

Ponderano (BI), 27 marzo 2019

## ***NUOVE ZOONOSI***

# **ICD 11 – OMS : MEDICINA POPOLARE E GUARITORI DELL'ALTRO MONDO**

Alberto Zorloni

### **La Classificazione Internazionale delle Malattie (International Classification of Diseases - ICD)**

Nel 1893, in piena seconda globalizzazione<sup>1</sup>, l'Istituto Internazionale di Statistica ha sentito il bisogno di redigere una *Lista Internazionale delle Cause di Morte*, adottata dall'Italia a partire dal 1924. Con il passare del tempo, la lista ha richiesto diversi aggiornamenti. Il sesto di questi, approvato nel 1948, è stato curato dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità)<sup>2</sup>, agenzia dell'ONU appena entrata in vigore dopo essere stata fondata due anni prima. A partire da tale edizione, alle cause di morte sono state aggiunte le cause di malattia, ed è dunque solo dal 1948 che si può parlare di una vera e propria ICD. Le tre successive versioni (7<sup>a</sup>, 8<sup>a</sup> e 9<sup>a</sup>) sono uscite rispettivamente nel 1955, 1965 e 1975, mentre nel 1979 è iniziata la pratica di redigere un aggiornamento annuale<sup>3</sup>, comprendente anche procedure diagnostiche e terapeutiche. Nel 1990 è stata approvata una nuova versione (la decima, entrata in vigore nel 1993), mentre è ora disponibile l'undicesima (ICD 11), che sarà approvata dall'Assemblea Generale dell'OMS nel prossimo maggio ed entrerà in vigore il primo gennaio 2022<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Il Programma delle Nazioni Unite per lo Sviluppo (UNDP: United Nations Development Programme), definisce la globalizzazione come "crescente interdipendenza delle persone umane", e precisa che, pur trattandosi di un processo continuo, questo ha conosciuto tre periodi di forte impennata, chiamati appunto *globalizzazioni*. Il primo ha avuto luogo tra la fine del XV e l'inizio del XVI secolo, come conseguenza dei progressi nautici che hanno reso possibili i viaggi transoceanici (circumnavigazione dell'Africa e scoperta dell'America); il secondo alla fine del XIX secolo, con i fenomeni migratori dall'Europa alle Americhe e con l'espansione coloniale britannica e francese; il terzo (oggi in corso) tra la fine del XX e l'inizio del XXI secolo, a seguito dei notevoli progressi della tecnologia telematica e del collegamento globale tra i mercati finanziari [cfr: *Rapporto 1999 su Lo Sviluppo Umano - n. 10: La Globalizzazione*. Rosenberg & Sellier, 1999, pag. 17]

<sup>2</sup> Conosciuta anche con l'acronimo inglese WHO (World Health Organization).

<sup>3</sup> Indicato dall'acronimo CM, per "Clinical Modification".

<sup>4</sup> La pubblicazione è del 18 giugno 2018, il parere favorevole è stato dato a fine gennaio 2019 dal 144° Consiglio di Amministrazione dell'OMS, mentre l'approvazione finale è prevista nel corso della 72<sup>a</sup> Assemblea della Sanità Mondiale (WHA72), in programma a Ginevra dal 20 al 28 maggio 2019.

Rispetto alla precedente, questa edizione contiene numerose novità, introdotte a seguito delle oltre 10mila osservazioni pervenute all'OMS nel corso degli ultimi anni. Innanzitutto, è la prima versione in formato completamente elettronico e i codici in essa contenuti passano da 14.400 a 55.000. L'antibiotico-resistenza riceve un'attenzione ben maggiore, così come la salute sessuale nella quale viene inclusa l'incongruenza di genere, in precedenza considerata fra le patologie mentali. Importante anche l'inserimento delle ludopatie, mentre una grande novità è rappresentata dal capitolo sulla medicina tradizionale.

## **Superare i retaggi di una mentalità "trumaniana"**

Di fronte alle molte innovazioni presenti nell'ICD 11, l'adozione di un capitolo sulla medicina tradizionale può sembrare anacronistico. Tale sensazione è dovuta al fatto che risentiamo ancora di una mentalità cosiddetta "trumaniana"<sup>5</sup>, a seguito della quale siamo portati a ritenere che l'unica via possibile verso lo sviluppo sia quella intrapresa dai Paesi occidentali e quindi tutti i Paesi economicamente svantaggiati non abbiano altra scelta che cercare di ripercorrerla in tutto e per tutto. Oggi la "Dottrina Truman" è messa sempre più in discussione<sup>6</sup>, sia perché non tiene conto della grande varietà socio-culturale delle nazioni, sia perché, a causa della limitatezza delle risorse terrestri (ivi comprese le capacità di assorbire i vari tipi di inquinanti ambientali), una sua generalizzazione risulta impossibile in quanto socialmente ed ecologicamente incompatibile. Non a caso, in occasione del Secondo Forum Globale sulle Risorse Umane in Sanità tenutosi nel 2011, è stato stimato che un miliardo di persone trascorre l'intera vita senza ricevere alcuna assistenza da un medico o infermiere autorizzato<sup>7</sup>.

Secondo i dati dell'OMS, il continente africano racchiude il 24% delle problematiche sanitarie mondiali ma è assistito da appena il 3% del personale medico<sup>8</sup>. Infatti, già nel 2000 era stato segnalato che il 10% degli infermieri e il 20% dei medici africani trovava impiego oltremare; per di più, in certi Paesi subsahariani il numero di medici emigrati risulta addirittura il doppio di quelli rimasti in patria<sup>9</sup>. Le cose sono ancora più gravi se si considerano le aree rurali, nelle quali vive circa la metà del miliardo di abitanti dell'Africa nera, a riprova del fatto che l'idea "trumaniana" di sviluppo, così come l'abbiamo conosciuto nei Paesi occidentali, è ben lungi dal potersi realizzare in forma generalizzata e si limita a pochi nuclei nei quali si concentrano denaro e servizi. Tali zone sono solitamente rappresentate dai quartieri più ricchi delle capitali, e vengono ad assumere un

---

<sup>5</sup> Tale definizione è dovuta al famoso discorso tenuto dal presidente statunitense Harry Truman nel gennaio 1949, in occasione dell'inizio del suo mandato [cfr: Dennis Merrill (2006). *The Truman Doctrine: Containing Communism and Modernity*. Presidential Studies Quarterly, 36 (1), 27-37].

<sup>6</sup> Il mito della "modernizzazione" è entrato in crisi già a partire dagli anni '70 [cfr: Dean C. Tipps (1973). *Modernization Theory and the Comparative Study of National Societies: A Critical Perspective*. Comparative Studies in Society and History, 15 (2), 199-226].

<sup>7</sup> The Lancet (2011). ([https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(11\)60023-8.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(11)60023-8.pdf)).

<sup>8</sup> WHO (2019). ([https://www.who.int/gho/health\\_workforce/physicians\\_density\\_text/en/](https://www.who.int/gho/health_workforce/physicians_density_text/en/)).

<sup>9</sup> Michael Clemens e Gunilla Pettersson (2008). *New data on African health professionals abroad*. Human Resources for Health (<https://doi.org/10.1186/1478-4491-6-1>).

comportamento "simil-coloniale" nei confronti del resto del Paese, centralizzando le decisioni e drenando le risorse umane e naturali. Il crescente squilibrio che ne deriva è alla base dell'esteso fenomeno migratorio che oggi si osserva anche in Italia.

Secondo alcuni stime, a fronte di un medico ogni 40mila abitanti, nel continente africano ci sarebbe un guaritore tradizionale ogni 500 persone<sup>10</sup>. Seppur con grandi differenze tra le varie aree interne, in Asia e Africa (nelle quali vivono ben 5,5 degli attuali 7,5 miliardi di abitanti del pianeta) un gran numero di persone ricorre ancora oggi alla medicina tradizionale<sup>11</sup>. Allo stesso tempo, con la diffusione e la pervasività di internet, nei Paesi industrializzati si assiste a una crescente confusione riguardo alle medicine non convenzionali, per cui risulta quanto mai comprensibile la decisione dell'OMS di fare chiarezza in proposito.

## Medicina tradizionale ≠ medicina alternativa

Una prima distinzione dev'essere fatta tra *medicina tradizionale* e *medicina alternativa* (detta anche *complementare*, o *non convenzionale*). Per l'OMS, la prima è definibile come "*l'insieme delle conoscenze, capacità e pratiche basate su teorie, credenze ed esperienze indigene, spiegabili o meno, utilizzate nella prevenzione, diagnosi e trattamento di malattie fisiche e mentali*", mentre la seconda corrisponde a "*l'insieme delle pratiche sanitarie che non fanno parte né delle tradizioni né della medicina convenzionale di un determinato Paese*"<sup>12</sup>. Come si vede, solo le medicine tradizionali riconoscono un forte radicamento culturale, frutto di esperienze condivise e tramandate nel corso dei secoli. Le medicine alternative, invece, sono rappresentate da pratiche sanitarie che non trovano corrispondenza né in tradizioni né in discipline scientifiche adottate in un determinato Paese. Se le prime risultano molto diffuse in contesti rurali di molte nazioni del Sud del mondo, le seconde, a causa della facile manipolabilità (e quindi monetabilità) giocano un ruolo sempre più importante nei Paesi industrializzati.

Un fenomeno in crescita è rappresentato dall'importazione di discipline sanitarie tradizionali evolute in ambienti socio-culturali molto diversi dal proprio: enucleate dal contesto originario, queste si trasformano in medicine alternative e vanno incontro a drastiche semplificazioni che le rendono facilmente fruibili e monetizzabili.

## Le medicine tradizionali funzionano?

Nell'analisi delle medicine tradizionali, ogni valutazione di efficacia deve andare ben al di là del semplice effetto farmacologico. Se ci si limita a questo, infatti, l'attività dei farmaci industriali risulta di gran lunga superiore. In realtà, un farmaco non esaurisce la sua vita nel

---

<sup>10</sup> Ali Arazeem Abdullahi (2011). *Trends and Challenges of Traditional Medicine in Africa*. African Journal of Traditional Complementary and Alternative Medicine, 8 (5), 115-123.

<sup>11</sup> In molte pubblicazioni si parla addirittura dell'80% della popolazione di questi continenti, anche se tale dato sembra eccessivo o quantomeno non aggiornato [cfr: Oyinlola Oyeboode *et al.* (2016). *Use of traditional medicine in middle-income countries: a WHO-SAGE study*. Health Policy Plan, 31 (8), 984-991].

<sup>12</sup> WHO (2013). (<https://www.who.int/traditional-complementary-integrative-medicine/about/en/>).

laboratorio di produzione, ma questo rappresenta soltanto il suo luogo di nascita. Promozione commerciale, distribuzione, costo al dettaglio, modalità di somministrazione ed effetti collaterali, sono tutti fattori che non solo concorrono a determinarne l'efficacia effettiva, ma risultano avere un'importanza relativa alquanto diversa a seconda del contesto di applicazione. In ambiente urbano, sarebbe ridicolo mettersi a raschiare la parte interna della corteccia dei salici per ricavarne dell'acido salicilico, quando in qualsiasi farmacia si può facilmente trovare un'economica e ben più potente aspirina. Allo stesso modo, una semplice terapia antibiotica può risultare di ardua applicazione in vaste aree rurali di Paesi a basso reddito, dove alla mancanza di medici si aggiunge la scarsità di farmacie, la difficoltà di conservazione a causa delle temperature torride associate a frequenti interruzioni nell'erogazione della corrente elettrica, l'incapacità di leggere i foglietti illustrativi e di valutare gli effetti collaterali, l'assenza di acqua distillata e di siringhe per iniezione, la diffusione di farmaci contraffatti veicolati da contrabbandieri di pochi scrupoli<sup>13</sup>. In un tale contesto, potrebbe rivelarsi più appropriata la scelta di un'adequata preparazione tradizionale, seppur caratterizzata da un effetto farmacologico molto meno potente.

## **Tradizione e modernità: due mondi separati?**

Con l'acuirsi del problema dell'antibiotico resistenza, il mondo scientifico si è dato da fare per trovare alternative in grado di aggirare il problema. Fra queste, l'utilizzo di piante medicinali derivate dalle medicine tradizionali sta riscuotendo un crescente interesse. Un fitoterapico, infatti, agisce in funzione di una complessa interazione fra molteplici principi attivi e adiuvanti, rendendo quindi grandemente improbabile l'insorgenza di fenomeni di resistenza<sup>14</sup>. Interessante risulta anche l'utilizzo di batteriostatici naturali in zootecnia, che limitano notevolmente il problema dei residui negli alimenti di origine animale<sup>15</sup>. Nella scelta di una strategia medica, è importante valutare quale sia l'effettiva potenza farmacologica richiesta. Spesso, molti fitofarmaci risultano sufficientemente efficaci, riducendo nel contempo i rischi di effetti collaterali indesiderati e di resistenza. Tuttavia, un limite nella generalizzazione di tale approccio risiede nella difficoltà di standardizzare un farmaco tradizionale, a meno di non sottoporlo a complesse pratiche di laboratorio.

## **Guaritori dell'altro mondo**

In molte aree rurali di Paesi a basso reddito esistono guaritori tradizionali di comprovata esperienza, spesso acquisita a partire dall'infanzia, che riescono a produrre pozioni medicamentose di buona efficacia e tossicità pressoché nulla. Se, a livello di comunità

---

<sup>13</sup> Camille Niaufre (2014). *Le trafic de faux médicaments en Afrique de l'Ouest*. Note de l'Institut Français des Relations Internationales.

<sup>14</sup> Alberto Zorloni (2017). *Ethnoveterinary Medicine: Past, Present and the Way Forward*. In: Bożena Płonka-Siroka et al. (eds.), *Traditional Medical Systems of Africa and Asia and Their Transformations*. Wrocław Medical University, pag. 28.

<sup>15</sup> Jacobus Nicolaas Eloff e Lindy McGaw (2009). *Application of Plants Extracts and Products in Veterinary Infections*. In: Iqbal Ahmad e Farrukh Aqil (eds.), *New Strategies Combating Bacterial Infection*. Wiley-Blackwell, pagg. 219-221.

rurali, il loro ruolo è unanimamente riconosciuto, con la dissoluzione dei contesti tradizionali si assiste a una progressiva infiltrazione di ciarlatani che si improvvisano esperti. Utilizzando strategie pubblicitarie di discreta efficacia e avvalendosi di millantate conoscenze nel campo della medicina sia tradizionale sia occidentale, costoro propongono rimedi truffaldini che nulla hanno a che fare né con l'una né con l'altra. Di fatto, al venir meno di esperti guaritori, sono spesso tali figure di impostori che ne prendono il posto, soprattutto in Paesi del Sud del mondo costretti a drastici tagli di personale sanitario nell'ambito dei programmi di aggiustamento strutturale imposti dal Fondo Monetario Internazionale.

Nel contempo, con l'incontrollata divulgazione di notizie pseudo-scientifiche facilitata dalla rete telematica, la moltiplicazione di ciarlatani si osserva anche nei Paesi industrializzati, con conseguente aumento delle persone che si affidano a metodi di cura alternativi senza consultare figure mediche qualificate. Anche a seguito di una loro eccessiva burocratizzazione, queste ultime hanno perso una parte del carisma che avevano e, similmente a quanto avviene nel Sud del mondo, si sono moltiplicati gli imbonitori sanitari che si fanno largo in rete tra paure immotivate e promesse di guarigione senza fondamento.

La vera contrapposizione, dunque, non è tra medicina tradizionale e medicina moderna, ma tra buona medicina e falsa medicina. Per i sanitari italiani, "l'altro mondo" da cui guardarsi non è quello dei numerosi medici tradizionali che lavorano con serietà a Sud del Sahara, bensì quello della rete nel quale imperversano numerosi ciarlatani. Nel 1995, all'insorgere di tale problema, una sessantina di esperti mondiali di telemedicina hanno fondato a Ginevra la *Health On the Net Foundation* (HON), un ente senza scopo di lucro diventato consulente dell'OMS, allo scopo di redigere le caratteristiche che devono avere i siti di assistenza medica, con tanto di certificazione tramite un bollino blu<sup>16</sup>. Oltre 8mila siti in 90 Paesi l'hanno ottenuto, ma oggi ne nascono talmente tanti che non si riescono a verificare in tempi adeguati. Nel nostro Paese, diversi enti e associazioni si sono attivati per informare le persone sull'attendibilità delle notizie mediche che circolano in rete<sup>17</sup>.

Tuttavia, per contrastare la crescente popolarità dei ciarlatani con abili capacità propagandistiche non è sufficiente contrapporre titoli di studio o comprovata esperienza, ma bisogna cercare di ricomporre il carisma perduto a seguito dell'eccessiva burocratizzazione che ha scavato un fossato relazionale tra aspettative dei pazienti e atteggiamento del personale sanitario: non sentendosi ascoltate<sup>18</sup>, molte persone hanno l'impressione di non essere capite dai medici e tendono quindi a reindirizzare la loro fiducia verso coloro che rispondono maggiormente alle loro aspettative. É dunque facile comprendere come abili venditori di illusioni possano prevalere su professionisti qualificati.

---

<sup>16</sup> <https://www.hon.ch/index.html>

<sup>17</sup> Fra i siti consultabili in proposito, si possono citare [www.issalute.it](http://www.issalute.it) (a cura dell'Istituto Superiore di Sanità), <https://dottoremaeveroche.it/> (a cura della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri) e [www.tumoremaeveroche.it](http://www.tumoremaeveroche.it) (a cura dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica).

<sup>18</sup> Howard B. Beckman e Richard M. Frankel (1984). *The Effect of Physician Behavior on the Collection of Data*. *Annals of Internal Medicine*, 101, 692-696.

Interessante, a tale proposito, la strategia messa in atto in molti contesti rurali africani da parte di guaritori di comprovata esperienza. Per anni, ho considerato nell'ambito esclusivo dell'effetto placebo e/o della psiconeuroendocrinoimmunologia l'ipotetica efficacia della recita sottovoce di formule magico-religiose segrete, le quali a volte accompagnano la somministrazione di preparazioni tradizionali. Tuttavia, mi sono sempre chiesto quale senso potessero avere in campo veterinario. Con il passare del tempo e l'aumento dei contatti con esperti locali, ho però notato che tali formule sono quasi sempre riservate a preparazioni che richiedono particolare destrezza e possono presentare potenziali pericoli, per cui mi sono reso conto (e la mia osservazione ha trovato riscontro in altri ricercatori), che tali pratiche hanno l'indubbio vantaggio di evitare un loro uso improprio da parte di persone non qualificate. Le formule vengono infatti rivelate solo a chi segue un lungo periodo di apprendistato, che può durare anche molti anni, presso guaritori di comprovata esperienza.

## Medicine non convenzionali in Italia

Nel 2013 l'OMS segnalava che oltre 100 milioni di europei, 20 milioni dei quali in via esclusiva, si affidavano alle medicine tradizionali o a quelle non convenzionali<sup>19</sup>. Tuttavia, l'ultimo rapporto di Eurispes<sup>20</sup> porta la cifra a ben 130 milioni (corrispondenti al 29% degli abitanti) per la sola omeopatia, la quale viene prescritta da 50mila medici europei.

Riguardo agli italiani, tale Rapporto parla di 12,8 milioni (oltre il 20% degli abitanti, mentre negli USA sarebbero più del 30% e in Svizzera addirittura il 50%): il 76.1% di questi sceglie l'omeopatia, il 58.7% la fitomedicina, il 44.8% l'osteopatia, il 29.6% l'agopuntura e il 20.4% la chiropratica. Interessante osservare che nel 2000 erano poco più di 6 milioni, per cui c'è stato un raddoppio in meno di 20 anni. Questi dati coinvolgono direttamente anche la classe medica: in Italia 4mila medici prescrivono l'omeopatia regolarmente, ai quali se ne aggiungono altri 20mila (nel 2000 erano solo 5mila) che la prescrivono saltuariamente.

È stato tentato anche una sorta di "identikit sociale" della persona-tipo che si rivolge alle terapie non convenzionali nel nostro Paese, e si è visto che ciò avviene soprattutto da parte di donne di età media, con livello di scolarizzazione elevato, residenti al Centro-Nord e (anche per motivi economici) di ceto medio-alto. Il 20% degli italiani viene indirizzato verso i farmaci non convenzionali dal medico di base, il 28% dal farmacista e il 39% da amici e conoscenti.

## Lo squilibrio come prima noxa

Nel 1978, constatata la restrittiva accezione attribuita al termine *salute* dal mondo industrializzato, l'OMS ha proposto una definizione più ampia con la dichiarazione di Alma Ata, nella quale si precisa che per "salute" debba intendersi *"uno stato di completo*

---

<sup>19</sup> WHO (2013). *Strategia dell'OMS per la Medicina Tradizionale 2014-2023*. Pag. 25 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/92455/9789241506090\\_ita.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/92455/9789241506090_ita.pdf)).

<sup>20</sup> Il rapporto *Italia 2019* è consultabile gratuitamente sul sito di Eurispes (<https://eurispes.eu/ricerca-rapporto/rapporto-italia-2019/>), previa registrazione.

*benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente l'assenza di malattia*<sup>21</sup>. Inoltre, riprendendo un'idea che si era diffusa fin dalla prima metà degli anni '60<sup>22</sup>, all'inizio del nuovo millennio l'OMS ha formulato il concetto di *One Health*, così da mettere in stretta relazione la salute umana, la salubrità del cibo, il controllo delle zoonosi e la lotta nei confronti dell'antibiotico-resistenza<sup>23</sup>. Rilevante anche l'espressione utilizzata dall'Office International des Epizooties (OIE), che al riguardo ha parlato di "*salute degli ecosistemi*"<sup>24</sup>. Negli ultimi decenni, dunque, le agenzie dell'ONU che si occupano di sanità hanno cercato di riportare il concetto di salute a un'accezione più ampia, corrispondente a una forma di equilibrio fra diversi aspetti dell'esistenza delle persone. Questa evoluzione ha consentito un avvicinamento alla visione delle medicine tradizionali, che contemplano la salute come una sorta di equilibrio fra lo stato psicofisico dell'individuo, il suo ambiente sociale e il suo ambiente naturale. Per di più, in tali medicine ha un ruolo apprezzabile anche il rapporto con la dimensione metafisica, oggi formalmente estranea alla medicina occidentale sebbene ancora tenuta in considerazione da molti medici e pazienti. Del resto, dopo le ricerche in campo psiconeuroimmunologico pubblicate a metà degli anni '70<sup>25</sup>, il mondo accademico ha iniziato a esplorare con crescente attenzione i meccanismi biochimici che possono mettere in relazione i processi di guarigione e la fede religiosa<sup>26</sup>. La medicina ha da sempre avuto a che fare con problemi dovuti a inadeguatezze alimentari (carenze ed eccessi), stile di vita, stress psicofisico ed emarginazione sociale. Negli ultimi tempi, a tali squilibri si sono aggiunti i cambiamenti climatici<sup>27</sup> e le disuguaglianze socio-economiche. L'OMS stima che, nei Paesi a basso reddito, le malattie associate alla povertà rappresentino il 45% delle cause di morte<sup>28</sup>. Se forti disuguaglianze sociali vengono rilevate in molti Paesi del Sud del mondo, nondimeno esse risultano in crescita anche nei Paesi industrializzati. Negli USA, il numero di nuclei familiari che dispone di meno di 15mila \$ all'anno è aumentato del 37% tra il 2000 e il 2016, così come il numero dei nuclei familiari che dispone di oltre 150mila \$ all'anno<sup>29</sup>. Una simile tendenza è stata registrata in vari Stati ad alto reddito a partire dalla seconda metà degli anni '80 e si è esacerbata in seguito alla

---

<sup>21</sup> WHO (1978). *Declaration of Alma Ata*. ([www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)).

<sup>22</sup> Si veda, ad esempio: Calvin Schwabe (1964). *Veterinary medicine and human health - Unknown Binding*. Ed. Williams & Wilkins.

<sup>23</sup> WHO (2017). *One Health*. ([www.who.int/features/qa/one-health/en/](http://www.who.int/features/qa/one-health/en/)).

<sup>24</sup> OIE (2018). *One Health*. ([www.oie.int/en/for-the-media/onehealth/](http://www.oie.int/en/for-the-media/onehealth/)).

<sup>25</sup> Robert Ader e Nicolas Cohen (1975). *Behaviorally conditioned immunosuppression*. *Psychosomatic Medicine*, 37 (4), 333-340.

<sup>26</sup> Harold G. Koenig (2000). *Psychoneuroimmunology and the faith factor*. *The journal of gender-specific medicine*, 3 (5), 37-44.

<sup>27</sup> La FAO stima che, se non verranno adottati provvedimenti significativi, entro il 2030 i cambiamenti climatici causeranno un aumento nel numero di nuovi poveri compreso tra 35 e 122 milioni di individui [cfr: FAO (2017). *Climate-Smart Agriculture Sourcebook* (2ª edizione), pag. 41]. L'OMS ha calcolato che nel solo anno 2000 i cambiamenti climatici siano stati responsabili del 2,4% dei casi di diarrea al mondo, nonché di 154mila decessi [cfr: WHO (2002). *The World Health Report 2002*. Pag. 72], e prevede un aumento di circa 250mila morti all'anno tra il 2030 e il 2050 [cfr: WHO (2015). *Health in 2015 from MDGs to SDGs*. Pag. 34].

<sup>28</sup> WHO (2004). *Diseases of poverty and the 10/90 Gap*. International Policy Network, pag. 4.

<sup>29</sup> Melinda Wenner Moyer. (2018). *Un'epidemia americana*. In: *Le Scienze*, 599, pag. 31.

crisi economica del 2008<sup>30</sup>, non solo con gravi conseguenze sulla salute dei meno abbienti, ma anche con ripercussioni sanitarie sull'intero tessuto sociale<sup>31</sup>. Nel nostro Paese, secondo un recente sondaggio della rivista Altroconsumo, il 44% delle famiglie afferma che le spese sanitarie sono un peso economico rilevante; inoltre, il 55% degli intervistati ha dichiarato di avere difficoltà ad affrontare le spese dentistiche, il 51% le visite specialistiche e il 41% l'acquisto di farmaci<sup>32</sup>.

È poi importante notare che, perlomeno nei Paesi industrializzati, più della povertà in sé risulta nocivo l'accrescimento del divario tra classi ricchi e meno abbienti<sup>33</sup>.

Il concetto, fondamentale nelle medicine tradizionali (comprese le nostre fino a un secolo fa), di cercare il ripristino di una condizione di equilibrio psicofisico, sociale e ambientale per poter giungere a una guarigione che duri nel tempo, sta dunque riacquistando la dovuta considerazione anche a livello di medicina ufficiale dei Paesi industrializzati.

## L'apporto scientifico delle medicine tradizionali

Oltre a restituire una visione più allargata delle questioni attinenti alla salute, le medicine tradizionali possono offrire un valido contributo anche in campo strettamente scientifico. Personalmente, posso presentare un paio di esempi eloquenti al riguardo.

Spinto da molti casi di uso improprio e pericoloso degli acaricidi di sintesi, nel 2004 ho raccolto 28 piante etiopi con effetto potenzialmente attivo sulle zecche e l'anno seguente le ho sottoposte a minuziosi esami di laboratorio presso la facoltà di veterinaria di Pretoria. La specie vegetale che ha dato migliori risultati è stata la *Calpurnia aurea*<sup>34</sup>, una pianta quasi sconosciuta a livello accademico ma ben nota ai nomadi borana che me l'avevano indicata.

Nel 2017, durante una ricerca svolta in una zona saheliana del Niger centrale, diversi nomadi peul e tuareg mi hanno parlato di un bruco che, crescendo sui rami di acacia, poteva causare aborto nelle dromedarie se accidentalmente ingerito. Interpellati in proposito, i responsabili dei servizi veterinari ministeriali mi hanno detto di ritenere del tutto casuale il rapporto fra aborto e ingestione della forma larvale. Nondimeno, altri colleghi avevano raccolto la stessa segnalazione presso alcuni nomadi saharawi che vivono in ambiente sahariano<sup>35</sup>. Si è così potuto ricostruire il meccanismo patogenetico<sup>36</sup>, simile a

---

<sup>30</sup> Autori Vari (2016). *L'impatto delle disuguaglianze socio-economiche sul diritto ad avere eguali opportunità di salute in Italia*. Fondazione Umberto Veronesi, pag. 5.

<sup>31</sup> Karen Rowlingson (2011). *Does income inequalities cause health and social problems?*. University of Birmingham, pagg. 32-34.

<sup>32</sup> Simona Ovadia (2019). *Termometro Altroconsumo*. Altroconsumo, 335, pagg. 27-29.

<sup>33</sup> Robert Sapolsky (2018). *The Health-Wealth Gap*. In: Scientific American, 5/2018, pagg. 63-67.

<sup>34</sup> Alberto Zorloni *et al.* (2010). *Extracts of Calpurnia aurea leaves from southern Ethiopia attract and immobilise or kill ticks*. Veterinary Parasitology, 168 (1-2), 160-164.

<sup>35</sup> Gabriele Volpato *et al.* (2013). *"Everybody knows", but the rest of the world: the case of a caterpillar-borne reproductive loss syndrome in dromedary camels observed by Sahrawi pastoralists of Western Sahara*. Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine, 9 (5), 1-13.

<sup>36</sup> Abdullah Inci *et al.* (2014). *Caterpillars-Borne Abortions in Pregnant Mares and Camels*. Journal of Faculty of Veterinary Medicine, Erciyes University, 11 (3), 191-196.

quanto già osservato in alcune cavalle statunitensi<sup>37</sup> e australiane<sup>38</sup> a partire da un episodio occorso in Kentucky nel 2001<sup>39</sup>. Una volta ingerite, le setole che ricoprono la cuticola del bruco, favorite dai movimenti peristaltici, perforano la parete intestinale, portando con sé alcune specie batteriche (soprattutto streptococchi e actinobacilli) normalmente presenti nel tubo digerente. Trasportati dal circolo ematico, questi agenti patogeni raggiungono i vari distretti dell'organismo, dove tuttavia le difese immunitarie ne ostacolano la replicazione. Ci sono però diversi motivi che rendono l'utero un bersaglio ottimale per l'estrinsecazione della patogenesi: innanzitutto, verso la fine della gravidanza, quest'organo riceve il 15% del gettito cardiaco; i movimenti del feto, poi, favoriscono la penetrazione delle setole; infine, avendo cavalle e dromedarie una placenta di tipo epitelio-coriale, il distretto fetale non viene quasi per nulla raggiunto dagli anticorpi materni<sup>40,41</sup>.

É molto eloquente il fatto che un simile problema, sconosciuto ai servizi ministeriali competenti, sia stato rilevato in primis da persone, fra le quali molti guaritori tradizionali, che vivono a stretto contatto con gli animali, a riprova della necessità di un dialogo continuo tra queste figure e quanti si muovono in ambito scientifico. Inoltre, essendo strettamente correlato ai cambiamenti climatici, il problema richiede un monitoraggio continuo sul terreno in modo da poterne valutare la diffusione. Per quanto di mole assai diversa, infatti, i dromedari e i bruchi della famiglia *Lasiocampidae* condividono un medesimo substrato nutritivo, le foglie delle acacie, ed è quanto mai importante poter conoscere tempestivamente ogni modificazione dell'equilibrio biologico tra acacie, bruchi e dromedari. Infine, un analogo discorso potrebbe riguardare anche al nostre latitudini, dove l'innalzamento delle temperature medie consente un più facile superamento dell'inverno da parte delle processionarie (responsabili di aborti nelle cavalle in Australia), con conseguente loro diffusione anche ad altitudini prima proibitive<sup>42</sup>.

---

<sup>37</sup> Pat Adkins (2005). *Tracking the Source of Mare Reproductive Loss Syndrome*. Equus, 327, 44-48.

<sup>38</sup> Francene Neuendorf (2007). *Caterpillars are Aborting our Mares*. Horse, 56-58.

<sup>39</sup> Manu Sebastian et al. (2003). *The mare reproductive loss syndrome and the eastern Tent Caterpillar: A toxicokinetic/statistical analysis with clinical, epidemiologic, and mechanistic implications*. Veterinary Therapeutics, 4 (4), 324-339.

<sup>40</sup> Karen McDowell et al. (2010). *Invited Review: The Role of caterpillars in mare reproductive loss syndrome: A model for environmental causes for abortion*. Journal of Animal Science, 88, 1379-1387.

<sup>41</sup> Una valida sintesi è presentata da: Thomas Tobin (2013). *The Mare Reproductive Loss Syndrome (MRLS), the Septic Penetrating Setal Emboli Pathogenesis thereof and Recently Reported Caterpillar Related Abortions in Camels*. (Disponibile all'indirizzo <http://www.thomastobin.com/mrlstox.htm>).

<sup>42</sup> Carol Kerdelhué et al. (2014). *Genetic Diversity and Structure at Different Spatial Scales in the Processionary Moths*. In: Alain Roques (ed.). *Processionary Moths and Climate Change. An Update*. Ed. Quae, pag. 163.