

■ Paolo Bellavite,^{1,2} Riccardo Ortolani,³ Marialucìa Semizzi,³ Silvano Pomari,² Francesco Pontarollo,¹ Anita Conforti^{1,2}

1. Università di Verona; 2. Osservatorio per le Medicine Complementari; 3. Associazione "Giovanni Scolaro" per la Medicina Integrata

Bioetica e medicine complementari

Ha suscitato dubbi, perplessità nonché voci contrarie il documento sulle medicine complementari pubblicato dal Comitato Nazionale di Bioetica. Un gruppo di medici e ricercatori lo ha analizzato nel dettaglio

Il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), nella seduta del 18 marzo scorso, ha approvato il documento *"Le medicine alternative e il problema del consenso informato"*. Il nostro gruppo di medici e ricercatori, che da anni si occupa degli aspetti sperimentali, epistemologici ed etici nel campo delle medicine complementari, ritiene tale documento molto interessante per gli argomenti toccati, verso cui si accentra una attenzione crescente dei pazienti e degli operatori sanitari. Poiché nel testo del CNB abbiamo riscontrato vari aspetti non condivisibili, con questo lavoro presentiamo alcuni commenti, sulla base delle nostre esperienze e conoscenze.

Medicine alternative o complementari?

Nei primi due paragrafi il testo del CNB si sofferma sulla definizione delle medicine *"alternative"*, cercando di giustificare l'adozione di questo termine per designare l'ampio ventaglio di pratiche diagnostico-terapeutiche oggetto di attenzione. Anche se si afferma esplicitamente che non si pretende *"che sia in assoluto la più corretta"*, di fatto viene preferita questa definizione piuttosto che quelle - molto più spesso usate dalla letteratura internazionale e dagli esperti del settore - di medicine *"complementari"* o, tutt'al più, di medicine *"non convenzionali"*. Da tutto il contesto del documento e in particolare dalla lettura dei primi due paragrafi, è evidente che la scelta del termine *"alternativa"* rappresenta una precisa opzione di natura ideologica, che inevitabilmente e nettamente divide teorie e pratiche della medicina attuale in due campi contrapposti: da una parte *"quelle pratiche diagnostic-*



terapeutiche, poste in essere da medici, che si basano su concetti, teorie e principi attualmente irriducibili alle conoscenze scientifiche consolidate nella e dalla tradizione epistemologica occidentale». Tale suddivisione ha notevoli effetti sulla formulazione dei successivi giudizi in campo etico e deontologico.

A noi tale affermata *"irriducibilità"* pare tutt'altro che scontata. Se è vero che i principi tradizionali, per la maggior parte dei casi elaborati secoli orsono, prescindono (ovviamente) dalle conoscenze scientifiche attuali, è altrettanto vero che continuamente vi è stato chi ha cercato di aggiornare le teorie e i principi confrontandoli e armonizzandoli con le conoscenze scientifiche. Ad esempio, il *"principio di similitudine"* dell'omeopatia è stato ricondotto alle conoscenze scientifiche occidentali da un ampio gruppo di ricercatori già nella seconda metà dell'Ottocento (5) e ora questo programma è teoricamente e sperimentalmente molto avanzato (6-8). Anche le cono-

scienze scientifiche sul meccanismo d'azione dell'agopuntura sono molto progredite e in parte confermano le intuizioni degli antichi cinesi, che avevano scoperto ed espresso i modernissimi concetti di equilibrio energetico e di sistema dinamico con altro linguaggio.

Problemi di competenza

Secondo il CNB un'altra caratteristica delle medicine *"alternative"* è il fatto che le loro pretese di efficacia e di sicurezza *«non sono sostenute a parere della maggioranza dei membri del CNB (o comunque non sono sostenute in modo soddisfacente) da prove effettuate con metodologie rigorose e sperimentalmente attendibili»*. Va rilevato che il giudizio è sostanzialmente un *"parere della maggioranza dei membri del CNB"*, ma tale Istituzione, per quanto competente in questioni di natura bioetica, non può definirsi competente in questioni di natura scientifica, tanto più se si considera che al suo inter-

no non sono presenti medici né ricercatori che abbiano una specifica competenza in alcuna delle medicine complementari oggetto del giudizio. In realtà, il problema della competenza non è stato del tutto ignorato nel documento, tanto che, al successivo punto n.8, si legge: «Il CNB non ritiene di propria competenza prendere posizione su questioni puramente epistemologiche e metodologiche, ma non può non dare il giusto peso alle preoccupate prese di posizione in materia di numerose Società Scientifiche e Facoltà mediche etc.». Se il CNB si ritiene, correttamente, incompetente su tali questioni, non si vede come possa esprimersi sulla validità delle prove e sulla rigorosità delle metodologie (valutazione invece effettuata al paragrafo 1).

È corretto, quindi, riportare i pareri delle Società medico-scientifiche, ma l'attenzione andrebbe estesa, a maggior ragione, alle Società di riferimento specificamente competenti nel campo complementare, oggi ben note e rappresentative di molte migliaia di medici. Queste Società sono le principali custodi sia degli aspetti scientifici sia di quelli epistemologici e metodologici delle diverse discipline. Effettuare una scelta aprioristica tra le Società scientifiche, attribuendo autorevolezza e "peso" solo alle "preoccupate prese di posizione" della medicina ufficiale (prese di posizione che a noi non risulta siano comunque tanto "numerose"), senza riportare il parere e le attese di quelle della medicina complementare, rappresenta una precisa "scelta di campo", che censura voci ed esperienze diverse. Un problema analogo riguarda le Facoltà mediche, un punto che sarà ripreso successivamente quando tratteremo della ricerca e della didattica universitaria.

Medicine "empiriche" e scientificità della medicina

Nel secondo paragrafo, il documento del CNB propone un'ulteriore distinzione nel campo delle medicine cosiddette "non scientifiche", quella tra medicine "alternative" (pranoterapia, la medicina ayurvedica, la medicina antroposofica, l'omotossicologia, l'omeopatia, la medicina tradizionale cinese e quella tibetana, la cro-

moterapia, i fiori di Bach, il Reiki, l'iridologia, ecc.) e medicine "empiriche" (agopuntura riflessologica, la fitoterapia o la medicina manuale) giustificando in parte queste ultime, ma dichiarando che «le considerazioni svolte in questo testo non fanno riferimento alle medicine empiriche, sulle quali il CNB si riserva di intervenire in altra occasione». Si tratta di una distinzione originale, con un suo significato storico-epistemologico, ma raramente utilizzata dagli esperti del settore e dalla letteratura internazionale. La questione della fitoterapia (ma anche delle principali medicine manuali) va impostata tenendo maggiormente conto della realtà socio-culturale di queste discipline e osservando che le distinzioni sono di altro tipo. Vi è, infatti, chi ritiene la fitoterapia solo storicamente di origine empirica, come qualsiasi medicina nata in era pre-scientifica, mentre oggi, grazie alle proprietà farmacologiche dei fitocomplessi e alle inoppugnabili prove di efficacia terapeutica di molti prodotti fitoterapici, essa dovrebbe essere considerata una branca della farmacologia e inserita nella medicina accademica a tutti gli effetti. Altri, piuttosto, ritengono che la marginalità culturale entro cui è stata finora collocata la fitoterapia, ma soprattutto i complessi problemi metodologici che essa pone sul piano delle applicazioni cliniche (es. visione "olistica", interazione tra farmaci, stretto rapporto con la scienza dell'alimentazione), richiedano di considerarla una specializzazione medica a sé stante, di tipo complementare o non convenzionale.

Un discorso analogo sarebbe da farsi su chiropratica e osteopatia, mentre altre discipline manuali hanno un fondamento epistemologico e metodologico collegato alle medicine orientali. Il fatto che tali discipline (fitoterapia e medicine manuali occidentali) si collochino o meno nell'area "non convenzionale" ha rilevanza pratica e organizzativa, ad esempio nella scelta se esse debbano entrare o meno nel relativo progetto di legge attualmente in discussione. Ma si tratta di una questione che nulla ha a che fare con la classificazione, a nostro giudizio artificiosa e inutile, delle medicine cosiddette "non scientifiche" in "alternative" ed "empiriche".

Quanto alle medicine dette "alternative", secondo il CNB esse sarebbero – nel paragrafo 2 si ribadisce il concetto – quelle «pratiche la cui efficacia non è accertabile con i criteri adottati dalla medicina scientifica». Così chiaramente espresso, questo è un altro punto-chiave del documento, sul quale chi lavora da anni nel campo della ricerca scientifica sulle medicine etniche (cinese, ayurvedica, tibetana), sulla medicina antroposofica, sull'omotossicologia e sull'omeopatia, non può esimersi dall'esprimere un giudizio di netta dissociazione. Infatti, chiunque oggi può verificare, scorrendo la letteratura scientifica, che non solo l'efficacia è "accertabile" o "smentibile" con metodi rigorosi (il che - di per sé - dimostrerebbe che tali discipline accettano in larga parte di sottoporsi al metodo scientifico), ma che in un numero molto grande di pubblicazioni tale efficacia terapeutica è stata effettivamente accertata. In un numero più piccolo di casi, invece, le tradizionali affermazioni di efficacia sono state poi smentite dalle prove sperimentali, evenienza che si riscontra, appunto, in qualsiasi campo della medicina cosiddetta "scientifica".

Libertà di cura

Sul piano pratico-operativo, il CNB riconosce la legittimità dell'utilizzo delle medicine complementari, con forti limiti e a precise condizioni: «Quanto detto non comporta, come già si è osservato, che in un significativo numero di casi, grazie al ricorso alle medicine alternative, non si ottenga per molti pazienti il lenimento di loro disturbi (solo però –si osserva da più parti- quando questi sono di lieve rilevanza). È anche ben noto che i fautori di alcune medicine alternative insistono nel sottolineare come il loro massimo contributo consista nel trattamento sintomatico di casi cronici, difficili da trattare con i metodi scientifici.» (par. 11). «È comunque indubbio, a parere del CNB, che in alcune circostanze (in particolare nel caso di forme morbose non gravi o di pazienti ipocondriaci o in fase di terapia palliativa) appaia giustificato ricorrere alla somministrazione di sostanze o all'esecuzione di pratiche scientificamente non validate, a condizione che il paziente,

competente e informato, lo richieda espressamente» (par.15). Questa apertura critica, motivata soprattutto per ragioni di tipo etico e umanitario piuttosto che per convinzione di un'efficacia scientificamente dimostrata (su questo ci siamo già espressi), merita attenzione e la condividiamo. Ad esempio, se ci chiediamo qual è il campo ottimale di azione dell'omeopatia, non possiamo non concordare sul fatto che allo stato attuale delle conoscenze, per le evidenze finora disponibili e le conoscenze sul suo meccanismo d'azione, si dovrebbe propendere per le malattie croniche caratterizzate da uno stato medio-basso di gravità, soprattutto là dove le terapie "ufficiali" hanno poca efficacia. In questo, il nostro giudizio (che non esclude le evidenze di efficacia che ci sono anche in malattie acute ad evoluzione naturale favorevole) è sostanzialmente in accordo con quello del CNB.

Tuttavia è utile integrare le affermazioni del CNB con un aspetto che non va sottovalutato: la maggior parte delle malattie, anche quelle gravi, cominciano con disturbi apparentemente "di lieve rilevanza". Le malattie, che affliggono l'uomo contemporaneo occidentale, attraversano diverse fasi, per cui ai (molteplici) fattori patogeni iniziali seguono le reazioni dei sistemi biologici omeodinamici complessi (sistema di risposta allo stress, sistema immunitario, sistema cardiovascolare, ecc...), le quali reazioni a loro volta, se non ben comprese, guidate e orientate, possono divenire fonte di ulteriore patologia organica o psichica. Spesso le manifestazioni gravi e organiche compaiono dopo anni di alterazioni funzionali e subcliniche. E anche nei casi in cui i sintomi lamentati dai pazienti, qui definiti "ipochondriaci", non sono espressione di patologie potenzialmente gravi, la qualità della vita ne viene seriamente compromessa per lunghi periodi.

Ecco pertanto che curare i disturbi "di lieve rilevanza" e "forme morbose non gravi" non significa fare una medicina di lieve rilevanza, ma fare la migliore medicina possibile nel maggior numero di casi che si rivolgono alla medicina di primo livello. Purtroppo oggi si tende a considerare "scientifiche" e quindi meritevoli di attenzione e di finanziamento le terapie

ad alto contenuto tecnologico, dimenticando la prevenzione primaria e secondaria, lo stile di vita, la responsabilizzazione del paziente. Inoltre, secondo la moderna visione della salute/malattia come fenomeno dinamico e complesso, la persona con problemi di salute ha bisogno di aiuto su diversi piani e per questo, spesso (non sempre), è necessario saper integrare diversi approcci per quello che essi possono fornire.

Indicazioni e controindicazioni

Un aspetto su cui si sofferma il documento del CNB è la controindicazione all'uso delle terapie complementari in caso di patologie di una certa gravità nelle quali siano già disponibili terapie efficaci. Inoltre, è fatto obbligo al medico di informare esaurientemente il paziente sui rischi e benefici delle diverse terapie. Tale posizione è indiscutibilmente corretta e la condividiamo. Solo che il problema dei rischi e benefici deve coinvolgere e senza pregiudizi tutti gli approcci medici e terapeutici.

La forma di medicina prevalente, che si è sviluppata negli ultimi secoli in occidente, ha impostazione teorica di stampo "meccanicista" in quanto tende a considerare la malattia come un'entità nosologica in cui siano identificabili a) una "causa" prossima precisa e rimuovibile, b) un preciso e preponderante "meccanismo patogenetico", organico, molecolare o funzionale, c)

precise "lesioni" biochimiche e/o anatomo-patologiche. Il modello meccanicistico è alla base della maggior parte dei grandi successi della scienza, tra cui anche quelli della medicina moderna, ed è quindi un modello utile ed estremamente potente. Oggi sono a disposizione dei mezzi di indagine e di intervento che permettono di curare, talvolta in modo definitivo, più spesso in modo palliativo, puntando sulla rimozione del meccanismo patologico e patogeno. Pertanto, quando la malattia è ben definita in senso meccanicistico, soprattutto se ha sintomatologia intensa e/o prognosi potenzialmente grave, è deontologicamente doveroso dare priorità alla terapia meccanicistica e farmacologica convenzionale rispetto a quella complementare. In molti altri casi, la medicina meccanicistica è sostanzialmente disarmata e inoltre, se male usata, può fare danni peggiori della malattia. Non va neppure ignorato il fatto che gran parte dei pazienti che oggi si rivolgono alla medicina complementare lo fanno perché non hanno trovato risposte soddisfacenti dalla medicina ufficiale. Quindi, sia per gli avanzamenti scientifici cui si è fatto cenno, sia per gli aspetti critici e i limiti delle terapie attuali, non sarebbe scientificamente corretto sostenere che la terapia di elezione sia sempre quella meccanicistica e ufficiale. Anzi, si potrebbe suggerire che la prima terapia di una persona, che abbia problemi di salute non chiaramente risolvibili in termini meccanicistici, potrebbe consistere proprio in un approccio complementare, e solo dopo aver tentato inutilmente questo approccio si potrebbe considerare (presentando opportunamente rischi e benefici), come seconda linea di intervento, quello meccanicistico (terapia antinfiammatoria, chirurgica, ormonale, ecc.). Il fattore decisivo è che la malattia non abbia prognosi ed evoluzione rapidamente gravi e vi sia il tempo di tentare un approccio regolativo prima che soppressivo o sostitutivo. Di qui la necessità di istruire tutti i medici (ma anche gli altri operatori sanitari) sui potenziali benefici, i limiti e i rischi delle terapie complementari oltre che di quelle convenzionali. La valutazione preliminare per decidere se impostare una terapia non convenzionale richiede la capacità di comprendere il grado di duttilità dei sistemi

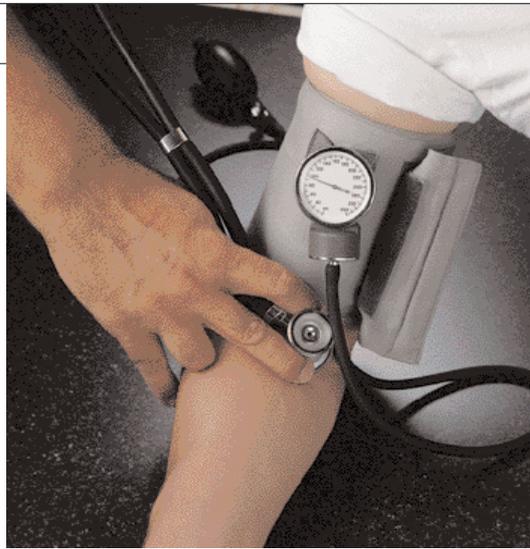


omeodinamici dell'organismo nel momento in cui la terapia viene somministrata: più che parlare di malattie "gravi" o "non gravi", occorrerebbe parlare di "fasi di malattia", riservandosi di agire con terapie naturali in quelle in cui gli equilibri sono ancora ripristinabili e intervenendo con approccio meccanicistico qualora la capacità di riequilibrio appaia compromessa. L'omeopatia, ma anche l'agopuntura e altri approcci complementari, per la loro impostazione concettuale che tende a risvegliare le reazioni omeodinamiche dell'organismo nel suo insieme, possono costituire, almeno in via di principio, un aiuto per il malato anche "a prescindere" dalla malattia organica. Il concetto tradizionale è quello di curare "il terreno", non solo l'organo, la cellula o la molecola.

Per ciò che concerne il consenso informato, nel paragrafo 17 si legge: «Particolare attenzione i medici dovrebbero riservare all'uso delle medicine alternative qualora i pazienti siano minori o incapaci, anche nel caso in cui esse vengano richieste da parte dei loro genitori o tutori». Franca mente non si comprende la necessità né la logica di una simile raccomandazione specificamente dedicata all'infanzia o ai pazienti "incapaci". Infatti, se da una parte, per tutto quanto si è detto, è ovvio che i medici debbano prescrivere o consigliare terapie solo se ravvisano, in scienza e coscienza, la loro necessità (e questo vale in tutti i pazienti), d'altra parte è altrettanto noto che il consenso al trattamento dei minori è di norma accordato dai genitori debitamente informati (e questo vale in tutte le terapie). Il fatto di aver sollevato una questione sul ruolo dei genitori nel chiedere terapie complementari, anche per l'amplificazione della notizia da parte di organi di informazione, ha creato inutile allarmismo in seno alle famiglie che hanno scelto di curare i loro bambini con medicine complementari.

Problemi aperti

Prendendo posizione in difesa della scientificità delle principali medicine complementari, non vogliamo sostenere né che le prove di efficacia siano sufficienti per tutte le medicine che il CNB definisce alternative, né che tali prove siano di ugual peso nelle diverse discipline. Nel patrimo-



nio tradizionale delle maggiori medicine complementari moltissimo resta ancora da chiarire, da provare e, certamente, da scartare. Inoltre, e in ciò ci associamo col documento del CNB, esistono teorie e pratiche che esulano quasi totalmente dal metodo scientifico e sulle quali anche il nostro giudizio quanto alla eticità del loro impiego in campo medico è molto critico. Ci riferiamo in particolare a quelle pratiche che «giustificano la loro efficacia non col riferimento a un corpus dottrinale pubblico, che possa essere insegnato, appreso e quindi trasmesso, ma a facoltà o a poteri congeniti, privati, ipotizzati come presenti nel terapeuta e di cui lo stesso terapeuta non è in grado di indicare la causa o la fonte obiettiva» (par.12). Vi sono anche, indubbiamente, abusi ed errori nell'utilizzo pratico di tali metodiche, particolarmente quando sono usate, dagli stessi fautori, come "alternative" (in opposizione) e senza spirito critico. Siamo anche preoccupati del fenomeno secondo cui, assieme a teorie e pratiche che interessano la salute psicofisica, vi sia talora la tendenza a propagandare visioni irrazionali, esoteriche o persino occulte, queste sì "irriducibili" a un controllo empirico. In questo giudizio ci associamo al parere del CNB, rilevando nel contempo che esso non si addice né alla medicina cinese, né all'omeopatia, né alle principali medicine che la FNOMCeO ha definito come "atto medico" nel documento emanato a Terni il 18 maggio 2002.

Il ruolo delle istituzioni e la ricerca

Opportunamente il CNB richiama le «Istituzioni pubbliche nazionali e regionali, le Università, gli Ordini dei medici e i Collegi delle professioni sanitarie e anche le Società medico-scientifiche accreditate» al dovere di informare i cittadini e

istruire gli operatori sanitari (par. 6). È anche fondamentale e pienamente condivisibile la raccomandazione ad aumentare la «sperimentazione sistematica, attuata secondo protocolli rigorosi, metodologicamente corretti». La carenza di ricerca scientifica è una indubbia e grave lacuna che va ascritta sia alla relativa arretratezza delle società scientifiche di

molte delle discipline complementari (che fino a non molti anni fa si sono sviluppate in una specie di semi-clandestinità), sia alla latitanza dei centri universitari e del Sistema sanitario nazionale, che hanno trascurato il settore, proprio perché ritenuto "alternativo" e quindi non degno né di interesse, né di finanziamenti, né di insegnamenti. Non è questa la sede adatta per una rassegna dei problemi legati alla ricerca scientifica sulle medicine complementari. Desideriamo solo commentare brevemente il punto in cui il documento del CNB afferma che «è essenziale che si richieda ai rimedi utilizzati dalle medicine alternative la medesima rispondenza agli standard di efficacia richiesta ai farmaci della medicina scientifica, non essendo accettabile l'istituzionalizzazione di un doppio standard per il mercato farmaceutico». Anche questa affermazione è apparentemente indiscutibile, ma chi conosce a fondo i problemi metodologici che si trovano "sul campo" sa che la sua realizzabilità (ma anche per certi aspetti la stessa fondatezza epistemologica) è tutt'altro che scontata. Infatti, ogni pratica medica va certamente valutata secondo criteri di rigore universali, come ad esempio l'utilizzo di criteri statistici. Ma quando si scende sul piano metodologico specifico, ogni disciplina va valutata utilizzando i suoi propri metodi tradizionali. Infatti, come ormai acquisito dalla riflessione epistemologica contemporanea (sia da quella condotta dai filosofi della scienza che da quella spontaneamente praticata dagli scienziati stessi nel corso della loro attività), e come altresì affermato dallo stesso documento del CNB (par. 18), esiste "il pluralismo nella scienza", benché esso non vada confuso con "un pluralismo delle scienze". Correttamente intesa, tale affermazione è di ca-

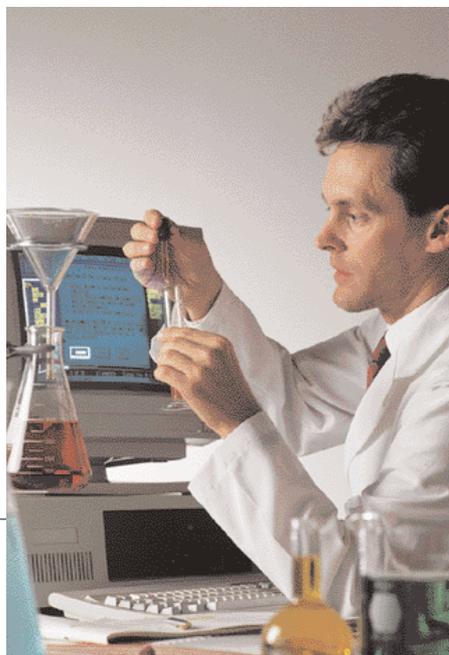
pitale importanza. Essa significa infatti che esiste un criterio fondamentale che distingue la conoscenza scientifica da qualunque altra forma di sapere, criterio che consiste nell'uso del metodo sperimentale, ovvero nella necessità di sottoporre qualsiasi teoria ad un controllo non semplicemente "empirico", come talora imprecisamente si dice, ma ad un controllo empirico svolto in condizioni "costruite" ad hoc dallo sperimentatore, in quanto "mirate" a mettere in luce le particolari proprietà che si intende indagare. Questa "auto-limitazione" metodologica è stata la vera chiave di volta che ha reso possibile la rivoluzione scientifica galileiana, assai più dell'uso della matematica e della generica "osservazione", che erano principi noti anche agli antichi, ma non avevano prodotto fin lì grandi risultati. Da questo punto di vista è chiaro che la scienza è fondamentalmente una e che non ha letteralmente senso pretendere di contrapporre alla scienza cosiddetta "ufficiale" un'altra scienza "alternativa", basata su criteri metodologici differenti, la cui natura però non risulta mai (né potrebbe) chiaramente definita. Al tempo stesso, però, proprio per queste sue caratteristiche, l'esperimento può assumere, e di fatto ha assunto storicamente, diverse modalità di applicazione, dipendenti essenzialmente dalla differente natura delle proprietà di volta in volta oggetto di indagine. Inoltre è chiaro che questo metodo si applica con maggiore facilità e con risultati più chiari e convincenti quando si ha a che fare con proprietà facilmente isolabili dalle altre. È un dato ormai acquisito che in molti sistemi complessi (e l'organismo umano è certamente uno di essi) esistono proprietà del sistema in quanto tale che non sono riducibili a quelle dei suoi componenti singolarmente presi. Questo comporta ovviamente una maggiore difficoltà nel progettare ed eseguire gli esperimenti relativi ed una maggiore incertezza nei risultati. Ciò non è però indice di una loro minore scientificità ma solo, appunto, della maggiore difficoltà dell'oggetto di indagine. Segnaliamo che, per l'omeopatia, la questione è stata già ampiamente discussa nell'ambito della commissione ministeriale per i medicinali omeopatici (D.Lvo 185/1995 integrato dalla Legge 347/1997), che ha prodotto dei documenti al riguardo.

Il CNB (par.18) afferma «È auspicabile che le Università e più in generale tutti gli enti di ricerca nella loro autonomia sviluppino programmi di ricerca sulle medicine alternative, sulla loro storia, sulla loro diffusione, sulla loro plausibilità epistemologica, sui risvolti sociologici del loro impiego e su qualsiasi altro loro aspetto che sia rilevante ai fini della diffusione e dell'incremento del sapere». Si tratta di affermazioni in parte ovvie e condivisibili (la necessità di maggiore ricerca, di una maggiore istruzione agli studenti universitari su una problematica di grande rilievo) ma che non tengono conto, in pratica, né citano i numerosi ostacoli che si frappongono tra l'enunciazione teorica e la realizzabilità pratica. Noi operiamo in ambito prevalentemente, anche se non esclusivamente universitario, e sappiamo per esperienza quanto sia difficile avere spazio per programmi di ricerca e sviluppo; esiste, infatti, una forte opposizione al fatto stesso che queste medicine siano investigate e insegnate. Esistono regole e consuetudini (es. gestione dei concorsi, "impact factor" con cui si "pesa" l'importanza delle pubblicazioni, oligarchie nei settori disciplinari ecc.) che, di fatto, escludono la possibilità che un giovane che voglia intraprendere la carriera universitaria e la ricerca scientifica in un campo complementare abbia qualche spazio e prospettiva. Va anche segnalato che è proprio il giudizio di "alternatività" e di "non scientificità" a costituire un grosso ostacolo ai programmi di ricerca nel settore. Infatti, facendo leva su tale giudizio, vi sono stati recentemente degli ambienti scientifici, soprattutto farmacolo-

gici, i quali hanno pubblicamente sostenuto che alle medicine "alternative" non si dovrebbe assegnare alcuna risorsa, neppure per la ricerca. A parte il dubbio su quanto questo atteggiamento sia espressione di un autentico spirito scientifico, ciò conferma quanto possa essere gravida di conseguenze una rigida posizione epistemologica come quella da cui muove il documento del CNB e spiega le preoccupazioni di chi è impegnato con fatica in una ricerca aperta, libera e a 360 gradi.

La didattica nelle medicine complementari

Il par.18 recita: «L'insegnamento o gli insegnamenti che abbiano per oggetto tali aspetti della medicina, devono essere mirati a far conoscere agli studenti una problematica di grande rilievo nell'ambito della sanità contemporanea, ma non a veicolare in essi l'idea, epistemologicamente non giustificabile e non coerente col prestigioso valore legale dell'unitario titolo di studio rilasciato dall'Università, che il pluralismo nella scienza equivalga a un pluralismo delle scienze. Né è accettabile che l'insegnamento di tali aspetti della medicina possa avere una valenza professionalizzante particolare, spendibile sul mercato diversamente da quella di cui ordinariamente gode ogni medico». Si capisce la giusta cautela nel proporre agli studenti l'insegnamento di nuove materie, in cui le conoscenze scientifiche sono spesso incerte o contraddittorie. Anche noi (P.B. e A.C.), che coordiniamo il corso elettivo di "Introduzione alla conoscenza delle medicine complementari" nella nostra Università, ci atteniamo a questo principio di prudenza e di unitarietà del sapere. Ciò che invece non risulta comprensibile è l'affermazione secondo la quale l'insegnamento di tali aspetti della medicina non dovrebbe avere una "valenza professionalizzante particolare, spendibile sul mercato etc.". Perché i medici, che studiassero accanto ad altre discipline quelle complementari non dovrebbero poter spendere sul mercato la loro professionalità, come per le altre discipline? E quale medico sarà interessato ad apprendere una materia se poi non potrà utilizzarla professionalmente? E chi preparerà i medici che vogliono qualifi-



carsi, a livello di specializzazione o di master in una disciplina complementare? La posizione del CNB trascura il fatto che comunque le medicine complementari sono diffuse e insegnate a livello privato, talvolta senza adeguate garanzie di qualità e serietà. Per porre rimedio a ciò e per elevare lo standard culturale del settore, è necessario incentivare la didattica di alto livello – anche tramite collaborazioni tra università ed enti privati accreditati – anziché frapporre ostacoli artificiali quali sarebbero l'esclusione di una valenza professionalizzante dei corsi di insegnamento.

Il CNB termina affermando che «È infine essenziale che l'insegnamento relativo alle medicine alternative venga affidato a studiosi individuati secondo le ordinarie modalità di reclutamento dei docenti universitari, senza concedere poteri decisionali (che acquisterebbero il carattere di indebiti privilegi) alle associazioni di riferimento delle medicine alternative (omissis)» (par. 19). Tale posizione, apparentemente ineccepibile e rigorosa, non considera il fatto che la cultura medica nel campo complementare si è formata pressoché totalmente fuori dell'università. La maggior parte dei più seri studiosi ed esperti di medicine complementari hanno acquisito competenza scientifica, clinica e didattica in ambito extra-universitario e nei prossimi anni è inevitabile che continui un "doppio binario" (intra- ed extrauniversitario) per la crescita di tali competenze. Lo Stato secondo il principio di sussidiarietà, dovrebbe sostenere lo sforzo di crescita culturale, mirata ultimamente all'interesse di tutti i cittadini, che si evidenzia nelle Scuole e Associazioni di riferimento del settore, anche se private, purché svolgano un servizio pubblico, serio e qualificato. Un atteggiamento statalista e accentratore, nelle attuali condizioni, equivarrebbe a una pratica soppressione di ciò che di valido finora è stato conseguito e a un appiattimento verso il basso delle stesse competenze universitarie, che continuerebbero a non aver alcun confronto con le realtà vive della medicina. La strada giusta, invece, è quella della collaborazione e della progressiva integrazione, nel rispetto delle competen-

Bibliografia essenziale

1. Bellavite P, *Biodinamica. Basi Fisiopatologiche e Tracce di Metodo per una Medicina Integrata*, Tecniche Nuove, Milano, 1998.
2. Bellavite P, Conforti A, Lechi A, Menestrina F e Pomari S, (Editori), *Le medicine complementari. Definizioni, applicazioni, evidenze scientifiche disponibili*, Utet-Periodici Scientifici, Milano, 2000.
3. Bellavite P, Pomari S, Medicina ufficiale e MNC: integrazione fattibile. *Atti del Convegno Nazionale FNOMCeO "La professione medica e le medicine non convenzionali: rischi e opportunità"*, Terni, 17 maggio 2002, Pagg. 43-74.
4. Bellavite P, Conforti A, Ortolani R, Pomari S, *Medicine complementari: alternative o integrative?* In: *La conoscenza e la cura* (F. Asioli, M. Bassi, D. Berardi, G. Ferrari, A. Fioriti, R. Roberti eds.), CIC Edizioni Internazionali, Roma pp. 92-96, 2003.
5. Boyd LJ, (1936) *A Study of the Simile in Medicine*. Boericke & Tafel, Philadelphia, Trad. *Il Simile in Medicina. Medicina Ippocratica, Omeopatia e Scienza*. Edizioni Libreria Cortina, Verona, 2001.
6. Bellavite P, *Biodinamica, malattia e similitudine. Parte terza: omeoterapia (la cura mediante "il simile")*. *Il Medico Omeopata IX(27)*: 41-55, 2004
7. Eskinazi D, *Homeopathy re-revisited: is homeopathy compatible with biomedical observations?*, *Arch Intern Med*, 159:1981-1987, 1999.
8. Teixeira MZ, *Homeopathic use of modern medicines: utilisation of the curative rebound effect*, *Med Hypotheses*, 60:276-283, 2003.

ze e dei titoli scientifici finora acquisiti, indipendentemente dal fatto che siano o meno già accettati dal sistema universitario. Anche se forse si potrebbe auspicare che, a tempi medio-lunghi, si vada verso un insegnamento integralmente universitario anche per le medicine complementari, è a tutti noto quanto siano farraginose e chiuse le regole del reclutamento dei docenti universitari: per fare un solo esempio, qualora fosse disponibile un budget, un consenso culturale e un "nulla osta" dei centri di potere accademico per istituire un insegnamento di ruolo in una facoltà medica per professore universitario in medicine complementari, non sarebbe di fatto possibile attuarlo, mancando il rispettivo settore disciplinare riconosciuto dal Ministero e quindi non essendoci la possibilità di costituire la commissione concorsuale competente in materia.

Stanti così le cose, l'ultima affermazione citata del documento del CNB può avere solo due interpretazioni: o ignora i reali ostacoli pratici, burocratici e culturali che impediscono un effettivo inserimento in università delle discipline complementari, o intende suggerire regole talmente rigide da rendere, di fatto, impossibile un'attività di ricerca e didattica qualificata.

Conclusioni

La stragrande maggioranza degli esperti delle principali medicine complementari e tutti i ricercatori impegnati su questo difficile campo di frontiera auspicano che sia superata la schematica e semplicistica contrapposizione tra medicina "alternativa" e medicina "scientifica". Ogni insistenza su questa contrapposizione, priva di consistenti motivazioni

tecnico-scientifiche ed epistemologiche, non giova allo sviluppo del settore e finisce per essere strumentalizzata solo da chi è interessato a bloccare lo sviluppo di un settore della medicina, che è in crescita in tutti i Paesi occidentali e che interessa milioni di cittadini.

La medicina è una sola, ma in una realtà sanitaria complessa utilizza diversi approcci, secondo le diverse dimensioni della patologia, tra loro integrabili. In gran parte delle associazioni e scuole delle principali medicine complementari è in corso un lavoro di ri-definizione epistemologica delle rispettive discipline e di attenzione alla ricerca scientifica. In varie realtà sanitarie, anche pubbliche, sono in atto esperienze di assistenza ambulatoriale che utilizzano metodiche complementari a fianco di quelle tradizionali.

Queste novità, che tendono a favorire un razionale lavoro di integrazione, vanno sostenute e valorizzate, non combattute e ostracizzate. La cooperazione e la "partnership" (tra medico e paziente, tra operatori sanitari con varie competenze, tra ente pubblico e iniziative private accreditate) sono il cuore della sfida organizzativa basata in primis sulla ricerca scientifica e secondariamente sulla migliore assistenza e la trasmissione del sapere, una sfida che dovrebbe portare alla maggiore conoscenza reciproca di mondi che si sono finora ignorati o combattuti e al miglioramento dell'assistenza sanitaria, nell'interesse primario dei cittadini. ■

¹ Ciò non significa tuttavia, che esso coincida col metodo sperimentale tout court, rappresentandone invece solo una particolare, benché importantissima, versione né che sia sempre e comunque applicabile.