dietisti, musicoterapeuti, esperti in massaggio orientale (*tuina* e *shiatsu*), maestri di tecniche meditative e di ginnastiche energetiche orientali (*qigong*, *taiji quan*). L'obiettivo è quello di integrare la terapia oncologica standard con trattamenti complementari rivolti al miglior controllo della sintomatologia, anche di quella secondaria alle terapie (nausea, vomito, astenia, dolore, danni cutanei ecc.) ma rivolti anche a innalzare le capacità di superamento della malattia tramite la considerazione della persona nella sua interezza³¹.

30 Cassileth e Gubili, *Integrative oncology*, 2008

31 Cassileth e Gubili, *ivi*

I centri ospedalieri di oncologia integrata funzionano al tempo stesso da centri di ricerca e di formazione. Le terapie complementari vengono sottoposte ad accurata verifica scientifica, tramite l'esame della letteratura, ma anche mettendo in campo studi clinici controllati. L'obiettivo dichiarato è quello di offrire il meglio delle terapie complementari proteggendo i pazienti dall'uso di terapie non validate o rischiose.

Il crescente successo dell'oncologia integrata ha indotto i responsabili dei centri maggiori a dar vita nel 2004 a una società scientifica, la *Society for integrative oncology (SIO)*, che nel 2007 ha redatto le linee guida per il corretto uso delle Medicine Complementari in oncologia³², impegnandosi inoltre in un programma di diffusione internazionale.

1.2.3 L'integrazione in Italia: realtà operative e formative

▪ *Le principali realtà operative di Medicina Complementare italiane*

In Italia sono circa duecento i centri pubblici che offrono prestazioni di Medicina Complementare, di cui una sessantina solo in Toscana che, tra le regioni, è quella che si è spinta più avanti nell'integrazione delle MC nel Servizio Sanitario Regionale.

Con il Piano sanitario regionale 2005-2007 la Regione Toscana ha infatti deciso di integrare nel servizio sanitario agopuntura, omeopatia e fitoterapia cioè le terapie complementari che il legislatore regionale ha ritenuto presentino un'evidenza scientifica sufficiente. I cittadini toscani, a partire dal 2006, possono accedere in modo diretto (senza prescrizione del medico di base) ai servizi di Medicina Complementare che vengono erogati al pari di altre prestazioni mediche. Inoltre l'autorità regionale ha deciso di inserire un rappresentante delle Medicine Complementari in ogni Azienda sanitaria e nel Consiglio sanitario regionale. È stata istituita anche una rete di Medicina Integrata con tre centri di riferimento regionale: a Firenze per l'agopuntura e la medicina cinese, a Empoli per la fitoterapia, a Lucca per l'omeopatia.

Nella primavera del 2008 è stato annunciato il varo dell'ospedale di Medicina Integrata di Pitigliano (Grosseto), esperienza pilota su scala europea. Il primo ospedale italiano che ha in corso una sperimentazione in corsia di un progetto sanitario di Medicina Integrata è stato

³² Deng G E et al., *Integrative oncology practice guidelines*, Journal of the Society for integrative oncology, 2007

inaugurato il 23 febbraio 2011 ed è al suo quarto anno di sperimentazione³³. Il Centro di Medicina Integrata dell'ospedale di Pitigliano è il centro di riferimento per la formazione pratica per gli studenti dei Master di II Livello in Medicina Integrata e per il Master di I Livello in Medicine complementari e Terapie Integrate dell'Università di Siena.

Oltre che in Toscana, riferimenti e programmi di attività relativi alle Medicine Complementari si trovano nei Piani sanitari regionali di Valle d'Aosta, Liguria, Lombardia, Piemonte, Emilia-Romagna, Umbria, Lazio mentre in quasi tutte le altre regioni sono attivi osservatori, commissioni o altre strutture istituzionali di riferimento: oggi ospedali come il *Gaslini* di Genova, l'*Istituto Tumori*, il *Niguarda*, il *Luigi Sacco* e il *San Raffaele* di Milano, il *Fatebenefratelli* e il *Forlanini* di Roma, ASL a Reggio Calabria e Catania o la *Fondazione Maugeri* di Pavia adottano interventi precedentemente definiti come “non convenzionali”.

▪ *La formazione in Medicine Complementari in Italia*

In Italia attualmente esistono solo esperienze di didattica universitaria post-laurea non professionalizzante. La formazione professionalizzante è stata finora condotta da Enti privati di formazione.³⁴

In merito a ciò rilevante è stata l'approvazione di un documento sulle MC nei corsi di laurea dell'area sanitaria da parte della conferenza dei Presidi delle facoltà di Medicina e dei Presidenti dei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia, tenutasi ad Alghero nel 2004.

Dopo questa conferenza, nell'anno accademico 2005-06, alcune università (Milano, Verona, Bologna, Firenze, Modena e Reggio nell'Emilia) hanno inserito corsi in tecniche MC obbligatori o elettivi per gli studenti di medicina, mentre altri atenei (Brescia, Chieti, Firenze, Padova, Roma La Sapienza) offrono corsi di perfezionamento post-laurea. In alcune sedi (Milano, Firenze, Roma La Sapienza e Roma Tor Vergata) sono stati istituiti Master di I e di II livello in MC.

Non meno importanti son stati gli sforzi compiuti per concedere formazione in tale ambito anche ad altri professionisti sanitari, come dietisti, ostetriche ed infermieri. Ad offrire tale percorso formativo ad oggi, sono l'Università degli Studi di Siena, con il Master di I livello

33 Bernardini S, *Integrata, Integrativa o nuova medicina?*, Homeopathy and Integrated Medicine Vol. 2 Numero2 Novembre 2011, pagg 37-45

34 Roberti di Sarsina P, *Le Medicine Non Convenzionali in Italia: la situazione attuale*, La medicina biologica, 2009

in “Medicine Complementari e Terapie Integrate” (*allegato 3*), e l'Università degli Studi di Firenze attraverso il Master di I livello in “Medicina Integrativa” (*allegato 4*)

1.2.4 Ostacoli all'integrazione in Italia

Nonostante la tendenza all'integrazione sia diffusa su scala mondiale e nazionale, non pochi e non piccoli sono gli ostacoli che si oppongono a tale processo. I principali possono essere distinti come di tipo epistemologico, scientifico, politico e culturale.³⁵

Per quanto riguarda gli ostacoli di tipo epistemologico, il modello biomedico riduzionista a cui si ispira la Medicina Scientifica Ufficiale può costituire un recinto invalicabile per medicine e approcci terapeutici che si ispirano a modelli di carattere olistico.

Ci si può trovare, in sostanza, nella condizione descritta da Thomas S. Kuhn a proposito dell'incomunicabilità tra paradigmi³⁶.

Non vi è dubbio che “esperienza” ed esperimenti costituiscono la base del progresso biomedico. Ma una cosa è l'esperienza/esperimento nel contesto di una metodologia rigorosa, controllata e riproducibile, altra è la tradizione empirica e le teorie proprie di ogni medicina complementare. [...] Il paradigma dell'empiria nella ricerca e pratica clinica moderna è costituito dalla sperimentazione clinica controllata, condotta ove possibile in doppio cieco, contro placebo o contro il miglior trattamento disponibile. Ebbene, è su questo piano del metodo empirico rigoroso, controllato e riproducibile che mancano evidenze chiare, documentate e riproducibili su riviste scientifiche autorevoli di efficacia terapeutica delle medicine alternative

Mantovani, 2004³⁷

In merito agli ostacoli di tipo scientifico, pur verificandosi un trend crescente di studi controllati sull'efficacia e la sicurezza delle terapie complementari, è ancora complessivamente debole e non omogenea la ricerca nel campo delle Medicine Complementari.

35 Francesco Bottaccioli, *Dalla Medicina Alternativa alla Medicina Integrata*, Enciclopedia Treccani (2010)

36 Thomas S. Khun, *The structure of scientific revolutions*, 1962

37 Mantovani A, *Metodi per mascherare l'errore*, Il sole 24-ore, 16 maggio 2004

Riguardo agli ostacoli di tipo politico e culturale, in Italia in particolare, importanti *opinion leaders* della scienza sono stabilmente schierati contro ogni tentativo di regolamentare per legge la materia e soprattutto contro ogni progetto di finanziamento per ricerca e servizi alla popolazione in ambito MC. Questa opposizione alla Medicina Integrata è anche ciò che spiega, almeno in parte, il fatto che il Parlamento italiano, pur sollecitato da numerosi progetti di legge, dalla fine degli anni Ottanta ad oggi non ha trovato la volontà di legiferare in materia. Ne sono state un esempio lampante le vivaci polemiche scatenatesi su alcuni quotidiani, ed in particolari sul *Sole-24 ore* da parte di un team medico-scientifico successivamente alla presentazione di un disegno di legge riguardante la regolamentazione delle Medicine Complementari nella primavera del 2004 ad opera dell'onorevole Lucchese. Le argomentazioni utilizzate contro le Medicine Complementari riguardarono la presunta assenza di fondamento scientifico da parte delle MC e la mancanza di studi credibili basati su prove d'efficacia.

1.3 Il mercato delle Medicine Complementari

Nel mondo la spesa per trattamenti e terapie di Medicina Complementare ammonta a circa 60 miliardi di dollari all'anno (~44 miliardi di Euro) ed è in aumento: immenso è il contributo degli Stati Uniti, che con la spesa di 47 miliardi di dollari l'anno (35 miliardi di Euro), rappresentano il 78% del mercato mondiale.

Negli Stati Uniti un ospedale su sei offre anche prestazioni di Medicina Complementare, e secondo quanto riportato nel recente documento *Complementary and Alternative Medicine in the United States*, più di un terzo degli adulti negli USA utilizza qualche forma di MC: il totale degli accessi a tali prestazioni supera il numero di accessi dal medico di medicina generale, con 629 milioni di prestazioni di CAM a fronte di 386 milioni accessi a prestazioni mediche di primo livello³⁸.

Si stima che circa 15 milioni di adulti statunitensi associno fitoterapici o alti dosaggi di vitamine con i farmaci loro prescritti dal medico di base, per una spesa complessiva di oltre 27 miliardi a carico diretto degli interessati.

Più del 60% della popolazione in Australia fa uso di MNC con una spesa complessiva annua di 2,8 miliardi di dollari australiani (~1,8 miliardi di Euro), di cui 800 milioni per

³⁸ Dati provenienti dal Conference report della *2nd International Scientific Conference on Complementary, Alternative and Integrative Medicine Research*

prodotti farmaceutici. Nello stesso paese le prestazioni annue di Medicina Tradizionale Cinese e di Agopuntura ammontano a circa 3 milioni , per una spesa di 84 milioni di dollari australiani (~55 milioni di Euro).

Secondo quanto riportato dall'OMS nel 2003, il 70% della popolazione del Canada ha fatto uso almeno una volta di MC, mentre in Germania tale dato ammonta al 90%; in questa nazione tra il 1995 e il 2000 il numero di medici che hanno seguito percorsi formativi specifici sulle MNC è raddoppiato arrivando a 10.800 medici.³⁹ Più di tre quarti delle cliniche tedesche erogano Agopuntura. L'Omeopatia è inserita nella Farmacopea Tedesca: 6.000 sono i medici omeopati registrati e il 20% della popolazione fa uso di rimedi omeopatici, antroposofici e omotossicologici. Le assicurazioni mediche private rimborsano le spese per i farmaci omeopatici.

Per quanto riguarda l'Europa, fonti recenti riportano una spesa per le MC di 700 milioni di Euro in aumento. Si annoverano 120.000 medici omeopati, 50 milioni di pazienti, 60.000 farmacie con un settore dedicato all'Omeopatia.

Nel 2002 il fatturato mondiale dell'Omeopatia ammontava a 1 miliardo di Euro, corrispondente allo 0.5% del fatturato mondiale farmaceutico, 500 milioni di pazienti e 150.000 medici omeopati. La medicina omeopatica conosce fra i 2000 ed i 4000 preparati medici.

In Francia, l'omeopatia ha 260 milioni di Euro di fatturato ed è inserita dal 1936 nella Farmacopea Francese. I farmaci omeopatici sono parzialmente mutuabili fino; il prezzo medio del tubo granuli è di 1,81 Euro.

Oltralpe il mercato dei fitoterapici, medicine omeopatiche e oli per aromaterapia è cresciuto dal 10% al 15% all'anno negli '90 con un decremento tra il 2002 e il 2003 verosimilmente dovuto ad un cambiamento dei regolamenti europei.

Il mercato dei fitoterapici in ambito europeo nel 2003 ha raggiunto un valore di 5 miliardi di dollari (~3,2 miliardi di Euro); in particolare in Germania con 2,06 miliardi di dollari, in Francia 1,13 miliardi di dollari e in Italia 543 miliardi di dollari.

In Germania nel 2003 le assicurazioni mediche hanno rimborsato 283b milioni di dollari per terapie con fitofarmaci, mentre in Francia sono stati rimborsati 196 milioni di dollari. In Svizzera nel 2003 le spese sostenute dagli assicuratori per trattamenti di medicine complementari rappresentavano lo 0,2% della spesa sanitaria globale.

39 WHO, Fact sheet n. 134 del maggio 2003

In Svizzera, secondo un comunicato del Governo Federale dell'agosto 2006, sono state censite oltre 200 diverse tra medicine e pratiche complementari esercitate da circa 3.000 medici e 20.000 professionisti sanitari.

In Italia nel 2001, secondo Organizzazione Mondiale della Sanità⁴⁰, su 250.000 medici, 5.000 utilizzavano le MC e di questi 1300 erano agopuntori; il 24% della popolazione aveva fatto ricorso almeno una volta a prestazioni di Medicina Complementare; il 5,25% della popolazione, cioè più di tre milioni, utilizzava l'omeopatia.

Nel 2005, secondo un altro documento dell'OMS [WHO 2005] la percentuale della popolazione italiana che fa uso regolare delle MC è del 15%, mentre in Canada, USA, UK, Francia e Germania la percentuale sale al 50%. L'Agopuntura è attualmente la quarta cura MNC più diffusa nel nostro paese: vi ricorrono circa 5 milioni di persone. La spesa per le cure con medicinali omeopatici nel 2007 in Italia è stata di circa 300 milioni di euro. L'Italia è il terzo mercato europeo dopo Francia e Germania. Il settore continua a crescere, con una media del 6-7% annuo nell'ultimo decennio. In Italia oggi si annoverano tra i soli omeopati circa 8.000 medici prescrittori e quasi una farmacia su due è fornita di medicinali omeopatici. Operano nel settore omeopatico circa 30 Aziende di importazione e produzione che globalmente impiegano oltre 1.200 dipendenti e che fatturano circa 150 milioni di Euro l'anno (21,2% del totale europeo) con prezzo medio del tubo granuli di 4,77 Euro ed una spesa pro-capite di circa 39 Euro. Attraverso l'IVA, l'IRES e l'IRAP, il gettito dello Stato nel 2007 è stato di 40 milioni di Euro. Poiché sia le cure omeopatiche sia le visite presso medici omeopatici non gravano sul bilancio statale, il comparto omeopatico fornisce un guadagno netto a favore dello Stato Italiano, escluso il risparmio sulle visite mediche, di 40 milioni di Euro.

1.4 Lo status giuridico delle Medicine Complementari in Europa ed in Italia

1.4.1 In Europa

Per quanto concerne lo status giuridico delle MC nell'Europa comunitaria, nel maggio del 1997 il Parlamento Europeo ed il Consiglio d'Europa affidarono alla Commissione Europea il compito di elaborare uno studio approfondito per quanto concerne l'innocuità, l'efficacia,

40 WHO, 2001

il campo d'applicazione e il carattere integrativo o alternativo di ciascuna Medicina Complementare, nonché uno studio comparativo dei sistemi giuridici nazionali esistenti cui sono soggetti coloro che praticano tali medicine.

Successivamente, il Parlamento Europeo nel 2002 emanò la prima normativa comunitaria su riconoscimento, procedura specifica semplificata di registrazione, etichettatura e relative norme specifiche dei medicinali omeopatici: questa può essere considerata come la prima fase dell'armonizzazione legislativa dell'Unione Europea nei confronti delle MC, stabilendo per la prima volta una politica comunitaria per i prodotti omeopatici ad uso umano e veterinario.

Il 23 ottobre 2007 il Parlamento e il Consiglio Europeo hanno approvato congiuntamente il *Settimo Programma Quadro per lo Sviluppo e la Ricerca 2008-2013*⁴¹ in cui Per la prima volta è stata inserita una voce concernente le Medicine Complementari, permettendo alle istituzioni pubbliche dell'Unione Europea di riconoscerle ufficialmente.

“Il programma dovrebbe prendere atto dell'importanza di un'impostazione olistica della sanità pubblica e tenere in considerazione nelle sue azioni, ove appropriato e in presenza di prove scientifiche o cliniche di efficacia, la medicina complementare e alternativa”

Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea, L 301/5, 20/11/2007

1.4.2 In Italia

Inerentemente allo status giuridico delle Medicine Complementari in Italia, una legge della Repubblica Italiana⁴² riserva esplicitamente allo Stato Italiano il compito di individuare le figure professionali autorizzate alla pratica terapeutica delle Medicine Complementari.

La Corte Costituzionale (2005, 2006, 2007, 2008) ha sentenziato che le Regioni non possono legiferare sull'individuazione delle figure professionali e l'istituzione di nuovi albi, competenze che sono riservate allo Stato, cioè non possono legiferare su nuovi profili sanitari non normati e riconosciuti da preesistente legge nazionale, ribadendo che la potestà legislativa regionale deve rispettare il principio secondo cui l'individuazione delle figure professionali, con i relativi profili e titoli abilitanti, è riservata allo Stato, relegando alla competenza delle Regioni la disciplina di quegli aspetti che presentano uno specifico collegamento con la realtà regionale.

41 7th Framework Program of the European Community for research, technological development and demonstration activities 2008-2013 – in sigla FP7

42 art. 117 (art. 3 Legge Costituzionale 18/10 n.3), art. 6, comma 3, del d.lgs. 3012/99 n. 502 (sub art. 7 d.lgs, N. 517 del 7/12/1993) e art. 1, comma 2, Legge n. 42 del 26/02/1999

Nell'identificazione delle sopraccitate "figure professionali" abilitate alla pratica delle Medicine Complementari, la Suprema Corte di Cassazione (1982, 1999, 2003, 2005, 2007) ha sancito che l'Agopuntura è da considerarsi atto medico, che il prescrittore di prodotti omeopatici deve essere medico e che costituisce esercizio abusivo della professione medica praticare le Medicine Non Convenzionali da parte di soggetto che non abbia conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia. La stessa Corte ha successivamente chiarito definitivamente la necessità di tutelare la salute pubblica stabilendo che l'esercizio di tutte le Medicine Complementari deve essere praticato solo dai medici.

L'esercizio di tali attività, pertanto, deve essere subordinato al controllo dell'esame di abilitazione e dell'iscrizione all'albo professionale e, prima ancora, al conseguimento del titolo accademico della Laurea in Medicina.

Riconoscimenti indiretti delle Medicine Complementari si possono anche ritrovare in:

-Decreto del Ministero della Salute del 22/07/96 che include l'Agopuntura ed altre terapie tra le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.

-Decreto del Presidente della Repubblica n. 271 del 2000 che include l'Agopuntura tra le prestazioni aggiuntive svolte dallo specialista in regime di attività privata.

-Decreto del Presidente del Consiglio del 29/02/2001, provvedimento di definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) che fa espresso riferimento alle Medicine Complementari e le include tra le terapie a totale carico dell'assistito.

Sotto il profilo legislativo, nella XIII legislatura (1996-2001) si era giunti ad un testo base con l'accordo di tutte le forze politiche, non approvato a causa della fine della legislatura. All'inizio della XIV legislatura (2001-2006) venne riproposto il tema delle MC alla Commissione Affari Sociali con il già citato Progetto di legge dell'onorevole Lucchese che ivi si arenò. Complessivamente nelle varie legislature che si sono succedute. Dal 1986 ad oggi sono state presentate a vario titolo circa una ventina di proposte di legge sulle Medicine Complementari.

Capitolo II

Infermieristica e Medicine Complementari

Nella realtà italiana non esiste ancora un'integrazione ben regolamentata delle diverse competenze sanitarie nell'utilizzo delle varie tecniche di MC. In verità, come illustrato in un precedente capitolo (*Lo status giuridico delle Medicine Complementari in Europa ed in Italia*), è la professione medica che nonostante un passato reticente ed ostile ultimamente rivendica l'utilizzo di tali metodologie dichiarandole come esclusivi atti medici.

Altre professioni sanitarie, come ad esempio l'ostetricia, hanno riconosciuto e regolamentato da tempo l'utilizzo di alcune tecniche di Medicina Complementare.

Come evidenziato in un precedente paragrafo (*Geografia delle Medicine Complementari e diffusione nel mondo e in Italia*), la crescente domanda del mercato per questo tipo di approccio alla salute e alla persona ha condotto diversi professionisti a occuparsi di MC. Purtroppo, un tale interesse non sempre è dettato dalla consapevolezza del valore di queste terapie; l'aspetto economico, infatti, sta assumendo un significato importante, poiché l'utente è disposto a pagare tariffe "significative" in cambio di una nuova relazione terapeutica. D'altronde non bisogna nascondere che il rifiuto di finanziare e condurre una ricerca scientifica mirata, insieme al vuoto formativo-professionale e legislativo, ha prodotto un "esercito di terapeuti" non sempre competenti e orientati alla persona.⁴³

2.1.1 Aspetto culturale dei sistemi di cura: i modelli biomedico e olistico

La scolarizzazione e l'informazione diffusa dai mass media nei paesi industrializzati in merito al concetto di salute hanno contribuito alla formazione di un individuo sempre meno "paziente" e sempre più desideroso di partecipare al processo di cura e al mantenimento del proprio benessere. Lo sviluppo esponenziale delle conoscenze scientifiche è riuscito a sconfiggere o trattare patologie mortali, intervenendo sempre più precocemente nei processi di diagnosi e cura. Ciò ha imposto inevitabilmente una specializzazione della conoscenza, traducibile nel frazionamento di molteplici interventi

⁴³ Johnson G, *Should nurses practise complementary therapies?*, Complementary therapies in nursing & midwifery, 2000

specialistici. Uno dei risultati meno auspicabili derivati dalla parcellizzazione del processo di cura è un maggior interesse verso le singole “parti” della persona, ignorandone l’integrità, come se fosse la patologia a incarnare la persona e non viceversa. Purtroppo quando ci si trova ad affrontare la malattia, l’individuo non si sofferma sui progressi della ricerca scientifica, ma focalizza tutta l’attenzione sulla propria esistenza, il proprio essere, sulla miglior qualità di vita consentita. Il concetto di salute assume toni diversi per un’utenza che oggi ha aspettative diverse, influenzate fortemente anche dalla crisi di valori alla quale è sottoposta la società.

La definizione moderna del concetto di salute come condizione di «completo benessere» dell’individuo⁴⁴ (OMS, 1986) ha modificato nella medicina occidentale anche il concetto di malattia, non più definita solo da una condizione biologica di patologia, ma da qualsiasi condizione di malessere esistenziale in conseguenza anche ad errati comportamenti e scelte di vita. Effettivamente, la malattia abbraccia tutti gli ambiti dell’esperienza umana e traccia una complessa rete di significati biologici, sociali, emotivi, psicologici e spirituali.

Da alcuni decenni, si sono sviluppate nuove correnti di pensiero e di azione che impegnano le proprie energie per ridisegnare la persona nella sua globalità, attraverso un approccio olistico. A fronte della crescente domanda dell’utenza per un approccio sanitario di questo tipo, tra gli anni Sessanta e gli anni Ottanta sono nati negli Usa e nell’Europa settentrionale i primi centri dove si attuano le Medicine Complementari.

Attraverso l’approccio olistico, la persona è considerata nella sua completezza; salute e malattia sono in equilibrio e quando questo equilibrio è perturbato si ha lo stato di malattia.

Questa visione porta alla definizione della persona come sistema unico, diverso da ogni altro individuo perché l’infinita complessità individuale e la sua continua trasformazione nello spazio e nel tempo non permetteranno di identificare individui con le medesime caratteristiche. Ogni persona possiede capacità, risorse, energie che conducono alla guarigione. Tali capacità sono innate e potenti: l’infermiere aiuta la persona a identificarle, indirizzarle e potenziarle.⁴⁵

44 WHO, *The Ottawa Charter for Health Promotion*,
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

45 Burrai F, *Infermieristica olistica*, 2013

2.1.2 Cure complementari e nursing

In un Rapporto tecnico dell'Oms stilato a Ginevra nel 1996 si può leggere:

Gli infermieri di tutto il mondo sono divenuti sempre più consapevoli del fatto che ampi gruppi di popolazione in ogni Paese stanno usando approcci tradizionali e complementari per mantenere o recuperare la propria salute. In molti luoghi gli infermieri sono stati innovatori di questo movimento. Nei Paesi industrializzati si stima che circa la metà della popolazione ricorra regolarmente ad approcci sanitari complementari. Nei paesi in transizione ed in quelli in via di sviluppo la percentuale è addirittura superiore. Alcuni di questi approcci complementari possono far parte di un piano terapeutico con il paziente se sono appropriati ed accettabili. Il tocco terapeutico, l'uso di infusi, il massaggio ed altri approcci complementari possono favorire l'assistenza infermieristica. Il personale infermieristico deve essere preparato a guidare i clienti nella scelta tra i differenti approcci assistenziali complementari e quelli tradizionali. La formazione dovrebbe mettere gli infermieri in condizione di capire i diversi approcci, la loro compatibilità con altre forme di cura e la loro accettabilità in seno alla tradizione culturale[...] Gli infermieri condividono la responsabilità di essere aperti e consapevoli circa tutto ciò che attiene all'assistenza sanitaria in cui lavorano.

L'infermieristica, nata per essere scienza olistica, risponde effettivamente ai requisiti proposti dalle Medicine Complementari: l'infermiere, proprio per le caratteristiche del modello di cura di riferimento che pone al centro della relazione terapeutica la persona con i suoi bisogni e le sue potenzialità, si muove in un'ottica di integrazione, utilizzando le risorse della persona per il raggiungimento del benessere per lei possibile.

È una professione in lenta ma continua evoluzione. Questa crescita non può ignorare né la situazione dei colleghi a livello internazionale né le direttive e le indicazioni dell'OMS, che nel testo sopracitato ha richiamato l'attenzione della professione infermieristica invitando a “guidare i clienti nelle scelte tra i diversi approcci assistenziali” e sottolineando che “la formazione dovrebbe mettere gli infermieri in condizione di capire i diversi approcci”.⁴⁶

Nel 2002 la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, all'interno dell'articolo *Linee guida per un percorso di alta formazione, Infermieristica e Cure complementari*, ha delineato i postulati dell'applicazione delle Medicine Complementari nell'assistenza infermieristica come rappresentato nella figura 1.

⁴⁶ D'Innocenzo M et al, *Linee guida per un percorso di alta formazione, Infermieristica e Cure complementari*, Formazione Infermieristica, IPASVI, 2002

Figura 1

DICHIARAZIONE DELLA FEDERAZIONE NAZIONALE DEI COLLEGI IPASVI

Nell'ambito dell'infermieristica sono considerate Cure complementari una serie di interventi, come di seguito elencati, che si avvalgono di saperi ed abilità acquisiti e mantenuti attraverso un percorso formativo specifico, che possono essere proposti in autonomia dall'infermiere in regime libero-professionale e/o di dipendenza come parte integrante del piano di cura. La Dichiarazione fa riferimento ai seguenti documenti:

- Federazione nazionale Collegi Ipasvi. *Codice deontologico degli infermieri*, 1999
- Dm 739/94, *Profilo dell'Infermiere professionale*
- Nurses Registration Board. *Complementary Therapies in Nursing Practice, Standard and Practice*. New South Wales, 1998
- The Royal College of Nursing of the United Kingdom, Department of Nursing Policy and Practice. *Complementary Therapies in Nursing Special Interest Group, Statement of Belief*. 1993

DICHIARAZIONE

1. Crediamo che l'infermiere, nell'esercizio dell'attività professionale sia tenuto ad operare nel rispetto del profilo professionale e del Codice deontologico
2. Crediamo che la scelta delle Cure complementari debba essere effettuata fra le cure basate sull'evidenza scientifica disponibile
3. Crediamo che gli infermieri che abbiano seguito un percorso formativo nel campo delle Cure complementari individuate dalla Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi possano inserire in autonomia tali approcci nell'ambito della pianificazione e gestione dell'intervento infermieristico
4. Crediamo che ciascun infermiere sia personalmente responsabile nel valutare se le sue conoscenze, formazione ed esperienza rispetto alle Cure complementari corrispondano ad un livello di competenza tale da poterle utilizzare nella cura della persona
5. Crediamo che le Cure complementari debbano essere parte integrante del piano preventivo, curativo e riabilitativo
6. Crediamo che gli infermieri debbano essere coscienti delle potenzialità e dei limiti delle Cure complementari e debbano far riferimento ad altri professionisti della salute quando lo ritengano necessario
7. Crediamo che le Cure complementari non debbano essere proposte in sostituzione di interventi basati sull'evidenza
8. Crediamo che gli infermieri che praticano Cure complementari debbano seguire le Linee guida (in corso di predisposizione; *Ndr*) della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi e sviluppare protocolli e procedure condivisi dall'équipe
9. Crediamo che gli infermieri debbano documentare le Cure complementari effettuate e sviluppare progetti di ricerca sulle Cure complementari
10. Crediamo che la persona debba definire insieme all'infermiere, l'accettabilità e l'adeguatezza di ogni Cura complementare. L'infermiere deve acquisire il consenso informato e documentato prima di effettuare qualsiasi cura
11. Crediamo che l'infermiere debba informare il medico curante sull'impiego di Cure complementari
12. Crediamo che l'infermiere debba essere preparato ad educare la persona e i familiari a pratiche complementari di auto-cura
13. Crediamo che l'infermiere debba impegnarsi personalmente per sviluppare la propria consapevolezza al fine di promuovere l'evoluzione armonica del proprio ruolo

2.1.3 Classificare gli interventi infermieristici di MC

Esistono oltre 300 tipi di approcci per l'applicazione delle Medicine Complementari.

Tuttavia esiste una classificazione stilata nel 1999 dall'ente statunitense della medicina alternativa (NIH, National Institute of Health), che prevede le seguenti categorie:

- alimentazione e nutrizione;
- terapie psicocorporee (meditazione, bio-feedback, ipnosi)
- terapie tradizionali (medicina cinese, metodi di guarigione autoctoni);
- trattamento farmacologico o biologico (omeopatia);
- guarigione manuale (massaggi, chiropratica, riflessologia, reiki, shiatsu, tocco terapeutico);
- fitoterapia (erbe medicinali, aromaterapia).

Prendendo come punto di riferimento quest'ultima classificazione, nel 1999 Paola Ripa e Elisabetta Baffi, dopo aver identificato le tecniche e le metodologie di Medicina Complementare applicabili allo specifico ambito assistenziale, le suddivisero in tre gruppi principali⁴⁷:

1. Massaggio:
 - a) infant massage
 - b) massaggio ayurvedico
 - c) massaggio cinese
 - d) riflessologia plantare
 - e) shiatsu
2. Tecniche di rilassamento:
 - a) musicoterapia
 - b) tecniche di respirazione
 - c) training autogeno
 - d) visualizzazione creativa/pensiero positivo

⁴⁷ Ripa P, Banfi E, *Medicina Complementare nell'assistenza infermieristica: riflessioni su problematiche da risolvere e prospettive per lo sviluppo professionale*, 1999

3. Altre tecniche:

- a) auricoloterapia/Acudetox®
- b) aromaterapia
- c) cromoterapia
- d) floriterapia
- e) tocco terapeutico

Quest'ultima classificazione è la stessa adoperata nei prossimi paragrafi per ordinare sistematicamente le principali tecniche e terapie di Medicina Complementare adottabili nell'assistenza infermieristica.

2.2 *Il massaggio*

Il massaggio ha una storia molto antica: probabilmente è la prima forma di terapia che l'uomo ha utilizzato per il trattamento della malattia. A partire dalle epoche più lontane il massaggio e soprattutto l'automassaggio hanno rappresentato istintivamente il metodo terapeutico più immediato. Solo grazie allo studio della fisiologia si è arrivati successivamente a scoprire perché, attraverso la manipolazione manuale, si ottenga un'azione analgesica sulle parti dolenti del nostro organismo.

In generale si tende a considerare come inizio della sua evoluzione il periodo greco-romano, anche se le prime descrizioni riguardanti trattamenti che possano ricondursi a ciò che noi oggi intendiamo come “massaggio” risalgono a circa 7000 anni fa, più precisamente al popolo cinese e a quello indù. Anche molte altre antiche culture come quella Egizia, Maya, Hawaiana, Inca, Avajo e Cherokee consideravano il massaggio come tecnica di guarigione dalle malattie e come mezzo di prevenzione.

2.2.1 *Infant massage*

Il massaggio del bambino è un'antica tradizione presente da sempre nelle culture di molti paesi. In Nepal ad esempio è tradizione millenaria massaggiare i neonati come primo contatto d'amore per aiutarli nello sviluppo psicomotorio e per favorirne il riposo.

Questa pratica è stata riscoperta negli anni Ottanta e sta ottenendo sempre maggior successo anche nel mondo occidentale.

Ideatrice di questo particolare tipo di massaggio è la statunitense Vimala McClure, che dopo aver lavorato presso un orfanotrofio in India, acquisì e condivise le tradizioni di cura locali. Nel 1976, alla nascita del suo primogenito, McClure sperimenta e perfeziona la sequenza dei massaggi, verificando i benefici ottenuti per il bambino.⁴⁸

In Italia è grazie a Benedetta Costa, terapeuta della riabilitazione pediatrica, che si deve l'introduzione dell'infant massage nella pratica clinica. La Costa frequentò i corsi di McClure negli USA e utilizzò le proprie conoscenze presso l'ospedale pediatrico Gaslini di Genova, nel reparto di terapia intensiva neonatale. Nel 1988, in collaborazione con Maria Mathias, trainer statunitense, inizia l'organizzazione di corsi per operatori. Genova e Bologna sono tra le prime città a formare gli insegnanti in Italia. I corsi diventano regolari a partire dal 1990 e da allora le richieste degli operatori verso questo tipo di formazione sono aumentate progressivamente.⁴⁹

L'infant massage può essere adottato:

-in ambito sanitario (pediatri, infermieri, vigilatrici d'infanzia, ostetriche, terapisti della riabilitazione ecc.);

-in ambito assistenziale (assistenti sociale, assistenti sanitari ecc.);

-in ambito educativo (insegnanti di asilo nido e scuola materna pedagogisti, psicomotricisti, psicologi, educatori ecc.).

▪*Meccanismo d'azione.* L'infant massage procura benessere, promuove il contatto affettivo con i genitori e il rilassamento. In particolare l'AIMI⁵⁰ stabilisce che questi interventi servono a:

-sviluppare e a regolare le funzioni respiratorie, circolatorie e gastrointestinali; spesso alleviano il disagio delle coliche gassose (effetto stimolante);

-aiutare il bambino a rilassarsi e a superare gli stress provenienti dalle nuove situazioni, insegnandogli a essere consapevole delle tensioni del corpo e a liberarsene (effetto rilassante);

48 International Association of Infant Massage, *Our founder*, <http://www.iaim.net/about-iaim/our-founder/>

49 Associazione Italiana Massaggio Infantile, *Storia*, <https://www.aimionline.it/aimi/storia/>

50 Associazione Italiana Massaggio Infantile

-favorire la conoscenza, la comunicazione, la confidenza tra genitore e bambino; facilitare lo scambio di messaggi affettivi, la conoscenza dello schema corporeo, la formazione dell'immagine di sé; far sentire al bambino che è sostenuto e amato (effetto psicologico).⁵¹

Per preparare adeguatamente il bambino, occorre predisporre particolari condizioni:

-ambiente: deve essere tranquillo, possibilmente senza rumore, con temperatura e umidità idonee;

-abbigliamento: sarebbe meglio eseguire il massaggio direttamente sulla cute, ma non è indispensabile;

-operatore: deve stare in una posizione comoda, avere le mani calde e utilizzare tutti i gesti come se fossero una sequenza di carezze e coccole.

▪ *Assistenza infermieristica*

All'ospedale Gaslini di Genova e nei maggiori ospedali italiani, molti infermieri e terapisti praticano l'infant massage nei reparti pediatrici. Presso la II Divisione di Pediatria dell'Università degli Studi di Torino, il reparto di terapia sub-intensiva del Centro neonati a rischio prevede nel programma di cure l'infant massage e il massaggio riflessologico.

L'infermiere, oltre alle cure di salute per neonati sani, può trovarsi di fronte a un neonato in terapia intensiva o in rianimazione, dove il contatto umano, cioè ciò che dà sicurezza al bambino, specialmente nella fase critica è ovviamente limitato all'esecuzione di tecniche o manovre mediche o di nursing. In questi casi spesso l'infermiere è il professionista che passa la maggior parte del tempo col bambino e l'infant massage costituisce una risorsa importante per i neonati malati o a rischio, le cui prime e forse ultime coccole potrebbero essere quelle delle mani di un buon infermiere.⁵²

2.2.2 *Massaggio ayurvedico*

Obiettivo della medicina ayurvedica è l'ottenimento di uno stato di buona salute, inteso come condizione di continuo benessere, equilibrio e appagamento, uno stato di felicità

51 Associazione Italiana Massaggio Infantile, *Benefici del massaggio per i genitori e per i bambini*, <https://www.aimionline.it/aimi/benefici-del-massaggio-per-i-genitori-e-per-i-bambini/>

52 Ripa P, Banfi E, *La cure complementari e l'infermiere*, La professione infermieristica. Carocci Faber, 2004

fisica, mentale e spirituale. Il massaggio è un aspetto di questa medicina che contribuisce al mantenimento della salute.

In India il massaggio è chiamato *abhyangam*, ossia “massaggio amorevole” ed è integrato con lo yoga e la meditazione. L' *abhyangam* è una pratica olistica che lavora su tutto l'insieme della persona con una visione globale, che mira a creare i presupposti affinché l'organismo reagisca con le proprie forze alla condizione di malattia, mettendo in moto un processo di “autoguarigione”, che potenzia le difese immunitarie e rafforza tutti i vari sistemi corporei. I benefici che ne conseguono sono molteplici: l' *abhyangam* rimuove quelle resistenze e “blocchi energetici” ritenuti responsabili di gran parte dei nostri disturbi. Aiuta il buon funzionamento degli organi interni, potenzia le difese immunitarie. Psicologicamente aiuta a raggiungere una calma interiore e una maggior chiarezza mentale.

In Italia esistono vari corsi di massaggio ayurvedico, diversi per durata e costo. Si possono trovare corsi costituiti da pochi incontri oppure corsi triennali. Alcune scuole si affidano direttamente alla conoscenza di maestri indiani; altre dichiarano che l'esperienza dei propri professionisti si basa su anni di esercizio in India; altre ancora richiedono una qualifica professionale in ambito sanitario. Infine ve ne sono alcune aperte al pubblico in generale, ma spesso sono anche le più costose.

▪*Meccanismo d'azione.* L' *abhyangam* è una pratica esterna che scioglie le tossine e le scorie del corpo contribuendo alla loro rapida eliminazione, in quanto il trattamento della pelle stimola sia la circolazione sanguigna sia il flusso della linfa. Inoltre, facendo penetrare, attraverso il massaggio, gli oli vegetali nella pelle si apportano importanti elementi nutritivi. I massaggi hanno anche effetti tonificanti e riequilibranti con beneficio per il corpo, la mente e la psiche. Il massaggio ayurvedico, attuato in sincronia con i ritmi naturali del corpo, allontana la vecchiaia, nutre i *dhatu* (tessuti del corpo), toglie la fatica fisica, mentale, emotiva, migliora la vista, rinforza il corpo (facilita il sistema digerente, circolatorio linfatico, escretorio nervoso, energetico), favorisce il sonno e i sogni, migliora la concentrazione, rinforza la pelle. La tecnica non è semplice e può richiedere anche il lavoro di più massaggiatori consiste nel trattare le diverse parti del corpo con differenti oli ed essenze, secondo l'effetto desiderato.

▪*Metodologia di preparazione e applicazione.* Innanzitutto è indispensabile creare una condizione di ricettività nei confronti della persona che sarà trattata. L'ambiente dovrà

essere caldo, accogliente e profumato; la luce deve favorire il rilassamento. In generale la seduta dura un'ora, un'ora e un quarto.

▪Assistenza infermieristica

L' *abhyangam* risulta molto versatile nell'assistenza infermieristica, in quanto capace di:

- procurare rilassamento;
- indurre maggiore pazienza e tolleranza;
- aiutare la persona a riappropriarsi della fiducia in se stessa;
- tonificare la persona costretta all'allettamento;
- garantire una migliore qualità della vita;
- prevenire lo stress;

Essendo un massaggio di tipo particolare, è necessaria una conoscenza profonda tra infermiere e persona da trattare. In ambito ospedaliero risulta difficile da applicare, dati i tempi di realizzazione; risulta quindi più indicato per assistenza ambulatoriale o domiciliare. Il massaggio ayurvedico è solo un elemento della cura e deve essere prescritto a seguito di una diagnosi effettuata da un medico con esperienza anche in questo tipo di medicina. L'infermiere dovrà quindi, se desidera agire con una certa autonomia, operare in stretta collaborazione con tale figura professionale.⁵³

2.2.3 Massaggio Cinese

È nel 2600 a.C. circa che in Estremo Oriente inizia la raccolta della storia documentata della massoterapia. Qi Bo, Dai Ji, Yu Fu sono i nomi dei primi tecnici del massaggio conosciuti in Cina, vissuti, secondo la tradizione cinese, tra il 2600 e il 2100 a.C. Da allora il massaggio cinese è stato sempre più utilizzato e sempre meglio organizzato.

Il massaggio cinese, detto *tuina*, è un massaggio globale, che mira a equilibrare da un punto di vista energetico l'intero organismo (o singole parti di esso), stimolando canali e punti della medicina tradizionale cinese. *Tuina* è un'antica parola risalente al periodo

53 Ripa P, Banfi E, *La cure complementari e l'infermiere*, La professione infermieristica. Carocci Faber, 2004

anteriore alla dinastia Ming ed è composta da due ideogrammi: il primo, *tui* significa "spingere", "spinta", il secondo, *na*, significa "afferrare", "tenere".⁵⁴

Il massaggio cinese è tutt'oggi diffuso e praticato negli ospedali cinesi. In Occidente le tecniche di massaggio della medicina tradizionale cinese sono spesso praticate da fisioterapisti.

Essendo una tecnica completa e guidata da una profonda teoria, il *tuina* può essere applicato per risolvere problemi di vario genere: è un metodo tonificante o rilassante; può essere impiegato come trattamento dei disturbi osteoarticolari, lombalgie, sciatalgie e problemi alla colonna in genere. I trattamenti sono utili in caso di disturbi delle ossa e delle articolazioni, spasmi dei tessuti molli e stati di debolezza post-traumatica, emiplegia acuta, problemi gastrici e intestinali.

Le azioni generali del massaggio cinese possono essere descritte anche come:

- regolazione dell'attività del sistema nervoso;
- rafforzamento delle capacità di difesa del corpo rispetto alla possibilità di ammalarsi;
- miglioramento del nutrimento dei tessuti, della circolazione del sangue, dell'elasticità delle articolazioni.

Solo un lungo periodo di pratica e una lunga applicazione clinica della manipolazione rendono l'operatore capace di impadronirsene abilmente e di applicarla efficacemente secondo i bisogni del paziente.

Esistono in tutta Italia scuole di medicina tradizionale cinese, che propongono corsi diversi per durata e costo. Non tutte queste scuole offrono corsi teorico-pratici specifici per personale sanitario. Tuttavia, ne esistono alcune che hanno studiato corsi mirati per operatori della salute, e quindi anche per infermieri. Al termine di questi corsi è rilasciato un attestato o un diploma, che tuttavia non è ancora ufficialmente riconosciuto.

▪*Meccanismo d'azione.* Secondo la tradizione cinese, la massoterapia attiva il *qi*, l'energia o fiato vitale e il sangue, sbloccando i canali energetici, ammorbidendo le articolazioni e rinforzando il sistema immunitario. Le reazioni fisiologiche nei tessuti locali attivano e migliorano la circolazione della secrezione linfatica e del sangue.

⁵⁴ Wikipedia, *TuiNa*, <http://it.wikipedia.org/wiki/TuiNa>

È un metodo naturale che non ha effetti collaterali e se affiancato ad altre terapie può accelerarne e aumentarne i benefici.

▪*Metodologia di preparazione e applicazione.* Le tecniche del massaggio tradizionale cinese sono numerose e spaziano dall'utilizzo della punta delle dita, del palmo o dorso dell'avambraccio e del gomito fino all'utilizzo dei piedi. Questi movimenti esercitano una certa forza uniforme sulla parte massaggiata, sbloccando i canali e rilassando i tendini: attivano l'energia vitale e il sangue, oltre a produrre un'azione analgesica.

Il massaggio può essere di due tipi:

-localizzato, che può essere facilmente insegnato; questo tipo di massaggio è chiamato "digitopressione", "micromassaggio" o "automassaggio" e si ispira, come altre tecniche terapeutiche alle teorie diagnostiche e curative proprie della medicina tradizionale cinese;

-generale, spesso eseguito da un esperto che impiega varie forme di manipolazione, trazione, impastamento, strofinamento ecc.

L'operatore che si accinge a eseguire un massaggio *tuina* deve avere le mani pulite e debitamente riscaldate da un breve strofinamento (uno o due minuti): le unghie devono essere corte e pulite. È indispensabile preparare un ambiente tranquillo e assumere una posizione comoda. La persona da trattare va informata che il massaggio deve essere eseguito lontano dai pasti (è richiesto il digiuno da almeno un'ora e dopo il massaggio non si può assumere cibo per un'altra ora) e, comunque mai dopo pasti abbondanti. Inoltre la preparazione della persona prevede lo svuotamento di colon e vescica.

Il massaggio inizia con una lieve pressione e prosegue premendo sempre più con un movimento dapprima rapido e poi più lento sino a tornare alla velocità iniziale, con una durata da un minimo di un minuto ad un massimo di cinque. Al termine della seduta, la persona trattata non deve alzarsi bruscamente dal lettino e dovrà essere informata che uno o due giorni dopo il primo trattamento potrà accusare un'accentuazione dei suoi disturbi, come fenomeno transitorio. Fenomeni come un aumento della sudorazione, stanchezza, sonnolenza, aumento della diuresi, sono considerati segni positivi di reazione dell'organismo.

▪Assistenza Infermeristica

Nell'assistenza infermieristica, questo tipo di applicazione, dopo debita formazione, potrebbe rappresentare uno strumento efficace per tranquillizzare la persona trattata, per farle acquisire maggior consapevolezza e per sostenere e potenziare altre forme terapeutiche.

Come tutti i tipi di massaggio, il *tuina* presenta i seguenti vantaggi:
-economicità: è un trattamento che non richiede alcuno strumento o attrezzatura particolari; può essere praticato in tutte le situazioni e dovunque;

-apprendimento relativamente semplice: può essere praticato a vari livelli di approfondimento, anche solo, ad esempio, da persone interessate a livello amatoriale e personale. È chiaro che il suo utilizzo in campo terapeutico e in presenza di vere proprie patologie richiede una buona conoscenza delle teorie della medicina tradizionale cinese;

-ridotta invasività: il massaggio cinese non ha in sostanza effetti collaterali; se la scelta dei punti, dei meridiani e delle zone da trattare è appropriata, se si scelgono e si eseguono correttamente le tecniche adatte, i risultati sono sicuri e stabili;

-efficacia: il massaggio cinese si può praticare in quasi tutte le patologie, nella riabilitazione, nella prevenzione.

Le controindicazioni al massaggio cinese sono poche e riguardano essenzialmente lo stato di gravidanza, le patologie dermatologiche, le malattie mentali (perché il paziente non è in grado di collaborare) e la presenza di mestruazioni (in quest'ultimo caso non vanno massaggiate le zone lombosacrali e addominali per non prolungare il flusso mestruale).

Come per il massaggio ayurvedico, questo particolare tipo di massaggio prevede una diagnosi effettuata da un medico esperto di medicina tradizionale cinese e, pertanto, l'infermiere che decidesse di utilizzare questa tecnica dovrà integrare il proprio sapere con quello medico.⁵⁵

2.2.4 Riflessologia Plantare

Ancora oggi non si sa con certezza quale sia l'origine di questa tecnica; si suppone che le sue tracce si perdano nell'antica Cina dove veniva praticata già 5000 anni fa, sebbene si

⁵⁵ Ripa P, Banfi E, *La cure complementari e l'infermiere*, La professione infermieristica. Carocci Faber, 2004

sappia che nello stesso periodo era conosciuta e applicata anche in India. Successivamente fu abbandonata, probabilmente a favore dell'agopuntura che emerse dalla stessa radice come ramo più forte. Oltre a quella cinese, altre culture antiche, come quella Egizia e quella dei pellerossa d'America, hanno praticato il massaggio del piede come trattamento terapeutico e di medicina preventiva

In Europa, i primi a interessarsi al massaggio zonale furono i tedeschi, che tra il 1890 e il 1900 cominciarono ad affrontare il trattamento della malattia tramite massaggio. William Fitzgerald, otorinolaringoiatra viennese, scoprì che facendo pressione su determinate zone dei piedi, poteva ottenere un effetto analgesico-anestetico. Così studiò ed elaborò una riflessologia moderna, suddividendo il piede in dieci zone e ideò il massaggio zonale, evoluzione del massaggio riflessologico. Infine, negli anni Trenta, Eunice Ingham, terapeuta del massaggio, ridefinì le zone di Fitzgerald dopo aver osservato che spesso tensioni del corpo si riflettono in punti specifici del piede.

L'obiettivo della riflessologia plantare non è quello di guarire, ma di lavorare con i flussi di energia sottile che rivitalizzano l'organismo, affinché questo possa utilizzare la sua naturale capacità di guarigione. La pressione sui piedi crea canali attraverso i quali l'energia guaritrice circola in tutte le parti del corpo.

È un tipo di massaggio semplice che implica una specifica conoscenza tecnico-teorica.

Esistono corsi professionalizzanti della durata di tre anni, aperti al pubblico in generale oppure destinati a operatori della salute, al termine dei quali è rilasciato un diploma. Per quanto concerne l'infermieristica, probabilmente la riflessologia è una delle tecniche maggiormente apprese e utilizzate anche in ambito ospedaliero (sia adulto che pediatrico). Il CESPI (Centro studi delle professioni infermieristiche) ad esempio, ha proposto corsi introduttivi, a seguito dei quali gli infermieri hanno potuto utilizzare la conoscenza acquisita nello specifico infermieristico.

▪*Meccanismo d'azione.* I piedi sono due elementi del nostro corpo molto importanti che non vanno trascurati. Essi sostengono tutto il peso del corpo consentendo ad esso di muoversi.

I piedi rappresentano inoltre in piccolo il nostro organismo: tutti gli organi, le ghiandole e le altre parti del nostro corpo sono infatti "riflessi" sulla pianta dei piedi. In riflessologia, per "riflesso" si intende un'involontaria o inconscia risposta ad uno stimolo: quando si stimolano i punti riflessi sui piedi, si provoca una reazione involontaria negli organi e nelle

ghiandole collegati attraverso le vie energetiche a quegli specifici riflessi. Questi punti, se correttamente stimolati, hanno una profonda influenza sul nostro stato di salute.

Lo scopo della riflessologia è indurre il ritorno all'omeostasi, cioè ad uno stato di equilibrio, raggiungibile attraverso la riduzione della tensione e l'induzione del rilassamento. I nervi ricaricati, l'energia rivitalizzata e il generale equilibrio corporeo sono ulteriori effetti positivi.

Quando il corpo è rilassato, la circolazione può scorrere senza impedimenti e fornire elementi nutritivi e ossigeno necessari per cellule ed organi del corpo. Il massaggio professionale delle zone riflesse del piede serve a stabilire quali parti del corpo sono in disequilibrio e quindi non lavorano in modo efficiente. Il trattamento può essere allora utilizzato per correggere lo sbilanciamento e riportare così in efficienza il corpo.

Questa forma di terapia è utilizzata non solo per curare patologie, ma anche per mantenere una buona salute e prevenire le malattie. Infatti con il massaggio riflesso i problemi di salute possono essere scoperti in fase iniziale e il trattamento può servire per evitare disturbi gravi in fase di sviluppo. Uno dei maggiori benefici è rappresentato dall'induzione di uno stato di rilassamento, che è il miglior antidoto per superare lo stress e tutte le relative conseguenze psicofisiche.

▪ *Metodologia di preparazione e applicazione.* Si tratta di una tecnica che, non richiedendo particolare strumentazione, può essere utilizzata ovunque ci sia un letto o un materassino, e applicata ad anziani, adulti, bambini. È richiesta un'accurata igiene del piede, che comporta una preventiva correzione di tutti gli "inestetismi" provocati da una scarsa cura oppure dall'invecchiamento naturale.

La persona da trattare è generalmente invitata ad assumere la posizione supina su un lettino preparato ad hoc oppure per terra, sopra un materassino. Il massaggio è condotto con movimenti prodotti dal pollice, seguendo tutte le zone in sequenza dei piedi per trattare tutto l'organismo. Per facilitare il massaggio, potranno essere utilizzati oli con l'aggiunta di essenze, che tra l'altro potenzieranno l'effetto terapeutico. Un massaggio di solito ha una durata che va dai 30 ai 60 minuti. Il massaggio, tranne in particolari casi, deve riguardare entrambi i piedi nel trattamento generale. Inoltre per ottenere un certo livello di benessere oppure di risultato sono necessarie diverse sedute.

▪Assistenza infermieristica

La riflessologia, come tutti i tipi di massaggio, comporta una relazione infermiere/persona assistita. Per stabilire questa relazione è fondamentale che per la durata del trattamento l'operatore si dedichi completamente alla persona da trattare, liberandosi da tutti i problemi di lavoro, da pensieri vari e da tutti gli impegni. Più l'operatore sarà presente al paziente, tanto più profonda e quindi armonica sarà la relazione che si stabilisce. Il massaggio permette all'operatore di “centrarsi” sulla persona ed entrare in contatto con quelle che sono le sue emozioni, i suoi sentimenti, le sue potenzialità. Con la riflessologia si possono ottenere rapidi risultati nella riduzione dello stress (è utilizzata spesso nei reparti oncologici) oppure risolvere disturbi quali singhiozzo neoplastico, vomito, stipsi, astenia, insonnia, depressione, dolore).

L'infermiere può utilizzare questo tipo di trattamento in qualsiasi ambito, con persone di qualsiasi età. Nel caso di posture obbligate, se l'operatore conosce la riflessologia palmare, il massaggio può essere effettuato sulla mano.⁵⁶

56 Ripa P, Banfi E, *La cure complementari e l'infermiere*, La professione infermieristica. Carocci Faber, 2004

2.2.5 Shiatsu

Lo shiatsu è un approccio che, pur partendo dalla medicina tradizionale giapponese (e dal suo substrato cinese), ha tentato un esplicito collegamento con la fisiopatologia e la fisioterapia occidentali.⁵⁷ Nella tradizione giapponese il massaggio prende il nome di *kampo* ossia "mantenere e ripristinare la salute".

Le conoscenze in materia di massaggio e cura del corpo si diffusero dalla regione indiana per mezzo di viaggiatori e monaci buddhisti, che raggiunsero Birmania, Cambogia, Laos, Thailandia e Cina dove Taoismo e Confucianesimo apportarono ulteriori influenze e modifiche. Intorno al VII secolo d.C. tale corpo di conoscenze si diffuse in Giappone subendo ulteriori trasformazioni. La massima popolarità fu raggiunta nel periodo Edo (1616-1867), epoca in cui il Giappone era un paese ancora chiuso agli stranieri e il sapere tradizionale era tutelato come proprietà familiare. Dopo la fine del 1800, con la riapertura delle frontiere, arrivarono in Giappone le metodologie di manipolazione occidentale che ebbero l'effetto di valorizzare le tecniche di massaggio tradizionale. Bisognerà attendere l'inizio del Novecento per la diffusione del nuovo termine "shiatsu" a opera del maestro Namikoshi. Nel 1954 lo shiatsu fu dichiarato pratica autonoma.

Lo shiatsu giunge in Italia verso la fine degli anni settanta e oggi è una delle tecniche di Medicina Complementare più diffuse, rappresentata istituzionalmente da una federazione nazionale, da una europea e regolamentata da un Albo Professionale.

La maggior parte delle scuole shiatsu fa riferimento alla Federazione⁵⁸ d'appartenenza e per quanto riguarda l'iter formativo sono previsti tre anni di corso teorico-pratico e più un anno di praticantato vero e proprio. Alla conclusione del percorso formativo e in seguito al superamento di un esame teorico-pratico di fronte a una Commissione designata dalla Federazione è rilasciato un diploma.

L'obiettivo che si propone lo shiatsu è di preservare e riacquistare la salute, attraverso il riequilibrio del corpo. Infatti, il massaggio, effettuato tramite digitopressione, influenza direttamente il movimento dell'energia (ki), attraverso i meridiani. Consiste in una serie di pressioni perpendicolari sul corpo del ricevente, pressioni che devono essere mantenute e costanti, effettuate da mano, gomito e ginocchio. L'operatore, attraverso differenti tipi di

⁵⁷ Enciclopedia Treccani, *Shiatsu*, Lessico del XXI Secolo (2013)

⁵⁸ Federazione Italiana Shiatsu

digitopressione lungo i meridiani, ripristina il flusso di energia che per qualsiasi motivo è stato perturbato ed è quindi carente oppure in eccesso.

Come nella riflessologia, lo shiatsu può avere due valenze, ovvero quella di rilassamento e quella terapeutica vera e propria.

▪*Metodologia di preparazione e applicazione.* Come nella riflessologia plantare lo strumento fondamentale del terapeuta consiste nell'uso delle mani. Nello shiatsu è importante il tatto: chiunque può sperimentare nei momenti di fatica oppure dopo un trauma l'effetto di sollievo del tocco di una mano. D'altronde la mano è l'estensione del nostro cuore. Secondo gli orientali, dato che questa abilità è comune a tutti, chiunque è in grado, dopo un adeguato addestramento a effettuare un massaggio shiatsu appropriato.

Chi pratica shiatsu deve avere a disposizione un luogo dedicato adatto, tranquillo e riscaldato. Il trattamento prevede il posizionamento della persona su un apposito lettino preparato sul pavimento.

Prima di iniziare il trattamento vero e proprio, è eseguita un'accurata analisi dell'*hara* che è il punto di partenza per tutti i movimenti. Gli orientali considerano l'*hara* come centro del corpo; pertanto, esplorando questa zona, è possibile avere visione dell'organismo sia d'insieme, sia più specifica. L'*hara* è quella zona periombelicale delimitata dall'arco costale e dalla sinfisi pubica. L'ispezione è eseguita attraverso il tatto per individuare eventuali “pieni” o “vuoti” energetici, causati da eccessivo accumulo oppure mancanza di energia lungo i meridiani. Il terapeuta rileva la differenza di temperatura fra le varie parti dell'*hara* poiché il calore rappresenta l'energia presente. Il trattamento dura circa un'ora.

▪*Assistenza infermieristica*

Lo shiatsu è una forma di manipolazione che si esercita con i pollici, le dita e i palmi delle mani senza l'ausilio di strumenti meccanici o d'altro genere. Consiste nella pressione sulla cute mirante a correggere le disfunzioni interne, a migliorare e a conservare lo stato di salute o a trattare malattie specifiche.

Questa è la definizione che nel 1964 il Ministero per la Sanità e il Benessere giapponese ha dato della shiatsuterapia, riconoscendola legalmente come sistema autonomo di cura.

Lo shiatsu è un metodo che difficilmente si adatta alla realtà di un reparto ospedaliero per acuti; probabilmente è più adatto a istituti dedicati alla riabilitazione oppure a un regime ambulatoriale o domiciliare. Per integrare questa conoscenza nell'assistenza, è indispensabile percorrere l'iter di studi specifico.⁵⁹

2.3 *Tecniche di rilassamento*

Da quanto emerge da una recente studio statistico⁶⁰, la maggior parte della popolazione dei principali paesi industrializzati soffre di stress. In Italia, sette italiani su dieci muoiono per patologie legate allo stress.⁶¹ Tale elevata incidenza è facilmente imputabile allo stile di vita che contraddistingue la società dei paesi industrializzati, il quale comporta un eccessivo controllo dell'ambiente esterno ed interno (inclusi sentimenti, azioni, pensieri ed emozioni), una gestione frenetica e schedulata del tempo e la relativa noncuranza dei reali bisogni di corpo e mente. In considerazione di ciò, negli ultimi decenni sono state riesumate vecchie metodiche di rilassamento, molte delle quali sono state sviluppate da antiche tradizioni orientali. L'obiettivo primario che esse suggeriscono è l'apprendimento dell'*abbandono*, cioè lasciar andare le distrazioni e concentrare la mente sulla consapevolezza del presente, del "qui ed ora". Le tecniche di rilassamento consentono di riacquistare fiducia in se stessi, ricaricarsi di energia e abbandonarsi a sensazioni piacevoli. L'infermiere che decide di utilizzare queste metodiche deve possedere conoscenze specifiche.

2.3.1 *Tecniche di respirazione*

L'organismo è programmato per nutrirsi di cibi solidi, liquidi e di aria: sicuramente l'aria è l'elemento senza il quale possiamo resistere di meno. Tutte le antiche tradizioni e filosofie hanno trattato la questione della respirazione. Confucio sosteneva che: "Respirare è la prima cosa da imparare". La respirazione secondo gli antichi cinesi era un mezzo per ottenere il controllo del corpo e della mente. Attraverso l'inspirazione si introduce energia

59 Ripa P, Banfi E, *La cure complementari e l'infermiere*, La professione infermieristica. Carocci Faber, 2004

60 *Stress in the workplace to rise, say 8 out of 10 in major pan*, European opinion poll, IPSOS, 2012

61 Dipartimento di Studi Clinici dell'Università La Sapienza di Roma, 2009

che circola nel corpo per mezzo dei meridiani. In India, la respirazione è un elemento fondamentale nella disciplina dello yoga: il Pranayama⁶² è quella tecnica che permette, modificando qualità, profondità e ritmo della respirazione, una maggior e miglior assunzione di energia vitale primordiale e una efficace eliminazione di emozioni e pensieri negativi.

Le diverse tecniche di respirazione, caratterizzate da esercizi specifici a seconda del tipo di tradizione che si intende seguire, ve averne una conoscenza e un'esperienza notevoli, poiché se questi esercizi non sono eseguiti correttamente si può incorrere in effetti avversi, anche di una certa entità.

▪ *Metodologia di preparazione e applicazione.* Esistono numerose scuole di pensiero che influenzano il metodo applicativo della tecnica. Tuttavia l'obiettivo comune che si intende raggiungere è il miglioramento qualitativo dell'atto respiratorio. Abitualmente le tecniche tradizionali non richiedono molta preparazione. Oggigiorno l'insegnamento delle varie tecniche di respirazione ha il maggior impiego nel trattamento dello stress fisico, emotivo e psichico e spesso si associa al desiderio di cambiare il corso della propria vita.

Gli esercizi di respirazione sono personalizzati e devono essere eseguiti con una certa regolarità per ottenere i migliori risultati.

Le tecniche di respirazione consentono di aumentare la capacità polmonare, ma anche di migliorare il proprio equilibrio energetico con finalità terapeutiche. Gli immediati effetti benefici sono la riduzione dell'ansia e della tensione muscolare. Secondariamente, si ha un effetto di rilassamento sul sistema nervoso che controlla la pressione sanguigna e l'apparato digerente. Alcuni esercizi possono essere utilizzati per indurre il sonno. Altre pratiche respiratorie sono invece tonificanti per il sistema nervoso e possono essere consigliate negli stati di esaurimento psicofisico. Altre tecniche di respirazione sono adottate per ridurre la fatica mentale incrementare l'attenzione e la concentrazione.

Alcune di queste tecniche sono accessibili a tutti, altre invece risultano pericolose senza la supervisione di un esperto.

62 letteralmente: "controllo del respiro"

▪Assistenza infermieristica

Come tutte le tecniche di rilassamento, la respirazione rappresenta uno strumento semplice e valido per l'assistenza infermieristica, diretto alle persone malate e sane, in grado di seguire le istruzioni verbali impartite. Sono esercizi facili da eseguire e pertanto di apprendimento immediato.

Da un punto di vista assistenziale, si può riscontrare l'utilizzo di queste tecniche soprattutto in ambito oncologico. Molti malati di cancro e molti loro familiari possono rilassarsi e provare un senso di tranquillità con l'applicazione di queste semplici tecniche⁶³. Riuscire a far concentrare un paziente sul proprio diaframma significa distoglierlo da tutto ciò che lo disturba internamente ed esternamente e aiutarlo a raggiungere se stesso.⁶⁴

2.3.2 Training autogeno

Il training autogeno fu elaborato da Johannes Heinrich Schultz tra il 1908 e il 1912, partendo da osservazioni che Oskar Vogt aveva sviluppato durante i suoi studi sull'ipnotismo. Vogt aveva constatato che soggetti dotati di cultura e di buone capacità critiche erano in grado di indursi autonomamente uno stato di calma, ossia di realizzare quel rilassamento utile a mettersi in ascolto del proprio corpo, del proprio sé.⁶⁵

La suggestione che nell'ipnosi è indotta dall'esterno, nel training autogeno è generata direttamente dall'interno. Il soggetto trattato è quindi in grado di impartire a se stesso delle direttive, delle istruzioni positive che possono essere sfruttate ai fini della salute fisica, emotiva e mentale.

Schultz definì il training autogeno come "yoga occidentale" poiché pur mancando la parte di esercizio fisico dello yoga, resta simile il percorso effettuato dall'io al sé. Il training autogeno è uno strumento, una via per passare per arrivare alla liberazione dalle angosce quotidiane.

Un numero sempre crescente di persone pratica il training autogeno. I soggetti che spesso si rivolgono a questa forma terapeutica sono coloro che dicono di essere ansiosi, di non

63 L'AIMA (Associazione italiana malati di cancro), suggerisce diverse tecniche di Medicina Complementare tra cui le tecniche di respirazione da utilizzare come metodiche utili al miglioramento della qualità di vita del malato

64 Ripa P, Banfi E, *La cure complementari e l'infermiere*, La professione infermieristica. Carocci Faber, 2004

65 Schultz J H, *Il Training Autogeno – Il Training autogeno metodo di autodistensione da concentrazione psichica*

"farcela più", di arrabbiarsi per una sciocchezza, di sentirsi bloccati, di prendersela a cuore per ogni cosa, di aver spesso mal di testa, di dormire male, di non riuscire più a concentrarsi, di avere disturbi psicosomatici che si manifestano a livello del gastroenterico. In generale, sono tutte persone che non manifestano segni clinici evidenti, almeno apparentemente o temporaneamente, e che hanno perso il gusto di vivere.

Con il training autogeno è possibile trasformare ansie e paure in calma, premesse per un migliore approccio della quotidianità. Il metodo dell'autodistensione da concentrazione aiuta a operare un chiarimento di se stessi e perciò a trovare un atteggiamento positivo nei confronti della vita. Il training autogeno favorisce lo sviluppo della personalità e indubbiamente questo ha notevoli ripercussioni sulle relazioni umane.

Il metodo ideato da Schultz prevede la formazione di figure specifiche, di estrazione medica. Oggi in Italia esistono corsi specifici per medici. È difficile invece individuare corsi che educino l'infermiere all'utilizzo del training autogeno

Meccanismo d'azione. "Training" significa allenamento, cioè apprendimento progressivo di esercizi, particolarmente studiati al fine di produrre delle variazioni spontanee del tono muscolare, della funzionalità vascolare, dell'attività cardiaca e polmonare, dell'equilibrio neurovegetativo e dello stato di coscienza. *Autogeno* è un attributo che ha il preciso significato di generarsi dal Sè.

Il training autogeno consta di sei esercizi direttamente correlati a sei distretti corporei:

- pesantezza (muscoli);
- calore (sistema vascolare);
- controllo del battito cardiaco (cuore);
- controllo del respiro (respirazione);
- controllo del plesso solare (organi addominali);
- fronte fresca (testa).

Ognuno di questi distretti è invitato al rilassamento, con una sequenza ben determinata che ha come primo obiettivo lo svuotamento della mente dai pensieri e il rilassamento delle zone tese dell'organismo. Lo scopo degli esercizi di training autogeno è raggiungere lo stato di rilassamento, che è condizione di passività assoluta, completamente priva di atti di

volontà, realizzata nella contemplazione di quanto accade spontaneamente nel corpo e nella mente.

▪ *Metodologia di preparazione e applicazione*⁶⁶. L'ambiente deve essere tranquillo e silenzioso. La persona trattata assumerà una posizione comoda e rilassata, onde evitare qualsiasi contrazione muscolare. Le posizioni consigliate sono:

-seduti comodamente su una poltrona

-seduti a “cocchiere a cassetta”, appoggiando i gomiti sulle cosce;

-supini, con braccia lungo il corpo leggermente flesse, discoste dal corpo e le gambe leggermente divaricate: questa è sicuramente la posizione migliore.

Una volta assunta la postura corretta, la persona dovrà favorire la concentrazione chiudendo gli occhi per evitare qualsiasi interferenza o sensazione ottica.

La fase introduttiva prevede un momento di raccoglimento. Questo esercizio serve per concentrarsi sulla calma. Nella fase successiva, l'istruttore procede con la ripetizione di frasi che la persona trattata dovrà immaginare come una scritta luminosa che scorre davanti agli occhi. Nella parte conclusiva dell'esercizio, il paziente sarà invitato lentamente a:

-flettere ed estendere arti superiori e inferiori;

-respirare profondamente;

-aprire gli occhi.

Ogni formulazione di proponimenti deve essere concisa, consona al momento, diretta e positiva. Non sono ammesse negazioni come “non” o “no”.

▪ *Assistenza infermieristica*

Schultz riteneva che esclusivamente la figura medica potesse essere in grado di utilizzare questa pratica terapeutica. Era però l'inizio del Novecento. Oggi l'infermiere ha una formazione diversa e più completa. Pur non interferendo con ciò che è di competenza esclusivamente medica (diagnosi e terapia), l'assistenza infermieristica potrebbe offrire la possibilità di integrare nella terapia il training autogeno come strumento di distensione, utile per ridurre lo stress, per migliorare alcuni parametri, per potenziare la partecipazione

⁶⁶ F Brancaleone, *TBA: terapia bionomico-autogena. Fondamenti, principi, tecniche e applicazioni*. 2010

al processo di cura del paziente oppure per accompagnarlo dolcemente alla morte. Il training autogeno può essere utilizzato in ogni ambito. È un intervento che ha la durata di circa un'ora e che può essere associato con altre tecniche di rilassamento che ne potenziano l'effetto.

Dal punto di vista professionale, l'infermiere adotta questa tecnica soprattutto nelle cure palliative, rientrando il training autogeno tra le metodiche non invasive che incidono sulla miglior qualità di vita raggiungibile per il soggetto terminale.⁶⁷

2.4 Altre tecniche

2.4.1 Auricoloterapia e Acudetox®

Per auricoloterapia si intende un approccio terapeutico basato sull'idea che l'orecchio (in particolare il padiglione auricolare) riproduca in piccolo l'intero organismo umano. L'auricoloterapia si diffuse come terapia in Francia nel 1956, ad opera di un medico di base di Lione, Paul Nogier, il quale aveva osservato che diversi suoi pazienti provenienti dalla Corsica avevano delle cauterizzazioni a livello del padiglione auricolare: dalla storia clinica di questi pazienti emergeva che quelle cauterizzazioni venivano fatte, in Corsica, da maniscalchi, per curare dolori sciatalgici. Nogier, incuriosito da questa constatazione, indagò nella storia della medicina se vi fosse mai stato qualcuno che avesse utilizzato l'orecchio a fini terapeutici. Ritenne di trovare testimonianze di queste pratiche—da Ippocrate sino ai giorni nostri. Si mise quindi al lavoro per testare i vari punti dell'orecchio fino a ritenere che in esso sarebbero rappresentate le innervazioni dei vari organi ed apparati, in modo tale da creare sul padiglione auricolare l'immagine di un feto rovesciato.

La prima pubblicazione di Nogier sull'auricoloterapia risale al 1956. Solo dopo tale data, questa tecnica diagnostica e terapeutica si è diffusa nel mondo con la concezione che le attribuiamo oggi, riconosciuta dall'Organizzazione mondiale della sanità nel 1990.

Derivato direttamente dall'auricoloterapia, è il programma Acudetox, messo a punto negli Stati Uniti negli anni Settanta dal dottor Michael Smith, psichiatra presso il Dipartimento

⁶⁷ Ripa P, Banfi E, *La cure complementari e l'infermiere*, La professione infermieristica. Carocci Faber, 2004

per il trattamento delle tossicodipendenze del Lincoln Hospital di New York.⁶⁸ Nel 1973 un chirurgo toracico di Hong Kong, Dott Wen, notò che i pazienti tossicodipendenti che venivano trattati in anestesia con elettroagopuntura dell'orecchio non manifestavano segni di astinenza post-operatoria e lo segnalò in un articolo scientifico. Smith lesse l'articolo, studiò il problema e decise di sperimentare l'Agopuntura come trattamento iniziale di disintossicazione dalla tossicodipendenza in un ambulatorio del Bronx. Mise a punto un protocollo detto "Acudetox" per trattare tutte le dipendenze. Nel 1985 è stata fondata la NADA⁶⁹ per diffondere l'Acudetox in USA e nel mondo, fornire formazione e consulenza per i programmi di trattamento e garantire gli standard etici e clinici degli specialisti Acudetox. Oggigiorno nel mondo vi sono 1800 centri che hanno adottato il programma.

Sebbene l'auricoloterapia sia di competenza esclusivamente medica, l'applicazione del programma Acudetox è di competenza anche infermieristica.

▪*Meccanismo d'azione.* Secondo la fisiologia cinese, ogni organo ha un proprio viscere e un proprio organo di senso ai quali è collegato. Queste somatotopie si trovano in molti organi sensoriali: orecchio, occhio, naso, mani, piedi. In particolare l'orecchio riproduce in sé una mappatura umana embrionale: infatti, rifacendosi alla tradizione cinese e a Nogier, è possibile riconoscere nella forma dell'orecchio un feto a testa in giù. Secondo altre interpretazioni, l'azione della somatotopia è dovuta all'innervazione riflessologica dell'orecchio, per via della quale l'azione terapeutica sarebbe mediata da stimoli riflessi attraverso il sistema nervoso.

Il programma Acudetox® è una particolare applicazione di auricoloterapia ed è utilizzato nella lotta alle tossicodipendenze. Esperienze cliniche e varie pubblicazioni hanno dimostrato che l'agopuntura è efficace nel trattamento dei sintomi nella sindrome di astinenza da droga e alcool, in fase acuta, nel post-acuto e nelle ricadute. L'agopuntura aiuta i pazienti a raggiungere velocemente uno stadio di equilibrio fisiologico e psicologico e ciò permette il loro coinvolgimento nel programma di disintossicazione. Comprende tre fasi di trattamento che a seconda della cronicità e della risposta del paziente possono durare fino a 12 settimane:

-fase 1: tratta immediatamente tutti i sintomi acuti di astinenza e dà al paziente una sensazione di benessere e controllo;

68 NADA, *History*, <http://www.acudetox.com/about-nada/10-history>

69 National Acupuncture Disintoxication Association

-fase 2: tratta i sintomi di natura psicofisica, ansietà, insonnia e desiderio di assumere la sostanza. Il paziente è libero di ottenere il trattamento ogni volta che lo desidera;

-fase 3: continua la sensazione di benessere e controllo mentre tratta i sintomi che periodicamente affiorano, in modo tale da evitare le ricadute. Questa fase può continuare finché il cliente lo richiede.

▪ *Metodologie di preparazione e applicazione.* Il paziente è fatto accomodare su un lettino oppure su una poltrona. L'esaminatore siede al fianco del soggetto; l'orecchio deve essere ben illuminato. Sarebbe sconsigliato l'uso di guanti, poiché ostacola il contatto con il ricevente. L'infermiere procede con la disinfezione della cute e con l'applicazione di 5 aghi posizionati nei seguenti punti del padiglione auricolare:

- Shen men. È la "porta della mente"; serve a tranquillizzare, a ridurre l'insonnia e l'ansia, riduce la compulsione all'uso di una determinata sostanza.
- Parasimpatico. Serve a riequilibrare l'attività del sistema nervoso parasimpatico, regolando frequenza respiratoria e cardiaca. Ha un'azione antispastica e antidolorifica. Riduce la sudorazione.
- Rene. Questo è l'organo bersaglio del tabagista; attraverso questo punto si riequilibra il sistema neurovegetativo e si stimolano le ghiandole surrenali per aumentare la risposta allo stress e accrescere la forza di volontà.
- Fegato e cistifellea. Questo punto indica il potenziamento della sfera decisionale, oltre a migliorare la funzionalità epatica e ridurre ulteriormente la compulsione all'uso di sostanze tossiche.
- Polmone. Altro organo bersaglio del tabagista; agendo su questo punto si compensa il senso di tristezza e si agisce sui sintomi come brividi, rinorrea e depressione.

Gli aghi sono lasciati in posizione per circa 30 minuti e la persona è invitata al rilassamento. Infine gli aghi vengono rimossi con l'uso di piccoli tamponi di cotone, si eliminano gli aghi utilizzati e si colloquia con la persona. L'infermiere deve fare attenzione alle seguenti controindicazioni:

- in caso di desquamazioni, cicatrici, lesioni aperte sul padiglione auricolare non si deve procedere;
- la persona non deve essere a digiuno per non incorrere in lipotimie (in questo caso bisogna togliere immediatamente gli aghi);
- se insorge dolore occorre individuare l'ago dolente e rimuoverlo;

- la cefalea (temporale) è indice di congestione: in tal caso è indicato massaggiare le tempie;
- se vi sono ematomi post-puntura non applicare l'ago il giorno successivo.

La lacrimazione è invece un indice positivo, legato al rilassamento.

▪ *Assistenza infermieristica*

L'Acudetox® è una pratica che riscontra l'interesse degli infermieri che operano nell'ambito della lotta o della prevenzione alle tossicodipendenze. L'esecuzione della tecnica non richiede molto tempo ed i costi per la formazione risultano contenuti.⁷⁰

2.4.4 *Tocco armonico®*

Il Tocco Armonico® è stato ideato nel 1997 da un infermiere di Torino, Enzo D'Antoni, in seguito ad un percorso formativo ed esperienziale nell'ambito di alcune tecniche di massaggio e di rilassamento e successivamente ad intuizioni personali e sperimentazioni manuali. È una tecnica di massaggio basata sulla consapevolezza e la capacità di dirigere le energie vitali della persona ricevente. Si tratta di un *tocco dolce, sensibile, lento e molto riequilibrante* che agisce in favore dei meccanismi naturali del corpo ed è l'espressione di un'attività manuale attenta al benessere olistico della persona. Il Tocco Armonico permette un approccio rispettoso e mirato alla situazione personale del soggetto ricevente. Tale tecnica produce, in chi lo riceve, un profondo rilassamento dello stato vitale con immediati benefici a livello psichico, fisico ed emozionale. Inoltre, a differenza di altre tecniche di massaggio, dopo una seduta di Tocco Armonico, l'operatore non si ritrova esausto ma con uno stato energetico riequilibrato.

▪ *Meccanismo d'azione.* Il Tocco Armonico, essendo un massaggio di tipo energetico, interviene sul processo che determina cambiamenti psicofisici a partire dalla persona ricevente. I principi sui quali si basa il Tocco Armonico sono riconducibili al concetto di "healing", secondo il quale per guarigione s'intende non il risultato finale ma il percorso complesso di cambiamenti per ottenere qualcosa di migliore per il paziente e dove l'esito finale non è per niente scontato.

⁷⁰ Ripa P, Banfi E, *La cure complementari e l'infermiere*, La professione infermieristica. Carocci Faber, 2004

▪*Metodologia di preparazione e applicazione.* Il Tocco Armonico è un massaggio molto lento e rispettoso che si attua attraverso una serie di movimenti delicati delle articolazioni, pressioni e movimenti manuali particolarmente leggeri e dosati sulla cute del soggetto ricevente.

A differenza di altre tipologie di massaggio, il Tocco Armonico non prevede una serie di tecniche manuali stabilite a priori ma si adatta alle esigenze della persona ricevente nello stesso momento in cui si applica il trattamento. Sostanzialmente l'operatore, previa attenta osservazione della persona, agisce sulle zone corporee maggiormente contratte o doloranti, oppure su zone che appaiono più scariche dal punto di vista "energetico".

Il Tocco Armonico non si contrappone al valore della Medicina Scientifica Ufficiale e non si applica in alternativa ad essa ma si propone come utile strumento da utilizzare nella relazione d'aiuto attraverso l'uso naturale delle mani.

▪*Ambiti d'impiego.* Si può praticare il Tocco Armonico su persone di qualsiasi età, in buona salute o con problemi di salute. Ne è controindicato l'utilizzo in trattamenti rivolti a donne in stato di gravidanza (poiché il Tocco Armonico non è stato mai sperimentato su donne gravide) e su pazienti aventi ferite aperte o ustioni (si può praticare il Tocco Armonico mantenendo una distanza di 2-3 cm dalle lesioni).

In generale gli effetti benefici prodotti dal Tocco Armonico sono:

- rilassamento psichico e fisico;
- riduzione o risoluzione delle tensioni muscolari ed articolari, con relativo miglioramento della deambulazione;
- riduzione o risoluzione di nevralgie e dolori vari;
- stimolazione della diuresi e regolarizzazione dell'alvo;
- miglioramento della digestione, della respirazione e della qualità del riposo notturno;
- miglioramento delle dinamiche nella relazione d'aiuto (empatia);
- risoluzione di sincope e crisi vagali;
- risoluzione di nausea, vomito e tosse stizzosa;
- miglioramento della deglutizione nelle disfagie;
- reperimento dei vasi sanguigni periferici per la venipuntura;
- miglioramento dello stato vitale (le persone trattate con il Tocco Armonico riferiscono un gradevole stato di benessere generale)

Per quanto riguarda i disturbi maggiormente riferiti dalle persone il Tocco Armonico sembra aver agito in modo significativo su:⁷¹

- situazioni di stress psicofisico;
- stati d'ansia, attacchi di panico e sindromi depressive;
- astenia psicofisica;
- regressione di crisi vagali;
- sincopi;
- stati febbrili;
- crampi, dolori e contratture muscolari, rigidità e dolori articolari;
- cefalea ed emicrania;
- dolore nocicettivo (acuto e cronico), dolore oncologico, dolore neuropatico;
- dismenorrea;
- disturbi del sonno;
- disturbi della digestione;
- disturbi dell'eliminazione urinaria e fecale;
- nausea e vomito, tosse persistente.

▪*Corsi di formazione.* In collaborazione con il Centro di Formazione della Azienda Sanitaria Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino (presidio Molinette) nel 2011 e 2012 sono state organizzate due edizioni del corso di formazione in Tocco Armonico per Infermieri, Medici, Psicologi, Fisioterapisti, Operatori Socio Sanitari, e altre figure professionali.

La terza edizione è prevista per aprile 2014.

▪*Assistenza infermieristica*

Il Tocco Armonico rappresenta uno strumento relazionale facilmente utilizzabile nell'ambito del caring infermieristico: favorisce, attraverso i canali del "non verbale", la relazione empatica tra la persona assistita e il terapeuta, senza grandi sforzi mentali e comportamentali: sembra quasi che l'empatia tra i due soggetti sorga in modo del tutto "naturale".

71 D'Antoni E, *La pelle e il Tocco Armonico in un dialogo sensoriale e terapeutico ai confini del corpo secondo la visione della Medicina Integrata*, Tesi di Master di I Livello in "Medicine Complementari e Terapie Integrate", Università degli Studi di Siena, 2012

Operare attraverso questa forma di massaggio lento significa centrare la relazione in un contesto di “care” piuttosto che nell’approccio riduzionista del “cure”. Il Tocco Armonico, utilizzato nell’ambito della relazione terapeutica, permette di riconoscere le condizioni di squilibrio energetico, senza la presunzione di risolvere o annullare il problema di salute, ma accompagnando il soggetto ricevente ad un cambiamento benefico dello stato vitale. Lo scopo primario del Tocco Armonico sta nel riequilibrare lo stato vitale della persona ricevente.⁷²

72 D'Antoni E, *La pelle e il Tocco Armonico in un dialogo sensoriale e terapeutico ai confini del corpo secondo la visione della Medicina Integrata*, Tesi di Master di I Livello in “Medicine Complementari e Terapie Integrate”, Università degli Studi di Siena, 2012

Capitolo III

Infermieristica e MC: indagine descrittiva

L'idea di eseguire uno studio inerente l'utilizzo delle Medicine Complementari nella pratica assistenziale è nata dalla constatazione di come siano sempre più presenti sul territorio nazionale italiano corsi di formazione (es: master I e II livello, diplomi ed attestati) per professionisti sanitari in tale ambito.

Sebbene la documentazione scientifica italiana in merito al rapporto tra Infermieristica e Medicine Complementari sia ancora relativamente povera, soprattutto se confrontata con quella proveniente da altri Paesi del mondo, è stata eseguita una attenta ricerca bibliografica sulle principali banche dati (PubMed, Cinhal, Ovid, Jstor) e sono state analizzate diverse pubblicazioni estere trattanti tale argomento. Da esse si evidenzia come la crescente domanda di trattamenti MC da parte della collettività sia associata ad un crescente interesse da parte degli Infermieri verso la pratica degli stessi⁷³, interesse spesso correlato ad una scarsa informazione e conoscenza dei principi che ne sono alla base e che rendono tali pratiche efficaci.⁷⁴

L'indagine svolta è stata resa possibile grazie alla collaborazione del Tutor del Master di I Livello in *Medicina Complementare e Terapie Integrate* dell'*Università degli Studi di Siena* Simonetta Bernardini e del Tutor del Master di I Livello in *Medicina Integrativa* dell'*Università degli Studi di Firenze* Eugenia Gallo. Fondamentale è stato anche l'aiuto offerto da Enzo D'Antoni, bodyworker ed infermiere presso il Ser.D. di Moncalieri (Torino), che ha inoltrato il questionario ad altri operatori di terapie complementari ed integrate.

73 Leach M J, *Public, nurse and medical practitioner attitude and practice of natural medicine, Complementary therapies in nursing & midwifery*, 2004

74 Shorofi S A, *Nurses' knowledge, attitudes, and professional use of complementary and alternative medicine (CAM): A survey at five metropolitan hospitals in Adelaide*, *Complementary therapies in clinical practice*, 2010

3.1 Obiettivo

Questo lavoro si propone di offrire una panoramica della situazione italiana rispetto alle MC e delle interazioni tra esse e la professione infermieristica.

In particolare:

- comprendere il percorso formativo degli infermieri campionati;
- determinare l'uso professionale delle tecniche di Medicine Complementari e in che misura esse vengono adoperate nell'assistenza;
- indagare le opinioni degli infermieri sui benefici di tecniche di MC sulla qualità di vita della persona assistita;
- indagare le opinioni degli infermieri sui benefici di trattamenti di MC sulla qualità della pratica assistenziale.
- indagare le opinioni degli infermieri in merito alle pratiche di MC in relazione allo sviluppo professionale;

3.2 Materiali e metodi

▪ *Disegno di studio*: indagine descrittiva.

▪ *Popolazione in studio*

Infermieri (numerosità campionaria = 35) :

- operanti in un setting clinico di medicina integrata⁷⁵;
- frequentanti o che han già conseguito un Master universitario in *Medicine Complementari* presso l'Università degli Studi di Siena o in *Medicina Integrativa* presso l'Università degli studi di Firenze;
- in possesso di diploma o attestato in trattamenti MC.

⁷⁵ strutture dove è formalizzato l'utilizzo di CAM

▪ *Scheda di raccolta dati*

E' stato predisposto un questionario adatto alla attuale realtà professionale italiana e indirizzato ad infermieri che hanno intrapreso un percorso di formazione in approcci terapeutici di tipo complementare. Il questionario compilabile online⁷⁶ è composto da domande a risposta singola, aperta o a scelta multipla (*allegato 2*). Il link al questionario è stato inoltrato via e-mail ai candidati accompagnato da una lettera di presentazione (*allegato 1*), attraverso mailing-list fornite dai centri di formazione coinvolti nel progetto.

▪ *Modalità di analisi dei dati*

I dati provenienti dal questionario sono stati raccolti in un database Excel ed analizzati e interpretati mediante le funzionalità del programma medesimo.

3.3 *Analisi e discussione*

3.3.1 *Tasso di risposta*

L'email contenente l'invito alla compilazione è stato inoltrato complessivamente a 87 infermieri. Il tasso di risposta è stato di circa il 40%, corrispondente a 35 questionari compilati.

3.3.2 *Età e provenienza geografica*

Il 97% del campione preso in esame risiede in località dell'Italia centro-settentrionale.

Isolando dal campione complessivo coloro che han già conseguito o stanno attualmente frequentando un Master in Medicine Complementari (Siena) o in Medicina Integrativa (Firenze) e analizzando le provenienza geografiche di tale gruppo, emerge come tali realtà

Tabella 1

Età (anni)	%
20-30	14,29
31-39	25,71
40-48	37,14
49-65	22,86

formative, pressoché uniche sul territorio nazionale e situate in una posizione centrale rispetto all'intera penisola, non attraggano studenti dalle regioni del Meridione. Infatti, su un totale di 21 infermieri, 14 provengono da regioni del Centro Italia (67%) e 7 da quelle settentrionale (33%).

76 modulo Google Docs

Per quanto riguarda l'età degli intervistati (*Tabella 1*), la fascia d'età più rappresentata è quella dei 40-48 anni. Ciò concorda con il fatto che la maggior parte del campione ha dichiarato di svolgere la professione infermieristica da più di 10 anni. Analogamente a quanto emerge da simili indagini svolte in Australia nel 2004⁷⁷ e negli USA nel 2002⁷⁸, la fascia d'età maggiormente coinvolta in percorsi di formazione in Medicine Complementari risulta essere quella tra i 31 e i 48 anni (età media ~ 40 anni), ovvero infermieri professionalmente attivi da più di 10 anni. Ciò può lasciare ipotizzare che una formazione in Medicine Complementari attragga con più forza infermieri più “anziani”, con maggiore esperienza, che abbiano avuto maggiori possibilità di sperimentare durante la propria attività professionale approcci di tipo complementare ed in seguito deciso di approfondirne i fondamenti.

3.3.3 Attività professionale

Tabella 2

Reparto / Unità operativa	n
Chirurgia	6
Medicina	4
Medicina/Chirurgia	1
Assistenza territoriale	4
Ambulatorio	3
Psichiatria	2
Formazione e Accreditamento	2
Pronto Soccorso / Terapia intensiva	2
Dipendenze patologiche	2
Oncologia	1
Cardiologia	1
Ematologia	1
Dermatologia	1
Terapie antalgiche e cure palliative	1
Ortopedia	1
Riabilitazione	1
Pneumologia	1
Direzione sanitaria	1

Per quanto riguarda lo svolgimento della professione, il 77% degli intervistati dichiara di lavorare in strutture ed ospedali pubblici, il 9% in realtà sanitarie private, mentre il 14% è libero professionista.

Quasi un terzo del campione preso in esame (circa il 31%) svolge la propria attività professionale all'interno di reparti di Medicina o di Chirurgia. Ben rappresentata anche le realtà di assistenza ambulatoriali e territoriali (*Tabella 2*).

Da notare come siano presenti all'interno del campione anche infermieri di Pronto Soccorso e Terapia Intensiva, il che fa ipotizzare l'utilizzo di tecniche di MC in situazioni di emergenza.

77 Wallis M et al, *Nurses' utilisation of complementary therapies: a pilot study exploring scope of practice*, 2004

78 Sohn P, *Nurse practitioner knowledge of complementary alternative health care: foundation for practice*. Journal of advanced nursing, 2002

3.3.4 Formazione post-base in Medicine Complementari

Come si evince dalla *Tabella 3*, 21 intervistati su 35 hanno già conseguito o stanno frequentando un Master Universitario di I livello in Medicine Complementari, e quindi possiedono maggiori conoscenze per quanto concerne i fondamenti teorici, le applicazioni pratiche e la storia delle Medicine Complementari.

Tabella 3

Master / Attestati / Diplomi	n
In possesso di Master in MC	14
Frequentante Master in MC	7
Tocco Armonico®	8
Nessuna formazione	3
Shiatsu	2
Linfodrenaggio	1
Arteterapia	1
Floriterapia	1
Naturopatia	1
Training autogeno	1

Dei restanti 14 intervistati, 11 dichiarano di essere in possesso di uno più-attestati o diplomi in tecniche di cura complementare. Tra tutti, l'Attestato in Tocco Armonico risulta essere quello più conseguito.

Circa il 20% dell'intero campione dichiara di aver conseguito più di un riconoscimento (diploma o attestato) in tecniche e pratiche di MC. È importante sottolineare come solo 3 intervistati dichiarino di non aver mai ottenuto titoli o frequentato corsi di formazione in materia sebbene adottino nell'assistenza approcci di tipo complementare.

3.3.5 Nursing e Medicine Complementari

Considerando i rapporti esistenti tra pratica infermieristica e Medicine Complementari, si è indagato come gli infermieri intervistati siano venuti in contatto con la MC.

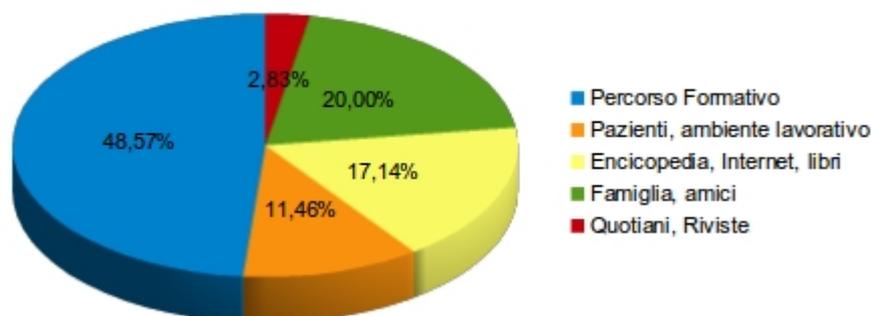
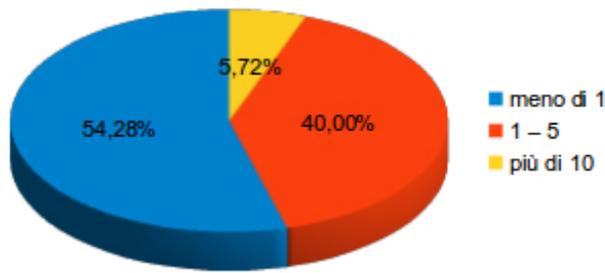


Figura 4

Tabella 4

Attività assistenziale	n
Nessuna	11
Gestione ansia e stress	7
Assistenza di base	5
Preparazione a manovra invasiva	5
Gestione dolore	4
Assistenza preoperatoria	4
Assistenza postoperatoria	2
Gestione del sonno	2
Accoglienza	2
Emergenza	2
Miglioramento della qualità di vita	2
Gestione dispnea	1
Alimentazione	1

Figura 5



si può notare in *Tabella 4*, alla domanda “In quale momento dell'attività assistenziale attua pratiche o metodologie di Medicina Complementare”, la maggior parte degli intervistati (11 su 35) ha dichiarato di non eseguirne alcuna, per motivazioni dovute all'attuale impiego non assistenziale o per la “non applicabilità” nel contesto lavorativo. Il 35% del campione preso in esame ha dichiarato di non praticare tecniche di MC, pur essendo formato al riguardo. Questo dato segue il trend riportato da altri studi, e lascia presupporre una probabile assenza di appositi spazi ove eseguire i trattamenti o un mancato riconoscimento delle proprie conoscenze in materia da parte del resto dell'equipe.

Tra i 24 infermieri che utilizzano MC, i più rappresentati riguardano chi adopera tali metodologie nella gestione dell'ansia e dello stress, durante le procedure di assistenza di base e nella preparazione del paziente ad una manovra invasiva.

Per quanto riguarda i benefici dei trattamenti complementari sulla qualità dell'assistenza, quasi la totalità del campione concorda sul fatto che permettano un approccio olistico all'assistito; viene inoltre evidenziato come esse consentano migliore consapevolezza del

Come si evince dalla *Figura 4*, quasi la metà del campione si è imbattuto nel mondo delle cure complementari durante il proprio percorso formativo di base. Ciò indica che i concetti alla base delle Medicine Complementari siano presenti nella didattica curriculare.

Il 20% del campione dichiara di aver appreso dell'esistenza delle MC da amici o familiari, mentre i restanti intervistati attraverso enciclopedie, Internet, libri, quotidiani, riviste o all'interno del proprio ambiente lavorativo.

Indagando riguardo la frequenza di utilizzo di tecniche o pratiche di MC, colpisce il fatto che più di metà (54%) del campione dichiara di eseguirne meno di uno a settimana (*Figura 5*). Come infatti

percorso di cura da parte dell'infermiere e conducano ad una migliore qualità relazionale tra operatore sanitario e paziente. Inoltre, il 26% del campione afferma che le Medicine Complementari godono di un miglior rapporto costo/beneficio (Tabella 5).

Per quanto concerne i benefici dei trattamenti di Medicina Complementare sulla qualità di vita dell'assistito (Tabella 6), la maggior parte degli intervistati concorda sul dichiararli efficaci nel migliorare il coinvolgimento del paziente nel percorso di cura e nella riduzione dello stress.

Tabella 6

Benefici sulla qualità di vita del paziente	n
Miglior coinvolgimento dell'assistito nel percorso di cura	25
Riducono lo stress	23
Minori effetti collaterali	19
Migliore compliance	15
Migliora la palliazione	9

Tabella 5

Benefici sulla qualità dell'assistenza	n
Permettono un approccio olistico	29
Miglior consapevolezza del percorso di cura	26
Migliore qualità relazionale paziente-infermiere	23
Miglior rapporto "costo/beneficio"	9
Promuovono le capacità di autocura	2

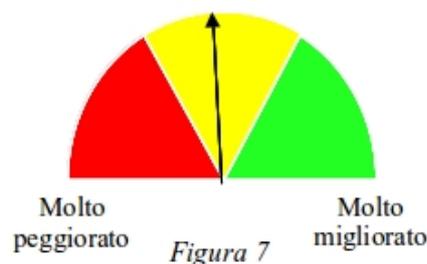
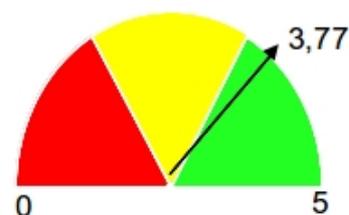
Un altro aspetto condiviso da un intervistato su due (54%) riguarda i minori effetti collaterali derivante da terapie o trattamenti complementari.

3.3.6 Risvolti professionali

Per quanto riguarda l'influenza della formazione in Medicine Complementari sulla competenza professionale, il campione si è espresso in maniera

molto positiva, avendo attribuito un punteggio medio complessivo di 3,77 in una scala da 0 (nessuna influenza) a 5 (ha decisamente influito) (Figura 6). Sul riconoscimento lavorativo, mediamente il campione non ha avvertito un sostanziale cambiamento (-1%) rispetto a quando ancora non possedeva conoscenze in MC (Figura 7).

Il 74% degli intervistati si è mostrato d'accordo sul fatto che la denominazione "Medicine Non Convenzionali" ufficialmente riconosciuta dalle istituzioni italiane ed europee per identificare le Medicine Complementari tenda a sfavorirne l'integrazione con la "Medicina Ufficiale", sottolineandone la "non convenzionalità" del sistema di cura.



In modo unanime, l'intero campione concorda sul fatto che le MC debbano essere parte integrante della formazione di base dell'infermiere e che l'esecuzione di trattamenti complementari debba essere necessariamente preceduta da una adeguata formazione teorica e pratica.

3.2 Limiti dello studio

Il campione a cui è stato telematicamente somministrato il questionario non può ritenersi rappresentativo dell'intera popolazione infermieristica. Infatti tutti gli infermieri che hanno compilato il questionario sono stati contattati esclusivamente grazie alla collaborazione dei già citati enti universitari e di formazione che hanno aderito al progetto e a cui gli intervistati hanno fatto riferimento per ottenere la propria formazione in Medicine Complementari.

Inoltre l'esigua numerosità campionaria non può sostenere con forza i risultati ottenuti, sebbene offra ugualmente degli spunti di riflessione utili per comprendere meglio il fenomeno e per orientare in maniera più efficiente eventuali prossimi studi in merito.

Conclusioni

Alla luce dell'analisi bibliografica e dell'indagine sul campo si possono riportare gli aspetti più importanti emersi sul rapporto fra infermieristica e medicine complementari.

I tassi di prevalenza relativi all'utilizzo delle Medicine Complementari da parte degli operatori sanitari (e in particolar modo degli infermieri) risultano significativamente inferiori in Italia rispetto agli altri paesi occidentali, e si è cercato di offrire una spiegazione in termini storici, metodologici e legislativi.

Nonostante i ripetuti tentativi di legiferare in materia da parte di alcuni gruppi parlamentari, è ancora considerevole il vuoto legislativo e giuridico circa le Medicine Complementari ed il loro esercizio.

I professionisti della salute possono costruirsi, all'interno di questo vuoto, una nuova competenza, in accordo con le leggi già vigenti, il relativo profilo professionale, le proprie attitudini professionali e le proprie inclinazioni.

Seppure ostacolate nella loro legittimazione, nell'ultimo decennio le Medicine Complementari e le Terapie Integrate sono insegnate anche in Master Universitari di I e II livello condotti da diversi atenei italiani, oltre che in corsi di formazione per professionisti, a cui possono accedere anche gli infermieri.

Per quanto concerne l'utilizzo nell'assistenza delle pratiche di MC, l'indagine eseguita fra infermieri che si sono in qualche modo avvicinati alle MC, conferma quanto emerso dall'analisi della letteratura. Esse appaiono maggiormente adoperate come adiuvante nella gestione dello stress dell'assistito ed apprezzate per i benefici in termini di compliance e di consapevolezza del percorso di cura.

La maggior parte degli intervistati concorda sulla scarsa presenza di effetti collaterali da parte dei trattenenti di Medicina Complementare, se paragonati a quella di farmaci e terapie allopatiche.

Tecniche e approcci complementari offrono all'infermiere la possibilità di ampliare il proprio bagaglio di competenze sia per quanto riguarda uno stile assistenziale olistico sia per un più efficace intervento su specifici problemi di salute come, ad esempio, la riduzione di sintomi verso i quali non sempre la medicina convenzionale riesce a proporre

risoluzioni definitive. Ne è un esempio l'efficacia del protocollo Acudetox® (auricoloterapia) nel diminuire i sintomi da astinenza da cocaina, nicotina ed altre sostanze stupefacenti.

In conclusione, dal momento le Medicine Complementari sembrano ormai prossime ad una legittimazione anche in Italia, si auspica che nuove ricerche sui benefici del trattamento aprano finalmente la strada ad una loro piena integrazione all'interno del Sistema Sanitario Nazionale. E ciò deve innanzitutto cominciare da un'informazione corretta, puntuale e facilmente accessibile al cittadino sulle MC, nella piena tutela della sua libertà di scelta terapeutica.

Bibliografia

Monografie, pubblicazioni e linee guida

1. Barnes P M et al, *Complementary and alternative medicine use among adults. United States*, 2002, «Advance data», 2004, 343, pp. 1-19
2. Bernardini S, *Integrata, Integrativa o nuova medicina?*, Homeopathy and Integrated Medicine Vol. 2 Numero2 Novembre 2011, pagg 37-45
3. Burrai F, *Infermieristica olistica*, 2013
4. D'Antoni E, *La pelle e il Tocco Armonico in un dialogo sensoriale e terapeutico ai confini del corpo secondo la visione della Medicina Integrata*, Tesi di Master di I Livello in “Medicine Complementari e Terapie Integrate”, Università degli Studi di Siena, 2012
5. Deng G E et al., *Integrative oncology practice guidelines*, Journal of the Society for integrative oncology, 2007
6. D'Innocenzo M et al, *Linee guida per un percorso di alta formazione, Infermieristica e Cure complementari*, Formazione Infermieristica, IPASVI, 2002
7. Enciclopedia Treccani, *Shiatsu*, Lessico del XXI Secolo (2013)
8. Giarelli G, *Verso una “medicina intergrata”?* *Lo stato dell'arte e un'ipotesi di lavoro*, Le medicine non convenzionali in Italia, 2007
9. Johnson G, *Should nurses practise complementary therapies?*, Complementary therapies in nursing & midwifery, 2000
10. Leach M J, *Public, nurse and medical practitioner attitude and practice of natural medicine, Complementary therapies in nursing & midwifery*, 2004
11. O'Connor B, *Defining and describing complementary and alternative medicine*, Alternative Therapies in Health and Medicine, 1997
12. Rees L e Weil A, *Integrated medicine*, British Medical Journal, 2001
13. Ripa P, Banfi E , *La cure complementari e l'infermiere*, La professione infermieristica. Carocci Faber, 2004
14. Ripa P, Banfi E, *Medicina Complementare nell'assistenza infermieristica: riflessioni su problematiche da risolvere e prospettive per lo sviluppo professionale*, 1999
15. Ricciuti A, *Medicina e Medicine: quale “integrazione”?*, Medicina medicine, 2005
16. Roberti di Sarsina P, *Le Medicine Non Convenzionali in Italia: la situazione attuale*, La medicina biologica, 2009
17. Roberti di Sarsina P, *L'offerta di MNC tra SSN e mercato e le sue forme organizzative e di coordinamento*, Le Medicine Non Convenzionali in Italia, pagg 13-21
18. Shorofi S A, *Nurses' knowledge, attitudes, and professional use of complementary and alternative medicine (CAM): A survey at five metropolitan hospitals in Adelaide*, Complementary therapies in clinical practice, 2010
19. Schultz J H, *Il Training Autogeno – Il Training autogeno metodo di autodistensione da concentrazione psichica*
20. Sohn P, *Nurse practitioner knowledge of complementary alternative health care: foundation for practice*. Journal of advanced nursing, 2002
21. Wallis M et al, *Nurses' utilisation of complementary therapies:a pilot study exploring scope of practice*, 2004
22. WHO, Fact sheet n. 134 del maggio 2003
23. WHO, *The Ottawa Charter for Health Promotion*, <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

Sitografia

24. Associazione Italiana Massaggio Infantile, *Storia*, <https://www.aimionline.it/aimi/storia/>
25. Associazione Italiana Massaggio Infantile, *Benefici del massaggio per i genitori e per i bambini*, <https://www.aimionline.it/aimi/benefici-del-massaggio-per-i-genitori-e-per-i-bambini/>
26. International Association of Infant Massage, <http://www.iaim.net/about-iaim/our-founder/>, *Our founder*.

Riferimenti normativi

27. art. 117 (art. 3 Legge Costituzionale 18/10 n.3), art. 6, comma 3, del d.lgs. 3012/99 n. 502 (sub art. 7 d.lgs, N. 517 del 7/12/1993) e art. 1, comma 2, Legge n. 42 del 26/02/1999
28. Decreto del Presidente della Repubblica n. 271 del 2000
29. Decreto del Presidente del Consiglio del 29/02/2001
30. Decreto del Ministero della Salute del 22/07/96

Presentazione del questionario

“L'infermiere e le Cure Complementari: analisi di un fenomeno emergente”

Gentile Collaboratore,

l'idea di costruire una Tesi di Laurea in Infermieristica inerente l'utilizzo delle Medicine Complementari (CAM) nella pratica assistenziale è nata dalla constatazione di come siano sempre più presenti sul territorio nazionale italiano corsi di formazione (es: master I livello) per professionisti sanitari in tale ambito.

La presente indagine, effettuata in collaborazione tra Università di Torino e di Siena, si propone di raccogliere dati riguardo alla situazione italiana rispetto alle interazioni tra CAM e professioni sanitarie.

Più nel particolare, questo questionario che Le chiediamo di compilare, ci aiuterà a censire l'affluenza di infermieri, fisioterapisti, ostetriche a corsi di formazione sulle Medicine Complementari e ad indagare le opinioni degli stessi sulle pratiche CAM in relazione allo sviluppo professionale e a quali e in che misura queste tecniche vengono adoperate nell'assistenza.

Sicuro della sua collaborazione la ringrazio anticipatamente

Emanuele Donnantuono
studente Corso di Laurea in Infermieristica



con la collaborazione e supervisione di:

dott.sa Carla Maria Bachelet

docente di Infermieristica Psichiatrica, Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli studi di Torino

dott.sa Simonetta Bernardini

Tutor del Master in Medicine Complementari e Terapie integrate dell'Università degli Studi di Siena responsabile del Centro di Medicina Integrata dell'ospedale di Pitigliano

L'infermiere e le Medicine Complementari: analisi di un fenomeno emergente.

Presentazione ed Introduzione al Questionario: <http://goo.gl/sNP8s5>

Riservatezza e trattamento dati

Verrà garantita la confidenzialità dei dati analizzati. Le schede di raccolta dati sono anonime.

I dati verranno pubblicati unicamente in forma aggregata.

Caratteristiche dell'intervistato

1) Genere

- M
- F

2) Età

- 20-30
- 31-39
- 40-48
- 49-65

3) Luogo di residenza

- Nord Italia
- Centro Italia
- Sud Italia

4) Da quanti anni svolge la professione sanitaria?

- Meno di 5
- 5-11
- 12-20
- 21-45

5) Quale percorso formativo ha preceduto la sua attività lavorativa?

(per le professioni diverse da quella infermieristica, specificare il percorso formativo nella casella "Altro")

- Diploma Infermiere Professionale (Scuola Regionale)
- Diploma universitario in Scienze infermieristiche(D.Lgl. 502/92)
- Laurea in Infermieristica (D.M. 509/99)
- Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche
- Altro:

6) Quale formazione in ambito CAM (Complementary and Alternative Medicine) ?
per gli infermieri con Diploma o Attestato in trattamenti CAM (o in procinto di ottenerlo), specificare
nella casella "Altro" [es: studente per Attestato in massaggio shiatsu]

- frequentante Master in Medicine Complementari
- che ha già conseguito Master in Medicine Complementari
- operante in un setting di medicina integrata
- nessuna formazione
- Altro:

7) Con quale delle seguenti modalità svolge la professione?
possibilità di risposta multipla

- assunzione pubblica
- assunzione privata
- libero professionista

8) In quale settore svolge attualmente la sua professione?

- Medicina
- Chirurgia
- Ortopedia
- Terapia Intensiva / Pronto Soccorso
- Riabilitazione
- Oncologia
- Geriatria
- Medicina/Chirurgia
- Pediatria
- Ginecologia
- Cure Palliative
- Assistenza Territoriale
- Altro:

Opinioni dell'intervistato

9) Come è venuto a conoscenza dell'esistenza delle Medicine Complementari?

- Quotidiani, Riviste, programmi televisivi.
- Famiglia, amici
- Percorso formativo
- Enciclopedia, Internet, libri
- Pazienti, ambiente lavorativo

10) Utilizzava CAM nello svolgimento della sua professione anche prima di aver ricevuto formazione?

- Sì
- No

11) Quali pratiche CAM svolge attualmente?

elenchi le pratiche, separate da virgola [es: "tocco massaggio, shiatsu, .."]

12) In una settimana quanti trattamenti CAM esegue nell'attività assistenziale?

- meno di 1
- da 1 a 5
- da 6 a 10
- più di 10

13) In quale attività assistenziale infermieristica integra trattamenti CAM?

[es: "preparazione del paziente ad un intervento invasivo, ..."]

14) Perché le CAM migliorano la qualità della pratica assistenziale?

[max 3 opzioni]

- permettono un approccio olistico
- migliore qualità relazionale paziente-infermiere
- miglior rapporto "costo/beneficio"
- miglior consapevolezza del percorso di cura
- Altro:

15) Perché le CAM migliorano la qualità della vita della persona assistita?

[max 3 opzioni]

- minori effetti collaterali
- migliora la palliazione
- migliore compliance
- miglior coinvolgimento dell'assistito nel percorso di cura
- riducono lo stress
- Altro:

16) Quanto ha influito la formazione in CAM sulla sua competenza professionale?

0 1 2 3 4 5
invariato <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> molto migliorato

17) Quanto hanno influito le competenze CAM nel riconoscimento lavorativo? [5 = "invariato"]

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
molto peggiorato <input type="radio"/> molto migliorato

18) Secondo lei la denominazione "Medicine Non Convenzionali", ufficialmente adottata dalle principali istituzioni, tende a sfavorire l'integrazione con la "Medicina Ufficiale", volendone sottolineare la "non convenzionalità"?

- Sì
- No
- Altro:

19) Ritengo che le Medicine Complementari debbano essere parte integrante della formazione di base dell'Infermiere.

- Pienamente d'accordo
- D'accordo
- Disaccordo
- Pienamente disaccordo
- Non so

20) L'esecuzione di trattamenti CAM deve essere sempre preceduta da una adeguata formazione (teorica e pratica).

- Pienamente d'accordo
- D'accordo
- Disaccordo
- Pienamente disaccordo
- Non so



Università di Siena
----- 1240 -----



MASTER DI I LIVELLO IN:

***“MEDICINE COMPLEMENTARI
E TERAPIE INTEGRATE”***

A.A 2013-2014 – TERZA EDIZIONE

DEDICATO ALLE PROFESSIONI SANITARIE:

***INFERMIERISTICHE, OSTETRICHE, RIABILITATIVE, TECNICO SANITARIE
ED AI LAUREATI IN BIOLOGIA ED ERBORISTERIA***

SIOMI
SOCIETÀ ITALIANA DI OMEOPATIA
E MEDICINA INTEGRATA

I Servizi Pubblici di Medicina Integrata, a livello ambulatoriale, sono in continua crescita - ne è un esempio il Centro di Medicina Integrata dell'Ospedale di Pitigliano (GR) - e molte professioni sanitarie e parasanitarie sono, sempre più spesso, coinvolte nell'applicazione delle medicine complementari e più in generale delle "Discipline del Benessere e Bio-naturali" (LRT 2/2005) .

Il Master è rivolto proprio a quelle figure che operano di concerto con altri sanitari (es. infermieri, ostetrici), a quelle che spesso operano a contatto diretto con i pazienti per il mantenimento dello stato di benessere (es. fisioterapisti, erboristi, nutrizionisti e dietisti), ed a chi opera a livello dell'industria e nel commercio dei relativi prodotti (es. biologi, informatori scientifici).

Il fine ultimo è l'acquisizione di una conoscenza integrata tra quelli che sono i principi delle medicine complementari e la medicina convenzionale. Tale approccio si vuole estendere alla formazione professionale come momento di crescita formativa mediante un approfondimento teorico-pratico che non trascuri l'opportunità di sviluppare un linguaggio comune tra professionista e paziente.

ATTIVITÀ DIDATTICHE E FORMATIVE

Nell'ambito del Master verranno trattati argomenti correlati con:

- **Scienze di base** (anatomia e fisiologia umana)
- **Sociologia dei servizi sanitari integrati**
- **Comunicazione e strumenti relazionali** (pedagogia, tecnologie per la comunicazione, antropologia)
- **Psiconeuroendocrinoimmunologia**
- **Farmacologia e tossicologia** (botanica farmaceutica, fitochimica e galenica)
- **Nutrizione** (biologia della nutrizione, alimentazioni particolari e dietetica)
- **Fondamenti di Omeopatia, Agopuntura e Fitoterapia** (occidentale ed orientale)
- **Terapie manuali** (fondamenti di osteopatia cranio-sacrale e shiatsu)
- **Discipline motorie per la salute** (yoga, tai chi, qi gong)
- **Evidenze scientifiche di efficacia delle medicine complementari e delle discipline bionaturali**

FORMAZIONE PRATICA (STAGE)

Lo **stage** potrà essere svolto presso il Centro di Medicina Integrata dell'Ospedale di Pitigliano (GR) o presso altre strutture individuate come Centri di Alta Formazione Pratica

REQUISITI DI AMMISSIONE

Laurea triennale in Scienze Biologiche, Scienze e Tecnologie Farmaceutiche, Professioni Sanitarie (Infermieristiche, Ostetriche, Riabilitazione, Tecniche.

Diplomi Universitari (solo per le professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico sanitarie, tecniche della prevenzione e per i diplomati in assistente sociale).

ISCRITTI

Minimo 22, massimo 60.

BANDO E TERMINE PER LA CONSEGNA DELLE DOMANDE DI AMMISSIONE

Il bando e la domanda di ammissione sono scaricabili all'indirizzo:

<http://www.unisi.it/didattica/post-laurea/masters/medicine-complementari-e-terapie-integrate-1> o possono essere richiesti alla segreteria organizzativa (dfs@unisi.it).

Le indicazioni per la consegna delle domande sono riportate sul bando.

Il termine per la presentazione delle domanda è fissato al

7 Gennaio 2014.

QUOTA DI ISCRIZIONE

2.000 euro (50% al momento dell'iscrizione 50% a metà del percorso).

INIZIO E TERMINE

Da Febbraio 2014 (inaugurazione) a Gennaio 2015.

MODALITÀ DIDATTICHE

Lezioni frontali, seminari, stage. Sono previsti 3 giorni di lezione (da giovedì a sabato) con cadenza mensile.

SEDE DELLE ATTIVITÀ DIDATTICHE

Polo Universitario di Colle di Val d'Elsa (SI).

FREQUENZA

Sono permesse assenze fino ad un massimo del 20% delle attività.

CFU E ECM

Al Master vengono riconosciuti 60 CFU. Esonero dall'obbligo dell'ECM per tutto il periodo di formazione.



Università degli Studi di Firenze

Master in Medicina Integrativa

Master di I livello in Medicina Integrativa ad indirizzo:

- Fitoterapia Clinica (Resp.: Dr. **Fabio Firenzuoli**)
- Agopuntura e Medicina Tradizionale Cinese (Resp.: Dr. **Alfredo Vannacci**)
- Tecniche complementari per la promozione della salute (Resp.: **Prof. Massimo Gulisano**)

Destinatari del Corso

Il Master è aperto ai laureati in discipline sanitarie di I e II° livello: in particolare Medicina e Chirurgia, Veterinaria, Odontoiatria, Farmacia, CTF, Biotecnologie, Tecniche Erboristiche, Dietistica, Ostetricia, Psicologia, Fisioterapia, Scienze Infermieristiche, Scienze Motorie e tutte i titoli affini o equipollenti.

Coordinatore del Master:

Prof. Pietro Amedeo Modesti

Coordinatore scientifico:

Prof. Gian Franco Gensini

Responsabili scientifici degli indirizzi:

Agopuntura e MTC – Dott. Alfredo Vannacci

Fitoterapia Clinica – Dott. Fabio Firenzuoli

Tecniche Complementari – Prof. Massimo Gulisano

Tutor

Dott.ssa Eugenia Gallo

Dott. Vittorio Mascherini

Dott. Luigi Gori

Dott.ssa Antonella Ferrari

Programma

Il Master in Medicina Naturale dell'Università degli Studi di Firenze si propone di realizzare un percorso formativo post laurea in grado di soddisfare le esigenze di numerosi laureati in discipline scientifico-sanitarie in tema di medicine complementari, tradizionali e non convenzionali, sia a livello culturale sia a livello professionale e clinico.

Attraverso la sua organizzazione in tre indirizzi, il Master si propone di soddisfare l'esigenza formativa di diverse figure professionali. Tutti i laureati in discipline sanitarie seguiranno una parte di percorso formativo comune volto a creare un background culturale sulla Fitoterapia classica occidentale, sulla Medicina Tradizionale Cinese (in particolare agopuntura, dietetica e fitoterapia tradizionale), e sulle tecniche complementari per la promozione della salute (dalle medicine manipolative alle varie tecniche di massaggio, alla naturopatia, ecc). Nella seconda parte del master gli iscritti seguiranno percorsi differenziati a seconda dell'indirizzo scelto e la loro professionalità (nel rispetto dei limiti previsti dalla legge italiana) verrà formata nei tre specifici settori.

In particolare, nell'indirizzo di **Fitoterapia clinica** saranno affrontati tutti gli aspetti relativi all'uso clinico delle piante officinali, utilizzabili a scopo medicinale, terapeutico e preventivo, sia a scopo salutistico, e per questo reso accessibile non solo ai laureati in medicina e farmacia, ma anche ai biologi nutrizionisti, agli erboristi e a tutte le professioni sanitarie in senso stretto. Oltre ai moduli propedeutici la parte più importante del corso sarà dedicata alla clinica, tirocinii compresi. Aperto a laureati di 1° e 2° livello (medici, farmacisti, erboristi, infermieri, ostetriche, nutrizionisti, ecc.).

Nell'indirizzo di **Agopuntura e MTC** (riservato a Medici, Odontoiatri e Veterinari) sarà affrontata la formazione in Medicina Tradizionale Cinese, a partire dai fondamenti teorici, dagli aspetti clinici, socioculturali e scientifici, con approfonditi riferimenti alla diagnostica e alla pratica clinica terapeutica con particolare riferimento all'Agopuntura, ma anche alle altre tecniche terapeutiche della MTC (dietetica, ginnastiche mediche, massaggio etc).

Nell'indirizzo di **Tecniche complementari per la promozione della salute** nella prima parte del corso verrà fornito un background di Medicina Tradizionale Cinese simile a quello dell'indirizzo in Agopuntura, ma le attività didattiche sia teoriche che pratiche saranno successivamente differenziate per fornire nozioni e competenze su numerose tecniche complementari: *medicine manipolative, tui na, qi gong, tai ji quan, shiatsu, yoga, naturopatia, mindfulness, meditazione, danza terapia, musico terapia, pet therapy etc.* Aperto a laureati di 1° e 2° livello, con particolare riferimento a medici, infermieri, fisioterapisti, laureati in scienze motorie etc etc...

Ringraziamenti

*Il progresso si deve alla
forza delle personalità,
non dei principi*

Oscar Wilde

Nel posare l'ultima pagina su questo lavoro, desidero ringraziare tutti coloro che mi hanno accompagnato e sostenuto in questi ultimi anni e nella realizzazione della Tesi di Laurea.

Comincio ringraziando Enzo D'Antoni per gli innumerevoli stimoli che mi ha fornito e per la forza con cui me li ha trasmessi.

La mia relatrice Carla Maria Bachelet per il sostegno, i consigli ed il supporto concessomi durante la stesura di questo lavoro, nonché la grande disponibilità mostrata nei miei confronti nonostante i suoi numerosi impegni.

La dottoressa Simonetta Bernardini per la sua appassionata partecipazione al progetto, per la sua gentilezza, la sua disponibilità e per le interessanti opportunità che mi ha offerto.

Ringrazio i miei genitori per avermi compreso e sostenuto.

Silvia, la mia sorellina, che guarda al suo futuro con gli occhi di chi sa sognare.

I miei Amici, i miei insegnanti, chi mi ha dato fiducia.

Ringrazio chi mi ha donato nuovi punti di vista, chi mi ha illuminato,
chi mi ha fatto riflettere.

Chi ogni giorno mi ascolta.

Chi ogni giorno mi offre un sorriso sincero.

Emanuele