

Integrazione fattibile?

Paolo Bellavite e Silvano Pomari

Verona Medica 37(4): 18-24, 2002

Il tema dell'integrazione in medicina, tra alcuni sistemi medici complementari o non convenzionali e il sistema medico culturalmente e politicamente dominante, riceve un'attenzione crescente dalla società civile, dalla professione medica, dalla scienza. Si tratta di una sfida non indifferente per il sapere scientifico e l'organizzazione accademica e sanitaria, sfida dall'esito ancora incerto, per la complessità degli sviluppi, che si giocano su molteplici piani, che vanno dalla ricerca scientifica alla formazione degli operatori, dalle risorse disponibili all'organizzazione del sistema sanitario e delle professioni mediche.

Le medicine complementari o non convenzionali (MNC o CAM, Complementary and Alternative Medicines, nella dizione prevalente negli USA) sono state definite come *"un ampio gruppo di sistemi di cura della salute, di diagnosi e di terapia diversi da quelli normalmente inclusi nel sistema sanitario ufficiale"* [WHCCAM, 2002]. Secondo Eisenberg, uno dei ricercatori in questo campo, si può vedere il tema in una prospettiva "storica": *"Pratiche che non sono riconosciute come corrette o appropriate e non sono conformi alle convinzioni o agli standard del gruppo dominante tra i medici ("medical practitioners") in una determinata società."* [Eisenberg, 2001]. Tuttavia, secondo l'O.M.S. [WHO, 2001], tali concezioni potrebbero essere fuorvianti (*"misleading"*): *"in alcuni Paesi, il riconoscimento legale della medicina complementare/alternativa è equivalente a quello della medicina allopatica: molti medici ed altri operatori sanitari sono abilitati a praticare entrambe le forme di medicina e per molti pazienti il primo livello di assistenza è una pratica di medicina complementare/alternativa"*. In questa sede non si discuteranno i termini con cui definire queste medicine, analizzati in un altro lavoro [AA.VV., 2000], ma può essere utile chiarire che normalmente si usano i termini "complementare", "non convenzionale", o talvolta "alternativo" come sinonimi, a puro titolo di convenienza e non per caratterizzare in un unico gruppo pratiche di medicina tra loro molto diverse.

Negli ultimi anni, la maggiore letteratura medica si è molto aperta all'integrazione di conoscenze provenienti da diverse culture e quindi anche alle cosiddette medicine non convenzionali [Ernst, 2000; Vickers, 2000; Rees and Weil, 2001; Bell et al., 2002]. Un'efficace definizione di cosa intende la letteratura corrente per "integrazione" si trova in un editoriale intitolato *"Integrated medicine"* e pubblicato dal *BMJ* 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 *"La medicina integrata è praticare la medicina in modo da incorporare elementi delle pratiche complementari ed alternative nei piani preventivi e terapeutici, a fianco dei più solidi metodi diagnostici e terapeutici ortodossi."*

Oltre alla letteratura scientifica, vari organismi come l'OMS, il Parlamento Europeo (Risoluzione n. A4-0075/97 del 29/5/97, nonché l'iniziativa del COST-B4), il governo americano, la Camera dei Lords inglese, hanno contribuito con loro documenti ad affrontare la questione, sul piano della politica sanitaria. In Italia, la FNOMCeO (con il Consiglio Nazionale del 1996) è stata tra le prime istituzioni a recepire l'importanza dell'argomento; l'Istituto Superiore di Sanità nel 1999 vi ha dedicato un intero convegno [AA.VV., 1999]. Varie Commissioni tecniche e politiche se ne sono occupate a vario titolo. Per quanto riguarda Verona, va citato l'Osservatorio per le Medicine Complementari di Verona, un gruppo di lavoro integrato (Università-Ordine) sorto nel 1997 e sostenuto dal nostro Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (sotto la presidenza di Francesco Orcalli e poi di Pietro Marcello Fazzini).

Questa relazione rappresenta una sintesi delle idee espresse da detti documenti e dell'esperienza maturata seguendo le attività dell'Osservatorio per le MC di Verona [Bellavite, 1998; AA.VV., 2000; Bellavite et al., 2001; Bellavite, 2002]. Essa è stata presentata al recente Convegno Nazionale della FNOMCeO (Terni, 17-18 maggio 2002): *"La professione medica e le medicine non convenzionali: rischi e opportunità"*. Le relative figure sono disponibili nel sito dell'Osservatorio: <<http://chimclin.univr.it/omc>>.

Motivazioni

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

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.

L'aumento della comunicazione planetaria ha ridotto i confini tra le 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 medicina convenzionale ha puntato su soluzioni tecnologiche molto costose, che hanno ottimi risultati ma non toccano larghe fasce della popolazione, in una situazione in cui si assiste all'allungamento della vita media ed al cambiamento nella prevalenza delle malattie, con la grande crescita delle malattie croniche e degenerative, per non parlare di quelle iatrogeniche. Oggi 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: "*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*" [Braunwald et al., 2001]. Tali concetti non sono direttamente legati alle MNC, essi potrebbero essere sottoscritti da qualsiasi medico. Ma, vista la difficoltà teorica e pratica a renderli operativi, 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.

D'altra parte, questa motivazione era anche il programma di molti "riformatori" che nel corso della storia hanno tentato di introdurre nuove idee e nuovi metodi. Citiamo quanto si legge nel "testo sacro" dell'omeopatia: "*La più alta e unica missione del medico è riportare il malato alla salute, guarire, come si dice*" (CFS Hahnemann, Organon, par. 1).

Ma vorremmo proporre un'immagine sintetica per illustrare la nostra ispirazione di fondo per l'integrazione. Verona come tutti sanno è una città molto antica, ricca di tradizioni e di storia. Nella nostra città ci sono molti ponti e molte mura (romane, scaligere, austriache). Bene, i ponti sono ancora tutti in funzione e servono molto ai cittadini, le mura sono servite, forse, per periodi limitati. Oggi hanno perso le loro funzioni originarie.

Obiettivi

Ma quali sono gli obiettivi che l'integrazione, se fattibile, dovrebbe raggiungere? L'obiettivo della medicina integrata è uno solo: "identificare i trattamenti più appropriati fra un ampio spettro di cure basate su evidenze". Questo concetto è riportato dal recente documento prodotto dalla commissione del governo americano sulle medicine complementari e alternative [WHCCAM, 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.

Tale obiettivo si raggiunge a due livelli di organizzazione: ad un primo livello, è integrazione di conoscenze tra culture diverse, che in tale dinamica si arricchiscono reciprocamente. In questo senso,

sta al singolo medico, opportunamente informato, 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.

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.

Alcune resistenze, da una parte e dall'altra, alla stessa idea di integrazione derivano dalla paura che ciò comporti un "annacquamento" delle teorie e delle prassi consolidate nei rispettivi campi. Per questo, può essere utile soffermarci brevemente sui modelli possibili di integrazione.

1. Convergenza

Un primo modello potremmo chiamarlo 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 e dei fitocomplessi, terapie di desensibilizzazione orale, tecniche psicoterapiche e fisioterapiche di vario genere. Anche la ricerca clinica ed epidemiologica sull'efficacia, sull'appropriatezza, sull'uso e sul gradimento delle MNC è un ottimo campo di collaborazione e di integrazione.

In sintesi, l'integrazione è un processo storico già avviato e inevitabile, ma che esso sia fattibile e, soprattutto, sia fattibile in modo razionale e produttivo in termini di salute per i cittadini resta ancora da stabilire. I mezzi ed i passi (azioni) con cui raggiungere gli obiettivi dell'integrazione sono di tre ordini (figura 1):

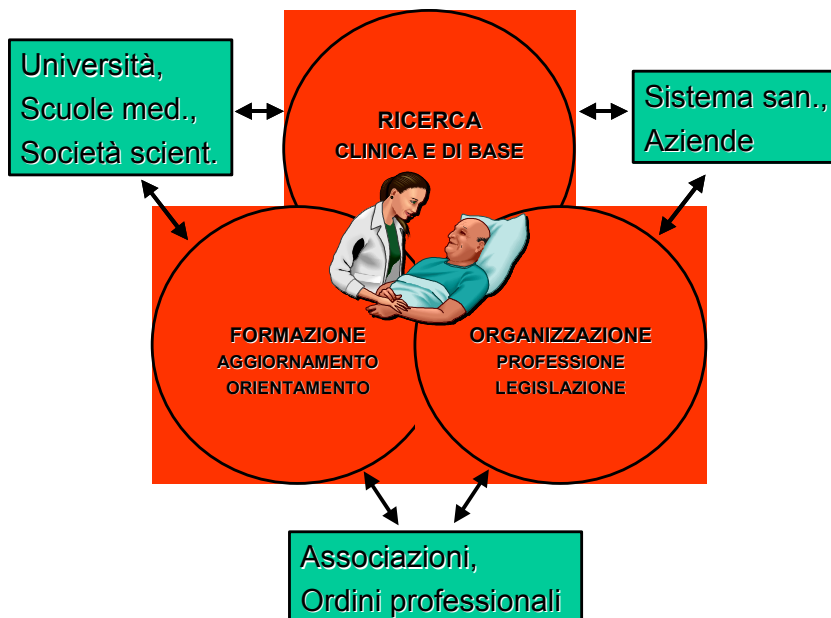


Figura 1. Sintesi delle azioni e dei protagonisti del processo di integrazione

1. **Ricerca:** ha un ruolo propositivo fondamentale nel processo di innovazione; si potranno integrare efficacemente quelle pratiche mediche che siano provate sicure ed efficaci (*safe and effective*) nella ricerca clinica e che si prestino ad una ricerca sui loro meccanismi di funzionamento mediante la ricerca di base.
2. **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; le competenze sono garantite da un buon sistema formativo e dall'aggiornamento professionale.
3. **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 dei gruppi sociali e professionali, sulle istituzioni accademiche e sulle scuole professionali sorte spontaneamente

È forse inutile dirlo, ma non va comunque dimenticato, che al centro degli sforzi organizzativi e come obiettivo fondamentale della ricerca e della formazione professionale si trova non l'integrazione come obiettivo fine a se stesso, ma la persona del malato come soggetto, primo riferimento dell'azione del medico e del sistema sanitario.

Ricerca scientifica

La ricerca scientifica rigorosa fornisce il punto di partenza più logico e corretto per qualsiasi discorso sull'integrazione culturale e professionale, nonché, in futuro, la strada obbligata per eventuali possibilità di un riconoscimento di alcune terapie tra le materie insegnabili all'Università e tra le prestazioni del SSN. Essa dovrebbe rappresentare la prima fonte per aumentare le conoscenze sia della classe medica sia del pubblico a riguardo delle MNC.

Il fatto è che molti dei sistemi medici non convenzionali si sono sviluppati spontaneamente, condensando esperienze centenarie o millenarie di molti medici o praticanti delle varie discipline (tipiche per questo le tradizioni orientali e l'omeopatia), altre si sono sviluppate nei decenni più recenti,

magari per l'intuizione di un capo-scuola che ha posto le basi di un metodo cui magari ha anche lasciato il nome. Questo particolare intervento è poi divenuto patrimonio di piccoli gruppi di seguaci, che l'hanno diffuso in varie parti del mondo. Fino a non molto tempo fa, trattandosi per lo più di sistemi auto-referenziali, non si poneva neppure il problema di "provarlo", cioè di "produrre evidenze" per convincere il mondo medico-scientifico convenzionale e quindi non sono stati intrapresi sforzi in tal senso.

Non è questa la sede per una rassegna sullo stato attuale della ricerca, per cui si rimanda ad altri lavori [Eskinazi, 1999; Allais et al., 2000; AA.VV., 2000; Bellavite, 2002] ed alle pubblicazioni riportate nel sito dell'Osservatorio sopra citato.

Un'osservazione imparziale dello "stato dell'arte" rivela l'esistenza di una notevole mole di lavori, particolarmente in alcuni settori ma, allo stesso tempo, evidenzia che la base dei dati non è sufficiente per un giudizio positivo secondo i criteri più rigorosi oggi in vigore, ad esempio, per l'approvazione dei farmaci ufficiali. Pertanto, per i fautori dell'integrazione, la situazione da questo punto di vista è tutt'altro che confortante. Gli osservatori più attenti a questo settore, dalla parte del sistema medico ufficiale, concordano sul fatto che sono necessari studi più ampi e rigorosi prima di conclusioni definitive sull'efficacia della maggior parte delle procedure usate come terapie complementari. Ad esempio, in una recente rassegna sulle terapie complementari nel cancro (come terapie palliative, naturalmente), si legge: *"Vi sono risultati promettenti per alcune terapie come agopuntura, terapia enzimatica, omeopatia, ipnoterapia e tecniche di rilassamento. Purtroppo, l'evidenza non è convincente ("compelling") per nessuna di queste terapie." (...)* *"I risultati di questa rassegna suggeriscono che vi sia qualche potenzialità per la terapia complementare nella cura palliativa. Essi dimostrano anche che c'è un urgente bisogno di più ricerca, e più rigorosa"* [Ernst, 2001].

In sintesi, da un punto di vista del contributo alla fattibilità dell'integrazione, la ricerca scientifica si trova in una situazione iniziale o intermedia, cui si potrebbe ben applicare la metafora del bicchiere mezzo pieno o mezzo vuoto, secondo il punto di vista: chi volesse sostenere che le MNC "funzionano" lo potrebbe fare con un discreto sostegno sperimentale; chi partisse da una posizione di scetticismo non sarebbe ancora convinto dalle evidenze finora prodotte. 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.

Sul piano metodologico, bisogna tener conto che le prove dell'efficacia si basano su tante esperienze che si accumulano nel tempo (ciò vale per ogni forma di medicina). Per esempio, l'omeopatia ha un enorme bagaglio 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. Certo, gli omeopati nella tradizionale sperimentazione non hanno fatto dei trials clinici randomizzati e controllati (RCT), con la statistica come si richiede oggi, ma hanno riempito riviste mediche e grossi libri ("materie mediche") con innumerevoli osservazioni, che sarebbe scientificamente scorretto scartare solo perché non corrispondenti agli standard di oggi.

In realtà, anche la ricerca clinica in campo convenzionale si sta orientando verso un'ampia serie di metodi che consentono di ottenere "prove" di efficacia e di effettività di una certa terapia. Per questo la posizione secondo cui "le medicine non convenzionali non vanno approvate finché non daranno prove di efficacia" (intendendo come prova solo il RCT), trascura il fatto che lo stesso il concetto di "efficacia" non è univoco e non è provabile con lo stesso metodo in tutti i campi della medicina. Un conto è provare l'efficacia di un farmaco "salvavita" infezione acuta, un conto quella di un antireumatico, un conto quella di un programma di assistenza ai malati di mente.

Inoltre, va considerato il fatto che l'"esclusione" drastica e a priori, cioè la pretesa di una prova preventiva di efficacia assoluta, delle medicine cosiddette non convenzionali (vedi ad esempio il problema dei LEA) rischia fortemente di rallentare se non di impedire la ricerca scientifica. Una pratica medica va valutata secondo la sua effettività pratica e secondo le ricadute sulla salute pubblica a medio e lungo termine.

Comunque lo si guardi, lo stato attuale del problema dell'evidenza scientifica delle MNC conduce ad una conclusione ineludibile: se non si incrementa l'attività di ricerca, non si potrà procedere nella migliore caratterizzazione dell'evidenza a favore o contro specifiche terapie. La ricerca di base, clinica e sui servizi sanitari è essenziale per sostenere ogni progetto di integrazione. Gli investimenti delle

aziende nella ricerca sulla sicurezza e l'efficacia dei prodotti non convenzionali dovrebbero aumentare, certi radicati pregiudizi dell'ambiente accademico dovrebbero lasciare il passo ad una maggiore e genuina curiosità scientifica. 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.

Formazione

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

Cercando di rispondere alla domanda su cosa dovrebbe essere insegnato, a chi e come, può essere utile innanzitutto distinguere le MNC in diversi settori, ciascuno con specifiche problematiche. La principale distinzione va fatta tra "sistemi medici", i quali rappresentano per molti aspetti una sfida culturale al sistema attuale, proponendo un diverso modo completo di esercitare la professione, rispetto a "tecniche o metodiche", le quali però si occupano di aspetti più limitati e possono in qualche modo più facilmente ritenere come complementari alla pratica corrente della medicina:

1. **Sistemi medici non convenzionali.** Es.: Medicina tradizionale cinese (farmacologia, dietetica e agopuntura), Medicina omeopatica, Omotossicologia, Medicina ayurvedica, Medicina antroposofica.

Caratteristiche salienti:

- ✓ Corpo teorico complesso e consistente, spesso autoreferenziale, visione "olistica".
- ✓ Metodi semeiotici, ragionamenti diagnostici e farmacopee tradizionali, specifici per ciascuna branca.
- ✓ Applicabili solo da medici, con specifica competenza nella disciplina.

Per i cultori di queste discipline si deve prevedere una formazione approfondita e professionalizzante, al limite del livello di una specializzazione medica, ed un titolo spendibile sul mercato del lavoro, con garanzia di uno standard formativo curriculare minimo. Chi si dedicasse a tali sistemi medici sarà sempre sottoposto ad una grande sfida culturale e scientifica perché dovrà essere in grado di padroneggiare la medicina non convenzionale, di cui vanterebbe la qualifica, *senza però adottarla come pratica esclusiva*, almeno a livello diagnostico. Per questo non si vede come potrebbero praticare questo tipo di sistemi medici NC degli operatori senza una formazione medica completa.

2. **Medicinali, tecniche o pratiche complementari.** Es.: Fitoterapia, Aromaterapia, Fiori di Bach, Idroterapia, Oligoelementi, Chiropratica, Osteopatia, Musicoterapia, Danza-terapia, Ginnastiche e massaggi orientali (Do-in, Shiatsu e simili), Reflessoterapia, Ipnoterapia, Yoga, Tecniche di meditazione, Iridologia, Metodo Kousmine, Bates, Tomatis, Test elettrodermici (elettroagopuntura sec. Voll, Vegatest e simili), ecc...

Caratteristiche salienti:

- ✓ Non usano necessariamente criteri diagnostici e nosologici alternativi a quelli convenzionali.
- ✓ Sono solitamente indicati per specifiche condizioni e quindi più facilmente integrabili teoricamente e praticamente.
- ✓ Alcuni potrebbero essere praticabili anche da operatori sanitari non laureati in medicina (es.: massaggi, musicoterapia, chiropratica, osteopatia), ovviamente se ben qualificati.

La maggior parte di tali pratiche non si oppongono, almeno teoricamente, al pensiero convenzionale e non entrano in competizione con le normali terapie, anzi le integrano con proposte terapeutiche non convenzionali o comunque atipiche. Nel caso di questo secondo gruppo di materie i problemi didattici sono diversi per varie ragioni. Per importanti discipline mediche, come la fitoterapia, l'idroterapia, la riflessoterapia, l'ipnosi e via dicendo, si tratta di metodiche o di medicinali che potrebbero trovare collocazione facilmente all'interno dei corsi e delle materie già insegnate a livello universitario. Ad esempio, la fitoterapia potrebbe essere vista come una branca della farmacologia (ancorché oggi negletta per molte ragioni): ogni

medico, infatti, dovrebbe prescrivere i farmaci più adatti per il caso, tra cui i fitocomplessi, se ci sono evidenze della loro efficacia e col consenso informato del paziente. Per discipline del tipo delle fisioterapie non convenzionali (chiropratica, osteopatia, shiatsu) si potrebbero prevedere percorsi curricolari in parte autonomi ed in parte raccordati col corso di laurea in medicina (per le materie di base), sulla falsariga di quanto già avviene in altri Paesi. Per altre tecniche o metodiche non convenzionali più specifiche e quantitativamente “minori” (es. particolari diete, aromaterapia, iridologia, ecc.), invece, prima di parlare di insegnamenti ufficiali e relativi riconoscimenti professionali si deve aspettare che crescano sul piano scientifico sia teoricamente sia come prova di efficacia. In assenza di un tale tipo di consolidamento scientifico della disciplina, il loro uso rimane definito all’interno della libertà e della responsabilità del medico (art. 12 e 12 C.D.).

Esistono poi anche molte altre pratiche che potrebbero forse essere incluse tra le cosiddette medicine alternative, ma che propongono tecniche o prodotti non verificabili, non ragionevoli, non comprensibili, talvolta confondendo terapie con superstizioni e via dicendo. È quasi inutile dire che non si vede alcuno spazio per un qualsiasi insegnamento di simili pratiche, a nessun livello, e che si dovrebbe lasciare tali casi al vaglio della magistratura per ciò che concerne l’eventuale applicazione dell’art. 348 del c.p. (esercizio abusivo della professione).

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.

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

1. Inserimento di nozioni informative generali, non professionalizzanti, nei corsi di laurea delle facoltà mediche partendo da un semplice arricchimento delle materie esistenti. Si potrebbe ad esempio accennare alla fitoterapia ed all’omeopatia nei corsi di farmacologia, alle tecniche riabilitative fisiche nei corsi di ortopedia, all’agopuntura in fisiologia e via dicendo. Anche i corsi di Storia della Medicina (purtroppo assai rari nelle nostre università) e di Medicina Legale si presterebbero bene a tale scopo.
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).
3. Inserimento, nei corsi di laurea delle facoltà mediche, di corsi elettivi di introduzione alla conoscenza delle terapie complementari. Ciò è fattibile senza alcun costo aggiuntivo per la struttura, qualora esista qualche docente – titolare di cattedra o ricercatore - già inserito nella struttura accademica che si faccia carico di organizzarlo e si assuma la responsabilità dell’insegnamento elettivo stesso, magari chiamando anche esperti qualificati di alcune discipline. Presso l’università di Verona è già stato approvato un corso di questo tipo.
4. Per la formazione post-laurea, si pone oggi la grande opportunità della didattica accreditata secondo la formazione medica continua. L’educazione medica continua rappresenta un potente mezzo per aggiornare ed aumentare le conoscenze del medico pratico e quindi aumentare la sicurezza e l’utilità dei trattamenti. Anche negli obiettivi formativi del programma e.c.m. italiano è incluso l’argomento delle MNC, enfatizzando la visione scientifica e critica dell’argomento. In questo livello della didattica per l’aggiornamento emergono notevoli e molteplici problemi di ordine scientifico, culturale ed organizzativo e non vi è lo spazio per affrontarli esaurientemente. Si sottolinea solo l’importanza di garantire la qualità scientifica e l’imparzialità dell’informazione.
5. Di diverso e ben più problematico spessore è poi il tema della didattica “professionalizzante”, quella che riguarda i corsi “post-graduate” di formazione veri e propri. Qui la discussione è già stata affrontata nei progetti di legge e richiede l’analisi di molti aspetti che saranno oggetto di approfondite discussioni in sede parlamentare. Poiché in università mancano

attualmente le competenze specifiche, pur avendo una notevole tradizione di ricerca ed una naturale vocazione all'integrazione (l'"universitas" del sapere), sarà necessario attivare collaborazioni tra università, scuole di formazione già esistenti, società scientifiche. Un passaggio organizzativo di questa fase è la costituzione di nuovi "soggetti collaborativi" in cui siano presenti competenze sia di insegnamento, sia di ricerca (perché non si fa buona didattica senza continua ricerca), sia di materie universitarie tradizionali (es. storia della medicina, anatomia per la parte specialistica, fisiologia per la parte specialistica, biofisica, patologia generale, botanica, farmacognosia, farmacoprassia, immunologia, neurofisiologia, bioetica, filosofia delle scienze, medicina legale, metodi di ricerca clinica, biostatistica) sia di materie finora non insegnate all'università (particolarmente le materie epistemologicamente "fondanti", le materie cliniche, le farmacopoe e i metodi non convenzionali delle rispettive discipline). Un buon medico omeopata (o agopuntore) dovrà essere formato non solo nella sua disciplina ma anche nelle materie "a ponte" con l'attuale medicina scientifica più avanzata e che hanno relazioni con l'omeopatia (o l'agopuntura).

6. In prospettiva e per completezza possiamo citare la forma più "utopistica" di integrazione e precisamente le istituite cattedre di insegnamento universitario, centri di ricerca pubblici o dipartimenti, scuole di specializzazione. Anche se a qualcuno tale prospettiva può apparire azzardata (per le complesse "regole" del sistema accademico italiano), 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).

Organizzazione

L'integrazione sarà fattibile anche se si faranno i passi adeguati a livello organizzativo. Lo sviluppo di un sistema sanitario integrato è appena ad uno stadio iniziale e si confronta con un'ampia serie di problemi.

La cosa più importante è costruire sinergie tra esperti delle singole discipline, enti di ricerca pubblici e privati, associazioni di cittadini, aziende farmaceutiche del settore, università e organismi politico-amministrativi (A.S.L., Regione, Ministero salute), che puntino in primo luogo a sviluppare la ricerca di tipo epidemiologico-osservazionale e sperimentale. Lo sforzo comune di ideare e avviare progetti di ricerca costituisce il primo gradino e la materia prima per una integrazione e di una formazione professionale basate sulle evidenze.

Un'estrema sintesi dei punti fondamentali che interessano gli sforzi organizzativi nella medicina integrata potrebbe essere quella proposta dal citato documento della Commissione Governativa americana per le medicine complementari e alternative: il rapporto nota un emergente dialogo tra la medicina complementare e alternativa e la medicina convenzionale ed auspica che esso sia rafforzato. Il rapporto suggerisce anche che le pratiche CAM sicure e efficaci siano integrate nel sistema sanitario convenzionale.

Esso fa anche le seguenti raccomandazioni specifiche:

- Aumento di fondi per la ricerca
- Creazione di un ufficio centrale di coordinamento per tutte le attività
- Formazione per gli operatori
- Diffusione di informazioni controllate sulle CAM
- Rimborso per i trattamenti provati efficaci
- Sorveglianza su eventi avversi associati con la pratica delle CAM.

Ovviamente ciò non esaurisce le cose da fare, ma potrebbe rappresentare un buon punto di partenza.

Le organizzazioni di MNC potrebbero essere il punto di contatto tra istituzioni convenzionali che cercano esperti per consulenze per la ricerca o per le iniziali applicazioni cliniche (es. apertura di ambulatori) nel campo NC e per insegnamenti nei corsi. Poiché dalla collaborazione possono emergere benefici in termini di conoscenza e di strategie applicative sia nel campo della assistenza sia nel campo della didattica, l'inclusione di un livello di collaborazione dovrebbe costituire un

elemento essenziale o almeno una grossa priorità per la approvazione di progetti di ricerca e progetti pilota di inserimento delle MNC nel SSN.

L'Ordine professionale ha giocato e giocherà nel prossimo futuro un ruolo fondamentale nel processo di integrazione. 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. 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.

Infine, una citazione che riassume il senso dello sforzo per avviare il processo di integrazione: Rees e Weil, nell'editoriale già citato all'inizio, concludono con le seguenti, significative parole: *“la medicina integrata non è solo usare erbe al posto di farmaci. Essa consiste nel restaurare dei valori fondanti la professione medica, che sono stati erosi da fattori sociali ed economici. La medicina integrata è buona medicina ed il suo successo sarà evidenziato dalla caduta dell'aggettivo. La medicina integrata di oggi dovrebbe essere la medicina del nuovo millennio.”*

Bibliografia

AA.VV. (1999) Una riflessione multidisciplinare sul fenomeno delle “terapie non convenzionali” (R. Raschetti e G. Bignami eds.). *Ann. Ist. Sup. Sanità* 35 (4): 477-550.

AA.VV. (2000) *Le Medicine Complementari. Definizioni, Applicazioni, Evidenze Scientifiche Disponibili* (Bellavite, P., Conforti, A., Lechi, A., Menestrina, F., Pomari, S. eds.) Utet-Periodici Scientifici, Milano.

Allais, G.B., Giovanardi, C.M., Pulcri, R., Quirico, P.E., Romoli, M., Sotte, L. (2000) *Agopuntura. Evidenze Cliniche e Sperimentali, Aspetti Legislativi e Diffusione in Italia*. Casa Editrice Ambrosiana, Milano.

Bell, I.R., Caspi, O., Schwartz, G.E., Grant, K.L., Gaudet, T.W., Rychener, D., Maizes, V., Weil, A. (2002) Integrative medicine and systemic outcomes research: issues in the emergence of a new model for primary health care. *Arch. Intern. Med.* 162(2): 133-140.

Bellavite, P. (1998) *Biodinamica: basi fisiopatologiche e tracce di metodo per una medicina integrata*. Tecniche Nuove, Milano.

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). Libreria Cortina, Verona (www.libreriacortina.it).

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.

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.

Ernst E. (2001) Complementary therapies in palliative cancer care. *Cancer* 91: 2181-2185.

Eskinazi, D. (1999) Homeopathy re-revisited: is homeopathy compatible with biomedical observations? *Arch. Intern. Med.* 159: 1981-1987.

House of Lords (2000). *Science and Technology - Sixth Report*. London: Science and Technology Committee Publications.

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.