

# **LA RICERCA SCIENTIFICA E LA DIDATTICA NELLE MEDICINE NON CONVENZIONALI (O COMPLEMENTARI)**

Memoria presentata dal Prof. Paolo Bellavite alla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati in occasione dell'audizione in materia di medicine non convenzionali

**Roma - 25 febbraio 2003**

## **SINTESI**

L'integrazione tra alcuni sistemi medici non convenzionali ed il sistema medico culturalmente e politicamente dominante è in corso da alcuni anni e diviene sempre più evidente la necessità di un quadro normativo per tutelare la libertà di scelte terapeutiche dei cittadini e per garantire un adeguato esercizio delle professioni sanitarie.

I due cardini di un efficace processo di integrazione sono la **ricerca scientifica** (soprattutto sull'efficacia ed il rapporto costi/benefici delle varie pratiche) e la **didattica medica** (soprattutto in riferimento alla formazione pre- e post-laurea ed alla qualità delle scuole). A tal fine è necessario che la normativa preveda il coordinamento tra gli Enti coinvolti (università, società scientifiche, sistema sanitario, organizzazioni professionali e di cittadini, aziende).

Questo documento è frutto dell'esperienza maturata con le attività dell'Osservatorio per le Medicine Complementari di Verona (attivo dal 1997) e si riallaccia, specificandone vari aspetti, alla relazione presentata al convegno nazionale della FNOMCeO il 17 maggio 2002 [Bellavite e Pomari, 2002].

**In appendice sono estratti alcuni punti di più diretto interesse per i progetti di legge in discussione.**

## **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., tali concezioni potrebbero essere “fuorvianti”: “*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*” [WHO, 2001].

In questa sede non si discuteranno i termini con cui definire queste medicine, ma può essere utile chiarire che il termine MNC è entrato più comunemente nell’uso, anche se **per molti motivi sarebbe più corretto parlare di “medicine complementari”** [AA.VV., 2000]. I due termini qui saranno usati come sinonimi, salvo diversamente specificato.

Le medicine complementari 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, aspetti che, pur non essendo teoricamente negati, sono spesso praticamente sottovalutati dalla prassi medica corrente. 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 (partendo dal Consiglio Nazionale del 1996 per arrivare alla nota dichiarazione del 18 maggio 2002) è stata tra le prime istituzioni a recepire responsabilmente 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, un gruppo di lavoro sorto nel 1997 e sostenuto dall'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e dall'Università. In tale ambito si sono concretizzate varie iniziative di ricerca sperimentale e epidemiologica, l'organizzazione di corsi universitari e corsi di aggiornamento post-universitari, la pubblicazione da parte della Utet di un testo di definizione delle principali medicine complementari [A.A.V.V., 2000].

Prima di entrare in aspetti più tecnici sui passaggi necessari, è opportuno definire – brevemente e senza pretesa di esaurire tutte le complesse problematiche - quali sono le motivazioni, gli obiettivi e i principali modelli di un eventuale processo di integrazione critica tra le diverse medicine.

## **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. 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 alle medicine complementari, 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 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 due 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.

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].

Nonostante l'evidente progresso che ha consentito la medicina scientifica nel secolo XX, si può facilmente constatare che, dopo le grandi scoperte che hanno inciso drasticamente sullo stato di salute dell'uomo e sulla durata della vita media (vaccinazioni, antisepsi, antibiotici, terapie sostitutive, chirurgia, ecc...), la medicina si trova di fronte sfide più complesse. Il progetto genoma ha avuto finora ricadute pratiche molto limitate sul livello di salute della popolazione. Anche i progetti di clonazione cellulare per ora restano in gran parte progetti e sono più le paure che evocano rispetto ai benefici che si dimostrano. Si deve anche notare che la "medicalizzazione" della società ha portato, fra l'altro, all'aumento esponenziale degli errori medici come cause di morbilità e di mortalità nelle società occidentali ed all'aumento delle cosiddette reazioni avverse ai farmaci.

Cresce pertanto la consapevolezza dell'importanza della globalità, dell'individualità, dei fenomeni di interrelazione sistemica, dell'ecologia, dell'importanza del fattore umano e psicologico nel mantenimento della salute e nella cura delle malattie. Le recenti acquisizioni delle scienze

biomediche hanno dimostrato che l'evento morboso non è un fenomeno localizzato, ma deve essere concepito come la conseguenza di uno squilibrio generale in cui i fattori interni ed esterni agiscono attraverso l'alterazione generale di complessi meccanismi omeodinamici. La gastrite non può più essere definita soltanto in base alle lesioni organiche che colpiscono la mucosa dello stomaco così come l'ulcera duodenale non equivale alla presenza di un "viscere malato" in un organismo sano. Ogni malattia, anche se caratterizzata da una lesione organica, deve essere concepita come l'effetto locale di complessi squilibri più generali di cui l'endocrinologia, la neurofisiologia e l'immunologia ci stanno facendo intuire le caratteristiche.

La progressiva acquisizione della consapevolezza della complessità del sistema vivente, della stretta integrazione tra livelli molecolari-organici-psichici e spirituali, dell'importanza dell'equilibrio uomo-ambiente e del precario confine tra stato di salute e malattia conduce la medicina ad un approccio meno specialistico e meno meccanicistico. Sicuramente, di questo panorama sono espressione anche le vecchie e nuove forme di medicina che esulano dal sistema ufficiale e si pongono sovente come alternativa al paradigma meccanicistico e super-specialistico dominante. Questo movimento va compreso, controllato e regolato, ma non va contrastato artificialmente.

## **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.

Medicina integrata non è comunque 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.

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. 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. 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.

## **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 medicine complementari, 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.

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. L'estraneità del tema delle medicine complementari rispetto ai tradizionali settori scientifico-disciplinari definiti dal Ministero dell'istruzione e ricerca scientifica e la relativa indifferenza (talvolta ostilità) da parte di una consistente parte 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.
5. Alcune resistenze da parte dei cultori delle medicine complementari derivano dalla paura che l'integrazione comporti un "annacquamento" o addirittura un "tradimento" delle teorie e delle prassi consolidate da secoli.

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 medicine complementari è un campo di collaborazione e di integrazione.

### **Rischi**

Non si devono sottovalutare i rischi insiti in un indiscriminato ricorso a pratiche mediche di scarsa, dubbia o nessuna efficacia dimostrabile: medicina integrata significa comprendere i limiti di applicazione delle varie metodiche diagnostiche e terapeutiche.

Le medicine non convenzionali sono anche dette "dolci" in quanto rispetterebbero, almeno teoricamente, le fini dinamiche regolative endogene e l'individualità del soggetto. Per questo non dovrebbero contrastare con nessun'altra forma di intervento terapeutico, purché esso sia eseguito nel rispetto della dinamica del processo patologico in atto e delle possibilità di guarigione. L'approccio basato sulle fini regolazioni di tipo "energetico" (v. medicina cinese) o sulle piccole dosi di sostanze naturali (fitoterapia e omeopatia) si pone come obiettivo un'azione stimolatoria sui più delicati sistemi riparativi e difensivi, ad un livello generale. Tuttavia, in condizioni patologiche serie, in cui sono presenti grossolane conseguenze biochimiche (es. diabete conclamato), anatomiche (es. tumori) o psicologiche (es. psicosi), si entra in un campo dove maggiormente pare indicato l'impiego di terapie forti ed intensive, basate sulla chirurgia, sulla terapia sostitutiva, sull'uso di farmaci in alte dosi, pur non escludendo che un approccio globale possa sempre essere di utilità. Se è vero che un approccio olistico e regolativo può avere una sua efficacia di base, è difficile credere che possa essere *risolutivo* in casi con alterazione permanente del codice genetico o nelle malattie in cui vi sia un difetto di tipo organico troppo accentuato ed irreversibile

Come tutte le terapie, anche quelle complementari hanno le loro controindicazioni, che gli operatori devono conoscere tanto bene quanto le potenziali indicazioni. Senza poter scendere nei

dettagli di ogni singola materia, è opportuno sottolineare un problema comune a tutte le medicine complementari: il rischio che il paziente venga “diagnosticato” e trattato con metodologie che prescindono dalla diagnosi convenzionale e che quindi alcune patologie, anche gravi, possano passare inosservate. Un altro rischio è che i pazienti e gli stessi medici non siano in grado di giudicare obiettivamente il risultato delle cure, mancando dei parametri strumentali e laboratoristici di riferimento. Ciò potrebbe essere ovviato da una più efficace collaborazione tra terapeuta non convenzionale e centri di riferimento convenzionali per il follow-up delle terapie (es. centri antidiabetico, allergologico, cardiovascolare, salute mentale e così via). Si deve inoltre prendere in seria considerazione il rischio che le preparazioni medicinali o erboristiche - che spesso vanno soggette a minori controlli dei farmaci convenzionali prima di essere immesse sul mercato - possano essere contaminate con principi attivi diversi da quelli dichiarati o essere scadute.

Trattandosi di settori della medicina in cui la ricerca scientifica fatta con criteri moderni è ancora allo stato iniziale per tutta una serie di ragioni storiche ed economiche, una buona parte di ciò che viene riportato nella letteratura che riguarda l'efficacia delle medicine non convenzionali dev'essere considerato ancora preliminare ed in attesa di verifica e consolidamento. La cautela nell'uso in campo terapeutico delle terapie non completamente consolidate e provate è d'obbligo, come, d'altra parte, quanto si è sin qui illustrato dovrebbe bastare a sostenere che anche la conoscenza delle potenzialità positive insite in approcci diversificati alla salute ed alla malattia è oggi necessaria al medico moderno, al fine di affrontare il problema terapeutico con un bagaglio quanto più ampio ed aggiornato.

## **Il ruolo del sistema sanitario**

Lo sviluppo di un sistema sanitario integrato è 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.

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 alle medicine complementari (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 medicine complementari, ma sarebbe molto utile che tali dati fossero raccolti e resi disponibili al pubblico e a coloro che sono responsabili della programmazione sanitaria.

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 medicine complementari. 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. La direzione che i vari piani sanitari prenderanno in questo settore consentirà o meno l'accesso di ampi strati della popolazione a servizi di medicine complementari 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, una volta che sia adeguatamente formato ed aggiornato in materia, 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 medicine complementari 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 medicine complementari, 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 possedano 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 medicine complementari 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.

**Un ruolo degli ordini nell'attuazione della legge per le medicine complementari potrebbe essere quello di tenere i "registri" dei medici che le praticano, limitatamente alla transitoria e sanatoria, cioè prima che entrino a regime i diplomi o master delle Scuole riconosciute. E' necessario che i criteri di definizione di tali registri siano emanati quanto prima, onde evitare difformità di azioni tra le diverse province. Bisogna comunque fare attenzione che già nella legge sia chiaro il senso e la durata dei registri (cosa che non pare dalle proposte attuali). La ragione dell'esistenza del registro sta nel garantire ai medici di una certa provincia che abbiano determinati requisiti, ma non abbiano (ancora) potuto acquisire un diploma "abilitante", di potersi qualificare come esperti in una certa disciplina. Di conseguenza, mentre la validità del registro per chi si è iscritto sarà a tempo indeterminato, cioè coincide con l'iscrizione all'ordine, la possibilità di iscriversi cesserebbe di avere una legittimità quando nella zona esistessero scuole abilitanti per quella disciplina. Pertanto, sembrerebbe**

**più opportuno stabilire che la possibilità di iscriversi al registro cessa non in un termine fisso (qualsiasi data rischierebbe di essere inadeguata per eccesso o per difetto) ma nel termine di 3 anni successivi all'accreditamento, nella stessa provincia, di almeno una Scuola che rilascia il diploma per quella disciplina di cui esiste il registro.**

### **Necessità di coordinamento**

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

1. la **ricerca**: ha un ruolo propositivo fondamentale nel processo di innovazione; si potranno integrare efficacemente quelle pratiche mediche che siano provate sicure ed effettive (*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.

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.

**Proprio per la stretta relazione tra ricerca scientifica e didattica, sembrerebbe opportuno che gli interventi fossero coordinati da un'unica Commissione per le medicine complementari, che si occupi dei vari problemi. Se il lavoro fosse troppo gravoso, la Commissione potrebbe strutturarsi in sotto-commissioni (es. per la didattica, per la ricerca, per la comunicazione) e in gruppi che si occupano delle diverse discipline.**

## **RICERCA SCIENTIFICA**

La ricerca scientifica rigorosa fornisce il punto di partenza più logico e corretto per qualsiasi discorso sull'integrazione culturale e professionale delle medicine complementari. Essa dovrebbe

rappresentare la prima fonte per aumentare ed aggiornare 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.

Va precisato, innanzitutto, che la distinzione tra “convenzionale/non convenzionale” non è una categoria usata dalla scienza, è un concetto di politica sanitaria, 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 la “convenzionalità” o “alternatività”, 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 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 sufficienti sforzi in tal senso.

## **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 e quantità non sono sufficienti per un giudizio secondo i criteri più rigorosi oggi in vigore, ad esempio, per l'approvazione dei farmaci ufficiali. 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 medicine complementari emerge dall'indagine pubblicata dalla UTET a cura dell'Osservatorio Medicine Complementari di Verona [AA.VV., 2000].

In tale breve - e per forza di cose schematica - carrellata delle principali terapie, 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" medicinali.
4. L'efficacia clinica dei medicinali proposti dall'omotossicologia è stata provata in alcune situazioni, ci sono lavori pubblicati in riviste mediche (nella media di scarso impatto, con una certa prevalenza in riviste tedesche e italiane). Bisogna sottolineare il fatto che il basso numero di citazioni su riviste scientifiche, in questo caso, può essere dovuto anche al fatto che molti lavori sulla omotossicologia sono in realtà indicizzati come "omeopatia": c'è ancora molta confusione, sia nella letteratura che nella medicina pratica, tra le due discipline. È comunque provata l'efficacia di complessi omotossicologici 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. Vi sono poi 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, 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**

Il tema dei metodi di “prova” di qualsiasi disciplina medica è ancora un campo molto aperto e lo è ancora di più nelle medicine complementari che per varie ragioni sono in ritardo nello sviluppo di una cultura “evidence-based”. Va chiarito, comunque, che i metodi per raggiungere la migliore evidenza possibile sono vari e devono essere adattati sempre all'oggetto dello studio. Sarebbe inappropriato richiedere all'agopuntura o alla medicina antroposofica l'applicazione dello stesso metodo usato per provare un farmaco. Per questo la posizione secondo cui “le medicine non convenzionali non vanno approvate finché non daranno prove di efficacia” (intendendo come prova solo il trial clinico randomizzato, controllato ed in doppio cieco), 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.

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'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, 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. 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. È noto che anche nella pratica medica "convenzionale" solo la minoranza dei trattamenti posti in atto sono basati su indiscutibili prove di efficacia.

La pretesa di una prova "preventiva" e indiscutibile di efficacia, delle medicine cosiddette non convenzionali rischia fortemente di ostacolare, se non di impedire, la ricerca di tipo osservazionale. Tipico è il caso dei "livelli essenziali di assistenza" da cui sono state recentemente escluse le prestazioni di medicine complementari. 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.

Il trial clinico convenzionale è indubbiamente il "gold standard" per esaminare molte questioni, ma nel campo delle medicine complementari **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. **Per quanto riguarda i medicinali omeopatici in particolare, la questione delle prove specificamente richieste per la validazione è stata ampiamente discussa in sede di Commissione Ministeriale per i Medicinali omeopatici (direttiva 92/73/CEE, D.L.vo 185/95, legge 347/97) e le relazioni**

**conclusive sono già state presentate al Ministero.** La relazione del gruppo cui ha contribuito lo scrivente è reperibile nel sito del citato Osservatorio.<sup>1</sup>

### **Necessità di ulteriore ricerca**

Comunque lo si guardi, lo stato attuale del problema dell'evidenza scientifica delle medicine complementari conduce ad una conclusione ineludibile: se non si incrementa l'attività di ricerca, non si potrà procedere nelle 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 medicine complementari 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 medicine complementari, 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, 2002]. Anche nel campo oncologico è stata ravvisata la mancanza di comunicazione tra pazienti e medici curanti o sistema sanitario.

Inoltre, appaiono particolarmente significative ricerche in cui si valutino la possibilità di

---

<sup>1</sup> <http://chimclin.univr.it/omc/Commissione-omeopatici-valutazione.htm>

trattamenti combinati ed i relativi 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 quantificare i risultati di terapie integrate e confrontarli con le terapie singole, al fine di stabilire se e quanto miglioramento si può eventualmente ottenere.

**Bene hanno fatto alcuni progetti di legge a prevedere l'istituzione di una Commissione permanente che rappresenti gli enti coinvolti e coordini gli sforzi in questo campo.**

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.

### **Azioni fattibili**

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 potrebbero 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. 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 potrebbero 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).
3. **Nei piani di accreditamento di singoli (es. Registri a livello ordinistico, insegnamenti) o di Scuole di medicine complementari dovrebbero essere inseriti, come fattori**

**qualificanti, non solo la pratica clinica e l'attività didattica, ma anche l'esperienza di ricerca e le pubblicazioni scientifiche.**

4. Un altro aspetto che si potrebbe senza particolari difficoltà risolvere sarebbe quello dell'inclusione dell'argomento medicine complementari (con opportuni criteri di qualità) nei **programmi di ricerca finalizzata** che le Regioni e il Ministero della Salute 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 e della regione Lombardia, dove la ricerca in questo settore è stata riconosciuta come qualificante e strategica, quindi inserita a pieno titolo nel piano sanitario.
5. 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. 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.
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, 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.

## DIDATTICA

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 medicine complementari 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. Pertanto, nella attuale situazione si potrebbe verificare la paradossale situazione che sia possibile anche ai non medici l'esercizio di pratiche di medicine complementari, proprio in quanto non menzionate nei corsi universitari. 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].

Negli USA questi 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 medicine complementari nei corsi ufficiali, 64 offrivano corsi elettivi specifici e 32 includevano le medicine complementari 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 medicine complementari. 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 medicine complementari 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 medicine complementari dovrebbero essere aggiornati sugli avanzamenti della medicina scientifica (strumenti diagnostici, nuovi farmaci, metodi di ricerca) in modo da collaborare con i medici convenzionali e inviare loro i casi per monitoraggio o per terapie allopatriche, se indicato.

## Scienza e scientismo

È noto che la maggiore resistenza all'integrazione delle medicine complementari nel sistema sanitario e accademico viene da alcuni scienziati, anche di prestigio, nonché da alcuni centri di ricerca farmacologia e da alcune società medico-scientifiche. Anche la posizione delle autorità accademiche in generale è molto prudente. **Tale atteggiamento da una parte corrisponde al ruolo di vaglio e guida culturale dell'istituzione universitaria e delle società scientifiche, dall'altra rischia, paradossalmente, di creare difficoltà alla stessa ricerca scientifica in questo campo.** Vi è inoltre il non indifferente rischio che si crei uno iato tra la cultura medica che cresce spontaneamente nella società e le istituzioni di più alto livello. Ciò non farebbe che aprire un varco a scuole dequalificate.

Oggi è molto difficile, per un ricercatore o un docente universitario interessato al campo delle medicine complementari, trovare attenzione e spazio a livello di strutture, finanziamenti e carriera, per sé e per i suoi eventuali allievi. Poiché tali resistenze avranno probabilmente un ruolo nella stessa possibilità di attuazione della legge sulle medicine complementari (che chiama in causa, giustamente, l'università), è utile approfondirne le motivazioni, inquadrandole in un contesto storico-epistemologico.

L'indirizzo prevalente della medicina negli ultimi tre secoli è stato quello di cercare un fondamento scientifico, coerente con teorie fisiche, chimiche o biologiche. Dovendo necessariamente semplificare e schematizzare i vari passaggi, si può constatare come all'inizio è il paradigma "meccanico" a prevalere, e di conseguenza **la concezione antropologica dominante** in medicina è la descrizione anatomica della "macchina-uomo", le descrizioni e le classificazioni delle forme delle ossa, dei muscoli e apparati tendinei, della circolazione del sangue. Gli anatomici, al tavolo autoptico, scoprono le modificazioni patologiche visibili della malattia, che viene con esse identificata. L'importanza degli aspetti spirituali, tanto accentuata nella medicina medioevale (in cui emerge, tra l'altro, la straordinaria figura di Ildegarda di Bingen), svanisce quando i medici illuministi, aperta la scatola cranica, non vi trovano tracce dell'anima. La nozione di uomo-macchina e lo "scisma" cartesiano (anima/corpo) si consolidano e divengono il modo di pensare medico dominante.

Nell'Ottocento, la teoria cellulare originatasi dal lavoro di Virchow e la stessa microbiologia non sono altro che delle varianti o meglio delle precisazioni a livello microscopico della ricerca di un meccanismo eziopatogenetico preciso, localizzabile ed oggettivabile della malattia. Con lo sviluppo della chimica, la cellula è analizzata nelle sue componenti molecolari e chimiche. Nasce la biochimica e quindi la farmacologia, che studia gli effetti di sostanze chimiche definite sul sistema vivente. Si scoprono gli antibiotici, gli ormoni, i metodi di antisepsi (che consentono enormi avanzamenti nella chirurgia), gli analgesici, gli antiinfiammatori, i vasodilatatori, ecc... Ciò ha consentito grandi progressi pratici sul livello di salute della popolazione e giustifica l'affermarsi

del sistema meccanicistico.

Un altro grande salto concettuale è fatto con l'avvento della biologia molecolare (a partire dagli anni sessanta), perché la scoperta della struttura del DNA rappresenta la possibilità di decodificare il nucleo fondamentale dell'informazione biologica. Non si è più di fronte solo alla possibilità di conoscere i costituenti della materia vivente (chimica e biochimica), ma si è imparato il linguaggio con cui è scritto il “programma” degli esseri viventi, programma di cui esiste copia in ogni singola cellula. Se di una casa si conoscono i materiali, non si è ancora in grado di ricostruirla e, spesso, neppure di ripararla adeguatamente, ma se si conoscono sia i materiali sia il progetto, si dispone di ogni elemento per fare, rifare, modificare la casa stessa. L'analogia con l'ingegneria è talmente calzante che si inizia a parlare proprio di “ingegneria genetica” e di “biotecnologia”. Tale sviluppo, ancora in corso, è visto come la punta di diamante della scienza biomedica.

D'altra parte, negli ultimi secoli in occidente e da millenni in oriente hanno continuato ad esistere filoni di pensiero e di prassi mediche che non fanno riferimento alla visione scientifica-meccanicistica e che oggi inaspettatamente riemergono, per le motivazioni che sopra sono state delineate.

Se si volessero riassumere gli indirizzi concettuali che si sono succeduti sulla scena della storia della medicina, si potrebbe identificare l'esistenza di un perenne confronto-conflitto di due grandi linee di pensiero, che assumono via via connotati più specifici secondo le conoscenze del tempo. Queste due linee di pensiero potrebbero essere definite come “*tradizione razionalista*” e “*tradizione empirica*”. Alla tradizione razionalista si collegano un pensiero meccanicista, positivista, un metodo riduzionista ed analitico, una concezione patologica chimico-fisica e microbiologica, una terapia tecnologizzata, spesso soppressiva del sintomo. Alla tradizione empirica si collegano un pensiero vitalista, romantico, un metodo complesso e sintetico/olistico, una concezione patologica che privilegia il ruolo del “terreno” e dell'equilibrio psicosomatico, una terapia naturale, regolativa. Pur con le inevitabili forzature, tale distinzione può aiutare ad interpretare nella loro origine le tante diverse correnti di pensiero di cui si è parlato e si continuerà a parlare e su cui si fondano anche precise scelte di politica e di economia sanitaria. Tra i due approcci vi è sempre stata ed è ancora in corso una ostilità che ha spesso rallentato il vero progresso della medicina.

Probabilmente la difficoltà di molti scienziati di capire ed accettare un ruolo per le medicine complementari sta proprio nel fatto che delle due grandi tradizioni del pensiero umano, quella razionalista ha assunto un ruolo dominante nel pensiero medico e nelle strutture da esso generate, tanto da ridurre l'altra alla marginalità. Tale dominio del meccanicismo di stampo ottocentesco, oggi rivisitato da certa biologia molecolare, diviene in alcuni casi una vera e propria credenza metafisica (scientismo dogmatico), che non corrisponde all'autentico spirito scientifico, il quale è invece in continua evoluzione. Si deve anche notare che le stesse scienze fisiche hanno sottoposto il meccanicismo ad una profonda revisione critica, ma ciò tarda ad essere recepito in campo

medico.

Per interpretare compiutamente tale paradossale chiusura, si deve anche tener conto del fatto che le “regole” del potere accademico, particolarmente in Italia, sono rigide e rendono il sistema quasi impermeabile a nuove competenze nate al di fuori dei tradizionali settori disciplinari. Ciò vale tanto più per discipline ancora scientificamente “deboli”, le cui proposte – ritenute non coerenti con le teorie dominanti - sono viste facilmente come deviazioni dalla norma e ostracizzate.

Infine, le facoltà universitarie e particolarmente quella di medicina sono oggi gravate dall’enorme incremento di attività didattiche dovuto alle nuove lauree triennali, dagli scarsi finanziamenti alla ricerca e dalla difficoltà di reclutamento di ricercatori. In tale situazione, molti docenti hanno difficoltà a portare avanti persino il loro gruppo di lavoro e non hanno quindi possibilità di occuparsi di temi nuovi.

In breve, il legislatore dovrebbe tenere conto della particolare fragilità del sistema universitario e della probabile resistenza di alcuni settori del corpo accademico all’inserimento delle medicine complementari nel curriculum dei medici. **Si dovrebbero prevedere forme di incentivo e facilitazioni per le università che si prestassero all’aggiornamento delle proposte formative.**

### **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 medicine complementari 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].

### *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 livello di una specializzazione medica, ed un titolo spendibile sul mercato del lavoro. **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, proprio per salvaguardare il criterio della “integrazione”.** 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 Medico). 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).**

### *Medicinali o pratiche mediche complementari*

Es.: Fiori di Bach, Idroterapia, Oligoelementi, Chiropratica, Osteopatia, Musicoterapia, Danzaterapia, Ginnastiche e massaggi orientali (Do-in, Shiatsu e simili), Reflessoterapia, Ipnoterapia, Kinesiologia, Tecniche di meditazione usate a scopo medico, Iridologia, Metodo Kousmine, Bates, Mézières, Tomatis, 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 l'idroterapia, l'ipnoterapia, la riflessoterapia e varie tecniche messe a punto e diffuse dalle citate scuole, 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). Nel frattempo, **è inevitabile che continui una forma di trasmissione extra-universitaria di tali conoscenze, ma ciò non implica particolari problemi trattandosi di metodiche "minori", non di veri e propri sistemi medici. Perciò, l'operatore sanitario (qualificato) le potrà adottare o meno secondo la sua legittima valutazione dei benefici, dei costi e dei rischi.** 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. Perciò non pare urgente un intervento normativo, almeno in questa fase.

### *Il problema della fitoterapia*

Questo tema, molto rilevante perché è una forma di terapia molto diffusa, richiede una riflessione particolare. La fitoterapia non fa parte delle “medicine non convenzionali”, cioè non rappresenta un “sistema medico” a sé stante. I fitocomplessi, se sono efficaci per determinate patologie (come indubbiamente sono), dovrebbero essere conosciuti e prescritti, esattamente come i comuni farmaci, da parte di tutti i medici e odontoiatri, conoscendone anche le controindicazioni. Pertanto, la materia dovrà essere progressivamente inserita nei programmi dei corsi di Farmacologia. Certamente, potranno esistere medici più esperti in fitoterapia 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. A tal fine si potranno in futuro diffondere corsi di perfezionamento (alcuni sono già in atto) o masters universitari. Tuttavia, allo stato attuale e per ragioni storiche ed economiche (prevalenza dell’industria farmaceutica chimica), sussiste un notevole ritardo nel sistema di insegnamento accademico e sono scarse le competenze didattiche e scientifiche in università. La “cultura” della fitoterapia si è sviluppata in modo quasi autonomo e spontaneo. **Pertanto, proprio nell’ottica di favorire un corretto processo di integrazione, è opportuno che la Fitoterapia sia inserita nelle discipline normate dalla futura legge sulle medicine complementari. Come negli altri casi, si dovrà porre molta attenzione sul fatto che il campo non si trasformi in “terreno di conquista” di questa o quell’altra Associazione o gruppo di “esperti”, bensì che si instaurino sinergie di competenze, interne ed esterne al mondo accademico.**

### *Il problema di chiropratica e osteopatia*

Tali discipline 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. Quindi è indiscutibile che esse siano considerate dalla legge come possibili qualificazioni o specializzazioni del medico. 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, 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 che ne abbiano i requisiti (registro presso l’Ordine) sia ai chiropratici o osteopati laureati in università straniere riconosciute.** Si deve comunque fare molta attenzione a non “legittimare” in alcun modo un uso dequalificato di tali metodiche.

### *Il problema delle correnti di pensiero in omeopatia*

L’omeopatia ha avuto uno sviluppo di due secoli in cui si sono differenziate varie posizioni teoriche e metodologiche. Spesso i cittadini quando si rivolgono ad un “omeopata” non sanno precisamente a quale corrente egli appartenga e quindi quale sia il trattamento. Le diverse correnti omeopatiche hanno sviluppato rispettive scuole e organizzazioni, spesso tra loro in competizione. Perché la legge sulle medicine complementari si possa attuare rispettando tali peculiarità e nel contempo evitando inutili e dannose contrapposizioni, sarà essenziale che tali distinzioni siano precisate e preservate, anche se una conoscenza di base di tutti i principali orientamenti deve essere sempre fornita. **In particolare, oltre alla (già presente) distinzione rispetto alla omotossicologia, si dovrebbero prevedere percorsi diversi e qualifiche specifiche (definite da apposite sotto-commissioni) per le due più grandi correnti che sono: a) Medicina omeopatica unicista (o classica, o hahnemanniana), b) Omeopatia clinica (o pluralista).**

### *Il problema della naturopatia*

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**”. Tale area della medicina non convenzionale, infatti, non ha un chiaro campo di applicazione e si rischia una sovrapposizione con tutte le altre professioni sanitarie. Infatti comuni definizioni di Naturopatia sono ad esempio le seguenti: “*La Naturopatia è un approccio alla cura della salute che si impegna a curare tutta la persona in un modo che sia armonioso con la natura. Questo campo include la nutrizione, i rimedi di fitoterapia, la terapia di riadattamento fisico e il riequilibrio emozionale, mentale e spirituale. Questa pratica utilizza anche tecniche di visualizzazione medica quali i raggi X e gli ultrasuoni. Diversamente dai dottori allopatrici, i professionisti di naturopatia si concentrano sull’intervento curativo sulle cause prime del problema piuttosto che sulla soppressione dei suoi sintomi.*”<sup>2</sup> “*Il Naturopata Olistico effettua "l'analisi del terreno costituzionale", individuando le predisposizioni agli squilibri bioenergetici, valuta le potenzialità di reazione dell'organismo e predispone un piano di lavoro, avvalendosi di tecniche non invasive e prodotti naturali di libera vendita, agendo simultaneamente sui quattro livelli dell'uomo: fisico, emotivo, mentale e spirituale. Naturopata è colui che traduce nella propria vita quanto apprende dallo studio e dall'esperienza, affiancando al proprio cammino di crescita professionale quello di*

---

<sup>2</sup> <http://www.sanyzen.org/terapie/natur/intro.shtml>

*crescita personale. Il naturopata Olistico è un professionista in terapia non convenzionali. Egli utilizza strumenti conoscitivi ed educativi, opera in ambito preventivo, di trattamento e di sostegno proponendo trattamenti diversificati aventi l'obiettivo di ripristinare, attraverso l'equilibrio energetico, lo stato di salute psico-fisica e ricorrendo eventualmente all'utilizzo di rimedi naturali non farmacologici.*<sup>3</sup>

Al di là delle buone intenzioni di cura “olistica”, che comunque potrebbero e dovrebbero essere sottoscritte da qualsiasi operatore sanitario, si tratta di concetti diagnostici molto vaghi (Es.: “analisi del terreno costituzionale”, “squilibri bioenergetici”) e talvolta equivoci, particolarmente là dove si parla di ambito “preventivo, di trattamento e di sostegno” o di terapie con rimedi “naturali non farmacologici” (anche se fosse chiaro cosa significa “non farmacologico”, nessuno ha dimostrato che si tratta di rimedi meno rischiosi). Non si nega che tali idee in contesto rigoroso e qualificato, possano rappresentare dei principi di riferimento validi. Il problema è che, nella fase attuale in cui le professioni sanitarie già riconosciute si stanno ponendo il problema di una seria qualificazione pre- e post-laurea nelle medicine complementari - partendo dalle conoscenze scientifiche acquisite nella medicina occidentale e cercando di integrarle - “aprire” alla naturopatia nella legge sulle medicine complementari sarebbe un grosso rischio. Infatti una volta riconosciuta per legge la qualifica di naturopata, sarebbe impossibile per una Commissione tecnica stabilire i campi di applicazione di questa disciplina, per la vaghezza dei termini con cui si presenta. Si finirebbe con legittimare una diagnostica e una terapia “alternative” alla medicina ufficiale. Per di più, si rischierebbe di aprire contenziosi non solo con la medicina ufficiale ma anche con le altre discipline della cosiddetta medicina non convenzionale.

### **Azioni in prospettiva per la didattica nelle medicine complementari**

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.

### *Criteri generali per l'insegnamento delle medicine complementari*

A livello di criteri generali di orientamento, vi sono alcuni criteri imprescindibili che si possono prospettare:

1. Negli obiettivi della formazione - e quindi nella relativa regolamentazione della professione – dovrebbe essere 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*

---

<sup>3</sup> <http://www.naturopatia.org/corsiprofessionali/figuranaturopata.htm>

*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.

2. 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.
3. È degna di nota anche la raccomandazione del documento WHCCAMP, già citato: l'educazione medica nelle medicine complementari 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 "non convenzionali" 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.

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 avremo queste possibilità:

### *Formazione di base e aggiornamento*

1. Inserimento di nozioni informative generali, non professionalizzanti, nei **corsi di laurea** delle facoltà mediche partendo inizialmente 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. **A tal fine è necessario aggiornare, coll'inserimento di tematiche connesse alle**

**medicines 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) e gli stessi obiettivi formativi dei corsi di laurea in Medicina e in Odontoiatria.** In prospettiva e per completezza si può citare la forma più "utopistica" di integrazione e precisamente l'istituzione di **cattedre** di insegnamento universitario annesse a centri di ricerca pubblici o dipartimenti universitari. 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).

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. **Questa possibilità richiederebbe una apposita menzione nella legge sulle medicine complementari.**
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 necessità di normative e 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 "introduzione alle medicine complementari".
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 medicine complementari, enfatizzando la visione scientifica e critica dell'argomento. **Non vi è quindi necessità di nuovi strumenti legislativi.** Anche in questo campo l'Osservatorio di Verona ha iniziato

una esperienza-pilota, che ha portato all'organizzazione di una serie di seminari dal taglio multidisciplinare ed integrato. 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.

### *Formazione professionalizzante*

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:

1. In una prospettiva ideale, gran parte degli **attuali corsi di medicine complementari** dovrebbero effettuare un salto di qualità in modo da divenire **assimilabili ad una didattica di tipo universitario**. Sarebbe contrario al criterio della integrazione se le "Scuole" di medicina non convenzionale fossero riconosciute come enti totalmente sganciati dall'ambiente accademico, massimo livello per la ricerca e l'elaborazione culturale (al quale fanno riferimento ormai tutte le principali discipline mediche e paramediche, divenute corsi di laurea e laurea specialistica). D'altra parte, è necessario che le università che aprono corsi di medicine complementari possano agilmente attingere a competenze esterne per le materie caratterizzanti, di cui sono molto carenti. **A tal fine, si potrebbe inserire nella legge il principio della integrazione, cioè che tra i requisiti di una Scuola di formazione in medicine complementari vi sia l'integrazione di docenti delle materie qualificanti di ciascuna disciplina (es. materia medica omeopatica, tecnica della agopuntura e moxibustione, storia del pensiero medico orientale) con docenti di estrazione universitaria competenti in materie di interesse della Scuola (es. anatomia umana, fisiologia, biofisica, patologia generale, botanica, neurofisiologia, bioetica, filosofia delle scienze, metodi di ricerca clinica, epidemiologia e biostatistica: tali materie dovrebbero essere riprese nei corsi di medicine complementari per le parti e gli approfondimenti che riguardano ciascuna disciplina, esattamente come oggi si fa per le varie scuole di specializzazione). Il principio dell'integrazione dovrebbe valere sia per le scuole private, sia per quelle universitarie, fermi restando i requisiti dei corsi e dei docenti, che saranno indicati dalla Commissione prevista dalla legge.** Ciò favorirebbe una progressiva "osmosi" di conoscenze e competenze e la formazione di soggetti collaborativi misti che progressivamente potrebbero, là dove possibile, essere codificati nella cornice di convenzioni tra i diversi Enti interessati (soprattutto Scuole private e Università, ma anche eventualmente aziende del settore, che già operano spesso, direttamente o indirettamente, in campo didattico).

2. **Limitazioni dell'accesso:** fondamentale che sia stabilito che i corsi sulle discipline con implicazioni diagnostiche siano riservati ai medici chirurghi e agli odontoiatri. Le terapie e le medicine non convenzionali, esercitate dai laureati in medicina e chirurgia, riconosciute ai sensi della legge comprendono i seguenti indirizzi: a) agopuntura; b) fitoterapia; c) omeopatia; d) omotossicologia; e) medicina antroposofica; f) medicina tradizionale cinese; g) ayurveda.; e) chiropratica; f) osteopatia. **L'accesso a corsi di cui alle lettere a-g dovrebbe essere consentito esclusivamente a coloro che sono in possesso della laurea specialistica in Medicina e Chirurgia e in Odontoiatria. Per i corsi di osteopatia e chiropratica, l'accesso potrebbe essere consentito anche a coloro che sono in possesso delle lauree in fisioterapia, scienze infermieristiche, tecnico ortopedico, terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva (far riferimento all'elenco ufficiale delle professioni sanitarie del Ministero della sanità).**
3. **Tipologia del corso:** Per tutto quanto illustrato sopra, le medicine complementari **non possono essere insegnate come "corsi di laurea" autonomi rispetto ai corsi di laurea specialistica già esistenti: esse devono rappresentare delle forme di "specializzazione" della professione medica o odontoiatrica (eventualmente di altre professioni già riconosciute).** L'unica eccezione potrebbe essere, forse, la chiropratica la quale potrebbe assumere la veste di un corso di laurea della facoltà di medicina (analogamente a quanto è avvenuto per l'odontoiatria). Non è concepibile in alcun modo un corso di laurea in omeopatia o medicina cinese, perché esso verrebbe a definire una figura che non è medico e che però deve comunque conoscere la medicina. A tal fine è indispensabile che sia indicata la possibilità, per le Università, di istituire **corsi di Master (D.M. 03.11.1999, n. 509).** Questa tipologia didattica –già indicata in alcune proposte di legge - è ottimale sia come quantità di insegnamento (il Master assegna un minimo di 60 crediti formativi universitari, là dove un credito corrisponde a 25 ore di lezioni-studio-pratica, quindi un totale di 1500 ore di formazione) sia come elasticità di gestione (tali corsi possono essere istituiti come iniziative miste con realtà esterne all'università ed hanno notevole autonomia gestionale). Infine, i Masters sono conformi alle norme europee.
4. **Importante nota tecnica sui corsi di Master.** Il D.M. 03.11.1999, n. 509 all'art. 5 comma 2 precisa la quantità di lavoro di apprendimento svolto in un anno da uno studente impegnato a tempo pieno negli studi universitari, fissato convenzionalmente in 60 crediti formativi universitari. Inoltre, un corso di Master universitario nelle discipline non convenzionali tradizionali **DEVE prevedere un percorso formativo distribuito nel corso di almeno 3 anni, per due ragioni:** a) garantire una adeguata assimilazione della materia, b) consentire una organizzazione dei corsi secondo una scansione usuale per le attuali Scuole (ad esempio utilizzando i fine settimana per le lezioni frontali). E' vero che al comma 6 si afferma che i regolamenti didattici di ateneo possono prevedere un numero di

crediti diversificato per studenti impegnati a tempo pieno rispetto a studenti contestualmente impegnati in attività lavorative, ma ciò non è sufficiente e rischia di creare ulteriori confusioni e difformità. **È quindi necessario prevedere esplicitamente che quando i corsi sono organizzati secondo la tipologia del Master, essi assegnino 60 crediti formativi universitari da conseguirsi di norma in un periodo di tre anni. Questa precisazione dovrebbe essere inserita nella legge, poiché non basterebbe un pronunciamento della Commissione per le medicine complementari a far adeguare i regolamenti universitari già esistenti.**

### **Ruolo dell'informazione**

Uno dei fenomeni più impressionanti degli ultimi anni è stato l'aumento di informazione al pubblico a riguardo delle medicine complementari. 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 medicine complementari, 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 entri in funzione un'**agenzia indipendente e competente**, 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 medicine complementari 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. Probabilmente tale agenzia potrebbe servirsi delle competenze dell'Istituto Superiore di Sanità in materia di farmacovigilanza.

## 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)).
- Bellavite, P., Pomari, S. (2002) I rischi e le opportunità di una possibile integrazione. *La Professione* (mensile della FNOMCeO) 4(5/6):8.
- 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.

