

Medicine non convenzionali e politica sanitaria

di Fabio Dei

Da questo numero Il GranDevetro presenta una sezione di antropologia delle società complesse, aperta a contributi che discutano i problemi con lo "sguardo da lontano" di una disciplina formatasi nello studio delle culture non-occidentali.

Una recente deliberazione della Giunta Regionale Toscana (n. 890 del 3 Agosto 1998) interviene sul tema delle medicine non convenzionali in un modo innovativo, che richiede qualche commento.

"Medicine non convenzionali" (MNC) è la denominazione che la Regione sceglie per indicare un ampio ed eterogeneo insieme di pratiche diagnostiche e terapeutiche basate su principi differenti da quelli della cosiddetta medicina ufficiale o "biomedicina"; pratiche cui si è soliti riferirci anche come medicine "alternative", "parallele" o "complementari", "dolci", "naturali". L'omeopatia e la naturopatia, l'agopuntura, l'erboristeria, la chiropratica, la pranoterapia sono solo alcune tra le più note e diffuse di tali pratiche; ma l'elenco delle MNC si potrebbe estendere fino a comprendere centinaia di voci, riunendo concezioni e proposte terapeutiche anche molto diverse l'una dall'altra. Si va da medicine di origine orientale, alla riscoperta di tradizioni minoritarie nella storia della scienza occidentale, a forme di massaggio o manipolazione corporea, a pratiche di cura spirituale non lontane da quelle dei guaritori della tradizione popolare, a discipline che sconfinano nella cultura New Age. Spesso, tutti questi ingredienti si mescolano insieme dando vita a configurazioni nuove o originali. Per restare in ambito regionale, basta visitare l'annuale rassegna fiorentina "Il giardino di Gaia" per rendersi conto della varietà e dell'eterogeneità del mondo delle MNC.

In questa varietà si possono discernere però alcuni punti in comune. In primo luogo, naturalmente, una critica più o meno esplicita alla medicina ufficiale, accusata di spersonalizzare gli individui, di trattare meccanicisticamente il loro corpo in modo separato dal loro spirito, di essere eccessivamente intrusiva e violenta, di "inquinare" l'equilibrio naturale dell'organismo umano con farmaci sintetici che quasi mai sono indispensabili. Volte in positivo, queste critiche implicano una concezione del corpo, della salute e della malattia radicalmente alternativa a quella "biomedica". Non è facile sintetizzarla, poiché non si tratta di un sapere sistematico e unitario, ma di una singolare miscela di pensiero ecologista, filosofie orientali, cultura alternativa e New Age (anche se, ovviamente, possie-

dono una loro coerenza, unitarietà e profondità storica i saperi che fondano alcune MNC, come l'agopuntura, la medicina naturale cinese o l'omeopatia).

Ho provato altrove (Dei 1996) a individuare cinque punti comuni che caratterizzano l'universo delle MNC, sostenendo che esse condividono un approccio naturale, olistico, individuante, attivo ed energetico ai problemi della salute, della malattia e della cura. Cercherò brevemente di chiarire questi concetti. Le MNC considerano la malattia non come un'entità esterna che invade il corpo umano e che dev'esser colpita con le armi potenti dei farmaci chimici e allopatici, ma come il segnale di uno squilibrio complessivo dell'individuo, considerato olisticamente nella sua inscindibile unità di corpo, mente e spirito. Questo squilibrio è di carattere energetico e non meccanico: le disfunzioni meccaniche degli organi ne sono semmai una conseguenza, vale a dire sono il sintomo e non la causa della malattia. Conseguenza di tutto ciò è un concetto di guarigione come autoguarigione - processo naturale che implica l'attiva partecipazione del paziente e che spesso richiede una ristrutturazione della personalità e un cambiamento dello stile di vita. Il medico, le sue tecniche e i rimedi, rigorosamente "naturali", possono favorire l'avvio del processo di guarigione, ma non possono di per sé produrla; per questo motivo, la loro efficacia dipende dal singolo paziente che ne fa uso, non è meccanica e dunque non è neppure verificabile su base statistica (come invece accade o dovrebbe accadere per i farmaci della medicina ufficiale).

Pur non essendo affatto nuove e avendo anzi alle spalle, in qualche caso, una lunga tradizione, le MNC hanno conosciuto nei paesi occidentali un nuovo successo nell'ultimo quarto di secolo, e segnatamente negli ultimi dieci anni. Pur restando minoritaria, la percentuale di coloro che fanno uso in modo sistematico di MNC è cresciuta fino a diventare una fetta consistente del mercato sanitario. Nonostante i sondaggi in proposito siano assai discordanti, possiamo valutare la percentuale degli utenti sistematici poco al di sotto dei dieci per cento della popolazione, con forti differenze nella distribuzione sociale e geografica. Molto superiore è certamente il numero di coloro che ne fanno uso occasionale, e che si sono accostati almeno una volta ad una MNC. Gli utenti delle MNC sono di due tipi: possiamo definirli "forti", quando sono mossi da una profonda credenza nelle filosofie che le sorreggono, e "deboli", quando vi ricorrono semplicemente "per provare" o perché convinti da qualcuno della loro efficacia, ma senza porsi problemi di

coerenza dottrinale o di alternatività rispetto alla medicina ufficiale.

Anche l'atteggiamento di quest'ultima è duplice. Da un lato, la ricerca scientifica mantiene una forte distanza critica rispetto alle MNC, considerandole inefficaci, talvolta persino pericolose, e al massimo utili solo come placebo; una critica comprensibile, poiché i saperi che fondano le MNC contrastano radicalmente con il sapere biomedico, e nulla in quest'ultimo può dar conto della loro efficacia (se non alcuni recenti e ancora poco chiari sviluppi della psicosomatica e degli studi sui rapporti tra corpo e sistema nervoso centrale). Dall'altro lato, tuttavia, i medici di base si mostrano aperti e ben-disposti, giungendo talvolta a indirizzare i propri pazienti verso talune MNC; del resto, molti terapeuti non convenzionali vengono oggi da una formazione accademica ufficiale, e non sembrano avvertire molto il problema della coerenza tra presupposti scientifici (e metafisici) così diversi. Com'è noto, le MNC hanno fatto il loro ingresso anche nelle strutture pubbliche e nei sistemi sanitari nazionali: in Italia le esperienze di questo tipo sono ancora rare, mentre in altri paesi europei alcune MNC (quelle dall'aspetto, per così dire, più "scientifico", come l'omeopatia e l'agopuntura) godono stabilmente di riconoscimento ufficiale.

2.

In questo quadro complesso e in continua evoluzione si colloca la deliberazione della Giunta Toscana. Atto non occasionale, è bene precisare, ma frutto di un'attenzione sistematica: il problema delle MNC è stato affrontato nel Piano sanitario regionale 1996-98, ed è stato al centro di un importante convegno promosso dalla Regione stessa nel novembre del '97. Come spesso accade in Italia, le politiche locali precorrono quelle nazionali. È vero che il Parlamento italiano si è spesso occupato - dagli anni '80 in poi - del riconoscimento e della regolamentazione delle MNC: ma le numerose proposte di legge avanzate in proposito (v. Crocella 1991) sono rimaste tali, non producendo alcun effetto sulla concreta gestione dell'assistenza sanitaria. È semmai nell'ambito dell'Unione Europea che vanno cercati riferimenti: non a caso la delibera della Giunta Toscana si apre col richiamo a una risoluzione del Parlamento Europeo (A 4 - 0075 del 4-5-97), che invita gli Stati membri ad affrontare il problema dell'uso delle MNC con il duplice obiettivo di "garantire ai cittadini la più ampia libertà di scelta terapeutica" e di assicurare loro "il più elevato livello di sicurezza e di informazione corretta". Questi due principi sembrano guidare la delibera toscana, che è volta evidentemente da un lato alla valorizza-

zione delle MNC considerate come risorsa sanitaria e non come un ostacolo, una preoccupazione, o semplicemente un "sintomo" delle difficoltà della medicina ufficiale; ma che, dall'altro lato, si pone il problema della loro regolarizzazione e del loro riconoscimento istituzionale. Gli atti concreti che la delibera promuove sono:

- a) la costituzione di un "Comitato regionale per le MNC";
 - b) la realizzazione (a cura del Comitato stesso) di un censimento delle "realità significative di MNC interne ed esterne al Servizio Sanitario Nazionale";
 - c) iniziative volte alla costituzione di albi professionali delle MNC "a tutela degli utenti";
 - d) iniziative volte alla definizione - ancora a tutela degli utenti - di un tariffario per le prestazioni di MNC.
- Il suddetto Comitato diviene così il principale interlocutore della Regione, e il soggetto principale di ogni azione volta sia a valorizzare le MNC sia a tutelare gli utenti. Esso è composto in larghissima maggioranza da praticanti delle MNC: un rappresentante per ogni servizio pubblico di MNC, nominato dalle rispettive Aziende sanitarie, più sette rappresentanti di scuole e associazioni private operanti in ambito regionale, nominati dall'assessore al Diritto alla salute (affiancati da un dirigente regionale e da un "esperto in legislazione europea e nazionale inerente le MNC" - presumibilmente un altro funzionario della Regione stessa).

3.

Qualche considerazione. Anzitutto il riconoscimento delle MNC come risorsa, da parte del principale Ente di gestione delle politiche sanitarie, è di per sé un fatto estremamente significativo: un fatto che, indipendentemente dalla simpatia o dallo scetticismo che ciascuno di noi può avere verso le MNC, dev'esser valutato nel contesto di un'ampia prospettiva storica.

Sembra oggi incrinarsi da più parti quel modello di politica sanitaria che ha caratterizzato da sempre gli Stati occidentali moderni, basato sulla strettissima coesione tra un'amministrazione centralizzata e burocratizzata della salute e un univoco sapere medico, fortemente codificato e istituzionalizzato (la situazione analizzata da Foucault in *La nascita della clinica*, per limitarsi a un riferimento ovvio). Certo, la moderna biomedicina non è mai stata l'unico modello medico esistente: ha sempre convissuto con "sopravvivenze" di pratiche e saperi più antichi, con una persistente cultura popolare della prevenzione e della guarigione, con la consapevolezza dell'esistenza di altre tradizioni mediche al di fuori dell'Occidente. Ma lo Stato ha guardato sempre a queste alterità come a mere "resistenze" che si opponevano a una piena affermazione del modello biomedico; ha inteso le differenze nelle arti della guarigione in termini di arretratezza e progresso, di lotta per l'affermazione della scienza contro le forze dell'oscurantismo. La figura del dottore di campagna che combatte la sua battaglia illuminista contro i maghi, l'ignoranza e le superstizioni popolari, o quella del

medico che si oppone alle resistenze dei nativi, sono rimasti a lungo i paradigmi del rapporto fra diversi sistemi medici.

In questa fine di secolo tale modello resta prevalente, ma mostra sintomi di cedimento. Ciò accade in parte per una crisi interna alla stessa biomedicina, che dopo i grandi successi conseguiti con le terapie antibiotiche ha segnato il passo di fronte alla diffusione delle malattie degenerative; in parte per quella che potremmo chiamare una "democratizzazione cognitiva" delle società occidentali, che con l'istruzione di massa e lo sviluppo dei mezzi di comunicazione vedono ridursi la distanza tra il sapere e l'autorità del medico e quella dei pazienti e consentono la diffusione di prospettive alternative a quella biomedica. Sono elementi di questo quadro, ad esempio, le battaglie politiche degli anni '70 a favore della prevenzione e di un concetto di sanità centrato sulla tutela delle condizioni ambientali e della qualità della vita prima che sugli interventi di "riparazione" dei corpi (e delle menti) individuali (si ricorderà che questa era la "filosofia" - peraltro non realizzata - che ha portato alla creazione delle Unità socio-sanitarie locali come perno della gestione pubblica della salute); e ancora, in questa prospettiva può esser letta la nascita delle associazioni di pazienti che rivendicano un ruolo attivo nella determinazione delle politiche sanitarie, lo straordinario sviluppo della divulgazione medica e delle pratiche di self-help, e infine, per l'appunto, la diffusione delle MNC.

Queste ultime minano alla base l'"assolutismo" biomedico e, di conseguenza, il suo rapporto privilegiato con lo Stato e le istituzioni. Il più recente Piano Sanitario della Regione Toscana parla di aiutare il cittadino a "orientarsi tra i vari "modelli" di salute e sanità": una formulazione in cui dev'esser notata l'esplicita e quasi relativistica menzione di "vari modelli" medici, che almeno in teoria si pongono tutti sullo stesso piano di fronte alle possibilità di scelta del soggetto-utente (definito in questo caso "cittadino" e non "paziente"). È una concezione assai diversa da quella di un sapere-potere medico che si esercita su corpi di individui, spogliati della loro personalità sociale, ai quali si chiede solo una passiva non-interferenza con l'autorità tecnico-amministrativa dello specialista; la medicina si configura invece sempre più come un servizio sottoposto alla scelta e alla valutazione dell'utente, che anzi proprio in questa scelta esprime appieno la propria personalità sociale e i propri orientamenti culturali. Sembra così emergere lentamente una situazione di pluralismo medico, nel senso di compresenza istituzionalmente riconosciuta di differenti sistemi di saperi e di pratiche riguardanti il corpo, la salute, la malattia, la cura: una situazione che possiamo forse definire "postmoderna", poiché è finora sempre rimasta estranea all'Occidente moderno, sul piano cognitivo non meno che su quello amministrativo.

Le cose non sono però così semplici. Questo è un terreno in cui ci si imbatte facilmente in difficoltà e contraddizioni, che si leggono fra le righe anche nel breve e controllato testo della delibera regionale toscana. Questa pone all'ultimo punto la promozione di "studi e ricerche sull'efficacia delle MNC" - il che segnala la grande incertezza epistemologica su cui si fonda l'azione amministrativa. Normalmente, l'efficacia dovrebbe esser presupposta da atti di questo tipo: perché creare prima albi professionali e tabelle tariffarie e solo dopo verificare l'efficacia di quelle terapie? Dobbiamo chiederci su quale sapere si fonda l'azione amministrativa della Regione; e la risposta è che non si fonda su un sapere particolare.

Non posso qui affrontare il problema della natura dei saperi che sostengono le MNC. Si tratta comunque, come già detto, di saperi diversi ed eterogenei: si va da fragili dottrine a sfondo ideologico o religioso (come molte delle nuove terapie New Age), a consolidate tradizioni di ricerca empirica (come l'omeopatia o l'erboristeria), a grandi e antiche scuole di pensiero medico (come quelle delle medicine tradizionali cinesi, ayurvedica o tibetana). Sono inoltre saperi per lo più reciprocamente incompatibili (i punti in comune che ho cercato di indicare hanno carattere filosofico e non implicano necessariamente la "commensurabilità" dei rispettivi sistemi teorici e pratici); quasi tutti sono certamente incompatibili con il sapere biomedico, sul piano metafisico come su quello strettamente metodologico. Questo punto va sottolineato perché ha implicazioni decisive per quanto riguarda le "ricerche sull'efficacia". Biomedicina e MNC non condividono affatto una stessa nozione di efficacia, né un metodo per stabilirla. È difficile individuare un terreno scientifico comune su cui confrontare le rispettive esperienze. Come già accennato, ad esempio, molte MNC non riconoscono il metodo statistico dei test biomedici di efficacia, sulla base del principio dell'unicità di ogni paziente. Il principio omeopatico per cui il rimedio si adatta al paziente e non alla malattia può esser esteso a gran parte delle MNC. Non è affatto detto che un certo farmaco agisca ugualmente su due persone che presentano gli stessi sintomi e che in apparenza hanno la stessa malattia. Ogni patologia e ogni percorso di guarigione è individuale, e l'efficacia del rimedio o del trattamento va commisurata alle specifiche individualità: non è mai generica e misurabile in percentuale.

Dunque, auspicare ricerche sull'efficacia non basta, poiché non esiste un terreno di ricerca neutrale e condiviso; le metodologie di verifica o falsificazione empirica sono presupposte dell'opzione per MNC o biomedicina, e non possono risolverla. Non si tratta di un'opzione tra due teorie che si fronteggiano all'interno di una stessa tradizione scientifica e di un'epistemologia condivisa, che in linea di massima può esser risolta dai risultati oggettivi di un esperimento:

Interno C.R.H.

piuttosto, è una scelta quasi metafisica o di fede, da cui dipendono le idee stesse di ricerca, di oggettività, di prova.

Ma il punto da sottolineare è un altro: non sono i risultati della ricerca, o la pressione della comunità scientifica, a spingere le istituzioni (si tratti della Regione Toscana o del Parlamento Europeo) ad occuparsi di MNC. Le istituzioni cercano semplicemente di tener dietro a ciò che succede nella società, di adeguarsi ai mutamenti ideologici e culturali, di rispondere agli orientamenti, alle opinioni, alle esigenze espresse dalla gente. E lo fanno prescindendo dall'adesione a uno o più saperi, e muovendosi invece all'interno di una logica che è sostanzialmente quella della libertà di consumo, centrata sulla capacità del singolo cittadino di scegliere sulla base di opinioni orientate da un'adeguata informazione; un modello in cui le istituzioni garantiscono la libertà e l'adeguata informazione ma non prendono posizione sulla natura delle scelte, sospendendo per così dire il giudizio sulla verità dei saperi di riferimento. Il solo fatto che le MNC esistano, e che una parte - sia pur minoritaria - di cittadini ne richieda i servizi, basta a legittimarle sul piano istituzionale in nome della libertà di scelta terapeutica. C'è solo il problema di garantire la qualità, la serietà e la congruità delle tariffe - ciò che appunto si propone di fare la delibera della Regione Toscana con l'istituzione di albi professionali e di tabelle che regolino i costi delle prestazioni.

Potrebbe bastare questo. Eppure la delibera regionale è per così dire assillata dal dubbio, che la fa tornare in conclusione al problema dell'efficacia. Giustamente, poiché in campo medico il problema non è solo quello di garantire i diritti formali di scelta e di opinione dei cittadini, ma anche e soprattutto quello di supportare sistemi di sapere veri e pratiche efficaci, di tutelare i cittadini da risposte facili e seducenti ma illusorie, di promuovere lo sviluppo della conoscenza scientifica. Tra il dominio dell'opinione (più o meno informata) e quello della verità, com'è noto, c'è una bella differenza. Il recente caso della terapia anticancro del professor Di Bella ha dimostrato quanto possa esser distorto il concetto di libertà della scelta terapeutica, qualora sia inteso come una sorta di liberismo epistemologico, in cui campagne di opinione orchestrate attraverso i mass-media si sostituiscono al consenso della comunità scientifica come guida dell'amministrazione sanitaria.

Non v'è dubbio che i concetti di verità e di scienza siano oggi molto

più problematici di un tempo; la comunità scientifica, come nel caso Di Bella, può esser accusata di chiusura corporativa, di difesa di interessi particolaristici, persino di asservimento all'industria farmaceutica. Le istituzioni sono consapevoli di tutto questo, e sanno - come già abbiamo osservato - di non potersi più limitare ad un'alleanza esclusiva con il sapere biomedico. E tuttavia, non possono semplicemente sostituire l'autorità della audience mass-mediale a quella scientifica. Il consenso della comunità scientifica non è certo garanzia di verità assoluta, ma è un valore etico fondamentale per la nostra società, e resta in ogni caso l'unico criterio di riferimento possibile per l'azione amministrativa.

5. Per concludere, nell'affrontare il tema delle MNC le istituzioni sanitarie si trovano immerse in un dilemma di difficile soluzione. Da un lato vi è la consapevolezza della crisi della medicina ufficiale, dell'emergere di nuove pratiche e saperi, dell'apertura di prospettive di pluralismo medico che contrastano con i modelli classici ("moderni" in senso foucaultiano) della gestione pubblica della salute. Dall'altro lato, vi è l'impegno verso nozioni di verità ed efficacia che non possono esser relativizzate, e il timore che la politica sanitaria si appiattisca sui meccanismi di un liberismo o garantismo formale in cui la costruzione mediatica dell'opinione pubblica prenda il posto del consenso della comunità scientifica. La Regione Toscana ha avuto il merito di non farsi immobilizzare da questo dilemma. La soluzione che essa adotta consiste nel trattare le MNC come una comunità scientifica parallela e alternativa rispetto a quella biomedica. Come la biomedicina si governa da sé, stabilendo proprie regole metodologiche, criteri di formazione, selezione e reclutamento dei medici, principi di etica professionale etc., così possono fare le MNC.

Per questo, il Comitato previsto dalla delibera regionale è composto quasi esclusivamente da rappresentanti delle MNC (quelle già presenti nei servizi pubblici e quelle giudicate "più rappresentative" - secondo quali criteri? - dal competente assessore), supportati da esperti amministrativi. È una soluzione che può esser utile a censurare l'esistente, a isolare i casi più evidenti di ciarlataneria e forse a calmierare le tariffe. Ma non si deve dimenticare che l'universo delle MNC non rappresenta in alcun senso una comunità scientifica. È qualcosa di mezzo tra un'associazione di categoria e un ordine professionale: rispetto a quest'ultimo, manca però (per il momento) il rigore e la com-

pattezza dei criteri di ammissione, così come mancano canali formativi istituzionalizzati e separati rispetto all'ordine. Cose che presumibilmente continueranno a mancare per un certo tempo, vista la vaghezza e la dispersione dei saperi su cui le MNC si fondano. Per questo, un Comitato così concepito rischia di funzionare semplicemente come un'autolegitimazione delle realtà più potenti e organizzate sul piano manageriale, che si sottrarrebbero a ogni controllo per così dire esterno.

Ma soprattutto, un comitato interamente interno alle MNC rischia di sottovalutare il problema dell'integrazione con la biomedicina; o almeno, di sottovalutare l'importanza di un dialogo fra quei diversi "modelli medici" che si vorrebbero autonomi, paralleli e tutti ugualmente buoni per il solo fatto che qualcuno li sostiene. Un comitato unilaterale non può che ribadire e forse accentuare la distanza e l'incomprensione reciproca che oggi esiste. Occorrerebbe dunque non solo far sedere medici "convenzionali" e "non-convenzionali" allo stesso tavolo, ma anche affiancarli con competenze non strettamente cliniche - come quelle dell'epistemologia, della sociologia e dell'antropologia mediche, della storia della medicina - in grado di aprire scenari di dialogo più ampi e più distaccati dagli immediati interessi delle categorie professionali.

Riferimenti bibliografici

Crocella, C. (a cura di), *Le medicine non convenzionali, Ricerca scientifica, problemi normativi, disegni di legge*, Roma, Camera dei Deputati, 1991.

Dei, F., *Medicine alternative: il senso del male nella postmodernità, I fogli di Oriss*, 1996, 5, p. 29-55.

Foucault, M., *Nascita della clinica*, trad.it., Einaudi, Torino, 1968, [ed. orig. 1963].

Brevi...

John Ernst Steinbeck, *Al Dio sconosciuto*, Mondadori, 1967, pp. 226, L. 350

Eugenio Montale, traduttore, sguazza felice nei simboli e nelle allegorie che saurano la storia di un colono americano dei primi del secolo, caricandola di senso in modo così eccessivo da sfiorare il ridicolo. (m.l.r.)

Jan Mc Ewan, *Cani neri*, Einaudi, Torino, 1995, pp. 185, L. 12.000

Un simbolo troppo ingombrante invade il romanzo, sterilizzando anche le pagine migliori. Il destino dell'Europa, delle ideologie, delle persone. Ma troppo significato distrugge la realtà. (m.l.r.)

Dizionaretto. Bomber. Gioca capace di realizzare almeno 11 gol a stagione. Se ne segna 20 diventa bomber di razza. Oltre 20 merita un titolo di superbomber ed è il diritto nella storia del calcio. Il bomber di una grande squadra è ineccepibile. (f.b.)

Dizionaretto. Bidone. Giocatore acquistato a peso d'oro come bomber incapace di mettere a segno più di 1 gol a stagione fra campionato, coppe amichevoli, partite infrasettimanali e partite a buca entra. Dalla stagione successiva al suo ingaggio, anche e diventa incedibile. Per assoluta mancanza di acquirenti. (f.b.)

Dizionaretto. Barella. Mezzo introdotto per eliminare le perdite di tempo dei giocatori della squadra in vantaggio in caso di infortunio vero o presunto. Prima venivano persi almeno 10 minuti per infortunio. Adesso occorrono 30" perché i barellieri si accorgano che l'arbitro richiede il loro intervento 60" per raggiungere il caduto, 30" per convincerlo a salire sulla barella, 30" perché i barellieri raggiungano la sirchia e decidano di andare nella stessa direzione (quella voluta dal medico sociale, che sceglie un punto lontano 120 metri dall'infortunio), 90" affinché il convoglio, a 2km orari, copra la distanza. In totale 4 minuti, ai quali vanno aggiunti i due secondi che impiega l'infortunato per gettarsi dalla barella, rischiando di farsi male, e rientrare in gioco. Sano come un pesce. (f.b.)

Dizionaretto. Bandierina. Delimita i quattro vertici del campo di gioco. Prima che Battistuta ne facesse il simbolo delle sue realizzazioni, della sua utilità si erano accorti solamente alcuni tifosi inferociti utilizzandola a più riprese come corpo contundente nei confronti della terna arbitrale. Per rendere più democratico il gioco del calcio è stata introdotta la figura del quarto uomo così da consentire ai tifosi, in omaggio alla par condicio, di usare le quattro bandierine per i quattro giudici di gara. (f.b.)

Dizionaretto. Berlusconi. Presidente di innumerevoli società aventi sede in Lussemburgo e Liechtenstein e di una chiamata Milan, avente sede a Milano. Dal suo avvento alla presidenza di detta società, è riuscito a riportare la squadra rossonera ai vertici del calcio mondiale eliminando nelle coppe gli avversari più blasonati. Gli rimane da eliminare l'avversario più ostico: il rosso dalle maglie dei suoi giocatori. (f.b.)

Dizionaretto. Bandiera (uomo). Veniva così chiamato, anticamente, il giocatore di lunga milizia che nel corso del tempo avesse dimostrato attaccamento ai colori sociali, alla città, ai tifosi. Oggi l'uomo-bandiera si chiama leader, ha carisma e 12 orologi d'oro massiccio, cinque auto di grossa cilindrata (di cui due fuoristrada), dieci miliardi in banca. Tutte cose alle quali dimostra grande attaccamento. (f.b.)