



LA CONOSCENZA E LA CURA

*MODELLI ESPLORATIVI E PRATICHE
NELLA PSICHIATRIA CONTEMPORANEA*

XLIII Congresso Nazionale
SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA

Bologna, 19-24 ottobre 2003

EDITORS

F. ASIOLI, M. BASSI, D. BERARDI, G. FERRARI,
A. FIORITTI, R. ROBERTI



CIC Edizioni Internazionali - Roma, 2003

MEDICINE COMPLEMENTARI: ALTERNATIVE O INTEGRATIVE?

Bellavite P., Conforti A., Ortolani R., Pomari S.

*Osservatorio Medicine Complementari
Università di Verona e Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Verona
Associazione "Giovanni Scolaro" per la Medicina Integrata*

Pratiche di medicina "alternativa", cioè non riconosciute come scientifiche né istituzionalmente accettate dal sistema sanitario, sono utilizzate da ampi strati della popolazione dei paesi occidentali, per patologie ad alta prevalenza quali lombalgie e cervicalgie, allergie, astenia, artrite, cefalea, ipertensione, insonnia, depressione, problemi digestivi, broncopneumopatie varie (1-6). Gran parte della diffusione di tali pratiche (es: medicine orientali, omeopatia, fitoterapia, tecniche fisioterapiche e manipolative più svariate) avviene ancora in campo privato, ma alcune aziende sanitarie si stanno attrezzando per offrire servizi di medicina non convenzionale, particolarmente l'agopuntura per il dolore, varie tecniche di massaggio, la musicoterapia, tecniche di rilassamento, più qualche esperienza di introduzione di fitoterapia e omeopatia come tecnica complementare.

Benché molto eterogenei, i principali sistemi non convenzionali hanno in comune delle caratteristiche che tendono ad individualizzare il trattamento, a dare enfasi alla prevenzione ed allo stile di vita, a promuovere la responsabilità della propria cura, a riconoscere gli aspetti psicologici e spirituali della persona nella sua integrità, aspetti che,

pur non essendo teoricamente negati, sono spesso praticamente sottovalutati dalla prassi medica corrente. L'ambito sintomatologico privilegiato nelle terapie omeopatiche uniche è quello mentale, prima ancora di quello organico, ritenendo quest'ultimo, in qualche modo, subordinato al primo.

Purtroppo, le molteplici proposte che oggi si trovano sul mercato vanno da quelle attuate prudentemente a quelle inutili e pericolose, da quelle che hanno basi scientifiche ed evidenze solide a quelle fantasiose e persino ridicole. I pazienti hanno bisogno di medici preparati a distinguere tra tali possibilità. Un'altra caratteristica è che, diversamente dalla medicina accademica e scientifica, tali sistemi spesso mancano di solide evidenze sperimentali sia sul piano clinico che sul piano della ricerca di base. Tale problema rappresenta uno dei maggiori ostacoli ad un eventuale processo di integrazione.

La convinzione che l'assistenza sanitaria convenzionale abbia raggiunto elevati livelli qualitativi mediante approcci altamente scientifici, mentre l'approccio non convenzionale possa dare risalto alla cura della salute, alla prevenzione ed al rapporto terapeutico, ha portato molti a suggerire

che i due filoni possano convergere a formare un unico sistema che integri il meglio di entrambi (7-11). Infatti, nonostante le loro differenze, le due vedute non sono contrastanti in via di principio: si osserva che nella medicina convenzionale non sono mai state negate esplicitamente le istanze di cura olistica, i programmi di prevenzione basati sullo stile di vita, gli studi di integrazione biopsicosociale, la "medicina della complessità" ma anzi oggi vengono rivalutati (12). Così, d'altra parte, anche nella medicina non convenzionale la necessità di maggiore ricerca scientifica comincia ad essere riconosciuta come una priorità, almeno in alcune discipline come la fitoterapia, l'omeopatia, l'agopuntura.

Negli ultimi anni, la letteratura medica corrente si è molto "aperta" all'integrazione di conoscenze provenienti da diverse culture e quindi anche alle cosiddette medicine non convenzionali. 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 vari documenti ad affrontare la questione. In Italia, la FNOMCeO (partendo dal Consiglio Nazionale del 1996 per arrivare alla nota dichiarazione del 18 maggio 2002) è stata tra le prime istituzioni a recepire responsabilmente l'importanza dell'argomento; l'Istituto Superiore di Sanità nel 1999 vi ha dedicato un intero convegno. Varie Commissioni tecniche e politiche se ne sono occupate a vario titolo ed è in via di presentazione alla Camera la proposta di legge che intende regolamentare la professione medica e la didattica in questo settore. Per quanto riguarda Verona, va citato l'Osservatorio per le Medicine Complementari, un gruppo di lavoro sorto nel 1997 e sostenuto dall'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e dall'Università. In tale ambito si sono concretizzate varie iniziative di ricerca sperimentale e epidemiologica, l'organizzazione di corsi universitari e corsi di aggiornamento post-universitari (v. sito web: <http://chimclin.univr.it/omc>).

L'integrazione, ad un primo livello, è integrazione di conoscenze tra culture diverse, che in tale

dinamica si arricchiscono reciprocamente. Quando tale arricchimento culturale raggiunge l'operatività del singolo medico, sta a lui operare la mediazione tra le conoscenze acquisite e la decisione clinica, che viene presa sulla base di un numero maggiore di opzioni. Ad un secondo livello, l'integrazione coinvolge il "sistema", le istituzioni, le strutture.

Lo scopo della medicina integrata è, sostanzialmente, quello di identificare i trattamenti più appropriati fra un ampio spettro di cure, basandosi sulle evidenze disponibili. 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 coronarica 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.

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

1. La difficile certificazione degli standard di istruzione e quindi degli interlocutori adatti nel campo non convenzionale.
2. L'estraneità del tema delle medicine complementari rispetto ai tradizionali settori scientifico-disciplinari definiti dal Ministero dell'istruzione e ricerca scientifica.
3. La scarsità di esperienze e di modelli di ricerca appropriati per valutare i risultati.
4. I costi di cure complementari che di fatto ricadono come costi aggiuntivi a carico dei pazienti stessi.

- 4
5. La preoccupazione, da parte dei cultori delle discipline complementari, che l'integrazione comporti un "annacquamento" delle teorie e delle prassi tradizionali.

Uno dei principali problemi che toccano questo settore in fermento della medicina è la resistenza, da parte del mondo accademico e di alcuni circoli scientifici. Tale atteggiamento critico da una parte corrisponde al ruolo di vaglio e guida culturale dell'istituzione universitaria e delle società scientifiche, dall'altra rischia, paradossalmente, di creare difficoltà alla stessa ricerca scientifica in questo campo. Per interpretare compiutamente tale chiusura, si deve anche tener conto del fatto che le "regole" del potere accademico, particolarmente in Italia, sono rigide e rendono il sistema quasi impermeabile a nuove competenze nate al di fuori dei tradizionali settori disciplinari. Ciò vale tanto più per discipline ancora scientificamente "deboli", le cui proposte - ritenute non coerenti con le teorie dominanti - sono viste facilmente come deviazioni dalla norma e ostracizzate. Infine, le facoltà universitarie e particolarmente quella di medicina sono oggi gravate dall'enorme incremento di attività didattiche dovuto alle nuove lauree triennali, dagli scarsi finanziamenti alla ricerca e dalla difficoltà di reclutamento di ricercatori. In tale situazione, molti docenti hanno difficoltà a portare avanti persino il loro gruppo di lavoro e non hanno quindi possibilità di occuparsi di temi nuovi.

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

gie, 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 terapisti non convenzionali e centri di riferimento convenzionali per il follow-up delle terapie (es. centri antidiabetico, allergologico, cardiovascolare, salute mentale e così via).

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

Comprensibilmente, chi nelle organizzazioni sanitarie centrali e locali deve decidere come allocare le risorse, sempre limitate, in una situazione in cui aumentano continuamente i costi è preoccupato del fatto che una "liberalizzazione" anche in questo settore possa far lievitare la spesa sopra livelli non sopportabili. Il fatto che si debbano garantire spese pubbliche solo per le prestazioni sicure, efficaci e con costi ragionevoli è incontestabile, ma ad un livello più generale si deve anche pensare che le evidenze di sicurezza, efficacia e costo non sono acquisibili se non attraverso la pratica, l'uso. Quindi una posizione di pregiudiziale esclusione di ciò che non è provato porte-

rebbe al paradossale rifiuto di ogni progresso e con grande probabilità anche all'impossibilità di valutare forme di assistenza più economiche a tempo breve, medio o lungo.

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

1. Ricerca scientifica: ha un ruolo propositivo fondamentale nel processo di innovazione e di integrazione. Si potranno integrare efficacemente quelle pratiche mediche che siano provate sicure ed efficaci. In altre parole, non si dovrebbero distinguere gli interventi da rimborsare in interventi di medicine complementari o "ufficiali", ma semplicemente in interventi di utilità provata o non provata, secondo standard che siano del massimo livello scientifico e allo stesso tempo rispettosi dei metodi tradizionali delle rispettive discipline. Non si deve confondere la prova di efficacia ed effettività di una terapia con il trial clinico randomizzato e controllato, eseguito in doppio cieco: i metodi per raggiungere la migliore evidenza possibile del rapporto costi/benefici sono vari e devono essere continuamente adattati all'oggetto dello studio, particolarmente in campi nei quali non si valuta solo un sintomo o un dato di laboratorio, bensì una risposta globale e complessa che interessa la qualità della vita.
2. 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: il percorso formativo dei medici chirurghi, degli odontoiatri e anche di altre professioni sanitarie (si pensi ai fisioterapisti, alle ostetriche, ai tecnici della riabilitazione, agli igienisti dentali ecc.) dovrebbe includere notizie sulle medicine complementari. Gli attuali corsi di medicine complementari dovrebbero effettuare un salto di qualità, in modo da divenire assimilabili ad una didattica di tipo universitario.

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. Un passaggio essenziale nel corso di un processo di integrazione sarà anche la diffusione di informazioni corrette e complete per il pubblico, gli operatori sanitari e i "decision makers" della programmazione sanitaria.

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

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bellavite P., Conforti A., Lechi A., Menestrina F., Pomari S.: *Le medicine complementari. Definizioni, applicazioni, evidenze scientifiche disponibili*. Utet-periodici, Milano, 2000.
- 2) Eisenberg D.M., Davis R.B., Ettner S.L., Appel S., Wilkey S., Van Rompay M., Kessler R.: *Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey*. JAMA, 280(18):1569-1575, 1998.
- 3) 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. 158(21):2303-2310, 1998.

- 6
- 4) Zollman C., Vickers A. *ABC of complementary medicine. What is complementary medicine?* Brit. Med. J., 319:693-696, 1999.
 - 5) Vickers A. *Recent advances in complementary medicine.* Brit. Med. J. 321: 683-686, 2000.
 - 6) Menniti-Ippolito F., Gargiulo L., Bologna E., Forcella E., Raschetti R. *Use of unconventional medicine in Italy: a nation-wide survey.* Eur. J. Clin. Pharmacol. 58(1):61-64, 2002.
 - 7) Bellavite P. *Biodinamica. Basi fisiopatologiche e tracce di metodo per una medicina integrata.* Tecniche Nuove, Milano, 1998.
 - 8) Rees L., White A. *Integrated medicine.* Brit. Med. J. 322:119-120, 2001.
 - 9) Lechi A., Bellavite P. *Quando la tradizione si rinnova.* Rr-Ricerca Roche 33: 62-64, 2001.
 - 10) Ernst E. *Complementary Medicine. An objective appraisal.* Butterworth Heinemann, Oxford, 1999.
 - 11) Bellavite P., Semizzi M., Musso P., Ortolani R., Andrioli G. *Medicina ufficiale e terapie non convenzionali: dal conflitto all'integrazione?* Medicina e Morale, 5: 877-904, 2001.
 - 12) Plsek P.E., Greenhalgh T. *The challenge of complexity in health care.* Brit. Med. J. 323:625-628, 2001.