

# Lo sviluppo delle medicine non convenzionali in occidente: una risposta alla crisi della medicina?

*Paolo Bellavite*

Dipartimento di Scienze Morfologico-Biomediche e Osservatorio per le Medicine Complementari, Università di Verona

In: *Questa Bella d'Erbe Famiglia*. Gorizia: Budin, 2000 pp. 109-115.

*"In quanto disciplina scientifica,  
la medicina è indipendente da ogni dottrina.  
L'osservazione e l'esperienza  
sono le sole fonti della conoscenza"*

Alexis Carrel

Al fine di inquadrare nella giusta luce il problema delle medicine cosiddette "non convenzionali" (altrimenti dette "complementari" o secondo una dizione più discutibile "alternative"), è necessario aprire l'orizzonte a tutta la storia della medicina, in cui si constata facilmente che sono sempre esistite diverse "scuole di pensiero". Il problema delle varie scuole di pensiero in medicina, non molto nota ai medici, è un argomento su cui molte persone hanno delle opinioni rigide senza essere sufficientemente informate e senza dare importanza a quanto sostengono coloro che si sono dedicati a fondo a studiare la questione. Di molte idee riportate su questo tema siamo debitori dell'opera storiografica di H. L. Coulter [Coulter, 1994] e di un importante lavoro di ricerca storico-scientifica pubblicato da L. J. Boyd del 1936 [Boyd, 1936].

Spesso nel giudicare l'evoluzione delle scienze e della medicina in particolare si omette di considerare le influenze di tutti i vari fattori sullo sviluppo delle conoscenze e si coltiva l'opinione che oggi siamo certamente più vicini alla verità rispetto ai nostri predecessori. Si crede che la scienza medica in passato sia stata appesantita da fuorvianti credenze, mentre oggi finalmente riposerebbe su una posizione di certezza. Si tende a dimenticare che simili convinzioni sono state espresse in ogni generazione e, di conseguenza, si giudica l'ortodossia attuale come l'unica corrente di pensiero che ci porta nella giusta direzione, mentre coloro che la mettono in discussione sono visti come devianti.

Scuole di pensiero esistono in ogni settore della scienza e particolarmente in biologia e medicina. Qui si può ricordare i vitalisti ed i meccanicisti in biologia, le varietà di teleologisti, ecc. Il *Corpus Hippocraticum*, scritto attorno alla scuola di Coo, sottolinea i difetti della contemporanea scuola di Cnido; né si deve dimenticare che l'argomento del contendere non è stato ancora risolto ai giorni nostri. Forti competizioni sono sorte fra scuole dogmatiche che accentuavano via via la patologia umorale, Erastistrato e la sua scuola meccanicistica, l'empirismo, il metodismo, la scuola metasincratca di Temisone, lo pneumatismo, l'elettismo ed il galenismo. Passando ad epoche successive, uno incontra Paracelso, la scuola di iatrochimica e di iatrofisica, la rivolta contro il meccanicismo rappresentata dall'animismo di Stahl, la

scuola metodistica di Hoffmann, la neuropatologia di Cullen, la scuola di Brown dello stimolo e controstimolo poi ripresa dal Rasori, l'organoterapia di Rademacher, la scuola nichilista di Vienna, la scuola cellulare di Virchow. Naturalmente, abbiamo citato solo una piccola parte dei possibili esempi.

Nel diciottesimo secolo si svilupparono molte teorie, che spesso pretendevano di essere delle vere e proprie scuole mediche, per lo più basate su aspetti parziali eretti a "sistema". La scuola di Stahl reintrodusse il vitalismo con la sua dottrina dell' "animismo". La scuola di Hoffmann era essenzialmente meccanicistica e si basava sulle concezioni di Leibniz. Una terza scuola, quella di Boerhaave, era anatomica e meccanicistica. Per esempio, l'infiammazione era considerata come un accumulo di cellule ematiche che causano ostruzioni alla circolazione in varie parti del corpo. Analoga concezione ebbe la scuola di Stoll, che raggiunse ampia popolarità. Il nucleo fondamentale di questa dottrina è l'origine delle malattie da impurità gastrointestinali, soprattutto per una cattiva secrezione della bile. Un'altra scuola interessante era la scuola filosofica naturale di Schelling, di cui si riporta un'eloquente citazione: "Il contagio è il momento magnetico dei processi dinamici che regnano nell'organismo".

Il grande fermento della medicina europea del secolo diciottesimo comprende anche la nascita del sistema di C.F.S. Hahnemann (l'omeopatia), che è l'unico sopravvissuto ai grandi mutamenti della medicina degli ultimi due secoli. Persino il critico più severo non potrà non ammettere che l'omeopatia ha avuto un validissimo ruolo di stimolo al progresso della medicina a cavallo tra il diciottesimo ed il diciannovesimo secolo, se non altro per averne evidenziato gli aspetti "negativi" (eccessivo uso di salassi, di oppio, di purganti, ecc.). Qui però possiamo anche chiederci se, d'altra parte, il suo fondatore e le varie organizzazioni omeopatiche sorte al suo seguito abbiano avuto la presunzione di rappresentare una forma esclusiva di terapia, cioè, in poche parole, un culto. In realtà, la definizione ufficiale dell'American Institute of Homeopathy, che è l'organizzazione omeopatica ufficiale negli USA, è sempre stata molto chiara ed inequivocabile: *il medico omeopata è quello che aggiunge alla sua conoscenza di medicina generale una speciale conoscenza dell'omeopatia*. Inoltre, l'esame dei curriculum di studi e delle esercitazioni pratiche dei collegi omeopatici negli USA mostra che questa definizione non è solo un gioco di parole, ma che i medici omeopati, con rare eccezioni che si trovano in ogni gruppo abbastanza ampio e diversificato, considerano il loro approccio come *un* metodo e non *l'unico* metodo [Gava, 1998]. Un medico che impiegasse solo ed esclusivamente la procedura omeopatica, a meno che non si limitasse a casi molto particolari ed altamente specialistici, sarebbe da considerare un "cultore dell'omeopatia", non un medico. Ma che appellativo si dovrebbe conferire a coloro che non sanno nulla dell'omeopatia ed insistono a non volerne sapere nulla? Non sarebbe corretto sostenere che in nessuna occasione gruppi di discepoli di Hahnemann si siano comportati in modo da giustificare l'appellativo di setta medica. Chi scrive non ha intenzione di negare che ciò si sia verificato, anche se lo stesso può dirsi dei sostenitori delle teorie opposte.

Nel corso del ventesimo secolo abbiamo assistito al vertiginoso sviluppo della medicina cosiddetta scientifica, fondatale sue prassi su consolidate evidenze chimiche, fisiche, biologiche e farmacologiche e sulla applicazione di svariate tecnologie biomeccaniche e diagnostiche. Tuttavia, come si può facilmente constatare,

tale approccio nel risolvere alcuni grandi problemi (malattie infettive, diagnostica, chirurgia in molti casi risolutiva, e così via), ne ha lasciati insoluti altri (malattie croniche, circa metà dei tumori, autoimmunità, malattie psicosomatiche, e così via) e persino ne ha aperti di nuovi (malattie iatrogene) [Bonn, 1998; Phillips, 1998]. Ciò mostra i limiti dell'approccio scientifico riduzionistico di fronte a molte patologie umane. Proprio al seguito dello sviluppo esponenziale della biomedicina e della teoria della complessità (anche detta teoria dei sistemi dinamici), ci si sta rendendo conto che, con l'aumentare delle conoscenze sulle sub-componenti del sistema vivente, aumenta la difficoltà di descrivere il comportamento unitario del sistema stesso. La parola "complessità" compare sempre più frequentemente nei lavori scientifici e nei libri di testo. I medici sempre di più si rendono conto che le nozioni di biologia molecolare, di biochimica, di fisiopatologia, studiate a fondo nei primi anni del corso di studi, sono difficilmente applicabili al letto del paziente [Coltorti, 1998]. La ragione fondamentale di ciò sta nel fatto che il medico si trova sempre ad applicare le nozioni biologiche generali ad un caso particolare. "L'elemento veramente caratteristico, che fa della Clinica una scienza tutta speciale, è costituito dal fatto che essa, in primis, deve accertare in quale situazione biologica si trovi quel fenomeno unico, irripetibile sulla scena del mondo, che è il singolo malato" [Federspil e Scandellari, 1991].

Probabilmente la crisi attuale della medicina sta proprio nel fatto che delle due grandi tradizioni del pensiero umano, quella razionalista-meccanicista e quella empirica-olistica, la prima ha assunto un ruolo dominante e persino eccessivo, tanto da ridurre l'altra alla marginalità. Se si escludono dalla considerazione le medicine etniche (orientali, africane e sudamericane) e l'omeopatia (che è rimasta sempre al di fuori dell'ufficialità), il paradigma meccanicistico rimane prevalente nella teoria e nella pratica della medicina occidentale fino ai giorni nostri, anche se viene riadattato, con le opportune varianti, passando dal livello macroscopico-anatomico a quello microscopico, fino ad arrivare al livello molecolare. Oggi la tradizione razionalista mostra i limiti legati essenzialmente alla spersonalizzazione dell'atto medico ed alla "medicalizzazione" della società, con tutte le sue conseguenze sociali ed economiche (manipolazione genetica, abuso della medicina estetica, abuso dei farmaci nelle pratiche sportive, dubbi crescenti sulla liceità e l'utilità dei vari screening pre e post-natali e così via).

Si è già avuto occasione di sottolineare come l'unica via per non creare conflittualità tra sistemi medici diversi (cosa che non farebbe che ripercuotersi ultimamente in una cattiva cura dei pazienti) è quello di aprire un discorso di *medicina integrata* [Bellavite, 1998]. La medicina integrata non è medicina "alternativa", ma consiste essenzialmente nella costruzione di complessi modelli fisiopatologici e, di conseguenza, nel consiglio preventivo e terapeutico più aderente al disordine che affligge il paziente, visto nella sua globalità ed individualità.

Se è vero che il primo atto medico è la prevenzione, di fronte a una malattia in atto sono possibili essenzialmente quattro linee di condotta: la terapia eziologica, la soppressione, la sostituzione e la regolazione [per un'analisi più dettagliata di questo argomento, vedi anche Bellavite, 1998, capitoli 8-14].

a) Per terapia eziologica si intende quella che combatte o minimizza la causa della malattia. Tipici esempi di questo approccio sono la terapia antibiotica o antimicrobica

in generale, oppure la sieroterapia con anticorpi anti-tossine nelle gravi intossicazioni, la terapia genica e così via. Ovviamente, questa terapia è possibile solo là dove è nota la causa e dove esistono adeguati mezzi chimici o di altro genere per combatterla. Inoltre, alcune limitazioni della terapia eziologica possono risiedere negli effetti indesiderati dei farmaci antimicrobici, che normalmente vengono impiegati in dosi piuttosto ampie per essere sicuramente efficaci.

b) Per soppressione si intende l'intervento che è teso a combattere la manifestazione principale della malattia, sia sul piano dei sintomi che su quello anatomopatologico. Soppressione è ad esempio una terapia analgesica, una terapia antiinfiammatoria, una chemioterapia o una radioterapia, un intervento chirurgico con amputazione di parti anatomiche affette da gravi alterazioni, un'estrazione dentaria, un ricovero coatto di malato psichico, e così via. La soppressione può essere molto efficace sia per il sollievo immediato della sintomatologia, sia per il blocco di processi espansivi pericolosi, sia perché interrompe circoli viziosi che, altrimenti, potrebbero amplificare il danno ed il disordine omeodinamico. Di fatto, si potrebbe sostenere che questo tipo di intervento è quello oggi largamente prevalente, fino quasi ad essere considerato la norma. Il lato debole di questo tipo di approccio è che non è diretto alla reintegrazione "logica" dell'equilibrio perduto ed al meccanismo patogenetico iniziale, per cui, spesso, si tratta di terapie non risolutive.

c) Per sostituzione si intende l'intervento che ripara un danno, biochimico o anatomico, mediante la somministrazione, dall'esterno, della molecola o dell'organo mancante. Sostituzione è ad esempio una terapia insulinica nel diabetico, la somministrazione di ferro nell'anemico, di ormoni tiroidei nell'ipotiroidismo, di vitamine nell'enteropatico, di anticorpi nella sieroterapia, di sangue dopo un'emorragia, di enzimi dopo una pancreatite, una protesi odontoiatrica o ortopedica, un trapianto d'organo, l'impianto di un pacemaker, e così via. Nella maggior parte dei casi, gli interventi sostitutivi sono delle necessità imposte dall'urgenza (processo patologico rapido che non lascia tempo all'organismo di riequilibrarsi spontaneamente, ad esempio un'emorragia o un'intossicazione botulinica) oppure dalla profondità ed irreversibilità degli esiti di un processo patologico (esempio: distruzione di isole pancreatiche nel diabete, sclerosi d'organo, gangrena). Anche questi interventi sono oggi molto popolari e spesso molto efficaci, ma soffrono sostanzialmente del difetto di essere necessariamente ripetuti perché non rimuovono la causa e, spesso, inducono dipendenza.

d) È vero che spesso l'intervento sostitutivo o soppressivo si impone, ma se la terapia si riduce ad essi si finisce col trascurare le dinamiche precedenti e concomitanti che interessano il paziente nella sua globalità. Ecco quindi l'importanza del concetto di terapia di regolazione. Per regolazione si intende l'intervento che è mirato ad aiutare le dinamiche di guarigione dell'organismo stesso. Data la complessità dei processi regolatori che si sono perfezionati nel corso dell'evoluzione, la vera guarigione ("restitutio ad integrum") da una malattia non può che essere compiuta dall'organismo stesso. Quello che può fare il medico è di sostenere e possibilmente indirizzare il processo di guarigione, di rimuovere i blocchi che si sono instaurati e di prevenire le ricadute. La terapia di regolazione non necessariamente deve essere una terapia complementare, ma può benissimo rientrare nella farmacologia scientifica convenzionale. È possibile che la somministrazione opportuna ed in giuste dosi di un singolo farmaco abbia un'efficiente funzione regolatoria e promuova la guarigione.

Perché ciò avvenga, però, è necessario che il sistema oggetto del trattamento sia al centro della dinamica patologica che sottintende al quadro clinico, bisogna che il bersaglio del farmaco regolatore abbia veramente un ruolo chiave a livello dei primi stadi del processo patogenetico.

Un esempio di questo approccio potrebbe essere la terapia di induzione della tolleranza verso antigeni: il disordine omeodinamico del sistema immunitario ha portato all'instaurarsi di un'abnorme sensibilità verso una determinata sostanza. Se questo è dovuto a un evento momentaneo ed isolato nel tempo, è possibile che la dinamica patologica riguardi proprio e solo quella sostanza. A quel punto, è possibile che intervenendo opportunamente a regolare il network idiosincrasico con la stessa sostanza (variando le dosi, la via di somministrazione o la via di introduzione), si aiuti l'organismo a riportare la reazione nell'ambito della normalità, con sparizione dei sintomi. Altre importanti applicazioni di questo principio sono la terapia con citochine/fattori di crescita ed i tentativi di terapia dei tumori con vaccinazione mediante cellule autologhe opportunamente modificate.

Tuttavia, bisogna riconoscere che l'approccio regolativo basato sulla modificazione (in "plus" come stimolo od in "minus" come inibizione) di uno o pochi meccanismi non può risolvere molti casi in cui la dis-regolazione è situata a molteplici livelli della fisiopatologia di una determinata persona. In tal caso, oltre all'approccio "scientifico-riduzionistico" è opportuno prendere in considerazione anche quello "olistico", espresso tradizionalmente dalle medicine cosiddette non-convenzionali o complementari.

Di fronte ai limiti della medicina attuale bisogna rivedere ed adattare le metodologie e le strategie. Non si tratta di sostenere la superiorità di un metodo o di un altro, ma di partire dalla considerazione che nessun metodo può dirsi esclusivo e che, secondo le dinamiche del processo patologico, si possono presentare opzioni di diversa priorità e opzioni di integrazione di varie metodologie. Da una parte la medicina "ufficiale", grazie al metodo scientifico correttamente applicato dovrebbe essere in grado di porre rimedio ai difetti che man mano si evidenziano nell'uso dei farmaci o delle nuove tecnologie, dall'altra le medicine non convenzionali, correttamente applicate non come alternativa ma come complemento ad una cura più completa ed efficace, possono dare un valido contributo nell'ambito di un sistema sanitario pluralistico ed integrato.

Molti medici hanno volto l'attenzione verso metodologie terapeutiche diverse da quelle ufficialmente praticate nella medicina occidentale moderna e, verificandone alcuni risultati, le hanno incorporate nella loro attività clinica. La produzione e vendita dei medicinali omeopatici è stata recentemente riconosciuta e regolamentata per legge.

Crescono gli studi positivi sull'efficacia di alcune terapie non-convenzionali sulle principali riviste mediche scientifiche [Kleijnen et al., 1991; Reilly et al., 1994; Downer et al., 1994; Lewith and Watkins, 1996; Linde et al., 1997]. Importanti organizzazioni come la Comunità Europea e l'Ordine dei Medici Chirurghi Odontoiatri cominciano a ritenere che si vada verso un pluralismo in materia medica e che l'introduzione di diverse forme di terapia e diversi approcci non siano mutuamente esclusivi ma possano integrarsi in un'aggiornata visione di diagnosi e

cura della salute e della malattia. Anche il Ministero della Sanità ha recentemente colto l'importanza dell'argomento ed ha istituito un'apposita commissione incaricata di studiarlo.

Non v'è dubbio che le medicine non convenzionali siano portatrici di un messaggio positivo legato alla riscoperta della globalità dell'atto medico, della cura della salute in tutti i suoi aspetti, del rapporto medico-paziente più diretto e partecipato. Quanto all'efficacia di tali trattamenti, gli studi condotti con criteri moderni hanno fornito risultati incoraggianti almeno in alcuni campi (agopuntura, fitoterapia, omeopatia), anche se molti problemi, soprattutto di tipo metodologico, rimangono aperti. Non vi è qui lo spazio per un'analisi esaustiva delle varie ed eterogenee medicine non convenzionali, per cui si rimanda a testi specialistici ed ai documenti già disponibili o in corso di elaborazione dell'Osservatorio per le Medicine Complementari dell'Università di Verona.

### Ringraziamenti

Si ringrazia l'Associazione "Giovanni Scolaro" per la Medicina Integrata e l'A.N.I.P.R.O. per il supporto alle ricerche.

### Bibliografia

Bellavite, P. (1998) *Biodinamica. Basi Fisipatologiche e Tracce di Metodo per una Medicina Integrata*. Tecniche Nuove, Milano.

Bonn, D. (1998) Adverse drug reactions remain a major cause of death. *The Lancet* 351: 1183.

Boyd, L.J. (1936) *A study of the simile in medicine Boericke and Tafel*, Philadelphia, USA.

Carrel, A. (1945) *Le rôle futur de la médecine*. In: *Médecine officielle et médecines hérétiques*. (ed. italiana: Bompiani, 1950). Plon, Paris vol.1: 345-353.

Coltorti, M. (1998) Riflessioni sul concetto di malattia e sulla sua evoluzione. *Medic*. 6: 162-175.

Coulter, H.L. (1994) *Divided Legacy* (4 vol.). North Atlantic Books, Berkeley, CA : .

Cramer, F. (1993) *Chaos and Order. The Complex Structure of Living Systems*. VCH Verlagsgesellschaft, Weinheim (Ger.).

Downer, S.M., Cody, M.M., McCluskey, P., Wilson, P.D., Arnott, S.J., Lister, T.A. and Slevin, M.L. (1994) Pursuit and practice of complementary therapies by cancer patients receiving conventional treatment. *Br. Med. J.* 309: 86-89.

Federspil, G. and Scandellari, C. (1991) L'evoluzione storica della metodologia in medicina. *Feder. Medica* 44: 481-490.

Gava, R. (1998) *Approccio metodologico all'omeopatia*. Ed. Salus Infirmorum, Padova.

Kleijnen, J., Knipschild, P. and ter Riet, G. (1991) Clinical trials of homoeopathy. *Brit. Med. J.* 302: 316-323.

Lewith, G.T. and Watkins, A.D. (1996) Unconventional therapies in asthma: an overview. *Allergy* 51: 761-769.

Linde, K., Clausius, N., Ramirez, G., Melchart, D., Eitel, F., Hedges, L.V. and Jonas, W. (1997) Are the clinical effects of homoeopathy all placebo effects? A meta-analysis of randomized, placebo controlled trials. *Lancet* 350: 834-843.

Mainzer, K. (1994) *Thinking in complexity. The complex dynamics of matter, mind, and mankind*. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg.

Nicolis, G. and Prigogine, Y. (1991) *La complessità. Esplorazioni nei nuovi campi della scienza* Einaudi, Torino.

Phillips, D.P. (1998) Increase in US medication-error deaths between 1983 and 1993. *The Lancet* 351: 643-644.

Reilly, D., Taylor, M.A., Beattie, N.G.M., Campbell, J.H., McSharry, Ch., Aitchison, T.C., Carter, R. and Stevenson, R.D. (1994) Is evidence for homoeopathy reproducible?. *Lancet* 344: 1601-1606.