

medicina

educazione continua

ECM SIM

N. 01 - 2024 - Supplemento periodico di «ND, Natura docet: la Natura insegna»

Verso la Medicina che vogliamo

Congresso SIM - Bologna 09 marzo 2024



SIM

SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA

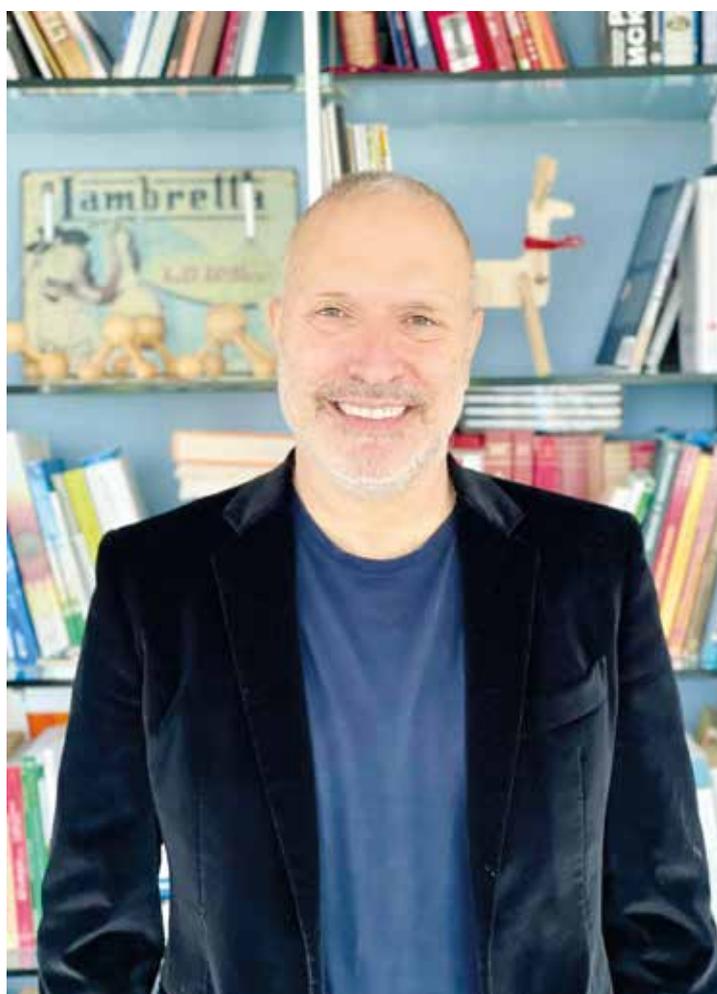
Unione Associazioni Sanitarie



E.C.M.
Educazione Continua
in Medicina

ECM SIM

Quarto atto



Luigi Marcello Monsellato
Presidente SIM (Società Italiana di Medicina)

Buona giornata e buona vita a tutti i lettori, sono Luigi Monsellato, Medico Chirurgo, Ortopedico, Psicologo, ideatore della Medicina Omeosinergetica nonché Presidente della Società Italiana di Medicina SIM.

Sono molto orgoglioso di presentare il nuovo numero della Rivista ECM SIM che ospita le principali Relazioni del Primo Congresso della SIM, tenutosi a Bologna sabato 9 marzo, sul tema “Verso la Medicina che Vogliamo”.

Questo Congresso è stato il punto di partenza per idee, progetti, proposte, strategie, nuove alleanze tra il mondo dei Professionisti Sanitari e i Cittadini, per costruire una Medicina Centrata sulla Persona e Promotrice di una vera Salute.

I Relatori, Ricercatori e Docenti di fama nazionale, hanno espresso in modi diversi e con parole diverse lo stesso spirito che caratterizza la SIM dalla sua Fondazione: agire per riportare la Medicina a svincolarsi dagli interessi economici, politici, statistici, aziendali per tornare ad occuparsi del Ben-Essere delle persone. Alcuni delle Relazioni saranno incluse in un libro, il sequel di quello scritto e coordinato dall’avvocato Fulvio Di Blasi che si intitolava “Vaccinazione Covid-19 e Costituzione”. Alcuni Relatori saranno coinvolti nel nuovo “Master in Etica e Deontologia Professionale in campo Sanitario” in fase di organizzazione da parte di SIM, come anche nel Corso di Formazione per Medici e Operatori Bionaturali sulla “Medicina che Vogliamo”.

Spero che possiate trovare interessanti le pagine che seguono, che contribuiranno anche all’acquisizione dei Crediti ECM per tutti i Professionisti Sanitari.

Auguro a tutti buona lettura e una buona vita!

UN NUOVO MO(N)DO PER FARE SALUTE LE PROPOSTE DELLA RETE SOSTENIBILITÀ E SALUTE, 2019



ALBERTO DONZELLI (Fondazione Allineare Sanità e Salute)

Capitolo 14

Una riforma strutturale per la sanità: pagare la salute, non la malattia Allineare le convenienze dei diversi attori all'etica e alla salute della comunità dei cittadini

Analisi comparative hanno dimostrato che i Servizi Sanitari Nazionali (Ssn) hanno in media tutelato e promosso la salute un po' meglio di sistemi mutualistici/assicurativi e con una spesa minore, ma paradossalmente è in atto un attacco ai Ssn universalistici (Maciocco 2015).

Questo accade anche in Italia mediante la disintegrazione del sistema integrato concepito con la Riforma Sanitaria del 1978 e una spinta a privatizzare e al ritorno a sistemi mutualistici con proliferazione di assicurazioni/fondi sanitari (in breve: FS), che offrono prestazioni anche sostitutive dei Ssn. Si può dimostrare che i FS, pur proclamando di voler alleggerire la spesa pubblica, sono in realtà potenti fattori di espansione della spesa sanitaria, totale, privata, e per paradosso anche pubblica (Fondazione Asset al. 2017).

Il fenomeno dilagante del *disease mongering* (Jammouille 2015) e la continua offerta di tecnologie e prestazioni sempre più sofisticate e costose, in combinazione con la crisi economica internazionale, stanno mettendo in crisi la sostenibilità dei Ssn anche nei paesi a più alto reddito.

Si usa attribuire l'inflazione dei costi sanitari a: invecchiamento della popolazione, progresso tecnologico, aumento delle aspettative dei cittadini. Si trascura, invece, il determinante più potente, sotteso anche a due dei precedenti: la pressione dei produttori di tecnologie sanitarie (industria farmaceutica, dei dispositivi, della diagnostica) e degli erogatori di prestazioni (ospedali, ambulatori, professionisti), i cui interessi finanziari oggi non sono allineati alla salute, ma addirittura in parziale conflitto con essa (Crivellini 2004).

Non stupisce quindi che i detentori del maggior potere in sanità, i grandi produttori ed erogatori, proprio a causa dell'attuale sistema di remunerazione non siano favorevoli a strategie efficaci di governo dei costi: oggi infatti una sanità meno costosa per loro si tradurrebbe in meno entrate e guadagni.

Una risposta apparentemente razionale all'inflazione di tecnologie costose ma di scarso/nessun valore è l'invito a promuovere e usare solo tecnologie e prestazioni di provata efficacia e con buon rapporto costo-efficacia, che soddisfino bisogni clinici e sociali rilevanti, rivedendo la pletera di pratiche di scarso o nessun valore.

Tale appello è eticamente encomiabile ma destinato a fallire, perché non risulta "conveniente" per gli attori in sanità, e quindi incontra le resistenze irriducibili di chi ha interesse a mantenere tecnologie e prestazioni che andrebbero ridotte. È dunque necessario riconsiderare il modello di remunerazione (elemento base del "sistema premiante") per i diversi attori in sanità, per allineare i loro interessi con la mission del Ssn: la difesa e promozione della salute dei singoli e della comunità.

Infatti, come accade per tutti gli esseri umani, anche i comportamenti degli operatori sanitari sono determinati in larga misura dal loro "sistema premiante", cioè dai loro interessi o convenienze, non dagli obiettivi enunciati dalle normative. Il sistema premiante per un professionista e per l'organizzazione che gli dà lavoro (secondo gradone, e in parte anche gradini superiori, della "piramide motivazionale" di MASlow) è in gran parte determinato dal sistema di pagamento e da quello di remunerazione/finanziamento (MASlow 1973).

Dunque è decisivo che il sistema di pagamento/finanziamento di professionisti e organizzazioni sia coerente con gli obiettivi desiderati dal sistema sanitario, per far sì che entrambi perseguano davvero tali obiettivi.

Gli obiettivi primari di un Ssn si potrebbero così riassumere:

[Nota: La prima parte di questo capitolo è tratta un'analoga pubblicazione dell'autore sulla rivista «Epidemiologia & Prevenzione», 2017; 41 (5-6): 1002-3; riproduzione autorizzata.]

1. ottimizzare la produzione di salute/longevità sana per la comunità dei cittadini, liberare dalla sofferenza e rassicurare quando serve;
2. assicurare l'equilibrio economico e la sostenibilità del Ssn per la società;
3. garantire la soddisfazione dei cittadini/assistiti rispetto al Ssn e ai servizi fruiti.

Se gli "architetti di sistema" non allineano a questi obiettivi gli interessi/convenienze degli attori in sanità, e disegnano invece un sistema premiante che divarica le convenienze dei principali attori rispetto agli obiettivi fondamentali di un Ssn (Donzelli 2004), il sistema non riuscirà affatto a ottenere i risultati che dichiara di voler raggiungere. Purtroppo è quanto sta accadendo nei sistemi sanitari, a livello globale.

Come sperare di far lavorare davvero per la salute chi ha interessi allineati alla malattia?

Il sistema di remunerazione a prestazione degli erogatori, nelle sue varianti, presenta gravi problemi in sanità. Un limite strutturale per il "mercato" in sanità è l'insufficiente informazione dell'assistito/ consumatore, che non gli consente di adottare le scelte più razionali nell'acquistare le prestazioni più utili alla sua salute. Ciò vale anche per un acquirente più esperto (Asl/Ausl/Ats), che spesso non sa quale sia la risposta ottimale da dare neppure per grandi categorie di problemi sanitari, e di norma non può sapere cosa realmente serve in una specifica situazione clinica.

Molte linee guida rispecchiano più gli interessi degli erogatori che le hanno prodotte (e dei produttori che le sponsorizzano) che quelli della salute della comunità dei cittadini. Inoltre anche in presenza di linee guida valide per interventi efficaci e costo-efficaci, vi è spesso l'impossibilità strutturale da parte di un controllore esterno di verificarne l'appropriatezza clinica (l'intervento efficace alla persona giusta) rispetto al singolo caso.

Ciò spiega l'«assoluta libertà dei fornitori pagati a prestazione di incoraggiare la domanda di servizi [...] i medici possono assorbire l'impatto di riduzioni tariffarie aumentando i servizi forniti e modificandone la composizione, per mantenere il reddito desiderato» (Saltman e Figueras 1998).

Il finanziamento/remunerazione a prestazione con le sue evoluzioni può essere definito un sistema che paga (e rende conveniente) la malattia: si pensi ai DRG ospedalieri e di territorio, che hanno la malattia nella stessa definizione (nelle iniziali, D sta per

"Diagnosis of Disease" Related Group), oppure al *Disease management*, concepito per remunerare la gestione delle malattie croniche.

Man mano che gli operatori (anche non in libera professione) comprendono cosa fa aumentare il finanziamento per la propria Azienda, o Dipartimento/Unità Operativa, e in definitiva la convenienza per ciascuno di loro, si aggrava il disaccoppiamento tra gli obiettivi di salute attribuiti a parole e il sistema premiante operante nei fatti. Tale profonda divaricazione tra obiettivi di salute proclamati e interessi reali alla malattia sta alla base del fenomeno del *disease mongering*, che ha suscitato un dibattito internazionale ampio ma finora inconcludente (Welch *et al.* 2011).

Per frenare gli effetti distorsivi del sistema di remunerazione descritto sui comportamenti dei sanitari, si sono messi a punto sistemi di controllo sanitario e amministrativo sempre più costosi, che consumano quote crescenti di risorse senza produrre salute, ma solo per contenere i guasti, considerati inevitabili, di un modello intrinsecamente conflittuale.

Negli Usa, dove predomina un modello che paga la malattia, la spesa amministrativa e di controllo consuma gran parte della spesa sanitaria totale (Himmelstein *et al.* 2014), già la più alta nel mondo. Tuttavia i risultati sono deludenti dal punto di vista dell'efficacia complessiva (aspettativa di vita inferiore a quasi tutti i paesi ad alto reddito), dell'efficienza (il rapporto efficacia/costi è molto sfavorevole) e della soddisfazione di cittadini e medici.

Non hanno avuto maggior successo altre contromisure, tra cui accordi contrattuali che fissano tetti di spesa e volumi/tipologie di prestazioni per struttura erogatrice.

Questi riducono, è vero, parte degli effetti indesiderati, ma aumentano i costi amministrativi e di transazione e danno un eccesso di potere e arbitrio ai programmatori. E comunque non mantengono l'equilibrio economico nel medio-lungo periodo, perché una prestazione discutibile potrebbe essere per paradosso più conveniente di una necessaria, e l'attuale modello di remunerazione a tariffa/DRG non è utile a disincentivarla. Inoltre, le prestazioni prescritte/erogate in eccedenza rispetto ai tetti stabiliti negli accordi contrattuali possono comunque trovare sbocco nella libera professione pagata direttamente dai cittadini, o nell'offerta di sanità integrativa rimborsata da fondi sanitari/assicurazioni, che comunque è pagata ancora dai cittadini con le quote di iscrizione o attraverso i sussidi a carico

della fiscalità generale concessi a chi può accedere alla sanità integrativa.

Pagare la malattia, inoltre, induce un eccesso di prestazioni inutili o nel complesso dannose (molti esempi sono riportati sul sito <http://fondazioneallinearesanitaesalute.org>): ciò è un altro buon motivo per prendere in considerazione nuove strade e nuovi paradigmi.

Per analisi più approfondite e articolate proposte per finanziare e remunerare i principali attori in sanità (anzitutto con quote capitarie progressive in base alla longevità delle popolazioni di riferimento), si rimanda alla specifica documentazione (Fondazione Ass 2016), con tre soli esempi sintetizzati nei box.

La speranza è che qualche Regione, riconoscendo il potenziale di un Modello che paga la Salute, accetti di sperimentarlo per alcuni anni in un paio di Asl, per dimostrarne la validità. Risultati attesi: rapida riduzione dei costi sanitari e amministrativi, aumento nell'arco di alcuni anni dell'efficacia del sistema, con maggior longevità e relativa minor disabilità della popolazione servita.

BOX 1 - Il modello applicato al Medico di Medicina Generale (Mmg)

Oggi il Mmg non è pagato per la salute prodotta, ma con una quota capitaria/assistito in pratica fissa, per una lista di prestazioni previste nel suo Accordo Collettivo Nazionale, senza disincentivi per invii specialistici inutili; e con quote variabili per risorse presenti nel suo studio o per prestazioni non incluse nella lista precedente (es. assistenza domiciliare programmata), senza legame provato tra cadenze d'esecuzione e risultati in salute, ma che lo soffocano di sterile burocrazia. Può aumentare i ricavi con categorie di malati/assistiti cui erogare prestazioni legate ad accordi che prevedono compensi extra, o con cui poter fare libera professione (ecografie, spirometrie, elettrocardiogrammi, certe visite...).

La prevenzione è poco conveniente e, se scarseggiano malati, ci può essere la tentazione di "farli emergere" per esempio abbassando soglie diagnostiche, o con check up, o diagnosi che non cambiano la prognosi, o sovradiagnosi cui segue sovratrattamento/iatrogenesi. Con l'attuale sistema di remunerazione più salute ed efficacia non aumentano le entrate del Mmg, ma può aumen-

tarle l'efficientismo (efficienza senza efficacia) in prestazioni retribuite. Per allineare le convenienze alla salute della comunità, il Mmg non va pagato a prestazione e per malattie, ma soprattutto con *quote capitarie crescenti in modo forte e progressivo con l'età degli assistiti*, cioè pagare per il risultato desiderato: la longevità sana (longevità, in una popolazione, implica salute e poca disabilità). Ciò allinea gli interessi del Mmg alla longevità sana della coorte dei suoi assistiti, lo spinge a far tutto il necessario per farli invecchiare bene, ed elimina l'interesse a prescrivere/fornire prestazioni che non consideri rilevanti per la salute. Il modello-base va integrato con quote variabili in funzione del buon andamento del budget distrettuale, per cointeressare il Mmg al successo dell'organizzazione in cui è inserito. Così il Mmg è pagato per produrre salute nella coorte dei suoi assistiti (e nel Distretto) e incentivato a mantenerla con coerenza. Con pazienti consapevoli di ciò, la sua credibilità sarà molto alta, anche quando dovrà negare farmaci o esami.

BOX 2 - Applicazione alle Farmacie territoriali

Le farmacie territoriali sono, con i medici di famiglia, l'articolazione più capillare del Ssn. Oggi hanno incentivi non per la salute, ma solo a massimizzare le vendite, privilegiando i prodotti più costosi. Infatti, con guadagni teorici del 27% sui prodotti da auto-medicazione e del 22,6% – pur in tendenza regressivo – su quelli a prescrizione, hanno convenienze divaricate da quelle del Ssn. La proposta di "Farmacia dei servizi" è incentrata sulla remunerazione di nuove prestazioni, reputate di pubblica utilità, e non risolve il conflitto d'interessi di base con il Ssn.

Una prima misura strutturale sarebbe sostituire al compenso a percentuale uno fisso per confezione venduta, destinato a remunerare solo il servizio, e non anche il capitale investito dal farmacista per acquisire stock di prodotti. Il consumo di questi andrebbe rimborsato ai produttori al prezzo di fabbrica (più una tariffa fissa per il servizio del grossista) in modo diretto dal Ssn (per i farmaci etici) o indiretto da parte dei cittadini, tramite le farmacie (per farmaci di automedicazione).

Un'alleanza vera con il Ssn e la salute della co-

munità richiederebbe però il salto di paradigma già proposto per altri attori del Ssn.

(Donzelli 2004, Fondazione Ass 2016), come i medici di famiglia, che prescrivono gran parte di ciò che la farmacia dispensa.

Un principio innovativo, da approfondire nelle applicazioni e valutare in sperimentazioni gestionali, può essere che l'assistito sceglie una propria farmacia di fiducia (presso Uffici di scelta e revoca, con registrazione in tessera sanitaria), costruendo per ogni farmacia un bacino d'utenza virtuale. Non, però, ad accesso obbligato (salvo ricasazione), come con il Medico di famiglia, ma solo per calcolare un budget di partenza.

La farmacia non sarebbe remunerata con ricarico (percentuale o fisso) sul venduto, ma con quote capitarie pesate per età di ogni assistito, con progressione annuale continua (a titolo d'esempio, la quota del centenario potrebbe pesare 10 volte più di quella del giovane, con un principio simile a quanto idealmente dovrebbe valere per i Mmg). Ciò terrebbe conto per equità del maggior lavoro della farmacia per servire assistiti via via più anziani, e darebbe anche un forte segnale di politica sanitaria rispetto all'obiettivo prioritario del sistema (longevità sana per tutti) e un incentivo virtuoso – indipendente dalle quantità di farmaci vendute, ma comunque “dinamico” – a far invecchiare tanto e bene la propria coorte di assistiti, allineando etica e maggiori ricavi (Donzelli 2014). Con tale modello di remunerazione il farmacista avrebbe finalmente convenienza a educare a stili di vita sani anche in alternativa a farmaci e prodotti medicali (oggi ha convenienze opposte), superando il pagamento a tariffa. Questo rimarrebbe in atto solo per le compensazioni ai margini, per chi si servisse da una farmacia diversa da quella cui è iscritto (senza dover formalizzare cambi di scelta). In tal caso riceverebbe gratis il prodotto, se è a carico del Ssn, se no pagandone di tasca propria alla farmacia il prezzo di fabbrica, più la tariffa per il servizio del grossista. La farmacia che dispensa il prodotto si rivarrebbe della tariffa di servizio (fissa) sul budget della farmacia cui il cittadino risulta iscritto, con possibilità che le compensazioni siano gestite da strutture Ssn.

Una riforma di tale portata richiederebbe un patto pluriennale dei livelli di governo con Federfarma e Assofarm, con garanzie di complessiva salvaguardia delle entrate della categoria, in modo in-

dipendente dalla probabile riduzione di vendite di prodotti in scienza e coscienza non ritenuti necessari alla salute (infatti con il nuovo sistema di remunerazione il farmacista non avrebbe più alcun interesse a venderli).

BOX 3 - Applicazione a Presidi e Aziende Ospedaliere (Fondazione Ass 2016)

Oggi il finanziamento agli ospedali è formalmente legato a DRG e tariffe per prestazioni di ricovero o ambulatoriali documentate. Regioni e Asl assumono un ruolo simile ad assicurazioni pagatrici, messe in conflitto artificiale con gli ospedali del proprio territorio sul percorso assistenziale di ogni cittadino.

Chi lavora in ospedali pagati a DRG/tariffe, sperimenta il disaccoppiamento tra obiettivi di salute, attribuiti a parole, e i modelli di pagamento operanti nei fatti, e comprende che a far aumentare le entrate per l'ospedale, e alla fine per chiunque vi operi, non è la salute prodotta, ma sono le prestazioni dichiarate.

Invece il Modello che paga la Salute si basa su quote capitarie pesate in modo crescente per età dei residenti, che compongono il budget dinamico attribuito dalle Regioni alle Asl, che a loro volta ne negoziano una quota proporzionale con gli ospedali di riferimento.

Così le convenienze di chi lavora in ospedale si allineano a quelle dell'Asl, e ospedale e territorio hanno comune interesse a collaborare per il risultato che aumenta le entrate per entrambi: la longevità sana dei singoli residenti e della comunità. Dunque l'ospedale e chi vi opera perderà interesse per prestazioni che non concorrono alla longevità sana, oggi rese (anche) perché tariffate in modo vantaggioso, e si concentrerà su quanto in scienza e coscienza pensa che tuteli al meglio la salute, rivalutando anche educazione sanitaria, prevenzione e le cure più costo-efficaci. DRG e tariffe non saranno più il core delle entrate ospedaliere; resteranno solo per pagare transazioni ai margini, per assistiti virtualmente assegnati al bacino di un Ospedale che abbiano liberamente scelto di rivolgersi a un altro, o viceversa (Fondazione Ass 2016). Vi sono tre garanzie che ospedali così finanziati non creino in modo artificiale avanzi di gestione, sottraendo cure necessarie ai residenti e aumentando l'offerta a esterni, per attrarre clienti da altri bacini:

1. la libera scelta degli assistiti, che si possono ri-

- volgere alla struttura che più risponde ai loro bisogni (percepiti), spingerà le Aziende sanitarie ad adeguare l'offerta che produce salute e ad adottare migliori strategie informative, per far conoscere e valorizzare le proprie offerte valide e i risultati raggiunti, e per scoraggiare interventi futili, che gravano sul budget ospedaliero senza alcun ritorno;
2. le informazioni e correlazioni sui risultati delle cure nelle diverse Aziende/strutture sanitarie, disseminati da Regioni e Ministero della Salute a disposizione di tutti;
 3. ma soprattutto lo stesso core del Modello che paga la Salute, che lega le entrate di gran lunga maggiori alla longevità sana della popolazione del bacino di ogni ospedale: offerte di prestazioni di scarso/nessun valore consumerebbero il budget senza alcun rientro, offerte a esterni di altri bacini per far cassa comprometterebbero la credibilità e fidelizzazione verso gli assistiti del proprio bacino, che assicurano con le quote capitarie pesate il grosso delle entrate ospedaliere.

Bibliografia

1. Crivellini M., *Sanità e salute: un conflitto d'interesse*, Franco Angeli, Milano 2004.
2. Maciocco G., *Assalto finale al Servizio sanitario nazionale*, «SaluteInternazionale», 26 ottobre 2015, <http://www.saluteinternazionale.info/2015/10/assalto-finale-al-servizio-sanitario-nazionale/>.
3. Donzelli A., *Allineare a etica e salute della comunità dei cittadini le convenienze dei diversi attori in*

Sanità, «Mecosan», (2004), n. 50, pp. 129-144.

4. Donzelli A., *Farmacia dei servizi: riforma strategica da implementare o ulteriore forma di consumismo sanitario?*, «Evidence», 6 (2014), n. 4, e1000075.
5. Fondazione Allineare Sanità e Salute et al., *Ssn verso mutue e assicurazioni? Ecco cosa fare per impedirlo*, «Quotidiano Sanità», 30 marzo 2017, https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=49298.
6. Fondazione Allineare Sanità e Salute, *Quale riforma strategica per la Sanità? Pagare la Salute, non la Malattia. Un nuovo modello di finanziamento e remunerazione degli attori in Sanità (e proposta di sperimentazione in alcune Ats/Asl/Ausl/ULSS)*, Giornata di studio, Milano 3 dicembre 2016, <http://fondazioneallinearesanitaesaalute.org/2016/11/giornata-di-studio-3-dicembre-2016/>.
7. Himmelstein D.U. et al., *A Comparison Of Hospital Administrative Costs In Eight Nations: US Costs Exceed All Others By Far*, «Health Affairs», 33 (2014), n. 9, pp. 1586-1594.
8. Jamouille M., *Quaternary Prevention, An Answer Of Family Doctors To Over-medicalization*, «International Journal of Health Policy and Management», 4 (2015), n. 2, pp. 61-64.
9. MAslow A.H., *Motivazione e personalità*, Armando, Roma 1973.
10. Saltman R.B. - Figueras J., *Europa: sanità in transizione*. Oms - Ufficio Regionale per l'Europa, «Quaderni di Sanità Pubblica», (1998), n. 21.
11. Welch H.G. et al., *Overdiagnosed*, Beacon Press, Boston 2011.

I PRIMI 1000 GIORNI DI VITA E LA SALUTE UMANA IN OTTICA PNEI



ATTILIO CAVEZZI - Eurocenter Venalinfa, San Benedetto del Tronto (AP), Italy
<https://orcid.org/0000-0002-2990-5423> - info@cavezzi.it

La Psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI) è una disciplina che studia le relazioni bidirezionali tra psiche e sistemi biologici, costituendo in definitiva un paradigma attraverso cui affrontare, da un lato, i rapporti tra i fattori psicosociali e lo stress, dall'altro le relative ripercussioni biologiche. La moderna scienza biomedica sta sempre più prendendo coscienza dell'importanza della PNEI al fine di proporre un approccio diagnostico e terapeutico più olistico alle patologie umane, soprattutto a quelle croniche degenerative.

Nell'ottica dell'importanza della PNEI, è stato dimostrato che le avversità che avvengono nella prima infanzia incidono sulla formazione del carattere, ma soprattutto sulla resilienza psico-fisica e la consapevolezza dei soggetti, quindi in definitiva sulla salute umana. Questa ripercussione sui processi metabolici cellulari da parte degli eventi avversi che si verificano nelle prime fasi della vita, condiziona le alterazioni neuropsicologiche e gli squilibri metabolici che sono a loro volta responsabili delle malattie croniche degenerative (MCD), quali ad esempio diabete, obesità, patologia aterosclerotica cardio-cerebro-vascolare, malattie autoimmunitarie e cancro, nonché incidono in termini di invecchiamento patologico (1).

La letteratura scientifica sta dimostrando sempre più la significativa influenza esercitata dalle avversità psico-sociali, biofisiche e biochimiche che si manifestano nei primi tre anni di vita umana (incluso anche la vita intrauterina) sull'esordio e sull'evoluzione delle MCD. Di fatto, moltissimi autori hanno messo in luce come molteplici elementi siano in grado di interagire in modo epigenetico sull'estrinsecazione del fenotipo dell'individuo durante le varie fasi principali dei cosiddetti "primi 1000 giorni" di vita (concepimento, gravidanza, parto, puerperio ed allattamento, infanzia). Specificamente, è stata acclarata una correlazione tra il numero, la tipologia e l'entità delle avversità verificatesi nella vita precoce (AVP) con lo stile di attaccamento del bambino e conseguentemente dell'adulto. Questo legame fra le avversità nei pri-

mi 1000 giorni di vita e uno stile di attaccamento disfunzionale è, in ultima analisi, responsabile della risposta alterata allo stress tipicamente pro-infiammatoria riscontrabile in questi soggetti, una volta divenuti adulti (1).

Oggi, si sta vieppiù diffondendo la consapevolezza che la scienza debba essere intesa come "una base, costantemente in cambiamento, della conoscenza" (2), il che dovrebbe spingere a trasformare la medicina in una scienza più inclusiva e meno riduzionistica, quindi più aperta alle significative evidenze circa l'importanza dell'asse mente-corpo.

I primi 1000 giorni di vita con le loro ripercussioni sulla salute umana possono rappresentare probabilmente uno dei cardini paradigmatici alla base di questo cambiamento, così da mirare ad un approccio diagnostico e terapeutico innovativo alle MCD e all'aging, quindi che vada al di là di soli farmaci e tecnologia, avendo questi ultimi mostrato da tempo i loro limiti nella gestione delle patologie croniche (3). Di fatto, se da un lato il progresso biomedico ha incrementato l'età media negli ultimi decenni (i dati comunque ci mostrano un rallentamento di questo allungamento), l'età massima è rimasta sempre la stessa da millenni e, cosa più importante, la salute media non ha subito un analogo miglioramento. Così, il prezzo da pagare per questa frattura fra incremento dell'età media e incapacità di migliorare la gestione della salute umana è l'aumento esponenziale (da 10 a 50 volte rispetto a qualche decennio fa) delle MCD e delle disabilità: sopra i 70 anni gli esseri umani sono dunque prevalentemente dipendenti da farmaci e tecnologia medico-sanitaria (3).

Accanto agli indubbi progressi della ricerca scientifica sul genoma, negli ultimi tempi si è affermata la superiore importanza della epigenetica (rispetto alla genetica) sulla modulazione della attività genica, e quindi sull'insorgenza ed evoluzione delle MCD e più in generale sui processi di senescenza cellulare (1,3).

Sulla base delle dimostrate attività epigenetiche

di moltissimi fattori psico-sociali, ambientali, dello stile di vita e della nutrizione, le AVP sembrano rivestire un ruolo significativo nel “plasmare” la reattività psiconeurobiologica dell’individuo a qualsivoglia forma di stress che si verifichi nella vita adolescenziale e dell’adulto. Questa iperattivazione dell’asse dello stress, con squilibrio quindi del sistema PNEI, si traduce in una serie di percorsi metabolici cellulari proinfiammatori tipici del cosiddetto inflammaging (4), delle MCD e dell’invecchiamento non salutare.

A fronte di una crescente evidenza scientifica sul ruolo primario della resilienza psico-organica nei meccanismi inerenti alla longevità (5-7), la stessa salute è stata definita in un editoriale del Lancet come “la capacità di adattarsi al proprio ambiente” (8); questa affermazione sottolinea una volta di più il valore salutogenico della resilienza individuale, della adattabilità e tolleranza agli eventi psico-sociali, ambientali, chimici e fisici che caratterizzano la vita di tutti i giorni. Come da evidenze letterarie multiple, la resilienza psico-biologica è legata alla funzionalità del sistema PNEI e quindi alla gestione dello stress (1,3,5-7); da questi riscontri deriva l’interesse crescente dei professionisti della salute per le AVP dei primi 1000 giorni di vita, che influenzano l’equilibrio mente-corpo e che alterano in definitiva la gestione dello stress inducendo i noti effetti negativi psico-organici nell’adulto.

Nello specifico, la fisiopatologia dello stress cronico, quindi del cosiddetto carico allostatico, è stata investigata in profondità da Selye e da molteplici ricercatori successivamente (1); da un lato lo stress cronico comporta una sregolazione dell’asse neuro-endocrino (ipotalamo, ipofisi, corteccia surrenale) con ipersecrezione di cortisolo in primis, dall’altro si instaurano meccanismi puramente neurologici, quali iperattivazione della midollare surrenale e del sistema ortosimpatico con aumento di adrenalina/noradrenalina, che contribuiscono allo squilibrio pro-infiammatorio.

Questi disturbi funzionali causati da una iperattivazione dell’asse dello stress nel cronico inducono a loro volta una serie di modificazioni biologiche: a) atrofia di ippocampo e corteccia prefrontale, con conseguenti alterazioni comportamentali, b) ipertrofia dell’amigdala tipica della sindrome ansioso-depressiva, c) squilibrio della funzione immunitaria con ipo- e soprattutto auto-immunità, d) alterazioni endocrine e dismetabolismi quali sindrome metabolica, diabete, obesità, aterosclerosi, ecc. (1,7).

I primi 1000 giorni

Esiste una vasta documentazione sulla fondamentale importanza rivestita dalla programmazione epigenetica dello sviluppo umano che si verifica nel periodo che va dall’era embrionale sino all’età adulta. Altrettanto vasta è la letteratura che correla sia le problematiche psico-sociali, ambientali e biologiche a carico dei genitori (madre in primis) che quelle del rapporto caregiver (madre solitamente)-figlio, con la condizione di salute dell’infante, dell’adolescente e dell’adulto.

Come vedremo qui di seguito, le AVP si sono dimostrate fondamentali nel plasmare il sistema PNEI e la condizione psico-biologica dell’essere umano sino all’età più avanzata (1,7,9,10). Sulla base di una revisione della letteratura scientifica internazionale più pertinente, vengono riportati in questo articolo i dati più significativi sul ruolo salutogeno o patogeno dei processi psico-socio-biologici che si verificano nei primi 1000 giorni, ripartiti per periodo della vita.

Concepimento

Un genitore obeso, o affetto da stress psichico, al momento della procreazione presenta spermatozoi alterati (con deficit mitocondriale) e trasmette all’embrione i propri mutamenti epigenetici, inducendo nella prole dismetabolismi, diabete, obesità, patologie cardiovascolari, epatopatie e neuropsicopatologie. Ugualmente, l’indice di massa corporea paterno sembra condizionare più di quello materno i tratti metabolici dei figli. Al contrario, una madre troppo giovane (<20-22 anni), o soprattutto troppo anziana (>40-42 anni) comporta nei figli adulti vari disturbi, fra i quali: maggiore sovrappeso, obesità, fumo, consumo di alcool, minore auto-percezione di salute, minore attività fisica (11).

Gravidanza

Nel corso della gravidanza si attivano importantissimi percorsi epigenetici che modificano costantemente i processi di trascrizione e traduzione del genoma, tali per cui l’embrione ed il feto vanno incontro ad una evoluzione peculiare per ogni singolo individuo.

La disponibilità di cibo durante la gravidanza è stata più volte dimostrata influenzare la salute dei figli anche a distanza di anni. Tra gli studi più importanti in merito ricordiamo il Dutch Hunger Winter (1944-45), quello circa l’assedio di Leningrado (1941-44) e l’Austrian Famine Birth Cohort; in tutti questi studi si è documentato che l’esposizione

prenatale alla carestia è associata con peso ridotto alla nascita del neonato, con uno sviluppo tardivo di obesità, diabete e malattie cardiovascolari, con disturbi dell'umore (ansia e depressione), disturbi di personalità antisociale, schizofrenia e demenza accelerata (1).

Barker a sua volta formulò l'ipotesi della "origine fetale della malattia adulta", dopo aver dimostrato una relazione tra il basso peso alla nascita (malnutrizione materno-fetale) e il successivo sviluppo di malattie cardiovascolari e una minore tolleranza al glucosio (12).

È stato anche dimostrato, all'opposto, che l'obesità e l'iperalimentazione in gravidanza incrementano l'infiammazione e lo stress ossidativo della placenta, quindi del feto; questi processi rientrano poi nella eziopatogenesi della obesità e delle malattie metaboliche, ad insorgenza anche tardiva, nei figli di queste stesse madri obese. Inoltre, si è evidenziata una relazione, raffigurabile come una curva ad U, che esiste tra peso del neonato alla nascita e sviluppo di malattie metaboliche da adulti: nascere sottopeso o sovrappeso comporta maggiori possibilità di diventare obesi da adulti (1,14).

Va ulteriormente ricordato come lo sviluppo psico-neurologico del feto sia in rapporto stretto con la produzione di catecolamine e di cortisolo (asse dello stress) da parte della madre in gravidanza. Di fatto, in caso di iperproduzione di biomolecole proprie dello stress cronico si va ad agire su amigdala, ippocampo ed altre strutture cerebrali del feto, programmando la gestione delle future emozioni, la memoria e l'asse dello stress del nascituro (1,5,9).

Parto

La ricerca scientifica ha messo in luce come anche la tempistica del parto sia in grado di influire su vari aspetti psico-organici del neonato, in primis, e dell'adulto successivamente. Un parto prematuro, infatti, comporta alcuni squilibri tra cui: a) un microbiota immaturo e un'immunità squilibrata che persiste nel tempo, b) livelli di cortisolo decisamente più alti e c) aumento dei radicali liberi nel periodo iniziale dell'infanzia.

In caso di nascita pre-termine, i neonati immaturi che vengono sottoposti a terapia intensiva in incubatrice (manovre endovenose, respiratorie, ecc.), all'età di tre mesi mostrano una ridotta reattività psico-neurologica allo stress che persiste nel tempo (13). Va qui ricordato che il sistema nervoso centrale nei suoi primi 2-3 anni di vita mostra il massimo livello di quella che viene definita la "potatura

neuronal", finalizzata a configurare il tessuto cerebro-spinale e le connessioni funzionali in modo adeguato (2); questo spiega la grande ricaduta patologica delle eventuali interferenze endogene ed esogene peri-parto sui processi neuronali che hanno luogo in questo periodo precoce.

Ugualmente importante è la tipologia del parto: il parto vaginale permette la colonizzazione del microbiota oro-gastro-intestinale del neonato con microbi vaginali e anali materni, importanti per l'equilibrio della flora intestinale e per la risposta allo stress dell'infante. Al contrario, il parto cesareo comporta colonizzazione di microbi ambientali, meno utili per l'immunità infantile e dell'adulto e soprattutto favorenti squilibri metabolici infantili, adolescenziali e dell'adulto (1,14).

Puerperio

Nel periodo post-partum i genitori possono andare incontro ad alcuni tipici disturbi dell'umore, depressione in primis; circa una madre su 7 e un padre su 10 mostrano squilibri psicologici di questo tipo, che poi possono determinare una scarsa qualità delle interazioni precoci con il figlio, con assenza di fattori protettivi genitoriali e presenza di fattori di rischio verso il neonato e l'infante (1,14). Questo insieme di alterazioni fra caregiver e figlio/a comporta un alterato sviluppo sociale ed emozionale del bambino, con attaccamento insicuro e ripercussioni in adolescenza ed età adulta, quali ad esempio: ritardo dello sviluppo psico-motorio dell'infante, psicopatologie dell'adulto, malattie metaboliche da disturbi alimentari, infezioni ricorrenti, allergie e asma (già a 2 anni), disattabilità sociale, maggiore rabbia e impulsività (1,14).

Le sovraccitate patologie a carico della prole possono avere un'incidenza ed un rilievo clinico maggiore se la depressione materna (più raramente paterna) persiste per almeno 6 mesi, e si è documentato che i figli maschi risultano più influenzati delle femmine.

L'allattamento risulta uno dei fattori epigenetici più significativi che influenzano la salute dei primi due o tre anni di vita, ma anche degli anni successivi e dell'adulto. L'allattamento si basa su due riflessi fondamentali per una buona relazione madre-figlio: la suzione del bambino che contribuisce ad un migliore attaccamento e la produzione del latte materno che comporta numerosi vantaggi rispetto al latte artificiale.

Numerosi studi hanno dimostrato che l'allattamento al seno materno, rispetto a quello con latte arti-

ficiale, determina nei figli: a) un microbiota intestinale e orale migliore, b) un migliore quoziente intellettivo, c) un miglior sviluppo neurocognitivo e una maggiore autostima, d) una riduzione di malattie autoimmunitarie ed allergie in virtù di un sistema immunitario più equilibrato. Numerose pubblicazioni hanno reiterato da tempo l'importanza fondamentale dell'allattamento nel configurare il microbiota della prole, quindi nel conferire un "priming" all'immunità e ad una serie di percorsi metabolici che seguiranno nella vita adolescenziale e adulta (14).

Come messo in luce da numerose ricerche scientifiche, il latte artificiale commercializzato attualmente presenta un elevato contenuto di carboidrati aggiunti (glucosio, maltosio, destrosio, fruttosio) e una concentrazione di lattosio più alta di quella nel latte vaccino; la formula del latte artificiale contiene inoltre numerosi additivi chimici ed è povera di probiotici e di grassi «buoni», il che la rende molto allergizzante e perturbante l'equilibrio endocrino. Quando poi (sempre più spesso) il latte artificiale è particolarmente ricco di derivati della soia, quest'azione perturbatrice sull'assetto ormonale si rende ancora più evidente (14,15).

La formula industriale commercializzata per l'allattamento nella infanzia si è dimostrata deleteria rispetto al latte materno, aumentando in modo statisticamente significativo negli adolescenti e negli adulti il rischio di disturbi mentali, sindrome metabolica, disimmunità, obesità, patologie intestinali ed autoimmunitarie in generale (14,15).

Infanzia

La vita umana sino a due-tre anni è caratterizzata da un rapporto strettissimo tra il bambino e il caregiver, che è tipicamente rappresentato dalla madre, pur con il contributo fondamentale quali-quantitativo del padre. Accanto a queste figure stanno sempre più assumendo importanza le figure della baby-sitter, dei parenti vicarianti dell'accudimento genitoriale, e del personale dell'asilo; questi mutamenti socio-pedagogici possono comportare ovviamente qualche squilibrio nell'attaccamento della prole.

Durante l'infanzia una serie di importanti AVP possono avere luogo; vanno ricordate in primis le avversità psico-sociali che si ripercuotono sull'infante: eventi traumatici, abbandono e/o negligenza materno/genitoriale (emozionale e fisico), maltrattamento fisico, emozionale o sessuale, psicopatologia del/dei genitore/i con accudimento compro-

messo. Tra le avversità biologiche in età infantile ricordiamo invece la malnutrizione, che comporta un'alterazione quali-quantitativa dell'introito di micro- e macronutrienti e le relative importantissime sregolazioni del microbiota e dei processi metabolici, le infezioni sistemiche, respiratorie e soprattutto gastrointestinali e infine l'inquinamento ambientale (metalli pesanti, sostanze inquinanti, tossine).

Queste AVP hanno un documentato effetto sullo sviluppo psico-organico del soggetto, che si estende sino all'età adulta, come si esporrà nel dettaglio più avanti.

La teoria dell'attaccamento di Bowlby

Gli studi più accurati in ambito PNEI dimostrano come le avversità psico-sociali che colpiscono l'infante sembrino rivestire un ruolo primario nella espletazione dei meccanismi epigenetici che regolano la salute del futuro adulto. Tra gli elementi di maggior importanza nello sviluppo psico-organico infantile, vi è quello dell'attaccamento con il o i caregiver/s di riferimento.

La diade materno-fetale e materno-infantile rappresenta l'essenza dell'attaccamento genitore-figlio/a, e quindi dei possibili eventi positivi o negativi che incidono sullo sviluppo psicologico della prole, sulla resilienza e consapevolezza dell'individuo e sui futuri percorsi metabolici dell'adulto.

John Bowlby ebbe il merito negli anni '70 ed '80 di elaborare un modello riguardante il rapporto caregiver (madre in primis) e neonato/infante e concernente le relative ripercussioni psico-socio-organiche del figlio-adulto. Riportando psicoanalisi, psicologia e pedagogia su un terreno più reale e pratico, egli analizzò il rapporto genitori-figli e descrisse l'attaccamento come il primo legame che un figlio ha con il suo caregiver primario; la relazione venne intesa però da subito come fondata non sulla soddisfazione del bisogno di nutrimento, ma sulla soddisfazione del bisogno di contatto e conforto da parte dell'infante (16-18).

Grazie anche agli studi della Ainsworth (19) e di altri autori successivi, si caratterizzò la relazione di attaccamento dell'infante con la madre (o chi per lei) sin dal terzo mese e furono individuate tre caratteristiche fondamentali: a) ricerca di vicinanza dell'infante verso una figura preferita, la madre nella stragrande maggioranza dei casi, b) l'effetto "base sicura" da parte della figura principale di attaccamento che genera un "luogo" da cui partire con curiosità per le esplorazioni ed a cui tornare

con la certezza della accoglienza, c) la protesta per la separazione dal caregiver.

Sulla base di una serie di questionari ed investigazioni psico-comportamentali, sono stati individuati nell'infanzia e nell'adulto quattro tipi di attaccamento (vedi tab. I): sicuro (il più frequente), insicuro distanziante/evitante, insicuro ansioso/ambivalente, insicuro disorganizzato/disorientante (quello più problematico dal punto di vista psico-organico) (1,14,16-19).

Tab. I - Tipologia di attaccamento

- a) Sicuro: il bambino ha fiducia nei confronti della figura di attaccamento che sa accoglierlo o dare fiducia, e l'adulto reagisce congruamente a stress ed eventi ambientali, con normoattivazione dell'asse dello stress;
- b) Insicuro evitante/distanziante: il bambino ha poca fiducia nella madre spesso lontana psico-fisicamente, bimbo ed adulto temono di essere rifiutati e mostrano un eccesso di autonomia e indifferenza agli eventi, con difensivismo nelle relazioni; sregolazione della reazione da stress;
- c) Insicuro ansioso/ambivalente: il bambino presenta spiccata ansia ed incertezza verso la madre che mostra a sua volta insicurezza e variabilità di umore e comportamento; analoga ansia e ambivalenza è mostrata dal bambino verso il prossimo con atteggiamenti di ricerca di vicinanza e di rifiuto. L'adulto è preoccupato, invischiato e incoerente, con risposte non sempre congrue rispetto agli stimoli ricevuti e tende ad iperattivare l'asse dello stress, anche per stimoli di livello limitato;
- d) Disorganizzato/disorientato: il bambino è disorientato e confuso da una madre con un certo grado di psicopatologia, da una famiglia maltrattante/abusante, che non risponde alle sue richieste; in assenza di strategie stabili di comportamento, bimbo ed adulto manifestano comportamenti contraddittori, stereotipati, disorientati e facilità alla rabbia. L'adulto è irrisolto, con ridottissima adattabilità ai cambiamenti e facile iperreattività allo stress, anche quando è minimo, e con tendenza alla ostilità.

Sostanzialmente, la ricerca scientifica ha dimostrato come il tipo di attaccamento del bambino generi dei modelli operativi interni, che risultano poi responsabili del comportamento dell'adulto davanti alle varie condizioni ambientali e richieste

di reazione/adattamento. Questo insieme di attività psico-organiche dell'adulto è dunque basata sulla cosiddetta "risposta trascrizionale conservata alle avversità sociali" vissute nei primi anni di vita (20), che impatta in modo molto significativo sul suo sistema PNEI.

La sovraccitata iperattivazione dell'asse dello stress anche per stimoli lievi, tende ad incrementare l'infiammazione cronica cellulare di basso grado che sta alla base dell'inflammaging e delle MCD, aumentando così la cascata pro-infiammatoria a vari livelli, ancor più quando nella vita adulta l'individuo è esposto a una o più forme di stress cronico. In questi casi si è dunque in presenza di una reazione da stress che non si esaurisce nell'eustress, ma prosegue nel distress e perpetua una ipereccitazione delle risposte psiconeurobiologiche agli stimoli stressogeni più vari (anche minori), con tutte le ripercussioni psico-organiche deleterie sopra riportate.

Numerose pubblicazioni scientifiche hanno fondamentalmente dimostrato che le esperienze negative vissute durante l'infanzia (le AVP) alterano prima l'attaccamento infantile e poi generano modelli comportamentali interni inadeguati nell'adulto (ridotta consapevolezza, ridotta resilienza), incrementando così la probabilità di sviluppare in età adulta problemi di ansia, depressione, comportamenti sociali disadattati (tossicodipendenza, ecc.), ma anche e soprattutto MCD ed un invecchiamento non in salute (1,14).

Dati di letteratura

Nell'ambito delle pubblicazioni scientifiche che hanno dimostrato l'influsso fondamentale dei primi 1000 giorni di vita sulla salute umana, moltissimi autori hanno focalizzato sulle ripercussioni dell'attaccamento insicuro e delle AVP su specifiche patologie croniche, sull'invecchiamento e più in generale sulla mortalità in toto.

Alcune review sistematiche e metanalisi hanno così mostrato che varie tipologie di attaccamento insicuro si associano ad una ridotta compliance da parte del paziente verso un corretto percorso diagnostico-terapeutico, ad un suo stile di vita negligente e ad una incidenza di psicopatologia maggiore, il che si traduce in un rischio aumentato di mortalità precoce (1,21-23).

Attraverso studi prospettici di lunga durata e su campioni numerosi di popolazione, si è documentata una correlazione direttamente proporzionale fra il numero delle AVP e l'incidenza e la significa-

tività clinica delle MCD, da un lato, e il rischio di mortalità precoce dall'altro. In studi a lungo-termine (30 o 40 anni) si è visto, ad esempio, come l'attaccamento ansioso ed evitante portino ad un tasso di MCD che è di 3.5 o 4 volte maggiore rispetto alla popolazione con attaccamento infantile sicuro; in caso di malattie infiammatorie l'odd ratio (OR) sale addirittura a 5.97 (24).

In ambito neuropsichiatrico, è stata ripetutamente documentata l'associazione tra tipologia di attaccamento insicuro (soprattutto di tipo ansioso) e patologie neurodegenerative e, ancor più, psicopatologie; all'opposto, un attaccamento sicuro è risultato protettivo verso la demenza (1,25). La stessa sclerosi multipla, a genesi verosimilmente autoimmunitaria quindi connessa ad uno squilibrio PNEI, mostra una prevalenza maggiore in soggetti con attaccamento infantile disfunzionale, soprattutto di tipo evitante (26).

Le patologie cardiovascolari, anche di tipo congenito, sono state da sempre associate ad una maggiore presenza di AVP, mentre un supporto materno adeguato in infanzia si è dimostrato protettivo verso l'insorgenza di cardiopatia ischemica (1). Inoltre, in presenza di almeno 4 avversità psico-sociali, biologiche, o ambientali, la prevalenza e l'espressione clinica della patologia cardiovascolare sono risultate significativamente maggiori e la qualità della vita notevolmente inferiore, rispetto alla popolazione senza AVP (27-29).

Questa visione più comprensiva della patologia aterosclerotica cardiovascolare mette quindi in evidenza la incongruenza della "vecchia" visione lipido-centrica, anche e soprattutto in virtù delle innumerevoli evidenze sul ruolo delle avversità psico-sociali e dello stress cronico nell'insorgenza e progressione del processo aterosclerotico (1,14,30). Diabete ed obesità rappresentano altri esempi paradigmatici di come l'epigenetica (quindi ambiente, gestione dello stress, stile di vita e nutrizione) giochi un ruolo primario. Come già delucidato, i primi 1000 giorni di vita sono in grado di dare una sorta di imprinting dei sistemi regolatori del metabolismo; più specificamente nutrizione ipercalorica/iperglicemica della madre, alterazioni clinico-ormonali e avversità psico-sociali all'interno del rapporto madre-figlio, con relativo attaccamento insicuro e nutrizione errata del bambino, si sono ripetutamente dimostrati favorevoli all'insorgenza di diabete tipo 2 (1,14,31).

Dati di letteratura riportano che il 71.1 % dei diabetici ha un attaccamento disfunzionale e che la mor-

talità per questa patologia è notevolmente maggiore nei soggetti con attaccamento distanziante/evitante (hazard ratio, HR, 1.20) (31). Essendo la resilienza collegata allo stile di attaccamento e quindi ai primi 1000 giorni di vita, è interessante ricordare che i soggetti con ridotta resilienza verso lo stress hanno una probabilità molto maggiore di sviluppare il diabete tipo 2 (HR 1.51) rispetto alla popolazione media (32).

Ancora più interessante è il dato del valore di HR fra 1.67 e 3 per lo sviluppo di diabete tipo 1 in soggetti con multipli eventi avversi nei primi 1000 giorni di vita (33,34), il che rinforza l'importanza dell'epigenetica anche nella patologie teoricamente ad eziologia genetica pura. Per quanto poco approfondito dalla scienza ufficiale, è verosimile che il rapporto feto/figlio con madre/caregiver rappresenti in questo caso una fonte potenziale di forte squilibrio del sistema PNEI e della morfogenesi e sviluppo della funzionalità pancreatica.

L'obesità, come il diabete, dipende principalmente da una serie di attività comportamentali negative messe in opera dal paziente nel corso degli anni. Come per i diabetici, i pazienti obesi sono caratterizzati generalmente da un attaccamento insicuro, e gli studi scientifici mostrano altresì che i risultati della terapia sono strettamente dipendenti dalla tipologia di attaccamento, il quale effettivamente modula la compliance verso qualsivoglia trattamento (1,14,24).

In ambito di patologie autoimmunitarie, gli studi mostrano chiaramente come uno stile di attaccamento insicuro porti ad una incidenza ben maggiore di malattie da disimmunità (e ad un tasso di ospedalizzazione più elevato), rispetto ai pazienti con attaccamento sicuro (1,35,36). Numerosi autori hanno evidenziato come molteplici patologie cutanee, ma anche le tipiche patologie intestinali da autoimmunità (morbo di Crohn e rettocolite ulcerosa), così come il più semplice colon irritabile, siano associate ad un attaccamento ansioso/ambivalente; nell'ottica della disfunzione PNEI correlata a queste malattie, le stesse assumono dunque i connotati fisiopatologici di disturbi psico-somatici con aumentata suscettibilità allo stress.(1,37,38).

Infine, la letteratura sulle patologie reumatologiche, che rappresentano elettivamente sindromi autoimmunitarie (quindi da squilibrio del sistema PNEI), evidenzia come l'artrite reumatoide appaia significativamente legata ad uno stato iperinflammatorio da disimmunità, ed affligge più frequentemente soggetti con stile di attaccamento insicuro e

che mostrano spesso tratti depressivi (39).

La ricerca biomedica in oncologia sta iniziando ad evidenziare una relazione statisticamente significativa tra l'incidenza di varie tipologie di neoplasia da un lato, e i fattori psicosociali che intervengono nella vita precoce del paziente, nonché lo stile di attaccamento, dall'altro. Inoltre, la sopravvivenza al cancro appare maggiore nei soggetti con attaccamento sicuro, risultando peggiore la prognosi per i pazienti con attaccamento distanziante o ansioso (40-42).

Di grande importanza è la crescente evidenza scientifica relativa alla relazione che esiste tra tipologia di stile di attaccamento e mortalità globale precoce. È stato infatti dimostrato che i soggetti con attaccamento disfunzionale più spesso mostrano un'errata gestione della propria salute, ma anche uno stato iperinflammatorio generato dalla risposta trascrizionale conservata alle avversità sociali; questo insieme di fattori eziopatogenetici sembra incidere in modo significativo sull'invecchiamento precoce e il rischio di mortalità precoce di questi soggetti con attaccamento insicuro (1,43,44).

Quando si esaminano gli effetti delle AVP, e più in generale dei primi 1000 giorni di vita sulla salute umana, le evidenze si fanno più cospicue e scientificamente ancora più solide. In uno studio su 17337 adulti studiati sin dall'infanzia si è visto che, rispetto ai soggetti senza AVP, con 6 o più avversità psico-sociali/ambientali/biologiche i soggetti andavano incontro a morte quasi 20 anni prima (60.6 vs. 79.1 aa.); inoltre, all'età di 65 anni la probabilità di morire in soggetti con 6 o più AVP era 2.4 volte maggiore dei soggetti senza AVP (45).

Un altro studio molto accurato ha mostrato come il rischio di morte prematura era superiore del 57% tra gli uomini che avevano sperimentato 2 o più avversità in infanzia, rispetto a nessuna avversità ($p=0,007$); tra le donne, invece, questa influenza negativa si rendeva ancora più evidente e con una avversità nei primi 1000 giorni si aveva un aumento del 66% del rischio di morte ($p=0,003$), mentre con due AVP il rischio era aumentato dell'80% ($p=0,020$). Infine, per entrambi i sessi l'incidenza di cancro risultò maggiore del 50% con una o più avversità rispetto ai soggetti che non ne avevano mai avute (46).

Tra le analisi epidemiologiche più significative, va segnalato un trial prospettico su un vasto campione di 1.097.628 soggetti seguiti sin dalla nascita, che ha documentato risultati molto interessanti sia sulla ricaduta dei primi 1000 giorni sulla mortalità pre-

coce per ogni causa, sia sulla ricaduta patologica delle varie tipologie di AVP.

Rispetto ai bambini con una bassa traiettoria di avversità, quelli che hanno avuto povertà familiare temporanea o persistente nella prima infanzia presentavano un rischio di mortalità prematura (HR 1.38 e 1.77 rispettivamente); i figli che hanno subito una morte o minaccia di morte di un genitore o di fratello/sorella presentavano un rischio maggiore (HR 1.80) di mortalità precoce, ma soprattutto i bambini con tutte queste avversità insieme durante l'intera infanzia avevano un rischio di mortalità prematura 4.54 volte superiore rispetto alla popolazione senza AVP. Nel dettaglio, incidenti, suicidi e cancro si sono dimostrate le cause più comuni di morte in quest'ultima popolazione ad alta avversità (47).

Alcuni autori hanno recentemente seguito 9310 soggetti in età tra i 44 e i 58 anni, dimostrando come le avversità nei primi 1000 giorni di vita siano associate ad un aumentato rischio di morte prematura; più precisamente, hanno riscontrato un HR pari a 2.64 in caso di abusi sessuali, di 1.93 per svantaggi socioeconomici, 1.73 per abuso fisico, e pari a 1.43 per "semplice" negligenza genitoriale (48).

Altri autori ancora hanno eseguito uno studio prospettico con un follow-up medio molto lungo, di circa 38 anni, ottenendo risultati altrettanto interessanti: sempre rispetto agli adulti che in età infantile non avevano avuto avversità, quelli con instabilità familiare (HR=1.28), povertà e alloggi affollati (HR=1.41), o povertà e separazione dei genitori (HR=1.50) presentavano rischi più elevati di mortalità prematura. Inoltre, i bambini con due (HR=1.27), tre (HR=1.29) e 4 o più (HR=1.45) AVP avevano rischi di mortalità più elevati in età adulta rispetto a quelli senza AVP (49).

Per quanto concerne l'ambito oncologico, va ricordata un'analisi epidemiologica prospettica che ha documentato come le donne possano sviluppare una neoplasia prima dei 50 anni in misura doppia quando hanno due o più AVP rispetto alle donne senza AVP (42). Inoltre, una revisione sistematica pubblicata nel 2016 ha dimostrato l'esistenza di una associazione significativa tra la tipologia di AVP (l'abuso fisico e psicologico sono risultati i più deleteri) e l'aumento del rischio di cancro in entrambi i sessi nella vita adulta (50).

In definitiva, i dati di letteratura sopra riportati rendono ragione della significativa importanza sulla salute umana dei primi 1000 giorni di vita, delle

AVP e dello stile di attaccamento, elementi peraltro tra di loro tutti collegabili.

Le evidenze scientifiche descritte, sinora poco o nulla conosciute dai professionisti della salute, appaiono di estremo interesse per la scienza biomedica, anche in virtù della potenza statistica riscontrata nelle correlazioni esistenti fra gli eventi vissuti dall'individuo nella sua vita precoce e le patologie in età adulta.

Conclusioni

Da questa breve disamina emerge come i primi 1000 giorni di vita, che includono le tappe fondamentali del concepimento, della gravidanza, del parto, dell'allattamento e della relazione tra neonato/infante e caregiver (madre nella stragrande maggioranza dei casi), influenzino in modo significativo la salute umana su base epigenetica.

L'evenienza di una o più AVP, vuoi di tipo biologico e ambientale, che soprattutto di tipo psico-sociale, determina un aumento della prevalenza e una manifestazione clinica più grave di diverse malattie psicologiche e somatiche, a causa di un sistema PNEI che diventa disfunzionale negli adulti. Ugualmente, il rischio di mortalità prematura per tutte le cause è significativamente aumentato in caso di due o più AVP nel primo periodo della vita, il che mette in luce ancora di più l'importanza dei primi 1000 giorni di vita per la salute umana.

Si è visto così come le MCD dell'adulto trovino la loro base fisiopatologica anche nella sregolazione dei fini meccanismi psico-neurobiologici attivi in età fetale e infantile, causata a sua volta da "incongruità" genitoriali (materne in primis) nelle varie fasi della vita precoce e/o da eventi fisici o ambientali avversi.

La magnitudine dell'effetto sulla salute umana da parte delle AVP che si verificano nei primi 1000 giorni di vita è **talmente elevata da** superare di gran lunga quella mostrata da molti altri fattori epigenetici, quali ad esempio nutrizione e/o stile di vita; è stato peraltro dimostrato come questi ultimi fattori abbiano le proprie radici nell'imprinting del primo periodo di vita e nella consapevolezza individuale che da esso deriva.

In conclusione è auspicabile che questa inoppugnabile evidenza scientifica circa il ruolo importantissimo della psiconeurobiologia della vita precoce, possa condurre ad una revisione dell'approccio biomedico attuale, al fine di renderlo più indirizzato verso una presa in carico globale del rapporto mente-corpo.

References

1. Bottaccioli F., Bottaccioli AG, Psychoneuroendocrineimmunology and the science of integrated care, Milan: Edra, 2020.
2. Know L. Mitochondria and the Future of medicine: The key to understanding disease, chronic illness, aging, and life itself. White River Junction, VT, USA: Chelsea Green Publishing; 2018 ISBN:9781603587679.
3. Cavezzi A, d'Errico G, Colucci R. Biomedical science limitations and flaws: why not choose wisely? JTAVR 2022;07(3):Epub Ahead of Print. <https://doi.org/10.24019/jtav.142>
4. Franceschi C, Bonafe' M, Valensin S, Olivieri F, De Luca M, Ottaviani E et al. Inflamm-aging. An evolutionary perspective on immunosenescence. 2000. Ann. N. Y. Acad. Sci. 908, 244–54
5. Epel ES, Lithgow GJ. Stress biology and aging mechanisms: toward understanding the deep connection between adaptation to stress and longevity. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2014 Jun;69 Suppl 1(Suppl 1):S10-6. doi: 10.1093/gerona/glu055.
6. Zeng Y, Shen K. Resilience significantly contributes to exceptional longevity. Curr Gerontol Geriatr Res. 2010;2010:525693. doi: 10.1155/2010/525693. Epub 2010 Dec 6.
7. Cavezzi A, Ambrosini L, Colucci R, Ionna GD, Urso SU. Aging in the Perspective of Integrative Medicine, Psychoneuroendocrineimmunology and Hormesis. Curr Aging Sci. 2020;13(2):82-91. doi: 10.2174/1874609812666191129095417.
8. Editorial: What is health? The ability to adapt. Lancet 2009;373:781
9. McEwen BS. Early life influences on life-long patterns of behavior and health. Ment Retard Dev Disabil Res Rev. 2003;9(3):149-54. doi: 10.1002/mrdd.10074.
10. Hildreth JR, Vickers MH, Buklijas T, Bay JL. Understanding the importance of the early-life period for adult health: a systematic review. J Dev Orig Health Dis. 2023 Apr;14(2):166-174. doi: 10.1017/S2040174422000605. Epub 2022 Nov 8.
11. Barclay K, Myrskylä M. Maternal age and offspring health and health behaviours in late adolescence in Sweden. SSM Popul Health. 2016 Dec;2:68-76. doi: 10.1016/j.ssmph.2016.02.012.
12. Barker DJ, Osmond C. Infant mortality, childhood nutrition, and ischaemic heart disease in England and Wales. Lancet. 1986 May 10;1(8489):1077-81. doi: 10.1016/s0140-6736(86)91340-1.
13. Provenzi L, Giusti L, Fumagalli M, Tasca H, Ciceri F, Menozzi G, Mosca F, Morandi F, Borgatti R, Montirosso R. Pain-related stress in the Neonatal Intensive Care Unit and salivary cortisol reactivity to socio-emotional stress in 3-month-old very preterm infants. Psychoneuroendocrinology. 2016 Oct;72:161-5. doi: 10.1016/j.psyneuen.2016.07.010. Epub 2016 Jul 10.
14. <https://www.youtube.com/watch?v=tJY50xTKkhU> ultimo accesso 30.12.23

15. Munblit D, Crawley H, Hyde R, Boyle R J. Health and nutrition claims for infant formula are poorly substantiated and potentially harmful *BMJ* 2020; 369 :m875 doi:10.1136/bmj.m875
16. Bowlby J. Attachment and Loss: Volume 1. Attachment, 1969. New York, Basic Books.
17. Bowlby J. Attachment and Loss: Volume 2. Separation: Anxiety and Anger, 1973. New York, Basic Books.
18. Bowlby J. A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development, 1988. New York, Basic Books
19. Ainsworth, M.D.S., Blehar, M., Waters, E., Wall, S. H., "Patterns of attachment", 1978. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates
20. Cole SW. The Conserved Transcriptional Response to Adversity. *Curr Opin Behav Sci.* 2019 Aug;28:31-37. doi: 10.1016/j.cobeha.2019.01.008. Epub 2019 Feb 25.
21. Eisenberger N.I., Cole S.W., 2012, "Social neuroscience and health: neurophysiological mechanisms linking social ties with physical health" *Nat Neuroscience*, 15: 669-74
22. Steptoe A., Hamer M., Chida Y., 2007, "The effects of acute psychological stress on circulating inflammatory factors in humans: a review and meta-analysis" *Brain Behav immunity*, 2007 Oct; 21(7): 901-12;
23. Bottaccioli AG, Bottaccioli F, Minelli A. Stress and the psyche-brain-immune network in psychiatric diseases based on psychoneuroendocrinology: a concise review. *Ann N Y Acad Sci.* 2019 Feb;1437(1):31-42. doi: 10.1111/nyas.13728. Epub 2018 May 15.
24. Puig J, Englund MM, Simpson JA, Collins WA. Predicting adult physical illness from infant attachment: A prospective longitudinal study. *Health Psychol.* 2013; 32: 409
25. Walsh E, Blake Y, Donati A, Stoop R, von Gunten A. Early Secure Attachment as a Protective Factor Against Later Cognitive Decline and Dementia. *Front Aging Neurosci.* 2019 Jul 4;11:161. doi: 10.3389/fnagi.2019.00161.
26. Mohamadirizi S, Shaygannejad V, Mohamadirizi S. The survey of mindfulness in multiple sclerosis patients and its association with attachment style. *J Educ Health Promot.* 2017 Apr 19;6:7. doi: 10.4103/jehp.jehp_114_14.
27. Goldberg S, Simmons RJ, Newman J, Campbell K, Fowler RS. Congenital heart disease, parental stress, and infant-mother relationships. *J Pediatr.* 1991 Oct;119(4):661-6. doi: 10.1016/s0022-3476(05)82425-4.
28. Doom JR, Gunnar MR, Clark CJ. Maternal relationship during adolescence predicts cardiovascular disease risk in adulthood. *Health Psychol.* 2016 Apr;35(4):376-86. doi: 10.1037/hea0000285.
29. Taunton M , McGrath L , Broberg C , Levy S , Kovacs AH, Khan A Adverse childhood experience, attachment style, and quality of life in adult congenital heart disease *International Journal of Cardiology Congenital Heart Disease* 5 (2021) <https://doi.org/10.1016/j.ijchd.2021.100217>
30. Fioranelli M, Bottaccioli AG, Bottaccioli F, Bianchi M, Rovesti M, Rocchia MG. Stress and Inflammation in Coronary Artery Disease: A Review Psychoneuroendocrinology-Based. *Front Immunol.* 2018 Sep 6;9:2031. doi: 10.3389/fimmu.2018.02031.
31. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE, Walker EA. The patient-provider relationship: attachment theory and adherence to treatment in diabetes. *Am J Psychiatry.* 2001 Jan;158(1):29-35. doi: 10.1176/appi.ajp.158.1.29.
32. Crump C, Sundquist J, Winkleby MA, Sundquist K. Stress resilience and subsequent risk of type 2 diabetes in 1.5 million young men. *Diabetologia.* 2016 Apr;59(4):728-33. doi: 10.1007/s00125-015-3846-7. Epub 2016 Jan 13.
33. Nygren M, Carstensen J, Koch F, Ludvigsson J, Frostell A. Experience of a serious life event increases the risk for childhood type 1 diabetes: the ABIS population-based prospective cohort study. *Diabetologia.* 2015 Jun;58(6):1188-97. doi: 10.1007/s00125-015-3555-2. Epub 2015 Apr 14.
34. Lundgren M, Ellström K, Elding Larsson H; DiPiS study group. Influence of early-life parental severe life events on the risk of type 1 diabetes in children: the DiPiS study. *Acta Diabetol.* 2018 Aug;55(8):797-804. doi: 10.1007/s00592-018-1150-y. Epub 2018 May 12.
35. Dube SR, Fairweather D, Pearson WS, Felitti VJ, Anda RF, Croft JB. Cumulative childhood stress and autoimmune diseases in adults. *Psychosom Med.* 2009; 71: 243-250
36. Schubert C. Psychoneuroimmunology of the life span: Impact of childhood stress on immune dysregulation and inflammatory disease in later life. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2014; 64: 171-180.
37. Maunder, R.G., Lancee, W.J., Greenberg, G.R., Hunter, J.J., Fernandes, B.J.. Insecure attachment in a subgroup with ulcerative colitis defined by ANCA status. *Digestive Disease Sciences*, 2000; 45, 2127-2132
38. Agostini A, Rizzello F, Ravegnani G, Gionchetti P, Tambasco R, Straforini G, Ercolani M, Campieri M. Adult attachment and early parental experiences in patients with Crohn's disease. *Psychosomatics.* 2010 May-Jun;51(3):208-15. doi: 10.1176/appi.psy.51.3.208.
39. Sturgeon, J., Finan, P. Zautra, A. Affective disturbance in rheumatoid arthritis: psychological and disease-related pathways. *Nat Rev Rheumatol* 2016; 12, 532–42. <https://doi.org/10.1038/nrrheum.2016.112>
40. Chida Y, Hamer M, Wardle J, Steptoe A. Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? *Nat Clin Pract Oncol.* 2008 Aug;5(8):466-75. doi: 10.1038/nconc1134. Epub 2008 May 20
41. Nicholls W, Hulbert-Williams N, Bramwell R. The role of relationship attachment in psychological adjustment to cancer in patients and caregivers: a systematic review of the literature. *Psychooncology.* 2014 Oct;23(10):1083-95. doi: 10.1002/pon.3664. Epub 2014 Aug 25.
42. Kelly-Irving M, Lepage B, Dedieu D, Lacey R, Cable N, Bartley M, Blane D, Grosclaude P, Lang T, Delpierre C. Childhood adversity as a risk for cancer: findings from the 1958 British birth cohort study. *BMC Public Health.* 2013 Aug 19;13:767. doi: 10.1186/1471-2458-13-767.

43. Kalmakis KA, Chandler GE. Health consequences of adverse childhood experiences: a systematic review. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2015 Aug;27(8):457-65. doi: 10.1002/2327-6924.12215. Epub 2015 Mar 5.
44. Meredith PJ, Strong J. Attachment and chronic illness. *Curr Opin Psychol.* 2019 Feb;25:132-138. doi: 10.1016/j.copsyc.2018.04.018. Epub 2018 May 4.
45. Brown DW, Anda RF, Tiemeier H, Felitti VJ, Edwards VJ, Croft JB, Giles WH. Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *Am J Prev Med.* 2009 Nov;37(5):389-96. doi: 10.1016/j.amepre.2009.06.021.
46. Kelly-Irving M, Lepage B, Dedieu D, Bartley M, Blane D, Grosclaude P, Lang T, Delpierre C. Adverse childhood experiences and premature all-cause mortality. *Eur J Epidemiol.* 2013 Sep;28(9):721-34. doi: 10.1007/s10654-013-9832-9. Epub 2013 Jul 26.
47. Rod NH, Bengtsson J, Budtz-Jørgensen E, Clipet-Jensen C, Taylor-Robinson D, Andersen AN, Dich N, Rieckmann A. Trajectories of childhood adversity and mortality in early adulthood: a population-based cohort study. *Lancet.* 2020 Aug 15;396(10249):489-497. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30621-8.
48. Rogers NT, Power C, Pinto Pereira SM. Child maltreatment, early life socioeconomic disadvantage and all-cause mortality in mid-adulthood: findings from a prospective British birth cohort. *BMJ Open.* 2021 Sep 22;11(9):e050914. doi: 10.1136/bmjopen-2021-050914.
49. Yu J, Patel RA, Haynie DL, Vidal-Ribas P, Govender T, Sundaram R, Gilman SE. Adverse childhood experiences and premature mortality through mid-adulthood: A five-decade prospective study. *Lancet Reg Health Am.* 2022 Nov;15:100349. doi: 10.1016/j.lana.2022.100349. Epub 2022 Aug 23.
50. Holman DM, Ports KA, Buchanan ND, Hawkins NA, Merrick MT, Metzler M, Trivers KF. The Association Between Adverse Childhood Experiences and Risk of Cancer in Adulthood: A Systematic Review of the Literature. *Pediatrics.* 2016 Nov;138(Suppl 1):S81-S91. doi: 10.1542/peds.2015-4268L.

LA CURA E LA MENTE NEL MONDO DEI QUANTI



PAGLIARO GIOACCHINO

*Già Direttore della U.O.C. di Psicologia Ospedaliera del Dipartimento Oncologico AUSL di Bologna.
Presidente di Attivismo Quantico Europeo. Affiliato al Center for Quantum Activism (USA)*

La PNEI e l'Epigenetica hanno dimostrato come i pensieri, le emozioni, addirittura gli atteggiamenti mentali e i sistemi di credenze, agiscono sulla nostra biologia, e come le pratiche di consapevolezza stimolino importanti cambiamenti a livello cellulare, della biochimica, degli ormoni, dei telomeri e dei geni.

Quando modifichiamo i nostri sistemi di credenze, i nostri atteggiamenti mentali e liberiamo la mente dagli automatismi, dal lavoro mentale, attiviamo una risposta di coerenza all'interno dell'organismo e verso il mondo circostante. Operando in tal modo inviamo messaggi di armonia alle nostre cellule rallentandone l'invecchiamento, mantenendone la funzionalità e aiutandole a recuperare l'equilibrio quando questo viene interrotto. Tutto questo non serve solo al nostro organismo per il mantenimento delle nostre salute e vitalità, ma serve anche per creare flussi coerenti e armonici all'esterno per il potenziamento di emozioni positive quali la serenità, l'altruismo, la compassione e l'amore.

L'uomo non è più solo una complessa e vasta comunità di cellule che armonicamente si organizza, al proprio interno, attraverso processi biochimici e ormonali, ma è anche una rete di comunicazioni in cui scorre energia e informazione. È un vero e proprio Campo Energetico Informativo (CEI) in cui le emozioni, i pensieri, le convinzioni giocano un ruolo fondamentale attraverso i campi elettromagnetici e i fotoni. A livello sub atomico questo flusso tra l'interno e l'esterno dell'organismo e tra l'esterno e l'interno attraverso i campi elettromagnetici, le frequenze, e i fotoni, produce importanti equilibri o instabilità.

Molte medicine orientali chiamano questo campo (CEI), tipo costituzionale o sistema energetico individuale. Ad esso si riferiscono per rilevare lo stato di salute o di malattia dell'individuo, per mezzo delle diagnosi energetiche. I flussi di energia che scorrono nei meridiani presenti nell'organismo umano sono alcune delle energie costituenti il CEI. E il CEI può essere definito come l'intreccio delle energie interne ed esterne: ovvero l'insieme delle

energie proprie del corpo, con quelle della realtà circostante e dell'intero universo.

Se al pensiero e alle emozioni corrispondono specifiche forze elettriche e magnetiche che agiscono sulla salute e sulla malattia, è ormai possibile sostenere che entrambi, possono agire a un livello molto sottile dell'energia, quello della realtà subatomica. Amit Goswami, l'autorevole fisico che con le sue ricerche ha indagato questo campo, è il pioniere di questo nuovo approccio, e i Centers For Quantum Activism e Attivismo Quantico Europeo operano per incrementare la ricerca in questo ambito.

L'Intenzionalità creatrice (termine introdotto da Goswami per definire l'azione della mente quantica nella realtà fisica) è quell'azione mentale che connette, attraverso lo sviluppo della Consapevolezza, la mente biografica con la Mente sovraordinata, consentendole di sperimentare il senso di fusione, di unità, di vacuità che permette l'accesso al campo quantico delle possibilità, dove tutto esiste in potenza, e dove il crollo della funzione d'onda crea la realtà desiderata.

La Rivoluzione Quantica come sostiene Goswami ha iniziato il suo cammino nelle scienze umane, risvegliando le menti dal torpore e dall'inerzia provocati dal senso di isolamento, di separazione dell'individuo dalla realtà, facendogli sperimentare il senso di unità, di fusione e di realizzazione. Tutto ciò sta portando a una nuova visione della vita, della salute, della malattia e della cura.

La malattia non è più soltanto un evento localizzato nella parte malata, non è solo alterazione o lesione cellulare, è l'interruzione del flusso armonico di energia e informazione. La malattia ha inizio come blocco energetico e interruzione dell'informazione, agisce sul piano energetico debilitandolo (questo avverrebbe quando il modello vibrazionale è instabile e a bassa frequenza, a seguito dello stress o di emozioni distruttive) e poi si manifesta nel corpo. Lo stress, la rabbia, l'egoismo, i conflitti e le lotte con se stessi e con la vita (le emozioni distruttive), portano a essere recettivi verso le informazioni a bassa frequenza dell'infiammazione e della malat-

tia. In tal modo cellule, organi, sistemi e apparati assorbono i modelli vibrazionali degli agenti patogeni e delle sostanze nocive.

Anche la guarigione inizia sul piano informazionale, ricreando il flusso corretto e armonico dell'informazione, agisce sul piano energetico riportando equilibrio e si manifesta infine sul piano fisico. Il Campo Quantico Informazionale delle possibilità (termine introdotto da diversi fisici e in particolare da Goswami, per indicare la gamma di possibilità esistenti entro cui la guarigione o l'evoluzione della malattia possono prendere forma), non è separato dalla mente consapevole della persona e risente dell'azione quantica dell'intenzione.

Nelle relazioni di cura empatiche i sanitari interagiscono attraverso i loro campi energetici con quelli dei loro pazienti, generando o meno la sincronizzazione che potenzia energia e informazione armonica. A seguito di questa amplificazione energetica si genera una grande Coerenza che attiva processi di risonanza, i quali agiscono nel Campo Mentale, creando le condizioni per il lavoro con le pratiche di Consapevolezza e con l'Intenzionalità di guarigione. L'azione quantica della Consapevolezza po-

tenza infatti l'intenzione di guarigione e, alla luce dei principi quantistici, spiega il ruolo dei campi elettromagnetici, delle frequenze e dei fotoni nel mantenere/ristabilire la salute. La Cura Quantica della Consapevolezza si integra per definizione nei processi di cura delle malattie e in quelli psicoterapici. La Cura Quantica della Consapevolezza è una pratica Mente-Corpo che supera la frammentazione dei saperi disciplinari, opera a favore di una ricomposizione olistica dell'agire sanitario, e, integrandosi con i trattamenti medici, condivide una prospettiva della cura che agisce sulle tre dimensioni dell'uomo: organica, mentale ed energetica.

Bibliografia

Goswami A. *La Rivoluzione Quantica*. Link Scaricabile da MACRO LIBRARI

Pagliaro G. *Intenzionalità di guarigione. La mente e la cura nel mondo dei quanti*. Amrita Torino. 2021

Pagliaro G. *La meditazione in oncologia*. Amrita Torino 2023

Benedetti F. *La speranza è un farmaco*. Mondadori Milano 2018

Groopman J. *Anatomia della speranza*. Vita e Pensiero Milano 2006

ASSI ENDOCRINI, STILE DI VITA E DEPRESCRIZIONE FARMACOLOGICA: PER UNA NUOVA MEDICINA



* di *LUCA SPECIANI*

La deprescrizione farmacologica è oggi un dovere per qualunque medico che si renda conto della situazione nella quale siamo costretti ad operare. oggi le linee guida sono sviluppate da società scientifiche gravate da pesanti conflitti di interesse, e gli ordini lavorano da “gendarmi” vigilando sul rispetto di protocolli spesso lontanissimi dall’aver una buona efficacia curativa. È così molto frequente imbattersi in pazienti che - ancora ingenuamente fiduciosi nel sistema - assumono 15-20 farmaci diversi, la metà dei quali inutili o dannosi.

La SIM, Società Italiana di Medicina, è nata durante il delirio pandemico per porre un argine alla disumanizzazione delle pratiche mediche e per proteggere medici e pazienti dalla complicità delle istituzioni verso gli abusi dell’industria farmaceutica. Il percorso è stato fin qui denso di ostacoli, ma si sa: gutta cavat lapidem, e noi cercheremo quella pietra di perforarla con le nostre tante gocce di buona medicina, ancora in grado - a differenza della nuova medicina soppressiva e difensiva - di salvare vite, di consolare, di guarire.

Se è giusto indagare con gli strumenti avanzati di oggi le alterazioni dei parametri cardiovascolari (frazioni d’iezione, flussi transvalvolari, valori di pressione, alterazioni del ritmo, ecc.), endocrinologici, immunitari, epatici, polmonari ecc. è anche vero che questi parametri, pur indispensabili nell’indagine e nella cura, devono essere sempre letti in modo integrato e riequilibrati anche e soprattutto con lo stile di vita, la psiche, l’alimentazione, le attitudini al movimento dell’individuo, unico e inimitabile, oggetto delle nostre cure. Senza questa integrazione nessuna cura può essere risolutiva. Ricordo quando subito dopo la mia laurea in Medicina e Chirurgia fui mandato in tirocinio per un certo periodo al centro cardiologico Monzino, alle porte di Milano: una realtà di eccellenza della sanità lombarda dove si lavorava a ritmo continuo all’inserimento di stent coronarici, sotto guida ra-

diografica, in pazienti cardiopatici dalle arterie occluse o in via di occlusione.

Il ritmo di lavoro era frenetico: la sola vestizione protettiva antiradiazioni richiedeva tempi lunghi, e per tutta la mattina si operava a ritmo serrato un paziente dopo l’altro. Nel pomeriggio andavano scritti i referti operatori, andavano dimessi i pazienti operati e andavano predisposte le ammissioni di quelli nuovi per le operazioni del giorno successivo. Non mancava solo il tempo di fare dettagliate anamnesi o adeguate spiegazioni sugli stili di vita nutrizionali e motori, necessari a non ricadere negli stessi errori che avevano portato all’occlusione: mancava proprio il tempo per respirare! E infatti pazienti disostruiti con grande perizia e cura dai fantastici chirurghi del Monzino, tornavano tre mesi dopo con nuove ostruzioni perchè nessuno aveva avuto il tempo di dire loro che magari fumare, essere sedentari in forte sovrappeso e vivere di bomboloni, forse non era il modo giusto per stare meglio.

Ecco, questo tipo di medicina non potrà mai essere la nostra. Resterà sempre una medicina gradita ai grandi ospedali (che saranno sempre pieni di lavoro) e alle grandi aziende farmaceutiche (che rendono ogni paziente consumatore cronico di farmaci, con la scusa delle linee guida delle società di specialità), ma non a noi.

Fare una medicina a misura d’uomo, come mi ha insegnato mio padre Luigi Oreste, significa invece lavorare prima di tutto sulla prevenzione (con alimentazione e stile di vita) e in seguito, preso atto di una situazione patologica, intervenendo secondo il bisogno con farmaci e chirurgia in modo individualizzato (non necessariamente secondo linee guida), e mettendo poi in atto tutti quegli interventi individuali necessari a prevenire il ripetersi del problema.

Durante il tirocinio in Medicina interna all’ospedale Sacco di Milano, per esempio, mi ricordo di aver contestato l’uso di una statina su una povera minuscola signora sarda che aveva 75 (sic!) di cole-

sterolo totale. La solerte specializzanda, già allora fedele seguace di direttive aziendali e timorosa di sanzioni ordinistiche o legali, mi fulminò “con occhi di bragia” e mi disse che lì si seguivano le linee guida, e che non mi sognassi io di discuterle. Chi ha avuto un infarto deve assumere statine. Punto. Perché (anche se poi talvolta muore di più per cause diverse) la “scienza” dice che si riducono di una piccola percentuale i casi di morte cardiovascolare. Dedurre che forse ciò potesse avvenire su coloro che il colesterolo ce l’avevano più alto era troppo per quella collega, che - come da formazione universitaria recente - riteneva evidentemente che le linee guida di big pharma non potessero essere mai messe in discussione. Non si era accorta, però, che aveva così rinunciato a svolgere il proprio lavoro di medico. Che o resta libero e indipendente nel giudizio, nella diagnosi e nella terapia, o non può più chiamarsi tale.

Mio padre diceva spesso: “Guarda Luca che la guarigione di un paziente non si ha mai solo quando spariscono i sintomi. La guarigione si ha quando il paziente ha compiuto quel passo di saggezza necessario a non riammalarsi più”. In questa frase non vi è solo un concetto caro alla medicina di segnale (ma condiviso con le tradizioni PNEI, di medicina funzionale, di medicina integrata), cioè quello di lavorare sulle cause delle patologie, cercando ove possibile di rimuoverle. Vi è anche (attraverso il concetto di “passo di saggezza”) l’integrazione, nelle cause, di un elemento psicosomatico.

Non basta rimuovere l’occlusione arteriosa, ancorché sia indispensabile. Serve poi lavorare a fondo sugli aspetti di stile di vita (cattiva alimentazione, sedentarietà) che l’hanno generata, senza trascurare gli aspetti psicosomatici che sono sempre, ma davvero sempre, presenti. Come ha detto una volta Baltrusch: “La medicina o è anche psicosomatica o non è medicina”.

L’approccio farmacologico e riduzionista tanto gradito all’industria, non è gradito né dal corpo, né dal paziente.

Un esempio molto semplice e chiaro è quello che riguarda l’ipertensione arteriosa. Che da anni è oggetto di trattamenti farmacologici sempre più aggressivi, dovuti a range di “normalità” sempre più stretti stabiliti, guarda caso, da società scientifiche in grave conflitto di interessi con i produttori di questa classe di farmaci.

Lo scandalo ha indotto Fiona Godlee, editorialista

del BMJ (non certo un’adepta di discipline sciamaniche) a chiedersi se con questi nuovi limiti l’obiettivo del sistema sanitario inglese non fosse diventato la “mass medication” di tutti gli anziani. Di fatto anche in Italia, ormai, non vi è settantenne che non venga in visita con il suo bel sacchetto pieno di farmaci, tra cui le onnipresenti statine e 3-4 diversi antipertensivi.

La medicina di segnale rileva che il valore di pressione arteriosa esistente in un individuo rappresenta il punto di equilibrio raggiunto per minimizzare il danno, a fronte della specifica situazione:

- di età (e rigidità) delle arterie
- di maggiore o minore occlusione delle stesse
- di maggiore o minore densità del sangue
- di lunghezza dei percorsi di irrorazione (che aumentano per esempio nell’obeso o nell’atleta)
- di maggiore o minore funzionalità renale
- di presenza o assenza di fumo
- di maggiore o minore funzionalità valvolare
- di maggiori o minori necessità di attivazione surrenale
- di maggiore o minore idratazione.

Fissati tali parametri la pressione sviluppata (come insegna Guyton) è quella minima sufficiente ad irrorare ogni più remoto distretto cerebrale, consentendo la piena attivazione fisica e mentale richiesta. Poiché tuttavia una situazione permanente di ipertensione arteriosa può generare danno endoteliale e predisporre ad occlusioni, trombi, infarti e ictus, il medico “ordinario” tenderà a correggere tempestivamente con un farmaco qualunque valore pressorio alterato, perché così gli è stato insegnato in Università, sotto la guida di docenti spesso ubbidienti a regole imposte dall’alto, che non prevedono altro tipo di intervento diverso da quello farmacologico. I nuovi studenti, purtroppo, non avranno avuto, nel programma base della facoltà, alcuna informazione precisa sugli effetti curativi di alimentazione e movimento sui valori pressori. Argomento totalmente assente, se non per vaghi cenni, tra le materie base di medicina (provare per credere: chiedete ad un neolaureato la correlazione tra picchi glicemici e riposta ipertensiva mediata da cortisolo e adrenalina in fase di ipoglicemia reattiva e otterrete - salvo rare eccezioni - confusi balbettii).

Se dunque il momento ipertensivo, causato da una o più delle tante cause sopraccennate, viene contrastato da un farmaco, foss’anche il più efficace al mondo, il risultato inevitabile sarà una riduzione funzionale con conseguente inefficiente irrorazione di alcuni distretti cerebrali o periferici.

Fino a che la mancata irrorazione riguarda dita, pene, arti inferiori, le conseguenze saranno marginali (mani e piedi freddi, disfunzioni erettili, rapido affaticamento). Quando però la riduzione di irrorazione riguarderà il cervello, e il sistema nervoso in genere attraverso i minuscoli vasa nervorum, ecco che il cuore risponderà alla limitazione farmacologica con un tentativo attivo di compensazione, ovvero aumentando, se ne è capace, la frequenza del battito (tachicardia), la frazione di eiezione e, in ultima analisi, ancora la pressione. Che dovrà però lavorare “contro” il farmaco, ottenendo, ma con maggiore sforzo, il risultato che otteneva prima.

È chiaro a chiunque ci abbia seguito in questo discorso che un cuore così condizionato sarà prima di tutto più affaticato e in secondo luogo si avvicinerà in un minor numero di anni allo scompensamento cardiaco.

Questo esempio serve a farci ragionare sul fatto che una soluzione farmacologica raramente prolunga la vita. Anzi, talvolta l'accorcia. Ma in un mondo go-

vernato ormai dai capricci dell'industria farmaceutica, è molto difficile riuscire a ripristinare un'informazione corretta che dia il giusto peso alle esigenze del paziente, anche quando queste non aumentino il fatturato farmaceutico. Medici che operano secondo il ventaglio di possibilità della cardiologia di segnale hanno a disposizione un numero di frecce nella faretra molto più ampio rispetto a chi, talvolta con grande arroganza e ascientificità, ritiene di avere in tasca la sola e unica verità.

Tanto, troppi medici ancora non hanno compreso il significato di una medicina al servizio dell'uomo, antitetica rispetto al concetto di uomo al servizio della medicina.

Integrare e allargare le proprie esperienze e conoscenze per curare sempre meglio i nostri pazienti è un obiettivo che può costruire un medico con la M maiuscola. E può creare pazienti che, invece di avere un rapporto di schiavitù e dipendenza da farmaci, siano invece finalmente partecipi del proprio processo di guarigione, consapevoli del fatto che prevenire è mille volte meglio che curare.

EDUCARE ALLA SALUTE PER INVECCHIARE IN SALUTE: STRATEGIE PER LA PREVENZIONE PRIMARIA DELLE MALATTIE CRONICHE DEGENERATIVE



DOTT. MARIAGRAZIA OLIVERI M.D.

*Specialista Fisiatra - Esperto in Agopuntura - Posturologia - Master II Livello Idrologia Medica e Medicina Termale
Co responsabile Scuola di Naturopatia di Segnale www.mariagraziaoliveri.it*

Soprattutto negli ultimi anni, complice l'allungamento medio della vita, si parla sempre più di invecchiamento anche con un certo atteggiamento di timore pensando al possibile decadimento delle condizioni fisiche e mentali, tanto è che si preferisce utilizzare i termini anglofoni "aging" e "anti aging" che risultano di minor impatto rispetto a "invecchiamento" e "anti invecchiamento".

Noi medici che si occupiamo di prevenzione primaria e soprattutto di promozione della salute, possiamo educare le persone ad invecchiare nel migliore dei modi, lontani da obiettivi teorici di salute assoluta e di modelli competitivi.

Lo scopo è di invecchiare bene, procedendo su due binari paralleli: per quanto possibile l'allungamento dell'attesa di vita e contestualmente il miglioramento della qualità degli anni vissuti.

Negli ultimi decenni ci siamo sempre preoccupati del raggiungimento di un aumento di aspettativa di vita, ma se questa non sarà in salute, quali vantaggi potrà darci?

Possiamo affermare senza timore di essere smentiti che la promozione di una vecchiaia sana inizia già durante la gravidanza e nei successivi mesi di vita, in quel periodo delicato definito "I primi mille giorni di vita", ma anche in età adulta possiamo intervenire per controllare e migliorare lo stato di salute e arrivare ad avere una buona vecchiaia.

A che età cominciamo ad invecchiare?

Non tutti invecchiamo alla stessa età e i nostri organi e apparati non invecchiano tutti nello stesso periodo, il processo di deterioramento cellulare avviene in modo differenziato e dipende in parte dalla capacità dell'organismo di difendersi e di riparare i danni cellulari.

Il processo di Invecchiamento e le cause dell'invecchiamento sono tra di loro in un rapporto inter-

connesso e reciproco.

Si parla di Teoria multifattoriale dell'invecchiamento: da una parte le cause genetiche e dall'altra quelle epigenetiche, ma anche in questo caso la suddivisione è più di carattere didattico che pratico: ben sappiamo dagli innumerevoli studi scientifici che la genetica interviene in una percentuale variabile tra il 10 % e il 25%: sono state analizzate intere famiglie e dai risultati è emerso che la longevità non è uguale tra fratelli e sorelle. L'eziologia genetica e epigenetica si concatenano in una relazione di interdipendenza.

La vecchiaia non si può considerare una malattia in senso stretto, è una trasformazione fisiologica e complessa dell'organismo dal punto di vista biologico ed emotivo/psicologico, ma se intervengono patologie soprattutto precocemente, non c'è dubbio che il processo avvenga in tempi più rapidi e tumultuosi.

L'obiettivo della longevità sana è ridurre la longevità malata e migliorare l'età biologica verso la cronologica.

Nel 2022 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato il rapporto "Invisible numbers: the true extent of non communicable diseases and what to do about them".

È necessario che questi numeri invisibili vengano portati alla luce e che la verità emerga:

ipertensione arteriosa, diabete tipo 2, ictus, cancro, malattie neurologiche degenerative e malattie polmonari croniche vengono definite nell'insieme "malattie croniche degenerative non trasmissibili", patologie che minano la nostra salute: noi medici possiamo fare molto per aiutare i nostri pazienti a prevenirle, informando e rendendoli consapevoli: d'altro canto la vera cura di sé inizia proprio dal riconoscimento che siamo responsabili della no-

stra salute in ogni fase della vita e soprattutto nella vecchiaia, quando il nostro organismo diventa più vulnerabile.

Anche i dati 2022 dell'Istituto Superiore di Sanità non sono confortanti: le malattie croniche degenerative non trasmissibili con 9 milioni di decessi ogni anno sono la principale causa di morte tra la popolazione sotto i 60 anni di età e più in generale, sono responsabili del 63% dei decessi annui totali. Nei Paesi ad alto e medio reddito questi dati sono più elevati e possono arrivare a rappresentare il 70% dei decessi totali.

Nel determinare queste patologie ben sappiamo che intervengono fattori politici, socio-culturali, sociale e ambientali, ma anche e soprattutto fattori di rischio modificabili: è proprio su questi che dobbiamo e possiamo intervenire: stili di vita diversi portano a processi di invecchiamento diversi.

Possiamo interferire sui fattori modificabili esaltando i segnali biologici positivi e controllando fino a ridurli i fattori biologici negativi. I segnali biologici sono l'insieme di informazioni che il nostro corpo produce e riceve dall'interno e dall'esterno e sono meccanismi che biologicamente possono essere trasmessi da alcune sostanze come gli ormoni, dal sistema nervoso e dal microbiota. I segnali biologici positivi portano ad un miglioramento della salute (per esempio una individualizzata attività fisica, una giusta quantità di nutrienti e il minor uso possibile di farmaci) sono segnali biologici negativi l'infiammazione cronica, la cattiva nutrizione e la sedentarietà. Nel nostro corpo, tutto è in comunicazione. Le nostre cellule producono continuamente fattori che influenzano le cellule nelle loro immediate vicinanze ma anche il resto dell'organismo che risponde direttamente o indirettamente, attraverso meccanismi di feedback. L'idea di un organismo che si parla, certamente diffusa e trasversale a tutte le specialità mediche, è alla base del concetto di segnale biologico.

Il nostro obiettivo rimane la salute ma è necessario commutare la domanda: "Quali sono le cause delle malattie e come si possono prevenire?" In "Quali sono le fonti della salute e come si possono rinforzare?".

Tutte le teorie sull'invecchiamento hanno un comune denominatore, ossia l'infiammazione cronica silente di basso grado: già nel 2004, ossia ben vent'anni fa, il Time uscì con una copertina dove

campeggiava a caratteri cubitali "The secret killer" sottotitolo "La sorprendente correlazione tra infiammazione e cardiopatie, cancro, morbo di Alzheimer e altre malattie: cosa puoi fare per combatterla".

L'infiammazione cronica spesso non dà sintomi (per questo si dice sia "silente"), ma può manifestarsi con innalzamento di markers ematici: PCR, omocisteina, IL6, TNF alfa.

I tre ambiti sui quali possiamo intervenire per prevenirla o ridurla e quindi evitare le malattie croniche degenerative non trasmissibili sono l'alimentazione (nutrizione), l'attività fisica e la stabilità emotiva.

La sedentarietà e l'obesità soprattutto quella viscerale, portano all'infiammazione cronica con ripercussione sistemica su gran parte degli organi e degli apparati dell'organismo.

Ormai è risaputo che il tessuto adiposo è un organo immunologico ed endocrino metabolicamente attivo: l'ipertrofia delle cellule adipose determina una riduzione della vascolarizzazione e ipossia tissutale con produzione di citochine e adipochine proinfiammatorie con richiamo di macrofagi e linfociti T e l'instaurarsi di un processo infiammatorio di basso grado sistemico con conseguente disfunzione dell'omeostasi metabolica generale e una possibile resistenza insulinica.

Un obiettivo salutare è quello di mantenere una glicemia stabile, lontana da ripetuti picchi glicemici con possibile formazione di radicali liberi in eccesso e di prodotti della glicazione che a loro volta contribuiscono all'infiammazione cronica.

Ecco l'importanza di una alimentazione "disinfiammante" priva di zuccheri e farine raffinate: non si tratta di attuare una dieta nel senso stretto del termine, ma di intraprendere un corretto stile di vita alimentare.

L'esercizio fisico costituisce la vera medicina anti-invecchiamento per i suoi effetti metabolici, muscolo-scheletrici, immunomodulatori, cardiovascolari e cognitivi (anche nell'anziano fragile): si tratterà di effettuare una vera e propria prescrizione medica: in base alla persona e al suo quadro clinico si indicherà il tipo di attività fisica e le modalità di "somministrazione": quanto farne e per quanto tempo.

L'attività fisica tra l'altro protegge la struttura muscolare dall'involuzione: il muscolo negli ultimi anni ha acquisito una notevole importanza ed è pa-

rificato ad un parametro vitale: la massa muscolare rappresenta un fattore chiave nel valutare lo stato di salute di una persona e studi scientifici hanno dimostrato che in presenza di patologie gravi, la prognosi è migliore se il paziente mantiene una buona quota muscolare.

Alcune ricerche (molto importanti anche quelle italiane) hanno evidenziato che osso e muscolo comunicano, costituiscono un'unica unità (bone-muscle unit), per questo sempre più frequentemente si parla di osteosarcopenia/ osteosarcoporosi.

Il microbiota è la struttura che interconnette alimentazione/ attività fisica e cervello risultando fondamentale per un buono stato di salute.

La sua qualità e la costituzione del microbioma intestinale, come risulta da molteplici studi scientifici, interviene non solo sull'asse intestino-cervello, ma anche sull'asse intestino- muscolo e intestino-sistema immunitario.

La “disbiosi” intestinale è determinata prevalentemente da scorretti stili di vita, la già citata alimentazione infiammante e sbilanciata, dalla sedentarietà e dall'abuso di farmaci, primi fra tutti antibiotici, inibitori di pompa protonica e antidepressivi.

Inoltre non si deve dimenticare ciò che hanno rilevato molti studi, ossia che la longevità dei centenari è in relazione alla ricchezza nel loro microbioma intestinale di alcuni ceppi e che esiste un rapporto di interconnessione tra composizione del microbioma e patologie neurodegenerative (m. di Parkinson e Alzheimer fra tutte).

Quindi come dimostrato da innumerevoli studi, una corretta alimentazione ci consente di avere una buona stabilità emotiva, ma noi ci nutriamo anche di rapporti interpersonali: avere un ambiente familiare sereno, intrecciare buone relazioni, sostenere i sentimenti positivi e partecipare alla vita sociale ci porterà ad un invecchiamento “attivo” che è un altro mezzo per arrivare all'invecchiamento sano.

Bibliografia

- Althoff T, Sosič R, Hicks JL, King AC, Delp SL, Leskovec J (2017). Large-scale physical activity data reveal worldwide activity inequality. *Nature* 547:336-339
- Bianchetti A, Rozzini R, Trabucchi M (1987). *Invecchiare non è una malattia*. Roma, Giunti
- Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, et al. (2017). LIFE-PATH consortium. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *Lancet* 389(10075):1229-1237

- Trabucchi M (2014). *I segreti di una vita sana e lunga*. Bologna, Il Mulino, 2014
- Quando si diventa anziani? – SIGG Società Italiana di Gerontologia e Geriatria Presidenza del consiglio dei ministri- Dipartimento per le politiche della famiglia L'invecchiamento attivo
- Torino, congresso nazionale “Prevenzione over 50: come concepire e promuovere un invecchiamento in salute”2019
- Il codice della longevità sana – Camillo Ricordi - Mondadori ed. 2022
- Come ringiovanire invecchiando Enzo Soresi – Utet ed. 2019
- Genetica della longevità umana da dati incompleti: nuovi risultati dello studio sulla famiglia di lunga vita - Anatoliy I Yashin et al. . *The Journals of Gerontology: Series A*, Volume 73, Issue 11, November 2018, Pages 1472–1481
- Istituto Superiore di Sanità (I.S.S.) – EpiCentro. *Epidemiologia per la Sanità Pubblica – Le malattie croniche* 2022.
- Invisible numbers: The true extent of non-communicable diseases and what to do about them, World Health Organization- September 2022
- Tessuto adiposo e infiammazione sistemica – E. Dalla Nora et al. Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Sezione di Medicina Interna, Gerontologia e Nutrizione Clinica, Università di Ferrara- 2012
- Age-related diseases, therapies and gut microbiome: A new frontier for healthy aging Monica Barone et al. *Mech Ageing Dev* 2022 Sep
- Irisina, osso e muscolo August 2016 *L'Endocrinologo* 17(4) Graziana Colaianni e Teresa Mongelli Università degli Studi di Bari Aldo Moro Saverio Cinti Università Politecnica delle Marche
- Berding, K. et al. Feed your microbes to deal with stress: a psychobiotic diet impacts microbial stability and perceived stress in a healthy adult population. *Mol Psychiatry* (2022)
- Krzysztof Skowron et al. The Role of Psychobiotics in Supporting the Treatment of Disturbances in the Functioning of the Nervous System - A Systematic Review *Int. J. Mol. Sci.* 2022, 23(14), 7820

VERSO LA MEDICINA CHE VOGLIAMO: UNA NUOVA DEFINIZIONE DEI CONCETTI DI SALUTE E MALATTIA



Dott. *MONSELLATO LUIGI MARCELLO*

Siamo giunti ad un nuovo crocevia, ad una possibile trasformazione, dal momento che, smarrendo il senso della Vita, siamo storditi e sempre più intorpiditi dalla malattia. Da tutto ciò ne consegue, come declinazione diagnostico – terapeutica, un abbattimento sempre più esasperato dei sintomi ed un pressante rifiuto della malattia. In effetti non basta analizzare lo sciame dei *reports* ematologico-urinari, la insistente pletora di esami strumentali, in base a valori o referti considerati “normali”, che stabiliscono chi è in salute e chi sta subendo un complotto della Natura.

La Medicina classica si è sempre più occupata della componente epiteliale-cellulare, tralasciando quella connettivale. Partendo dal primitivo protozoo, per poi passare al metazoo, al cordato, al vertebrato e al sincizio plasmodio, la cellula epiteliale si è evoluta ed ha sempre rappresentato la parte individuale, specifica, nobile, secretoria della creazione. Strettamente correlata, intimamente connessa e reciprocamente interrelata con la cellula epiteliale, si è costituita la cellula connettivale, molto importante in quanto, non soltanto ha il compito plastico di strutturare la cellula epiteliale sul piano architettonico e anatomico, sul piano della dimensione e della forma, ma è oltremodo indispensabile per la tutela, l'integrità e la difesa della cellula epiteliale, in quanto presiede alla ricreazione, principio che regola tutta la materia vivente.

La cellula epiteliale, dunque, non può sussistere, senza che ci sia embricata con essa la cellula connettivale, che la difende e la struttura, attraverso quella funzione primaria, la rigenerazione dei prodotti nutritivi, intesa come metabolismo, anabolismo, cioè l'arrivo di prodotti nutritivi, e catabolismo, cioè l'allontanamento delle scorie; metabolismo a cui è preposto il tessuto connettivo.

Il ruolo biologico del tessuto connettivo, modernamente denominato Matrice Extracellulare (ECM), è stato ignorato per anni e solo nel periodo successivo alla Seconda Guerra Mondiale si è riaperto l'interesse verso l'ECM, in particolare grazie alle ricerche di Alfred Pischinger ed Hartmut Heine. La

matrice connettivale extracellulare, periplo strutturale ed energetico che ri-unisce e genera, è una sostanza primordiale del mesenchima primitivo che interconnette e circonda il perimetro cellulare di ogni Sistema biologico vivente, garantendone il distillato nutrizionale, la tutela immunitaria, lo scambio reciproco costante, vitale fra il microcosmo che nutre e l'Universo che lo integra. Essa rappresenta la culla della vita onto-filogenetica.

È infatti la matrice fondamentale del connettivo che, dall'alba della vita metazoaria, si accollò il compito di interconnettere anatomicamente quelle cellule che, nel precedente stadio protozoo, avevano vissuto isolate e sparse nel brodo ancestrale, raggruppandole; e che poi, nella successiva complessità autorganizzativa dei Sistemi Viventi, le sostenne tramite un assetto parenchimale, un profilo morfologico, un'organizzazione sistemica, permettendo un'azione di filtro metabolico, la preservazione immunitaria, la tutela identitaria, la correlazione sistemica di Flusso costante, essenziale, vitale fra il microcosmo e il macrocosmo, connettendoli in un costante richiamo ecolalico.

Il connettivo è una sostanza polimorfa, pulsatile e coerente con le specificità funzionali delle cellule parenchimali, interposta tra gli interstizi cellulari e fra questi e i distretti vascolari (Sezione di transito di Hauss – Pischinger) e che presenta una particolare trama, corrispondente a precipui momenti del metabolismo parenchimale: una dinamica sincrona, seriale, parallela con il sistema immunitario e con il sistema nervoso, garante della dinamica dell'auto-organizzazione, dell'ordine del mondo vivente.

Lo spazio anatomico del connettivo è il locus in cui nutrimento, controllo e gestione di tutte le cellule trovano la propria integrazione e, nel vivere e reagire, coordina il flusso biologico generale. Non più uno scenario disposto in “partizioni”, ovvero come un format in sezioni dipendenti l'una dall'altra, ma una plancia modulare e organizzata in una triade: “vaso – connettivo – parenchima”: il mondo infinitamente piccolo della cellula, necessariamente, informa e permea l'organismo sotto il peso dell'onda

sfigmica che scorre lungo i vasi.

Nel corpo umano, circa 40.000 miliardi di cellule “comunicano” tra loro e “l’etere” che ospita le parole è la matrice connettivale, in accordo con la teoria della matrice vivente. La matrice vivente è definita come una struttura molecolare ubiquitaria, composta da tessuto connettivo, citoscheletri cellulari e molecole di ancoraggio tra le fibre della matrice e le strutture citoscheletriche (ad esempio le integrine), la matrice nucleare e gli acidi nucleici. Il cross-talk intercellulare all’interno della matrice connettivale e dalla matrice connettivale verso le cellule si manifesta tramite i movimenti di fattori di crescita ed altre molecole segnale, generate, depositate e diffuse nella matrice extracellulare in funzione delle peculiari necessità omeostatiche di un tessuto. La matrice connettivale, in virtù delle sue specificità meccaniche e biologiche, concorre a questi processi modulando il flusso delle molecole segnale.

Il tessuto connettivo del nostro corpo è formato da una matrice extracellulare e da cellule in essa disperse. Nella matrice ritroviamo una componente formale, costituita da sottili fibrille, frammenti di fibrille e loro preadati (precollagene), e una componente amorfa, priva di struttura morfologicamente evidenziabile – Sostanza Fondamentale *sensu strictiore* – costituita da tropocollagene, proteine, acidi polisaccaridici, lipidi, elettroliti, acqua e costituenti serici. Quest’ultima, apparentemente priva di struttura, ha le proprietà di una soluzione colloidale molto viscosa, resistente alla compressione all’interno del tessuto connettivo, capace di legare grossi quantitativi di acqua, e mostra una peculiare fisionomia polimolecolare, coordinata e regolante specifiche fasi dinamiche del metabolismo cellulare.

Dal punto di vista biochimico, la sostanza fondamentale del connettivo o matrice extracellulare è un magma Sol-Gel, cronodipendente, extra – pericellulare, sintetizzata e depositata principalmente dai fibroblasti o da cellule derivate dai fibroblasti stessi come ad esempio i condrociti, costituita da complessi glicoproteici altopolimerici, con prevalenza di proteoglicani (PGs) e glicosaminoglicani (GAGs, soprattutto acido ialuronico), seguiti da fibre strutturali (collagene, elastina) e glicoproteine reticolari (fibronectina, laminina ed altre).

I proteoglicani (PGs), precedentemente noti come mucoproteine, sono glicoproteine altamente glicosilate, in cui le componenti glucidiche (95%) sono

predominantemente GAGs. Sono costituiti da un nucleo proteico (*protein core*) con uno o più GAGs (anche 100) innestati su di esso: la forma di un proteoglicano è quella di una spazzola-filtro. I glicosaminoglicani (GAGs), i vecchi mucopolisaccaridi, tradizionalmente considerati banali “molecole di riempimento” all’interno della matrice, sono polisaccaridi lineari altamente densi e viscosi, e pertanto per la loro viscosità sono le molecole perfette per la lubrificazione (liquido sinoviale), mentre per la loro rigidità sono i fideiussori dell’integrità strutturale cellulare, aprendo i “passaggi” fra cellule, permettendo la migrazione cellulare. Recentemente i GAGs sono stati riconsiderati come molecole segnale attive, che partecipano alacrememente a vari processi metabolici cellulari.

La matrice connettivale è inserita in due strutture base: la membrana basale (MB) e la matrice interstiziale (MI); la MB è una matrice sottile e specializzata indovata tra un epitelio, un endotelio, o mesotelio e la MI. La MI a sua volta è la componente preponderante dell’ECM; essa forma una struttura tridimensionale che circonda le cellule ed ha caratteristiche diverse e specifiche per ciascun tessuto. La MB, composta principalmente da laminina e collagene di tipo IV, fornisce il supporto meccanico, separa diversi tipi di cellule e contribuisce alla differenziazione, alla migrazione e alla sopravvivenza delle cellule stesse all’interno del tessuto.

La MI presenta una struttura più complessa e contiene prevalentemente proteine e glicosaminoglicani (polisaccaridi caricati negativamente).

La Biologia dei Sistemi ha evidenziato che le fluttuazioni sol-gel della matrice connettivale, posta tra gli interstizi cellulari e fra questi e i distretti vascolari, sono strategiche per l’autorganizzazione della vita biologica.

La matrice connettivale extracellulare è la piattaforma su cui dipana la danza vitale di tutte le memorie neurologiche (centrali e periferiche), ormonali, immunologiche, umorali, affettive (rimembranze dell’Inconscio collettivo) e porta avanti questo suo ruolo tramite un processo unico, costante, standard, che si chiama infiammazione.

Il sangue del capillare arterioso, giunto in corrispondenza del settore di transito e condizionato dall’estremo rallentamento della velocità di circolo, trasuda (o essuda in caso di flogosi infettiva) diffondendosi nel contesto mesenchimale. L’inondazione interstiziale, col contenuto metabolico, attiva l’idrolisi della quota amorfa della matrice connettivale extracellulare e il relativo viraggio verso

lo stato di Sol: le correnti elettromagnetiche stimolate generano processi di scissione idroelettrica con conseguenti processi di ionizzazione ed aumento dello stato acidotico. In fase acidotica si scindono le molecole proteiche nei singoli aminoacidi che l'essudato degraderà ulteriormente determinando una detossicazione del Sistema Vivente per deflusso verso gli emuntori (cutaneo, respiratorio, intestinale, renale, vaginale) e produrranno calore, energia. Gli anaboliti, nel corso dell'essudazione, assumono una dimensione colloidale: stimolati dalla pressione colloidale-osmotica, collimano con le proteine recettoriali di membrana cellulo-parenchimale. Nell'ambito essudativo viene interessata anche la flora batterica locale che incorre in un ridimensionamento cibernetico della quota abitativa e, allo stesso tempo, diffonde ialuronidasi, arricchendo ulteriormente la componente ialuronica/dissolvente dei complessi della matrice connettivale extracellulare. Si adempie in fase di Sol la Reazione Mesenchimale di Letterer, ovvero la Digestione parentale di Roessle.

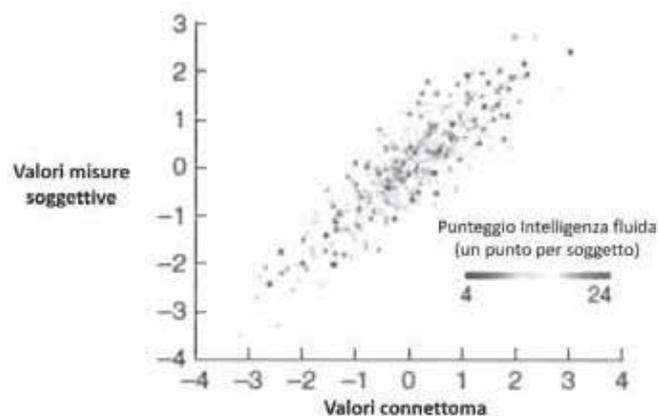
Tramite un processo di computerizzazione biocibernetica, la fase di Sol termina la propria funzione "digestiva" e, progressivamente, vicaria nella fase di Gel: il notturno del Connettivo. Si ricostituisce la dimensione basale: dal tropocollagene amorfo si ripristinano frammenti fibrillari, prefibrille, fibre collagene; in fase alcalina, i singoli elementi si strutturano in scala ascensionale organizzando nuove molecole proteiche ed enzimatiche e generando una rigenerazione citoscheletrica. L'onda che sembrava sopraffare, quando ritratta, ha soltanto spianato. Il tabernacolo antico di una reattività si è fatta paesaggio, organo.

Dal notturno del Gel rinasce l'alba del nuovo Sol. Il pendolo della regolazione metabolica, nei territori della matrice, è settato su una sequela storica, continua, pressante di sollecitazioni metaboliche, capace di far coesistere gli ossimori della incoerenza e dell'ordine, della spontaneità e delle regole, della molteplicità e dell'unità. In essa si sovrappongono storie di passione e schegge psichiche, seduzione d'opposti, rimestamenti strategici di praterie di frontiera tra Scienza e Conoscenza.

Salute, paura, benessere, gioia, senescenza, malattia, vitalità sono modulati dal pulsante incedere della matrice extracellulare o connettivo, fedele e diuturno tutore dei sistemi viventi, tramite il traffico molecolare, le fenestrate dell'endotelio, gli iperboloidi connettivali, i glicocalici membranosi: cellule, connettivo e vasi si accordano in un febbri-

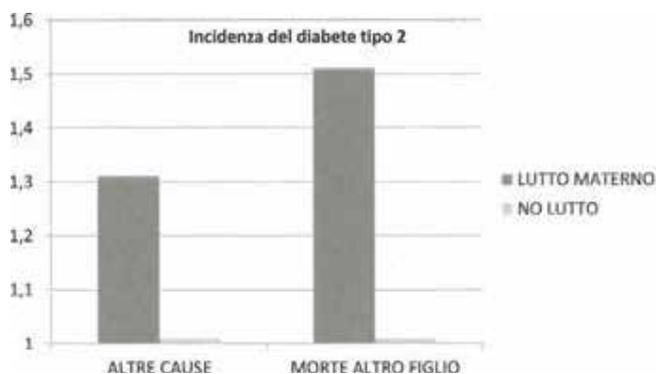
le confronto che attira l'esterno, lo accoglie in sé, ne filtra l'informazione, la trasmette nel network cellulare e la correla sequenzialmente con la coscienza.

Le immagini della PET (tomografia ad emissione di positroni) mostrano chiaramente che ogni volta che "sentiamo" qualcosa, oppure interagiamo con l'ambiente, sia interno che esterno, avvengono cambiamenti nel funzionamento cerebrale (cambiamenti simultanei dell'attività autonoma, neuromorale ed immunitaria). Una prova al riguardo è proposta dallo Human Connectome Project che si propone di esaminare le correlazioni tra i livelli di connessione tra le strutture cerebrali e una serie di altri fattori legati alla persona e al suo vivere sociale. In uno studio (Smith et al., 2015) su 461 soggetti adulti sono stati valutati sia i livelli di connessione tra 200 distinte regioni cerebrali che una serie di misure personali, sia demografiche (età, genere, reddito, livelli di studio, stile di vita) che psicologiche (intelligenza, performance linguistica, soddisfazione per la vita ecc.) ed è stato registrato un importante nesso tra tutti questi aspetti. Dalla figura seguente si può evincere il nesso tra i livelli di connettività cerebrale e le misure soggettive in relazione alla intelligenza fluida. In effetti si nota un aumento dell'intelligenza fluida in rapporto sia all'aumento della integrazione neurale che delle misure soggettive sopra riportate.



Noi medici dobbiamo rivalutare il connettivo, alla luce di una nuova visione diagnostica e di una opportuna impostazione terapeutica. Nella matrice connettivale extracellulare si memorizzano molto spesso disgrazie, disastri, sciagure già vissuti in momenti storici diversi da Sistemi Viventi predecessori. Sono eventi non risolti nell'Ontogenetico e che il mentale del Filogenetico ha registrato in sé e che vengono slatentizzati epigeneticamente dai discendenti per essere integrati.

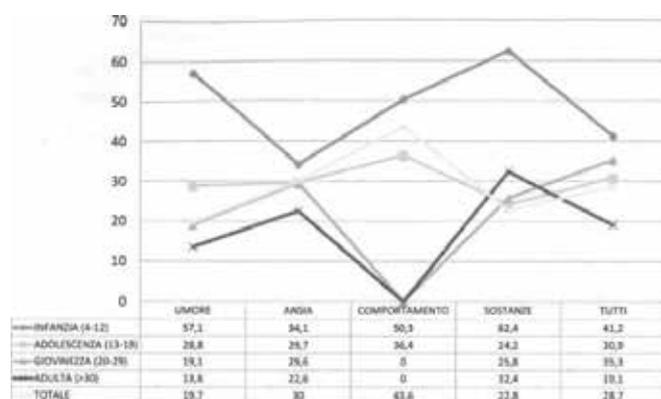
Un sensazionale esempio di ricerca che convalida l'importanza predittiva sulle popolazioni della fase prenatale è uno studio longitudinale fondato su una ampia indagine epidemiologica nella popolazione danese che ha seguito circa due milioni di persone per quasi trent'anni, dal 1979 al 2008 (vedi figura seguente) (Li et al., 2012).



Emerge che i soggetti che hanno avuto una mamma con un lutto durante la gravidanza o nell'anno precedente hanno avuto una prevalenza di diabete tipo 2 maggiore del 30% della restante popolazione, azzerati tutti gli altri fattori.

Se poi il lutto era relativo a un precedente figlio tale incidenza arriva al 50% (Lutto materno in gravidanza e diabete in età adulta (Danish Longitudinal Population Study 1.878.246 soggetti. Periodo di osservazione 1979-2008 - Li et al., 2012, modificata).

Proporzione di rischio di insorgenza di disturbi psichici legati alle esperienze sfavorevoli nell'infanzia, distribuita per età (Italia e Paesi ad alto reddito) (Kessler et al., 2010).



Tornando a bomba, purtroppo non si è fatto altro che azzerare, con vari strumenti, ma in modo molto intenso, il primo ed importantissimo steccato difensivo dell'organismo, rappresentato dall'in-

fiammazione acuta a vari livelli, favorendo, per il grammo ed effimero scopo di protrarre la vita media di alcune generazioni, alla decadenza sempre più ingravescente della razza umana.

Al riguardo, la Medicina omeosinergetica è una Medicina che si affranca da una cultura socio-politica deviante, tossica, inquinante, che ha strappato, con la violenza, l'uomo al suo assetto naturale ed etico, per esporlo indifeso all'ordine commerciale-materialistico, dove sono sempre più numerosi i promotori di "dipendenze" farmacologiche e ricorrenti protrazioni da trattamento, che hanno trasfigurato l'essere umano in un fruitore sistematico di farmaci, istupidito e inaridito dagli psicofarmaci, imbibito, ulcerato, osteoporosizzato dai cortisonici, gelatinizzato dai salicilati, congelato dagli antinfiammatori, sfibrato dagli antibiotici, somministrati ad ogni refolo di vento, paraproteinosizzato dalle reazioni indotte autoanticorpali ed autoaggressive: il blocco, la paralisi, la sclerosi ridimensionano sino ad interrompere il nostro infantilismo emozionale, la nostra capacità di infiammarci, emozionarci, innamorarci e sulla nostra ontogenesi cala la sera.

In questa visione, le malattie ci interessano e non unicamente come spettatori di apparati, che adombrano i codici della Vita, ma vengono anche per chiamarci alla nostra vera natura: siamo una realtà spirituale calata in un corpo. La malattia incarna il nostro rifiuto, localizzandosi nell'organo che più "risuona" con l'emozione e il vissuto che vi sta dietro.

Nasce così il linguaggio psiche - corpo che incalza tramite le redini poliproteiche dell'ippocampo, i continui confronti con la regia ipotalamica, la puntuale trasposizione ipofisaria, l'acquietarsi emozionale delle amigdale, le repentine risposte immunitarie salvavita, richiamando un sapere plurale ed autoregulatorio.

La malattia rappresenta - oltre che un'informazione - una scarica, una trasmutazione sia biochimica che biologica, una maniera per disintossicare l'organismo, riunificando il punto di arrivo con quello di partenza, favorendo l'orizzonte del confronto, dell'incontro, e, infine, curando biologicamente il nostro malessere esistenziale.

Ed è proprio il sintomo della malattia che permette di contrassegnare la relazione che creiamo con gli altri ma anche con noi stessi, esseri unici e irripetibili: ed è così che la malattia diventa una Benattia®.

La malattia è, dunque, la risposta che la vita intraprende per adattarsi a nuove situazioni. E va da sé

che come ogni sintomo ha un suo “grido”, attraverso il quale il paziente ci “racconta” inconsciamente cosa sta vivendo, così ogni organo o apparato del nostro organismo possiede una sua specifica capacità, sia di ammalarsi che di guarire. Allo stesso modo possiede un suo linguaggio peculiare, tant’è vero che se l’iperteso, ad esempio, avrà un comportamento rigido, l’asmatico mostrerà la mancanza di un soffio, e così via.

A tal proposito i rimedi omeosinergetici, veri *spots* biochimici in micro, nano, pico e femtomoli, che si nutrono di inconsumabili energie sottratte al mondo vegetale, animale, minerale, concertando, per felice intuizione ed appassionata ricerca, la leggerezza materica delle diluizioni con la impalpabile mescolanza della psiche, ci indirizzeranno ad accordarci con vibrazioni ad alta frequenza, a rimembrare rimembranze, fino a sentirsi finalmente rinfrancati dalla morsa dei ricordi e pronti a diluire il peso della nostra fisicità obliqua: i sovrumani silenzi delle piccole dosi si armonizzano con le pulsazioni psico-immuni-ormonali.

Il successo del *binding* è soddisfatto dalla singolarità e dallo stato infinitesimale delle materie prime che, agendo in maniera composita e simultaneamente su più piani, sono capaci di regolare direttamente la risposta biologica più efficace e consona, di ridisegnare l’architettura del Sistema di regolazione.

Le malattie pertanto “servono” proprio a “scaricare” un malessere, a richiamare la nostra attenzione su noi stessi, a trasformarci.

Il problema, l’esperienza a prima vista negativa, l’accidente non sono solo la causa del nostro star male, ma l’occasione per far apprendere chi siamo, cosa siamo e come siamo (vedi L. Monsellato, *Epi-genetica Relazionale (Epi.Rel®), Guarire senza medicine*, 2022, One).

Quindi l’opera da fare non è risolvere i problemi, quali che siano, ma imparare a saper guardare, osservare ed entrare dentro i nostri stati d’animo. Realizziamo la nostra tessitura solo se ci permettiamo di essere ciò che siamo, solo quando sperimentiamo la nostra verità.

Grazie alla malattia esprimiamo un disagio che va ben oltre la lesione biologica, è un’informazione che permette una scarica, un riconoscimento, un’accettazione, una trasformazione, un cambiamento, una guarigione, una evoluzione: la creazione di un nuovo equilibrio, di una rinnovata vitalità, di una ritrovata identità.

Buona vita!

Bibliografia

- Albergati F. G., Bacci A., Mancini S., La matrice extracellulare, Minelli editore, 2004.
- Anagnostatos G.S. et al., A working hypothesis for homeopathic microdiluted remedies. Berlin J Res Hom 1: 141-147; 1991.
- Azzone G.F., La rivoluzione della medicina, McGraw-Hill, Milano, 2000.
- Bellavite P., Signorini A., Fondamenti teorici e sperimentali della Medicina omeopatica. Ipsa Editore, 1992.
- Belon P. et al., Inibizione della granulazione basofila umana attraverso progressive diluizioni di istamina. Inflamm. Research;1999, 48: 17-18 (titolo tradotto).
- Bertalanffy I. V., The theory of open systems in physics and biology. Science; 1950; 111.
- Benias PC, Wells RG, Sackey-Aboagye B, et al. Structure and distribution of an unrecognized interstitium in human tissues. Sci Rep. 2018;8(1):1-8.
- Bianconi E, Piovesan A, Facchin F, et al. An estimation of the number of cells in the human body. Ann Hum Biol. 2013;40(6):463-471.
- Bottaccioli F., Il sistema immunitario, la bilancia della vita, II ed., Tecniche Nuove, 2008.
- Curri S. B., Disfunzioni della matrice a livello del microcircolo. Med. Funzionale 1999/4; 2-3.
- Davenas E. et Al., Degranolazione di basofili indotta da siero iperdiluito anti IgE. Nature;1988, 333: 816-818 (titolo tradotto).
- Elia V., Napoli E., Strutture dissipative nelle soluzioni estremamente diluite della medicina omeopatica. La Med. Biol., 2007/4; 13-22.
- Elia V., Del Giudice E., Napoli E., Tedeschi A., Prime evidenze sperimentali di trasferimento di “informazioni” all’acqua con uso della tecnologia WHITE. La Med. Biol., 2008/1; 21-23.
- Franco F., Sostanza fondamentale e fisiopatologia della parete vascolare – Riv. It. di Omotossicologia; Lug.-Sett. 1992. Guna Ed..
- Galli S. J., New concepts about the mast cell. The New England Journal of Medicine, 1993, Vol.328, 4, 257-265.
- Heine H., Manuale di Medicina Biologica. Regolazione di base e matrice extracellulare. Guna Ed. 2009.
- Hildebrandt S, Czarnowski G. Alfred Pischinger (1899-1983): An Austrian career in anatomy continuing through National Socialism to postwar leadership. Ann Anat. 2017 May;211:104-113.
- Hynes R.O, Naba A., Overview of the matrisome an inventory of extracellular matrix constituents and functions. Cold Spring Harb Perspect Biol. 2012 Jan 1;4(1):a004903.
- Karsdal MA, Nielsen MJ, Sand JM, et al., Extracellular matrix remodeling: the common denominator in connective tissue diseases. Possibilities for evaluation and current understanding of the matrix as more than a passive architecture, but a key player in tissue failure. Assay Drug Dev Technol. 2013;11(2):70-92.

- Kuhn T. S., *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*. Einaudi, Torino; 29-164-166, 1978.
- Linde K. et Al., Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *The Lancet*, 1997; 350:834-843.
- Mariathasan S. et Al., Differential activation of the inflammatory by caspase-1 adaptors ASC and Ipaf. *Nature*. 2004 Jul 8;430(6996):213-8.
- Milani L., *Terapia dell'invecchiamento della matrice: la ricarica dell'orologio biologico*. *La Med. Biol.*, 2004/4; 17-25.17.
- Monsellato L., *L'inflammation e il simile*, Olos edizioni, 2005.
- Monsellato L., *Le sette spirali*, Olos edizioni, 2019.
- Monsellato L., *L'inflammation: il calore dell'evoluzione*, Letteratura Alternativa 2020.
- Monsellato L., *La Benattia e l'Omeosinergia. La vera storia*, Letteratura Alternativa. 2021.
- Monsellato L., *Epigenetica Relazionale (Epi.Rel®)*, Guarire senza medicine, One, 2022.
- Montagnier L. et Al., Electromagnetic signals are produced by aqueous nanostructures derived from bacterial DNA sequences. *Interdiscip Sci Comput Life Sci* (2009). Doi: 10.1007/s12539-009-0036-7.
- Oliviero F., *Benattia*. Nuova Ipsa Editore, 2003.
- Oschman JL., Charge transfer in the living matrix. *J Bodyw Mov Ther*. 2009;13(3):215-228.
- Perra A. et Al. – *L'universo della matrice extracellulare*. *Advanced Therapies* 2018/15.
- Piterà F., *Teoria delle alte diluizioni e aspetti sperimentali*, *Anthropos & Iatria*, 2001, 5 (1): 76-78.
- Pischinger A., *Das System der Grundregulation*. 4. Aufl. K. F. Haug Verlag, Heidelberg; 1975. Tradotto in italiano: *Matrice e regolazione della Matrice*. Base per una teoria olistica della medicina. Haug-Simf (a cura del prof. H. Heine).
- Poitevin B. et Al., Approccio all'analisi quantitativa dell'effetto di Apis mellifica sulla degranolazione dei basofili umani coltivati in vitro. *Innov. Tech. Biol. Med.*;1986, 7: 64-68 (titolo tradotto).
- Reckeweg H.-H., *Omotossicologia. Prospettiva per una sintesi della Medicina*. Guna Ed. 2007.
- Roberti di Sarsina P. et Al. (a), *Medicine Tradizionali e Non Convenzionali in Italia. Considerazioni per una scelta sociale per la Medicina Centrata sulla Persona*. *Adv. Ther.*, 2012; 13-29.27.
- Siwik DA, Colucci WS., Regulation of matrix metalloproteinases by cytokines and reactive oxygen/nitrogen species in the myocardium. *Heart Fail Rev*. 2004;9(1):43-51.
- Sukul N.C., Sukul A., *Farmacologia delle alte diluizioni*. *Salus infirmorum*, 2006.
- Taylor KR, Gallo RL., Glycosaminoglycans and their proteoglycans: host-associated molecular patterns for initiation and modulation of inflammation. *FASEB J*. 2006;20(1):9-22.
- Vane J. R., Botting R. M., Antiinflammatory drugs and their mechanism of action. *Inflamm Res* 1998; 47 Suppl. 2; S78-87.
- Yalcinkaya E, Celik M, Bugan B. Extracellular matrix turnover a balance between MMPs and their inhibitors. *Arq Bras Cardiol*. 2014;102(5):519520.
- Wagner H. et Al., Stimolazione in vitro dei linfociti e dei granulociti umani mediante quantità espresse in picogrammi e femtogrammi di agenti citostatici. *Arzneim. Forsch./Drug Res.*;1988,38: 273-275 (titolo tradotto).
- Walter E, Scott M. The life and work of Rudolf Virchow 1821-1902: "Cell theory, thrombosis and the sausage duel". *J Intensive Care Soc*. 2017;18(3):234-235.
- Witt C. et Al., Outcome and costs of homeopathic and conventional treatment strategies. A comparative cohort study in patients with chronic disorders. *Complementary Therapies in Medicine*, 2005; 13: 79-86.
- Xing Z. et al., IL-6 is an antiinflammatory cytokine required for controlling local or systemic acute inflammatory responses. *The Journal of Clinical Investigation*, 1998 Jan 15; 101(2), 311-320.
- Zissu R., Guillame M., *Materia Medica Omeopatica*. Marra-pese Editore, 1994.

PATRIZIA GENTILINI

C.S. Fondazione Allineare Sanità e Salute

Introduzione

Il meno è meglio

L'aumento delle conoscenze e delle tecnologie biomediche ha fatto proliferare a dismisura la disponibilità di test, indagini, esami etc. sempre più sofisticati e dispendiosi, cui anche persone in buona salute, *sane*, sempre più si rivolgono, confidando di ricevere rassicurazioni sul proprio stato, nel convincimento che l'anticipazione diagnostica di eventuali stati morbosi consenta esiti migliori. Così facendo si praticano tuttavia atti medici che possono risultare del tutto inutili, quando non addirittura dannosi, comportando essi stessi rischi non trascurabili per la salute. La "medicalizzazione" scandisce ormai ogni fase della vita, non solo dall'infanzia alla vecchiaia, ma addirittura prima ancora di venire alla luce o di essere addirittura concepiti, con la diffusione, ad esempio, di test per l'analisi di centinaia e centinaia di geni associati ad altrettante malattie genetiche ereditarie. Sembra che il normale svolgersi della vita sia ormai un retaggio del passato e che, senza una costante, umana "supervisione", la Natura non sia più in grado di fare ciò che ha sempre fatto nel corso dell'intera evoluzione ed è ormai pensiero comune ritenere che la propria salute possa essere garantita solo delegandola all'esperto di turno.

Diventa quindi importante riflettere sul vero senso delle parole, ad iniziare dai termini "Salute" e "Prevenzione" il cui significato attualmente è stato completamente stravolto. La salute ha perso la sua accezione più profonda e la sua tutela oggi si esaurisce nella somministrazione di vaccini e con l'esecuzione di screening: la persona in buona salute sembra non avere più il diritto di sentirsi tale, in quanto potenzialmente portatrice di malattie che ancora non si sono manifestate, ma che diventa obbligatorio ricercare. Si è dimenticato che il vero significato della parola "prevenzione" è "evitare

l'insorgenza" e non certo la mera anticipazione diagnostica fornita dagli screening. Per Ivan Illich, famoso pensatore del secolo scorso, salute altro non è che: *"una parola del linguaggio quotidiano la quale designa l'intensità con cui gli individui riescono a tener testa ai loro stati interni e alle condizioni ambientali. Nell'homo sapiens "sano" è un aggettivo che qualifica azioni etiche e politiche"*. Ma oggi più che mai siamo stati espropriati della salute e vediamo realizzarsi le profetiche parole di questo pensatore che, oltre 50 anni fa nel suo libro "Nemesi Medica", scriveva: *"durante le ultime generazioni il monopolio medico sulla cura della salute si è sviluppato senza freni usurpando la nostra libertà nei confronti del nostro corpo...Oltre una certa intensità critica, la tutela istituzionale della salute, qualunque forma assuma, preventiva, curativa o ambientale, equivale ad una negazione sistematica della salute"*.

Questa deriva della medicina viene da lontano¹. Già oltre 10 anni fa in una revisione di letteratura si denunciava come la pratica medica fosse ormai "infiltrata" in ogni suo aspetto dall'industria farmaceutica: *«per servire i propri interessi, l'industria influenza magistralmente ogni tappa: produzione e sintesi delle prove, comprensione dei danni, valutazioni costi-benefici, stesura di linee guida, formazione professionale degli operatori...»*.

Tornando al concetto di salute, secondo Illich *"... almeno in parte la salute di un popolo dipende dal modo in cui le azioni politiche condizionano l'ambiente e creano quelle circostanze che favoriscono in tutti, e specialmente nei più deboli, la fiducia in sé stessi, l'autonomia e la dignità. Di conseguenza la salute tocca i suoi livelli ottimali là dove l'ambiente genera capacità personale di far fronte alla vita in modo autonomo e responsabile"*. È innegabile che la medicina attuale abbia, viceversa, reso le persone sempre più insicure, deboli, riducendone il margine di tolleranza ed abbassando i livelli di

1) <http://www.epidemiologiaeprevenzione.it/tomatis/pezzi%20tomatis/04E&PsuMacca.pdf>

soportazione del disagio e del dolore, in definitiva rendendole sempre più dipendenti da atti altrui, specie se di tipo sanitario. Questa pletora di atti medici, a sua volta foriera di danni spesso rilevanti, fu definita da Illich *“pandemia iatrogena”* e in modo quanto mai profetico - alla luce della recente esperienza pandemica - così definiva questa deriva della medicina: *“la medicina iatrogena rafforza una società morbosa nella quale il controllo sociale della popolazione a partire dal sistema medico, diventa un’attività economica fondamentale; serve a legittimare ordinamenti sociali in cui molti non riescono ad adattarsi...”*.

Sempre Illich, già oltre mezzo secolo fa, auspicava *“un’approfondita discussione pubblica della pandemia iatrogena, che cominci con una sistematica demistificazione di tutto ciò che riguarda la medicina”*.

È quindi più che mai opportuno aprire un franco dibattito e verificare, sulla base delle migliori prove disponibili, i reali vantaggi di atti medici di cui è dato per scontato il ruolo benefico, se non addirittura *“salvifico”*. Si prenderanno quindi in esame vantaggi e svantaggi dei controlli periodici in individui sani, i risultati degli screening più in uso, specie per quanto attiene la mortalità complessiva, ed anche cosa è emerso a lungo termine da vaccinazioni ampiamente raccomandate.

Non andrebbe mai dimenticato che l’esecuzione di indagini di qualunque tipo in soggetti sani può risultare dannosa per vari motivi: nel caso di screening tumorali vi è il rischio di sovra-diagnosi di tumori latenti o di carcinomi in situ, che potrebbero non progredire o addirittura regredire spontaneamente, come già evidenziato quasi 20 anni fa (2). Inoltre essere *“etichettati”* come malati, o anche solo come soggetti a maggior rischio di contrarre una malattia, può influenzare negativamente la percezione che le persone sane hanno di sé, ma anche rendere più difficile ottenere un’assicurazione sulla vita e sulla salute. Esiste inoltre il problema dei Falsi Positivi che possono portare a test diagnostici invasivi non necessari, con tutte le conseguenze del caso, o a trattamenti farmacologici inopportuni, con potenziali effetti avversi. Viceversa, Falsi Negativi possono portare ad erronee rassicurazioni, ritardando atti medici necessari.

Si dovrebbe poi ricordare che esiste sempre un costo finanziario per i pazienti e per la società nell’identificare e trattare situazioni che potrebbero non manifestarsi mai né come malattia, né come ri-

duzione della durata della vita. Un esempio in tal senso viene dal tentativo di screening, attraverso la ricerca delle catecolamine urinarie, del neuroblastoma, raro tumore infantile che sembrava avere una prognosi migliore se diagnosticato prima dell’età di 1 anno. A tal scopo fu avviato un vasto programma di screening (476.694 bambini) in Canada che dimostrò che lo screening non solo era inefficace, ma addirittura dannoso. La percentuale di casi letali non diminuì, così come la mortalità, ma furono rilevati e trattati con chirurgia e chemioterapia molti più casi di neuroblastomi che regrediscono spontaneamente, in precedenza mai riconosciuti, in quanto clinicamente silenti (3).

Verranno di seguito esaminati alcuni atti medici di cui sono disponibili risultati affidabili da studi randomizzati e controllati.

Controlli sanitari: rischi e benefici

Controlli sanitari generali fanno comunemente parte dell’assistenza sanitaria in alcuni paesi ed hanno l’obiettivo di individuare precocemente eventuali stati morbosi con lo scopo di ridurre morbilità e mortalità. Una revisione Cochrane (4) ha preso in esame studi randomizzati che confrontavano controlli sanitari con nessun controllo in adulti non selezionati per malattia o fattori di rischio, escludendo studi geriatrici. Sono stati inclusi 17 studi, 15 dei quali riportavano dati sugli esiti per un totale di 251.891 partecipanti ed è emerso, con alto grado di certezza, che non vi sono vantaggi per quanto attiene mortalità totale, mortalità per cancro e cardiopatia ischemica fatale e non fatale. Per quanto attiene la mortalità cardiovascolare e ictus fatale e non fatale, si è registrato scarso o nessun effetto con grado di certezza moderato.

Gli Autori concludono che è improbabile che controlli sanitari generali siano utili.

Screening per cancro alla mammella

Gli screening per la diagnosi precoce di alcuni tumori sono fra le pratiche più diffuse, in particolare quello per il carcinoma mammario che, come vedremo, non è esente da alcuni importanti limiti, innanzi tutto quello di sovra-diagnosi. Già nel 1987 era stato pubblicato un lavoro (5) su 110 autopsie medico-legali consecutive di donne dai 20 ai 54 anni, le cui mammelle furono esaminate con esame istopatologico approfondito e relativa radiografia. In 22 donne (20%), fu riscontrata degenerazione neoplastica: in tre casi si trattava di carcinoma

invasivo (un caso era già noto clinicamente), nel restante 18% erano presenti focolai di carcinoma in situ, sia di tipo intraduttale (14%) che lobulare (4%). I risultati suggeriscono che forme di carcinoma in situ clinicamente occulti sono frequenti nelle donne giovani e di mezza età.

Nel 2017 è stata pubblicata una revisione che ha incluso 13 studi condotti dal 1948 al 2010, per un totale di 2.363 autopsie con riscontro di 99 casi di cancro accidentale o lesioni precancerose. L'esecuzione di almeno 20 o più sezioni istologiche era fortemente predittiva di cancro in situ e iperplasia atipica, ma non di cancro invasivo. Anche questo studio confermava una prevalenza di forme in situ o di precursori del cancro analogo al precedente, in questo caso del 19.5%. Con le tecnologie di screening sempre più sensibili queste forme sono abitualmente rilevate e di conseguenza trattate. Gli Autori concludono che una donna che si sottopone a screening dovrebbe essere informata del rischio di sovra-diagnosi e sovra-trattamento di tumori che non si sarebbero mai manifestati nel corso della vita (6). Per quanto attiene esiti maggiori quali mortalità totale, mortalità per cancro, mortalità per cancro alla mammella, da una revisione Cochrane del 2001, poi aggiornata nel 2013, da studi con adeguata randomizzazione, non emergevano benefici: la mortalità totale per cancro, incluso il cancro al seno, dopo 10 anni presentava un RR= 1,02 (IC 95% da 0,95 a 1,10) e la mortalità per tutte le cause dopo 13 anni un RR= 0,99 (IC 95% da 0,95 a 1,03) (7).

Sono in seguito stati pubblicati altri studi (8,9) oggetto di ulteriore revisione nel 2023 da parte Gøtzsche per una Istituzione indipendente (10) confermandosi, con forza ancora maggiore, che lo screening mammografico non salva vite umane, a differenza di quanto affermato dal mantra ufficiale. Studi con un'adeguata randomizzazione non hanno infatti riscontrato alcun effetto sulla mortalità totale per cancro, incluso il cancro al seno (RR= 1,00 IC al 95% 0,96 - 1,04). Anche la mortalità per tutte le cause non risulta ridotta in modo significativo (RR= 1,01, IC 95% 0,99 - 1,04). Di contro, come già riportato in precedenza, il numero totale di interventi (tumorectomie e mastectomie) era significativamente maggiore nei gruppi sottoposti a screening, rispettivamente RR= 1,31 (IC 95% 1,22 - 1,42) e RR= 1,20, (IC 95% 1,08 - 1,32).

Se da un lato tutti gli sforzi sono concentrati sugli screening, poco o nulla invece si interviene per mo-

dificare alcuni importanti e ormai ben noti fattori di rischio per l'insorgenza di cancro mammario. L'alcol ad esempio risulta responsabile del 5% di tutti i tumori mammari nel nostro paese (circa 2800 casi/anno) (11), mentre uno stile alimentare sano con scarso consumo di carni rosse e lavorate ed abbondante utilizzo di verdure e agrumi, ricchi in *flavonoidi*, *lignani*, *carotenoidi*, *quercetina*, risulta associato a una "significativa riduzione del rischio di cancro alla mammella" (12).

Screening per cancro alla prostata

L'adenocarcinoma della prostata è indubbiamente il tumore con il maggior rischio di sovra-diagnosi e sovra-trattamento, in quanto focolai di degenerazione neoplastica sono di comune riscontro col crescere dell'età. In oltre 6000 autopsie di maschi di età compresa tra 70 e 79 anni, deceduti per vari motivi, ma senza diagnosi di cancro prostatico, focolai tumorali sono stati riscontrati nel 36% dei caucasici e nel 51% degli afroamericani (13). Il crescente ricorso allo screening con ricerca dell'antigene prostatico specifico (PSA) e l'esecuzione di biopsie multiple fanno rilevare molti tumori che altrimenti non sarebbero stati diagnosticati e che, nella maggior parte dei casi, avrebbero avuto un decorso indolente. La sopravvivenza specifica per malattia non metastatica all'esordio - a 5 e 10 anni di follow-up - è infatti rispettivamente del 99% e del 97%, viceversa la sopravvivenza a 5 anni, in caso di presenza di metastasi ossee all'esordio è del 22%. Nonostante il comportamento benigno della maggior parte dei casi diagnosticati, oltre il 90% di questi tumori vengono comunque trattati con approcci aggressivi (radioterapia, interventi chirurgici). Ciò comporta in circa il 15-20% dei pazienti conseguenze non trascurabili su funzione sessuale, apparato urinario e gastrointestinale (14), nonché crescente rischio di sepsi in conseguenza delle ripetute biopsie. Gli studi sul carcinoma prostatico totale incidente o indolente sono quindi di limitata utilità clinica e l'obiettivo principale della ricerca dovrebbe essere sui tumori della prostata dotati di potenziale aggressività e letalità.

A questo proposito importanti conoscenze si stanno accumulando sull'eziopatogenesi del cancro prostatico, della sua relazione con l'infiammazione cronica e della conseguente disbiosi; in particolare la produzione persistente di citochine infiammatorie può influenzare ogni fase della cancerogenesi, anche attraverso la modulazione del sistema immu-

nitario e tutto questo è influenzato dallo stile di vita e soprattutto dall'alimentazione. Anche in questo caso un elevato consumo di verdura, frutta, pesce e prodotti integrali esercita effetti protettivi e/o terapeutici; particolarmente utili appaiono *flavonoidi*, *stilbeni* e *licopene*: come nel caso del cancro alla mammella, anche in questo caso la promozione di una dieta sana è indubbiamente di grande utilità sia nella prevenzione, che nel trattamento del cancro alla prostata (15,16).

Screening per cancro ai polmoni

Il carcinoma del polmone è la principale causa di morte correlata al cancro nel mondo. Alla diagnosi il 70% dei pazienti presenta tumori localmente avanzati (stadio III) o metastatici (stadio IV) ed in queste condizioni meno del 10% dei pazienti sopravvive per 5 anni. Viceversa sopravvive per 5 anni il 70% dei pazienti con tumore in stadio I e il 40% di quelli con tumore in stadio II. Questa scoperta ha stimolato importanti sforzi per sviluppare programmi di diagnosi precoce, ma anche in questo caso i rapporti autoptici suggeriscono che una percentuale sostanziale dei tumori rilevati dallo screening siano indolenti, per cui il 20-25% dei tumori rilevati sarebbe sovra diagnosticato (17,18).

Il National Lung Screening Trial ha riportato una riduzione relativa del 20% nella morte per cancro del polmone con lo screening con TC spirale a basso dosaggio (LDCT) rispetto alla radiografia del torace; ma questo risultato è stato osservato solo nelle popolazioni ad alto rischio valutate presso istituti con specifica competenza. La consulenza per smettere di fumare rimane comunque la priorità assoluta per i fumatori e l'eventuale screening non deve essere visto come un'alternativa alla cessazione del fumo (19,20).

Vaccini

Tralasciando l'utilizzo dei "vaccini" a m-RNA per COVID-19, che tante perplessità continua suscitare per quanto attiene efficacia e sicurezza, si intende qui riportare alcune importanti conseguenze a lungo termine derivanti da studi di alta qualità su vaccinazioni ampiamente diffuse, quali l'antinfluenzale.

La vaccinazione antinfluenzale è propagandata e spinta in modo incessante, nonostante la scarsa efficacia, purtroppo mai riportata, nel ridurre i casi di influenza. Nelle rassegne sistematiche Cochrane per prevenire 1 vera influenza gli adulti sani (da 16

a 64 anni) dovrebbero sottoporsi a decine di inoculazioni, le donne in gravidanza a 55 e gli anziani ≥ 65 anni a 42 iniezioni per prevenire 1 sola sindrome influenzale (21,22). Negli anziani intorno ai 65 anni un'enorme ricerca condotta nel Regno Unito ha mostrato che la vaccinazione antinfluenzale non era affatto associata a riduzione di ricoveri e mortalità per polmonite o influenza e riduzione di ospedalizzazioni e mortalità totale (23).

Recentemente è stata aggiornata una metanalisi che ha preso in esame tutti gli studi clinici randomizzati controllati su vaccinazione antinfluenzale e rischio cardiovascolare: è emerso che in soggetti senza sindrome coronarica acuta (cioè infarto cardiaco o angina instabile) verificatesi nell'ultimo anno, l'antinfluenzale non ha dato alcuna riduzione di eventi cardiovascolari maggiori, ma si è anzi associata a un aumento non significativo, ma inquietante di mortalità cardiovascolare (RR=1.45; IC 0,84- 2,50) (24).

Ancor più preoccupanti i risultati di una vastissima ricerca, di tipo caso-controllo, nel Regno Unito che si è protratta per 20 anni su oltre 13 milioni di soggetti sani con età media di 70 anni. È emersa, contrariamente alle attese dei ricercatori, una associazione tra incidenza di demenza e vaccinazioni eseguite in età avanzata, quali antitetanica, antidifterica, antipneumococcica e soprattutto antinfluenzale. L'effetto è risultato crescente all'aumentare delle inoculazioni ed il rischio, statisticamente significativo rispetto a nessun vaccino, è risultato aumentato del 38% (OR=1.38 IC al 95% 1.36-1.40). Per la demenza di Alzheimer i risultati sono stati ancora peggiori: con un follow-up di 20 anni il rischio, sempre statisticamente significativo, è risultato aumentato dell'80% (25).

Dovrebbe apparire ovvio che, qualora non ci siano prove scientifiche indiscutibili di benefici ben superiori ai rischi sia a breve che a lungo termine, andrebbe impiegata molta maggiore prudenza nel raccomandare di sottoporsi a pratiche vaccinali. Il Principio di Precauzione dovrebbe frenare la spinta a rivaccinazioni sempre più frequenti, almeno fino a che risultati derivanti da ricerche scientifiche di alta validità e indipendenti da interessi commerciali, non avranno definitivamente chiarito la loro reale utilità.

Vera e Finta Prevenzione

Se quella descritta è la *finta prevenzione*, quale sarebbe invece la *vera prevenzione*? Quest'ultima

non può che essere la *Prevenzione Primaria*, quella che agisce sulle cause delle malattie e non si limita all'anticipazione diagnostica o alla somministrazione di farmaci/vaccini spesso non solo scarsamente efficaci, ma addirittura nocivi. Come ebbe a dire Lorenzo Tomatis in una intervista alla Stampa nel settembre 2005: *“Quando si parla di prevenzione del cancro (o di altre malattie n.d.r.) tutti pensano alla cosiddetta diagnosi precoce, ma c'è una prevenzione che si può fare a monte, cercando non di limitare i danni della malattia diagnosticandola al più presto, quanto piuttosto di evitarne l'insorgenza impedendo l'esposizione alle sostanze che la provocano... La Prevenzione Primaria si occupa proprio di questo, si tratta di una strategia che protegge tutti, il ricco come il povero, ma non porta onori, fama o denari ed è purtroppo negletta ai governi ed alle Istituzioni”*.

Le conoscenze degli ultimi decenni derivanti dall'Epigenetica e dalla consapevolezza dell'esistenza di straordinarie interconnessioni fra il nostro microbioma e quelli circostanti, avrebbero potuto (e dovuto) farci imboccare un percorso di maggior salute per tutti, in cui l'educazione a più corretti stili di vita andasse di pari passo con la tutela dell'ambiente e il rispetto degli ecosistemi. Termini come *biodiversità, co-evoluzione, convivenza* dovrebbero essere le parole d'ordine su cui declinare il nostro vivere: batteri e microrganismi sono i nostri *“invisibili amici”*, fondamentali non solo per mantenere l'equilibrio dei vari ecosistemi e dell'intera biosfera, ma indispensabili per la nostra stessa esistenza in quanto, ad esempio, presiedono a funzioni vitali, quali quelle del Sistema Immunitario. Fra i nostri microbioti e quelli presenti a livello aereo, marino e terrestre esiste un flusso continuo di informazioni e scambi, una silenziosa e viva comunicazione, perfezionatasi nel corso dell'evoluzione, oggi però gravemente compromessa dalla perdita di biodiversità che riguarda non solo le specie che possiamo vedere, ma anche i nostri *“invisibili amici”* (26).

Sempre più si conferma che il segreto della nostra salute risiede nella ricchezza, varietà e diversità del microbiota e specifiche *disbiosi*, ovvero alterazioni nell'equilibrio fra le diverse specie microbiche, sono all'origine delle principali patologie cronico degenerative del nostro tempo: quali obesità, cancro, diabete, patologie cardiovascolari, malattie immunomediate, ma anche autismo, Alzheimer, Parkinson, depressione. (27,28)

Per quanto attiene l'Epigenetica grazie a due biologi, Barry Commoner e Bruce Lipton, verso gli anni '80, la teoria geno-centrica del DNA come *“manuale di istruzione”* della vita, cominciò a vacillare e si fece strada l'ipotesi che i veri artefici del nostro fenotipo e del nostro destino di salute o malattia fossero modificazioni epigenetiche, come risultato dell'interazione fra genoma e ambiente (29).

L'epigenetica fa riferimento allo studio dei processi molecolari che determinano una variazione nel livello di espressione dei geni, senza che venga alterata la sequenza nucleotidica, e ciò si verifica a seguito di qualunque esposizione di natura fisica, chimica, biologica, ma anche psicologica, emotiva o relazionale.

Le modificazioni epigenetiche sono reversibili ed ereditabili e condizionano il nostro stato di salute/ malattia già a partire dal concepimento e dalla vita intrauterina (30). Il classico esempio è quello dell'ape regina che, pur avendo lo stesso genoma delle altre api, diventa tale in quanto alimentata per tutta la vita con pappa reale. In questo caso la nutrizione è in grado di far acquisire non solo un fenotipo radicalmente diverso, ma anche funzioni quali la capacità di riprodursi, deporre uova e godere di una durata della vita enormemente più lunga rispetto alle altre api.

In definitiva, grazie all'epigenetica e alle conoscenze sulle interconnessioni esistenti fra i vari microbioti, il nostro approccio con ciò che ci circonda è radicalmente cambiato: è ovvio che se è l'*ambiente*, in senso lato, a modulare in senso positivo o negativo l'espressione del nostro genoma, tutto il nostro impegno dovrebbe essere rivolto da un lato alla sua massima tutela e dall'altro a stimolare quei comportamenti che ormai sappiamo essere fondamentali per la nostra salute. Viceversa appare purtroppo inarrestabile quello che fu definito il *“paradosso del progresso”* (31), ovvero l'esposizione a sostanze tossiche e pericolose quali pesticidi, metalli pesanti, solventi, plastiche, coloranti, diossine PCB, IPA, PFAS etc. che continuano ad essere prodotte e disseminate in ogni dove, penetrano attraverso aria, acqua, cibo, cute nei nostri corpi ove si accumulano a centinaia, alterano le funzioni di organi e tessuti e, passando dalla madre al feto già in utero, compromettono la salute futura anche dei nati (32).

Nella Figura 1 sono riportati in sintesi i principali interventi che caratterizzano la Prevenzione Primaria.

PREVENZIONE PRIMARIA

è la prevenzione per eccellenza, spesso ad alto rendimento, fondata su interventi e comportamenti per evitare/ridurre l'insorgere di malattie in soggetti sani, o comunque senza quelle malattie. Si basa su:

1. contrasto a problemi socioeconomici con ricadute sulla salute
 2. tutela e miglioramento dell'ambiente di vita e di lavoro,
 3. promozione di migliori relazioni interpersonali;
 4. educazione e promozione della salute rivolta alla comunità o ai singoli, per ridurre fattori di rischio:
- fumo
 - abuso alcolico
 - sedentarietà
 - comportamenti sessuali a guida a rischio
 - dieta ricca di carni/cibi animali, zuccheri liberi, grassi trans,
 - e povera di cereali integrali, legumi, verdura e frutta, fresca o secca oleosa...

Figura 1: Prevenzione Primaria

Conclusioni

Anche se è ormai acquisito che i fattori che maggiormente determinano la salute sono di tipo sociale, culturale, economico, ambientale oltre che ovviamente di tipo individuale per i nostri stili di vita, la quasi totalità delle risorse – fra l'altro sempre più scarse – è rivolta ai sistemi sanitari, anche con la diffusione di indagini, screening, pratiche vaccinali i cui reali benefici andrebbero attentamente valutati.

Viviamo in un sistema in cui, come abbiamo visto, la *medicalizzazione* regna sovrana e non c'è da stupirsi che i “sani” rappresentino una popolazione molto più “appetibile” cui indirizzare procedure diagnostiche e/o terapeutiche, in quanto popolazione ben più ampia rispetto a quella dei malati. Come riportato in questo articolo² di 10 anni fa, già nel 1976, Henry Gadsen, allora direttore della casa farmaceutica Merck, dichiarò alla rivista Fortune: «Il nostro sogno è produrre farmaci per le persone sane. Questo ci permetterebbe di vendere a chiunque».

In questa vera e propria *deriva* della medicina, non mancano tuttavia voci critiche e di recente, a proposito degli screening, la Dr. Iona Heath³, già presidente del Royal College of General Practitioners, ha dichiarato: “La Medicina dovrebbe probabilmente lasciare in pace chi sta bene, invece di cercare costantemente qualcosa di sbagliato in loro”. È giunto il momento, proprio in nome di quella “scienza” costantemente invocata, ma raramente seguita, di valutare senza dogmi e senza pregiudizi

atti medici i cui reali benefici sono viceversa dati per scontati e su cui addirittura sembra non potersi neppure aprire un dibattito.

La “medicina che vogliamo” – titolo di questo Convegno - non può che iniziare dal recuperare il senso etico del nostro lavoro, senso etico che a sua volta non può prescindere dal più profondo rispetto della dignità della persona, valore che vediamo dimenticato, quando non sistematicamente calpestato.

Le sfide che ci attendono sono inaudite, ma credo che oggi più che mai ci sia “un urgente bisogno di ridefinire la missione della medicina verso una direzione più obiettiva e utile per i pazienti, la popolazione e la società, libera da conflitti di interesse» (1). Siamo di fronte a cambiamenti epocali, basti pensare all'enorme sviluppo delle biotecnologie o del digitale, ma proprio per questo credo che oggi più che mai vadano recuperati Il Principio di Precauzione e quello di Responsabilità, perché, come amava ripetere Lorenzo Tomatis, abbiamo: “il dovere di informare, impedendo l'occultamento di informazioni su possibili rischi ... evitando che si consideri l'intera specie umana come un insieme di cavie sulle quali sperimentare tutto quanto è in grado di inventare il progresso tecnologico ...”

Bibliografia

1. Emmanuel Stamatakis , Richard Weiler et al. *Undue industry influences that distort healthcare research, strategy, expenditure and practice: a review* Eur J Clin Invest 2013 May;43(5):469-75.
2. Welch HG. *Should I be tested for cancer? Maybe not and here's why*. Berkeley: University of California Press, 2004.
3. Woods WG, Gao RN, Shuster JJ, et al. *Screening of infants and mortality due to neuroblastoma*. N Engl J Med. 2002; 346:1041–46.
4. Lasse T Krogsbøll , Karsten Juhl et al. *General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease* Cochrane Database Syst Rev 2019 Jan 31;1(1):CD009009.
5. M. Nielsen, J. L. Thomsen, S.et al. *Breast cancer and atypia among young and middle-aged women: a study of 110 medicolegal autopsies*. Br J Cancer. 1987 Dec; 56(6): 814–819.
6. Elizabeth T Thomas , Chris Del Mar et al., *Prevalence of incidental breast cancer and precursor lesions in autopsy studies: a systematic review and meta-analysis* BMC Cancer 2017 Dec 2;17(1):808.

2) https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dibattiti-e-idee/2014-01-24/sani-mirino-cure-122914.php?refresh_ce=1&uuid=AbWMGdIJ

3) <https://blog.maryannedemasi.com/p/mammograms-for-women-40-and-over>

7. Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Cochrane *Screening for breast cancer with mammography*. Database Syst Rev. 2013 Jun 4;2013(6):CD001877
8. Anthony B Miller, Claus Wall et al. *Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast : randomised screening trial* BMJ 2014;348: g366
9. Stephen W Duffy , Daniel Vulkan et al. *Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality (UK Age trial): final results of a randomised, controlled trial* Lancet Oncol 2020 Sep;21(9):1165-1172.
10. Screening for breast cancer with mammography – Institute for Scientific Freedom
11. Madlen Schütze , Heiner Boeing et al. *Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study* BMJ 2011 Apr 7:342:d1584.
12. Alessandra Buja , Marco Pierbon et al. *Breast Cancer Primary Prevention and Diet: An Umbrella Review* Int J Environ Res Public Health 2020 Jul 1;17(13):4731.
13. Jaquelyn L. Jahn, Edward L. Giovannucci et al. *The High Prevalence of Undiagnosed Prostate Cancer at Autopsy: Implications for Epidemiology and Treatment of Prostate Cancer in the Prostate-Specific Antigen-Era* Int J Cancer. 2015 Dec 15; 137(12): 2795–2802.
14. Sanda MG, Dunn RL, Michalski J, *Quality of life and satisfaction with outcome among prostate-cancer survivors*. N Engl J Med. 2008;358:1250–61.
15. Natasa Kustrimovic, Raffaella Bombelli, et al. *Microbiome and Prostate Cancer: A Novel Target for Prevention and Treatment* Int J Mol Sci. 2023 Jan; 24(2): 1511.
16. Bee Ling Tan , Mohd Esa Norhaizan *Oxidative Stress, Diet and Prostate Cancer* World J Mens Health 2021 Apr;39(2):195-207.
17. Manser RL, Dodd M, Byrnes G et al. *Incidental lung cancers identified at coronial autopsy: implications for overdiagnosis of lung cancer by screening*. Respir Med. 2005;99:501–07
18. Welch HG, Black WC. *Overdiagnosis in cancer*. J Natl Cancer Inst. 2010;102:605–13.
19. Aberle DR, Adams AM et al. *Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening*. N Engl J Med. 2011;365:395–409.
20. Robert A Smith , Kimberly S Andrews et al. *Cancer screening in the United States, 2017: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening* Cancer J Clin 2017 Mar;67(2):100-121.
21. Vittorio Demicheli, Tom Jefferson et al. *Vaccines for preventing influenza in healthy adults* Cochrane Database of Systematic Reviews Review –Version published: 01 February 2018
22. Alberto Donzelli *Influenza Vaccination of Pregnant Women and Serious Adverse Events in the Offspring* Int. J. Environ. Res. Public Health 2019, 16(22), 4347
23. Michael L Anderson, Carlos Dobkin et al. *The Effect of Influenza Vaccination for the Elderly on Hospitalization and Mortality: An Observational Study With a Regression Discontinuity Design* Ann Intern Med 2020 Apr 7;172(7):445-452
24. Sheila M. Hegde, MPH Brian L. et al. *Temporal Association Among Influenza-Like Illness, Cardiovascular Events, and Vaccine Dose in Patients With High-Risk Cardiovascular Disease Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial* JAMA Netw Open. 2023;6(9):e2331284
25. Antonios Douros , Zharmaine Ante et al. *Common Vaccines and the Risk of Incident Dementia: A Population-based Cohort Study* J Infect Dis 2023 May 29;227(11):1227-1236.
26. Flandroy L, Poutahidis T et al. *The impact of human activities and lifestyles on the interlinked microbiota and health of humans and of ecosystems*. Sci Total Environ. 2018 Jun 15;627:1018-1038.
27. Blum HE. *The Microbiome: A Key Player in Human Health and Disease*. J Health Commun. 2017, 2:3. doi: 10.4172/2472-1654.100062
28. El-Sayed, A., Aleya, L. et al *The link among microbiota, epigenetics, and disease development*. Environ Sci Pollut Res 28, 28926–28964 (2021)
29. Edwards T.M. Myers J. P. *Environmental exposures and gene regulation in disease etiology*. Environmental Health Perspective, 115 (2007), n. 9, pp. 1264-1270
30. R Barouki, E Melén et al. *Epigenetics as a mechanism linking developmental exposures to long-term toxicity* Environ Int. 2018 May; 114: 77–86.
31. Neel BA, Sargis RM *The paradox of progress: environmental disruption of metabolism and the diabetes epidemic*. Diabetes.2011 Jul;60 (7):1838-48
32. Waring RH, Harris RM et al. *In utero exposure to carcinogens:Epigenetics, developmental disruption and consequences in later life* Maturitas. 2016 Apr;86:59-63

LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E LA CARTA DI OTTAWA DEL 1986



PAOLO ZAVARELLA MD DO

Il concetto di Promozione della Salute, pur essendo stato teorizzato in varie epoche storiche, è stato codificato in maniera puntuale sotto forma di impegno ed obiettivo di ogni società civile nel 1986 dalla Carta di Ottawa ad opera dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Sono ormai trascorsi quasi quarant'anni e la Carta di Ottawa costituisce ancora un importante ed attuale punto di riferimento per lo sviluppo delle politiche orientate alla Salute. Secondo la Carta, sottoscritta dagli Stati appartenenti all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), essa viene definita come *“il processo che consente alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla”*.

Viene suggerita una strategia articolata su cinque azioni:

1. Costruire una politica per la salute
2. Promuovere idee, dare mezzi (per attuarle), mediare (fra interessi conflittuali con quelli della salute)
3. Rinforzare l'azione comunitaria (partecipazione), sviluppo della capacità individuali (operare autonome scelte per quanto riguarda i problemi relativi alla salute dei cittadini)
4. Creare un ambiente favorevole (in modo da offrire un adeguato supporto alle persone per il perseguimento della salute negli ambienti di vita e di lavoro, attraverso condizioni di maggiore sicurezza e gratificazione)
5. Riorientare i servizi sanitari (nella logica di renderli più adeguati ad interagire con gli altri settori in modo tale da svolgere un'azione comune per la salute della comunità di riferimento, anche rafforzando campi di intervento specifici ed autonomi dai Sistemi Sanitari ed attivi nel rilanciare il potenziale di adattamento e regolazione degli individui)

Da queste definizioni discendono una serie d'implicazioni, tra le quali assume importanza primaria il *“ri-orientamento dei Servizi Sanitari”*.

La strada tracciata dall'OMS in quegli anni era limpida e chiara: la via verso la Promozione della Salute delle persone doveva passare, necessariamente, attraverso un processo complesso e integrato di **De-Medicalizzazione della Salute**.

Il principio di Promozione della Salute mira a conseguire il potenziale raggiungimento per tutti gli individui della società, anche i più deboli e disagiati, delle ottimali condizioni di salute. E per farlo, la Carta di Ottawa ha evidenziato come i Sistemi Sanitari siano strutturalmente insufficienti, mentre appare fondamentale che ogni cittadino possa essere posto nelle condizioni di scegliere, responsabilmente, uno stile di vita che sia promotore di salute. La salute è presentata come una *“proprietà emergente”* di una società sana, al cui interno agisce e opera una politica sana centrata sui bisogni della persona, con ambienti di lavoro, di vita e di studio sani e sicuri.

Come possiamo, oggi, rendere concreto questo concetto di Salute nelle nostre case, nelle nostre città e nella nostra Società attuale?

Gli interventi possibili in tal senso (non relegati solo ai Servizi Sanitari) si prefiggono di ridurre le differenziazioni evidenti nell'attuale stratificazione sociale della salute, offrendo a tutti eguali opportunità e risorse per conseguire il massimo potenziale di salute possibile. Questo obiettivo può essere raggiunto se si agirà per ottenere: un personale e di gruppo saldo radicamento in un ambiente accogliente (naturale e costruito), l'accesso di tutti alle informazioni in tempo reale, la diffusione dei saperi per acquisire e mantenere le competenze necessarie alla vita, la possibilità di ogni persona di poter compiere libere scelte adeguate su tutto quanto concerne la propria salute, una serie di interventi in grado di rilanciare il potenziale di mantenimento, ripristino ed autoregolazione relativo alla salute. Non è possibile conquistare il massimo potenziale

di salute se non si è in grado di controllare i fattori determinanti della Salute. La salute, del singolo individuo e della società nel suo insieme, è un bene essenziale per la libertà e lo sviluppo individuale, economico, sociale ed antropologico, ed è aspetto fondamentale della qualità della vita. I fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici possono favorirla così come possono lederla.

Quindi, nella società descritta nella Carta di Ottawa, l'accesso di tutti a condizioni in grado di promuovere la salute e mantenerla nel tempo, appare sia come pre-requisito irrinunciabile che come obiettivo finale del vivere comune, per ciascun singolo cittadino come per i diversi raggruppamenti sociali (dalla famiglia, alla scuola, alla politica, fino ai contesti lavorativi) e della società nel suo insieme.

Il ri-orientamento dei Servizi Sanitari, auspicato nel punto 5 della Carta di Ottawa, porta gli individui e i diversi gruppi sociali autorganizzati a divenire soggetti attivi nel perseguimento di uno stato di buona salute quando sono in grado di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di modificare positivamente l'ambiente o di aumentare le capacità di adattamento e di autoregolazione.

La Promozione della Salute non è, pertanto, responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma il suo perseguimento deve coinvolgere anche i settori che influiscono sulla salute stessa con un approccio definito "intersettoriale"; che preveda, cioè, l'intervento, la collaborazione e il coordinamento di settori diversi dalla sanità (istruzione, cultura, approccio psico-pedagogico, trasporti, agricoltura, società civile, lavoro, turismo, ecc.) per realizzare iniziative e suggerire modelli in grado di migliorare lo stato di salute della popolazione. Essa porta il problema all'attenzione dei Responsabili Politici delle scelte in tutti i settori, a tutti i livelli, invitandoli alla piena consapevolezza delle conseguenze sul piano della salute di ogni loro decisione e ad una precisa assunzione di responsabilità in merito.

Accreditati studi internazionali hanno effettuato una stima quantitativa dell'impatto di alcuni fattori sulla longevità delle comunità, utilizzata come indicatore della salute.

Questa è la suddivisione in termini di incidenza percentuale dei vari fattori analizzati:

- I fattori socio-economici e gli stili di vita contribuiscono per il 40-50%;
- lo stato e le condizioni dell'ambiente per il 20-33%;
- l'eredità genetica per un altro 20-30%,
- i servizi sanitari per il restante 10-15%.



Canciani L., Struzzo P.L., 2011

Il differenziale socio-economico è quindi il fattore più rilevante della quantità e qualità di vita, mentre il contributo dei sistemi sanitari appare di minore impatto. Tra i paesi industrializzati avanzati che garantiscono un accesso equo ai servizi non si registra praticamente nessuna correlazione tra la spesa (e quindi le disponibilità di servizi e operatori sanitari) e la speranza di vita. Questo fatto non deve in effetti sorprendere perché, come visto, altri fattori sono più atti a produrre "longevità", e quindi a spiegare tali differenze.

Nel 1966 A. Seppilli, introduceva alcuni elementi che offrivano una chiave di lettura innovativa del concetto di salute: *"La salute è una condizione di armonico equilibrio, fisico e psichico, dell'individuo, dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale"*.

Le parole "armonico equilibrio" danno una dimensione dinamica alla salute. L'equilibrio diventa una costante giuocata tra il bilanciamento di varianti interne (omeostasi), e l'adattamento alle variabili esterne in relazione alla situazione favorevole o sfavorevole dell'ambiente reale o percepita (allostasi). Principi attorno ai quali si gioca la valutazione e l'intervento di tutte le Discipline Bionaturali e delle Complementary and Alternative Medicine, tra cui ricordo l'Osteopatia, la Naprapatia, l'Ago-puntura, l'Omeopatia, la Naturopatia, la Permasalute, l'Omeosinergia... e molte altre.

Antonovski, nel 1979, nel definire il suo modello di salute, sostiene che la salute si presenta come “*un continuum*”, una proprietà del sistema vivente, che non è perfetto ed è soggetto a processi antropici e a inevitabile morte.

L’OMS, ha preso spunto da questi ed altri modelli, articolando ulteriormente il concetto nella Carta di Ottawa: “(...) questa prospettiva nasce da una concezione di “salute” intesa come campo di applicazione delle capacità individuali o di gruppo, intese a modificare o a convivere con l’ambiente. La salute è quindi vista come una risorsa della nostra vita quotidiana, e non come lo scopo della nostra esistenza; si tratta di un concetto positivo che pone l’accento sia sulle risorse personali e sociali che sulle capacità fisiche”.

Ma, purtroppo, non tutte le belle idee e i bei progetti vengono correttamente recepiti nel tempo in cui sono espressi: la Legge italiana 883 del 23 dicembre 1978, afferma ancora che “la cura dell’individuo viene garantita tramite il Sistema Sanitario Nazionale (SSN)”.

Ma chi può “garantire”, oggi, la salute dell’Individuo in una società variegata e complessa come la nostra? Non il SSN, non lo Stato, non gli Ospedali... forse neanche più i Medici e i Sanitari pur diffusi in mezzo alle persone.

L’unica speranza, se vogliamo in qualche modo trovare un “garante” in grado di promuovere, mantenere e recuperare la nostra salute individuale e di gruppo, dovremo smettere di guardare fuori da noi e cercare invece di recuperare l’antico senso di Responsabilità Individuale nei confronti della nostra Salute.

È la disponibilità di informazioni e di conoscenze che la Società e lo Stato dovrebbero garantire a tutti, per consentire alle persone di divenire consapevoli e davvero responsabili della propria salute. Oggi, in nome di una idea forzata e pericolosa della scienza, si proclamano leggi e norme in ambito sanitario seguendo diktat politici o per tutelare interessi di alcune aziende, piuttosto che dei singoli cittadini. Si pubblicizzano e valorizzano stili di vita deleteri, si progettano città, case, strade, scuole e uffici portatori di patologia. Si abbattano e cancellano antiche idee di libertà, solidarietà, condivisione, partecipazione, vicinanza, famiglia... per

lanciare nuovi modelli individualistici e opportunistici che facilitano distanza sociale, separazione e allontanano dalle fonti del sapere concreto e genuino dell’esperienza individuale, per sostituirle con le banche date controllate e politicizzate.

Tutti quanti, consapevoli e non consapevoli, stiamo tradendo ogni giorno il nostro bisogno di salute.

Mi piace definire la salute non più solo dall’assenza della “malattia” (visione in negativo), neanche dal semplice possesso di condizioni di benessere psico-fisico (visione statica), ma dall’equilibrio armonico e sempre cangiante tra le capacità omeostatiche, allostatiche e le residue capacità di adattamento alle sollecitazioni che l’individuo (o la società nel suo insieme) è in grado di attivare.

In questa visione dinamica della salute, pienamente in linea con il proposito della Carta di Ottawa, il significato stesso delle parole “Patologia” o “Malattia” perdono valore... non dovendosi più ricercare l’opposizione perenne tra due stati, considerati antitetici: salute e malattia.

La salute è adattamento.

In piena “malattia”, possono esserci persone che percepiscono se stessi in stati funzionali adeguati a svolgere le attività quotidiane, senza dolore e accettando i limiti delle variazioni struttura-funzione a cui sono soggetti: sono in salute, una fase dinamica di adattamento dei meccanismi di promozione di salute e autoguarigione che il proprio unicum di corpo mente e spirito riesce ad esprimere.

Ma per comprendere il valore antropologico e sociale di questi concetti, i Sistemi Sanitari e il mondo dei Medici deve recuperare uno sguardo centrato sulle persone, prendendo le distanze da protocolli, linee guida e raccomandazioni che sono centrate sugli stati patologici e sulla statistica. C’è un percorso che possiamo intraprendere, tutti insieme, per disseminare la pratica della promozione della salute?

Il percorso verso la Promozione della Salute

L’OMS (Dichiarazione di Alma Ata, 1978) ha dato il via ad una diversa e nuova prospettiva di Sanità Pubblica non solo incentrata sui Sistemi Sanita-

ri, richiamando l'attenzione sull'importanza della prevenzione nell'ambito delle politiche non sanitarie (sociali, psico-pedagogiche, lavoro, istruzione, alimentazione...) nazionali e internazionali.

Nel 1984 sono stati gettate le basi concettuali della promozione della salute, da cui la definizione: "La promozione della salute è il processo che permette alle persone di aumentare il controllo su di sé e migliorare la propria salute".

L'inizio di questo processo è stato proprio ad Ottawa, in Canada, il 21 Novembre 1986, quando fu adottata la carta sulla Promozione della Salute. Il documento finale, "La Carta di Ottawa", ci fornisce una definizione più elaborata di promozione della salute:

"La promozione della salute è il processo che conferisce alle popolazioni i mezzi per assicurare un maggior controllo sul loro livello di salute e migliorarlo. Questo modo di procedere deriva da un concetto che definisce la salute come la misura in cui un gruppo o un individuo possono, da un lato, realizzare le proprie ambizioni e soddisfare i propri bisogni e dall'altro, evolversi con l'ambiente o adattarsi a questo. La salute è dunque percepita come risorsa della vita quotidiana e non come il fine della vita: è un concetto positivo che mette in valore le risorse sociali e individuali, come le capacità fisiche. Così, la promozione della salute non è legata soltanto al settore sanitario: supera gli stili di vita per mirare al benessere".

Questa frase ci suggerisce un altro aspetto molto importante da analizzare: negli ambiti medici e sanitari in genere, il concetto di Benessere è sempre considerato un concetto debole, rispetto al concetto di Salute. L'idea presente in molti medici è che il Benessere sia una percezione individuale, legata a fattori psicologici di basso valore, o a idee generiche di olistismo quasi esoterico, mentre la Salute è qualcosa di misurabile con il termometro, con gli esami del sangue, con le radiografie e quindi, un concetto molto più concreto ed importante.

Ma la frase: "La promozione della salute supera gli stili di vita e mira al benessere" ci fa capire che l'idea straordinaria della Carta di Ottawa è che il Benessere è il vero obiettivo da raggiungere! Salute,

Sanità, Stile di Vita... tutto mira al Benessere e non il contrario. Pur nella sfuggente e individuale definizione di Benessere, questo diventa il vero obiettivo che ogni società deve raggiungere, includendo una serie di comportamenti personali che tornano ad assumere un grande valore:

Il Benessere è una responsabilità individuale di ciascuno di noi, ed è figlio di un:

- ben-vivere
- ben-lavorare
- ben-giocare
- ben-relazionarsi
- ben-sentirsi ed essere libero o libera
- ben-amare
- ben-pensare
- ben-mangiare
- ben-ascoltare
- ben-parlare
- ben-pensare
- ben-sognare
- ben-pregare
- ben-meditare
- ben-sorridere
- ben-ridere
- ben-emozionarsi
- ben-interagire
- ben-esistere
- ben-socializzare
- ben-muoversi
- ben-nutrirsi
- ben-idratarsi
- ben-curarsi
- ben-promuovere la propria salute
- ben-prendersi cura gli uni degli altri
- ... e potremo continuare all'infinito, toccando tutti gli aspetti della vita.

Nel Glossario elaborato nel 1988 e pubblicato nel 1998, l'OMS definisce la Promozione della Salute come "il processo che conferisce alle persone la capacità di aumentare e migliorare il controllo sulla propria salute".

Non c'è un mandato al SSN, al Medico, all'Ospedale... si parla di un "conferimento diretto alle Persone della capacità di aumentare e migliorare il controllo sulla propria salute".

La via verso la Promozione della Salute non è storia antica, non è un problema risolto dal benessere

(fittizio) che vivono le nostre società occidentali: è un programma quotidiano e personale da attivare OGGI e per ogni giorno a venire della nostra vita!

La Carta di Bangkok e l'attuazione della Politica di Promozione della Salute

La Carta di Bangkok (OMS, 2006) per la Promozione della Salute in un mondo globalizzato, si rivolge a tutte le persone, gruppi ed organizzazioni che svolgono un compito essenziale nel miglioramento della Salute: i governi e i politici a tutti i livelli, la società civile, il settore privato, le organizzazioni internazionali, e la comunità della sanità pubblica.

La Carta di Bangkok identifica le azioni, gli affidamenti e gli impegni richiesti per affrontare i Determinanti di Salute attraverso la Promozione della Salute nel mondo globalizzato. Nella Carta di Bangkok si afferma che le politiche e le partnership volte a migliorare la salute e l'uguaglianza rispetto alla salute, devono essere al centro dello sviluppo globale e nazionale.

Di nuovo emerge l'importanza della collaborazione multidimensionale per la promozione della salute, che coinvolga davvero tutti i diversi attori.

Il mondo sanitario occidentale vive ancora una separazione concettuale tra approccio convenzionale della medicina e approccio complementare e bio-naturale. È davvero urgente superare questa dicotomia e avvicinare il tempo in cui la Medicina possa davvero essere Integrata (e non più integralista), in cui ogni persona possa sentirsi libera di scegliere approcci bio-naturali e integrati per promuovere la propria salute, senza vivere l'obbligo di cure ancora incerte o portatrici di effetti avversi o collaterali a volte molto spiacevoli.

L'Osteopatia, assieme ad altri approcci che non si orientano alla cura delle patologie ma al rilancio della salute negli individui e negli aspetti biopsicosociali (come la Chiropratica, l'Erboristeria e la Naturopatia) è ben rappresentata nell'ambito delle Scienze e delle Pratiche di Promozione della Salute, come descritto nei Benchmark OMS per le T & CM Traditional and Complementary Medicine 2014-2023, oltre che dalla Carta di Ottawa e dalla Carta di Bangkok. L'Organizzazione delle Nazioni

Unite riconosce che il raggiungimento del più alto standard di salute ottenibile è uno dei diritti fondamentali della persona senza discriminazioni.

La Promozione della salute è fondata su questo diritto fondamentale della persona ed esprime un concetto positivo e inclusivo di salute quale determinante della qualità della vita che ricomprende il benessere mentale e spirituale, oltre che fisico e biologico.

Millennium Development Goals (OMS, 2000)

Un ulteriore progresso è stato fatto (su carta...) nel porre la salute al centro dello sviluppo, ad esempio attraverso il Millennium Development Goals (OMS, 2000) ma molto rimane da fare; in questo processo la partecipazione attiva della società civile è cruciale.

Per fare ulteriori passi in avanti nell'attuazione di queste strategie in tutti i settori e contesti si deve agire seguendo una serie di passi ed adoperandosi per:

1. Sostenere la causa della salute sulla base dei diritti umani e della solidarietà;
2. Investire in politiche sostenibili, azioni e infrastrutture che affrontino i determinanti della salute;
3. Costruire capacità per lo sviluppo di politiche, leadership, pratiche di promozione della salute, trasferimento di conoscenze e di ricerca e istruzione di base sulla salute;
4. Regolare e legiferare per assicurare un alto livello di protezione dai danni e dare uguali opportunità per la salute e il benessere per tutti i popoli;
5. Stabilire partner e costruire alleanze tra il sistema pubblico, privato, e le organizzazioni non governative e la società civile per attuare azioni sostenibili.

Il Settore Sanitario potrebbe ricoprire davvero un ruolo chiave di guida e leadership nella costruzione di politiche e partnership per la Promozione della Salute, quando siano garantiti i principi inviolabili di libertà di scelta, libertà di cura, integrazione e accesso alle informazioni. In mancanza del rispetto di questi punti chiave, il ruolo di leadership politico-sociale del Settore sanitario che l'Organizzazione Mondiale della Sanità di oggi sta ricercan-

do facendosi largo a spallate nei governi di messo mondo, non potrà che rivelarsi deleterio e molto pericoloso.

Occorre rilanciare un approccio integrato, orientato alla promozione della salute e basato sui principi inviolabili di:

1. libertà di scelta (della persona e del Sanitario)
2. libertà di cura (della persona e del Sanitario)
3. integrazione (di tutti i molteplici aspetti che possono portare benessere alle persone)
4. accesso alle informazioni (libere e non condizionate da conflitti economici o politici)

Quando le Scuole, le Società e la Politica dei Governi nazionali e delle Organizzazioni internazionali inizieranno davvero ad operare in tal senso, coinvolgendo tutte le persone senza distinzione, integrando la società civile ed il settore privato nei diversi contesti, davvero avremo aperto la via per realizzare il programma di Promozione della Salute e sperimentare la Salute Permanente.

Quattro sono le consegne per promuovere la salute:

1. farne il centro dell'agenda politica
2. farne una responsabilità chiave generalizzata dell'azione di governo
3. farne un tema chiave delle comunità e della società civile
4. farne un requisito per una buona economia

Le comunità e la società civile hanno spesso un ruolo guida nell'avviare, dare forma e sostenere le azioni di Promozione della Salute. Essi hanno bisogno di avere diritti, risorse ed opportunità in modo da amplificare e sostenere il loro contributo. Il supporto alla formazione delle capacità è particolarmente importante nelle comunità meno sviluppate.

I Registri e gli Albi delle Professioni Sanitarie, in concerto con le diverse associazioni delle Professioni Bionaturali, possono tornare a dare uno speciale contributo nel fare della Promozione della Salute un requisito per buone pratiche nel settore privato e pubblico.

Partnership, alleanze, reti e collaborazioni forniscono significativi e vantaggiosi modi di mettere insieme persone e organizzazioni intorno ad obiettivi comuni e azioni comuni volte a migliorare la salute delle popolazioni.

I prerequisiti e le aspettative per la salute non possono essere garantiti solo dal Settore Sanitario. Quel che più conta è che la Promozione della Salute richiede un'azione coordinata da parte di tutti i soggetti coinvolti: i governi, il settore sanitario e gli altri settori sociali ed economici, le organizzazioni non governative e di volontariato, le autorità locali, l'industria e i mezzi di comunicazione di massa. Le persone di ogni ceto sociale sono coinvolte come individui, famiglie e comunità. Per la ricerca della salute, i gruppi professionali e sociali e il personale sanitario hanno l'importante responsabilità di mediare tra i diversi interessi presenti nella società.

La Promozione della Salute va quindi davvero al di là dell'Assistenza Sanitaria. Essa colloca la salute nell'ordine del giorno di coloro che compiono le scelte politiche in tutti i settori e a ogni livello, per renderli più consapevoli delle conseguenze che hanno le loro decisioni sulla salute e per far accettare le loro responsabilità nei confronti della salute. Una politica di promozione della salute richiede che vengano identificati gli ostacoli all'adozione di politiche pubbliche per la salute nei settori non sanitari e i modi per superarli.

Lo scopo deve essere quello di fare in modo che le scelte più sane siano quelle più facili da realizzare anche per coloro che compiono le scelte politiche.

Le nostre società sono complesse e interdipendenti, e non è possibile separare la salute dagli altri obiettivi.

“Gli inestricabili legami che esistono tra le persone e il loro ambiente costituiscono la base per un approccio socio-ecologico alla salute. (...) Assistenza, olismo ed ecologia sono questioni essenziali nello sviluppo delle strategie per la Promozione della Salute.” Così recita la Carta di Ottawa (OMS 1986).

Appare straordinario come la parola “olismo”, oggi percepita quasi come offensiva della buona e sana cultura medica, se applicata ad un contesto sanitario, venisse adottata dalla Carta di Ottawa proprio per evidenziare la necessità di aprire gli occhi e non chiudersi a ciò che già si crede di sapere.

In questi anni siamo stati abituati a sentire Medici

e Scienziati tuonare per difendere le strategie proposte dalla “Vera Scienza”, e denigrare colleghi e programmi di cura centrati sulla persona e non aderenti pienamente al Protocollo Istituzionale, per poi leggere poche settimane dopo che le ricerche scientifiche avevano dimostrato esattamente il contrario di quello che si riteneva di dover difendere.

Ci sono stati Medici che hanno perso il lavoro, e qualcuno anche la vita, per cercare di difendere un’idea Alta della relazione Medico Paziente, che va oltre il diktat, oltre il protocollo e riguarda la responsabilità, la scelta, la consapevolezza, la coscienza... dal momento che oggi sappiamo bene che non esiste una cura giusta e perfetta per ciascuna malattia che escluda effetti avversi o collaterali anche gravi.

La Medicina che Promuove Salute rispetta la coscienza della persona e del professionista sanitario e ne tutela le scelte, quando queste lo portano ad agire nel rispetto dell’etica, della deontologia e della libertà della persona.

In quest’ottica anche i cambiamenti dei modelli di vita, la gestione del tempo, il tempo dedicato al lavoro e quello dedicato al tempo libero hanno un importante impatto sulla salute. Il tempo, lavorativo e libero, può diventare una fonte di salute per le persone e non più stanchezza, preoccupazione, malattia e morte. Il modo in cui la società organizza il lavoro dovrebbe contribuire a creare una società sana. La Promozione della Salute genera condizioni di vita e di lavoro che sono sicure, stimolanti, soddisfacenti e piacevoli.

La Promozione della Salute sostiene lo sviluppo individuale e sociale fornendo l’informazione e l’educazione alla salute, e migliorando le abilità per la vita quotidiana. In questo modo, si aumentano le possibilità delle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e sui propri ambienti, e di fare scelte favorevoli alla salute.

È essenziale mettere in grado le persone di imparare durante tutta la vita, di prepararsi ad affrontare le sue diverse tappe e di saper fronteggiare le lesioni e le malattie croniche. Ciò deve essere reso possibile a scuola, in famiglia, nei luoghi di lavoro e in tutti gli ambienti organizzativi della comunità. È neces-

saria un’azione che coinvolga gli organismi educativi, professionali, commerciali e del volontariato, ma anche le stesse istituzioni.

Riorientare i Servizi Sanitari

La responsabilità per la Promozione della Salute nei Servizi Sanitari è condivisa tra i singoli, i gruppi della comunità, gli operatori sanitari, le istituzioni che garantiscono il servizio sanitario e i governi. Essi devono lavorare insieme per un sistema di assistenza sanitaria che contribuisca alla ricerca della salute.

Il riorientamento dei servizi sanitari richiede anche una maggior attenzione alla ricerca sanitaria come pure ai cambiamenti nell’insegnamento e nella formazione professionale. Tutto ciò deve portare a una modifica dell’atteggiamento e dell’organizzazione dei servizi sanitari, che devono ricalibrare la loro attenzione sui bisogni complessivi dell’individuo visto nella sua interezza.

La salute è creata e vissuta dalle persone all’interno degli ambienti organizzativi della vita quotidiana: dove si studia, si lavora, si gioca e si ama. La salute è creata prendendosi cura di sé stessi e degli altri, essendo capaci di prendere decisioni e di avere il controllo sulle diverse circostanze della vita, garantendo che la società in cui uno vive sia in grado di creare le condizioni che permettono a tutti i suoi membri di raggiungere la salute.

Ecco che allora, assistenza, olismo ed ecologia diventano davvero questioni essenziali nello sviluppo delle strategie per la Promozione della Salute.

L’impegno per la Promozione della Salute

“I partecipanti a questa Conferenza si impegnano:

- 1. a intervenire nel campo della politica pubblica per la salute e a sostenere un chiaro impegno politico a favore della salute e dell’equità in ogni settore;*
- 2. a contrastare le pressioni a favore dei prodotti dannosi, dell’impoverimento delle risorse, degli ambienti e delle condizioni di vita malsane, di*

una nutrizione inadeguata; al contrario, si impegnano a focalizzare attenzione su questioni di salute pubblica quali l'inquinamento, i rischi occupazionali, la questione dell'abitazione e degli insediamenti;

3. *a riconoscere che le persone costituiscono la maggior risorsa per la salute; si impegnano inoltre a supportarle e a metterle in grado di mantenere sane se stesse, i familiari e gli amici (con mezzi finanziari o con altri mezzi) e ad accettare che la comunità sia una voce fondamentale sui temi della salute, delle condizioni di vita e del benessere;*
4. *a riorientare i servizi sanitari e le relative risorse verso la Promozione della Salute e a condividere il potere con altri settori, altre discipline, cosa più importante, con le persone stesse;*
5. *a riconoscere che la salute e il suo mantenimento sono un importante investimento sociale e una sfida; a occuparsi del problema ecologico globale rappresentato dai nostri modi di vita.*

*La Conferenza esorta le parti interessate a unirsi nel loro impegno per una forte **Alleanza Pubblica per la Salute**.*

Dalla Salute al Benessere globale

Il concetto di salute si è costantemente modificato nel tempo, per arrivare a assumere, oggi, un'accezione molto più ampia che associa strettamente una condizione di assenza di patologie ad uno stato di ben-essere "globale" della persona.

La Promozione della Salute passa quindi necessariamente attraverso l'adozione di politiche pubbliche coordinate e tese a favorire e sviluppare beni e servizi più sani, ambienti igienici e non pericolosi, cambiamenti legislativi coerenti, mutamenti nell'organizzazione sociale e ambientale.

La carta di Ottawa, che si conclude con un appello rivolto all'OMS e agli altri organismi internazionali affinché sostengano la causa della Promozione della Salute in tutte le sedi appropriate, rappresenta idealmente il punto di partenza di tutti i progetti e le iniziative che successivamente sono state poste in essere a livello internazionale per la salvaguardia della salute.

La 4^a Conferenza internazionale sulla promozione della salute, svoltasi a Jakarta nel 1997 offre l'occasione per riflettere su quanto, negli anni intercorsi dalla conferenza di Alma Ata, è emerso circa l'efficacia della promozione della salute, per analizzare i fattori che incidono su di essa e identificare le strategie che si rendono necessarie per fornire linee di indirizzo utili all'elaborazione di programmi di promozione della stessa nel 21° secolo.

Nella conferenza della Rete europea delle scuole che promuovono la salute (Health promoting school - HPS), tenutasi a Salonicco nel maggio del 1997, viene sottolineato il ruolo fondamentale della scuola nell'attivazione di processi atti a realizzare la salute delle giovani generazioni: "Tutti i bambini e i giovani hanno diritto e dovrebbero avere l'opportunità di essere educati in una scuola che promuove la salute".

Viene ribadito il concetto che **Educazione e Salute** costituiscono un binomio inscindibile e che, come dimostrato dall'esperienza delle scuole della Rete, "il successo nella realizzazione di politiche, principi, metodi per la promozione della salute nelle scuole può contribuire in modo significativo all'esperienza educativa da parte di tutti i giovani che in queste scuole vivono e apprendono".

Nel Maggio 1998 l'OMS adotta la "Dichiarazione Mondiale sulla Salute", con la quale gli Stati membri si impegnano a realizzare un vasto programma per l'attuazione di una "Strategia della Salute per tutti per il 21° secolo".

Successivamente gli Stati Membri della Regione Europea dell'OMS (51 Paesi, 870 milioni di abitanti) traducevano la "Dichiarazione mondiale sulla salute" in un Documento di carattere politico-tecnico ed operativo con cui venivano stabiliti 21 punti chiave per la promozione della salute nella Comunità Europea (HFA, Health For All).

I 21 punti impegnano gli stati membri della Comunità Europea a raggiungere, entro il 2020, i seguenti obiettivi:

1. Solidarietà per la salute nella regione europea - ridurre di almeno un terzo la disparità dello stato di salute ancora riscontrabile tra gli Stati membri della regione europea.

2. Equità nella salute - ridurre di almeno un quarto le disuguaglianze dello stato di salute esistenti, all'interno di ciascuna nazione europea, tra i vari gruppi socioeconomici.
3. Iniziare la vita in buona salute - assicurare un sano inizio di vita a tutti i neonati e i bambini in età pre-scolare.
4. La salute dei giovani - creare le condizioni per una migliore salute dei giovani, quale premessa indispensabile per un inserimento attivo e proficuo nella società.
5. Invecchiare in buona salute - assicurare alle persone con più di 65 anni uno stato di salute che permetta loro di svolgere ancora un ruolo nella società.
6. Migliorare la salute mentale - migliorare il benessere psicosociale di tutti e offrire una migliore assistenza sanitaria alle persone con problemi di salute mentale.
7. Ridurre le malattie trasmissibili - ridurre l'impatto negativo sulla salute delle malattie trasmissibili.
8. Ridurre le malattie non trasmissibili - ridurre la morbilità, disabilità e mortalità prematura provocata dalle principali malattie croniche.
9. Ridurre le lesioni provocate da violenze e da incidenti - ridurre in maniera sostanziale il numero di lesioni, invalidità e morti provocati da eventi traumatici.
10. Un ambiente fisico sano e sicuro - rendere l'ambiente più sano e sicuro controllando e riducendo gli agenti inquinanti dannosi.
11. Stili di vita più sani: (entro il 2015) - far adottare da tutti i gruppi della popolazione stili di vita più sani.
12. Ridurre i danni provocati da alcol, droga e tabacco - limitare i danni alla salute provocati dall'uso di sostanze che creano dipendenza come il tabacco, l'alcol e la droga.
13. Ambienti favorevoli alla salute - offrire a tutti, in ogni spazio di vita quotidiana (casa, scuola, luogo di lavoro e propria località), maggiori opportunità di fruire di un ambiente fisico e sociale salutare.
14. Responsabilità multisettoriale per la salute - coinvolgere la responsabilità di tutti i soggetti interessati nei processi di promozione della salute.
15. Sistema sanitario integrato - offrire a tutta la popolazione un migliore accesso a un'assistenza sanitaria di base e un sistema ospedaliero rispondente alle diverse esigenze.
16. Gestire la qualità dell'assistenza sanitaria - garantire una gestione del sistema sanitario coerente con l'obiettivo della salute per tutti.
17. Finanziamento della sanità e allocazione delle risorse - assicurare ai sistemi sanitari un finanziamento atto a consentire equità di accesso alle cure, efficienza e qualità dei servizi.
18. Migliorare le risorse umane per la salute - garantire una formazione del personale sanitario e di altri settori atto a far acquisire le competenze necessarie per la tutela della salute.
19. Ricerca e conoscenze per la salute - disporre di sistemi di ricerca, informazione e comunicazione atti a favorire l'implementazione delle conoscenze e la loro circolazione.
20. Mobilitare i partner per la salute - avviare alleanze e collaborazioni a livello di individui, di organizzazioni pubbliche e private e di società civile per la messa in atto di strategie condivise per la "Salute per tutti".
21. Politiche e strategie della "salute per tutti" - coinvolgere tutti gli stati membri nell'adozione e nell'attuazione di politiche per la "Salute per tutti" a livello nazionale, regionale e locale.

Fra le azioni realizzate dall'OMS per la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili si segnala la Giornata Mondiale della Sanità 2002, dedicata al tema "Attività fisica e salute" ("Move for Health").

Successivamente OMS e FAO, al fine di promuovere un complesso di azioni mirate alla prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili, hanno indetto una Consultazione Congiunta di Esperti, con il compito di individuare le basi scientifiche della conoscenza dei rapporti tra alimentazione e salute. Gli esiti della Consultazione sono stati resi noti nel documento intitolato "Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases", pubblicato nel 2003, ed utilizzati per definire una specifica proposta di Strategia Globale per la Dieta, l'Attività Fisica e la Salute, presentata nel gennaio 2004 e ancora da approvare da parte degli Stati membri dell'OMS. Per la prima volta sono presi in considerazione i condizionamenti ambientali che interferiscono sulla facoltà decisionale dell'individuo e che rendono difficile la messa in pratica di un percorso consapevolmente scelto per la salvaguardia della salute.

A partire da questa osservazione di fondo, la Strategia Globale rimarca la pressante necessità di un'azione coordinata da parte dei Governi, tesa a monitorare regolarmente il contesto ambientale e ad intervenire là dove si frappongano ostacoli, indipendenti dalla volontà dell'individuo, all'adozione di corretti stili di vita. Vanno cioè create condizioni favorevoli sia perché ciascuno faccia proprio il bisogno di orientare la sua volontà verso scelte salutari sia perché non intervengano a deviare le buone intenzioni fattori esterni, non controllabili o non sempre facilmente percepibili a livello individuale.

In questa ottica, appare chiaro che occorre in primo luogo formare la volontà del singolo per determinare in ciascuno una propensione interiorizzata e stabilizzata ad operare scelte consapevolmente indirizzate al proprio benessere.

Occorre, cioè, predisporre un percorso educativo che, attraverso la conoscenza (sapere) induca comportamenti (saper fare) coerenti con un modello di vita improntato al benessere globale della persona (saper essere).

La visione del mondo, le modalità di approccio alla soluzione dei problemi, gli stili di vita che l'uomo adotta nella maturità trovano la loro matrice nella varietà delle esperienze vissute in età evolutiva, negli atteggiamenti e comportamenti che in quella fase di rapida crescita più stabilmente si strutturano nella sua personalità. Un intervento precoce, a partire già dai primi anni di vita, rappresenta, pertanto, lo strumento più idoneo a sviluppare nelle nuove generazioni l'attenzione verso i fattori dai quali dipendono il benessere individuale e della collettività. Non è dato "saper essere" se la dimensione psichica non si integra con la fisicità, se al benessere della mente e dello spirito non si accompagna costantemente anche quello del corpo.

È quindi chiaro come la Salute rappresenta un processo globale, sociale e politico: non comprende solo gli interventi sui Sistemi Sanitari, ma tutte le azioni dirette a rinforzare le capacità di conoscenza ed adattamento degli individui e delle condizioni sociali, economiche, ambientali, in modo tale da ridurre l'impatto sulla salute, pubblica e individuale, di tutto quanto è sfavorevole salute, e si incentivi quanto la incrementa.

Il modello della Promozione della Salute, che appare quindi come un impegno ai Governi, alla Società Civile di tutte le Nazioni, vincola le Istituzioni ad attivare un processo di De-Medicalizzazione della Salute e dare dignità al processo di condivisione e responsabilità delle persone, nei confronti della propria salute.

Noi Medici dobbiamo scegliere: saremo in grado di tornare ad essere dei Facilitatori di Salute, insegnando, trasmettendo, mostrando con l'esempio, consigliando, a volte anche curando quando serve (1% del nostro tempo professionale) ma promuovendo salute ogni giorno (99%)? Oppure ci lasceremo trasformare in macchine servo-guidate, rinunciando alla nostra libertà di scelta, obbedienti a diktat e a protocolli, che non alzano più gli occhi dal computer per guardare in faccia il paziente, continuando a dimenticare che si tratta di una persona, di un mondo, di un universo di potenzialità di salute, di meravigliosi meccanismi innati di autoguarigione?

Dott. Paolo Zavarella
Medico Chirurgo,
specialista in Odontostomatologia
Osteopata D.O., Posturologo,
Esperto di Medicina Forestale
zavarella@airop.it +39.335.8122955

Riferimenti Bibliografici e citazioni

- CEDEFOP *Criteria and procedures for referencing national qualifications levels to the EQF*; 2010
- CEN *Norme Européenne prEN 16686, ICS 11.020 Disposizioni per i Servizi Sanitari Osteopatici*, Nov 2013
- CEN TC 414 *pr EN 16686:2013, Draft European Standard on Osteopathic healthcare provision. COMITÉ EUROPÉEN DE NORMALISATION*
- *Decreto Ministero Sanità 14 settembre 1994, n. 741 (in GU 9 gennaio 1995, n. 6)*
- Eurispes, *Rapporto Italia 2012*
- FORE (2010) *The European Framework for Standards of Osteopathic Practice, Forum for Osteopathic Regulation in Europe*
- ISTAT (2010) *ICD-10, CLASSIFICAZIONE STATISTICA INTERNAZIONALE DELLE MALATTIE E DEI PROBLEMI SANITARI CORRELATI. DECIMA REVISIONE. VOLUME 1. MINISTERO DELLA SANITÀ DIPARTIMENTO PER L'ORDINAMENTO SANITARIO, LA RICERCA E L'ORGANIZZAZIONE DEL MINISTERO ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ GINEVRA. ISTITUTO POLIGRAFICO E ZEC-CA DELLO STATO LIBRERIA DELLO STATO*
- *Legge n° 244 del 24 Dicembre 2007 Articolo 2, comma 355*
- *Senato.it - Legislatura 17^a - 12^a Commissione permanente - Resoconto sommario n. 147 del 31/07/2014*
- WHO (1986) - *OMS The Ottawa Charter for Health Promotion: 1° Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, 17-21 novembre 1986 - Ottawa, Ontario, Canada*
- WHO (2010) *Benchmark per la formazione osteopatica*; ISBN 978 92 4 159966 5; Class. NLM: WB 940; 2010
- WHO (2010) *Benchmarks for training in Osteopathy, World Health Organization*
- WHO (2013) *Traditional Medicine Strategy 2014-2023, World Health Organization*
- https://www.dors.it/documentazione/testo/201509/Ottawa_1986_ita.pdf
- <https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion>
- *La Carta di Ottawa per la Promozione della Salute (PDF)*, su asnapoli1centro.it.
- *CARTA DI OTTAWA*, su ausl.fe.it.
- https://web.archive.org/web/20100613134723/http://www.trentinosalute.net/Upload-Docs/1346_006.pdf
- <https://www.azioniquotidiane.info/documenti/la-carta-di-ottawa#:~:text=In%20occasione%20della%20Prima%20conferenza,benessere%20psico%2Dfisico%20della%20persona.>

LE NUOVE FRONTIERE DELL'ARS MEDICA IN AMBITO GIURIDICO DOPO L'ESPERIENZA COVID-19, TRA IL "DARE CURE" E IL "PRENDERSI CURA"

NO
ECM

* di ANDREA MONTANARI e PAOLO ZAVARELLA

1. *L'Ars Medica oggi tra libertà di cura in scienza e coscienza e principio del neminem laedere e obblighi normativi sovranazionali e statuali in aumento.*

2. *La normativa internazionale e unionale UE. La normativa costituzionale e la sempre più distorta interpretazione del concetto di diritto alla salute durante l'esperienza "covid-19".*

3. *Leggi nazionali e codice deontologico: il codice quale ultimo baluardo di autonomia e libertà per il medico e per il paziente?*

4. *L'ingerenza dello Stato e l'Ars Medica sempre più "in catene" tra protocolli, linee guida e raccomandazioni ministeriali.*

5. *L'arrivo della Intelligenza Artificiale in Medicina.*

1. L'Ars Medica oggi tra libertà di cura in scienza e coscienza e principio del neminem laedere e obblighi normativi sovranazionali e statuali in aumento.

L'Ars Medica (Medicina, dal latino "medicina", in origine "**ars medicina**", "pertinente al medico o al curare", la scienza che ha per oggetto lo studio delle malattie, la loro cura e la loro prevenzione (1), trova le sue antiche origini, la sua Carta dei principi inviolabili, dei diritti e dei doveri etici e professionali del Medico, nel c.d. **Giuramento di Ippocrate**, il primo testo deontologico nella storia della medicina. Il testo è storicamente attribuito a Ippocrate, medico greco che chiedeva ai suoi allievi di recitarlo in onore di Apollo, dio della medicina; in realtà non è assolutamente certa la paternità genetica del giuramento ma, dato che Ippocrate è considerato il padre della medicina antica, il testo associato a questa figura di rilievo del passato è significativa e simbolica.

La nascita del pensiero scientifico in Grecia vide, infatti, la completa emancipazione del medico dal

sacerdote. Il medico era un uomo e la sua opera – diversamente da quella del sacerdote che lo aveva preceduto – non aveva connotazioni soprannaturali, mistiche od astratte. [2]

Ma perché parliamo ancor oggi di "Ars Medica" ? Nella Grecia antica, in cui intenso fu il rapporto tra medicina e filosofia, secondo Platone la medicina occupava **un ruolo centrale tra le tèchnai, le arti**, in quanto si occupava dell'uomo e del suo corpo (Τέχνη ἰατρική = Ars Medica) [3]

I primi testi greci di medicina furono scritti nella scuola di Kos, fondata nel V secolo a.C. proprio da Ippocrate; le sue opere, compreso il testo del giuramento etico, sono raccolte nel Corpus Hippocraticum, una raccolta di scritti di argomento medico che assorbono un arco di tempo che va dalla fine del V sec. a.C. al I sec. d. C., e che nel corso della storia sono stati collegati in modo diretto od indiretto all'ambiente di Ippocrate. Nelle opere ippocratiche si rinviene per la prima volta una definizione della **malattia** come un insieme ordinato di sintomi e della **cura** come un utilizzo logico di elementi terapeutici correlati ai sintomi, preceduto dalla ricerca delle cause della malattia medesima: la medicina ippocratica si stacca quindi completamente da quella sacerdotale e/o magica e si fonda soltanto sul ragionamento e sull'esperienza.

Descrivere il passato, comprendere il presente, prevedere il futuro: questo era il compito che Ippocrate assegnava alla medicina. **L'anamnesi** (cioè la ricostruzione della storia clinica del paziente), **la diagnosi** (cioè la comprensione della situazione presente) e **la prognosi** (cioè la previsione sul suo decorso futuro) sono quindi **i tre momenti essenziali della scienza medica**.

Ippocrate già abbraccia fin dai suoi tempi **una concezione olistica dell'organismo**, alla cui salute e benessere contribuiscono tutti gli organi, così come le malattie che sono un'alterazione dell'equilibrio generale. Questa idea innovativa lo porta a una

concezione della terapia come ricostituzione di uno stato globale di salute dell'essere umano, in cui inserisce il concetto del *regime o stile di vita*: una progressiva rieducazione dell'organismo alla salute attraverso una sapiente regolazione della dieta, dell'esercizio fisico, delle condizioni igieniche e ambientali (4)

Questi valori ippocratici li ritroviamo pienamente nel concetto di “**prendersi cura**” del paziente, in una vera e profonda e virtuosa alleanza terapeutica tra medico e paziente, che va ben oltre al più semplice e limitato (e limitativo) concetto di “**dare le cure**”. Questo il testo antico del giuramento.

IL GIURAMENTO ANTICO - V sec. a.C.

*“Giuro per Apollo medico e Asclepio e Igea e Panacea e per gli dèi tutti e per tutte le dee, chiamandoli a testimoni, che eseguirò, secondo le forze e il mio giudizio, questo giuramento e questo impegno scritto: di stimare il mio maestro di questa arte come mio padre e di vivere insieme a lui e di soccorrerlo se ha bisogno e che considererò i suoi figli come fratelli e **insegnerò quest'arte**, se essi desiderano apprenderla; di rendere partecipi dei precetti e degli insegnamenti orali e di ogni altra dottrina i miei figli e i figli del mio maestro e gli allievi legati da un contratto e **vincolati dal giuramento del medico**, ma nessun altro.*

Regolerò il tenore di vita per il bene dei malati secondo le mie forze e il mio giudizio, mi asterrò dal recar danno e offesa.

Non somministrerò ad alcuno, neppure se richiesto, un farmaco mortale, nè suggerirò un tale consiglio; similmente a nessuna donna io darò un medicinale abortivo.

Con innocenza e purezza io custodirò la mia vita e la mia arte. Non opererò coloro che soffrono del male della pietra, ma mi rivolgerò a coloro che sono esperti di questa attività.

In qualsiasi casa andrò, io vi entrerò per il sollievo dei malati, e mi asterrò da ogni offesa e danno volontario, e fra l'altro da ogni azione corruttrice sul corpo delle donne e degli uomini, liberi e schiavi.

Ciò che io possa vedere o sentire durante il mio esercizio o anche fuori dell'esercizio sulla vita degli uomini, tacerò ciò che non è necessario sia divulgato, ritenendo come un segreto cose simili.

E a me, dunque, che adempio un tale giuramento e non lo calpesto, sia concesso di godere della vita e dell'arte, onorato degli uomini tutti per sempre;

mi accada il contrario se lo violo e se spergiuro”. Ed ora rivediamo il testo moderno, nella **versione vigente italiana** aggiornata e approvata dal comitato centrale di FNOMCEO (Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri) nel 2014, a parziale modifica del testo precedente approvato, sempre da FNOMCEO, nel 2006

IL GIURAMENTO MODERNO - XXI sec. d.C. versione ufficiale FNOMCEO 2014

Consapevole dell'importanza e della solennità dell'atto che compio e dell'impegno che assumo, giuro:

- di esercitare la medicina **in autonomia di giudizio e responsabilità di comportamento contrastando ogni indebito condizionamento che limiti la libertà e l'indipendenza della professione;**
- di perseguire **la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica**, il trattamento del dolore e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della dignità e libertà della persona cui con costante impegno scientifico, culturale e sociale ispirerò ogni mio atto professionale;
- di curare ogni paziente con scrupolo e impegno, **senza discriminazione alcuna**, promuovendo l'eliminazione di ogni forma di disegualianza nella tutela della salute;
- di non compiere mai atti finalizzati a provocare la morte;
- di non intraprendere né insistere in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati, **senza mai abbandonare la cura del malato;**
- di perseguire con la persona assistita **una relazione di cura fondata sulla fiducia e sul rispetto dei valori e dei diritti di ciascuno** e su un'informazione, preliminare al consenso, comprensibile e completa;
- di attenermi ai principi morali di umanità e solidarietà nonché a quelli civili di rispetto dell'autonomia della persona; - di mettere le mie conoscenze a disposizione del progresso della medicina, fondato sul rigore etico e scientifico della ricerca, i cui fini sono la tutela della salute e della vita;
- di affidare la mia reputazione professionale alle mie competenze e al rispetto delle regole deontologiche e di evitare, anche al di fuori dell'esercizio professionale, ogni atto e comportamento

che possano ledere il decoro e la dignità della professione;

- di ispirare la soluzione di ogni divergenza di opinioni al reciproco rispetto;
- di prestare soccorso nei casi d'urgenza e di mettersi a disposizione dell'Autorità competente, in caso di pubblica calamità;
- di rispettare il segreto professionale e di tutelare la riservatezza su tutto ciò che mi è confidato, che osservo o che ho osservato, inteso o intuito nella mia professione o in ragione del mio stato o ufficio;
- di prestare, **in scienza e coscienza**, la mia opera, con diligenza, perizia e prudenza e secondo equità, osservando le norme deontologiche che regolano l'esercizio della professione.

Il **rispetto della vita** e della **dignità del malato**, la **perizia** e la **diligenza** nell'esercizio della professione: questi sono quindi alcuni dei **doveri** che ogni medico deve rispettare secondo il giuramento, ma non solo. Anche **diritti**, come il **diritto alla libertà di cura**, "**in scienza e coscienza**" esercitando la professione medica **in modalità libera e indipendente** ("**esercitare la medicina in autonomia di giudizio e responsabilità di comportamento contrastando ogni indebito condizionamento che limiti la libertà e l'indipendenza della professione**").

E altri doveri come il principio del "*neminem laedere*" (declinato poi anche nel brocardo del "*primum non nocere*") che è vergato nel passaggio "**... perseguire come scopi esclusivi la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo della sofferenza di non compiere mai atti idonei a provocare deliberatamente la morte di un paziente ... di astenersi dall' "accanimento" diagnostico e terapeutico**" (5) (6).

In questo quadro preliminare storico-sistematico si inseriscono **gli obblighi "normativi" sovranazionali e statali, in aumento poco prima e poi durante l'esperienza Covid-19**, che stanno andando a comprimere alcuni dei sacri e consolidati principi della Medicina Ippocratica con il rischio di trasformare sempre più il medico nel cd. "*nudus minister*", un mero esecutore di protocolli, direttive, circolari e linee guida "imposte" dall'alto. Quando si parla (spesso impropriamente) di "**obblighi normativi**" occorre peraltro chiarirsi sul concetto di norma giuridica "obbligatoria" e non si può non fare riferimento, seppur brevemente, al sistema cd. delle "**fonti del diritto**" e alla **gerarchia delle**

predette fonti. Le "**fonti del diritto**" sono l'**insieme degli atti giuridici** ma anche dei **fatti materiali** che un ordinamento giuridico reputa idonei a modificare o innovare l'ordinamento medesimo, introducendo nuove norme e poi modificandole nel corso del tempo.

Dette fonti danno vita al sistema normativo di riferimento che regola la vita di una determinata collettività (il c.d. **diritto oggettivo**), sistema che deve garantire la **conoscibilità** delle norme, in modo che il cittadino possa averne consapevolezza e quindi rispettare le prescrizioni impartite.

Occorre poi distinguere due tipologie di fonti: le **fonti-atto** che sono appunto **atti giuridici**, norme scritte emanate da organi cui l'ordinamento ha riconosciuto la titolarità del relativo potere e le **fonti-fatto** (di portata molto residuale e meramente integrativa) che si identificano invece con **azioni e comportamenti** (i c.d. **usi e consuetudini**) che in presenza di determinati presupposti, l'ordinamento reputa idonei a produrre norme giuridiche.

Nel diritto italiano l'indicazione delle fonti è contenuta all'**art. 1** delle "**Disposizioni sulla legge in generale**" che precedono il **codice civile**, comunemente dette "**preleggi**" (previsione incompleta, dovuta al fatto che le preleggi sono entrate in vigore assieme al codice civile nel 1942, quindi non tengono conto né dell'avvento della **Costituzione**, né dell'adesione dell'Italia alla **Comunità Europea** prima e all'**Unione Europea** poi e neppure dell'avvento dell'**autonomia legislativa regionale**).

Il sistema di fonti del diritto delineato dalle preleggi è quindi particolarmente scarno e comprende soltanto le **leggi**, i **regolamenti** e gli **usi**.

Un sistema che è stato quindi integrato e comprende anche:

- **principi fondamentali e diritti inviolabili (in particolare gli artt. 1-12, 13-54 e 139)** sanciti dalla Costituzione della Repubblica Italiana (c.d. "**nucleo rigido**");
- **Costituzione della Repubblica Italiana** (non "**nucleo rigido**, le residue norme"), **leggi costituzionali** e di **revisione costituzionale**, **altre fonti di rilievo costituzionale o sovra-costituzionale** (diritto primario dell'Unione Europea, trattati e convenzioni internazionali);
- **fonti primarie** (leggi ordinarie dello Stato e atti aventi forza di legge, leggi regionali);
- **fonti secondarie** (regolamenti governativi, regolamenti regionali e degli enti locali);
- **usi e consuetudini**.

Il sistema di fonti sopra indicato è gerarchico e può essere rappresentato graficamente come una piramide, al cui vertice sono collocate le fonti di rango più alto e via via quelle di livello inferiore; un sistema strutturato per risolvere gli eventuali **contrast** tra fonti giuridiche coeve ma dotate di forza giuridica diversa, sancendo la **prevalenza** della fonte di rango superiore rispetto a quella di livello inferiore, precludendo a quest'ultima di **derogarvi** o di porsi in contrasto con il contenuto della fonte sovraordinata, pena la declaratoria di **illegittimità**. L'adesione dell'Italia alla Comunità Europea, divenuta poi **Unione Europea**, ha posto poi anche il problema dei **rapporti** tra il **diritto "esterno"** e le **fonti dell'ordinamento "interno"**.

Fino alla riforma del 2001, la Costituzione italiana non conteneva peraltro alcuna norma che giustificasse la vigenza del diritto comunitario nell'ordinamento italiano.

Inizialmente il problema è stato quindi risolto in via giurisprudenziale (7):

La **riforma del Titolo V della Costituzione**, attuata con Legge n. 3 del 2001, ha poi modificato il disposto dell'**art. 117** costituzionalizzando il **vincolo, per lo Stato e le Regioni, al rispetto degli obblighi europei nelle materie di rispettiva competenza**.

Il primo comma dell'art. 117, nella versione riformata, testualmente recita: "la potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni **nel rispetto** della Costituzione nonché dei **vincoli** derivanti dall'**ordinamento comunitario** e dagli obblighi internazionali".

Attualmente, quindi, **le fonti primarie dell'Unione** si collocano, a livello gerarchico:

- immediatamente **al di sotto** del "**nucleo rigido**" (artt. 1-12, 13-54 e 139) di principi fondamentali sanciti in Costituzione
- in posizione **paritaria** rispetto alle **fonti costituzionali e di rilievo costituzionale**
- in posizione **sovraordinata** rispetto alle **fonti primarie** dell'ordinamento italiano (non costituzionali).

Le **Convenzioni internazionali** sono anch'esse fonti di livello costituzionale e consistono nelle **norme di diritto internazionale generalmente riconosciute**. Norme che entrano a far parte dell'ordinamento delle fonti di diritto interno tramite il meccanismo di **adattamento automatico** previsto all'**art. 10 comma 1** della **Costituzione**, secondo cui "*L'ordinamento*

giuridico italiano si conforma alle norme del diritto internazionale generalmente riconosciute".

Scendiamo ora alle c.d. fonti "primarie" del diritto italiano che sono quelle previste e disciplinate direttamente in Costituzione e collocate, a livello gerarchico, in posizione immediatamente subordinata alla Costituzione stessa e alle altre fonti di rilievo costituzionale. E così:

- le **leggi ordinarie statali**,
- gli **atti aventi forza di legge (D.L. e D.Lgs)**,
- le **leggi delle Regioni e delle Province autonome**.

Veniamo adesso alle cd. "**fonti secondarie**". Mentre le fonti di livello costituzionale e quelle primarie rappresentano necessariamente un "**numero chiuso**", essendo solo quelle previste dalla Costituzione e non potendo subire integrazioni da parte del legislatore ordinario, lo stesso non può dirsi per le fonti secondarie.

Il decentramento amministrativo che connota l'ordinamento italiano consente infatti di dislocare tali fonti su altrettanti livelli, dando luogo a **sistemi di fonti secondarie di tipo statale, regionale e delle autonomie locali** tra loro indipendenti.

Fonti secondarie statali sono i **regolamenti governativi**, che nella scala gerarchica delle fonti si collocano appunto al di sotto delle fonti primarie. L'art. 17 della L. n. 400/1988 ne indica tipologie, finalità e modalità di adozione dei regolamenti, prescrivendo che sono deliberati dal Consiglio dei Ministri e assumono la veste formale di decreti del Presidente della Repubblica (DPR). Le fonti secondarie delle Regioni e degli enti locali sono rappresentate dai **regolamenti regionali** - in ossequio alla potestà regolamentare delle Regioni, prevista all'art. 117 comma 6 della Costituzione - e dai **regolamenti degli enti locali**.

Ancor più subordinate alle fonti primarie e secondarie sono quelle di **natura consuetudinaria**. Si tratta dei c.d. **usi e consuetudini** appunto, che in presenza di determinati presupposti assurgono al rango di fonti del diritto, le già menzionate **fonti-fatto**.

Una nota a parte meritano i **DPCM** e le **Circolari** (ministeriali o emanate da altro Ente pubblico o apparato dello Stato, ad esempio la Direzione generale della Agenzia generale delle Entrate o l'Istituto Superiore di Sanità) che **non fanno parte**, come si è già notato, della "**gerarchia delle fonti del diritto**", in quanto **non sono fonti del diritto "in senso proprio"**.

I **DPCM**, di cui si è abusato illegittimamente oltre ogni limite di decenza giuridica e sociale soprattutto durante il cd. Governo Conte-bis nel 2020 e in parte del 2021 (chi può dimenticare i lockdown liberticidi e le altre norme abnormi di quel periodo disposti con questo strumento, in assenza di alcuna riconosciuta evidenza scientifica ?), primo caso nella storia della Repubblica Italiana di uso così distorto di un provvedimento, sono in realtà semplici **atti amministrativi** di natura regolamentare che **non hanno forza di legge** e costituiscono una fonte normativa di rango del tutto subordinato che non può essere equiparata ad una legge e conseguentemente non può assolutamente derogare a una norma superiore, come sono la legge ordinaria o gli atti aventi forza di legge, per non parlare della Costituzione e delle altre norme sovranazionali di alto rango.

Le **Circolari** invece sono “**atti interni**” che **vincolano solo i dipendenti della pubblica amministrazione**.

Esse non hanno alcun valore come fonte del diritto: non sono indirizzate al cittadino (ma solo al pubblico dipendente) e, pertanto, non lo vincolano come non vincolano neanche il giudice che, quindi, su ricorso del cittadino al quale la pubblica amministrazione abbia negato un diritto o abbia imposto un onere, può disapplicare la circolare medesima: in altre parole il giudice non deve (o non dovrebbe) tenerne conto e deve ordinare all'ente pubblico di operare nel modo conforme alla norma di legge (8) (9).

In questo complesso e articolato quadro della gerarchia delle fonti si inseriscono **gli obblighi “normativi”**, di ritenersi di varia intensità e a vari livelli della gerarchia delle fonti (come abbiamo visto), **in aumento poco prima e poi soprattutto durante l'esperienza Covid-19** (10) che stanno andando a comprimere sempre più alcuni dei sacri e consolidati principi della Medicina Ippocratica ma anche i diritti dei pazienti.

Ex multis, dalla **Legge Gelli Bianco (l. n.24/2017)** che ha sancito la responsabilità “gradata” (cioè “ridotta”) da mal practice per il medico che si “adeguì” alle linee guida e/o raccomandazioni fornite dalle circolari ministeriali e/o dalle superiori Autorità sanitarie, alla **introduzione “forzata”** con autorizzazione emergenziale FDA per gli USA ed EMA per la UE **dei cd. “vaccini contro il Covid-19”** (da più parti in letteratura definiti più correttamente “pro farmaci genici”, a tutt'oggi, sotto certi ampi profi-

li, ancora “sperimentali”), agli **obblighi vaccinali imposti - con D.L. n.44/2021** e successivi provvedimenti - a sanitari e altre categorie di lavoratori nell'ambito della scuola e delle forze dell'ordine e poi agli “over 50” (con il D.L. n.1 del 7-1-22) che, pur dichiarati “legittimi” (per ora, sulle prime ordinanze remissive ad oggi decise) dalla **prime sentenze della Corte Costituzionale n.15, 16 e 17/2023**, continuano ad essere dichiarati illegittimi da numerosi Giudici di merito nazionali, alle conseguenti cd. “*sospensioni ope legis*” di carattere disciplinare deliberate dagli Ordini professionali nei confronti di coloro che non avevano fatto o completato il “ciclo completo” vaccinale, al **Regolamento UE n. 953/21**, ad oggi prorogato, che ha introdotto il cd. “**Green pass**” a livello europeo, strumento liberticida di evidente controllo sociale, fondato sulla inesistente verità scientifica che il farmaco anti Covid detto “vaccino” immunizzi dalla trasmissione dell'ospite (strumento poi ancor più vessatoriamente declinato nell'ordinamento italiano con il D.L. n. 105 del 23-7-2021), alla miriade di **protocolli, linee guida e raccomandazioni emessi con circolari** (ministeriali e/o amministrative) dal Ministero della salute, dal Ministero del Lavoro, dal Ministero dell'interno, della Pubblica Istruzione, e dalle massime Autorità Sanitari nazionali (quali AIFA; ISS, CSS).

La Costituzione italiana del 1948 poi, in punto **diritto alla salute** (anche nella accezione di libertà di cura per il medico e di libertà della scelta terapeutica per il paziente), libertà di opinione, di movimento, dignità personale, lavoro, principio di uguaglianza e altri diritti e libertà inviolabili (fonti primarie), durante la pandemia (rammentiamo costruita su una “dichiarazione di stato di emergenza nazionale” della durata di due anni che non è contemplata dalla Costituzione medesima e che qualche giudice ha dichiarato illegittima) è stata certamente violentata.

La carenza di una disposizione costituzionale sui cd. “stati di emergenza” lascia quindi aperti molti interrogativi sulla titolarità e legittimità dei poteri emergenziali, sulla latitudine e sulle modalità del loro esercizio.

In questi giorni, dopo l'uscita dell'ultima circolare Ministero Salute del 14-8-23 (ancora in materia di vaccinazione consigliata contro il covid-19 per il periodo autunno inverno 2023-24), si discute infine della **riforma in corso del Codice di deontologia medica** in senso probabilmente restrittivo in punto libertà di cura e di opinione del medico.

* **Bibliografia di riferimento (paragrafo 1).**

- (1) Treccani on line, Enciclopedia, alla voce “Medicina”
- (2) *La medicina antica* - V. Gazzaniga - Ed. Carocci 2014
- (3) *L'arte della medicina* - Ippocrate Curatore: C. Carena - Ed. Einaudi 2020
- (4) Treccani on line, Enciclopedia, alla voce “Ippocrate”.
- (5) Crawshaw, Ralph. “Il giuramento di Ippocrate”. *Bmj. BMJ: British Medical Journal*, TH Pennington, CI Pennington, et al., vol. 309, n. 6959, JSTOR, 8 ottobre 1994.
- (6) Jones, Mary Cadwalader. “Il giuramento di Ippocrate”. *L'American Journal of Nursing*. vol. 9, n. 4, JSTOR, gennaio 1909.
- (7) prima con la sentenza *Costa c. Enel del 1964*, ma soprattutto con la successiva pronuncia n. 183 del 1973 (*Frontini*), la Corte Costituzionale italiana ha individuato nell'art. 11 della Costituzione il fondamento giuridico alle limitazioni di sovranità da parte dell'Italia in favore dell'ordinamento comunitario. Si è pertanto affermato il **primato del diritto comunitario** e dell'Unione **sul diritto interno**, con il solo **limite** dei principi fondamentali e dei diritti inviolabili che costituiscono il c.d. “**nucleo rigido**” della Costituzione italiana.
- (8) Cons. Stato sent. n. 567/2017.
- (9) nello stesso senso, Corte Cass. sent. n. 6185 del 10.3.2017.
- (10) sulle fonti del diritto e relativa gerarchia e sul sistema delle fonti messo a dura prova dallo stato di emergenza sanitaria: v. Altalex, *Le fonti del diritto: la guida completa, Classificazione, gerarchia e antinomie*, 2021, di Irene Marconi; Elena D'Orlando e Federico Nassuato, *Linee guida e sistema delle fonti: un'ipotesi ricostruttiva*, in *Corti supreme e salute* 2021, 1, pp. 56 ss ; Massimo Luciani, *Il sistema delle fonti del diritto alla prova dell'emergenza*, in *Rivista AIC*, 2020, n. 2; Michele Belletti, *La “confusione” nel sistema delle fonti ai tempi della gestione dell'emergenza da Covid-19 mette a dura prova gerarchia e legalità*, in *Osservatorio AIC*, 2020, n. 3; Elena D'Orlando, *Emergenza sanitaria e Stato regionale: spunti per una riflessione*, in *Osservatorio sulle fonti*, 2020, n. 2, è pp. 577 ss., disponibile in: [\[riosullefonti.it\]\(http://www.osservatorio.sullefonti.it\); A. Ruggeri, *Il coronavirus, la sofferta tenuta dell'assetto istituzionale e la crisi palese, ormai endemica, del sistema delle fonti*, in *Consulta OnLine*, 1, 2020, 6 aprile 2020, pp. 203 ss., disponibile in \[www.giurcost.org\]\(http://www.giurcost.org\) e, dello stesso Autore, “*Itinerari di una ricerca sul sistema delle fonti*. XXIV. Studi dell'anno 2020, Torino, Giappichelli, 2021, pp. 279 ss.](http://www.osservato-</div><div data-bbox=)

2. La normativa internazionale e unionale UE (sulla Salute e sul Benessere come Diritto naturale fondamentale di ogni essere umano). La normativa costituzionale e la sempre più distorta interpretazione del concetto di diritto alla salute durante l'esperienza “covid-19”.

2.1. La normativa internazionale e unionale UE (sulla Salute e sul Benessere come Diritto naturale fondamentale di ogni essere umano).

Le convenzioni, dichiarazioni, carte, conferenze internazionali ed europee in materia di diritto alla Salute e al Benessere della persona umana, e così riguardanti direttamente il perimetro concettuale e il campo operativo dell'Ars Medica, sono plurime, e la loro diversificata valenza giuridica va inquadrata nel sistema di gerarchia delle fonti che abbiamo delineato al precedente paragrafo 1.

Ne ricorderemo qui alcune delle più importanti.

2.1.a). La Carta di Ottawa (1986), la Dichiarazione di Jakarta (1997) e la Carta di Bangkok (2005)

–

La salute in quanto **diritto fondamentale** è essenziale per uno sviluppo sostenibile di paesi e territori. Per tale motivo, nelle società post-industriali, è divenuta per le politiche sociali un punto di discussione prioritario che ha spostato il **focus di attenzione dalla malattia alla salute intesa in senso olistico e globale, cioè come Benessere (ben-essere) psico-fisico dell'essere umano** e, in particolare, alla sua promozione nel contesto sociale.

La promozione è quel momento inscindibile dall'insieme di processi tendenti al miglioramento delle condizioni di vita e di benessere delle persone attraverso il controllo della salute stessa, così come affermato e sostenuto nei maggiori documenti del WHO (World Health Organization o OMS Organizzazione Mondiale della sanità), degli ultimi decenni: “*La Carta di Ottawa*” – 1986 e *La Dichiarazione di Jakarta “Condurre la promozione della salute nel 21° secolo”* – 1997 (11) (12) (13).

La promozione quivi rappresenta, dunque, **un pro-**

cesso sociale che non comprende solo azioni volte a rafforzare le abilità e le capacità dei singoli individui, ma anche azioni rivolte alla modifica delle condizioni sociali, ambientali ed economiche, in modo da attenuare il loro impatto sulla salute del singolo e della collettività. Nelle Carte internazionali di cui in narrativa (aventi un valore programmatico e di impegno per gli Stati aderenti al WHO) La promozione della salute è **il tentativo di modifica degli stili di vita**, puntando l'attenzione sulla responsabilità dei soggetti che potrebbero in tal modo ampliare il controllo sulla propria salute e contemporaneamente ne aumentare il grado di miglioramento della salute. La promozione della salute, attraverso investimenti e azioni, agisce sui suoi determinanti per creare, a sua volta, maggiore guadagno di salute. Ciò contribuisce in maniera significativa alla riduzione delle iniquità rispetto al godimento della salute e, inoltre, garantisce i diritti umani e per costruire reti. Si parla, invece, di educazione alla salute quando ci riferiamo ad azioni positive (empowerment) che mirano a modificare il comportamento delle persone che sono in relazione tra loro e sono inserite in un ambiente, tali azioni renderebbero capaci i soggetti di influenzare la loro vita e le loro condizioni di vita.

La Carta di Ottawa (1986) individua cinque aree d'azione prioritarie di azione: 1) costruire una politica pubblica per la salute; 2) creare ambienti favorevoli alla salute; 3) rafforzare l'azione della comunità; 4) sviluppare le abilità personali; 5) ri-orientare i servizi sanitari, sulle quali intervenire attraverso tre strategie fondamentali per la promozione della salute:

1. *advocacy*, al fine di creare le condizioni essenziali per la salute precedentemente indicate;
2. *enabling*, per abilitare le persone a raggiungere il loro massimo potenziale di salute;
3. *mediating*, per mediare tra i diversi interessi esistenti nella società nel perseguire obiettivi di salute.

Il Parlamento di Ottawa come conseguenza del motto "**Salute per tutti entro l'anno 2000**" (e a seguito del progresso ottenuto a partire dalla Dichiarazione di Alma-Ata del 1978 che introdusse il concetto innovativo di "*assistenza sanitaria primaria*") genera quindi il concetto di **Promozione della Salute** e, sull'onda della definizione del concetto di Salute dell'OMS del 1948 (la cui costituzione definisce la "Salute" come "*uno stato di completo*

benessere fisico, sociale e mentale e non soltanto l'assenza di una malattia ... "dove "*la Salute è una risorsa per la vita quotidiana e non lo scopo dell'esistenza*", dichiara che:

"Per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l'ambiente circostante o di farvi fronte..." ..mettendo in luce cioè che la Salute va vista come risorsa per le doti personali, sociali e fisiche che devono trovare la loro realizzazione nell'ambiente in cui si vive, precisando che la sua Promozione..." "...va al di là degli stili di vita e punta al benessere." (14),

La Promozione della Salute secondo la Carta deve... "*mettere in grado tutte le persone di raggiungere appieno il loro potenziale di salute*". Essa "*richiede un'azione coordinata da parte di tutti i soggetti coinvolti: i governi, il settore sanitario e gli altri settori sociali ed economici, le organizzazioni non governative e di volontariato, le autorità locali, l'industria e i mezzi di comunicazione di massa.*"

E infine pone come questioni essenziali per la Promozione della Salute: **l'Assistenza, l'Oli-smo e l'Ecologia.**

Queste strategie e aree d'azione risultano essere significative per tutti i Paesi, così come ribadito e confermato nella **Dichiarazione di Jakarta (1997)** che, a sua volta, individua le 5 priorità per la **promozione della salute** (questa volta) nel 21° secolo: **1. Promuovere una responsabilità sociale per la salute** attraverso azioni dei decisori del settore pubblico e privato tendenti a realizzare pratiche in grado di promuovere e tutelare la salute; **2. Aumentare gli investimenti per il miglioramento della salute** con risorse dedicate alla produzione e al guadagno di salute (di enti pubblici/privati, di persone singole/gruppi); **3. Ampliare le partnership per la promozione della salute** attraverso accordi volontari tra due o più partner per lavorare in modo cooperativo rispetto a un insieme di risultati di salute condivisi; **4. Accrescere le capacità della comunità e attribuire maggiore potere agli individui** con azioni realizzate attraverso sforzi collettivi compiuti dalle comunità, per implementare il controllo sui determinanti di salute e quindi per migliorare conseguentemente la salute; **5. Garantire un'infra-**

struttura per la promozione della salute che faciliti una risposta organizzata di promozione della salute ai temi ed alle sfide della sanità pubblica.

Purtroppo, come ben sappiamo, queste promesse non si sono realizzate nei tempi previsti (l'ottimismo auspicio che in soli 14 anni, dal 1986 al 2000, questo modello potesse affermarsi su scala planetaria è rimasto lettera morta). E ancor oggi (anzi forse di più che negli anni ottanta) il grande **business dei prodotti farmaceutici e delle politiche sanitarie volte a erogare delle mere prestazioni mediche** piuttosto che ad aiutare realmente chi ha difficoltà fisiche – ma anche psicologiche o spirituali – rappresentano la prassi dominante.

Di questa situazione tenta di prendere atto la **Carta di Bangkok (2005)** che afferma che “*iniquità all'interno delle nazioni e tra di loro, nuovi modelli di consumo e di comunicazione, commercio, degrado ambientale e urbanizzazione*” sono **i fattori negativi per la salute** che la sesta Conferenza ha individuato e segnato in calendario come problemi da risolvere. La nuova Carta del 2005 prende atto del fatto che il mondo in cui viviamo è ormai regolato da **logiche globali** e propone di sfruttare tali logiche in maniera positiva, diffondendo competenze, creando associazioni e reti e sostenendo la causa della salute facendo leva su valori universalmente riconosciuti come la solidarietà e la tutela dei diritti umani. L'invito rivolto alla sfera istituzionale è perentorio: la **promozione della salute** deve essere un punto centrale dell'agenda dello sviluppo mondiale e una responsabilità prioritaria di tutti i Governi. L'OMS ha il dovere datogli dal proprio ruolo, secondo la Carta di Bangkok, di colmare il **dislivello** che si è creato fra i buoni propositi espressi nel 1986 a Ottawa e l'attuazione pratica dei medesimi in termini di legislazione e programmi di politica sanitaria.

2.1.b). La Carta di Nizza e le altre principali Convenzioni internazionali e/o europee in materia di diritto alla salute.

Brevemente, le ricordiamo (almeno le principali) a seguire.

La Convenzione europea per la salvaguardia dell'uomo e delle libertà fondamentali (Roma 1950, Parigi 1952) detta CEDU è la prima Carta dei diritti della attuale Unione europea ma non contiene previsione espresse sul diritto alla salute e/o diritti immediatamente collegati (come l'integrità psico-fisica), tranne il diritto alla vita e il diritto alla

dignità personale in generale (cd. “Diritto CEDU, con giudice deputato la Corte europea dei diritti dell'uomo) (15).

La Convenzione di Oviedo (Oviedo 1997) è invece la convenzione europea per la protezione e dei diritti dell'integrità e della dignità dell'essere umano riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina. E' anche detta “Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina” ma, seppur sottoscritta dall'Italia tra i Paese aderenti, il nostro Stato ha autorizzato con Legge n.145/2001 la successiva legge di ratifica ma poi non ha ancora depositato lo strumento di ratifica della medesima. Essa contiene un'insieme di norme dirette alla difesa della dignità umana (art. 1 protezione dell'essere umano e della sua identità, dignità e integrità rispetto alle sperimentazioni biomediche; art. 2 primato delle essere umano, del suo interesse e del suo bene, sugli interessi della società e della scienza; art. 5 regole generali sul consenso informato; art. 13 e 15 limitazioni agli interventi sul genoma umano e tutela delle persone che si sottopongono a ricerche biomediche sperimentali di fronte ai pericoli derivanti dallo sviluppo sempre più incessante delle scienze biomediche). Purtroppo, il mancato attuale recepimento costa che essa è considerata solo ai fini interpretativi ma non precettivi dalla giurisprudenza italiana (16).

La Carta dei diritti fondamentali dell'Unione UE (Nizza 2000) ha invece assunto, per effetto del Trattato di Lisbona del 2009, il valore giuridico di fonte del diritto di rango costituzionale sovranazionale come i trattati istitutivi dell'Unione (qui si parla di “Diritto UE”. con giudice deputato alla tutela la Corte di giustizia UE). La Carta, detta anche Trattato di Nizza, tutela specificatamente il diritto alla integrità personale psico fisica dai pericoli e dai condizionamenti derivanti dal mondo della medicina e della biologia in forza dell'art. 3 (diritto all'integrità della persona) ma anche del richiamo dell'art. 8 (diritto all'autodeterminazione ai trattamenti sanitari) e dall'art. 35 (Protezione della salute) che obbliga le istituzioni tutte della UE a garantire un elevato livello di protezione della salute umana, in combinato disposto con l'art. 168 del Trattato sul Funzionamento della UE (TFUE) (17). Notevole rilievo in ambito europeo hanno anche **la Carta sociale europea (CSE poi CSER, in vigore, da ultimo, dal 1999)** con l'art. 11 sul diritto alla protezione alla salute e la **Carta europea dei diritti**

ti del malato (Bruxelles, 2002) che enuncia i noti 14 principi inviolabili a tutela del malato (18).

Da ultimo una citazione merita la “vexata” **Dichiarazione di Helsinki (1964)** costruita nella sua architettura dalla Associazione Medica Mondiale (AMM o WMA), come un corpo di principi etici riguardanti tutta la comunità medica, nel settore della sperimentazione umana. Essa è la base su cui poggia l’etica della ricerca umana in medicina, sebbene non abbia valore di fonte del diritto e/o di impegno legale nella legislatura internazionale.

La dichiarazione fu adottata originariamente nel 1964 ad Helsinki, ma poi ha subito molte revisioni e diverse chiarificazioni: è considerata il primo sforzo importante della comunità medica per autoregolare se stessa e si pone come la continuazione ed evoluzione del cd. Codice di Norimberga del 1947, emanato da un tribunale militare al termine del processo ai dottori della Germania nazista. Non ne esiste peraltro una adesione integrale ed unanime da parte di Unione Europea e USA.

2.2. La normativa costituzionale e la sempre più distorta interpretazione del concetto di diritto alla salute durante l’esperienza “covid-19”.

La norma cardine del “sistema salute” nella Costituzione italiana è da sempre l’art. 32, che va letto in combinato disposto con altre norme della Carta di pari livello (cd. “nucleo rigido” della Costituzione, cfr. quanto osservato al paragrafo 1).

Articolo 32 Costituzione

Comma 1. La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Comma 2. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

La Costituzione italiana riconosce il diritto alla salute come “fondamentale diritto dell’individuo”, un dato tutt’altro che banale, in quanto la qualifica di “fondamentale” non è attribuita a nessun altro diritto costituzionale.

Ciò non significa che esso sia sovraordinato a tutti gli altri perché, se ci fosse, esso rischierebbe di divenire un “diritto tiranno” e questo non può essere tollerato da una Costituzione a struttura pluralistica quale è quella italiana; tuttavia esso ed altri diritti fondamentali costituzionali costituiscono, nel loro

insieme, espressione della dignità della persona. Esso infatti è considerato appartenere a quei diritti inviolabili, di origine naturale (dell’uomo in quanto uomo, “riconosciuti” dalla Costituzione ma già esistenti), dei quali parla l’art. 2 Cost. In quanto fondamentale, il diritto alla salute è inalienabile, intrasmissibile, indisponibile e più o meno irrinunciabile.

La salute nell’art. 32 è inoltre un diritto individuale non un diritto sociale, cioè spetta ad ogni cittadino come singolo, ad ogni essere umano in quanto tale. Peraltro esso è tutelato dall’art. 32 Cost anche come “interesse della collettività”, cioè come interesse pubblico, che può ricollegarsi a quei doveri di solidarietà sociale tra cittadini vergati dall’art. 2 Cost.

In questo contesto normativo di assoluta garanzia, mitigato solo da quel comma 2 per cui **“Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”**.

si inseriscono le recenti sentenze n. 14-15-16/2023 della Corte Costituzionale sull’obbligo vaccinale introdotto dal DL n.44/2021 per i sanitari e dai successivi provvedimenti che lo hanno imposto anche a forze dell’ordine, personale scolastico e cittadini over 50.

Orbene, queste sentenze, soprattutto la n. 15 e la 14 (che la n.16 è sentenza di mero rito, non di merito) appaiono stravolgere e/o invertire la prevalenza del diritto soggettivo supremo alla salute con il semplice interesse legittimo collettivo. Con l’impatto deflagrante che queste normative e poi queste sentenze assolutorie hanno avuto sul diritto fondamentale all’integrità psicofisica, alla libertà di cura e di autodeterminazione del paziente ecc....

Il ragionamento giuridico (o a-giuridico) effettuato dalla Corte è **apparso** evidentemente errato e falso. Essa, infatti, ha fatto ricorso ad **un affidamento generico, preventivo, pregiudiziale e fideistico in asserite e improvate verità scientifiche** che sono ed erano assolutamente inesistenti *ab origine* dell’inizio della campagna vaccinale (19): **dimenticando con ciò di decidere**, e questo è l’appunto secondo noi immediatamente più grave, **secondo il Diritto**.

La Corte, “Giudice delle Leggi”, supremo garante dei diritti costituzionali, ha piegato il proprio giudizio, che dovrebbe essere prettamente giuridico, di fronte ad un asserito e pericolosissimo primato della “scienza” che per sua natura (a propria volta)

non ha invece nulla (oltre che di definitivo e immutabile) a che spartire con il concetto di **diritti naturali e inviolabili dell'essere umano "riconosciuti"** dalla Carta costituzionale giusta il sacro dettato del suo **art. 2** (*"La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo..."*).

E ciò al fine di poter ritenere operante il **cd. "principio solidaristico"** elaborato da tempo dalla giurisprudenza costituzionale, principio che si può banalmente riassumere nell'abusata litania mediatica, tanto abusata quanto di fatto falsificata (giusta la totale carenza di evidenze scientifiche al riguardo), del *"mi vaccino così proteggo gli altri"*, *"vaccino anche i neonati, anche se sono a rischio zero, così proteggo i nonni"*, *"non ti vaccini, ti ammali, muori e fai morire"*, *"vaccino le donne incinte (pur in assenza assoluta di studi al riguardo ndr) per proteggere il nascituro"* ecc....

Partendo da queste premesse errate, sia sulla correttezza e sulla finalità della *ratio legis* (che era tesa al "contenimento dichiarato della diffusione del virus", assolutamente non garantito dall'obbligo vaccinale imposto per legge) sia sulla ragionevolezza che sul contenuto delle norme citate, la Corte ha richiamato poi invece correttamente la propria seguente costante giurisprudenza: **"l'imposizione di un trattamento sanitario, e di un obbligo vaccinale, in particolare, può ritenersi compatibile con l'art. 32 Cost., al ricorrere di tre presupposti:**

«a) "se il trattamento sia diretto non solo a migliorare o a preservare lo stato di salute di chi vi è assoggettato, ma anche a preservare lo stato di salute degli altri, giacché è proprio tale ulteriore scopo, attinente alla salute come interesse della collettività, a giustificare la compressione di quella autodeterminazione dell'uomo che inerisce al diritto di ciascuno alla salute in quanto diritto fondamentale" (cfr. sentenza C.Cost. n. 307 del 1990);

b) se vi sia "la previsione che esso non incida negativamente sullo stato di salute di colui che vi è assoggettato, salvo che per quelle sole conseguenze, che, per la loro temporaneità e scarsa entità, appaiano normali di ogni intervento sanitario e, pertanto, tollerabili" (ivi);

c) se nell'ipotesi di danno ulteriore alla salute del soggetto sottoposto al trattamento obbligatorio sia prevista comunque la corresponsione di una "equa indennità" in favore del danneggiato, cfr. sentenza 307/90 cit. e v. legge n. 210/1992 sull'indennizzo del danno da vaccinazione» (sentenze n. 258 del 1994 e n. 5 del 2018).

Orbene la Corte ha oggi cambiato indirizzo perché ha sempre ritenuto, in passato, che i tre presupposti indicati dalla giurisprudenza costituzionale non fossero alternativi ma **concorrenti**.

E i fatti dimostravano già, ben prima della decisione, e stanno dimostrando sempre più (anche in letteratura scientifica), che il primo e il secondo di essi non potevano essere dichiarati sussistere. La Corte ha quindi violato **la regola non superabile della "appropriatezza prescrittiva"**, cioè la regola della corrispondenza tra indicazione terapeutica e impiego conforme del farmaco, trincerandosi nel (banale quanto errato) richiamo alle indicazioni del Ministero della Salute (e quindi ad indicazioni tecnocratiche), assolutamente estranee e addirittura contrarie alle specifiche indicazioni terapeutiche al riguardo dei preparati, come approvate da EMA a livello europeo e poi da AIFA a livello nazionale. Valutazione soggettiva e arbitraria, quella della Corte, e quindi errata sia sotto il profilo giuridico che scientifico.

Ad ogni buon conto, la Corte avrebbe invece dovuto affermare, a maggior ragione, proprio quale Garante dei diritti inviolabili dell'essere umano *uti singulo*, **la supremazia del diritto soggettivo individuale** alle scelte inerenti alla propria **salute** e alla tutela della propria **integrità psicofisica sul semplice interesse legittimo della cd. collettività** che abbiamo visto non ricorrere neanche, nella fattispecie esaminata (l'"interesse" è comunque di rango inferiore al "diritto"). Anche perché, ben lungi dall'esser questa "vaccinazione" una *specifica concretizzazione dei doveri di solidarietà di cui all'art. 2 Cost., nella quale si manifesta «la base della convivenza sociale»* (così dichiara la Corte nella sentenza n.15/2023) ", tutti i diritti fondamentali, compreso quello alla salute, trovano la propria massima espressione nel **"diritto supremo", originario e indisponibile, del rispetto della dignità della persona umana** (art. 1 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea: *"La dignità umana è inviolabile. Essa deve essere rispettata e tutelata"*, da leggersi anche in combinato disposto con l'art. 3: *"Ogni persona ha diritto alla propria integrità fisica e psichica; cfr. anche art. 3 e 32 comma 2 Cost. sul diritto alla dignità sociale e sul limite del rispetto della persona umana, inviolabile da trattamenti sanitari obbligatori)* che **non può essere oggetto di alcun bilanciamento né di alcuna compressione, nemmeno a favore degli invocati "doveri di solidarietà sociale"**.

Ed in ogni caso, e andiamo a concludere, le «ac-

quisizioni, sempre in evoluzione, della ricerca medica, che debbono guidare il legislatore nell'esercizio delle sue scelte in materia (così, la giurisprudenza costante di questa Corte sin dalla fondamentale sentenza n. 282 del 2002)» (sentenza n. 5 del 2018, detta "sentenza Cartabia"), in questo caso specifico **non c'erano e non ci sono** (20) (21). Ecco che allora l'interpretazione oggi fornita dalla Corte delle Leggi per dichiarare legittimo questo specifico irragionevole obbligo vaccinale non può che muovere importanti timori nella futura regolamentazione di eventuali situazioni simili dichiarate come "emergenziali" sotto la prospettiva di altre possibili privazioni di diritti e libertà fondamentali.

***Bibliografia di riferimento (paragrafo 2).**

(11) Attraverso periodiche **Conferenze** promosse dalla *Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS (World Health Organization - WHO)* vengono infatti condivise e diffuse le raccomandazioni internazionali per lo sviluppo dei processi di Promozione della Salute alle quali fanno quindi riferimento le politiche dei Sistemi sanitari dei diversi Paesi. Tali indicazioni (denominate "Carte" o "Dichiarazioni") prendono il nome della località dove si è tenuta la Conferenza (a quelle esaminate se ne aggiungono tante altre, Adelaide, Sundsvall, Tokio, Bangkok, Ginevra ecc...).

(12) L'emergenza sanitaria dovuta alla diffusione del Virus COVID-19 ha posto al centro del dibattito **l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO)** e le sue osservazioni e decisioni in merito alla Pandemia da Corona Virus. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), in inglese *World Health Organization (WHO)*, viene istituita nel 1948, ha sede a Ginevra ed è l'Agenzia delle Nazioni Unite il cui fine "è quello di portare tutti i popoli al più alto grado di sanità". Le Nazioni Unite (ONU) sono una Organizzazione intergovernativa a carattere internazionale costituita, al termine della Seconda Guerra Mondiale, con lo scopo di perseguire una serie di meritevoli finalità e per il raggiungimento di queste, nel tempo, l'ONU ha predisposto una serie di Agenzie specializzate (nel settore sanitario l'OMS, cui possono aderire e diventarne parti tanto gli Stati membri delle Nazioni Unite, quanto gli Stati che non lo sono). Dell'OMS oggi fanno parte oltre 190 Stati, i quali, avendo firmato e ratificato la Costituzione della stessa al fine di divenirne parti, ne sono obbligati al rispetto. L'OMS ha una sua struttura interna che, suddivisa per organi,

garantisce una corretta, migliore e trasparente attività: i suoi principali "*Governing Bodies*" sono **l'Assemblea mondiale della sanità**, organo di indirizzo politico e di bilancio), il **Consiglio esecutivo** (organo esecutivo delle politiche dell'OMS), il **Segretariato** (organo il quale, presieduto dal direttore generale nominato dall'Assemblea, rappresenta lo staff dell'Organizzazione). Ha inoltre sei **Uffici Regionali** che, quali *aree periferiche*, svolgono attività di assistenza tecnica e sono: l'**EURO** per Europa, l'**AMRO** per le Americhe, l'**AFRO** per l'Africa, la **EMRO** per il Mediterraneo Orientale, il **WPRO** per Pacifico Occidentale, il **SEARO** per il Sud-Est Asiatico.

La macro funzione e/o missione che dir si voglia dell'OMS è quindi quella di portare tutti i popoli ad un più alto grado di sanità e di sviluppo del benessere (in senso olistico, e così psico-fisico-sociale) e, in questo, ciò che rende la sua attività di estrema importanza è il fatto che essa svolge la propria azione su molteplici fronti, quali la ricerca, l'indirizzo, il coordinamento, l'aiuto e il sostegno sanitario: essa indirizza la ricerca sanitaria e fornisce una guida sulle questioni globali stabilendo norme e standard di politica sanitaria, garantisce assistenza tecnica agli Stati membri, finanzia la loro ricerca medica e favorendo per essi aiuti di emergenza in caso di calamità. L'OMS in definitiva agisce come autorità direttrice e coordinatrice, nel campo sanitario, in ambito internazionale; stabilisce e rivede, secondo i bisogni, la nomenclatura internazionale delle malattie, delle cause di morte e dei metodi d'igiene pubblica; fornisce assistenza agli Stati aderenti in materia sanitaria; e, in generale, prende tutte le misure necessarie per il raggiungimento del fine assegnato all'Organizzazione.

Detto delle funzioni e venendo ora ai **poteri** dell'OMS, tanto più il livello sanitario globale è a rischio, tanto più l'OMS – così prevede la sua Costituzione – può intervenire sulle politiche interne degli Stati membri, emanare direttive vincolanti e, *in estrema ratio*, inviare agli stessi Stati aiuti sanitari tramite la predisposizione e l'organizzazione di mezzi idonei e necessari. Stante l'invasività che queste azioni possono avere sugli ordinamenti interni, lo Statuto dell'OMS prevede una serie di fasi – **c.d. fasi di allerta ("alert phases")** – in base alle quali valutare concretamente un rischio sanitario emergente e in relazione alle quali stabilire le azioni da doversi porre in essere. Nel dettaglio, l'Organizzazione ha sviluppato un vero e proprio protocollo nel quale le varie fasi (sei precisamen-

te, suddivise in tre periodi) sono singolarmente classificate e descritte e ad ognuna di queste fatte corrispondere una serie di misure e azioni: **periodo intrapandemico, fase 1** (rischio basso) e **fase 2** (rischio in crescita); **periodo di allerta pandemica, fase 3** (ancora sporadici casi di trasmissione diretta di un nuovo sottotipo di virus da persona a persona), **fase 4** (piccoli *cluster* epidemici, con una limitata trasmissione del virus da uomo a uomo, a diffusione localizzata), **fase 5** (grandi *cluster* epidemici, ma la trasmissione da persona a persona è ancora localizzata); **periodo pandemico vero e proprio, fase 6** (il virus si trasmette a tutta la popolazione diventando appunto “pandemia”). Durante il periodo di iniziale rilevazione e poi di principale diffusione del **COVID-19** l’OMS ha posto in essere una serie di attività di indirizzo e sostegno con la rilevazione di uno *stato di allerta* e di misure di contenimento non hanno però impedito il raggiungimento della *fase sei*. Quindi, nella prima dichiarazione di emergenza del 30-1-2020 (subito ripresa dal governo italiano con lo stato di emergenza nazionale dichiarato il 31-1-2020), e poi il 11-3-2020, il D.G. Tedros Adhanom Ghebreyesus dichiarava che quella da COVID – 19 era una “*Pandemia*”. Da allora in poi, le politiche di indirizzo dell’OMS verso gli Stati membri sono divenute mirate, sempre più stringenti e senza previsioni di eccezioni. L’Italia, come noto, è stato il primo paese occidentale ad adottare le più ampie e radicali misure di contenimento.

(13) L’Italia ha aderito ufficialmente all’OMS in data 11 aprile 1947. Secondo la Costituzione dell’OMS, l’obiettivo dell’Organizzazione è “*il raggiungimento, da parte di tutte le popolazioni, del più alto livello possibile di salute*”, definita come “*uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale*” e non semplicemente “*assenza di malattie o infermità*”. Cfr. Art. 1 capo 1 “*Costituzione dell’OMS*”, New York 22-7-46, in vigore dal 7-4-1948 e anche su www.salute.gov.it (fonte, Ministero Salute)

(14) Ingrosso M. (a cura di), *Dalla prevenzione della malattia alla promozione della salute*, Franco Angeli, Milano, 1987; Ingrosso M. (a cura di), *La salute come costruzione sociale*, Franco Angeli, Milano, 1994; Saccheri T. (a cura di), *Prima che... Promozione della salute e responsabilità istituzionali*, “Salute e Società”, anno II, n. 3, Franco Angeli, Milano, 2003; WHO, *Health promotion: concept and principles*, Copenhagen, Regional Office for Europe, 9-13 July 1984; WHO, *Health21: Health for all in the 21st century*, Geneva, 1998; WHO, *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*, Jakarta, Indonesia, 21-25 luglio 1997; WHO, *Ottawa Charter for Health Promotion*, Geneva, 1986.

(15) Umberto Vincenti, *Codice dei Diritti Umani fondamentali*, ed. 2011, pag. 51 ss

(16) Umberto Vincenti, op. cit., ed. 2011, pag. 283 ss, Pasquale Gianniti, *I diritti fondamentali nell’Unione Europea*, La Carta di Nizza, ed. 2017, cap. III, *Integrità personale e protezione della salute*, pp. 682 ss., Corte Cost. n.438/2008, Cass. sez. I n.21748/2007, caso Englaro)

(17) Pasquale Gianniti, op. cit., ed. 2017, cap. III, *Integrità personale e protezione della salute*, pp. 682 ss.).

(18) Pasquale Gianniti, op. cit., sez II, *Protezione della salute e politiche sociali degli Stati membri*, pp. 714 ss

(19) era fatto assolutamente “notorio” (cioè non suscettibile di prova contraria) che, fin dall’immissione condizionata in commercio di questi farmaci sperimentali autorizzata dalla Commissione europea, previo parere EMA, e poi recepita da AIFA e Ministero della Salute per l’Italia, contrariamente alle rassicurazioni iniziali (e rimaniamo qui su un piano prettamente nazionale) dei massimi organi dello Stato, della politica e della sanità, e di parte della cd. “scienza” (in realtà soprattutto quella dei preconfezionati salotti televisivi e della stampa allineata) e della quasi totalità degli organi di informazione (rammentiamo che le Case farmaceutiche non hanno mai fornito garanzia alcuna al riguardo nemmeno sulle note informative, i cd. bugiardini), i farmaci detti “vaccini” (più propriamente definibili come “profarmaci genici”), introdotti in commercio per la cura preventiva contro il Covid- 19 non avevano e non hanno alcun effetto né nel prevenire la malattia né nel contenere la diffusione del virus (in quanto mai testati al riguardo).

(20) Andrea Montanari, “*IL GIUDICE DELLE LEGGI E GLI OBBLIGHI VACCINALI “NON IR-RAGIONEVOLI” E “NON SPROPORZIONATI”*”, su rivista PIANETA SIM, ed. dicembre 2022, com-

mento a Comunicato stampa Corte Costituzionale del 1/12/22.

(21) AA.VV. Andrea Montanari, Olga Milanese, Laura Mana, Barbara di Tommaso, Fulvio di Blasi, Aldo Rocco Vitale, Teodoro Sinopoli, “*Il Giudice delle Leggi e dei Diritti fondamentali si piega alla falsa scienza*”, in www.societaitalianamedicina.it.

3. Leggi nazionali e codice deontologico: il codice quale ultimo baluardo di autonomia e libertà per il medico e per il paziente?

In un articolato quadro normativo nazionale che si snoda, per citare solo alcune delle normative principali, dalla Legge cd. Gelli Bianco (legge n.24/2017), legge quadro sulla responsabilità sanitaria, alla legge n.219/2017 sul consenso informato in medicina, alla Legge cd. Lorenzin (legge n.3/2018) che introduce, tra l'altro, il valore cogente del Codice di deontologia medica, c'è ora da chiedersi quale spazio rimanga nel Codice deontologico (versione vigente ad oggi) per l'autonomia e la libertà di cura del medico.

Innanzitutto occorre definire quale è la natura giuridica delle norme deontologiche; perché ordine alla **natura giuridica delle norme deontologiche**, si sono “fronteggiati” per anni **due indirizzi giurisprudenziali**.

Un primo orientamento giurisprudenziale (Cass., sez. un., 10.7.2003 n. 10482), colloca **le regole deontologiche tra le norme pattizie (cioè contrattuali)**, con la conseguenza che le disposizioni deontologiche vanno interpretate secondo i canoni ermeneutici di cui all'art. 1362 cod. civile. In pratica le disposizioni dei codici deontologici predisposti dagli organi professionali, se non recepite dal legislatore, non hanno né la natura né le caratteristiche di norme di legge, ma sono espressione di poteri di autoorganizzazione degli ordini professionali. Sono norme che operano quali regole interne della particolare categoria professionale cui si riferiscono. Le disposizioni dei codici deontologici predisposti dagli ordini sanitari, secondo tale orientamento, quindi, non essendo recepite direttamente dal legislatore, non hanno natura di norme di legge, e quindi non assoggettabili al criterio interpretativo di cui all'art. 12 preleggi.

Il secondo indirizzo giurisprudenziale (Cass., sez. un., 20.12.2007 n. 26810) più recente e attualmente applicato dai Giudici ritiene, invece, che le norme del codice deontologico si qualificano come **norme giuridiche vincolanti nell'ambito dell'ordinamento di categoria**, e che trovano fondamen-

to nei principi dettati dalla legge professionale. Le norme del codice deontologico, secondo tale indirizzo giurisprudenziale, **sono fonti normative (di rango minore rispetto alle leggi dello Stato, cui soggiacciono e con cui devono essere coordinate, v. art. 1 L. n. 3/2018)** e non soltanto regole interne della categoria, e che, come tali, sono soggette al controllo della Cassazione ai sensi dell'art. 3 dell'art. 360 codice di procedura civile per violazione o falsa applicazione di norme di diritto.

Le norme deontologiche sono oggi ritenute, quindi, **vere e proprie norme giuridiche e non rimangono limitate al campo etico**. Del resto la giuridicità delle norme deontologiche è confermata dal fatto che la violazione di esse comporta sanzioni giuridiche (es., la sospensione dall'attività professionale; la radiazione dall'albo) (22).

Orbene, fatta questa premessa che è importante per capire che le norme deontologiche mediche sono quindi a tutti gli effetti “fonti del diritto di carattere secondario” (per quanto limitate alla categoria professionale di riferimento e non *erga omnes*) che ne comportano rispetto da parte del medico (salvo che confliggano con altre norme di “rango superiore”, si v. quanto esposto nel paragrafo 1), occorre adesso analizzare quali norme dell'attuale codice rechino ancora questi precetti, al netto delle modifiche che l'organo istituzionalmente deputato (la FNOMCEO) sta approntando ed a cui, oggi per chi scrive, non si conosce ancora l'esatto contenuto. Esaminiamo brevemente in questa sede i dettami degli artt. 3, 4 e 13, 57 C.d.M.

Fermo l'importante disposto di cui **all'art. 3 comma 2 (“Doveri del medico”)**, che rimarca come “*la salute è intesa nell'accezione più ampia del termine, come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona*”, la nostra attenzione cade principalmente sul dettato dell'art. 4.

L'art. 4 C.d.M. (Libertà e indipendenza della professione. Autonomia e responsabilità del medico), recita: “*L'esercizio professionale del medico è fondato sui principi di libertà, indipendenza, autonomia e responsabilità. Il medico ispira la propria attività professionale ai principi e alle regole della deontologia professionale senza sottostare a interessi, imposizioni o condizionamenti di qualsiasi natura*”.

La norma è stringata proprio per dare assoluta rilevanza ai concetti ivi espressi, in forza dei quali il medico ispira (deve ispirare, essendo un dovere deontologico) la propria attività professionale ai principi e alle regole della deontologia professio-

nale senza sottostare a interessi, imposizioni o condizionamenti di qualsiasi natura.

“*Libertà e indipendenza...*” sono dunque “*presupposto fondamentale per l’esercizio della medicina*” “...” e “*per il corretto svolgimento dell’esercizio professionale*” (23).

La piena realizzazione dell’autonomia poi, che configura l’aspetto più qualificante della indipendenza professionale del medico, è funzionale alla piena realizzazione dell’interesse di rilievo costituzionale che l’ordinamento riconosce all’autonomia del sanitario, ossia la cura della salute (la “tutela della salute”, diritto fondamentale di cui all’art. 32 della Costituzione); autonomia allora significa libertà della scelta della cura e del metodo scientifico più appropriato per la cura del paziente.

Indipendenza ed autonomia costituiscono requisiti e doveri essenziali per garantire il paziente (interesse anche pubblico, questo, teoricamente, della collettività, non solo individuale) che il medico non subisca condizionamenti esterni di qualsiasi natura sia nella formulazione della diagnosi che nella scelta e nella indicazione del trattamento terapeutico più idoneo ed appropriato, che nelle eventuali scelte e/o prescrizioni farmacologiche, rispetto alla esigenza di tutela della salute del paziente.

Il limite a questa libertà dovrebbe essere solo quello della appropriatezza. La libertà prescrittiva insomma finisce laddove si incorra in una inappropriata.

Ma non solo: la libertà prescrittiva del medico deve naturalmente anche considerare le linee guida di diagnosi e di trattamento, delle quali occorre comunque tenere conto (salvo discostarsene motivatamente nella cura del caso concreto) per evitare che la libertà “in scienza e coscienza” diventi una libertà indiscriminata e senza regole (24).

Infine, ultimo limite insuperabile alla libertà di cura del medico, è la volontà del paziente e/o comunque il rispetto del diritto alla autodeterminazione del paziente, alla cui tutela sono destinate le disposizioni deontologiche sul consenso e sul dissenso informato (sul quale interviene espressamente il successivo art. 35 C.d.M.) e quelle sulle cd. DAT (Disposizioni anticipate di trattamento ex art. 38 C.d.M.).

Il dovere di non “*sottostare a interessi, imposizioni o condizionamenti di qualsiasi natura*” di cui all’art. 4 C.d.M. è poi ripreso, a rafforzare i principi di libertà autonomia ed indipendenza dall’**art. 57** (Divieto di patrocinio a fini commerciali) per il quale: “*il medico singolo o componente di as-*

sociazioni scientifiche o professionali non concede patrocinio a forme di pubblicità promozionali finalizzate a favorire la commercializzazione di prodotti sanitari o di qualsivoglia altra natura”.

Chiudiamo questa breve dissertazione su alcune norme del C.d.M. in argomento, con il suo **art. 13** (Prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione).

“*La prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione è una diretta, specifica, esclusiva e non delegabile competenza del medico, impegna la sua autonomia e responsabilità ... La prescrizione deve fondarsi sulle evidenze scientifiche disponibili ... e sul rispetto dei principi di efficacia clinica, di sicurezza e di appropriatezza. Il medico tiene conto delle linee guida diagnostico-terapeutiche accreditate da fonti autorevoli e indipendenti quali raccomandazioni e ne valuta l’applicabilità al caso specifico. L’adozione di protocolli diagnostico-terapeutici o di percorsi clinico-assistenziali impegna la diretta responsabilità del medico nella verifica della tollerabilità e dell’efficacia sui soggetti coinvolti.*

Il medico è tenuto a un’adeguata conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci prescritti, delle loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e reazioni individuali prevedibili e delle modalità di impiego appropriato, efficace e sicuro dei mezzi diagnostico-terapeutici.

Il medico può prescrivere farmaci non ancora registrati o non autorizzati al commercio oppure per indicazioni o a dosaggi non previsti dalla scheda tecnica, se la loro tollerabilità ed efficacia è scientificamente fondata e i rischi sono proporzionati ai benefici attesi; in tali casi motiva l’attività, acquisisce il consenso informato scritto del paziente e valuta nel tempo gli effetti.

Il medico può prescrivere, sotto la sua diretta responsabilità e per singoli casi, farmaci che abbiano superato esclusivamente le fasi di sperimentazione relative alla sicurezza e alla tollerabilità, nel rigoroso rispetto dell’ordinamento. Il medico non acconsente alla richiesta di una prescrizione da parte dell’assistito al solo scopo di compiacerlo”. Nella valutazione della libertà ma anche della responsabilità per la prescrizione di farmaci, il medico deve poter dimostrare che ha acquisito un valido consenso informato alla cura; che ha prescritto una cura idonea alla diagnosi accertata; che ha scelto

tra le opzioni disponibili quella più sicura, efficace e idonea **al caso concreto**. In casi di fondato dubbio sulla efficacia e sicurezza di un farmaco il medico ha ancora una libertà, allo stato, di non prescriverlo (25).

Vedremo se le prossime modifiche al Codice deontologico - ad oggi in cantiere ad opera di FNOMCEO - cercheranno di negargli anche questa autonomia di giudizio e quest'ultima libertà di personale valutazione "in scienza e coscienza".

***Bibliografia di riferimento (paragrafo 3)**

(22) La Cassazione, sezioni unite 23 marzo 2004 n. 5776, ha ribadito che *"nell'ambito della violazione di legge va compresa anche la violazione delle norme dei codici deontologici degli ordini professionali, trattandosi di norme giuridiche obbligatorie vevoli per gli iscritti all'albo ma che integrano il diritto oggettivo ai fini della configurazione dell'illecito disciplinare"*.

(23) FNOMCEO, *Commentario al Codice deontologico*, ultima edizione, su www.omceo.me.it/index.php?area=ordine&page=cod_deo-commentario.

(24) Studio Cataldi, *Codice di deontologia medica 2018*, commento, <https://www.studiocataldi.it/normativa/codice-deontologia-medica>

(25) *Libertà prescrittiva del medico: qual'è il limite*, in *La responsabilità medica*, rivista on line.

4. L'ingerenza dello Stato e l'Ars Medica sempre più "in catene" tra protocolli, linee guida e raccomandazioni ministeriali.

Non vi è alcun dubbio sul fatto che il contesto emergenziale originato dalla pandemia da Covid-19 abbia prodotto notevoli ricadute sul sistema delle fonti del diritto amministrativo italiano, determinando - tra le altre cose - **un significativo incremento del ruolo delle c.d. fonti terziarie** (v. paragrafo 1, *ibidem*) e, **in particolare, delle linee guida**.

La produzione normativa "alluvionale" generata in Italia nell'intento di fronteggiare l'emergenza, ha rappresentato un cruciale *stress test* per la tenuta del sistema delle fonti, il cui assetto tradizionale ha subito ripercussioni importanti, giusta l'**attribuzione in particolare a linee guide e raccomandazioni espresse in "circolari"** un ruolo di notevole importanza nella fissazione delle regole di condotta per le pubbliche amministrazioni e per i

cittadini, per l'esercizio delle libertà fondamentali e, in particolare, per lo svolgimento delle attività economiche.

La normativa primaria di contrasto alla pandemia si è infatti rivelata inadeguata a disciplinare compiutamente le fattispecie sorte nel contesto emergenziale, dovendosi procedere nella maggioranza dei casi ad **una delega (più o meno ampia) a fonti secondarie**; ma spesso neppure queste ultime sono risultate sufficienti, onde la necessità di ricorrere a **strumenti di rango terziario** per integrare le disposizioni normative sovraordinate che ha indotto **un profluvio di disposizioni flessibili e atipiche (26)**.

Occorre peraltro distinguere concettualmente e giuridicamente il **protocollo** dalla **linea guida e/o raccomandazione** che hanno forza vincolante ben diversa.

I **protocolli** sono infatti **prescrizioni di comportamenti standardizzati** a tutti gli operatori a cui viene richiesto **un particolare risultato** (27) (28). I protocolli non supportano le decisioni degli operatori **perché semplicemente le prescrivono e precludono ogni discrezionalità**. Hanno quindi natura "obbligatoria", non lasciano spazio ad alcuna "discrezionalità" per il sanitario: indicano all'operatore uno **schema di comportamento**, una sequenza ben definita, una successione di azioni che ci si aspetta il sanitario compia per raggiungere un determinato obiettivo e per erogare la prestazione sanitaria in maniera efficace, efficiente, sicura ed omogenea.

Si intende invece per **"linea guida"** *"l'insieme delle raccomandazioni di comportamento clinico-assistenziale, prodotte attraverso un processo sistematico allo scopo di assistere gli operatori nel prendere decisioni sulle modalità di assistenza più appropriate ed efficaci, al fine di raggiungere gli obiettivi di cui gli operatori sono responsabili in una specifica situazione clinica."*

Banalmente, la **linea guida** indica cosa si dovrebbe o si potrebbe fare in una specifica situazione, il **protocollo** invece prescrive esattamente cosa bisogna fare perché ha una sua forza normativa, in quanto volto alla tutela di un interesse che è tipicamente pubblico e che trascende quello individuale.

Dicevamo che le "fonti terziarie" hanno assunto crescente rilevanza durante la pandemia (29). Da un lato, la pandemia ha incrementato (inusualmente) l'efficacia esterna indiretta di atti che tradizionalmente si ritenevano circoscritti all'interno della sfera giuridica delle pubbliche amministrazioni da

cui provenivano. nel momento in cui sono divenute oggetto di ampia consultazione e di affidamento generalizzato da parte della collettività, tanto da far ritenere ormai tramontata la definizione di “norme interne” solitamente associata a questa tipologia di atti.

Per la prima volta, i cittadini si sono infatti rivolti ed affidati a fonti non vincolanti per ottenere una chiarificazione sulle regole di condotta e comprendere con maggior certezza i confini tra le azioni consentite e quelle vietate.

Dall'altro, la situazione emergenziale ha attribuito una rilevanza giuridica de facto a strumenti che in precedenza potevano vantare un'efficacia tutt'al più di carattere pre-giuridico. Si pensi alle c.d. *Frequently Asked Questions (F.A.Q.)*, la cui pubblicazione sui siti internet dei Ministeri o di altri enti pubblici ha conosciuto un rapido e significativo incremento, incoraggiando quindi la vasta circolazione di tali moduli nella collettività e il conseguente affidamento da parte dei soggetti privati.

Indipendentemente dalla “forma” che hanno assunto (circolari, F.A.Q. o quant'altro) durante la pandemia, le linee guida sono norme speciali, non cogenti, flessibili nell'applicazione, soggette ad aggiornamenti continui e connesse all'evoluzione delle conoscenze scientifiche, in ragione delle nuove esigenze che emergono con forza nel contesto socio-economico in continua trasformazione: si formano così regole nuove nel contenuto e nella forma che la dottrina definisce appunto come “fonti terziarie” (30).

La legge fondamentale in materia di sicurezza nelle cure e responsabilità sanitaria, **la n. 24 del 2017 (legge Gelli Bianco)**, è intervenuta cercando di fornire una definizione chiara delle **linee guida** da considerare **rilevanti** – ossia **quelle pubblicate** ai sensi di legge – preoccupandosi di chiarire le modalità di accreditamento (art. 5 L. 24/2017), senza però innovare su natura, efficacia e inquadramento teorico. Ha previsto un nuovo sistema di gestione, utilizzazione e conoscenza delle linee guida con la previsione di sistemi di produzione e con la creazione di due istituti a ciò predisposti.

Con l'art. 5 comma 1 della citata legge è stata stabilita una dettagliata disciplina dei requisiti formali delle linee guida all'interno delle quali individuare le raccomandazioni tendenzialmente vincolanti per gli esercenti le professioni sanitarie.

Al riguardo è previsto infatti che *“gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagno-*

stiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti ed istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco, istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge e da aggiornare con cadenza biennale. In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali”.

Con la precisazione, contenuta appunto nel comma 3, che tali linee guida devono essere integrate nel Sistema nazionale per le linee guida e pubblicate nel sito internet dell'Istituto superiore di sanità, previa verifica sia della conformità della metodologia adottata a standard definiti e resi pubblici dallo stesso Istituto sia della rilevanza delle evidenze scientifiche dichiarate a supporto delle raccomandazioni.

Il compito di elaborare tali linee guida, in forma partecipativa, è stato dunque attribuito ad enti e istituzioni di natura pubblica e privata, nonché alle società scientifiche e alle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie, iscritte in un apposito elenco

E proprio su tale versante incidono i decreti del Ministero della Salute 2 agosto 2017 e 29 settembre 2017, rispettivamente dedicati all'individuazione di un *“elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie”* e alla *“istituzione dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità”*.

Nella precedente Legge Balduzzi venivano messe sullo stesso piano sia le linee guida sia le buone pratiche accreditate, mentre nella Legge Gelli-Bianco vengono poste **le buone pratiche in posizione subordinata e suppletiva rispetto alle linee guida**. È di tutta evidenza che proprio dal valore e dall'efficacia attribuiti alle linee guida dipendano le diverse soluzioni a cui la giurisprudenza è nel tempo pervenuta, sia sul piano civile che sul piano penale, così generando un quadro moto variegato e non uniforme che offre poche certezze all'operatore sanitario che debba effettuare una scelta terapeutica, valutando ex ante le proprie possibili responsabilità civili o penali e sfuggendo alle tecniche sempre più

in voga di cd. “medicina difensiva” (31); ma anche gli indirizzi della dottrina sono piuttosto ondivaghi (32).

Il Giudice oggi non solo deve fare una compiuta disamina della possibile condotta colposa ascrivibile al sanitario alla luce di tali parametri (in punto colpa grave o colpa lieve e conseguente punibilità o non punibilità) ma, ancor prima, un’indagine che tenga conto dei medesimi parametri allorchè si accerti quello che sarebbe stato il comportamento alternativo corretto, vagliando la vicenda nella sua complessità e tenendo conto di *guide lines* che, per loro natura, essendo la medicina una scienza in continua evoluzione, sono oggetto di continuo cambiamento e aggiornamento.

In conclusione possiamo affermare che le linee guida stanno assumendo un ruolo sempre più centrale nella determinazione e nell’accertamento della responsabilità medica.

Esse fungono da fondamentale parametro di riferimento per la valutazione del corretto operato dell’operante la professione sanitaria. In realtà, la ratio legis starebbe nel nuovo ruolo che stanno assumendo le linee guida all’interno dei percorsi medici ai fini non di imporre una standardizzazione delle condotte dei medici ma di offrire una garanzia rendendo più sicuro l’esercizio diligente dell’attività medico sanitaria (tanto che l’esecutore risponde soltanto ove sussista il dolo o la colpa grave).

In quest’ottica, le fonti definite “terziarie” come le linee guida sono comunque in grado di esprimere un minimum di vincolatività che, per quanto cedevole e superabile da parte dei destinatari, può sempre integrare un parametro di legittimità dell’azione del sanitario (33). Le linee guida (così come le circolari) sono perciò connotate da un’efficacia giuridica che non è corretto definire radicalmente non vincolante, nell’accezione comunemente utilizzata per descrivere gli strumenti di soft law anche nel diritto internazionale (34).

Alla luce dello scenario generato dall’emergenza sanitaria, dunque, occorrerebbe forse che il legislatore procedesse **ad un riordino generale del sistema delle fonti**, che dovrebbe riguardare l’adeguatezza degli strumenti esistenti, l’eventuale necessità di introdurne di nuovi, i criteri ordinatori, i controlli e quant’altro concorre a meglio governare le dinamiche della normazione e alla definizione del relativo regime complessivo, magari individuando con chiarezza **un terzo livello di normazione** nel sistema delle fonti.

* *Bibliografia di riferimento (paragrafo 4).*

(26) in particolare, sul ruolo delle linee guida nella gestione dell’emergenza pandemica, si vedano, da ultimo, D. Bolognino, E. Provenzano, *Interrogativi sulla sussistenza di soft-regulation e soft-obligation nel contesto emergenziale relativo alla pandemia da Covid-19*; V. Desantis, *Il ricorso alle linee guida come (improprio) fattore di semplificazione normativa* e F. Laus, *La natura caleidoscopica delle linee guida: tra responsabilità medica, lotta alla pandemia e regolazione del diritto dei contratti pubblici*, tutti in questa Rivista, 2020, n. 3; M. Caputo, *“Filo d’Arianna” o “flauto magico”? Linee guida e checklist nel sistema della responsabilità per colpa medica*, in *Dir. pen. cont.*, 16 luglio 2012, p. 9.

(27) Un **“risultato atteso”** ad esempio è la compilazione della cartella infermieristica in cui non è permessa alcuna discrezionalità, bensì un unico risultato sempre raggiunto: una raccolta dati completa e corretta formalmente, sempre e in ogni caso. Un ulteriore esempio è l’identificazione del paziente e i controlli incrociati infermiere/medico, ed eventuale sistema informatizzato, prima di iniziare un’emotrasfusione.

(28) Evidente forza normativa hanno anche i protocolli di sicurezza aziendali che, in periodo Covid-19, sono proliferati con l’obiettivo di contenere e contrastare, all’interno dei luoghi di lavoro, la diffusione del virus. *Essi “incidono in linea generale sui poteri datoriali e, in particolare, sull’adempimento dell’obbligazione di sicurezza ex art. 2087 c.c. che ritroviamo anche nel T.U. 81/2008 e la loro violazione può fare scattare anche conseguenti responsabilità penali per il datore di lavoro... ma anche del medico competente dell’azienda. Quest’ultimo infatti, ai sensi dell’art. 41 d.lgs. n.81/2008, programma ed effettua la sorveglianza sanitaria attraverso protocolli sanitari definiti in ragione ai rischi specifici e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati, sicché i protocolli sanitari, in tema di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, non escludono che il medico aziendale possa prescrivere accertamenti più approfonditi di quelli necessari che, in quanto prescritti dalla buona arte medica, sono perciò contemplati in linee guida o protocolli accreditati dalla comunità scientifica; ma proprio per questo motivo il medico competente non può esimersi dal prescrivere e quindi deve prescrivere*

quelli minimi richiesti per un'efficace prevenzione" cfr. Cassazione Penale, Sez.III, 14 febbraio 2017 n. 6885.

(29) Su cui cfr., tra gli altri: E. Casetta, *Manuale di diritto amministrativo*, a cura di F. Fracchia, Milano, Giuffrè Francis Lefebvre, 2020, pp. 368 ss.; M. Clarich, *Manuale di diritto amministrativo*, Bologna, Il Mulino, 2017, pp. 89 ss.; F. Caringella, *Corso di diritto amministrativo*, I, Milano, Giuffrè, 2011, pp. 351 ss. 10. Si pensi, a titolo esemplificativo, alla circolare del Ministero dell'Interno del 31 marzo 2020 (N. 15350/117(2) Uff.III-Prot. Civ.), concernente le allora **vigenti misure di contenimento** e gestione dell'emergenza epidemiologica, che ha fornito «*taluni chiarimenti in merito a profili applicativi in tema di divieto di assembramento e di spostamenti di persone fisiche*». La circolare ha fornito delle indicazioni interpretative assai dettagliate e circostanziate, che disvelano un carattere in qualche misura innovativo rispetto alle prescrizioni sovraordinate di cui dovrebbero, teoricamente, costituire una mera esplicazione o specificazione. Ad esempio, la circolare ha chiarito (o stabilito?) che «è da intendersi consentito, ad un solo genitore, camminare con i propri figli minori in quanto tale attività può essere ricondotta alle attività motorie all'aperto, purché in prossimità della propria abitazione». Con ogni evidenza, tali indicazioni sono dotate di un'indubbia efficacia esterna indiretta, essendo suscettibili di ingenerare un legittimo affidamento in capo ai cittadini sull'esatta delimitazione e applicazione delle regole di condotta stabilite dalle fonti sovraordinate.

(30) Sulla nozione di fonti terziarie di linee guida, circolari e raccomandazioni: M. Mazzamuto, *L'atipicità delle fonti nel diritto amministrativo*, in *Dir. amm.*, 2015, n. 4, pp. 683 ss.; Così V. Desantis, op. cit., 2. 7 Ibid. 8 N. Lupo, *La normazione secondaria e il fenomeno della fuga dalla legge n. 400 del 1988 al vaglio del Comitato per la legislazione*, in *Federalismi.it*, 2017, n. 3. Vedasi anche B. Tonoletti, *Fuga dal regolamento e confini della normatività nel diritto amministrativo*, in *Dir. amm.*, 2015, nn. 2-3, pp. 371 ss. 58

(31) RISICATO, *La Cassazione identifica un'ipotesi di colpa "non lieve" del medico: è vera imperizia?* In *Dir. pen. e proc.*, 2014, 4, 422 cit., 424 ss. Sulla distinzione tra linee guida, protocolli, percorsi e standard DI LANDRO, *Dalle linee guida e dai*

protocolli all'individuazione della colpa penale nel settore sanitario. Misura oggettiva e soggettiva della malpractice, Giappichelli Editore, 2012, 9 ss. Si vedano le considerazioni introduttive al saggio di M.CAPUTO, *Filo d'Arianna o flauto magico? Linee guida e checklist, nel sistema della responsabilità per colpa medica*, in *www.Diritto penale contemporaneo.it* cit., 2012; MONTANARI VERGALLO, *La nuova responsabilità medica, dopo la riforma Gelli Bianco*, *Dike giuridica*, 37, il quale ipotizza che la condotta del medico conforme a "linee guida corrette ma superate" possa essere qualificata non tanto come imperita quanto piuttosto come negligente, poiché tenuta in violazione del basilare obbligo di aggiornamento.

In giurisprudenza, i giudizi variano nelle valutazioni in ordine all'incidenza più o meno rilevante della linea guida in relazione all'operato del medico e si possono dividere in quattro scenari: *esonero per adesione, colpa per adesione, colpa per inosservanza ed esonero per inosservanza*. Questo fa sì che il medico prima di ogni altro non riesca a prendere una decisione serena ricorrendo, al fine di non subire pregiudizi, alla c.d. "medicina difensiva". La linea guida come parametro di analisi insieme ad altri nella sentenza della suprema Corte di Cassazione n. 18347/2021: "le linee guida rappresentano uno strumento di "indirizzo" generico ed orientativo del ragionamento dell'operatore sanitario e delle decisioni in ambito clinico ma non un vincolo assoluto"; secondo la Suprema Corte del 2021, il medico "è sempre tenuto a prescegliere la migliore soluzione curativa, considerando le circostanze peculiari che caratterizzano il caso concreto e la specifica situazione del paziente, nel rispetto della volontà di quest'ultimo, al di là delle regole cristallizzate nei protocolli medici". Per la Cassazione Penale, Sez. IV, sent. n. 35922 del 2012 –il rispetto delle linee guida "a scapito dell'ammalato non potrebbe costituire per il medico un sorta di salvacondotto, capace di metterlo al riparo da qualsiasi responsabilità penale e civile o anche solo morale" – (conforme anche Cassazione Penale, Sez. IV, sent. n. 24455 del 2015). La linea guida, quindi, come si è detto passa dall'essere un comportamento di indirizzo a condotta da salvaguardare, a parametro di riferimento, creando confusione e difficoltà all'operatore sanitario in cerca di criteri a cui attenersi per il suo comportamento. Importante e di riflessione a tal proposito un'ultima e recente sentenza della Suprema Corte di Cassazione, Sez. IV Penale n. 18347/2021 (cfr. anche Cass. pen.,

sez. IV, sentenza 14 giugno 2006 n. 24400; Cass. pen., sez. IV, sentenza 9 aprile 2013 n. 263; Cass. pen., sez. IV, sentenza 29 settembre 2009, n. 38154; Cass. pen., sez. IV, 18 febbraio 2010, n.10454); in questo ultimo caso del 2021, la Corte ha sancito la condanna per omicidio colposo nei confronti di un medico anestesista, il quale si era attenuto alle linee guida e protocolli vista la difficoltà della prestazione, nonostante invece poteva essere utilizzata una pratica alternativa. V. anche G. ROTOLO, *Guidelines e leges artis in ambito medico, nota a Cass. pen., sez. IV, sent. n. 35922 del 2012*, in Riv. it. med. leg., 2013, p. 277 e ss., Cass., Sez. IV, 22.4.2015, n. 24455, in C.E.D. Cass., rv. 263732, che richiama a sua volta Cass., Sez. IV, 29.1.2013, n. 16237, in C.E.D. Cass., rv. 255105); sul tema cfr. anche Cass., Sez. IV, 19.1.2015, n. 9923, in *Quotidiano giuridico*, 2015; Cass., Sez. IV, 8.7.2014, n. 2168, in C.E.D. Cass., rv. 261764; Cass., Sez. IV, 15.4.2014, n. 22281, in C.E.D. Cass., rv. 262273; Cass., Sez. IV, 5.11.2013, n. 18430, in C.E.D. Cass., rv. 261293. In detta ultima emblematica pronuncia, infatti, a differenza delle altre in cui si tratta delle linee guida come linee di indirizzo, se ne afferma un ruolo più predominante.

(32) Sul valore giuridico delle linee guida in medicina, v.: C.M. Masieri, *Linee guida e responsabilità civile del medico. Dall'esperienza americana alla legge Gelli-Bianco*, Milano, Giuffrè Francis Lefebvre, 2019; A. Conti, *Il significato delle linee guida in medicina legale prima delle recenti norme*, in *Rivista italiana di medicina legale*, 2019, n. 2, pp. 635 ss.; G. Guerra, *Evidence-based medicine e linee guida nella pratica medica americana: considerazioni sul significato giuridico-ermeneutico*, in *Riv. crit. dir. priv.*, 2019, n. 2, pp. 301 ss.; C. Scoretta, *Sicurezza delle cure, linee guida e buone pratiche nella riforma Gelli*, in *Responsabilità medica*, 2018, n. 1, pp. 73 ss.; A. Di Landro, *Colpa medica, linee guida e buone pratiche. Spunti di riflessione comparatistici. Dalle Sez. Un. 'Mariotti' alle esperienze angloamericane*, in *Arch. pen.*, 2018, n. 2, pp. 403 ss.; M. Franzoni, *Colpa e linee guida nella nuova legge*, in *Danno e Responsabilità*, 2017, n. 3, pp. 271 ss.; D. Roncali, *Le linee-guida e le buone pratiche: riflessioni medico-legali a margine della legge Gelli-Bianco*, ivi, pp. 280 ss.; M. Colacurci, *La legge Gelli-Bianco: tra interpretazione "correttiva" della colpa medica e valorizzazione delle linee guida nella lettura della Suprema Corte*, in *Rivista italiana di medicina legale*, 2017, n. 3, pp.

1155 ss.; G. Sinagra, *Osservanza delle linee guida e buone pratiche nella prospettiva dell' esercente la professione sanitaria*, in *Responsabilità medica*, 2017, n. 4, pp. 539 ss.; P. Ziviz, *Osservanza delle linee guida e buone pratiche: riflessi sulla responsabilità sanitaria*, ivi, pp. 543 ss.

(33) Tale ricostruzione è stata accolta da ultimo anche dalla Corte costituzionale, che ha evidenziato "la vincolatività e l'imprescindibilità delle linee guida come strumenti di completamento delle disposizioni di rango legislativo, con le quali formano un corpo unico". Altre volte, tuttavia, le linee guida sono state definite come mere raccomandazioni e direttive di massima per i destinatari, oppure ne è stato negato il carattere precettivo, relegandole ad una funzione strettamente ricognitiva di principi di carattere generale e di ausilio interpretativo alle amministrazioni cui sono rivolte. V. sul punto, Corte cost., n. 89/2018 e n. 89/2019; Cass. pen., sez. IV, n. 28187/2017 per l'ambito penalistico e T.A.R. Lazio, Roma, sez. I, n. 7934/2019, per quanto concerne la giurisdizione amministrativa. V. anche Cons. Stato, comm. spec., n. 855/2016.

(34) Sul concetto di linea guida quale strumento di soft law anche in materia sanitaria e in tempo di pandemia: A. Poggi, *Qualche riflessione sul variegato mondo delle linee guida in tempo di pandemia*, cit. 70; M. Distefano, *Origini e funzioni del "soft law" in diritto internazionale*, in *Lavoro e diritto*, 2003, n. 1, pp. 17 ss.; L. Senden, *Soft Law in European Community Law*, Oxford, Hart Publishing, 2004; A. Poggi, *Soft law nell'ordinamento comunitario*, in AA.VV., *Annuario 2005. L'integrazione dei sistemi costituzionali europeo e nazionali*, Padova, CEDAM, 2007, pp. 369 ss.; E. Mostacci, *La soft law nel sistema delle fonti: uno studio comparato*, Padova, CEDAM, 2008; A. Somma (cur.), *Soft law e hard law nelle società postmoderne*, Torino, Giappichelli, 2009; G. Morbidelli, *Degli effetti giuridici della soft law*, in *Rivista della regolazione dei mercati*, 2016, n. 2, pp. 1 ss.;

5. L'arrivo della Intelligenza Artificiale in Medicina.

L'Intelligenza Artificiale (*Artificial Intelligence*, *AI nella dizione anglosassone*) si sta rapidamente diffondendo nella nostra società, a un ritmo rapidissimo. Ogni giorno ormai, anche in forma inconsciente, utilizziamo tecnologie basate sull'AI, che ci facilitano compiti, più o meno complessi, della vita quotidiana.

Il mondo sanitario in generale, e quello della diagnostica in particolare, subisce, allo stesso modo, questo processo di sviluppo. Ad esempio, tecnologie basate sull'AI controllano già oggi le grandi apparecchiature di diagnostica per immagini (Tomografia Computerizzata, TC o Risonanza Magnetica, RM), standardizzando i protocolli di acquisizione e riducendo drasticamente i tempi di acquisizione degli esami.

Esistono anche algoritmi in grado di supportare la radiologia, ad esempio, nell'identificazione di patologie (ad esempio, noduli mammari o polmonari, fratture ossee, pneumotorace, ecc), riducendo al minimo gli errori di percezione, oppure aiutare lo specialista nella caratterizzazione di lesioni (ad esempio, il dermatologo con il melanoma cutaneo), con lo scopo di migliorare la diagnosi. Le ultime evidenze scientifiche riportano, inoltre, studi sull'uso di sistemi esperti "intelligenti", in grado di categorizzare il rischio del Paziente, determinare una prognosi e supportare il medico nella successiva decisione terapeutica.

Questo tumultuoso sviluppo rischia, d'altra parte, di essere incontrollato e fonte di potenziali rischi, derivanti, ad esempio, dall'uso di sistemi di AI privi di una rigorosa validazione scientifica, dalla mancanza di controllo sui dati processati dai sistemi esperti, da possibili violazioni della privacy degli utenti e da discriminazioni introdotte dalla programmazione "alla fonte" degli algoritmi; senza dimenticare le aspettative illusorie e fuorvianti per sanitari e pazienti derivanti da un utilizzo improprio dei sistemi di AI.

Si dischiudono, quindi, nuove problematiche etiche e legali, che coinvolgono la responsabilità professionale e il ruolo del Medico nell'interazione con i sistemi di AI, arrivando anche a modificare potenzialmente il rapporto Medico-Paziente.

La Commissione Europea ha già pubblicato un Libro bianco sulla strategia europea per l'AI, presentato nel 2018, significativamente intitolato "*Libro bianco sull'Intelligenza Artificiale. Un approccio europeo all'eccellenza e alla fiducia*", che ribadisce l'importanza strategica della tecnologia dell'AI, in grado di offrire indubbi benefici ai cittadini, anche, ma non solo, nel campo della salute, purché si "*segua un approccio antropocentrico, etico, sostenibile e rispettoso dei valori e dei diritti*" (35).

A seguito della pubblicazione del Libro Bianco, la Commissione Europea, anche su esplicita richiesta del Parlamento Europeo, ha lanciato un'ampia consultazione con le parti interessate, al fine di ar-

monizzare le leggi europee in tema di AI, che ha prodotto un documento reso pubblico nel mese di aprile 2021, al fine di assicurare un mercato interno europeo dell'AI ben funzionante e nel quale siano adeguatamente valutati i benefici e i rischi dei software di AI, che devono essere sviluppati seguendo i principi di sicurezza, affidabilità ed etica propri dell'Unione Europea.

Anche l'Italia, nelle "*Proposte per una strategia italiana per l'intelligenza artificiale*", elaborate dal gruppo di esperti del Ministero dello Sviluppo Economico (MISE) sull'AI e pubblicate nel luglio del 2020, ribadisce gli stessi concetti, senza entrare, però, in dettaglio nell'area della Medicina.

Il Consiglio Superiore di Sanità finalmente ha ritenuto, pertanto, opportuno approfondire il tema dei sistemi di AI in diagnostica medica nel novembre 2021, partendo dall'analisi delle attuali evidenze scientifiche, regolatorie ed etiche, con lo scopo di formulare delle proposte operative per introdurre in modo sicuro nella pratica clinica i sistemi di AI e per competere in ambito internazionale nella programmazione e nello sviluppo degli stessi (36).

Il tema è amplissimo e in grande evoluzione non può essere certo trattato con completezza in queste sedi.

Quello che qui possiamo affermare è che la validazione scientifica dei sistemi di AI in medicina, e in particolare per sviluppare strumenti diagnostici, è condizione assolutamente indispensabile per il loro impiego in un contesto assistenziale, con una validazione esterna continua del sistema (che sarà imprescindibile) da parte di medici esperti che dovranno rimanere il più possibile coinvolti (per esempio evitando che algoritmi di *machine learning* imparino solo sui dati di alcune categorie di pazienti, ignorandone altre), affinché le soluzioni proposte siano generalizzabili e clinicamente sicure ed efficaci

In questo percorso occorrerà disciplinare al meglio anche tutti i nuovi risvolti di tipo giuridico, non ultima la connessa questione della responsabilità civile per danni subiti dal paziente nel corso delle cure con il supporto di AI. Soprattutto in quei casi, che aumenteranno vertiginosamente, in cui la macchina o il *software* agirà in autonomia rispetto alla direzione e al controllo dell'uomo (37) (38).

***Bibliografia di riferimento (paragrafo 5)**

(35) Laghi A. *Cautions about radiologic diagnosis of COVID-19 infection driven by artificial intelligence. Lancet Digit Health. 2020 May 2 In-*

telligenza Artificiale e Medicina: aspetti etici, 29 maggio 2020. <http://bioetica.governo.it/it/pareri/pareri-gruppo-mistocnbcnbbsv/intelligenza-artificiale-e-medicina-aspetti-etici/> *AI for Europe*, COM/2018/237 final, WHITE PAPER. *On Artificial Intelligence - A European approach to excellence and trust*. https://ec.europa.eu/info/publications/whitepaper-artificial-intelligence-european-approach-excellence-and-trust_en *I sistemi di intelligenza artificiale come strumento di supporto alla diagnostica*, 2021, *i 6 fondamentali*"

(36) Ministero della Salute Consiglio Superiore di Sanità Sessione LII (2019-2022) Presidente: Prof. Franco Locatelli Sezione V Presidente: Prof. Giuseppe Remuzzi, in collaborazione con gli Esperti designati dalla Sezione I del CSS "I sistemi di intelligenza artificiale come strumento di supporto alla diagnostica", 9 novembre 2021, www.salute.gov.it

(37) SARTOR - LAGIOIA, *Le decisioni algoritmiche tra etica e diritto*, in *IA. Il diritto, i diritti, l'etica*, a cura di RUFFOLO, Giuffrè, 2020, 68 ss. Grasso, *GDPR e IA: limiti al processo decisionale automatico in sanità*, in *Smart*, a cura di SALANITRO, cit., 183 ss.; BERTOLINI, *Dall'imaging ai sistemi esperti: la responsabilità del medico e le nuove frontiere della medicina difensiva*, in *Profili giuridici*, a cura di FACCIOLO, cit., 39 ss. Per una trattazione degli aspetti prettamente tecnici della materia, v. poi, *ex plurimis*, SUTTON *et al.*, *An overview of clinical decision support systems: benefits, risks, and strategies for success*, in *NPJ Digit Med*, 2020, 17 ss.; WASYLEWICZ - SCHEEPERS - HOEKS, *Clinical Decision Support Systems*, in KUBBEN-DUMONTIER-DEKKEN (eds.), *Fundamentals of Clinical Data Science*, Springer, 2019, 153 ss. D'AVACK, *Per un uso umano dell'enhancement*; D'Aloia, *I diritti della persona alla prova dello human enhancement*; RUFFOLO - AMIDEI, *IA, biotecnologie e potenziamento: verso nuovi diritti della persona?*, tutti in *XXVI Lezioni di diritto dell'IA*, a cura di RUFFOLO, Giappichelli, 2021, 79 ss., 85 ss., 101 ss.

(38) Mirko Faccioli, *Intelligenza artificiale e responsabilità sanitaria*, *La Nuova Giurisprudenza Civile Commentata*, n. 3, 1 maggio 2023, p. 732; 9 Più ampiamente su questi aspetti v., sempre nella prospettiva dell'analisi giuridica, LAGIOIA, *op. cit.*, 22 ss., 116 ss.; TAMPIERI, *op. cit.*, 193 ss.; BIANCARDO, *op. cit.*, 110 ss.; DI ROSA, *I robot medici*, in *Smart*, a cura di SALANITRO, cit., 115 ss.; NICCI

- VETRUGNO, *IA e responsabilità nel settore sanitario*, in *IA*, a cura di RUFFOLO, cit., 601 ss.; RUFFOLO, *AI e nuove responsabilità nel settore medico e farmaceutico*, in *La nuova responsabilità medica*, a cura di RUFFOLO, Giuffrè, 2018, 237 ss.; ID., *L'IA in sanità: dispositivi medici, responsabilità e "potenziamento"*, in *Giur. it.*, 2021, 502 ss.; Ferioli, *Digitalizzazione, IA e robot nella tutela della salute*, in *IA e diritto. Come regolare un mondo nuovo*, a cura di D'ALOIA, FrancoAngeli, 2020, 423 ss.; MAULONI - MAZZANTI - BUSCEMI, *La nuova era dell'IA: problemi medico-legali*, in *Riv. it. med. leg.*, 2022, 679 ss. .

Autori: Andrea Montanari* e Paolo Zavarella**

*Avvocato civilista del foro di Bologna, esperto di diritto sanitario e docente di materie giuridiche in scuole di formazione post-universitarie.

*Responsabile Dipartimento Legale e coordinatore Comitato Giuridico Scientifico della Società Italiana di Medicina

**Medico Chirurgo, specialista in Odontostomatologia

**Osteopata D.O., Posturologo, Esperto di Medicina Forestale

PROCEDURA PER ACCEDERE AL QUESTIONARIO ECM ED OTTENERE I 5 CREDITI ECM 2024

Per ottenere i Crediti ECM, dopo aver letto gli Articoli nella Rivista **ECM SIM** abbinata al Congresso SIM “**VERSO LA SALUTE CHE VOGLIAMO**” del 9 marzo 2024, è necessario accedere alla Piattaforma FAD del Provider AIROP per compilare il Questionario ECM e l’Analisi Qualità Percepita.

Per attivare l’accesso personale alla Piattaforma di e-Learning del Provider A.I.R.O.P., partner di SIM, cliccare sul link di seguito

<https://fad-airop.it>



o inquadra il QR code

e seguire la procedura per creare il proprio account nel sito.

- 1) Per creare l’account è necessario cliccare in alto a destra su LOGIN
- 2) Nella pagina che si aprirà scorrere verso il basso e cliccare sul link CREA UN ACCOUNT
- 3) Nella pagina che segue leggere l’informativa e cliccare su SUCCESSIVO
- 4) Nella pagina che segue attivare la casella DO IL CONSENSO ALLA POLITICA TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI e poi su SUCCESSIVO
- 5) Nella pagina che segue compilare tutti i campi con cura (fare memoria dell’ID e della Password che sceglierete) e alla fine cliccare su CREA IL MIO NUOVO ACCOUNT. Indicare una mail personale a cui si ha accesso con facilità.
- 6) Con questa procedura l’account è stato creato, ma per attivarlo è necessario verificare la ricezione della mail (vedere anche nello spam) che invita a cliccare sul link per ATTIVARE l’account.
- 7) Dopo l’invio della mail, si riceverà un ulteriore messaggio automatico che informa che il proprio account è stato creato e attivato (Nota Bene: se non riuscite a trovare la mail di attivazione dell’Account, scrivete a corsiectm@airop.it o chiamate in sede +39.06.977.49.900 e Andrea Urbinati provvederà ad attivare l’account dal backoffice)!

Non appena l’account è stato creato e attivato, scrivete nuovamente a questa mail corsiectm@airop.it segnalando il vostro Nome, il Cognome, l’ID di registrazione e la Mail con la quale è stata effettuata la registrazione (non serve fornire anche la password, che resta individuale). In questo modo ci darete modo di collegare il vostro ID alla sezione **SIM – ECM SIM ECM** (per ottenere i Crediti) e alle altre sezioni riservate a SIM (le vedrà apparire nella sezione I MIEI CORSI nella parte inferiore dell’HOME PAGE).

Nota Bene: la Rivista ECM SIM è distribuita a titolo gratuito, ma l'ottenimento dei Crediti ECM prevede un costo. Il valore del Corso ECM è pari a 30,00 € per 5 Crediti ECM per Medici Chirurghi (tutte le specialità), Odontoiatri, Fisioterapisti e Infermieri, ma per l'occasione della chiusura del triennio, il Provider AIROP e la SIM offrono uno sconto del 50% per cui il costo finale è pari a 15,00 € IVA esente.

Inoltre, il Provider A.I.R.O.P., partner di SIM e titolare della **Piattaforma FAD** <https://fad-airop.it>, offre GRATUITAMENTE per tutto il 2024 (scadenza 31 dicembre 2024) a tutti coloro che acquistano il Corso ECM, l'accesso alla Piattaforma in qualità di Socio Postulante onorario con accesso ad alcuni Videocorsi (in fase di programmazione nel corso del 2024) e al **Portale EBSCO host** che contiene Articoli Scientifici e Pubblicazioni in full text dai seguenti database internazionali:

- ✓ **MEDLINE Complete** è una banca dati in full text che fornisce l'accesso alle principali riviste biomediche. Questa risorsa fornisce il full text di migliaia di riviste biomediche, oltre all'indicizzazione cover-to-cover. Costituisce una risorsa importante per tutti i professionisti del campo medico-sanitario.
- ✓ **AMED** prodotto dall'Health Care Information Service della British Library è un database bibliografico specializzato progettato per ricercatori sanitari, storici e clinici che desiderano saperne di più sulle terapie complementari e affini e su argomenti correlati.
- ✓ **Alt Health Watch** è un database di ricerca sanitaria a testo completo incentrato su approcci alternativi, olistici e integrati all'assistenza sanitaria e al benessere. Offre le informazioni più recenti sull'evoluzione della pratica della medicina e delle terapie olistiche, tra cui: Agopuntura, Aromaterapia, Medicina Forestale, Terapia Manuale, Parto naturale, Medicina cinese, Chiropratica, Terapie creative, Terapie interculturali, Medicina energetica, Erboristeria, Omeopatia, Medicina mente-corpo, Naturopatia, Nutrizione, Osteopatia...

Buon divertimento con la Piattaforma FAD del Provider A.I.R.O.P.!

Segreteria Operativa A.I.R.O.P.

Luigi Marcello Monsellato (Ferrara):

Presidente

Claudio Pagliara (Brindisi):

Coordinamento scientifico

Massimo Enrico Radaelli (Parma):

Coordinamento organizzativo

Giorgio Carta (Bologna)

Attilio Cavezzi (Ascoli Piceno)

Ciro Isidoro (Novara)

Annalisa Jannone (Roma)

Marcello Lofrano (Bergamo)

Maria Margherita Petio (Milano)

Vincenzo Simonetti (Torino)



natura docet: la natura insegna

Medicina, Salute, Alimentazione, Benessere, Turismo e Cultura

Anno 3 - N° 2 - Marzo 2024

Supplemento al N° 3 - Marzo 2024 di ND

Autorizzazione di Tribunale di Verona n. 2133 del 14/02/2020

Sede legale:

A.Na.M. - Via Caprera, 1 - 37126 Verona (VR)

Direzione scientifica e redazione:

Strada della Lodesana 649 SX - 43036 Fidenza (PR)

Direttore scientifico:

Massimo Enrico Radaelli radamass1@gmail.com

Direttore responsabile:

Gianluigi Pagano paganoprom@hotmail.com

Direttore editoriale:

Giovanni Battista Colombo gianbattista.colombo@libero.it

Direttore amministrativo:

Rosalba Lofrano rosalba.lofrano@gmail.com

Direttore commerciale:

Marcello Lofrano marcello.lofrano@icloud.com

Editing Manager:

Halyna Korniyenko halykor@gmail.com

Art Director:

Vito Moioli

Segreteria di Redazione:

Alisée Maksimovna Radaelli, Manuel Lofrano

Osservatorio internazionale:

Africa: Martin Obioha

Argentina: Santiago Spadafora

Azerbaijan: Tural Mammadov

Brasile: Patricia Urquiza Lundgren, Spartaco Bolognini

Cina: Giovanni Cubeddu

Giappone: Hiroshi Kazui

India: Luca Riccò

Israele: Moshe Jean

Kazakhstan, Kyrgyzstan: Anara Bayanova

Marocco: Miriem Dasser

Moldova: Tatiana Cojocaru

Paesi balcanici: Olja Turanjanin

Paesi scandinavi: Simona Aramini

Romania: Bianca Constantin

Spagna: Josè Miguel Lainez

Sudafrica: Antonio Pappalardo

Sud Est Asiatico: Adriano Ciocca

Tunisia: Wael Toumi

Ucraina: Nataliya Dyachyk

Uruguay: Federico Dajas

Stampa:

Tipolitografia Quetti - Artogne

Eventuali detentori di copyright sulle immagini ai quali non siamo riusciti a risalire, sono invitati a mettersi in contatto con amministrazione@saintgeorge.it. La Rivista è distribuita telematicamente in abbonamento gratuito e in versione cartacea a target selezionati. I dati sono trattati elettronicamente e utilizzati dall'Editore per la spedizione della pubblicazione e di altro materiale da essa derivato.

Nessun testo può essere riprodotto con qualsiasi mezzo senza il consenso scritto.



Supplemento di ND dedicato
alla Formazione Continua in Medicina ECM,
elaborato in collaborazione con SIM,
Società Italiana di Medicina
e con il Provider AIROP.
All'interno della Rivista troverai
tutte le necessarie informazioni
per iscriverti, apprendere,
acquisire crediti ECM.
Questa opportunità
scade il 31 dicembre:
affrettati!



E.C.M.
Educazione Continua
in Medicina

Programma Nazionale per la Formazione degli Operatori della Sanità