CAMERA DEI DEPUTATI N. 3428

PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa del deputato LECCESE

Disciplina della digiunoterapia

Presentata il 1° dicembre 1993

ONOREVOLI COLLEGHI ! — In questi ultimi anni la sfiducia da parte di molti cittadini nei confronti della medicina ufficiale si dimostra crescente.

Gli ultimi dati, provenienti da fonti diverse, ci indicano che oltre due milioni di italiani si rivolgono a medicine e terapie non ufficiali per curarsi.

Il problema che il legislatore deve porsi nel momento in cui affronta la lettura dei cambiamenti o dei diversi indirizzi di vita organizzata ed individuale dei cittadini, è – primo fra tutti – quello di non violare i presupposti contenuti nella nostra Costituzione e di contribuire alla sua realizzazione attraverso leggi che la esaltino, rendendola operante.

In questo caso specifico, la proposta di legge per il riconoscimento della digiunoterapia fa riferimento ai seguenti articoli della Costituzione: articolo 3 (uguaglianza dei cittadini di fronte alla legge senza distinzione alcuna); articolo 9 (la Repubblica promuove lo sviluppo della cultura e la ricerca scientifica e tecnica); articolo 13 (la libertà personale è inviolabile); articolo 32 (la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività... Nessuno può essere obbligato ad 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) e articolo 33 (l'arte e la scienza sono libere e libero ne è l'insegnamento... Enti e privati hanno il diritto di istituire scuole ed istituti di educazione).

I princìpi informatori della proposta di legge sulla digiunoterapia partono dall'affermazione della libertà terapeutica nella reciprocità del rapporto fra il medico ed il paziente e del paziente verso sé stesso. Non è peregrino né inutile partire da questa affermazione che articola in legge – in un Paese dove le vaccinazioni sono obbligatorie e l'unica medicina che gode dei canali di informazione, di propaganda e di diffusione è la medicina di Stato – un rapporto medico-paziente libero ed informato come garanzia per ogni libertà terapeutica.

Il XXIII rapporto Censis così recita: « L'area di cura del sé corporeo è indubbiamente in espansione. Solo dieci anni fa tale settore era riservato ad una utenza assai ristretta e circoscritta alle fasce economicamente più evolute della popolazione », attualmente questa domanda si sta sempre più massicciamente dirigendo verso altre terapie e metodi di guarigione e di attenzione al proprio corpo.

Scopo di questa proposta di legge è di affrontare, affermando il diritto positivo, la libertà di scelta del cittadino nei confronti delle terapie con cui intende prendersi cura di sé stesso. Tale libertà, perché sia autentica ed organizzata, deve essere resa praticabile da leggi di applicazione.

Il richiamo nell'articolo 1 al « consenso libero ed informato » del cittadino pone l'accento sull'informazione sanitaria e di Stato che, einaudianamente, ponga in essere le condizioni del « conoscere per deliberare ». Lo Stato non è incolpevole della mancata informazione dei cittadini relativamente all'uso e all'abuso dei farmaci e degli alimenti *killer;* alla pubblicità televisiva che li propaganda e alle vere e proprie « tossicodipendenze » da sostanze chimiche, che riguardano una larga fascia del Paese.

Lo Stato è sicuramente colpevole, di fronte alla Costituzione, di non promuovere studi, scuole, esperienze, insegnamenti altri, da quelli della medicina convenzionale a cui è consegnato interamente il monopolio della salute individuale, senza garanzia alcuna – né economica, né istituzionale, né culturale o scientifica – per quei cittadini che si trovino nella circostanza di fare scelte diverse.

I malati terminali o in gravissime condizioni che si rivolgono – *extrema ratio* – a medicine non convenzionali dopo avere fallito con la medicina ufficiale hanno il diritto ad essere informati sulle differenti metodologie e sugli statuti epistemologici di ognuna di esse, allo scopo di conoscerne tutte le possibilità e i limiti. Hanno il diritto, cioè, di essere informati sulla qualità preventiva che deriva dal rispetto e dall'osservanza della *vis medicatrix naturae.*

Il concetto di prevenzione – se si escludono le tanto strombazzate campagne sulle vaccinazioni – manca completamente nella medicina ufficiale; momento unico, questo delle vaccinazioni, nel quale la prevenzione diventa merce e come tale può essere venduta procurando grandi guadagni alla case farmaceutiche.

« Consenso libero ed informato » è ciò che rende possibile al cittadino la presa in carico della propria salute e l'eventuale scelta, consapevole di punti di riferimento adeguati alle proprie necessità di trattamento, ridimensionando il rapporto di delega.

Ciò che, invece, viene chiesto al cittadino è di fidarsi del farmaco, ormai più ancora che del medico, e di non provare mai a fidarsi di sé stesso. Ciò che gli viene concesso è al massimo un diritto del malato, non mai un diritto del sano.

Il comma 3 dell'articolo 1 – considerato l'articolo 5 del codice civile (atti di disposizione del proprio corpo) e gli articoli del codice penale 580 (istigazione o aiuto al suicidio); 582 (lesione personale); 593 (omissione di soccorso) – dispone la prevalenza del consenso valido, libero ed informato sugli eventuali esiti della digiunoterapia.

Il resto dell'articolato della proposta dispone:

norme per la creazione di una commissione ministeriale con il compito di individuare i centri pilota e le figure professionali indispensabili per praticare la

digiunoterapia e con il compito di creare un albo nazionale dei centri di digiunoterapia;

norme per la creazione di centri pilota, atti a praticare la digiunoterapia sotto controllo medico ed a concorrere alla formazione di una classe medica e paramedica adeguata;

norme per il periodico resoconto dell'intera attività dei centri.

È opportuno ricordare che nel XVII secolo, sotto il regno dei Borboni a Napoli, si era creata una doppia scuola medica: l'Università, nella quale i medici si laureavano in medicina con il regolare corso di laurea, e il Collegio medico nel quale i medici si formavano « sul campo », alla scuola di medicina ospedaliera presso l'Ospedale degli Incurabili.

Entrambe le scuole davano diritto all'esercizio della professione medica e sviluppavano un'interessante dialettica fra la scuola medica empirica e quella teorica.

Questo doppio modello di formazione professionale, praticato per esempio in Germania *(Heil Praktiker)*, appare molto utile per comprendere un inquadramento legislativo che permetta di recuperare tutta l'esperienza empirica e di osservazione fatta da digiunoterapeuti non-medici di grandissimo nome, come per esempio il francese A. Mosséri. Appare evidente che, a fronte delle numerosissime guarigioni da lui ottenute nella *Maison de l'hygiène naturelle*, ed ampiamente documentate, i processi subiti per esercizio abusivo della professione richiedono una onesta riflessione sulla definizione della formazione del medico.

Inoltre, la scadenza del 1992 pone con forza il problema dell'armonizzazione delle differenti normative nazionali in materia di salute e di terapie anche non convenzionali, in una soluzione che esalti al massimo le differenze e non sia soppressiva di nessuna esperienza.

La digiunoterapia, con la nuova lettura eupatica che deriva dalla osservazione e dall'esperienza (esperienza ed osservazione che non si imparano né si insegnano nelle Università della medicina ufficiale) ripropone la questione della « doppia scuola » medica e della formazione del medico.

Il digiuno volontario è una pratica antichissima che compare, con una certa costanza, in ogni parte del mondo e presso l'intero genere umano.

All'inizio della storia esso era già conosciuto in India, in Persia, in Cina ed in Grecia nel corso delle feste eleusine e nelle tesmoforie; digiunavano anche i Fenici, gli Egizi, gli Assiri ed i Babilonesi; i Druidi in Europa e gli Indiani d'America dell'epoca pre-colombiana. È tuttora adottato da molte tribù africane ed australiane.

Questa pratica compare in tutte le religioni: nella giudeocristiana; nella religione islamica di cui è uno dei cinque precetti fondamentali; nel vedaismo; nel brahmanesimo; nell'induismo; nella tradizione yogica; nel giainismo. È tuttora praticato dai buddhisti tibetani.

Praticavano il digiuno gruppi mistici o iniziatici come i pitagorici, gli esseni, i sufi, i catari, i terapeuti e molti celebri anacoreti.

Era consigliato dai medici della Scuola Salernitana.

Fra le figure più note della storia che ricorsero a lunghi digiuni nel momento cruciale della propria vita, vogliamo ricordare: Mosè che intorno al 1250 a.C. sul monte Oreb digiunò quaranta giorni prima di ricevere le tavole della legge e reiterò questa pratica per altri quaranta giorni prima di distruggere il Vitello d'Oro.

Il profeta Elia, quattro secoli dopo, digiunò quaranta giorni nel deserto prima di salire anch'egli sul monte Oreb ed essere illuminato.

Gesù, all'età di ventotto anni, per prepararsi alla predicazione, « digiunò nel deserto per quaranta giorni e quaranta notti, dopo di che ebbe fame » (Matteo 4.2).

Pitagora, prima di andare in Egitto per apprendere nuovi insegnamenti, digiunò quaranta giorni.

San Francesco, a Fonte Colombo vicino a Rieti, digiunò quaranta giorni prima di dettare le regole del suo ordine.

Ricorsero al digiuno molti altri personaggi celebri della storia: San Benedetto; Francesco di Paola; Caterina da Genova; Bernardo di Chiaravalle; Romualdo dei Camaldolesi; Tommaso d'Aquino; Ignazio di Loyola; Francesco di Sales ed ancora – in tempi più recenti – Gandhi, Aurobindo, Yogananda, Krishnamurti ed il grande mistico Ab El Kader.

Nonostante questi precedenti e questi esempi, a partire dalla fine del medioevo, il digiuno cadde in disuso come pratica collettiva diffusa.

Dopo queste premesse è opportuno fare una netta distinzione fra il « digiuno igienico » e il « digiuno terapeutico ».

Il « digiuno igienico » non ha l'obiettivo immediato di guarire qualche malattia, ma piuttosto di preservare la salute.

Questo digiuno dovrebbe interessare l'insieme della popolazione e dovrebbe essere proposto perché ha solo aspetti positivi.

Raccomandare il « digiuno igienico » sarebbe, in ultima analisi, molto benefico per la salute dell'intera collettività e conseguentemente per il bilancio dello Stato. Questo tipo di digiuno dovrebbe poter essere praticato all'interno della famiglia o presso centri igienici non-medici, senza bisogno di regolamentazione.

Il « digiuno terapeutico » si differenzia dal digiuno igienico per il fatto che la persona che lo intraprende è già « malata ». Essa si augura, dunque, di utilizzare il digiuno come mezzo terapeutico nella speranza di « guarire ».

Ricordiamo che la nozione del « digiuno terapeutico » sottintende la nozione di trattamento, dunque la lotta contro la « malattia ».

Questa concezione si oppone a quella igienista che considera che l'organismo sviluppa una « malattia » per ritrovare la salute.

Per gli igienisti il digiuno non può essere terapeutico. Esso non può essere effettuato che per mantenere o ritrovare la salute.

Fatte queste precisazioni e comprendendo il ruolo « terapeutico » che certi medici vorrebbero vedere giocare dal digiuno, possiamo domandarci se il digiuno, in caso di malattia, è capace di preservare la vita.

Esistono numerose testimonianze orali o scritte, fatte da digiunatori o dai loro terapeuti, che certificano la riuscita del « digiuno terapeutico » applicato, a volte, a casi molto difficili.

Queste testimonianze pongono degli interrogativi alla medicina ufficiale, spesso incapace di risolvere molti casi, interrogativi che spingono alla conclusione che è opporturo ricorrere al « digiuno terapeutico » o digiunoterapia.

Ai primi dell'ottocento nasce in America la Scuola igienista, che riprende ed approfondisce lo studio del digiuno come terapia atta a guarire anche le malattie gravi.

Le regole della digiunoterapia, corredate dalle osservazioni fisiologiche e dalla lettura eupatica della malattia, si devono al medico americano Herbert M. Shelton, nato a Wylie (Texas) nel 1895, e fondatore della clinica « Scuola della salute », nella quale sorvegliò, in sessant'anni d'attività medica, oltre 20.000 digiuni. Come egli stesso documenta – caso per caso, in un'amplia produzione scientifica, composta da più di quaranta libri – guarì malattie gravissime.

Shelton è morto nel 1985 all'età di novant'anni. In seguito alla sua opera la pratica del digiuno si diffuse con chiarezza metodologica in America ed altri paesi attraverso l'impegno di molti digiunoterapeuti.

In Inghilterra la digiunoterapia è praticata da oltre quarant'anni dal dottor K. Sidhwa; in Francia, verso il 1950, fu introdotta da A. Mosséri e da D. Merien; in Svizzera dal dottor Bircher Benner e dal dottor E. Bauer; in Germania dal dottor O. Buchinger e dal dottor H. Lutzner; in Spagna dalla dottoressa M. Wilhelmi e, nel 1965 in Italia, M. Manca e D. Grassi, dopo aver constatato i grandi miglioramenti sulla loro salute apportati dalla digiunoterapia, iniziarono a tra-

durre e a pubblicare le opere di Shelton. Per noi italiani un'opera miliare in questo settore resta il libro pubblicato nel 1980 da F. Pizzi.

Inoltre, in Italia, in questo ultimo decennio abbiamo avuto modo di constatare che il digiuno, come metodo di lotta politica attuata da migliaia di detenuti in sostituzione delle violenze precedenti, ha ottenuto non solo risultati positivi rispetto agli obiettivi prefissati, ma anche e soprattutto un profondo mutamento nella personalità e nei comportamenti delle persone che digiunavano.

Il digiuno ha confermato così la proprietà di illuminazione e di crescita interiore, che può produrre nelle persone, quasi implicitamente, quando non sia usato « contro » qualcosa o « contro » qualcuno (come nel caso dei digiuni all'irlandese), ma per recuperare una speranza positiva.

Da oltre dieci anni in Italia vi sono dei medici che curano con la sola digiunoterapia e che hanno a tutt'oggi seguito migliaia di pazienti. Fra questi pionieri vanno indicati la dottoressa Sara Bringa, il dottor Sebastiano Magnano, il dottor Giuseppe Cocca, il dottor Salvatore Simeone, il dottor Mariano Spiezia e la dottoressa Maria Teresa Maresca.

Secondo le osservazioni fatte dal dottor Shelton sulle guarigioni ottenute in sessant'anni di esperienza, la digiunoterapia agisce secondo i princìpi fisiologici che la natura stessa attua, laddove la *vis medicatrix naturae* sia posta in condizione di agire liberamente. Su questa stessa osservazione Hahnemann ha costruito il metodo sperimentale e clinico della medicina omeopatica che interviene laddove il processo naturale di riequilibrio sia deviato.

Il digiuno è un riposo fisiologico.

Così come le piante nei mesi invernali perdono le foglie, la linfa non circola più ed il metabolismo cessa per preparare il rinnovamento che apparirà in primavera, molti animali in certi periodi vanno in letargo.

Tutti, inoltre, avranno osservato che quando un animale è malato, smette di mangiare e si accovaccia in un luogo riparato dormendo, anche per molti giorni, fino a quando il proprio corpo dall'interno e senza nessun intervento esterno lo guarisce.

Grazie a questo principio già enunciato da Ippocrate *vis medicatrix naturae* e riconfermato da Paracelso « La natura è un grande medico e questo medico l'uomo lo porta in sé », il dottor Shelton riuscì a guarire, con digiuni che andavano dai 21 ai 42 giorni, paralisi, allergie, artriti, schizofrenie, calcolosi e malattie epatiche, ma anche sclerosi a placche, leucemie e tumori.

Il punto critico di questa terapia risiede nel saper distinguere il momento in cui si passa dalla fase dell'autolisi (il corpo si nutre prelevando le proprie riserve: grassi, cisti, pus, cellule morte, eccetera) alla fase dell'inanizione (crisi irreversibile che conduce alla morte).

A tale proposito è opportuno smentire quanto viene sostenuto in molti testi in auge negli anni cinquanta e sessanta nelle Università italiane, e tuttora accreditati da molti illustri personaggi del mondo accademico, e cioè che durante il digiuno, specie se prolungato, le cellule nobili dell'organismo, tra le quali quelle cerebrali, vengono danneggiate irreparabilmente. Il dottor Shelton ha seguito, fino alla remissione della malattia, digiuni della durata di 60 – 90 e 120 giorni.

Oggi esistono molti studi scientifici, uno per tutti quello sulla fisiologia di Yeo – che mostra le perdite subite dall'organismo, in caso di privazione di cibo fino alla morte – dal quale si rilevano le perdite progressive percentuali: grassi 97 per cento; muscoli 30 per cento; fegato 56 per cento; milza 63 per cento; sangue 17 per cento; centri nervosi 0 per cento.

Un'ampia e documentata osservazione fisiologica, oltre che una bibliografia vasta ed omogenea, indicano chiaramente

quando il paziente sta passando dall'autolisi all'inanizione.

La digiunoterapia, praticata in centri appositi, consente il continuo monitoraggio del paziente sì da porre riparo ad eventuali, anche gravi, complicanze.

Per questo motivo riteniamo che sia giunto il momento di regolamentare la digiunoterapia come pratica medica, al fine di garantire i pazienti e i medici che intendano avvalersi di questa pratica naturale e ultra millenaria.

PROPOSTA DI LEGGE

—

ART. 1.

1. Lo Stato tutela la libertà del cittadino di prendersi cura della propria salute, ricorrendo a quelle pratiche, anche terapeutiche, che reputa necessarie al raggiungimento della propria omeostasi.

2. Il principio della « libera scelta » regola il rapporto medico-utente anche nell'ambito della medicina non convenzionale. Anche in detto ambito l'attuazione di qualsivoglia trattamento discende da un consenso libero ed informato.

3. La formalizzazione del consenso, libero ed informato, al trattamento previsto all'interno delle garanzie fornite dalla presente legge, costituisce, fino alla stesura definitiva dei protocolli relativi alla digiunoterapia, il diritto prevalente negli eventuali esiti negativi.

ART. 2.

1. I presidii autorizzati alla digiunoterapia devono presentare caratteristiche omogenee individuate da apposita commissione nominata dal Ministro della sanità entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

ART. 3.

1. La commissione ministeriale di cui all'articolo 2, presieduta dal Ministro della sanità o da un suo delegato, è composta da rappresentanti dei Ministeri interessati, della FNOM CEO, della LUIMO, della LEPAV e da almeno dieci esperti di digiunoterapia, anche provenienti da altri Stati.

2. La commissione ministeriale ha il compito di individuare i centri pilota di digiunoterapia e le figure professionali indispensabili alla loro integrazione; orga-

nizza le modalità di accesso e di verifica per l'albo nazionale dei centri di digiunoterapia; predispone la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario e parasanitario che vi opera.

ART. 4.

1. I presidii autorizzati possono essere istituiti nell'ambito del Servizio sanitario nazionale o con esso convenzionati; in entrambi i casi debbono essere censiti in apposito albo.

ART. 5.

1. Nei presidii che, nella prima fase di attuazione della presente legge, assumono il ruolo di centri pilota e possono anche essere, preferenzialmente, localizzati presso strutture termali, è richiesta la presenza almeno delle seguenti professionalità:

a) medico chirurgo;

b) psicologo;

c) assistente sociale;

d) esperto di digiunoterapia.

ART. 6.

1. L'esperto di digiunoterapia di cui alla lettera *d)* dell'articolo 5 è identificato sulla base dei requisiti individuati dalla commissione ministeriale fra quanti abbiano acquisito, anche esercitando la medicina olistica, una esperienza almeno quinquennale nella digiunoterapia.

ART. 7.

1. Il centro pilota di cui al comma 2 dell'articolo 3 è anche luogo di formazione delle figure professionali di cui alla presente legge e del personale parasanitario necessario per l'assistenza a chi intende avvelarsi della digiunoterapia.

ART. 8.

1. I centri pilota forniscono alla commissione ministeriale, con periodicità almeno annuale, i dati dell'attività terapeutica, assistenziale e formativa svolta.

2. I presidii autorizzati sono tenuti a fornire annualmente i dati dell'attività svolta in regime libero o convenzionato.

ART. 9.

1. Il Ministro della sanità presenta annualmente una relazione al Parlamento sull'attività dei centri pilota.

2. Alla creazione dei centri pilota di cui al comma 2 dell'articolo 3 sul territorio nazionale si concorre, in sede di prima attuazione della presente legge, con uno stanziamento di lire cinque miliardi.

ART. 10.

1. All'onere derivante dall'attuazione della presente legge, valutato in lire cinque miliardi annui, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto ai fini del bilancio triennale 1993-1995, al capitolo 6856 dello stato di previsione del Ministero del tesoro per l'anno 1993, all'uopo utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero del tesoro.