

# Medicina ufficiale e MNC: integrazione fattibile

Paolo Bellavite<sup>1</sup> e Silvano Pomari<sup>2</sup>

Atti del Convegno Nazionale FNOMCeO

“La professione medica e le medicine non convenzionali: rischi e opportunità” - Terni 17 maggio 2002

Pagg. 43-74

<sup>1</sup>Dipartimento di Scienze Morfologico-Biomediche, Università di Verona

<sup>2</sup>Delegato dell'Ordine dei Medici Ch. e O. della Provincia di Verona per le Medicine Complementari

## Riassunto

L'integrazione, tra alcuni sistemi medici complementari o non convenzionali e il sistema medico culturalmente e politicamente dominante, rappresenta una grossa sfida al sapere scientifico ed all'organizzazione accademica e sanitaria. Tale sfida si gioca su molteplici piani: ricerca scientifica (soprattutto sull'efficacia, l'effettività, l'appropriatezza ed il rapporto costi/benefici delle varie pratiche), didattica (soprattutto in riferimento alla formazione pre- e post-laurea, all'eventuale istituzione di nuovi corsi in Università, al controllo della qualità delle offerte formative), organizzativa (sistema sanitario, organizzazioni professionali, deontologia, legislazione). In questa fase, un'azione prioritaria è lo sviluppo della ricerca di tipo epidemiologico-osservazionale e sperimentale, il primo gradino e la materia prima per un'integrazione basata sulle evidenze di benefici e rischi; perciò sono necessari investimenti e finanziamenti adeguati. Un altro fondamentale prerequisito per un'efficace integrazione è la definizione dei percorsi formativi, e quindi dei modi di accertamento e di attestazione delle competenze, dei medici (e eventualmente, a particolari condizioni, di altre professioni sanitarie) e degli insegnanti. Per un'ottimale avvio di ricerca e didattica aventi la massima garanzia di serietà e di scientificità, nel rispetto dello statuto epistemologico e delle metodologie delle varie discipline, si dovrebbero incentivare collaborazioni e/o convenzioni tra diversi enti ed istituzioni coinvolti a vario titolo nella problematica: Università, Scuole di formazione private, Società scientifiche, Ordine professionale, Sistema sanitario nazionale, Aziende.

## Introduzione

Il tema dell'integrazione in medicina, di ciò che è “convenzionale” con ciò che non lo è, riceve un'attenzione crescente dalla società civile, dalla professione medica, dalla scienza.

Le medicine complementari o non convenzionali (MNC o CAM, Complementary and Alternative Medicines, nella dizione prevalente negli USA) sono state definite come “*un ampio gruppo di sistemi di cura della salute, di diagnosi e di terapia diversi da quelli normalmente inclusi nel sistema sanitario ufficiale*” [WHCCAM, 2002]. Secondo Eisenberg, uno dei ricercatori in questo campo, si può vedere il tema in una prospettiva “storica”: “*Pratiche che non sono riconosciute come corrette o appropriate e non sono conformi alle convinzioni o agli standard del gruppo dominante tra i medici (“medical practitioners”) in una determinata società.*” [Eisenberg 2001]. Tuttavia, secondo l’O.M.S. [WHO, 2001], tali concezioni potrebbero essere fuorvianti (“*misleading*”): “*in alcuni Paesi, il riconoscimento legale della medicina complementare/alternativa è equivalente a quello della medicina allopatrica: molti medici ed altri operatori sanitari sono abilitati a praticare entrambe le forme di medicina e per molti pazienti il primo livello di assistenza è una pratica di medicina complementare/alternativa*”.

In questa sede non si discuteranno i termini con cui definire queste medicine, analizzati in un altro lavoro [AA.VV., 2000], ma può essere utile chiarire che si useranno i termini “complementare”, “non convenzionale”, o talvolta “alternativo” come sinonimi, a puro titolo di convenienza e non per caratterizzare in un unico gruppo pratiche di medicina tra loro molto diverse.

Le MNC sono diffuse e utilizzate in tutto il mondo, pur con modalità diverse e con differenti gradi di tolleranza da parte delle istituzioni sanitarie. Anche in occidente esse sono utilizzate da ampi strati della popolazione per patologie ad alta prevalenza quali lombalgie e cervicalgie, allergie, astenia, artrite, cefalea, ipertensione, insonnia, depressione, problemi digestivi, broncopneumopatie varie [Astin, 1999; Vickers, 2000]. Benché molto eterogenei, i principali sistemi non convenzionali hanno in comune delle caratteristiche che tendono ad individualizzare il trattamento, a dare enfasi alla prevenzione ed allo stile di vita, a promuovere la responsabilità della propria cura, a riconoscere gli aspetti psicologici e spirituali della persona nella sua integrità. Purtroppo, le molteplici proposte che oggi si trovano sul mercato vanno da quelle attuate prudentemente a quelle inutili e pericolose, da quelle che hanno basi scientifiche ed evidenze solide a quelle fantasiose e persino ridicole. I pazienti hanno bisogno di medici preparati a distinguere tra tali possibilità [Eisenberg, 1997]. Un’altra caratteristica è che, diversamente dalla medicina accademica e scientifica, tali sistemi spesso mancano di solide evidenze sperimentali sia sul piano clinico che sul piano della ricerca di base. Tale carenza rappresenta uno dei maggiori ostacoli ad un eventuale processo di integrazione.

Negli ultimi anni, la letteratura medica corrente (es.: *Brit. Med. J.*, *JAMA*, *Lancet*) si è molto “aperta” all’integrazione di conoscenze provenienti da diverse culture e quindi anche alle cosiddette medicine non convenzionali. L’OMS [WHO, 2001], il Parlamento Europeo (Risoluzione n. A4-0075/97 del 29/5/97, nonché l’iniziativa del COST-B4), il governo americano [WHCCAM, 2002], la Camera dei Lords inglese [House of Lords, 1999], hanno contribuito con vari documenti ad affrontare la questione. In Italia, la FNOMCeO (con il Consiglio Nazionale del 1996) è stata tra le prime istituzioni a recepire l’importanza dell’argomento; l’Istituto Superiore di Sanità nel 1999 vi ha

dedicato un intero convegno [AA.VV., 1999]. Varie Commissioni tecniche e politiche se ne sono occupate a vario titolo. Per quanto riguarda Verona, va citato l'Osservatorio per le Medicine Complementari di Verona, un gruppo di lavoro sorto nel 1997 e sostenuto dall'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e dall'Università.<sup>1</sup>

Prima di entrare nella questione della *fattibilità* dell'integrazione, è necessario definire – brevemente e senza pretesa di esaurire tutte le complesse problematiche - quali ne sono le motivazioni, gli obiettivi e i principali modelli.

### **Motivazioni**

La motivazione fondamentale di un eventuale processo d'integrazione è la possibilità - da verificare - di adeguare tecniche diagnostiche e proposte terapeutiche ai mutati bisogni sanitari della popolazione.

La medicina convenzionale ha puntato su soluzioni tecnologiche molto costose, che hanno ottimi risultati ma non toccano larghe fasce della popolazione, in una situazione in cui si assiste all'allungamento della vita media ed al cambiamento nella prevalenza delle malattie, con la grande crescita delle malattie croniche e degenerative, per non parlare di quelle iatrogeniche. Oggi l'aumento vertiginoso dei costi dell'assistenza sanitaria rischia di non avere un ritorno in termini di salute della popolazione, come si è avuto in passato e come si sperava avvenisse per opera della medicina scientifica. Oggi ci si rende conto della necessità di un intervento attuato su più piani, da quello preventivo come aggiustamenti dietetici e tecniche di rilassamento, a quello high-tech. Si prende sempre più coscienza che di fronte al malato il medico si trova a dover operare ad un livello ben più complesso di quello derivante dalle attuali conoscenze scientifiche e tecnologiche.

A sostegno di quest'affermazione si può citare, come esempio significativo ed autorevole, quanto è scritto nel primo capitolo dell'ultima edizione dell'Harrison [Braunwald et al., 2001]: *“La pratica della medicina combina scienza ed arte. Il ruolo della scienza in medicina è chiaro. La tecnologia scientifica ed il ragionamento deduttivo sono il fondamento della soluzione di molti problemi clinici. Eppure, l'abilità nelle applicazioni più avanzate di laboratorio e di farmacologia non fa, di per sé, un buon medico. La combinazione di conoscenza, intuizione e capacità di giudizio definisce l'arte della medicina, che è tanto necessaria quanto lo è una solida base scientifica”*. Tali concetti non sono direttamente legati alla MNC, essi potrebbero essere sottoscritti da qualsiasi medico. Ma, vista la difficoltà teorica e pratica a renderli operativi nella pratica, se alcune idee ed alcuni metodi tradizionalmente proposti dalle medicine non convenzionali possono servire a questo scopo, essi

---

<sup>1</sup> All'attivazione e/o organizzazione delle attività dell'Osservatorio per le Medicine Complementari hanno contribuito, oltre agli Autori di questa relazione, Giuseppe Andrioli, Simone Bertani, Bruno Brigo, Francesco Cardini, Anita Conforti, Pietro Marcello Fazzini, Alessandro Formenti, Claudia Griso, Alessandro Lechi, Sabrina Lussignoli, Fabio Ministrina, Francesco Orcalli, Riccardo Ortolani, Marialucia Semizzi, Giuseppe Tridente, Mario Zatti. Si ringrazia anche l'Azienda Ospedaliera di Verona, la Banca Popolare di Verona, l'Associazione “Giovanni Scolaro”, l'Associazione “Belladonna” e l'A.N.I.P.R.O. per il sostegno alle attività dell'Osservatorio.

rappresentano un contributo al progresso della medicina. Di fatto, l'aumento della comunicazione planetaria ha ridotto i confini tra le diverse culture di diversi continenti ed è in corso una sorta di "osmosi", per cui la medicina occidentale viene diffusa in oriente e quella orientale in occidente.

La convinzione che l'assistenza sanitaria convenzionale abbia raggiunto elevati livelli qualitativi mediante approcci altamente scientifici, mentre l'approccio non convenzionale possa dare risalto alla cura della salute, alla prevenzione ed al rapporto terapeutico, ha portato molti a suggerire che i due filoni possano convergere a formare un unico sistema che integri il meglio di entrambi [BMA, 1993; Eskinazi, 1999; Ernst, 2000; Rees and White 2001; Bellavite et al., 2001; WHCCAM 2002; Marwick, 2002]. Infatti, nonostante le loro differenze, le diverse vedute non sono contrastanti in via di principio: si osserva che nella medicina convenzionale non sono mai state negate esplicitamente le istanze di cura olistica, i programmi di prevenzione basati sullo stile di vita, gli studi di integrazione biopsicosociale, la "medicina della complessità" ma anzi oggi vengono rivalutati [v. ad es.: Plsek and Greenhalgh, 2001]. Così, d'altra parte, anche nella medicina non convenzionale la necessità di maggiore ricerca scientifica non è mai stata negata (salvo casi estremi, ma minoritari, che teorizzano l'impossibilità di applicare i criteri scientifici odierni) quanto piuttosto portata avanti a vari livelli, cosicché è disponibile in alcuni settori una letteratura di discreto livello.

### **Obiettivi**

L'integrazione, ad un primo livello, è integrazione di conoscenze tra culture diverse, che in tale dinamica si arricchiscono reciprocamente. Quando tale arricchimento culturale raggiunge l'operatività del singolo medico, sta a lui operare la mediazione tra le conoscenze acquisite e la decisione clinica, che viene presa sulla base di un numero maggiore di opzioni. Ad un secondo livello, l'integrazione coinvolge il "sistema", le istituzioni, le strutture. Qui si danno tante possibilità di integrazione, da una semplice comunicazione tra entità diverse che intendono comunque convivere pacificamente, ad una vera e propria cooperazione strategica e integrazione strutturale, organizzativa e finanziaria.

Un'efficace definizione di un obiettivo raggiungibile si trova in un editoriale intitolato "*Integrated medicine*" e pubblicato dal *British Medical Journal* nel gennaio 2001. Lesley Rees, direttore del programma di formazione del Royal College of Physicians, e Andrew Weil, direttore del "*Program in Integrative Medicine*" dell'University of Arizona, Tucson, definiscono la medicina integrata (o "*integrative*" come anche chiamata negli USA) come "*l'esercizio della medicina attuato in modo che incorpora elementi della medicina complementare ed alternativa in piani diagnostici e terapeutici solidamente ortodossi.*" [Rees and White, 2001].

Lo scopo della medicina integrata è quindi identificare i trattamenti più appropriati fra un ampio spettro di cure basate su evidenze [WHCCAMP, 2002].

Ad esempio, in un trattamento integrato del cancro, un paziente potrebbe avere una cura con agopuntura di sintomi come nausea e vomito seguenti a chemioterapia, in modo di evitare l'assunzione di antiemetici. Tecniche di rilassamento e gruppi di supporto psicologico possono essere usati in

pazienti per ridurre lo stress, migliorare l'umore e quindi plausibilmente per aumentare il sistema immunitario (simili approcci sono utili anche nel trattamento della malattia coronaria e dell'ipertensione). In altri casi, di solito in patologie più semplici, si tratta di scegliere una sola opzione terapeutica tra quelle disponibili, tenendo conto delle conoscenze scientifiche sulla sicurezza e l'efficacia, ma anche delle preferenze del paziente e dei costi.

È opportuno, comunque, sgomberare il campo da visioni fuorvianti e da utopie sincretistiche. Sarebbe fuorviante ritenere che le MNC siano, di per sé, più "umanistiche" o possano meglio curare gli aspetti spirituali, cosa che la medicina scientifica non farebbe. Esistono indubbiamente dei filoni delle cosiddette medicine alternative che reclamano la capacità di garantire il raggiungimento della pace spirituale, dell'armonia con il cosmo, della felicità e via dicendo. Queste dimensioni, però, non sono atti specificamente medici e quindi, allo scopo di evitare confusioni e sovrapposizioni di campi, è opportuno definire gli obiettivi della medicina (convenzionale o no non importa) solo a ciò che concerne prevenzione, diagnosi e cura delle malattie. Includendo anche motivazioni non mediche, si effettuerebbe un'inappropriata e confondente intromissione in campi filosofici e religiosi, che la nostra cultura ha imparato da secoli a distinguere (non però a separare o a considerare in contrasto). Inoltre, si dilaterrebbe il campo della medicina, rischiando paradossalmente una "medicalizzazione" di gran parte della vita dell'individuo e della società.

Medicina integrata non è neanche proponibile come sincretismo del "meglio" di tutte le tecniche possibili, alternative o convenzionali simultaneamente. Un approccio del genere, oltre ad essere improponibilmente costoso, sarebbe anche controproducente, perché porterebbe a interferenze di diverse visioni e competenze sul piano diagnostico e terapeutico.

### ***Modelli***

La fattibilità dell'integrazione dipende dal coinvolgimento dei diversi protagonisti, dalle resistenze, dai modelli interpretativi che si intendono seguire, dal sostegno politico delle istituzioni e dalle risorse.

Il campo della medicina convenzionale, o allopatrica, termine usato anche dall'O.M.S. "per convenienza" [WHO, 2001] ad indicare la medicina ufficiale, è il campo della medicina scientifica o biomedicina, la medicina occidentale moderna. I soggetti istituzionali coinvolti da questa parte sono le Università, gli Ordini professionali, gli organismi del SSN centrali e regionali, le Società scientifiche tradizionali con gran parte della letteratura medica di più alto fattore di impatto. Nel campo delle MNC, i soggetti coinvolti sono le Associazioni di medici, le Scuole mediche (per lo più private) e le Federazioni di scuole, più recentemente le Società scientifiche, le Associazioni tra Aziende del settore. A supporto culturale e scientifico esiste una vasta pubblicistica, tra cui poco di ciò che si pubblica, però, raggiunge livelli di affidabilità secondo gli attuali standard internazionali.

Alcune resistenze, da una parte e dall'altra, alla stessa idea di integrazione derivano dalla paura che ciò comporti un "annacquamento" o addirittura un "tradimento" delle teorie e delle prassi consolidate nei rispettivi campi. Da una parte i fautori di una medicina scientificamente fondata sono restii ad

affrontare il discorso dell'integrazione, perché questo potrebbe rappresentare un riconoscimento già prima del momento in cui tali discipline dessero prova della loro efficacia. D'altra parte, molti esperti praticanti le MNC paventano l'eventualità che, a seguito dell'integrazione nel sistema pubblico, le loro discipline perdano le caratteristiche distintive, soprattutto quella di consentire un buon rapporto personale tra medico e paziente. Al limite, esiste chi pensa che sarebbe meglio non integrare affatto le MNC, preservando così la loro identità ed indipendenza.

Per questo, può essere utile soffermarci brevemente sui modelli possibili di integrazione.

### **1. Convergenza**

Un primo modello si potrebbe chiamare come il modello della "convergenza". In questa visione, si concepisce l'integrazione come il risultato di un processo di "avvicinamento" tra diverse teorie della medicina e diverse istituzioni che le rappresentano, le quali dovrebbero "muoversi" le une verso le altre per andare a costituire un unico corpo sul piano culturale e organizzativo. Ma così intesa, l'integrazione avrebbe come presupposto la perdita dell'identità delle diverse discipline e come conseguenza l'insorgenza di numerosi conflitti di competenza sulle aree di sovrapposizione. Tale tipo di integrazione "per convergenza" è improponibile anche e semplicemente guardando alla storia della medicina, in cui si osserva che i diversi paradigmi non si sono mai "mossi" uno verso l'altro, ma piuttosto si sono combattuti per l'egemonia. Ecco perché sembra molto più realistico un altro modello che non è quello della integrazione ma quello della collaborazione.

### **2. Collaborazione**

In questo caso non si tratta di formare nuove strutture o équipe per trattamenti interdisciplinari, ma semplicemente di favorire la collaborazione e la comunicazione tra esperti, che si inviano reciprocamente i pazienti mantenendo l'autonomia di scelta e di metodo terapeutico. Un modello del genere potrebbe senza particolari difficoltà essere sperimentato in una clinica o in un centro allergologico convenzionali, dove - a chi lo desidera e in assenza di controindicazioni - venisse offerta la possibilità di effettuare, sotto controllo convenzionale, una terapia omeopatica. In tal caso, l'esito della terapia sarebbe valutato secondo parametri convenzionali e omeopatici, soggettivi e strumentali, a tutela della salute della persona.

### **3. Espansione**

Un diverso modello di integrazione, più avanzato, è dato dal crearsi di temi comuni di ricerca nelle aree create dall'espansione culturale e scientifica dei diversi settori. Discipline finora separate dalle loro limitatezze epistemologiche e dalla scarsità di argomenti di ricerca comuni, grazie alla crescita teorica e metodologica scoprono campi di interesse comune in cui collaborare, pur conservando intatto il "nucleo" tradizionale. In breve, la collaborazione e l'integrazione non implicano la "rinuncia" alle convinzioni maturate nei secoli, ma ne favoriscono l'avanzamento e la ricomprensione, in chiave più moderna ed aderente alla realtà. Secondo questo modello, l'integrazione avviene a partire dalle aree di ricerca e di innovazione

delle diverse discipline. Esempi: neuroimmunologia, biofisica, farmacologia delle microdosi, terapie di desensibilizzazione orale, tecniche psicoterapiche e fisioterapiche di vario genere. Anche la ricerca clinica sull'efficacia, sull'appropriatezza, sull'uso e sul gradimento delle MNC è un campo di collaborazione e di integrazione.

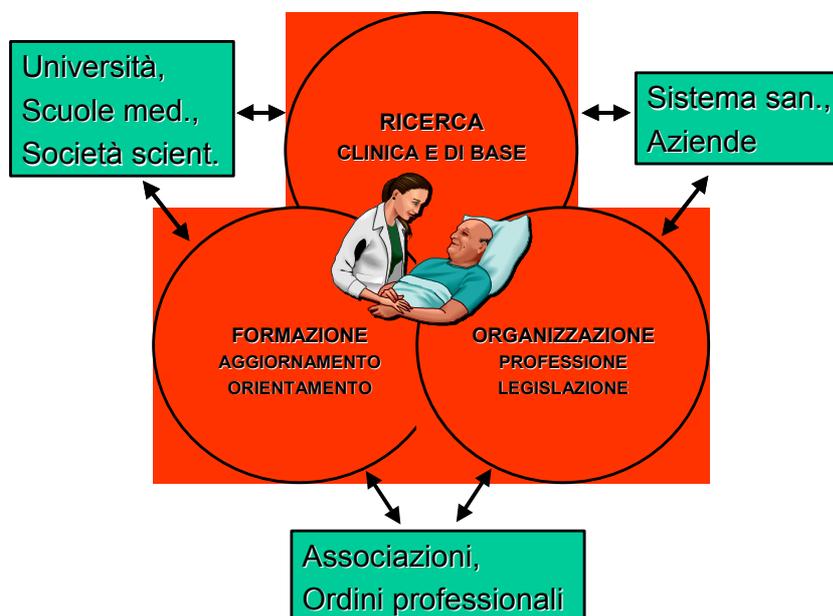
In sintesi, l'integrazione è un processo storico già avviato e inevitabile, ma che esso sia fattibile e, soprattutto, sia fattibile in modo razionale e produttivo in termini di salute per i cittadini resta ancora da stabilire. Esistono grossi ostacoli non solo di tipo epistemologico e scientifico, ma anche di tipo organizzativo, formativo, economico e forse anche politico all'integrazione dei diversi sistemi. Se si vorrà procedere verso un'integrazione efficace, sarà necessario rimuovere tali ostacoli e stabilire delle priorità e dei limiti. Che una migliore collaborazione sia utile e necessaria è un fatto indubbio, che le MNC siano integrabili nel sistema dipende in gran parte dall'attuazione di un programma di valutazione della sicurezza e dell'effettività. Molto dipenderà, ovviamente, anche dai risultati delle esperienze-pilota già in corso.

I mezzi ed i passi (azioni) con cui raggiungere gli obiettivi dell'integrazione sono di tre ordini (figura 1):

1. la **ricerca**: ha un ruolo propositivo fondamentale nel processo di innovazione; si potranno integrare efficacemente quelle pratiche mediche che siano provate sicure ed efficaci (*safe and effective*) nella ricerca clinica e che si prestino ad una ricerca sui loro meccanismi di funzionamento mediante la ricerca di base.
2. la **formazione**: si potranno integrare quegli operatori che siano efficacemente formati nella loro disciplina ma anche nella capacità di comunicazione e abbiano realmente le competenze per tale integrazione;
3. l'**organizzazione**: società scientifiche, associazioni professionali, istituzioni sanitarie e formative, aziende, mezzi di informazione devono poter interagire in modo efficace e coordinato, tenendo conto del fattore economico e avendo un ruolo propositivo anche sul piano legislativo.

I tre ordini di azioni sono strettamente intrecciati: la ricerca scientifica necessita di sostegno organizzativo e finanziario e viene esercitata, almeno tradizionalmente, nell'ambito delle attività di una cattedra di insegnamento; la didattica dipende dalla ricerca e necessita di un quadro organizzativo adeguato; l'organizzazione si modula sui risultati della ricerca, sulle necessità e le disponibilità del sistema sanitario, sulla validità del sistema di insegnamento, sui programmi di sviluppo aziendali.

**Figura 1. Temi e campi d'azione per la medicina integrata**



Non va comunque dimenticato che al centro degli sforzi organizzativi e come obiettivo fondamentale della ricerca e della formazione professionale si trova la persona, affetta da problemi di salute, come soggetto e primo riferimento dell'azione del medico e del sistema sanitario.

## **Ricerca scientifica**

La ricerca scientifica rigorosa fornisce il punto di partenza più logico e corretto per qualsiasi discorso sull'integrazione culturale e professionale delle MNC. Essa dovrebbe rappresentare la prima fonte per aumentare le conoscenze sia della classe medica sia del pubblico sulla materia. In una seconda fase, la ricerca scientifica dovrebbe contribuire, dove possibile e sulla base di evidenze, all'inserimento di alcune discipline tra le materie insegnate all'Università e di alcune terapie tra le prestazioni del SSN.

La distinzione tra "convenzionale/non convenzionale" non è una categoria usata dalla scienza, è un concetto politico, che può comunque avere una sua utilità operativa nell'ambito di un certo tipo di problematiche. La scienza non si chiede se un certo fenomeno o un certo oggetto siano "convenzionali" o no, essa cerca di descriverli e di capirne le dinamiche, utilizzando i suoi specifici metodi. Di conseguenza, il tema scientifico non riguarda né la convenzionalità né l'integrazione, ma la validità o meno di teorie e prassi mediche diverse da quelle più diffuse in un certo momento storico. Se il problema della validità di medicine antiche o di altri continenti si pone oggi nuovamente ed inaspettatamente, ciò è dovuto al fatto che nuove osservazioni e nuove prove stanno mettendo in dubbio il modello biomedico scientificamente più consistente o, almeno, ne stanno mettendo in dubbio

l'assolutezza come unico modello esplicativo della patologia (e quindi propositivo della terapia). Tutto ciò è perfettamente "convenzionale" in riferimento al modo di procedere della scienza medica; quindi, un'investigazione sull'efficacia ed i meccanismi d'azione dell'agopuntura cinese o dell'omeopatia è "convenzionalmente" scientifica, oltre che praticamente utile.

Molti dei sistemi medici non convenzionali si sono sviluppati spontaneamente, condensando esperienze centenarie o millenarie di molti medici o praticanti delle varie discipline (tipiche per questo le tradizioni orientali e l'omeopatia), altre si sono sviluppate nei decenni più recenti, magari per l'intuizione di un capo-scuola che ha posto le basi di un metodo cui magari ha anche lasciato il nome. Questo particolare intervento è poi divenuto patrimonio di piccoli gruppi di seguaci, che l'hanno diffuso in varie parti del mondo. Fino a non molto tempo fa, trattandosi per lo più di sistemi auto-referenziali, non si poneva neppure il problema di "produrre evidenze" per convincere il mondo medico-scientifico convenzionale e quindi non sono stati intrapresi sforzi in tal senso.

Dal momento che oggi nasce il problema dell'integrazione, uno dei nodi-chiave è rappresentato dal fatto che l'"evidence-base" delle MNC è spesso scarsa e sporadica o, in molti casi, del tutto inesistente.

### ***Le "prove"***

Un'osservazione dello "stato dell'arte" rivela l'esistenza di una notevole mole di lavori, particolarmente in alcuni settori ma, allo stesso tempo, evidenzia che la loro qualità non è sufficiente per un giudizio secondo i criteri più rigorosi oggi in vigore, ad esempio, per l'approvazione dei farmaci ufficiali. Pertanto, per i fautori dell'integrazione, la situazione da questo punto di vista è tutt'altro che confortante. Gli osservatori più attenti nel campo della medicina basata sulle evidenze (es. Cochrane collaboration), concordano sul fatto che sono necessari studi più ampi e rigorosi prima di conclusioni definitive sull'efficacia della maggior parte delle procedure e dei medicinali usati come terapie complementari.

Non è questa la sede per una rassegna sullo stato attuale della ricerca. Una visione d'insieme delle ricerche cliniche e dei temi posti dalle MNC emerge dall'indagine pubblicata dalla UTET a cura dell'Osservatorio Medicine Complementari di Verona [AA.VV., 2000]. In tale libro ed in un CD recentemente pubblicato dalla Cortina di Verona [Bellavite, 2002] si sono riportati i principali dati della ricerca, che possono illustrare lo "stato dell'arte" nelle diverse discipline. Una sintesi è riportata in tabella 1.

**Tabella 1 - Citazioni delle varie MNC nella letteratura internazionale e sintesi delle principali evidenze e problematiche che le riguardano.**

Discipline	Citazioni (01/2002)	Note dal testo "Medicine Complementari" [AA.VV., 2000]
------------	---------------------	--

Agopuntura	7691	Efficacia provata in molte, e accettata in alcune, condizioni Teoria complessa (aspetti scientifici, semantici e filosofici)
Fitoterapia	5263	Efficacia provata in molte, e accettata in alcune, condizioni Problema degli effetti avversi e interazioni
Omeopatia	1768	Efficacia probabile ma non provata, comunque non è placebo Scarsa accettazione scientifica delle alte diluizioni (potenze)
Omotossicologia	4	Efficacia provata in alcune condizioni, non è placebo Teoria delle omotossine non accettata, problemi di integrazione
Chiropratica	2577	Efficacia provata in alcune condizioni Teoria accettabile, problemi di integrazione
Medicina ayurvedica	771	Efficacia provata in alcune condizioni Teoria complessa (aspetti scientifici, semantici e filosofici)
Med. antroposofica	90	Efficacia provata in poche condizioni Teoria complessa, difficile integrazione
Test elettrodermici	11	Specificità molto discussa, poche prove sicure Scarsa ricerca scientifica sul principio bioelettromagnetico
Ipnosi terapeutica	450	Efficacia provata in alcune condizioni Teoria complessa
Stress management	982	Efficacia provata in alcune condizioni Teoria complessa

Le citazioni sopra riportate sono state tratte a seguito della ricerca di parole-chiave nella banca-dati della NIH (Pubmed). Non si tratta, quindi, di soli lavori di ricerca sperimentale, del tipo dei *randomized clinical trials*, sull'efficacia delle varie procedure, ma dei lavori dove questi temi sono comunque menzionati. Il numero di citazioni dà approssimativamente e relativamente il valore attuale dell'argomento nella letteratura scientifica.

In tale breve - e per forza di cose schematica - carrellata delle principali terapie (Tabella 1), si osserva:

1. L'**agopuntura** cinese è stata provata in molte condizioni, che sono riportate in altra sede [v. ad es. Allais et al., 2000; Di Stanislao et al., 2000]. Tuttavia, tale sistema medico ha avuto un "consenso" da parte dei massimi organismi scientifici, che hanno seguito dei criteri scientifici rigorosi e stringenti, soltanto in poche situazioni. Un altro problema dell'agopuntura, per ciò che concerne la fattibilità della sua integrazione, rimane quello della teoria complessa e per vari aspetti "intraducibile" rispetto alle teorie scientifiche (seppur non necessariamente in contrasto con esse).
2. La **fitoterapia** è stata provata in molte condizioni ed accettata in alcune. Molti non la

considerano un “sistema medico” non convenzionale, bensì una “farmacopea naturale”, che si applica correttamente se si utilizza la cultura medica e farmacologica tradizionale. Si pone per essa il grosso problema degli effetti avversi e dell’interazione con gli altri medicinali.

3. L’**omeopatia** ha prodotto, nella ricerca scientifica, una serie di evidenze preliminari di efficacia, ma non c’è una prova definitiva, di forza tale da convincere anche i più scettici. Su un centinaio di lavori di ricerca sperimentale condotti con metodi controllati e in doppio cieco, circa la metà ha dato risultati positivi (differenza significativa in favore del medicinale omeopatico rispetto al placebo), un quarto negativi, un altro quarto incerti. Comunque la maggior parte degli autori concordano che non si tratta di un placebo. C’è una scarsa accettazione scientifica per molte ragioni, a partire dalla difficile comprensione della validità del principio del “simile”, ma soprattutto perché manca una spiegazione delle alte potenze.
4. L’efficacia clinica dei medicinali proposti dall’**omotossicologia** è stata provata in varie situazioni, ci sono parecchi lavori in riviste mediche (con una certa prevalenza in riviste tedesche e italiane). Bisogna sottolineare il fatto che il basso numero di citazioni Pubmed della Tabella 1, in questo caso, può essere dovuto anche al fatto che molti lavori sulla omotossicologia sono in realtà indicizzati come “omeopatia”: c’è molta confusione ancora, sia nella letteratura che anche nella medicina pratica tra le due discipline. È comunque provata l’efficacia di complessi omeopatici in alcune condizioni (es. traumatologia, patologie infiammatorie acute delle prime vie aeree, vertigini).
5. La **chiropratica** è efficace ed è approvata in alcune condizioni di patologie minori, soprattutto del rachide; il punto forte è che essa ha una teoria compatibile con le nozioni di anatomia, fisiologia e patologia scientifiche. Però ci sono problemi di integrazione nel sistema sanitario italiano per la mancanza di corsi ufficialmente riconosciuti e la presenza di operatori con qualifiche di diverso livello (solo una minoranza dei chiropratici si è laureata all’estero in corsi ufficialmente riconosciuti in quei paesi).
6. La **medicina ajurvedica** ha efficacia provata in alcune condizioni. Quello che è “provato” dell’Ajurveda è non tanto il sistema medico – basato su concetti molto complessi, autoreferenziali, più di tipo filosofico e intuitivo che scientifico in senso occidentale - quanto certi medicinali con proprietà fitoterapiche o certe pratiche come la meditazione trascendentale, che ha dimostrato avere degli effetti fisiologici riproducibili (ad es. nella cura complementare dell’ipertensione).
7. La **medicina antroposofica** ha provato la sua utilità in alcune condizioni, poche rispetto ad altre discipline, probabilmente perché questa disciplina non è molto diffusa e si è fatta poca ricerca secondo i canoni scientifici attuali. Si tratta di una teoria complessa, che presenta

problemi di integrazione anche come linguaggio, almeno nella cultura medica occidentale; d'altra parte, essa si caratterizza per un alto livello di eticità e di interesse alla visione olistica della persona, quindi si tratta di una disciplina che andrebbe considerata e incentivata anche nella ricerca.

8. I **test elettrodermici** – elettroagopuntura secondo Voll, Vega test e similari –appaiono come un campo molto interessante, ma hanno una specificità molto discussa e poche prove sperimentali condotte con criteri rigorosi. C'è anche qui il problema della scarsa accettazione scientifica di un principio di trasferimento di informazione “molecolare” per via elettromagnetica.
9. Poi ci sono molte altre pratiche che hanno in effetti un'efficacia provata in alcune condizioni, anche se dal punto di vista scientifico le teorie sono complesse, anche perché si riferiscono agli aspetti e psicodinamici e difficile da affrontare secondo un metodo riduzionistico.

In sintesi, da un punto di vista del contributo alla fattibilità dell'integrazione, la ricerca scientifica si trova in una situazione iniziale o intermedia: chi volesse sostenere che le MNC “funzionano” lo potrebbe fare con un discreto sostegno sperimentale; chi partisse da una posizione di scetticismo non sarebbe ancora convinto. La situazione di incertezza su molte pratiche e medicinali è un dato reale e ciò conferma la necessità di ulteriori ricerche. È comunque difficile e forse scorretto dare un giudizio globale e prendere posizioni generalizzanti su un campo così eterogeneo.

### ***Considerazioni metodologiche***

Sul piano metodologico, bisogna tener conto che le prove dell'efficacia si basano su esperienze che si accumulano nel tempo (ciò vale per ogni forma di medicina). Per esempio, l'omeopatia ha un vasto corpo di prove sperimentali; essa è stata la prima disciplina medica in assoluto ad effettuare sistematicamente gli esperimenti dei farmaci sull'uomo sano, sin dai primi decenni dell'Ottocento. Tuttavia, gli omeopati nella tradizionale sperimentazione non hanno utilizzato i “trials” e le elaborazioni statistiche, come si richiede oggi per i farmaci allopatici.

L'evidenza di sicurezza, efficacia ed effettività richiede diversi approcci, ciascuno pertinente alle questioni che si vogliono indagare. Tra questi approcci abbiamo:

1. Trials clinici controllati e randomizzati (RCT)
2. Studi non-randomizzati
3. Osservazioni empiriche
4. Studi di singoli casi
5. Ricerca di risultati (*outcomes research*) basata sul territorio
6. Studi di vigilanza
7. Rassegne sistematiche (*systematic reviews*) e meta-analisi

8. Studi costo-effettività
9. Studi di popolazione e studi di utilizzo
10. Studi sull'accessibilità dei servizi
11. Progetti dimostrativi sui servizi di MNC.

Il trial clinico convenzionale (randomizzato, in doppio cieco e controllato con placebo) è indubbiamente il “gold standard” per esaminare molte questioni, ma nel campo delle MNC non deve diventare un “monopolio metodologico”. A causa della complessità di molti degli approcci non convenzionali, potrebbe essere necessario adattare la metodologia clinica in modo che le questioni siano affrontate in modo graduale, un passo alla volta. Questioni sulla standardizzazione o meno dei trattamenti, sulla individualizzazione o generalizzazione, l'uso del placebo, l'associazione di più composti o trattamenti e molte altre questioni che possono sorgere nella progettazione di uno studio devono essere affrontate e risolte in relazione alla questione principale che si vuole affrontare. Anche nella medicina convenzionale si sono dovute adattare le metodologie classiche a particolari problemi di alto livello di complessità.

L'importanza degli studi clinici si differenzia in base a vari parametri, tra cui il fatto che ci sono dei metodi che hanno un'altissima validità interna, cioè prese di per sé queste prove sono indiscutibili (es. RCT), però magari hanno difficile o più faticosa applicazione nella pratica. Per esempio, un farmaco che è stato dimostrato efficacissimo in un setting ospedaliero, per un tempo limitato e su un numero ristretto di soggetti (decine o tutt'al più qualche centinaio), non è detto che poi funzioni così bene (cioè sia “effettivo”) anche nell'ambulatorio o nella larga popolazione o per trattamenti che possono durare decenni.

Anche la ricerca clinica in campo convenzionale si sta orientando verso un'ampia serie di metodi che consentono di ottenere prove di efficacia e di effettività di una certa terapia. Per questo la posizione secondo cui “le medicine non convenzionali non vanno approvate finché non daranno prove di efficacia” (intendendo come prova solo il RCT), trascura il fatto che lo stesso il concetto di “efficacia” non è univoco e non è provabile con lo stesso metodo in tutti i campi della medicina. Provare l'efficacia di un farmaco “salvavita” in un'infezione acuta, di un antireumatico o di una dieta in una patologia che può durare decenni, di una tecnica riabilitativa o di un programma di assistenza ai malati di mente, richiede metodi diversi e adeguati allo scopo.

Inoltre, va considerato il fatto che la pretesa di una prova “preventiva” e indiscutibile di efficacia, delle medicine cosiddette non convenzionali (vedi ad esempio il problema dei “livelli essenziali di assistenza”) rischia fortemente di ostacolare, se non di impedire, la ricerca di tipo osservazionale. Invece, l'applicazione di metodiche non convenzionali quali agopuntura e omeopatia, il cui grado di sicurezza è altissimo essendovi già secoli di sperimentazione, andrebbe incentivata in condizioni in cui siano effettivamente valutati i risultati secondo la loro effettività pratica e secondo le ricadute sulla salute pubblica a medio e lungo termine.

### ***Necessità di ulteriore ricerca***

Comunque lo si guardi, lo stato attuale del problema dell'evidenza scientifica delle MNC conduce ad una conclusione ineludibile: se non si incrementa l'attività di ricerca, non si potrà procedere nella migliore caratterizzazione dell'evidenza a favore o contro specifiche terapie. La ricerca di base, clinica e sui servizi sanitari è essenziale per sostenere ogni progetto di integrazione. Gli investimenti delle aziende nella ricerca sulla sicurezza e l'efficacia dei prodotti non convenzionali dovrebbero aumentare. Ma in questa fase è essenziale anche il contributo dei finanziamenti pubblici su progetti qualificati e centri di ricerca, soprattutto per quelle terapie e quei prodotti che non hanno un immediato ritorno economico o che non sono brevettabili, quei settori quindi dove le aziende non hanno interesse ad investire.

Negli USA, i finanziamenti governativi per la ricerca sono cresciuti enormemente dai primi anni '90. Una pietra miliare nell'aumento di conoscenze evidence-based è stata la fondazione dell'*Office of Alternative Medicine* presso i *National Institutes of Health* (NIH), avvenuta nel 1992. Il mandato di tale ufficio era di facilitare e coordinare i progetti di ricerca nel settore delle MNC e di fornire informazioni al pubblico. Nel 1998 l'*Office* divenne il *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) e i finanziamenti aumentarono in modo molto notevole. I fondi per la ricerca sono saliti da 116.0 milioni di \$ nel 1999 a 247.6 nel 2002. Il NCCAM già collabora ufficialmente con le varie componenti tecniche e istituzionali dei NIH; sostiene anche la didattica per i medici e la disseminazione di informazioni al pubblico, offrendo infrastrutture e supporto di know-how. Il NCCAM ha già finanziato 14 grossi progetti di ricerca per esplorare l'efficacia e la sicurezza delle MNC, cosicché oggi si ha una base di evidenza sicuramente superiore a quella di dieci anni fa.

Un punto che giustifica maggiori sforzi per la ricerca è la necessità di garantire la sicurezza dei trattamenti non convenzionali. Anche se di per sé determinati trattamenti sono dotati di scarso rischio (es. Agopuntura o omeopatia), nuovi problemi possono nascere quando essi vengono usati insieme a quelli convenzionali, cosa che riguarda la maggior parte dei consumatori. I potenziali effetti avversi e le potenziali interazioni sono particolarmente preoccupanti se si pensa che la maggior parte degli utilizzatori non vi ricorrono in accordo col medico curante ma come una loro personale iniziativa, spesso senza neppure avvisare il medico (talvolta ritenuto troppo poco comprensivo e chiuso di mente) [WHCCAMP report, 2002]. Anche nel campo oncologico è stata ravvisata la mancanza di comunicazione tra pazienti e medici curanti o sistema sanitario. Per esempio, in uno studio su donne con cancro della mammella risulta che una percentuale dal 55 all'85% delle donne che hanno usato MNC non lo hanno comunicato al medico curante pensando che il medico non sarebbe stato interessato o avrebbe reagito negativamente. Questi studi dimostrano che sia medici sia pazienti dovrebbero essere più informati sui potenziali rischi e potenziali benefici degli approcci non convenzionali e che gli operatori sanitari dovrebbero fare maggiori sforzi per comunicare coi pazienti a riguardo di questi problemi.

Inoltre, appaiono particolarmente significative ricerche in cui si valuti proprio la possibilità di trattamenti combinati, la individualizzazione dei trattamenti ed i costi. Tale questione deve quindi essere affrontata con ampiezza di vedute, che va ben oltre al semplice aspetto dell'efficacia nel curare un certo sintomo, con prospettive di più lungo periodo, che includano gli esiti degli interventi nel migliorare lo stato di salute generale, nell'incidere sugli stili di vita, nella riduzione del ricorso ad altre pratiche (ivi inclusi i ricoveri in ospedale), nella perdita di giornate lavorative, fino al limite nel migliorare la qualità della vita in pazienti con malattie croniche quali diabete, cardiopatie, cancro. Sono necessari molti sforzi collaborativi per stabilire l'applicabilità, i costi, i risultati di terapie integrate e confrontarli con le terapie singole, al fine di stabilire se e quanto miglioramento si può eventualmente ottenere.

Una ricerca ad ampio respiro nei vari settori di punta delle MNC richiederebbe competenze di fisica, biologia cellulare e molecolare, genetica, immunologia, neurobiologia, epidemiologia, psichiatria, sociologia, bioingegneria ed ingegneria elettronica. Da tale ricerca sulla medicina integrata si avrebbero ricadute positive su tutte le conoscenze biomediche, perché ci si aspetta di capire più chiaramente le ragioni e i meccanismi degli squilibri causati dalle situazioni di vita e le fini dinamiche che portano le persone ad ammalarsi. La ricerca di base è molto importante anche come preliminare agli studi di sicurezza sui medicinali, analogamente a quanto si fa in farmacologia convenzionale.

### ***Azioni in prospettiva***

L'interazione tra enti di ricerca pubblici o privati di alto livello scientifico e terapeuti complementari o loro società scientifiche comincia a rendere possibile un miglioramento quantitativo e qualitativo nelle strategie di ricerca e nel modo con cui vengono raccolti i dati. Il sostegno della ricerca su supplementi dietetici, pratiche fisioterapiche e riabilitative, arte-terapia, medicinali omeopatici o fitoterapici che non siano brevettabili dovrebbe essere riconosciuto come un interesse di sanità pubblica e corrispondentemente finanziato. Le aziende private produttrici di medicinali e di apparecchi non convenzionali dovrebbero essere incentivate ad investire di più sulla ricerca clinica e di base. Gli enti di ricerca pubblici, ivi comprese le Università dovrebbero essere incentivate nel prestare assistenza alla progettazione, esecuzione e valutazione dei risultati delle ricerche.

L'applicazione di metodi scientifici rigorosi in aree di frontiera come quelle delle MNC richiede che si fondano il meglio delle conoscenze ed esperienze utilizzate in altri campi della scienza medica con l'esperienza di persone che lavorano nel campo NC. Medici, associazioni di medici e altri operatori sanitari che ritengono di avere dati promettenti di natura empirica su particolari trattamenti o prodotti, necessiterebbero di maggiore assistenza in modo di riuscire a affrontare in modo produttivo la sfida di una ricerca clinica dignitosa e credibile, in cui siano anche rispettate le responsabilità sul piano etico. I medici, tuttavia, spesso non hanno l'esperienza e le risorse per condurre una ricerca "practice-based" di alta qualità ed è per questo che dovrebbero essere assistiti da istituzioni competenti dove possano collaborare con ricercatori esperti.

La ricerca clinica nel settore sta spostandosi da trials di efficacia a trials più pragmatici. Ad esempio, gli studi sull'omeopatia e sull'agopuntura si sono concentrati in passato sul problema del placebo (o "*sham*" *acupuncture*), disegnando dei trials controllati in cieco. I risultati sono stati parzialmente positivi ma non hanno dissipato tutti i dubbi, soprattutto perché la stessa metodologia della ricerca in cieco e l'attribuzione del controllo al placebo (che elimina il fattore psicologico) alterano pesantemente l'operatività del medico NC. Oggi si stanno privilegiando trials più pragmatici, come quelli in cui si confronta l'effetto dell'agopuntura con quello della terapia convenzionale in una determinata condizione. In tal modo si potrà giungere a maggiori sicurezze sulla utilità o meno dell'invio di un paziente con emicrania all'agopuntore, all'omeopata o al neurologo convenzionale. Un'altra area di ricerca riguarda la fitoterapia, confrontata con i singoli in gradienti/principi attivi delle piante o con i farmaci chimici.

Per aiutare ad identificare le necessità e le priorità per la ricerca, in vari Paesi si stanno sviluppando delle linee-guida [WHCCAMP, 2002]. La commissione WHCCAMP ha raccomandato che la ricerca medica convenzionale e non convenzionale abbiano gli stessi standard di qualità, rigore ed etica e che anche la ricerca in campi non convenzionali dovrebbe essere pubblicata su riviste scientifiche e mediche peer-reviewed.

Gli studi sulle discipline afferenti all'area MNC devono essere metodologicamente solidi e quindi:

1. Rispondere a criteri di eticità
2. Rispondere ad una questione chiara (ipotesi)
3. Avere un disegno valido
4. Aver definito accuratamente gli esiti (outcomes)
5. Prevedere risultati come dati obiettivi e verificabili
6. Essere condotti da teams qualificati e da medici competenti nella raccolta e custodia dei dati
7. Fornire conclusioni equilibrate e bilanciate con le evidenze.

Gli sforzi per effettuare maggiore ricerca, anche a livello locale, dovrebbero quindi essere intensificati. Si potrebbero identificare, a tale proposito, alcuni aspetti particolarmente rilevanti:

1. Le istituzioni di ricerca accademiche e sanitarie dovrebbero sviluppare programmi di raccolta osservazionale dei dati, anche a livello degli studi professionali, in collaborazione con medici competenti (vedi esperienza della Regione Lombardia, dove il semplice fatto di aver garantito, da parte dell'Ente pubblico, un vaglio ed un coordinamento delle iniziative di ricerca ha portato all'ideazione e all'avvio di più di cento progetti, anche a prescindere dalla esistenza di finanziamenti specifici).
2. Nei piani o linee-guida di accreditamento transitorio a livello ordinistico o di regolamentazione anche legislativa dovrebbero essere inseriti, come fattori qualificanti, anche l'esperienza di ricerca e le pubblicazioni scientifiche.

3. Per ottimizzare l'impiego delle risorse nella ricerca, dopo una prima fase di ricerche sorte spontaneamente in diverse parti d'Italia, sarebbe opportuno coordinare le programmazioni sanitarie delle diverse Regioni e dei principali Centri di Ricerca per sviluppare quella che viene definita in gergo tecnico una "agenda" comprensiva e coordinata. Si dovrebbero individuare le priorità nelle questioni da esplorare, adottare metodologie comuni e confrontabili, suddividere i settori di intervento secondo le diverse realtà territoriali (in riferimento sia alle esigenze sanitarie sia alle competenze e strutture di ricerca disponibili), identificare le fonti di finanziamento pubbliche e private, fissare alcune linee-guida sull'attribuzione dei finanziamenti (che dovrebbero comprendere sia la ricerca applicata sia la ricerca di base).
4. Lo Stato e gli altri enti pubblici, nonché le aziende del settore e le associazioni non profit sono pure parti essenziali nel sostegno finanziario ad ogni sforzo collaborativo. Ad esempio, dove nascesse una realtà di Commissione paritetica o Osservatorio o Centro di studio delle MNC, in cui fossero coinvolti membri delle diverse parti convenzionali e non convenzionali, le proposte operative a livello di ricerca dovrebbero avere la massima priorità a livello di sostegno finanziario o quantomeno dovrebbero essere rimosse le barriere normative che spesso scoraggiano le iniziative in tal senso.
5. Un altro aspetto che si potrebbe senza particolari difficoltà risolvere sarebbe quello dell'inclusione dell'argomento MNC (con opportuni criteri di qualità) nei programmi di ricerca finalizzata che le Regioni possono avviare. Anche il semplice riferimento a questo tema (ancor oggi assente nella maggior parte dei casi), sarebbe un grosso incentivo alla presentazione di progetti di ricerca. Qui va citata l'esperienza della regione Toscana, dove a seguito di un lungo e paziente lavoro della Commissione per le MNC, la ricerca in questo settore è stata riconosciuta come qualificante e strategica, quindi inserita a pieno titolo nel piano sanitario con congrui finanziamenti.
6. Val la pena citare un altro ostacolo, facilmente rimuovibile in presenza di una positiva volontà politica: i medicinali omeopatici non sono ancora registrati ufficialmente, nonostante che ciò sia previsto nel D.Lvo 185/1995 integrato dalla Legge 347/1997. Ciò ostacola l'approvazione, da parte dei comitati etici, dei progetti di ricerca sperimentale che prevedano l'uso di detti medicinali. Eppure, non sussiste alcun motivo, né etico né scientifico, che sia contrario all'utilizzo di un medicinale omeopatico nella ricerca in campo umano, anche perché si tratta di prodotti già comunque sul mercato da molti anni, in regime di approvazione con proroga della situazione precedente all'uscita della legge. Per risolvere questo problema vi sono due soluzioni, entrambe percorribili: la prima, che sarebbe la più lineare, procedere finalmente alla registrazione ufficiale dei medicinali, almeno della maggior parte di essi che rientrano nella cosiddetta registrazione semplificata; la seconda soluzione, ancora più semplice, sarebbe l'emanazione di una circolare ministeriale che definisca le tipologie di medicinali per i quali sussista un grado di sicurezza tale da consentire la sperimentazione anche in attesa di una

registrazione. Su questi requisiti minimi di sicurezza, già indicati dalle direttive europee e dalla legge italiana, si è già pronunciata anche la Commissione ministeriale per i medicinali omeopatici, omotossicologici ed antroposofici.

## **Educazione medica**

Poiché il pubblico usa sistemi di cura convenzionali e non, questo dato di fatto dovrebbe, di per sé, riflettersi in una maggiore conoscenza delle varie metodiche da parte dei professionisti sanitari. Benché si sia registrato un certo aumento di corsi sulle MNC anche nelle istituzioni ufficiali, si deve fare di più.

Il ritardo con il quale il sistema della docenza universitaria affronta (o non affronta addirittura) il problema, ha delle indirette ma serie conseguenze sul piano medico-legale. Nelle sentenze di merito sull'esercizio abusivo della professione medica (art. 348 del Codice Penale) ed anche nelle più recenti pronunce della Corte di Cassazione si è delineato l'atteggiamento della giurisprudenza che pare orientata a riconoscere che la medicina convenzionale può essere esercitata solo da medici laureati, abilitati e iscritti all'Ordine, mentre ogni altra attività, che pure si autodefinisca curativa ma che non venga insegnata all'Università, sarebbe consentita a chiunque. Fanno eccezione le sentenze sull'omeopatia e sull'agopuntura, che costituiscono però un "baluardo" molto fragile in assenza di un quadro legislativo più consistente e della definizione di tali discipline [F. Alberton, in AA.VV., 2000]. In altre parole, col diffondersi delle MNC e per il disinteresse della medicina accademica, la distinzione tra i sistemi medici con una loro dignità, tradizione e validità rispetto a pratiche "alternative" senza basi scientifiche rischia di divenire sempre più difficile e sfumata.

Negli USA questo tipo di insegnamenti nelle Scuole mediche sono molto più diffusi che da noi. Ad esempio, nel 1997 il 64% delle facoltà di medicina includevano corsi elettivi su terapie complementari, nel 2001 su 125 facoltà mediche, 91 includevano nozioni sulle MNC nei corsi ufficiali, 64 offrivano corsi elettivi specifici e 32 includevano le MNC come parte di un corso elettivo. La commissione WHCCAMP nota comunque che i corsi hanno un formato molto diverso nelle diverse facoltà e che si dovrebbe comunque raggiungere un consenso su un "core-curriculum" comune.

Il percorso formativo dei medici chirurghi, degli odontoiatri e anche di altre professioni sanitarie (si pensi ai fisioterapisti, alle ostetriche, ai tecnici della riabilitazione, agli igienisti dentali ecc.) dovrebbe includere notizie sulle MNC. Secondo la visione ideale della medicina integrata, il risultato di questo aumento di conoscenza sarà che il medico convenzionale potrà discuterne con i suoi pazienti, dare loro un consiglio sull'uso e i rischi, collaborare con i colleghi che praticano le MNC ed eventualmente inviare loro i casi, se vi è qualche possibilità di successo e se richiesto dal paziente. Viceversa, i medici che utilizzano prevalentemente le MNC dovrebbero essere aggiornati sugli avanzamenti della medicina scientifica (strumenti diagnostici, nuovi farmaci) in modo da collaborare con i medici convenzionali e inviare loro i casi per monitoraggio o per terapie allopatiche, se indicato.

## ***Cosa insegnare, a chi e come?***

Cercando di rispondere alla domanda su cosa dovrebbe essere insegnato, a chi e come, può essere utile innanzitutto distinguere le MNC in diversi settori, ciascuno con specifiche problematiche. La principale distinzione va fatta tra sistemi medici rispetto a medicinali o pratiche complementari [House of Lords, 1999; WHCCAMP, 2002]:

### **1. Sistemi medici non convenzionali**

Es: Medicina tradizionale cinese (farmacologia, dietetica e agopuntura), Medicina omeopatica, Omotossicologia, Medicina ayurvedica, Medicina antroposofica.

Caratteristiche salienti:

- ✓ Corpo teorico complesso e consistente, spesso autoreferenziale, visione “olistica”
- ✓ Metodi semeiotici, ragionamenti diagnostici e farmacopee specifici
- ✓ Applicabili solo da medici con specifica competenza nella disciplina

A parte la necessità che tutti gli operatori sanitari abbiano alcune nozioni su tali discipline, i medici che le esercitano devono avere una formazione approfondita e professionalizzante, al limite del livello di una specializzazione medica, ed un titolo spendibile sul mercato del lavoro, con garanzia di uno standard formativo curriculare minimo. In prospettiva e con la dovuta gradualità, tali standards di preparazione ed i criteri di verifica dell'apprendimento in queste discipline dovranno essere stabiliti dalle Società scientifiche del settore, in accordo con le istituzioni scientifiche, sanitarie e didattiche ufficiali, almeno per le parti riguardanti le materie “a ponte”. Chi si dedica a tali sistemi medici è sottoposto ad una grande sfida scientifica e deontologica, perché deve essere in grado di padroneggiare la medicina non convenzionale, di cui vanta la qualifica, *senza però adottarla come pratica esclusiva* (art. 13 Codice Deontologico). In altre parole, egli deve essere in grado di riconoscere le patologie e/o i pazienti suscettibili di trattamento secondo la disciplina in cui è specificamente esperto, senza trascurare la diagnosi e le cure ufficiali eventualmente già indicate per quel caso, e deve porre il paziente nella condizione di esercitare la propria scelta in modo informato e consapevole. Per questo non si vede come potrebbero praticare questo tipo di sistemi medici non convenzionali degli operatori senza una completa formazione medico-chirurgica (o odontoiatrica per il campo di competenza).

### **2. Medicinali o pratiche mediche complementari**

Es.: Fitoterapia, Fiori di Bach, Idroterapia, Oligoelementi, Chiropratica, Osteopatia, Musicoterapia, Danza-terapia, Ginnastiche e massaggi orientali (Do-in, Shiatsu e simili), Reflessoterapia, Ipnoterapia, Kinesiologia, Tecniche di meditazione usate a scopo medico, Iridologia, Metodo Kousmine, Bates, Tomatis, Test elettrodermici (elettroagopuntura sec. Voll, Vegatest e similari), ecc...

Caratteristiche salienti:

- ✓ Non usano necessariamente criteri nosologici diversi da quelli convenzionali
- ✓ Sono solitamente indicati per specifiche condizioni o parti del corpo e quindi più facilmente integrabili teoricamente e praticamente
- ✓ Alcuni potrebbero essere praticabili anche da operatori sanitari (se ben qualificati!!!) non laureati in medicina (es.: massaggi, musicoterapia, chiropratica, osteopatia), sotto controllo medico.

Nel caso di questo secondo gruppo i problemi didattici sono diversi e molteplici, variando molto da caso a caso e non vi è qui lo spazio per affrontarli tutti analiticamente. Per alcune discipline, come la fitoterapia, l'idroterapia, l'ipnoterapia, la riflessoterapia, si tratta di metodiche o di medicinali che potrebbero trovare collocazione all'interno di corsi universitari delle discipline affini o, ad un livello più elevato, in corsi di perfezionamento specifici (eventualmente con la collaborazione di docenti esterni particolarmente esperti nella materia). I fitocomplessi, se sono efficaci per determinate patologie, dovrebbero essere conosciuti e prescritti, esattamente come i comuni farmaci, da parte di tutti i medici e odontoiatri. Certamente, potranno esistere medici più esperti in fitoterapia per essersi perfezionati in quel settore e che, quindi, la utilizzeranno quando necessario in modo particolarmente accurato, come parte della loro competenza (e responsabilità) professionale. Ciò è analogo a quanto si potrebbe dire per medici perfezionati in chemioterapia, radioterapia, trapianti di midollo, ecc. Quanto a chiropratica e osteopatia, esse sono pratiche complementari che richiedono conoscenze mediche di base, capacità diagnostica e abilità manuale; esse configurano un atto medico, con tutti i rischi connessi, sul paziente. D'altra parte, è noto che queste due discipline sono già di competenza di figure professionali qualificate ma non laureate in medicina o odontoiatria, almeno nella maggior parte dei paesi anglosassoni. Quest'ultimo problema richiederà una fase di attento vaglio sia in sede ordinistica sia in sede universitaria, valutando l'eventuale istituzione di appositi corsi di laurea e la possibilità di un "doppio regime" in fase transitoria che ne consenta l'applicazione sia ai medici sia ai "chiropratici" laureati in università straniere riconosciute. Per altre pratiche sopra menzionate, prima di parlare di un insegnamento ufficiale e quindi di un riconoscimento della professione, si deve aspettare che si sviluppino sul piano scientifico, sia teoricamente sia come prove di efficacia. Allo stato attuale delle conoscenze, non potendo affermare ma neanche escludere che alcune pratiche o prodotti possano causare effetti benefici sulla salute, si deve ricorrere ai seguenti criteri: a) che non vi siano rischi di nessun tipo e che i prodotti siano controllati e approvati, b) che tali "pratiche" (es. test elettrodermici, riflessoterapia, massaggi orientali) o tali "prodotti" (es. fiori di Bach, oligoelementi) siano visti come complementari e non "alternativi", nel senso che tali applicazioni avrebbero giustificazione come ausilio diagnostico o terapia palliativa se non privassero il paziente di cure efficaci (art. 13 C.D.), c) siano esercitati nell'ambito di una professione sanitaria già riconosciuta (medica e, in alcuni casi, di altre qualifiche più

settoriali), in modo da evitare che una (presunta) capacità terapeutica del prodotto o della pratica complementare possa causare danno per applicazione inappropriata. È difficile vedere uno spazio, secondo una impostazione chiara e rigorosa delle competenze e delle qualifiche in campo medico, per l'insegnamento della cosiddetta "naturopatia".

A livello di criteri generali di orientamento su cosa e come insegnare, vi sono alcuni criteri imprescindibili che si possono prospettare:

1. Le informazioni sulle MNC fornite nel contesto della educazione medica convenzionale dovrebbero essere basate sulle evidenze. Dovrebbero comunque includere sia le basi concettuali, sia una rassegna critica sulla sicurezza e l'efficacia.
2. Nella formazione - e quindi nella relativa regolamentazione della professione - sia specificata sempre e chiaramente la delimitazione delle competenze di una certa disciplina. A titolo di esempio è utile riportare un elenco che specifica le principali controindicazioni della terapia osteopatia, proposto dal *General Council and Register of Osteopaths* inglese [BMA, 1993]: Tumori ossei primitivi, metastasi, fratture, recente trauma importante in assenza di diagnosi radiografica, infezioni locali (es.: osteomielite), condizioni infiammatorie acute (es: osteoartrite, artrite reumatoide), aneurismi, fragilità dei legamenti, osteofitosi grave, emofilia, trombocitopenia, fase attiva di sclerosi multipla, epilessia, sintomi prodromici (es. cefalea rispetto a encefaliti), malformazioni congenite gravi, condizioni metaboliche (es. Cushing), prolasso del disco intervertebrale, insufficienza arteriosa.
3. Là dove si offre una proposta formativa - a qualsiasi livello - su sistemi medici o pratiche non convenzionali, essa sia presentata in modo quanto più possibile corrispondente agli obiettivi ed ai metodi dell'integrazione, cioè coinvolgendo sia docenti di formazione e esperienza convenzionale, sia esperti della materia che si vuole presentare, anche se esterni all'istituzione che eroga la didattica. Tale collaborazione in casi particolarmente importanti potrebbe assumere la forma di vere e proprie convenzioni tra diversi enti, associazioni, aziende.
4. È degna di nota anche la raccomandazione del documento WHCCAMP, già citato: l'educazione medica nelle MNC dovrebbe includere l'apprendimento e l'aggiornamento delle discipline biologiche e mediche di base, nonché l'acquisizione di un linguaggio e di strumenti di metodologia scientifica generalmente riconosciuti. La comunanza di linguaggio o almeno la conoscenza degli elementi fondamentali dei diversi linguaggi potrebbe esser un obiettivo iniziale dei programmi di informazione e di educazione, a qualsiasi livello (da parte convenzionale e non). Ad esempio, sarebbe molto utile che gli operatori MNC conoscessero, nel corso del loro curriculum, i concetti della evidence-based medicine, i problemi di valutazione dell'efficacia e della sicurezza, come e dove segnalare effetti avversi gravi e non gravi, questioni di medicina legale.

## *Azioni in prospettiva*

Al pari dell'incremento nella ricerca, l'incremento della quantità e della qualità della didattica è un passaggio fondamentale per l'integrazione. In questo campo è essenziale che siano al più presto stabiliti dei criteri-guida, col concorso degli Ordini Professionali, delle Società scientifiche, degli organi di programmazione e controllo centrali.

Il problema di istituire una cornice organizzativa e delle linee-guida per orientare l'organizzazione della didattica nel settore delle MNC sta interessando molti paesi, non solo gli USA (che probabilmente sono all'avanguardia) ma anche l'Europa. In Inghilterra la camera dei Lords ha raccomandato che i corsi di MNC siano resi più uniformi sul territorio nazionale e siano accreditati da appropriate commissioni di esperti, che includano i professionisti del settore. In tale Paese la professione non convenzionale più sviluppata e integrata nel sistema della formazione medica è la chiropratica, che ha sviluppato dei corsi quinquennali, integrati con quelli dei corsi di laurea in medicina. In Germania esiste anche la professione del naturopata, che ha un riconoscimento ufficiale, ma questo aspetto apre una problematica complessa per il nostro Paese, difficile da risolvere almeno finché non saranno regolamentate le MNC in campo medico-chirurgico ed odontoiatrico. In Inghilterra ma anche in altri paesi europei e anche in Italia, anche la medicina tradizionale cinese, inclusa l'agopuntura, ha una forte tradizione di integrazione e soprattutto le organizzazioni mediche del settore hanno sviluppato degli standards abbastanza uniformi e confrontabili. L'omeopatia ha una agenzia europea di riferimento, l'ECH, cui si stanno adeguando progressivamente buona parte dei programmi, ma è inutile negare che in questo settore deve essere fatta ancora molta strada per una chiarificazione ed un coordinamento, che sarebbero utili prima di tutto agli stessi omeopati.

In pratica, si pongono queste possibilità, alcune a portata di mano e conseguibili senza particolari difficoltà, altre più utopistiche e che richiederanno maggiore tempo e riflessione, includendo anche una cornice legislativa adeguata al livello di complessità. Iniziando dalle azioni più semplici:

1. Inserimento di nozioni informative generali, non professionalizzanti, nei **corsi di laurea** delle facoltà mediche partendo da un semplice arricchimento delle materie esistenti. Si potrebbe ad esempio accennare alla fitoterapia ed all'omeopatia nei corsi di farmacologia, alle tecniche riabilitative fisiche nei corsi di ortopedia, all'agopuntura in fisiologia e via dicendo. Questo tipo di nozioni potrebbero riguardare tutte le professioni sanitarie. La fattibilità di una simile operazione culturale sarebbe molto favorita dall'inserimento di tematiche connesse alle medicine complementari e non convenzionali all'interno dei contenuti scientifici di alcuni settori disciplinari già esistenti (d.m. 23 dicembre 1999 e d.m. 4 ottobre 2000) come ad esempio in Anestesiologia, Biologia Farmaceutica, Storia della Medicina, Medicina Legale, Oncologia Medica, Patologia Generale, Pediatria.
2. Inserimento di nozioni generali, ma ad un livello più elevato di professionalizzazione nei **corsi di specializzazione** delle facoltà mediche. Si potrebbe ad esempio pensare che in una Scuola di

Specializzazione in riabilitazione funzionale insegni alcune tecniche manipolative di tipo orientale o in una Scuola di Anestesiologia si insegni a praticare alcune tecniche agopunturistiche antalgiche (senza con questo voler insegnare la teoria medica cinese). Gli specialisti dei rispettivi campi ne uscirebbero sicuramente arricchiti nella loro formazione e capaci di applicare determinate metodiche - se non altro a livello della ricerca che si auspica in sviluppo – o di valutare meglio le varie opzioni terapeutiche. Il problema della carenza di docenti universitari, competenti per questo tipo di insegnamento, dovrebbe essere superabile con forme di contratti per docenti esterni che abbiano un curriculum adeguato.

3. Inserimento, nei corsi di laurea delle facoltà mediche, di **corsi elettivi** di introduzione alla conoscenza delle terapie complementari, con un approccio basato sull'evidenza. Ciò è fattibile senza alcun costo aggiuntivo per la struttura, qualora esista qualche docente – titolare di cattedra o ricercatore - che si faccia carico di organizzarlo e si assuma la responsabilità dell'insegnamento elettivo stesso, servendosi anche di esperti qualificati esterni per supporto didattico e presentazione di esperienze. Presso l'Università di Verona è già stato approvato un corso di questo tipo, di cui in appendice è riportato il programma.
4. Per la formazione post-laurea, si pone oggi la grande opportunità della didattica accreditata secondo la **formazione medica continua**. L'educazione medica continua rappresenta un potente mezzo per aggiornare ed aumentare le conoscenze del medico pratico e quindi aumentare la sicurezza e l'utilità dei trattamenti. Anche negli obiettivi formativi del programma e.c.m. italiano è incluso l'argomento delle MNC, enfatizzando la visione scientifica e critica dell'argomento. Anche in questo campo l'Osservatorio di Verona ha iniziato una esperienza-pilota, che ha portato all'organizzazione di una serie di seminari dei quali gli ultimi tre sono stati inseriti nella e.c.m. In questo livello della didattica per l'aggiornamento emergono notevoli e molteplici problemi di ordine scientifico, culturale ed organizzativo e non vi è lo spazio per affrontarli esaurientemente. Si sottolinea solo l'importanza di garantire la qualità scientifica e l'imparzialità dell'informazione.
5. Di diverso e ben più problematico spessore è il tema della **didattica “professionalizzante”**, quella che riguarda i corsi “post-graduate” di formazione veri e propri. La discussione è affrontata anche in sede di proposte di legge e richiede l'analisi di molti aspetti, che qui si possono solo riassumere: selezione delle discipline insegnabili e quindi delle relative qualifiche professionali, chiarimento epistemologico e tecnico-pratico delle materie, soggetti abilitati alla didattica, limitazioni dell'accesso (es.: ai medici, per i corsi sulle discipline con implicazioni diagnostiche), curriculum e monte-ore teorico e pratico, verifiche della frequenza e dell'apprendimento, valore legale dei titoli e compatibilità di più titoli, disposizioni transitorie per i medici già praticanti le MNC. In una prospettiva ideale, i corsi di MNC dovrebbero rappresentare essi stessi un passaggio-chiave del processo di “integrazione”. Pertanto essi dovrebbero uscire dalla “semi-clandestinità” e nel contempo effettuare un salto di qualità in

modo da divenire compatibili, se non proprio assimilabili, ad una didattica di tipo universitario. A tal fine, sarebbe utile che i corsi fossero gestiti da “soggetti collaborativi” in cui fossero presenti competenze sia didattiche sia scientifiche (non si fa buona didattica senza continua ricerca), sia di materie universitarie tradizionali (es. storia della medicina, anatomia per la parte specialistica, fisiologia per la parte specialistica, biofisica, patologia generale, botanica, farmacognosia, farmacoprassia, immunologia, neurofisiologia, bioetica, filosofia delle scienze, metodi di ricerca clinica, biostatistica) sia di materie cresciute in ambiente extra-accademico (particolarmente le discipline epistemologicamente “fondanti”, le materie cliniche, le farmacopoe e i metodi non convenzionali delle rispettive discipline). Infatti, un buon medico omeopata (o agopuntore) dovrà essere formato non solo nella sua disciplina ma anche nelle materie “a ponte” con l’attuale medicina scientifica più avanzata e che hanno relazioni con l’omeopatia (o l’agopuntura). Il curriculum dovrebbe anche includere competenze come la raccolta e custodia dei dati medici, medicina legale e deontologia medica, conoscenze di base sulle altre pratiche complementari. A tali nuovi “soggetti collaborativi” della didattica non convenzionale potrebbe partecipare anche l’Ordine dei Medici Ch. e O., in qualità di garante della eticità e correttezza deontologica dell’operazione, mentre le Aziende del settore e gli Enti locali pubblici e privati, potrebbero concorrere con sostegno finanziario. Il tutto potrebbe essere codificato nella cornice di convenzioni tra i diversi Enti interessati (soprattutto Scuole private e Università).

6. In prospettiva e per completezza si può citare la forma più “utopistica” di integrazione e precisamente le istituite **cattedre** di insegnamento universitario, centri di ricerca pubblici o dipartimenti, scuole di specializzazione. Si potrebbe iniziare da cattedre su argomenti ad ampio raggio, del tipo “medicines complementari” o “medicina integrata”, per poi passare a cattedre su discipline specifiche. Anche se tale prospettiva può apparire azzardata, non va taciuto il fatto che in altri paesi come gli USA e l’Inghilterra esistono già esperienze del genere (si parla soprattutto di centri e cattedre di medicina complementare e/o integrata). Tuttavia, anche se esistessero motivazioni scientifiche e volontà politica per portare avanti l’idea di istituire nuove cattedre, su tale strada si troverebbero ostacoli nella carenza di risorse finanziarie e nella necessità di istituire nuovi gruppi disciplinari che gestiscano i concorsi.

### ***Ruolo dell’informazione***

Uno dei fenomeni più impressionanti degli ultimi anni è stato l’aumento di informazione al pubblico a riguardo delle MNC. Nuove tecnologie hanno consentito sia ai giornalisti sia direttamente alle persone interessate di acquisire informazioni e scambiarle in vario modo (dal colloquio tra parenti alle riviste di salute). Le principali testate hanno rubriche o inserti che trattano le MNC, in genere con un occhio di simpatia più che di obiettiva valutazione.

Il fatto è che il pubblico, spinto dall'ovvio desiderio di migliorare la qualità della vita o dalla speranza di cercare cure adeguate alla propria situazione, va a cercare soluzioni in sistemi medici diversi, di altre culture, o prodotti ritenuti "naturali" reclamizzati su internet o sulle riviste di larga diffusione. Particolarmente per persone cui sia stata diagnosticata una malattia grave e ritenuta (a ragione o a torto) incurabile, la ricerca di terapie "alternative" attraverso vie di informazione "alternative" - rispetto al medico curante - è non l'eccezione ma la regola. Inutile dire che se alcuni possono forse trarne beneficio - contribuendo quindi all'ampliarsi del fenomeno - altri possono sicuramente essere danneggiati direttamente o indirettamente (per la mancanza di diagnosi o cure controllate). Comunque molti sono confusi dalla quantità e dall'estrema varietà di informazioni.

Un passaggio essenziale nel corso di un processo di integrazione sarà anche la diffusione di informazioni corrette e complete per il pubblico, gli operatori sanitari e i "decision makers" della programmazione sanitaria. Per assicurare la salute pubblica dal pericolo della diffusione di informazioni inappropriate o inattendibili bisognerebbe che fossero disponibili agenzie indipendenti e competenti, dove si possa attingere a notizie quantomeno a riguardo:

1. le qualifiche degli operatori ed i criteri per verificarne l'attendibilità
2. le indicazioni sicure, probabili, possibili delle varie MNC secondo il criterio dell'evidenza
3. le controindicazioni delle stesse
4. gli effetti avversi dei medicinali
5. informazioni accurate per le patologie gravi (es. cancro, sclerosi multipla).

Naturalmente, le informazioni dovrebbero essere date in forma comprensibile a tutti e quindi in sezioni distinte tra quelle al vasto pubblico e quelle agli operatori o specialisti.

## **Organizzazione**

L'integrazione sarà fattibile anche se si faranno i passi adeguati a livello organizzativo. A seguito dell'aumentata richiesta da parte dei cittadini di prestazioni di medicina non convenzionale, sta iniziando un dialogo con la medicina convenzionale e qualche prima esperienza di integrazione. Questo graduale cambiamento di prospettiva, da una parte e dall'altra, è documentato da un aumento di opportunità di confronti a livello culturale, scientifico, istituzionale. Si sono aperti dei tavoli di confronto sulle MNC presso il Ministero della Sanità (ora Salute), le Regioni e presso gli Ordini dei Medici. Tale dialogo deve essere incentivato e potenziato, in modo che crescano la mutua conoscenza ed il mutuo rispetto e la condivisione dei problemi sollevati da una parte e dall'altra. Il semplice dialogo tra medici proteggerà i pazienti da terapie pericolose ed azzardate ed espanderà le possibilità di migliorare l'assistenza.

### ***La pratica medica integrata***

Non va dimenticato che il fondamento dell'integrazione è di tipo scientifico e clinico: esso sta nel fatto che vi sono varie prospettive dalle quali osservare i problemi di salute dei pazienti e che queste

prospettive non soltanto non sono “alternative” l’una verso l’altra, ma anzi esplorano dimensioni diverse, tutte contemporaneamente presenti e pertanto tutte vere. D’altra parte, senza trascurare tutte le prospettive, anzi conoscendole, sul piano operativo occorre effettuare una scelta di priorità, senza voler perseguire troppi obiettivi contemporaneamente. Sarebbe auspicabile che l’attività diagnostica e terapeutica fosse condotta da un medico secondo uno schema già collaudato e in stretto contatto con altri medici, i quali potrebbero se necessario integrare la cura con altri interventi. Si dovrebbe comunque evitare che il quadro si complichino per eccesso di informazioni eterogenee o di stimoli terapeutici differenti somministrati in sequenze poco opportune (cosa che succede comunemente se il paziente si rivolge a diversi terapeuti di cui ciascuno conosce solo una parte del percorso). In ogni caso, è importante ribadire che la diagnosi e la terapia, di ogni tipo, siano sempre considerati *atti medici*, perché vanno eseguite all’interno di un rapporto col malato che ne porti alla luce tutte le problematiche di salute, di cui non è mai facile individuare la gravità attuale e l’evoluzione. Ad esempio, è degno di nota che la Corte di Cassazione in una recente sentenza [Corte di Cassazione, 1999] ha affermato che la pratica dell’omeopatia deve essere riservata ai medici. Il problema delle terapie complementari va impostato in questo quadro.

I problemi che ostacolano gli sforzi organizzativi in tal senso sono:

1. La difficile certificazione degli standard di istruzione e quindi degli interlocutori adatti nel campo non convenzionale.
2. La perdurante indifferenza o persino ostilità da parte di una consistente parte della medicina ufficiale e particolarmente del mondo accademico.
3. La scarsità di esperienze e di modelli di ricerca appropriati per valutare i risultati.
4. I costi di cure complementari che di fatto ricadono come costi aggiuntivi a carico dei pazienti stessi.

### ***Il ruolo del sistema sanitario***

Lo sviluppo di un sistema sanitario integrato è appena ad uno stadio iniziale e si confronta con un’ampia serie di problemi. Il motivo principale dell’incertezza presente sta nel fatto che molti approcci non convenzionali sono ancora privi di un’adeguata base scientifica. Anche se ci sono evidenze preliminari di qualche beneficio raggiungibile, non si può pensare ad un inserimento organico di tali proposte terapeutiche senza una maggiore chiarezza sui campi di applicazione, i limiti, i rischi, i costi.

Le politiche di copertura finanziaria dell’assistenza sanitaria e quelle assicurative di organizzazioni pubbliche e private giocano un ruolo essenziale nel dare forma al sistema sanitario e ciò coinvolge ovviamente anche il problema delle MNC. I sistemi di assicurazione privati, là dove sono essenziali all’assistenza sanitaria, offrono sempre più spesso anche prestazioni non convenzionali ed anche in Italia è in corso questo graduale cambiamento verso una mutualità integrativa.

Persino le istituzioni sanitarie pubbliche in molti paesi occidentali si stanno attrezzando per offrire servizi di medicina non convenzionale, particolarmente l'agopuntura per il dolore, varie tecniche di massaggio, la musicoterapia, tecniche di rilassamento per ansietà e depressione lievi, più qualche esperienza di introduzione di fitoterapia come tecnica complementare [Vickers, 2000].

Oggi in pratica la stragrande parte delle prestazioni in questo campo avvengono a livello libero-professionale e le spese sia mediche sia farmaceutiche sono totalmente a carico del cittadino. Questa relazione economico-finanziaria "diretta" tra il fornitore del servizio e il consumatore ha il merito di aumentare l'interesse del consumatore e la partecipazione alla terapia. D'altra parte, senza una copertura assicurativa, l'accesso alla MNC (come ad altre forme di terapia) è limitato dalle possibilità economiche del paziente. Di fatto, molti cittadini non ricorrono alle terapie non convenzionali perché non possono permetterselo. Non vi sono dati precisi per l'Italia, su quali siano le compagnie private che includono nelle prestazioni sanitarie rimborsabili anche le MNC, ma sarebbe molto utile che tali dati fossero raccolti e resi disponibili al pubblico e a coloro che sono responsabili della programmazione sanitaria.

La direzione che i vari piani sanitari prenderanno in questo settore consentirà o meno l'accesso di ampi strati della popolazione a servizi di MNC e indirettamente consentirà o meno anche un progresso nella conoscenza di queste metodiche e nella ricerca.

Comprensibilmente, chi nelle organizzazioni sanitarie centrali e locali deve decidere come allocare le risorse, sempre limitate, in una situazione in cui aumentano continuamente i costi è preoccupato del fatto che una "liberalizzazione" anche in questo settore possa far lievitare la spesa sopra livelli non sopportabili. Il fatto che si debbano garantire spese pubbliche solo per le prestazioni sicure, efficaci e con costi ragionevoli è incontestabile, ma ad un livello più generale si deve anche pensare che le evidenze di sicurezza, efficacia e costo non sono acquisibili se non attraverso la pratica, l'uso. Quindi una posizione di pregiudiziale esclusione di ciò che non è provato porterebbe al paradossale rifiuto di ogni progresso e con grande probabilità anche all'impossibilità di valutare forme di assistenza più economiche a tempo breve, medio o lungo.

È ovvio che non si possono coprire né pubblicamente né assicurativamente tutte le prestazioni, ma si dovranno selezionare in base alle reali necessità di cura di una condizione di malattia accertata (non quindi per coprire un capriccio o uno stato vago di malessere), all'esistenza di un potenziale o almeno plausibile beneficio della terapia scelta, all'assenza di altre terapie sicuramente efficaci o il loro rifiuto esplicitamente e motivatamente espresso da parte del paziente, alla competenza certificata dell'operatore sanitario o della struttura erogante. Si può facilmente prevedere che un ruolo fondamentale sarà quello del medico di famiglia, il quale potrebbe fare da filtro per un eventuale e motivato ricorso a terapie complementari, nel caso queste dovessero essere erogate dal SSN.

Le pratiche preventive o terapeutiche che siano riconosciute sicure e apportatrici di benefici dovrebbero essere incluse in una lista che viene continuamente aggiornata, così come quelli di medicina convenzionale. In altre parole, non si dovrebbero distinguere gli interventi da rimborsare in

interventi di MNC o “ufficiali”, ma semplicemente in interventi di utilità provata o non provata, secondo standards che siano del massimo livello scientifico e allo stesso tempo rispettosi delle identità e dei metodi delle rispettive discipline.

### ***Deontologia-professione***

L’Ordine professionale giocherà nel prossimo futuro un ruolo fondamentale nel processo di integrazione. In una situazione caratterizzata dalle resistenze o comunque da un ritardo di azione delle istituzioni sanitarie centrali e dell’istituzione accademica, l’Ordine ha avuto da anni il coraggio di porsi il problema e di affrontarlo mediante adeguate ed approfondite riflessioni, deliberazioni, raccomandazioni ed azioni.

È interesse della categoria medica, oltre che della società civile (ma le due cose coincidono), che l’eventuale esercizio di pratiche non convenzionali sia fatto in modo scientificamente aggiornato e verificato, anche secondo etica e deontologia professionale. Se l’integrazione è fattibile, essa si fonda sì sull’efficacia dei metodi clinici, su una buona didattica e su un’efficiente organizzazione del sistema sanitario, ma anche - e forse soprattutto - sulla competenza di ogni singolo medico.

I diversi livelli di integrazione sono correlati (perché la competenza si basa anche sulla scienza e sul sistema formativo) ma non coincidono. Se al “sistema” giustamente interessa in primis il problema dell’*efficacia*, al medico interessa in primis il tema della *competenza*. Nel definire le competenze, nel verificare le relative qualifiche, nel favorire la loro corretta pubblicizzazione sul piano pratico e professionale, nel vigilare su eventuali distorsioni ed abusi, l’Ordine ha un ruolo delicato, decisivo e insostituibile.

È già stato sufficientemente chiarito che per quanto riguarda l’esercizio delle terapie complementari, attualmente e legalmente qualsiasi medico può praticare tali metodiche senza necessità di particolare qualificazione. Tuttavia, giustamente l’Ordine si è preoccupato di chiarire che ciò sia fatto “... *nel rispetto del decoro e della dignità della professione... e nell’ambito della diretta e non delegabile responsabilità professionale...*”, fermo restando che “... *qualsiasi terapia non convenzionale non deve sottrarre il cittadino a specifici trattamenti di comprovata efficacia e richiede l’acquisizione del consenso*” (art. 13 C.D.).

In base a queste prospettive è da sottolineare come sia una primaria ed improrogabile necessità quella di adottare una classificazione che consenta di capire quali pratiche siano compatibili con “il rispetto e il decoro della professione”. In particolare, pare essenziale che anche al livello ordinistico siano tenute distinte le MNC, che si basano su un iter diagnostico-terapeutico dotato di studi di riferimento aggiornati e in evoluzione, rispetto a “pratiche alternative” che si richiamano ad atteggiamenti o stili di vita generici, a dottrine riservate o esoteriche, o che utilizzano presidi non controllati né controllabili, fondate sulla semplice tradizione o su teorie pseudo scientifiche, con scarsa o nulla bibliografia.

Tale distinzione non deriva da una semplice esigenza casistica: se è ormai aperto un serio confronto tra medicina convenzionale e medicina non convenzionale anche sul piano legislativo, è nell'interesse di entrambi i fronti evitare sin dall'inizio confusioni e generalizzazioni nei riguardi di quelle pratiche o attività che non possiedano alcun carattere assimilabile al trattamento curativo, essendo basate solo su principi fantasiosi o bizzarri, tali da escludere *a priori* ogni tipo di verifica sperimentale, ma tali anche da eludere qualsiasi controllo in ambito deontologico e normativo.

In ogni caso, il richiamo alla necessità dell'acquisizione del consenso informato, nell'art. 13 del C.D., appare quanto mai opportuno: è ben noto che ciò rappresenta il fondamentale presupposto per la liceità di ogni atto medico ed ovviamente la pratica delle MNC non fa eccezione, ma qui piuttosto il problema del consenso assume una connotazione del tutto particolare. Sarebbe auspicabile che si giungesse alla realizzazione di un "protocollo di consenso partecipato", sul modello di quelli in uso per i trattamenti medico - chirurgici usuali, ma nel quale si tenesse conto delle peculiari caratteristiche delle pratiche non convenzionali e degli specifici problemi che ciascuna di esse pone [F. Alberton, in AA.VV., 2000].

Infine, l'art. 13 vieta espressamente qualsiasi forma di "collaborazione" tra medici e praticanti le medicine alternative. Probabilmente anche questo aspetto andrebbe riconsiderato oggi sotto una prospettiva più realistica, ispirata ai criteri della medicina integrata. Non è pensabile che il medico possa "fare tutto da solo" anche in questo campo, ma è più facile prevedere che col crescere della cultura scientifica e col chiarirsi dei campi di applicazione e dei limiti delle varie pratiche complementari emergano anche qualificate figure di operatori sanitari, non medici, capaci di applicare alcune tecniche complementari. Espressione della crescita culturale generale del settore paramedico sono ad esempio la trasformazione delle Scuole mediche professionali in Diplomi universitari e questi ultimi in Corsi di laurea. Anche nel campo non convenzionale avviene tale crescita e qui si pone ancora più prepotentemente la necessità di un vaglio accurato sia delle discipline con cui è possibile una integrazione, sia delle Scuole che preparano gli operatori. Di fatto tale integrazione è già presente in alcuni settori come ad esempio quello delle terapie fisioterapiche o riabilitative di origine orientale, delle tecniche osteopatiche, o dalle varie modalità di parto "dolce", che sono sempre più spesso offerte anche da strutture ospedaliere pubbliche.

In riferimento alla collaborazione professionale con non-medici, in attesa di una definizione legislativa della materia, forse la FNOMCeO e/o l'Ordine Provinciale (che ha conoscenza delle situazioni specifiche del territorio) potrebbero predisporre un elenco esemplificativo delle qualifiche professionali "ammissibili" alla collaborazione, sulla base di criteri di quantità e di qualità di formazione. In tal caso, per il medico dovrebbe essere previsto l'obbligo di verificare l'esistenza di tali qualifiche prima di intraprendere un'eventuale collaborazione. Si potrebbe quindi applicare il divieto contemplato dall'art. 13 del C.D. solo nel caso di collaborazione con personale che non ottempera i requisiti indicati da tali raccomandazioni.

## ***Azioni in prospettiva***

La regolamentazione agile ed efficace della ricerca nelle MNC, la pubblicazione dei risultati, l'esame di essi e l'approvazione delle pratiche che via via diano garanzie di sicurezza, effettività e o utilità in relazione ai costi dipenderà dall'efficienza della collaborazione tra i diversi soggetti coinvolti a vario titolo, come finanziatori, utilizzatori, ricercatori, operatori.

La cooperazione e la "partnership" sono il cuore della sfida organizzativa basata in primis sulla ricerca scientifica e secondariamente sulla migliore assistenza, una sfida che dovrebbe portare alla maggiore conoscenza reciproca di mondi che si sono finora ignorati o combattuti, al miglioramento dell'assistenza sanitaria e, sperabilmente, alla riduzione dei costi. Già il fatto di costruire relazioni di lavoro nel campo della ricerca tra professionisti convenzionali e non convenzionali rappresenterebbe un successo del programma, a prescindere dal fatto che i risultati siano poi favorevoli o meno all'accettazione delle MNC nel sistema sanitario. Quindi si dovrebbero moltiplicare le occasioni di confronto tra rappresentanti di professionisti convenzionali e non convenzionali con esperienza e propriamente qualificati.

Conferenze, workshops, riunioni di esperti sono eccellenti mezzi per aumentare la comunicazione. Gli organizzatori di meeting su specifici argomenti che potrebbero avere attinenza con le MNC dovrebbero invitare esperti di questo campo e viceversa nei più importanti *meetings* della MNC dovrebbero essere invitati membri delle organizzazioni medico-scientifiche e istituzioni della medicina ufficiale. Si dovrebbero incentivare le collaborazioni tra organizzazioni pubbliche e private, profit e non profit, in modo che si possano raggruppare le risorse per supportare conferenze interdisciplinari sulla ricerca e le problematiche della didattica nelle MNC e per disseminare le informazioni in modo critico e sistematico.

A livello delle istituzioni ospedaliere, ma anche negli studi dei medici di base si dovrebbe aumentare la consapevolezza dei rischi dell'uso di certe pratiche NC, delle erbe, dei supplementi dietetici. I pazienti dovrebbero essere incentivati a comunicare, all'atto dell'ammissione alla visita, se usano MNC, in modo che vengano rimosse le attuali e perduranti paure o vergogne nel dirlo al medico curante. I medici dovrebbero aumentare il livello di consapevolezza dei rischi diretti e delle potenziali interazioni, nonché il coinvolgimento nelle segnalazioni di effetti avversi, come per altri medicinali.

Per quanto riguarda l'eventuale inserimento tra le prestazioni erogate da parte delle Aziende Sanitarie (o rimborsate dalle Assicurazioni), è chiaro che si dovrebbe progressivamente costruire una griglia di approvazione delle varie procedure, in cui sia previsto di arrivare alla copertura parziale o totale di una prestazione dopo aver valutato:

1. se esistono prove di sicurezza, efficacia, effettività efficienza, o, in subordine, se la procedura fa parte di un protocollo di ricerca sperimentale o osservazionale approvato;
2. comunque se l'uso di quella procedura o medicinale è necessario per quella particolare situazione;

3. il caso (forse il più probabile per un lungo periodo) in cui non vi siano prove certe di efficacia, pur essendovi prove di sicurezza (sempre indispensabili in assenza di un sicuro beneficio) ed esperienze preliminari di una possibile utilità, particolarmente nei casi in cui non vi siano terapie ufficiali sicuramente efficaci o nei casi in cui per vari motivi esse non possano essere applicate (es. intolleranza ai farmaci): in tal caso si dovrebbe ricorrere ad una commissione di esperti che dia un parere, anche alla luce della conoscenza della situazione locale in cui il problema si pone. Infatti è possibilissimo che in assenza di prove “universali” su una certa metodica, si possa o meno decidere di intraprendere una terapia ad esempio omeopatica là dove l’esperienza di un certo ospedale o di un certo reparto ha portato a evidenziare specifiche ed affidabili competenze, che altrove magari mancano. Per cui potrebbe essere possibile che un paziente per dire con una malattia autoimmune in fase non acuta, il quale rifiuti l’assunzione di cortisonici o immunosoppressori, dopo adeguata informazione sull’assenza di prove certe di efficacia sia affidato alle cure di un omeopata – in tal caso convenzionato con la clinica reumatologica - , sempre sotto monitoraggio ufficiale del decorso della malattia.

L’attuale piano della ricerca medica del SSN (SS9.7 Sottoprogetto 7) propone di sviluppare lo studio dei profili di assistenza, ovvero “programmi interdisciplinari creati per rispondere a specifici problemi clinici”, che dovrebbero definire la migliore sequenza degli interventi rivolti a pazienti con particolari diagnosi e condizioni all’interno delle diverse tipologie di servizi ospedalieri ed extra-ospedalieri. A differenza delle linee-guida, i profili assistenziali spostano l’attenzione delle diverse figure professionali preposte all’assistenza dal semplice “caso clinico” al “paziente” con bisogni complessi - e non solamente sanitari – favorendo in tal modo l’approccio multidisciplinare ed il lavoro d’equipe. In questo senso i profili assistenziali possono essere un importante strumento per il miglioramento continuo della pratica clinica, con ricadute positive per il paziente e per l’organizzazione, che usufruisce del miglior uso delle risorse e della conseguente molto probabile riduzione dei costi. L’inserimento di pratiche complementari nei programmi di studio di specifici profili assistenziali potrebbe ottenere risultati immediatamente fruibili, definendo dei percorsi sperimentati di assistenza che comprendano, per i diversi tipi di patologia, la gamma di servizi integrati sul territorio che si è in grado di offrire ai cittadini con garanzia di continuità, controllo dei costi e soprattutto verifica degli esiti.

Le organizzazioni di MNC potrebbero essere il punto di contatto tra istituzioni convenzionali che cercano esperti per consulenze per la ricerca o per le iniziali applicazioni cliniche (es. apertura di ambulatori) nel campo non convenzionale e per insegnamenti nei corsi. Poiché dalla collaborazione possono emergere benefici in termini di conoscenza e di strategie applicative sia nel campo dell’assistenza sia nel campo della didattica, l’inclusione di un livello di collaborazione dovrebbe costituire un elemento essenziale o almeno una grossa priorità per l’approvazione di progetti di ricerca e progetti pilota di inserimento delle MNC nel SSN.

Per quanto riguarda l'Ordine professionale, per la "fattibilità" dell'integrazione di cui si è parlato, le azioni che questo importante organismo ha intrapreso e i passi organizzativi cui potrebbe concorrere per gli aspetti di sua competenza sono riportati nelle decisioni e nelle linee-guida già emanate in varie occasioni dalla FNOMCeO.

A conclusione, vale la pena citare un'idea che riassume il senso del processo di integrazione in medicina: Rees e Weil, nell'editoriale sul B.M.J. già citato all'inizio, concludono con le seguenti, significative parole: "la medicina integrata non è solo usare erbe al posto di farmaci. Essa consiste nel restaurare dei valori fondanti la professione medica, che sono stati erosi da fattori sociali ed economici. La medicina integrata è buona medicina ed il suo successo sarà evidenziato dalla caduta dell'aggettivo. La medicina integrata di oggi dovrebbe essere la medicina del nuovo millennio."

## Bibliografia

- AA.VV. (1999) Una riflessione multidisciplinare sul fenomeno delle "terapie non convenzionali" (R. Raschetti e G. Bignami eds.). *Ann. Ist. Sup. Sanità* 35 (4): 477-550.
- AA.VV. (2000) *Le Medicine Complementari. Definizioni, Applicazioni, Evidenze Scientifiche Disponibili* (Bellavite, P., Conforti, A., Lechi, A., Menestrina, F., Pomari, S. eds.) Utet-Periodici Scientifici, Milano.
- Allais, G.B., Giovanardi, C.M., Pulcri, R., Quirico, P.E., Romoli, M., Sotte, L. (2000) *Agopuntura. Evidenze Cliniche e Sperimentali, Aspetti Legislativi e Diffusione in Italia*. Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Astin J.A., Marie A., Pelletier K.R., Hansen E., Haskell W.L. (1998) A review of the incorporation of complementary and alternative medicine by mainstream physicians. *Arch. Intern. Med.* 158: 2303-2310.
- Bellavite, P., Semizzi, M., Musso, P., Ortolani, R. e Andrioli, G. (2001) Medicina ufficiale e terapie non convenzionali: dal conflitto all'integrazione? *Medicina e Morale* 5: 877-904.
- Bellavite, P. (2002) *Le Medicine Non Convenzionali*. CD-ROM con 105 figure con didascalia, in PowerPoint e Internet Explorer, più vari testi sullo stesso argomento. Libreria Cortina, Verona ([www.libreriacortina.it](http://www.libreriacortina.it)).
- BMA, British Medical Association (1993) *Complementary Medicine. New Approaches to Good Practice*. Oxford University Press, Oxford.
- Braunwald, E., Hauser, S.L., Fauci, A.S., Longo, D.L., Kasper, D.L. and Jameson, J.L. (2001) The practice of medicine. In: *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 15th ed., McGraw-Hill, New York, pp. 1-5.

- Corte di Cassazione (1999) - Sezione VI penale. Sentenza n. 12. Omeopatia riservata ai medici. 25-2-1999. n. 2652. Inoltre la Cassazione ( sez.VI penale ) ha convalidato (sentenza 29961 del 30-7-2001) la condanna per «esercizio abusivo della professione» a una signora (non medico) che suggeriva rimedi omeopatici. Per la Corte «non esistono rimedi che non comportino un potenziale pericolo per i pazienti».
- Di Stanislao, C. (coordinatore) (2000) *Libro Bianco sull'Agopuntura*. Grafica Ragno, Ozzano (BO).
- Eisenberg D.M. (1997) Advising Patients Who Seek Alternative Medical Therapies. *Ann. Intern. Med.* 127:61-69.(<http://www.acponline.org/journals/annals/01jul97/seekaltr.htm>).
- Eisenberg D.M., Davis R.B., Ettner S.L., Appel S., Wilkey S., Van Rompay M., Kessler R.C. (1998) Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *JAMA* 280:1569-1575.
- Eisenberg, D.M. (2001) From *Proceedings of First International Conference on Complementary Alternative & Integrative Medicine Research*, Boston May 17-19, 2001.
- Ernst, E. (2000) The role of complementary and alternative medicine. *Brit. Med. J.* 321:1133-1135.
- Eskinazi, D. (1999) Homeopathy re-revisited: is homeopathy compatible with biomedical observations? *Arch. Intern. Med.* 159: 1981-1987.
- Fontanarosa P.B. and Lundberg G.D. (1998) Complementary medicine meets science. *JAMA* 280: 1618-1619.
- House of Lords (2000). *Science and Technology - Sixth Report*. London: Science and Technology Committee Publications.
- Marwick, C. (2002) US report calls for tighter controls on complementary medicine. *Brit. Med. J.* 324:870.
- Plsek, P.E. and Greenhalgh, T. (2001) Complexity science. The challenge of complexity in health care (first of a series of four articles). *Brit. Med. J.* 323: 625-628.
- Rees, L. and Weil, A. (2001) Integrated medicine. *Brit. Med. J.* 322:119-120.
- Vickers, A. (2000) Recent advances: complementary medicine. *Brit. Med. J.* 321:683-686.
- WHCCAMP (2002) Commissione governativa per le medicine complementari e alternative degli USA, Final Report. <http://www.whccamp.hhs.gov/finalreport.html>.
- W.H.O. (2001) Legal status of traditional medicine and complementary/alternative medicine: a worldwide review. World Health Organization 2001 – Geneva.
- Zollman C. and Vickers A. (1999) ABC of complementary medicine. What is complementary medicine? *Brit. Med. J.* 319:693-696.

## **Appendice. Programma del Corso Elettivo:**

### **INTRODUZIONE ALLA CONOSCENZA DELLE MEDICINE COMPLEMENTARI**

Università degli Studi di Verona -Facoltà di Medicina - Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia

**Docenti: Prof. Paolo Bellavite, Dott. Anita Conforti**

Proposto e approvato a partire dall'a.a. 2001-02

#### **Motivazioni**

La diffusione delle terapie complementari (o non convenzionali o alternative) sembra in notevole aumento nel mondo occidentale. Oltre il 25% della popolazione europea avrebbe fatto ricorso almeno una volta, nell'arco di un anno, ad un tipo di terapia non convenzionale. La stima derivante da un'indagine condotta dall'ISTAT nei mesi di settembre e dicembre 1999 su un campione di circa 30 mila famiglie italiane mostra che dal 1991 al 1999 è quasi raddoppiata la quota di persone che utilizza terapie non convenzionali, raggiungendo il 15.6% della popolazione.

Nonostante questa diffusione, permane, anche tra i medici, una notevole confusione su cosa tali discipline includano e come possano relazionarsi rispetto alla medicina convenzionale. In alcuni paesi, si è presa maggiore coscienza della necessità di conoscere i principi teorici su cui si basano queste pratiche terapeutiche e di valutarne l'efficacia alla luce dei principi della medicina basata sulle evidenze.

#### **Obiettivi**

Obiettivi del corso, rivolto agli studenti del secondo triennio, sono i seguenti:

- Illustrare i principi di base, i campi di applicazione e gli effetti indesiderati noti o presumibili dei più diffusi sistemi terapeutici non convenzionali (omeopatia, fitoterapia, medicina tradizionale cinese e medicina ayurvedica).
- Esaminare i risultati di efficacia e tollerabilità alla luce delle evidenze scientifiche disponibili.
- Individuare e discutere i problemi metodologici che si presentano nella ricerca di base e in quella clinica, nonché nelle possibilità di integrare le pratiche non convenzionali nella pratica clinica.

Si svolge in cinque lezioni/seminari di due ore ciascuno. Quando necessario le lezioni/seminari si svolgono con il contributo di esperti delle rispettive discipline.