

Medicina ufficiale e terapie non convenzionali: dal conflitto all'integrazione?

Paolo Bellavite, Marialucia Semizzi, Paolo Musso, Riccardo
Ortolani e Giuseppe Andrioli*

Dipartimento di Scienze Morfologico-Biomediche, Sezione di Chimica e
Microscopia Clinica, Università di Verona e (*) Dipartimento di Filosofia,
Sezione di Epistemologia, Università di Genova.

Medicina e Morale, 2001/5: 877-904

Riassunto

La distinzione tra medicina ufficiale e medicine alternative (più propriamente denominate non-convenzionali o complementari) va inquadrata sul piano storico ed epistemologico, come parte di un continuo e mai concluso confronto tra diversi paradigmi scientifici e medici. Il ricorso a pratiche mediche di origine orientale o comunque di matrice extra-scientifica è in espansione in tutti i paesi europei e negli Stati Uniti e ciò pone un'ampia serie di problemi sociosanitari, deontologici, etici, metodologici. La crisi attuale della medicina occidentale deriva sostanzialmente dalla difficoltà di conciliare il progressivo dominio dell'approccio scientifico-molecolare e tecnologico con la crescente necessità di riscoprire gli aspetti più personali ed individualizzati della cura, che sono particolarmente importanti nelle malattie croniche e multifattoriali. Le medicine non convenzionali possono probabilmente contribuire a colmare alcune lacune metodologiche e concettuali lasciate dalla super-specializzazione e dal prevalere del pensiero razionalista rispetto a quello empirico negli ultimi secoli e particolarmente negli ultimi decenni. Il modo più corretto di guardare al fenomeno è quello di esaminarne le ragioni d'essere, individuarne le molte possibili distorsioni, sfruttarne le potenziali positività in vista di una possibile integrazione di diversi approcci terapeutici. Tale eventuale integrazione di alcune pratiche non convenzionali richiede un maggiore impegno nella ricerca scientifica e nella qualifica delle varie figure professionali.

Parole-chiave

Storia della medicina, Medicine non-convenzionali, Medicine alternative, Razionalismo, Empirismo, Paradigmi scientifici.

Summary (Official medicine and unconventional therapies: from conflict to integration?)

The distinction between official medicine and alternative medicine (also called unconventional medicine or complementary medicine) should be regarded, using a historical and epistemological standpoint, as a part of the everlasting confrontation of different medical and scientific paradigms. The demand of orientally-derived or anyhow

extra-scientific medical practices is significantly increasing in all European countries and in the United States, raising a number of problems for health services and a number of deontologic, ethic and methodologic questions. The present crisis of western medicine stems from the trouble of reconciling the high-tech and molecular approach to disease, that is ruling over the entire modern medicine, with the individualization of the cure and with a good patient-doctor relationship, that are of particular importance in chronic and multifactorial illnesses. Unconventional medicine may contribute to fill up this methodological gap, that is essentially due to the prevailing of rationalistic thinking over the empirical thinking during the last centuries and especially during the last decades. The proper way to look at the phenomenon of the spreading of unconventional medicine is to examine its reasons, to recognize its possible distortions, and to exploit its potential advantages, in the light of the possible integration of different therapeutic approaches. No integration will be accomplished in the absence of rigorous scientific research and of a better qualification of medical operators.

La medicina moderna sembra andare in due direzioni opposte: da una parte si assiste giornalmente a nuove scoperte biotecnologiche con strabilianti applicazioni diagnostiche e terapeutiche, dall'altra vi è un crescente interesse verso terapie alternative o non-convenzionali, che si fondano su un approccio non-tecnologico, individualizzato, ecologico e naturale. Si tratta di uno sviluppo paradossale ed inatteso, proprio perché tipico delle società occidentali scientificamente più evolute: chi avrebbe potuto prevedere, dieci anni fa, che centri medici di alta qualificazione, dove ogni pratica alternativa era sempre stata bollata come ciarlataneria, aprissero ambulatori di terapie orientali o che 75 tra le migliori scuole mediche americane istituissero corsi ufficiali di medicina non convenzionale e alternativa?¹

Molti medici hanno volto l'attenzione verso metodologie terapeutiche diverse da quelle ufficialmente praticate nella medicina occidentale moderna e, verificandone alcuni risultati, le hanno incorporate nella loro attività clinica. La produzione e vendita dei medicinali omeopatici è stata recentemente riconosciuta e regolamentata per legge.² Importanti organizzazioni come la Comunità Europea e l'Ordine dei Medici Chirurghi Odontoiatri cominciano a ritenere che si vada verso un pluralismo in materia medica e che l'introduzione di diverse forme di terapia e diversi approcci non siano mutuamente esclusivi ma possano integrarsi in un'aggiornata visione di diagnosi e cura della salute e della malattia.³ L'affermarsi nel panorama sanitario di diverse proposte terapeutiche e di diverse concezioni della salute e della medicina pone inevitabilmente il problema della scelta del paziente del metodo di cura che ritiene più adatto, sulla base di adeguate informazioni e nel quadro di garanzie di sicurezza, come anche sottolineato in un recente documento dell'ufficio nazionale CEI per la pastorale della sanità, nel quale il problema delle medicine non convenzionali è citato come una delle "sfide" per il futuro della medicina.⁴

I concetti di "convenzionale" e "non convenzionale" sono oggi molto usati per distinguere pratiche mediche diverse che si confrontano e si integrano nelle società moderne che stanno diventando sempre più pluraliste, multirazziali, aperte. Tuttavia, se si guarda alla storia della medicina, è facile vedere che ciò che è convenzionale in una certa epoca ed in un certo ambiente socio-geografico, potrebbe essere non convenzionale in una diversa epoca e diverso ambiente. Anche per questo, molti oggi parlano di "medicine complementari", anche se neppure il termine di complementare risolve il problema, finché le forme di "complementazione" tra le diverse medicine non sono chiaramente definite.

Al fine di inquadrare nella giusta luce il problema delle medicine cosiddette non convenzionali, è necessario aprire l'orizzonte a tutta la storia della medicina, in cui si constata facilmente che sono sempre esistite diverse "scuole di pensiero". Solo esaminando i presupposti epistemologici dei vari paradigmi di pensiero medico si possono capire le difficoltà ed eventualmente le potenzialità di una integrazione razionale ed operativamente consistente tra sistemi originariamente molto diversi.⁵

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

Chiariamo subito che non vi è intenzione da parte nostra di fare concessioni di qualsiasi sorta ad un certo relativismo irrazionalista oggi dilagante soprattutto nella filosofia della scienza. Non si sta qui affatto sostenendo che in medicina, e nella scienza in generale, non si dia progresso, tutt'altro: è del tutto evidente che oggi sappiamo molte più cose del passato e che la nostra salute è oggi maggiormente tutelata e curata, anche grazie alle maggiori conoscenze scientifiche ed alle loro applicazioni tecniche. Si tratta di prendere atto che ogni scienza ed ogni sistema di conoscenze acquisite costituiscono per loro stessa natura un punto di vista particolare, e perciò necessariamente limitato, sulla realtà: alla base del metodo galileiano sta infatti l'idea di condurre esperimenti in situazioni fortemente idealizzate, concentrandosi su alcune proprietà dell'oggetto e trascurando le altre. Ciò ha consentito indubbiamente di capire molte cose che altrimenti sarebbero rimaste per sempre oscure, ma la storia stessa della scienza dimostra che ogni nuova scoperta apre generalmente più interrogativi di quanti ne risolva e che spesso per rispondervi adeguatamente occorre uscire dall'ambito precedentemente delineato per introdurre concetti almeno parzialmente nuovi e irriducibili ai precedenti. L'elettromagnetismo, per esempio, non poté essere spiegato all'interno del quadro di riferimento della meccanica newtoniana e d'altra parte la gravità stessa, che di quest'ultima costituiva il cuore, restava totalmente misteriosa ed eterogenea rispetto alle premesse integralmente meccaniciste della teoria; solo con la rivoluzione einsteiniana si è cominciato a darne una spiegazione in termini scientifici, ma a prezzo di modificare profondamente tutto il sistema e senza riuscire a tutt'oggi ad averne una versione in qualche modo compatibile con la meccanica quantistica, la quale è peraltro assai misteriosa già di suo; e così via. E tutto questo all'interno di una sola scienza, per di più tradizionalmente ritenuta la più esatta in quanto ha a che fare con gli oggetti più semplici, come la fisica. Figuriamoci quindi cosa può accadere quando l'oggetto è, come nella medicina, quanto di più complesso e meno idealizzabile possa esistere, il singolo essere umano.

Lo stesso approfondimento della scienza non procede in maniera lineare, ma secondo il succedersi di paradigmi spesso tra loro incompatibili: per tutta una serie di fattori (alcuni strutturali, ma altri assolutamente contingenti, come pregiudizi ideologici, vantaggi economici, considerazioni estetiche, persino avvenimenti casuali) che fungono da "preselettori", comincia a crearsi un accumulo di conoscenza in un certo campo e questo attrae nuovi ricercatori e nuovi interessi, mentre aree vicine, magari altrettanto o persino più importanti, restano trascurate, almeno fino a quando un nuovo evento, magari in sé anche banale, riesce a mettere in moto anche lì un processo di

accrescimento analogo. Mentre questo modo di procedere non crea in fondo grossi problemi finché si resta all'interno di un ambito limitato, un tale fenomeno di crescita discontinua e asimmetrica può invece avere conseguenze enormi nell'orientare in un senso o nell'altro una disciplina complessa ed articolata come la medicina, soprattutto in certe epoche storiche.

Anche una superficiale considerazione della storia della medicina mostra che idee e teorie sbagliate e mai accettate unanimemente dalla medicina accademica sono state in realtà importanti stimoli per sviluppare teorie e tecniche divenute poi rigorosamente ufficiali. D'altra parte, idee all'inizio rigorosamente accettate da tutti sono state poi smentite e degradate a puro empirismo. Tutti questi cambiamenti d'opinione non sono dovuti probabilmente ad errori nella raccolta dei dati sperimentali ed epidemiologici, quanto alle mutate condizioni all'interno delle quali si raccolgono e si interpretano i dati: ad esempio, le vitamine o gli estratti surrenalici erano ritenuti presidi terapeutici di sicuro successo all'inizio del secolo quando era diffusa la malnutrizione con carenze vitaminiche e la tisi, ma sono oggi ritenuti inutili in un contesto di ipernutrizione, salvo casi di particolari patologie. Cinquant'anni fa imperava il pericolo microbiologico batterico e si usavano fino all'abuso gli antimicrobici, farmaci che oggi sono in revisione perché ci troviamo di fronte a problemi nuovi, come l'emergere delle infezioni fungine e da spore secondarie all'uso degli antimicrobici.

Scuole di pensiero esistono in ogni settore della scienza e particolarmente in biologia e medicina. Queste scuole hanno spesso rappresentato delle rivolte verso la medicina tradizionale ed i progressi da esse raggiunti possono essere sicuramente ascritti ad un intelligente uso delle differenze d'opinione ed alla capacità di cogliere il nuovo. D'altra parte, i riformatori paiono avere in comune alcune caratteristiche, delle quali la più spiccata, con poche eccezioni, è quella di presentare la propria dottrina come l'unica degna e valida.

Nonostante la continua proposta di nuovi sistemi medici, l'indirizzo prevalente della medicina negli ultimi tre secoli è stato indubbiamente quello di cercare un fondamento scientifico, coerente con teorie fisiche, chimiche o biologiche. Dovendo necessariamente semplificare e schematizzare questi mutamenti culturali e metodologici, 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)⁶, 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... Siamo nella prima parte del nostro secolo. Qualcosa, però, ancora sfugge alla comprensione del modo di funzionamento dei sistemi biologici, è come se si conoscessero molti "effetti", senza

conoscerne i meccanismi determinanti.

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 de-codificare 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”.

Nonostante tutti questi avanzamenti, si può facilmente constatare che, dopo i grandi progressi 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. Come già riconosceva A. Carrel, uno dei primi scienziati che avvertì acutamente questi problemi:⁷ “È giocoforza ammettere che i progressi della medicina sono ben lungi dall'aver soppresso la malattia. Anziché morire rapidamente di infezione, moriamo più lentamente, più dolorosamente, di malattie degenerative: affezioni cardiache, cancro, diabete, lesioni del rene, del cervello, di qualsiasi organo. La medicina non ha ridotto la sofferenza umana tanto largamente quanto noi lo crediamo. La sofferenza nasce non solo dai batteri e dai virus, ma anche da agenti più sottili”.⁸ Tutto ciò avviene nonostante che le spese per il sistema sanitario nei paesi occidentali siano notoriamente enormi ed in continua ascesa.

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, anche con gravi conseguenze. Ad esempio, a causa di errori nella prescrizione o nella assunzione di farmaci negli USA si sono avuti 2876 morti nel 1983 e 7391 morti nel 1997, con un aumento del 257%,⁹ mentre a causa di “adverse drug reactions” (legate non solo a errori ma proprio all'effetto tossico dei farmaci) si verificano circa 100.000 morti/anno, rappresentando la quarta causa di mortalità dopo cardiopatie, cancro e ictus.¹⁰

Ogni sviluppo delle conoscenze scientifiche e delle possibilità tecnologiche pone anche nuovi interrogativi etici. L'opinione pubblica e gli stessi “addetti ai lavori” si interrogano sempre più frequentemente sul senso e la liceità dell'ingegneria genetica in campo medico e, in generale, sulla utilizzazione di tecnologie avanzate in momenti molto delicati quali la generazione e la morte. La questione del “fine”, cioè la questione del nesso tra l'azione particolare e le sue ultime conseguenze sull'individuo e sulla specie, si pone prepotentemente allorché ci si rende conto delle potenzialità, insite nelle moderne tecnologie, di andare a modificare la “natura essenziale” dell'essere umano. È per questo che si sta prendendo coscienza dei rischi insiti nel portare alle estreme conseguenze l'applicazione del metodo scientifico cartesiano in medicina, cioè di escludere totalmente le questioni etiche dalla medicina scientifica.

Se si volessero riassumere gli indirizzi concettuali che si sono succeduti sulla scena della storia della scienza, si potrebbe identificare l'esistenza di un perenne confronto 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” (v. tabella 1).

Tabella 1 La grande dicotomia nella storia del pensiero medico

PARAMETRO DI CONFRONTO	TRADIZIONE RAZIONALISTA	TRADIZIONE EMPIRICA
Fondamento	Leggi e regole	Esperienze
Pensiero	Meccanicista Razionalista Positivistica Oggettivo Autoritario/statalista	Vitalista Analogico Romantico Soggettivo Libertario
Metodo	Riduzionistico Analitico	Fenomenologico Sintetico/olistico
Concetto di patologia	Chimico-fisico Strutturale Localistico-organico Nosografico Microrganismi Errore di meccanismo	Psicosomatico Dinamico Organismico-globale Individuale “Terreno” Disequilibrio
Approccio terapeutico	Farmaci di sintesi Medicina occidentale Ingegneria genetica Allopatia Terapia soppressiva Dose-dipendente	Fitoterapici Medicina orientale Medicina naturale Omeopatia Terapia regolativa Sensibilità-dipendente

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. Alla tradizione razionalista si collegano un pensiero meccanicista, positivista, un metodo riduzionista ed analitico, una concezione patologica chimico-fisica e microbiologica, una terapia tecnologizzata, 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.

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

post-natali, problema delle vaccinazioni di massa e così via).

Oggi la scienza fondata da Galileo, Cartesio e Newton è profondamente in crisi e tale crisi, partita dalla fisica, si sta trasferendo rapidamente anche alle discipline biologiche e mediche. La fisica e la matematica si sono rivelate scienze meno “esatte” di quanto in precedenza ritenuto: fisici come Einstein, Planck e soprattutto Heisenberg hanno mostrato come certezze scientifiche apparentemente inattaccabili si siano rivelate quanto meno inesatte e che, anzi, alla certezza scientifica siano posti grossi interrogativi sia in relazione alle incertezze quantiche che all'imprecisione degli strumenti di misura e persino alle incompletezze delle elaborazioni matematiche. A ciò si aggiunga il grande sviluppo della teoria del caos, con le sue implicazioni nei sistemi fisici, matematici e geometrici, ma anche ecologici e medici.¹¹

Anche il paradigma molecolare non fornisce un quadro di certezze come si era pensato con la scoperta della doppia elica. Il DNA, ritenuto inizialmente l'ultimo approdo della ricerca in biologia (il “deposito” dell'informazione, la “molecola della vita”), si è mostrato molto più complesso e mutevole del previsto. A ciò si aggiunga l'accresciuta consapevolezza dell'esistenza di numerose differenze biologiche tra gli individui della stessa specie, che rendono difficile, a volte impossibile, stabilire i valori di normalità e prevedere l'esito di interventi regolatori esterni. Nel campo della fisica e della biologia emerge l'importanza spesso determinante delle instabilità e delle fluttuazioni, che sono all'origine della ricchezza di forme e strutture e delle capacità di adattamento evolutivo. Nella natura, evoluzione e pluralismo sono divenute le parole fondamentali e ciò definisce un vero e proprio cambiamento di paradigma che sta avvenendo nelle scienze. Ci si sta rendendo conto che, con l'aumentare delle conoscenze sulle sub-componenti del sistema vivente, aumenta la difficoltà di descrivere il comportamento unitario del sistema stesso.

La parola “complessità” compare sempre più frequentemente nei lavori scientifici e nei libri di testo. I medici sempre di più si rendono conto che le nozioni di biologia molecolare, di biochimica, di fisiopatologia, studiate a fondo nei primi anni del corso di studi, sono difficilmente applicabili al letto del paziente.¹² La ragione fondamentale di ciò sta nel fatto che il medico si trova sempre ad applicare le nozioni biologiche generali ad un caso particolare: egli, infatti, deve accertare in quale situazione biologica si trova in un determinato momento quel fenomeno unico che è il singolo malato e deve prevedere quali esiti potrebbe avere un determinato trattamento su un sistema così instabile e dinamico.

La priorità di un approccio individuale ed allo stesso tempo globale alla salute ed alla malattia è suffragata da una corrispondenza con l'ontologia dell'uomo, cioè da una corrispondenza con una buona antropologia. L'essere umano si presenta come un “tutto indivisibile” (da cui il termine di individuo) ed ancor più precisamente come persona (la cui definizione scolastica è appunto quella di “sostanza individuale di natura razionale”) costituita da una comunione di parti con una unica finalità: mantenere in vita il corpo acquisendo conoscenza e sapienza (in termini tecnici “informazione”) su di sé e sul mondo attraverso una strettissima relazione con l'ambiente circostante, inteso come natura e soprattutto come altre persone.

Ogni parte di cui è costituita la persona ha in se stessa l'immagine del “tutto” (si pensi che ogni cellula contiene tutta l'informazione genetica di quell'individuo, ma anche che l'esterno è in vari modi “rappresentato” nell'individualità immunologica e psichica interna); per cui, la distinzione delle parti (apparati, organi, cellule) è solamente di tipo morfologico-funzionale. Infatti, le cellule, gli organi, gli apparati e i sistemi sono intrinsecamente in comunicazione tra di loro. Basti pensare a tutte le informazioni che viaggiano da una parte all'altra del corpo sotto forma di frequenze di messaggi nervosi o

sotto forma di molecole solubili nel sangue e nel connettivo quali per esempio neurotrasmettitori, ormoni, citochine. Ogni parte conosce i diversi linguaggi perché deve informare ed essere informata di quanto accade nell'ambiente e negli altri distretti corporei, affinché possa concorrere con la propria specifica funzione alla migliore reazione agli stimoli ed alla migliore integrazione di questi, sì da raggiungere un nuovo "stato" superiore al precedente e con maggiore conoscenza.

Queste funzioni complesse, pur in un organismo che normalmente è dotato di "materie prime" in abbondanza e dove le funzioni sono in parte condivise e ridondanti, spesso, soprattutto se portate all'eccesso, si alterano e danno origine a differenti squilibri funzionali che si manifestano prevalentemente nelle parti dove, geneticamente o per precedenti squilibri, l'individuo risulta essere più vulnerabile. Normalmente, all'inizio gli squilibri sono prevalentemente di tipo funzionale, tuttavia, se perseverano nel tempo, possono compromettere anche la struttura divenendo più profondi e di più difficile risoluzione. Di qui, l'importanza di concepire le manifestazioni patologiche di un organo o di un apparato come manifestazioni secondarie di uno squilibrio generale, per cui intervenire solamente sulla parte diventa accettabile solamente se l'alterazione è tale da mettere a rischio la vita del paziente. Nella maggior parte delle situazioni sono perciò prioritari, da una parte un approccio diagnostico che tenda a comprendere lo squilibrio generale e a individuarne le cause, dall'altra un intervento terapeutico che cerchi primariamente di ripristinare l'equilibrio e non tanto di sopprimere i sintomi prodotti dalla parte coinvolta. Non esiste la cura di un organo efficace e duratura senza un intervento di riequilibrio generale. Il rischio è quello di uno spostamento della manifestazione patologica da un distretto all'altro con la possibilità di un aumento di squilibrio e quindi di aggravamento e cronicizzazione della malattia.

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. Tali medicine, che come si è detto potrebbero essere chiamate "non convenzionali" o "complementari" hanno diversificate origini storiche e geografiche, che in questa sede possono solo essere brevemente delineate.

Il gran fermento della medicina europea del secolo diciottesimo comprende anche la nascita del sistema di C.F.S. Hahnemann¹³ (l'omeopatia), che è l'unico sopravvissuto ai grandi mutamenti della medicina degli ultimi due secoli. Persino il critico più severo

non potrà non ammettere che l'omeopatia ebbe un valido ruolo di stimolo al progresso della medicina a cavallo tra il diciottesimo ed il diciannovesimo secolo, se non altro per averne evidenziato gli aspetti "negativi" (eccessivo uso di salassi, d'oppio, di purganti, ecc.). Qui però possiamo anche chiederci se, d'altra parte, il suo fondatore e le varie organizzazioni omeopatiche sorte al suo seguito abbiano avuto la presunzione di rappresentare una forma esclusiva di terapia. Da una parte, la definizione ufficiale dell'American Institute of Homeopathy, l'organizzazione omeopatica ufficiale negli USA, è sempre stata molto chiara ed inequivocabile: *il medico omeopata è quello che aggiunge alla sua conoscenza di medicina generale una speciale conoscenza dell'omeopatia*. D'altra parte, è innegabile che per molti omeopati il loro metodo terapeutico preferito è divenuto l'unica medicina e ciò ha costituito uno dei più importanti fattori che hanno ostacolato per due secoli l'integrazione con la medicina ufficiale.

A proposito dell'omeopatia - una delle medicine non convenzionali oggi in più rapida espansione - è opportuno precisare che nel corso della sua storia ha registrato molte divisioni dottrinali e varianti applicative: forma unicista (secondo cui si deve prescrivere un solo medicinale adatto a coprire il quadro complessivo del disordine individuale), forma pluralista (secondo cui si possono prescrivere più medicinali per diversi sintomi nello stesso soggetto), forma complessista (secondo cui si possono prescrivere anche medicinali omeopatici con più componenti nella stessa formulazione), per giungere fino all'omotossicologia, che oltre al complessismo ha sviluppato i propri medicinali con formulazioni concepite in base alle conoscenze di biochimica, immunologia ed endocrinologia (es.: chinoni, catalizzatori del ciclo di Krebs, citochine, estratti di organi di suino). Nonostante l'omotossicologia abbia il programma di costituire un ponte tra la medicina scientificamente fondata e l'omeopatia, essa di fatto non è stata pienamente accettata né dagli omeopati classici (da cui è accusata di aver "tradito" i principi fondamentali della cura individuale), né dalla gran parte del sistema sanitario ed accademico (da cui è accusata - al pari di tutta l'omeopatia - di non aver ancora provato le proprie affermazioni). Ulteriori differenziazioni si sono attuate tra chi proponeva l'uso di basse diluizioni/dinamizzazioni (dosi ponderali seppur piccole di sostanze medicinali diluite secondo la procedura omeopatica) e chi proponeva l'uso pressoché esclusivo delle alte diluizioni/dinamizzazioni (dosi cosiddette infinitesimali o alte "potenze" omeopatiche). Purtroppo le accese discussioni all'interno del mondo omeopatico e tra l'omeopatia e la medicina ufficiale sono state condotte - quasi sempre e da tutte le parti in causa - sulla base di presupposti ideologici o dottrinali, piuttosto che sulla base di vere e proprie teorie scientifiche e dati sperimentali.

La nascita e lo sviluppo delle medicine orientali meriterebbero una trattazione a sé. Basti qui solo citare i vastissimi corpi di conoscenze tradizionali della medicina Ayurvedica (originatosi nell'India vedica attorno al 1000 a.C.), della medicina Cinese (che comprende agopuntura, fitoterapia cinese, dietetica e ginnastiche), della medicina Tibetana e via dicendo. Tali tradizioni si sono sviluppate sia teoricamente che empiricamente in modo del tutto estraneo alla cultura scientifica così come da noi intesa e solo a seguito dell'aumentate possibilità di comunicazione hanno iniziato ad essere proposte da gruppi di appassionati come "alternative" terapeutiche anche in Occidente. Dopo una iniziale diffusione semi-clandestina, le medicine di origine orientale oggi sono state in parte riconosciute come valide, almeno sul piano della terapia di alcuni disturbi minori, anche dalle istituzioni sanitarie ufficiali negli Stati Uniti (NIH).¹⁴

Esistono anche medicine oggi classificate tra quelle non convenzionali, che però sono state prevalenti in occidente per molti secoli: si pensi ad esempio alla fitoterapia, alle tecniche manipolatorie, alle terapie idropiniche e termali, alla musicoterapia e via

dicendo. In tali casi, la “non convenzionalità” è più un concetto di natura socio-politica che tecnico-scientifica.

I sostenitori delle medicine non convenzionali affermano spesso che molte metodiche sono efficaci, hanno pochi effetti collaterali, possono essere vagliate scientificamente ed implicano una più stretta relazione tra medico e paziente. I cambiamenti in corso sono rafforzati da alcune ricerche cliniche e di base, pubblicate anche su importanti riviste mediche scientifiche,¹⁵ ma sono prevalentemente dovuti ad un generale apprezzamento da parte del pubblico di un diverso modo di curare il proprio benessere e di gestire la propria salute, accompagnato dall'aprirsi di nuovi mercati e di nuove professioni sanitarie.

Non v'è dubbio che le medicine non convenzionali siano portatrici di un messaggio positivo legato alla riscoperta della globalità dell'atto medico, della cura della salute in tutti i suoi aspetti, del rapporto medico-paziente più diretto e partecipato. Quanto all'efficacia di tali trattamenti, gli studi condotti con criteri moderni hanno fornito risultati incoraggianti almeno in alcuni campi (agopuntura, fitoterapia, omeopatia), anche se molti problemi, soprattutto di tipo metodologico, rimangono aperti. Non vi è qui lo spazio per un'analisi esaustiva delle varie ed eterogenee medicine non convenzionali, per cui si rimanda a testi specialistici ed ai documenti già disponibili o in corso di elaborazione dell'Osservatorio per le Medicine Complementari dell'Università di Verona.¹⁶

Molte di queste forme di terapia (agopuntura, fitoterapia, omeopatia, medicina termale, diete, digiuno terapeutico, manipolazioni osteoarticolari) hanno una storia di secoli o millenni di pratica e di perfezionamento. Tale storia non solo non può essere ignorata perché poco documentata scientificamente, ma dimostra indirettamente attraverso l'affermazione empirica una loro effettività, probabilmente accompagnata da una scarsa tossicità. Cos'è qualche anno di utilizzo di alcuni nuovi e tanto reclamizzati farmaci rispetto ai secoli o ai millenni di esperienza sul paziente? Difficilmente si sarebbero mantenute nel tempo pratiche diagnostiche ma soprattutto terapeutiche che l'esperienza non avesse via via perfezionato e confermato come valide o comunque gradite per i pazienti.

Pochi studiosi che conoscano un minimo di storia delle idee in medicina negherebbero che tutte le scuole di pensiero che si sono succedute nella medicina hanno un nucleo di concetti fruttuosi. L'insoddisfazione nei confronti delle teorie correnti e la rivolta contro la vecchia tradizione in tutti i casi fu seguita da una (comprensibile) eccessiva accentuazione dell'importanza della nuova teoria. Quando dopo un certo tempo un nucleo di concetti fruttuosi fu assimilato, le scuole che li avevano proposti non furono più viste come casi isolati e ribelli, ma incorporati nel sistema sanitario vigente all'epoca. Di conseguenza, la cosiddetta medicina ufficiale può essere legittimamente considerata come una raccolta di tutti questi nuclei che hanno resistito nel tempo. Spesso, fino al momento dell'adozione ufficiale (che corrisponde spesso anche all'adozione di una terminologia meno diversa e dirimpente), il metodo nuovo e minoritario è giudicato fuori della razionalità medica ed i suoi sostenitori tacciati di eresia, irregolarità, settarismo. Come si è già accennato in precedenza, questo non è proprio solo della medicina, ma è una situazione che si ripropone un po' in tutte le scienze, comprese quelle tradizionalmente ritenute “esatte”, al punto che il celebre storico della scienza T. Kuhn, che ha introdotto per primo la nozione di “paradigma scientifico” si è spinto a sostenere - certo esagerando un po' - che in realtà un nuovo paradigma si afferma non tramite la “conversione” ad esso dei sostenitori di quello precedente, ma grazie alla loro progressiva scomparsa fisica dalla scena per morte naturale.

Di fronte alle problematiche poste dalla diffusione di pratiche mediche “non scientifiche”, la medicina ufficiale non può più ignorare il fenomeno, deve necessariamente adattare le sue metodologie e porsi la domanda della possibile integrazione di diverse impostazioni terapeutiche in un sistema sanitario pluralistico medicante opportune garanzie di efficacia e di sicurezza.

Alla luce di quanto si è finora visto, una possibile integrazione non comprende la affermazione di superiorità di un metodo o di un altro, ma la considerazione che nella complessità di molte malattie nessun metodo può dirsi esclusivo: secondo le dinamiche del processo patologico, si possono presentare opzioni di diversa priorità e opzioni di varie metodologie secondo il caso individuale considerato.

Si è già avuto occasione di sottolineare come l'unica via per non creare conflittualità tra sistemi medici diversi (cosa che non farebbe che ripercuotersi ultimamente in una cattiva cura dei pazienti) è quello di aprire un discorso di *medicina integrata*.¹⁷ La medicina integrata consiste essenzialmente nella costruzione di modelli fisiopatologici tesi a comprendere la realtà e la complessità dello stato del paziente e, di conseguenza, nella formulazione di un consiglio preventivo e terapeutico più aderente possibile al disordine che affligge il paziente, visto nella sua globalità ed individualità genetica, anatomica, immunologica, psicologica e spirituale. Da una parte la medicina “ufficiale”, grazie al metodo scientifico correttamente applicato dovrebbe essere in grado di trovare rimedi sempre più specifici ed efficaci, dall'altra le medicine non convenzionali, correttamente applicate non come alternativa ma come complemento ad una cura più completa ed efficace, possono dare un valido contributo alla diversificazione ed adeguamento delle proposte terapeutiche in molte situazioni in cui mancano risposte risolutive.

Da qui, la proposta di considerare un nuovo approccio al malato, in cui venga data priorità inizialmente alle forme terapeutiche che da una parte considerano il malato e non solamente la malattia e dall'altra abbiano come obiettivo prioritario il ripristino di un equilibrio funzionale generale con terapia di scarsa tossicità per poi passare, se necessario, a terapia più localizzate (d'organo) con prevalenti funzioni di blocco sintomatologico. Potrebbe essere questo il modo migliore per una ulteriore e diretta valutazione clinica di queste terapie oltre alle ricerche di laboratorio.

Non si devono neanche sottovalutare i rischi insiti in un indiscriminato ricorso a pratiche mediche di scarsa, dubbia o nessuna efficacia dimostrabile. Oltre all'ovvio, seppur non trascurabile risvolto economico della questione, esiste anche un certo pericolo nel diffondersi di una mentalità “naturalistica” nel senso più superficiale e vago del termine, secondo cui ciò che è scientifico, chimico, tecnologico sarebbe malvagio, mentre ciò che è naturale sarebbe di per sé buono. Quando poi le medicine orientali o pratiche parapsicologiche delle più svariate e fantasiose applicazioni vengono usate come veicolo per promuovere sistemi filosofici, modi di pensare, stili di vita o persino religioni, a nostro giudizio si fa un cattivo servizio sia alla medicina (intesa come arte del curare la malattia), sia alla filosofia (intesa come tentativo di spiegare la realtà tramite la ragione), sia alla religione (intesa come esperienza personale e sociale di incontro col divino).

Quello dei rapporti tra medicina, filosofia ed esperienza spirituale è un punto difficile e delicato, per cui qui vi è spazio solo per un breve accenno. Da un lato, è innegabile che indebiti eccessi di “sovrapposizione di campi” si verifichino abbastanza di frequente e vadano denunciati e, quando il caso, combattuti (soprattutto quando vi siano dietro interessi fraudolenti). D'altro canto, è altrettanto importante saper distinguere tra ciò che nell'impianto teorico è effettivamente rilevante nel tipo di trattamento praticato e quindi fonte potenziale di manipolazione delle coscienze e ciò

che invece è sovrastruttura ideologica, magari ricevuta in eredità da tradizioni millenarie di altri continenti, che non pretende una adesione totalizzante da parte del paziente o del medico. Una tale opera di discernimento è tanto più importante in quanto, dato che la realtà finisce sempre per imporsi, attaccare una cura che dimostra di funzionare solo perché essa è collegata ad una criticabile filosofia può avere, alla lunga, il solo risultato di spingere chi ne ha tratto concreto beneficio a guardare con sospetto ed a respingere in blocco in maniera altrettanto indiscriminata tutte le critiche, comprese quelle giustificate. Mentre, al contrario, un lavoro critico più consapevole, benché ovviamente più lungo e difficile, potrebbe non solo mettere in guardia da eventuali pericoli, ma altresì riuscire, almeno in molti casi, a riformulare in modo accettabile affermazioni a prima vista fuori controllo ed intuizioni confusamente proposte, dietro alle quali si nascondono esigenze profonde sovente trascurate dalla nostra tradizione medica e scientifica e che solo adesso stiamo iniziando a riscoprire, come per esempio la stretta e a volte sorprendente interrelazione tra mente e corpo o l'influsso benefico di una solida vita spirituale sull'insorgere e sul decorso stesso delle malattie.

Medicina integrata significa anche comprendere i limiti di applicazione delle varie metodiche diagnostiche e terapeutiche. Le medicine non convenzionali sono anche dette "dolci" in quanto rispettano, 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. Quando si arriva ad uno stadio in cui sono presenti grossolane conseguenze biochimiche ed anatomiche del processo patologico, si entra in un campo dove maggiormente pare indicato l'impiego di terapie forti, 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

medicines 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.

Queste pur necessarie e doverose cautele non devono far dimenticare la necessità di dare attuazione al principio di libertà informata di scelta della cura ed al principio di sussidiarietà anche in questo delicato ma decisivo ambito del rapporto Stato-società. Certamente non sarebbe né possibile né ragionevole pretendere che lo Stato si faccia garante in eguale misura di qualsiasi tipo di terapia, mettendo sullo stesso piano le novità più incontrollate e le terapie con anni di sperimentazione sulle spalle. Allo stesso modo, però, sarebbe aberrante ed inaccettabile che uno Stato paternalistico pretenda di decidere al posto dei pazienti quali cure essi possono seguire e quali invece no. Lo Stato può e deve cercare di mettere alla prova nel modo più serio possibile ogni proposta terapeutica che venga avanzata (laddove "nel modo più serio" comprende anche la necessità, già richiamata in precedenza ma spesso di fatto ignorata, di adeguare ogni volta il metodo all'oggetto, senza procedere in maniera rigida e preconcepita) e deve poi informare i cittadini su quali abbiano passato i controlli di sicurezza e di efficacia.

Mentre sulla sicurezza di un certo procedimento diagnostico o di un certo rimedio ad uso umano i criteri devono essere molto rigorosi, sull'efficacia il giudizio non può non tener conto di una varietà di fattori. Accanto ai parametri di tipo strettamente scientifico-statistico devono essere considerati i fattori di tipo soggettivo (legato al gradimento della terapia) e di tipo socioeconomico (legato alla applicabilità su larga scala ed ai costi). A questo proposito è importante considerare che il beneficio sulla salute apportato da un certo trattamento viene oggi valutato in termini sì di efficacia, ma anche di effettività ("effectiveness" nella dizione anglosassone) e di efficienza. L'efficacia si valuta in un trial fatto nelle condizioni sperimentali ideali (es.: doppio cieco randomizzato, per un periodo standard, controllato con placebo, ecc.); l'effettività si valuta nelle condizioni reali e tiene conto quindi anche dell'accettazione della terapia da parte di coloro cui essa viene offerta; l'efficienza si valuta tenendo conto anche delle risorse disponibili. La differenza tra le diverse prove del beneficio della terapia è importante perché un trattamento potrebbe essere molto efficace in trials clinici metodologicamente perfetti ma essere mal tollerato o troppo costoso. In tal caso, probabilmente potrebbe essere preferibile optare per un trattamento meno efficace ma più gradito ai pazienti e più facile da praticare.

Di fronte ad un approccio terapeutico non convenzionale che si proponga come socialmente rilevante "prima" delle dimostrazioni scientifiche di efficacia, ottenute con i criteri oggi in vigore per terapie di diverso tipo, lo Stato non può pretendere di vietarlo o addirittura di sostituirlo con altri legati maggiormente all'ufficialità. L'argomento, spesso avanzato, che non si può privare il malato di una terapia che è statisticamente efficace per affidarsi ad una di efficacia dubbia o nulla trascura infatti, oltre ad una elementare esigenza di libertà di disporre del proprio corpo, la fondamentale importanza che riveste l'aspetto psicologico in medicina: nella maggior parte delle patologie più comuni, una cura in cui il paziente non crede difficilmente porterà buoni risultati, mentre spesso cure di dubbio valore scientifico o addirittura dei semplici placebo ottengono grossi risultati grazie alla ferma fiducia che il paziente vi ripone. A ciò si deve aggiungere la difficoltà di giungere a conclusioni assolutamente certe sui risultati di una certa terapia, difficoltà riscontrabile sia in campo convenzionale che non

convenzionale, particolarmente quando sono coinvolti aspetti soggettivi e psicologici e nel campo del dolore.

Un esempio di tale posizione di apertura di credito nei confronti delle medicine non convenzionali è rappresentato dalla direttiva europea 92/73/CEE in materia di medicinali omeopatici, che prevede una forma di autorizzazione “semplificata” per tali medicinali, sulla base di dimostrazioni di innocuità (basata ad esempio su una sufficiente diluizione dei principi attivi potenzialmente tossici) e di buona preparazione tecnica, senza pretendere la prova formale di efficacia. In definitiva, quindi, lo Stato deve fare opera di controllo, di informazione e, soprattutto di formazione (questa in particolare verso i medici); ma la decisione ultima sul tipo di terapia da seguire (o eventualmente da non seguire) va sempre riservata alla libera scelta del paziente, adeguatamente consigliato dal suo medico di fiducia.

In ogni caso, è importante 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 sentenza¹⁸ ha affermato che la pratica dell’omeopatia deve essere riservata ai medici. Il problema delle terapie complementari va impostato in questo quadro. Sarebbe ottimale che ogni medico possedesse almeno i rudimenti di agopuntura, fitoterapia e omeopatia e che poi avesse l’opportunità di ricorrere al consulto con colleghi specialisti nelle varie discipline. Purtroppo, oggi non esistono ancora corsi universitari di introduzione né di specializzazione, anche se sono in corso di elaborazione varie proposte di legge in tal senso.

Riassumendo, i principali nodi da sciogliere affinché sia possibile impostare su basi scientifiche e razionali il processo di integrazione tra medicine (oggi) non convenzionali e medicina ufficiale paiono essere i seguenti:

- a. La definizione dello statuto epistemologico delle varie discipline, del loro bagaglio concettuale e metodologico. È necessario, ad esempio, che sia chiaramente distinta l’omeopatia dall’omotossicologia, sia al fine di una corretta informazione del paziente, sia al fine della registrazione dei medicinali (su questo punto ha lavorato una apposita commissione presso il Ministero della sanità). Inoltre, è importante distinguere tra “sistemi medici” realmente alternativi ed in qualche modo auto-justificanti (es.: omeopatia classica, antroposofia, ayurveda, medicina tradizionale cinese) e tecniche terapeutiche complementari che, pur dotate di una propria base concettuale, possono con più facilità essere utilizzate “insieme” alle terapie convenzionali (es.: fitoterapici, tecniche manipolatorie, alcune specifiche applicazioni dell’agopuntura, molti medicinali omotossicologici). È fondamentale, in ogni caso, che sia definito il confine tra gli interventi che rientrano sotto la definizione di “medicina” come scienza sperimentale e quelli che utilizzano concetti medici o terapie nell’ambito di teorie filosofiche, religiose o esoteriche. Un criterio discriminante è l’esistenza o meno di un definito corpo di conoscenze mediche sotto forma di descrizioni anatomo-fisiologiche, di farmacopee ufficiali, di tecniche tramandabili e riproducibili, di letteratura empirica tradizionale se non proprio di tipo scientifico.
- b. La conoscenza delle metodiche mediche non convenzionali da parte degli operatori medici convenzionali. Tale conoscenza è necessaria sia per la possibilità sempre più frequente di vedersi interpellati da parte dei pazienti e quindi di concorrere al meglio alla formazione di un consenso informato sulla scelta della terapia preferenziale, sia per la necessità di conoscere i linguaggi ed i principali concetti di riferimento al fine di interagire con gli altri operatori sanitari che utilizzano tali metodiche. Infatti, una

volta accettato il principio della libertà di scelta (informata) del paziente, si pone inevitabilmente il problema della collaborazione tra diversi operatori che, a vario titolo, seguono lo stesso paziente. Ad esempio, se per ipotesi un paziente con un'asma grave si volesse curare con l'omeopatia, non per questo egli si dovrebbe veder costretto a “tagliare i ponti” con l'allergologo e l'immunologo, che potrebbero con opportuni strumenti ed analisi di laboratorio valutare l'evoluzione organica della patologia, o col medico di una struttura di urgenza, in cui dovrebbe eventualmente essere ricoverato per una crisi grave.

- c. La qualificazione degli operatori e dei docenti delle scuole che si occupano di medicine non convenzionali. Oggi non esiste ancora accordo sui criteri di qualità delle scuole, sui programmi di insegnamento, sul monte ore delle varie discipline, sul riconoscimento dei “diplomi” esteri, sui requisiti per divenire docenti delle varie discipline e via dicendo. Ovviamente, in assenza di una normativa in materia, il panorama consiste in un ampio spettro di enti di formazione che vanno da scuole e associazioni sicuramente serie, che si sono già date dei codici di autoregolamentazione e che iniziano anche a collaborare con le Università, ad enti neo-formati che propongono rapide acquisizioni di professionalità, magari su spinta di qualche interesse commerciale. In prospettiva, è probabile che si giungerà, in tempi al momento difficilmente prevedibili, all'approvazione di una legge di disciplina delle medicine non convenzionali, sulla linea della proposta di legge n. 3891 della XIII legislatura (che è già stata esaminata ed approvata in sede referente il 27 luglio 2000 dalla Commissione Affari sociali della Camera con il concorso di tutte le principali forze politiche dei vari schieramenti).
- d. Il riconoscimento della ricerca scientifica come il punto di riferimento comune di tutte le diverse forme di medicina. Questo è un aspetto che necessita dell'impegno sia del mondo “alternativo” (che, per una serie di motivazioni ideali e pratiche non ultima delle quali la scarsità di risorse, non ha dedicato molti sforzi ad una ricerca rigorosa sull'efficacia clinica e sui meccanismi d'azione dei vari metodi proposti), sia del mondo “ufficiale” (che, per una serie di pregiudizi che risalgono ai motivi ideologici sopra enunciati, ha ignorato l'argomento o ha addirittura emarginato chi al suo interno ha scelto di dedicarsi). Il problema principale, a questo proposito, sta nel fatto che molte metodiche terapeutiche non convenzionali sono caratterizzate da un'impostazione empirica-analogica e non scientifica in senso galileiano e non possono quindi essere studiate, se non per alcuni aspetti settoriali, utilizzando le stesse procedure messe a punto per i farmaci convenzionali. Ciò non toglie, comunque, che la ricerca clinica e di base possa e debba essere condotta con maggiore intensità, con gli opportuni adattamenti. Ad esempio, per quanto riguarda la ricerca clinica, andrebbero incentivati almeno gli studi epidemiologici di tipo osservazionale, i quali non richiedono necessariamente la applicazione di procedure quali la randomizzazione, il doppio cieco, l'uso del placebo e via dicendo (tali procedure, infatti, trovano difficile applicazione in un contesto di pratica ambulatoriale quale quello in cui gran parte delle medicine non convenzionali viene oggi applicata). Quando gli studi sperimentali non possono essere condotti (per una varietà di ragioni, da quelle etiche a quelle economiche), dei metodi osservazionali ben disegnati offrono un'ottima alternativa rispetto al non fare nessuna ricerca e non raccogliere nessuna informazione attendibile¹⁹. Essi, inoltre, offrono la possibilità di stabilire la “validità esterna” di una determinata terapia, cioè di osservarne l'applicazione nelle condizioni reali dell'uso.

Su questo delicato equilibrio tra consolidate certezze scientifiche e continuo emergere di nuovi paradigmi medici, tra potenzialità positive di antiche tradizioni

diverse dalle nostre e rischi di degenerazioni commerciali o strumentalizzazioni ideologiche, tra libertà di scelta terapeutica e diritto all'informazione corretta e controllata, devono vigilare accuratamente sia gli operatori sia le autorità sanitarie, nell'interesse primario dei pazienti. Solo ponendo al centro dell'attenzione del medico e del sistema sanitario l'uomo malato e cercando ogni mezzo possibile e compatibile a tutela della sua salute, si opererà per la costruzione di una medicina integrata che sia anche medicina della persona.

Ringraziamenti

Si ringrazia il Prof. Mario Zatti per l'aiuto dato allo sviluppo delle ricerche del nostro gruppo. Si ringrazia l'Associazione "Giovanni Scolaro" per la Medicina Integrata, l'Azienda Ospedaliera di Verona e l'A.N.I.P.R.O. per il supporto alle attività dell'Osservatorio per le Medicine Complementari.

¹ EISENBERG, D.M., KESSLER, R.C., FOSTER, C., NORLOCK, F.E., CALKINS, D.R., DELBANCO, T.L., *Unconventional medicine in the United States: prevalence, costs, and patterns of use*. N. Engl. J. Med. 1993, 28: 246-252; ASTIN, J.A., MARIE, A., PELLETIER, K.R., HANSEN, E., HASKELL, W.L., *A review of the incorporation of complementary and alternative medicine by mainstream physicians*. Arch. Intern. Med. 1998, 158: 2303-2310; EISENBERG, D.M., DAVIS, R.B., ETTNER, S.L., *Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997*. J.A.M.A. 1998, 280:1569-1575; WETZEL, M.S., EISENBERG, D.M., KAPTCHUK, T.J., *Courses involving complementary and alternative medicine at U.S. medical schools*. J. A. M. A. 1998, 280: 784-787.

² Decreto Legislativo 17 marzo 1995, n. 185 (Attuazione della direttiva 92/73/CEE in materia di medicinali omeopatici) integrato dalla Legge 347/1997.

³ British Medical Association: *Complementary Medicine. New Approaches to Good Practice*. Oxford: Oxford University Press, 1993; Risoluzione del Parlamento Europeo A4-0075/97 del 29/5/97 sullo "Status of non-conventional medicine"; Atti del Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri. Roma, 26 ottobre 1996.

⁴ Il testo integrale del documento, pubblicato il 7 luglio 2000, è reperibile nel sito <http://www.chiesacattolica.it/cci/cei/uffici/unps/index.html>. Qui si riporta il paragrafo n. 10, dedicato alle medicine non convenzionali: "In qualche modo correlato con l'autonomia del paziente è l'emergere delle cosiddette medicine non convenzionali, termine onnicomprensivo con cui vengono indicate tutte quelle prassi mediche non fondate sui riscontri di anatomia, fisiologia, patologia e terapia propri della medicina occidentale. Si tratta di un gruppo assai eterogeneo di pratiche terapeutiche, più o meno diffuse, più o meno conosciute: erboristeria, agopuntura, omeopatia, riflessoterapia, iridologia, pranoterapia, reiki, shiatzu, ecc. Senza entrare nel merito di una loro possibile efficacia, bisogna rilevare innanzitutto la possibilità di un eventuale danno per il paziente che vi si sottoponga, abbandonando al contempo una terapia più "tradizionale" ma di provata efficacia. Il secondo, più delicato problema, anche di ordine pastorale per la Chiesa, riguarda il possibile coinvolgimento, da parte di alcune di esse, con filosofie orientali difficilmente compatibili con la fede cattolica e qualche volta persino accompagnate da pratiche occultistiche. Pertanto, mentre da un lato si dovrebbe tenere un atteggiamento rigorosamente prudenziale circa la loro possibile pratica in istituzioni sanitarie cattoliche, dall'altro la Chiesa deve sentirsi fortemente interpellata ad approfondire il problema, acquisendo la necessaria competenza per un sicuro discernimento, nel rispetto della metodologia scientifica che riconosce nella medicina una scienza sperimentale. In particolare, occorre chiedersi se il ricorso sempre più frequente alla medicina non convenzionale non sia per caso l'effetto di non adeguate applicazioni della medicina allopatrica. È ormai evidente, infatti, che la variabilità individuale alla risposta ai farmaci è elevata. Occorre dunque prendere atto che la terapia di gruppo, mirata su un soggetto medio, è inadeguata. Una attenzione maggiore alla terapia individuale e al ruolo della componente genetica nella risposta al farmaco servirebbe anche a ridurre lo iato esistente tra medicine convenzionali e non convenzionali."

⁵ COULTER, H.L., *Divided Legacy* (4 vol.), Berkeley, CA: North Atlantic Books, 1994; COSMACINI, G., *L'Arte lunga. Storia della medicina dall'antichità ad oggi*, Bari: Laterza, 1997; BOYD, L.J., *A study of the simile in medicine*, Philadelphia, USA: Boericke and Tafel, 1936; ZOLLMAN, C., VICKERS, A., *ABC of complementary medicine. What is complementary medicine?* Brit. Med. J. 1999, 319:693-696.

⁶ *Ildgarda di Bingen*, monaca benedettina (1098-1179). Oltre a scrivere molte opere letterarie e religiose, svolse un'intensa attività di assistenza e cura ai malati, dispensando consigli dietetici, scrivendo ricette

erboristiche, rivalutando la musica e la danza come aiuto al recupero dell'armonia dello spirito e del corpo. Vedi GRONAU, E., *Hildegard*, Milano: Ed. Ancora, 1996; PERNOUD, R., *Storia e Visioni di Sant'Illegarda*, Casale Monferrato: Ed. Piemme, 1996.

⁷ Alexis Carrel (1873-1944), medico e scienziato francese. Lavorando alla Rockefeller di New York, divenne pioniere dei trapianti d'organo e delle colture cellulari, argomenti per cui fu insignito nel 1912 del premio Nobel per la Medicina. Dopo un viaggio a Lourdes iniziò ad interessarsi anche del rapporto tra medicina, morale e religione e scrisse anche un libro di divulgazione che ebbe enorme successo, *L'Uomo Questo Sconosciuto*.

⁸ CARREL, A. *Le rôle futur de la médecine*. In: Médecine officielle et médecines hérétiques. Paris: Plon, 1945: 345-353.

⁹ PHILLIPS, D.P., *Increase in US medication-error deaths between 1983 and 1993*. Lancet 1998, 351: 643-644.

¹⁰ BONN, D., *Adverse drug reactions remain a major cause of death*. Lancet 1998, 351: 1183.

¹¹ NICOLIS, G., PRIGOGINE, Y., *La complessità. Esplorazioni nei nuovi campi della scienza* Torino: Einaudi, 1991; CRAMER, F., *Chaos and Order. The Complex Structure of Living Systems*, Weinheim (Ger.): VCH Verlagsgesellschaft, 1993; MAINZER, K., *Thinking in complexity. The complex dynamics of matter, mind, and mankin*, Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 1994; BELLAVITE, P., ANDRIGHETTO, G.C., ZATTI, M., *Omeostasi, Complessità e Caos. Un'introduzione*, Milano: Franco Angeli, 1995; BELLAVITE, P., *Le scienze biomediche tra biologia molecolare e complessità*. KOS 1996, 125: 36-41; MUSSO, P., *Filosofia del caos*, Milano: Franco Angeli, 1998.

¹² FEDERSPIL, G., SCANDELLARI, C., *L'evoluzione storica della metodologia in medicina*. Feder. Medica 1991, 44: 481-490; COLTORTI, M., *Riflessioni sul concetto di malattia e sulla sua evoluzione*. Medic. 1998, 6: 162-175; CESANA G. *Il ministero della salute*, Firenze: Studio Editoriale Fiorentino, 2000.

¹³ Cristiano Federico Samuele Hahnemann (1755-1843), medico tedesco, fondatore dell'omeopatia. Uomo di grande cultura chimica e botanica, pubblicò molti lavori scientifici e libri, oltre ad esercitare intensamente la professione medica. Visse una vita molto avventurosa e piena di contrasti, che lo portarono a cambiare molte volte sede in Germania ed all'estero (ultima fu Parigi). La prima esposizione delle idee omeopatiche viene fatta risalire ad uno scritto del 1796.

¹⁴ NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH. *Consensus Conference on Acupuncture*. Bethesda, 3-5 November 1997; MAYER, D., *Acupuncture: an evidence-based review of the clinical literature*. Ann. Rev. Med. 2000, 51: 49-63.

¹⁵ KLEIJNEN, J., KNIPSCHILD, P., TER RIET, G., *Clinical trials of homoeopathy*. Brit. Med. J. 1991, 302: 316-323; REILLY, D., TAYLOR, M.A., BEATTIE, N.G.M., CAMPBELL, J.H., MCSHARRY, CH., AITCHISON, T.C., CARTER, R., STEVENSON, R.D., *Is evidence for homoeopathy reproducible?* Lancet 1994, 344: 1601-1606; DOWNER, S.M., CODY, M.M., MCCLUSKEY, P., WILSON, P.D., ARNOTT, S.J., LISTER, T.A., SLEVIN, M.L., *Pursuit and practice of complementary therapies by cancer patients receiving conventional treatment*. Brit. Med. J. 1994, 309: 86-89; LEWIS, G.T., WATKINS, A.D., *Unconventional therapies in asthma: an overview*. Allergy 1996, 51: 761-769; LINDE, K., CLAUSIUS, N., RAMIREZ, G., MELCHART, D., EITEL, F., HEDGES, L.V., JONAS, W., *Are the clinical effects of homoeopathy all placebo effects? A meta-analysis of randomized, placebo controlled trials*. Lancet 1997, 350: 834-843; BELLAVITE, P., ANDRIOLI, G., LUSSIGNOLI, S., BERTANI, S. E CONFORTI, A. *L'omeopatia secondo la prospettiva della ricerca scientifica*. Ann. Ist. Sup. Sanità 1999, 35(4):517-527; BARNES, J., ABBOT, N.C., HARKNESS, E.F., ERNST, E., *Articles on complementary medicine in the mainstream medical literature: an investigation of MEDLINE, 1966 through 1996*. Arch. Intern. Med. 1999, 159:1721-1725; ESKINAZI, D., *Homeopathy re-revisited: is homeopathy compatible with biomedical observations?* Arch. Intern. Med. 1999, 159:1981-1987; VICKERS, A., *Recent advances: complementary medicine*. Brit. Med. J. 2000, 321:683-686.

¹⁶ BELLAVITE, P., CONFORTI, A., LECHI, A., MENESTRINA, F., POMARI, S. (EDITORI), *Le medicine complementari. Definizioni, applicazioni, evidenze scientifiche disponibili*, Milano: Utet Periodici, 2000.

¹⁷ BELLAVITE, P., *Biodinamica. Basi Fisiopatologiche e Tracce di Metodo per una Medicina Integrata*. Milano: Tecniche Nuove, 1998; BELLAVITE, P., *Medicine complementari. Considerazioni semantiche e prospettive d'integrazione*. Verona Medica 1998, 33: 34-38; vedi anche Rees L., Weil A. *Integrated medicine*. Brit. Med. J. 2001, 322: 119-120.

¹⁸ Corte di Cassazione - Sezione VI penale. Sentenza n. 12: Omeopatia riservata ai medici. 25.02.1999, n. 2652.

¹⁹ BLACK N. *Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care*. Brit. Med. J. BMJ 1996, 312: 1215-1218.