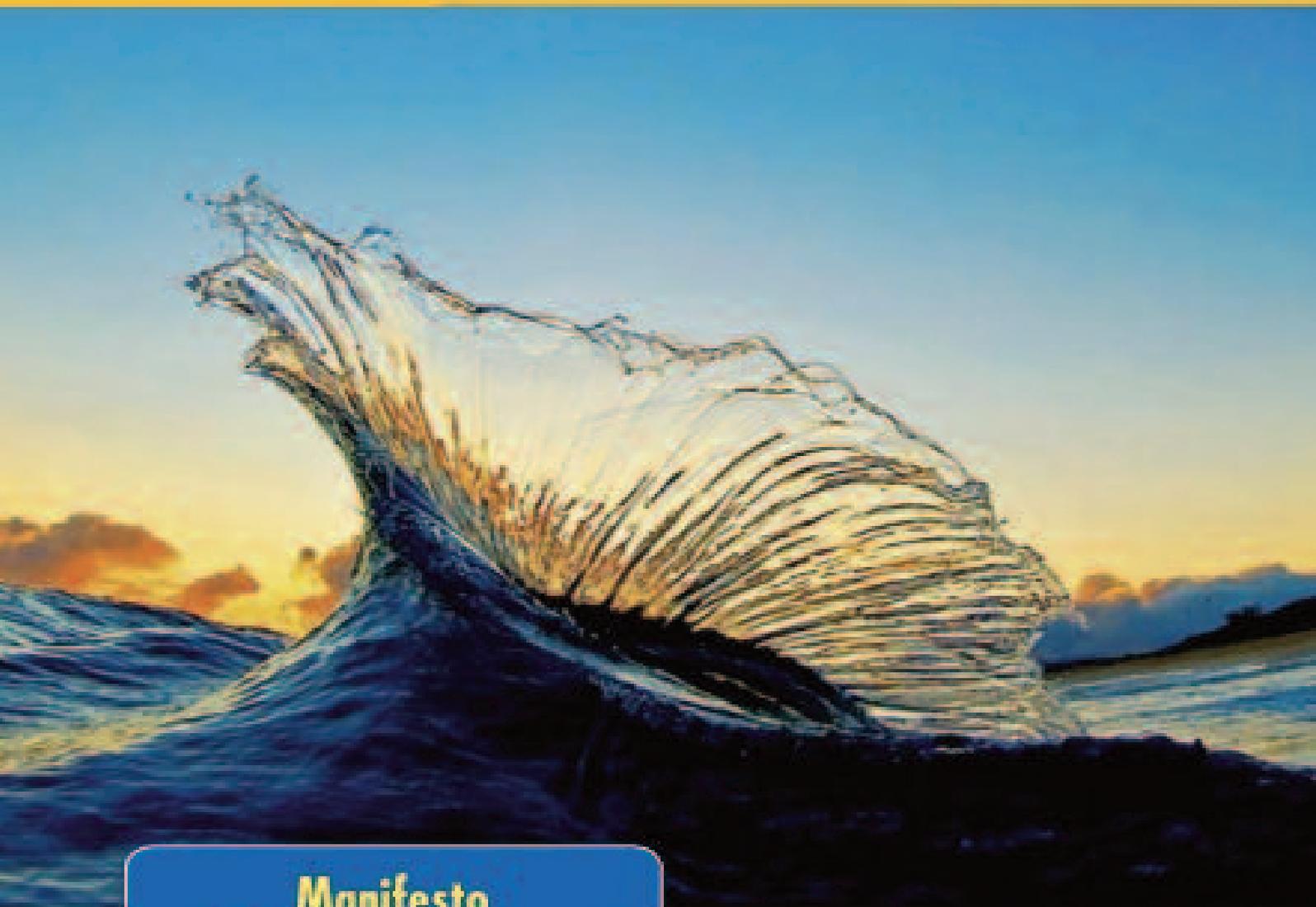


**NUMERO SPECIALE**

HIM@d

**HOMEOPATHY**  
and Integrated Medicine



**Manifesto  
per la Medicina Integrata**

Novembre 2011 | Volume 2 | Numero 2

**SIOMI**  
SOCIETÀ ITALIANA DI HOMEOPATIA  
E MEDICINA INTEGRATA

Organo ufficiale della  
SOCIETÀ ITALIANA DI HOMEOPATIA E MEDICINA INTEGRATA

Organo ufficiale della  
**Società Italiana di Omeopatia  
 e Medicina Integrata**

Direttore Responsabile: **Gino Santini**

Direttore Scientifico: **Simonetta Bernardini**

Registrazione al Tribunale di Roma n. 61 del 24 febbraio 2010

Periodicità: Semestrale

© 2010-2011 SIOMI - Tutti i diritti riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta o trasmessa in alcuna forma, senza il permesso scritto della SIOMI.

In copertina: fotografia di Clark Little.

Le copie arretrate possono essere richieste alla SIOMI.

Direzione: c/o ISMO - Via Adolfo Venturi, 24 - 00162 Roma

Amministrazione, Pubblicità: c/o FIMO - Via Kyoto, 51 - 50126 Firenze

Tel.: 055.6800.389 - Fax: 055.683.355 - E-mail: segreteria@siomi.it

Finito di stampare nel mese di novembre 2011

presso Grafica Di Marcotullio s.a.s.

Via di Cervara, 139 - 00155 Roma

#### COMITATO SCIENTIFICO

##### Area di omeopatia e medicina integrata

Simonetta Bernardini, Francesco Bottaccioli, Tiziana Di Giampietro, Carlo Di Stanislao, Peter Fisher, Italo Grassi, Francesco Macrì, Ennio Masciello, Roberto Pulcri, Gino Santini, Gabriele Saudelli

##### Area accademica e medicina convenzionale

Ivan Cavicchi, Andrea Dei, Giuseppe Del Barone, Claudio Fabris, Luciano Fonzi, Antonio Panti, Roberto Romizi, Mauro Serafini, Umberto Solimene

# HIM@d HOMEOPATHY and Integrated Medicine

Anno 2 - Numero 2, Novembre 2011

## ■ UN MANIFESTO PER LA MEDICINA INTEGRATA

### 3 **Medicina Integrata - Anatomia di una scelta**

*di Andrea Dei*

### 11 **Il problema della validazione delle terapie non ortodosse Antinomia e principio di non-contraddizione in Medicina Integrata**

*di Andrea Dei*

### 16 **L'omeopatia e la Medicina Integrata**

*di Francesco Macrì*

### 19 **Per una Medicina Integrata - Argomenti e postulati**

*di Ivan Cavicchi*

### 24 **Etica delle cure integrate**

*di Alfredo Zuppiroli*

### 31 **Ormesi e Medicina Integrata - Sinonimia di un paradigma**

*di Andrea Dei*

### 36 **"Integrativa", "Integrata" o Nuova Medicina?**

*di Simonetta Bernardini*

### 45 **Fra ideale e realtà Un osservatorio internazionale sulla Medicina Integrata**

*di Guido Giarelli*

## Presentazione

Lo scopo di questo contributo è di rafforzare la proposta di integrazione di pratiche terapeutiche convenzionali, i. e. approvate dalla biomedicina occidentale, altrimenti definita medicina accademica, con pratiche terapeutiche attualmente definite non-ortodosse. Queste ultime sono oggi genericamente indicate come CAM (Complementary and Alternative Medicines) e un numero significativo di medici e di pazienti sostiene che possano essere integrative o sostitutive delle pratiche utilizzate dalla medicina ortodossa e, in qualche caso, essere capaci di dare guarigione laddove i metodi della biomedicina falliscono o danno risultati insoddisfacenti. Esse possono essere definite come correlate "con diagnosi, trattamenti o prevenzioni che provvedono complemento al pensiero corrente della medicina contribuendo a un bene comune, soddisfacendo una richiesta non ancora realizzata dalla medicina ortodossa o diversificando la struttura concettuale della biomedicina" (Ernst, 1995; Barret, 2003) e come comprendenti "uno spettro di terapie di guarigione che originano da sistemi di valutazione del tutto distinti da quelli utilizzati dalla medicina occidentale" (Thorpe, 2002).

La realizzazione di tale proposta di integrazione è complicata per nebulosità del soggetto, diversità di pensiero, interessi di parte, posizioni integraliste, differenza di ordinamento legale e difficoltà oggettive dovute alle differenti direttive sanitarie dei singoli governi. Ciò nonostante è comunemente ritenuto che questa integrazione possa causare una crescita delle potenzialità dell'arte del curare in tutti i settori della vita umana, che riguardano non solo lo stato di salute, ma anche lo stato di relazione con se stessi e con la società.

Poichè nella letteratura internazionale esiste una grande confusione di terminologia, di concettualizzazione e perfino di definizione del modello sanitario integrato, tale contributo è stato redatto con lo scopo di meglio definire il fenomeno e le sue potenzialità terapeutiche nell'ambito del servizio sanitario pubblico. Nella redazione si è fatto riferimento al modello di Medicina Integrata attualmente in sperimentazione all'Ospedale di Pitigliano.

Simonetta Bernardini, Ivan Cavicchi, Andrea Dei,  
 Guido Giarelli, Francesco Macrì, Alfredo Zuppiroli

## Un Manifesto per la Medicina Integrata

- La Medicina Integrata promuove l'alleanza tra risorse di cura armonizzate tra loro in modo non contraddittorio e maturate in discipline diverse appartenenti a più epoche e substrati culturali e oggi definite come Biomedicina e CAM (Complementary and Alternative Medicines).
- I suoi presupposti sono: la relazione, la centralità, la complessità e la globalità della persona, la scientificità delle pratiche, la corresponsabilizzazione del soggetto di cura o di salute, la visione della malattia quale fenomeno coemergente da una moltitudine di fattori diversi, la ricerca della salute come priorità.
- La Medicina Integrata riconosce la persona come unità di corpo, mente e spirito in relazione con la propria storia individuale e con l'ambiente e considera l'attuale divisione fra diversi modelli terapeutici un ostacolo da superare in una prospettiva di reciproca ausiliarità.
- La libertà di scelta terapeutica del cittadino è un diritto che va affermato e tutelato, insieme al riconoscimento della libertà di cura per il medico. Le convinzioni personali, culturali e spirituali di ciascun individuo influenzano l'interpretazione e l'esperienza di malattia e di guarigione.
- La Medicina Integrata contempla i significati di salute e guarigione insieme a quelli di malattia e terapia. Ciascun paziente è insieme oggetto di malattia e soggetto capace di esprimere un potenziale di autoguarigione che va insegnato e adeguatamente supportato.
- La Medicina Integrata promuove la ricerca sull'efficacia e la sicurezza delle cure a prescindere dalla diversità dei paradigmi dei vari modelli di pratica terapeutica. Le discipline ammesse al modello di Medicina Integrata devono essere garanti di adeguati livelli di sicurezza e di efficacia teorica e pratica.
- La Medicina Integrata coniuga i valori espressi dai cittadini con quelli professionali del medico e di ogni altro operatore sanitario soddisfacendo ai criteri di giustizia sociale e di massima sostenibilità.
- La Medicina Integrata realizza un incontro sincretico fra modelli diversi di medicina, reso necessario dalle nuove conoscenze maturate negli ultimi decenni riguardo l'organismo vivente, e si fonda su un approccio interdisciplinare e non gerarchico all'organizzazione delle cure.
- Le virtù della Medicina Integrata sono: la ragionevolezza nell'uso della conoscenza scientifica, la comprensione delle situazioni e dei problemi della persona, la sensibilità relazionale per favorire la reciproca conoscenza, la prudenza nel decidere gli interventi necessari, la responsabilità quale capacità di prevedere le conseguenze dei propri atti terapeutici, la capacità di ascolto e il valore dell'opinione del malato quindi la comprensione del linguaggio come espressione primaria della persona, l'uso oculato e sobrio delle tecnologie, la pertinenza dei comportamenti terapeutici nei confronti dell'attualità del malato, il valore dell'esperienza nei confronti di ogni forma di conoscenza proceduralizzata.

# Medicina Integrata

## Anatomia di una scelta

Andrea Dei

Dipartimento di Chimica, Università di Firenze  
E-mail: andrea.dei@unifi.it

La medicina è largamente determinata dalla società nella quale si sviluppa e come tale va definita come una espressione socioculturale del pensiero, del costume, dell'economia, della politica e del sentimento religioso di una società umana. Tale espressione è determinata dalle decisioni di politica sanitaria, dai capitali dell'industria privata, dai desideri degli utenti della salute e dalla capacità di influenza dei media. Questa multidipendenza la rende una realtà estremamente complessa e difficile da semplificare, al di là delle pretese che sono alla base del patto sociale che negli ultimi centocinquanta anni ha coinvolto le istituzioni da una parte e l'accademia e gli ordini dei medici dall'altra. Tale patto ha avuto come conseguenza la creazione di una ortodossia, quale è quella rappresentata dalla biomedicina (o medicina accademica moderna), che istituzionalmente costituisce la cultura ufficiale per esercitare la professione medica nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale. La creazione dell'ortodossia è una logica conseguenza del patto sociale, dal momento che l'accademia e gli ordini, nel sottoscrivere, potevano garantire solo la legittimazione culturale e non la capacità professionale dei propri laureati e iscritti. Caratteristica di tale legittimazione culturale è stato l'esercizio della professione medica con conclamata giustificazione di un supporto scientifico, vero o preteso tale, con il quale l'ortodossia è solita caratterizzare la comprensione e la spiegazione della natura della malattia e conseguentemente la proposta di intervento terapeutico. Poiché il progresso delle conoscenze metteva in luce la pretenziosità della giustificazione in nome della parola "scienza", si è preferito successivamente parlare di giustificazione sulla base di dimostrazione di efficacia o dell'esistenza di evidenza, anche se in ambito clinico i meno accorti e i più sprovvisti continuano a parlare di una medicina ortodossa basata su rigorosi canoni scientifici. Tale impostazione ha portato a degli enormi successi per la risoluzione di alcune patologie e alla messa a punto di numerosi farmaci salva-vita, ma si è rivelata insoddisfacente, se non spesso addirittura inefficace, nel trattamento di numerose patologie croniche. La cosiddetta ortodossia basata sull'evidenza tuttavia continua a negare l'evidenza di insuccesso, limitandosi al più al tentativo di cura del sintomo rispetto alla ricerca dell'origine dello stato di malessere. Questa constatazione però non ha limitato il tentativo di imporre una morale comune propagandando l'inattaccabilità intrinseca di un modello culturale che, appellandosi al supporto della univocità dei criteri di un rigoroso metodo scientifico, pretende di preordinare e regolamentare una realtà difficile e complessa come lo stato di salute dei cittadini, condizionandone le scelte. Questo

tentativo può essere giustificabile da molti punti di vista, meno che da uno, che purtroppo è proprio quello scientifico. Resta altresì da sottolineare come tale tentativo possa essere neanche troppo velatamente dettato da convenienza, opportunità politica, connivenza istituzionale o pressione di gruppi di potere. L'importanza e l'influenza di questi fattori non saranno qui oggetto di trattazione, ma il dimenticarli è da definirsi autolesionismo.

Esempio clamoroso ricordiamo essere stata l'inconsistenza dell'allarme rosso lanciato dall'OMS per la pandemia da virus H1N1, che ha costituito un incredibile autogoal nell'esprimere tale tentativo e ha richiamato alla memoria anche delle menti semplici quel "Il re è nudo" della novella di Andersen. Ma prima ancora si era dovuto assistere a un'altra farsa che era quella della medicina delle evidenze (EBM)<sup>1</sup>, che tratteremo più estesamente in un altro contributo. Tale dottrina è stata palese testimonianza di un comportamento puerile, esaltando un paradigma che si basava essenzialmente sulla quantificazione di una serie di parametri osservabili, e quindi oggettivi, e contemporaneamente proponendosi come ricerca di una medicina basata sul paziente (e quindi specifica e soggettiva). Va da sé che questa concezione porta a ridurre, condizionare e recintare il concetto stesso dell'atto del curare e di quello di guarigione come esito di successo dell'interazione medico-paziente. Infatti tale visione porta ad annullare e vanificare il bravo professionista che pensa, valuta, discerne, intuisce e decide responsabilmente sulla base della propria esperienza e della propria cultura.

Al di là degli infortuni, il grande limite della biomedicina si ritrova nella sua stessa definizione che, usando le parole Eric Cassell<sup>2</sup>, porta a privilegiare la conservazione della struttura di un organismo rispetto alla conservazione della funzionalità, quella del corpo rispetto a quella della persona, e a tenere in maggior conto sia la sopravvivenza rispetto allo stato di normalità che la lunghezza della vita rispetto alla qualità della vita. Tale disegno ha un carattere teleologico nella medicina ortodossa: con lo sviluppo della scienza e della tecnologia si riuscirà ad abbattere praticamente la sofferenza umana. Per realizzare questo proposito si mira a costituire una disciplina rigidamente regolamentata esercitata da professionisti super-specializzati. Ci si dimentica però che nello sviluppare una società che ignora la morte e che mira a un perenne stato di benessere si viene a trascurare uno degli aspetti principali dell'essere umano, che è appunto la sofferenza.

Scrivo tutto questo esprimendo una grande ammirazione per tutti coloro che negli ultimi centocinquanta anni si sono adoperati per contribuire allo sviluppo di una cultura

e di una tecnologia che hanno segnato profondamente la storia dell'umanità. Tuttavia non posso fare a meno di sottolineare come negli ultimi venti anni un numero sempre maggiore di cittadini abbia ritenuto opportuno tradire l'ortodossia, ricorrendo, spesso a proprie spese, ad altri strumenti terapeutici per la cura della propria salute.

Questi strumenti terapeutici si sono sviluppati insieme alla medicina ortodossa attraverso l'elaborazione di alcuni ancestrali strumenti dell'arte del curare come nel caso dell'osteopatia, la chiropratica o la fitoterapia, oppure si basano su paradigmi differenti come nel caso dell'omeopatia, della omotossicologia o della medicina antroposofica. Altri infine sono stati importati nei paesi occidentali facendo tesoro di esperienze millenarie di altre civiltà come l'agopuntura, la medicina ayurvedica e la medicina tibetana. Tutte queste tecniche terapeutiche sono state riunite dalla letteratura occidentale in un unico gruppo e definite essere utilizzate da medici esperti in medicine prima definite "alternative", poi non-convenzionali e infine, introducendo un attributo auspice di concordia e non di contrapposizione, complementari (CAM). Questa ultima scelta attributiva era giustificata dal fatto che i professionisti che le utilizzavano erano prima di tutto medici laureati nelle stesse università di quelli professanti la medicina ortodossa, e che molti di quei professionisti erano soliti utilizzarle come ulteriore strumento terapeutico a quello dettato dalla biomedicina.

Si deve notare che anche quest'ultima definizione di medicine complementari, se si va a vedere la letteratura internazionale, non sembra soddisfacente. La stessa etichetta di integrata o integrativa che prevede o l'espressione di più metodologie terapeutiche o la sinergia di più esperti in discipline diverse è tuttora utilizzata in maniera contraddittoria (vedi contributi di Bernardini e di Giarelli) in accordo alla carenza di un preciso disegno di sviluppo culturale.

### **Nascita di una legittimazione**

E' opinione comune che il gradimento espresso dal pubblico nei confronti di pratiche terapeutiche non contemplate dalla medicina ortodossa sia dovuto al desiderio di un sistema di cura meno aggressivo e più personalizzato. Questo è indubbiamente vero e va ascritto alle cause del successo delle CAM e di quella che abbiamo definito medicina integrata. Storicamente questo movimento nasce alla fine degli anni sessanta nella baia di San Francisco come corollario di quel fecondo movimento di contro-cultura che è stata la New Age. Tale movimento, riscoprendo i valori della spiritualità, della meditazione, dell'ambientalismo in nome di una rivolta contro gli schemi politici, sociali e culturali imposti dall'ordinamento politico e religioso delle civiltà occidentali, adottò le pratiche terapeutiche non ortodosse in nome di una filosofia olistica dell'individuo. Se il pacifismo a livello sociale e l'eclettismo, che implicava l'esplorazione interiore a livello individuale alla ricerca della propria spiritualità, erano le caratteristiche salienti di questo movimento, è importante ricordare che questo mosse l'interesse dei giovani occidentali verso un mondo fatto di valori più semplici, più diretti e più soddisfacenti quale quello

millenario delle civiltà orientali. Si deve a questo l'introduzione di elementi della cultura orientale nella società californiana, includendo pratiche terapeutiche o modelli di vita che la civiltà industriale e post-industriale non avevano fatto conoscere o non avevano mai considerato. Giova ricordare che nello stesso periodo l'Europa era scossa da altri tipi di rivolte come quella studentesca del '68, della quale lo scrivente per non esaltanti motivi di età ha avuto esperienza diretta, o quella dei Provo, che avevano obiettivi ben diversi da quelli della New Age. Il movimento californiano si diffuse prima nei paesi anglofoni e successivamente nei paesi occidentali con sfumature diverse e un numero sempre maggiore di medici e infermieri si avvicinarono a quella cultura che si distingueva da quella convenzionale. Da questo nacque un movimento spontaneo, amorfo e non regolato, come era naturale che fosse, visto che originava da un pensiero che privilegiava l'individualità rispetto all'inquadramento collettivo. Ne fanno fede la stessa definizione di CAM che deriva dal compromesso fra il *complementary* europeo e l'*alternative* nordamericano e le fantasiose giustificazioni di evidenze adottate dai professionisti che praticavano tali metodologie. Questo portò Paul Root Wolpe, una grande figura della scienza contemporanea nonché grande interprete della relazione uomo-scienza, a scrivere che le CAM sono "quello che i sociologi definiscono una categoria residua" nel senso che "non sono definite dall'esistenza di una propria coerenza ma dalla loro esclusione dalle altre categorie della medicina".

Il difetto di coerenza non ha tuttavia limitato il successo delle CAM. I dati riportati da fonti istituzionali accreditate mostrano che il numero dei disincantati dall'ortodossia sta aumentando in progressione costante in tutti i paesi occidentali con punte del 75% in Germania e Francia, 50% negli USA, Giappone e Australia, 38% in Belgio e circa il 20% in Italia. Ma non c'è dubbio che il referendum tenuto in Svizzera il 17 maggio 2009 costituisca una pietra miliare per ufficializzare tale tendenza. In tale occasione il 67% dei votanti si è espresso a favore dell'introduzione di cinque medicine complementari (omeopatia, fitoterapia, agopuntura e medicina tradizionale cinese, neuralterapia, medicina antroposofica) nella Costituzione della Confederazione, sovvertendo le decisioni del Ministero Elvetico per la Salute che, ignorando i risultati di uno studio denominato PEK sull'appropriatezza di tali pratiche, aveva cancellato dal sistema sanitario nazionale le cinque medicine menzionate. Tale espressione di volontà popolare ha fatto sì che le medicine suddette siano entrate di diritto nel servizio sanitario nazionale al pari della medicina ortodossa, siano di fatto rimborsabili purchè prescritte da un medico esperto nelle medicine complementari e che siano oggetto di insegnamento nei corsi di laurea in medicina delle università della Confederazione.

E' importante sottolineare come la gran parte di questi cittadini non rifugga dalla medicina accademica, ma di fatto abbia deciso di utilizzare modelli terapeutici la cui efficacia spesso manca del supporto che la medicina accademica ritiene di aver raggiunto, opinione che lo scrivente ritiene ampiamente giustificata almeno nell'ambito delle conoscenze attuali. Per questo motivo sembra che il

modello terapeutico di successo sia quello della medicina integrativa, nella quale un medico utilizza sia la medicina convenzionale che una o più discipline che abbiamo indicato genericamente come CAM, nella cura del paziente. Tutto questo comporta alcune riflessioni obbligatorie. La migrazione popolare verso le CAM non dipende da una deficienza del Servizio Sanitario Nazionale, visto che si verifica in pressoché uguale misura nei diversi paesi, indipendentemente dall'organizzazione con la quale i servizi vengono ad essere erogati. Altresì non è nemmeno presumibile che possa dipendere dalla relazione medico-paziente, che è nota prevedere, a seconda del costume e dell'educazione di un popolo, un comportamento più o meno paternalista o più o meno autoritario da parte del professionista.

Bisogna quindi concludere che tale rivoluzione è qualcosa di più intimamente connesso alla cura della salute e che riguarda in ultima analisi l'essenza della medicina, e che quindi la dimensione di uno stato di malattia o di malessere, come viene interpretato da un paziente, non è sufficientemente esperita dalla medicina ortodossa. Pertanto tale spostamento va interpretato non come il risultato di una scelta ideologica, anche se può esserlo in qualche caso, quanto piuttosto di una scelta pragmatica motivata da risultati soddisfacenti. Il punto è quindi questo: ancorché non supportate da una legittimazione scientifica come si verifica nel caso della medicina ortodossa, le CAM hanno ricevuto una legittimazione empirica che le ha rese gradite alla massa degli utenti della salute. L'opinione dello scrivente al proposito è chiara: le CAM e la medicina ortodossa seguono due diversi paradigmi. Le prime, anche quando postulano teorie scientifiche improponibili, possono essere accettate come metodi operazionali, in quanto seguono di fatto lo stesso software di autoprotezione che adotta l'organismo umano per conservare la propria identità. Per contro la medicina ortodossa prescinde nei suoi interventi terapeutici dall'esistenza di tale meccanismo e va sottolineato che l'ignorarlo non è stato storicamente oggetto di cultura, ma spesso di scelta consapevole per supportare il modello dell'accademia. Ritourneremo su questo punto quando in un altro contributo si parlerà di ormesi e si sottolineerà come negli anni trenta si decise di ignorare l'esistenza del fenomeno e di cancellarla dai testi accademici, visto che contraddiceva le affermazioni dell'ortodossia. Di fatto, di fronte all'evidenza dell'azione stimolatoria di una bassa dose di una qualsiasi sostanza e di una inibitoria ad alta dose nei confronti di un organismo vivente, si decise di limitare arbitrariamente la scala dimensionale a livello terapeutico alla sola dose inibitoria e di codificare tale scelta attraverso i criteri della Food and Drug Administration. Era avvenuta la canonizzazione della medicina ortodossa, da targare come "medicina degli anti".

### Contrapposizione di paradigmi

La medicina ortodossa e le diverse CAM seguono paradigmi differenziati, le cui caratteristiche non sono semplicemente confrontabili. Volendo addivenire a una schematizzazione si può dire che i metodi terapeutici sostanzialmente si dividono in due grandi categorie a se-

conda che prevedano l'esistenza di un sentimento di fiducia o meno che si ha che si ha nei confronti della capacità di un organismo malato di dare origine al processo di autoguarigione. Se tale sentimento di fiducia esiste, l'intervento medico può consistere nell'indurre una sottile interferenza atta a favorire cotale processo. Se viceversa si ritiene che la capacità di autoguarigione non sia sufficiente, il modello terapeutico che ne consegue parte dal presupposto che tale capacità possa o debba essere ignorato. Nel primo caso il punto da sottolineare è che la malattia è vista come uno stato di generale disequilibrio e l'atto della guarigione la restaurazione del normale equilibrio. Pertanto la stimolazione implica sempre il coinvolgimento del paziente, che consapevolmente adotta nei confronti di se stesso un approccio mente-corpo che diventa una causa primaria della sua guarigione. Molte terapie non ortodosse fanno di questo coinvolgimento una delle colonne portanti della metodologia, anche se, come insegnava lo stesso Ippocrate, si deve accettare che le capacità di autoguarigione sono limitate. Nel secondo caso la malattia è vista come la risultante del cattivo funzionamento di un meccanismo biologico e l'intervento terapeutico è volto ad inibire tale meccanismo. Quest'ultimo è il paradigma sul quale si basa la medicina ortodossa e per questo motivo è stata definita precedentemente come medicina degli *anti-* (anti-infiammatori, anti-biotici, antidepressivi, ecc.). Essa non necessariamente prevede un ruolo attivo da parte del paziente, perché l'inibitore del meccanismo biologico è assunto agire indipendentemente dalla volontà del paziente. Questo processo implica spesso una forte perturbazione che, anche se può essere risolutoria per rimuovere la malattia, può provocare effetti indesiderati, danneggiando altri meccanismi biologici (i cosiddetti effetti collaterali). Questi effetti indesiderati spesso sono irreversibili e, nella pratica, quel software di autoprotezione prima ricordato viene danneggiato col risultato di comportare una limitazione permanente alle capacità di difesa. Questo è quanto espresso nelle parole di Cassel, che prima abbiamo ricordato e che definiscono l'essenza determinista e meccanicistica della biomedicina.

### L'innaturale attrattiva delle CAM

La domanda che a questo punto si affaccia è la seguente: la gran parte delle CAM ha una storia secolare, anzi si può tranquillamente dire che l'introduzione della parola "scienza" che si verificò alla nascita della medicina occidentale moderna per contrapporla alle medicine complementari costituì chiaramente un abuso, dal momento che per teoria e pratica al tempo le CAM erano indubbiamente superiori alla biomedicina di allora. Ma bastò che un dentista, Morton, introducesse l'anestesia generale nel 1846 per rivoluzionare la chirurgia, che Semmelweis formulasse nel 1847 il concetto di *antisepsi* suggerendo di lavarsi le mani per limitare i casi di febbre puerperale, che si abbandonasse quell'uso di gabellare per farmaci dosi da cavallo di arsenico e mercurio, cosa che provocava la derisione e il dileggio da parte degli omeopati, e che si limitasse l'uso del salasso, purga e induzione del vomito come panacea per tutte le malattie, per parlare di medicina basata sulla "scienza". Eppure va ricordato che questa parola è stata il cavallo di battaglia

per consolidare il monopolio della biomedicina sia a livello istituzionale che accademico, anche se fino ai primi del Novecento l'essere visitato da un medico e seguire le sue prescrizioni terapeutiche secondo la sua interpretazione della biomedicina, costituiva per il paziente un evento che poteva dare esiti vantaggiosi o nefasti con uguale probabilità. L'atto medico in altre parole rientrava nel gioco d'azzardo. Perché allora non si è verificato quel movimento che si osserva attualmente, ma al contrario il pubblico ha accettato supinamente il beneficio e lo spregio della medicina ortodossa? E perché proprio ora che la medicina ortodossa ha accresciuto le sue conoscenze, che può utilizzare tecnologie estremamente più raffinate e soprattutto meno invasive, che ha a disposizione farmaci sempre più potenti, si deve assistere all'aumento di attenzione del pubblico verso modelli di medicina che l'ortodossia ha sempre irriso, combattuto e cercato di cancellare? La risposta sta probabilmente in una serie di fattori, che hanno portato il pubblico degli utenti dei paesi occidentali a formulare un giudizio di inadeguatezza del modello terapeutico proposto dai vari servizi sanitari nazionali. Questo è stato oggetto di discussione in diverse sedi, e i motivi accampati sono numerosi.

Numerosi sociologi affermano che quanto si sta verificando sia una naturale conseguenza della globalizzazione che per tradizione si fa partire dalla fine della guerra fredda. Questo ha portato sì a un'aberrazione visto che si sanzionava la libera circolazione dei capitali e non dei cittadini, ma ha permesso di sviluppare una dimensione planetaria dei problemi della salute. Il contributo della globalizzazione implica numerose prospettive e ha avuto un serio impatto sulle decisioni delle organizzazioni internazionali. Questo perché la globalizzazione ha dato origine alla migrazione dei popoli e con essa all'affermazione del multiculturalismo. Ricordo solo che questo è stato uno dei fattori che ha determinato le scelte dell'OMS portandola a formulare tre risoluzioni (1972, 1977, 1978) auspicanti l'integrazione dei diversi sistemi di cura fossero essi ortodossi o no, fossero espressione della tradizione o del progresso delle conoscenze, in un unico modello medico con caratteristiche compatibili con la situazione di assistenza che si poteva realizzare nei paesi in via di sviluppo. Tale modello deve intrinsecamente presentare caratteristiche in cui si realizzino le influenze reciproche delle diverse culture. Questo implica lo sviluppo di modelli cooperativi che incorporino le diverse tecniche terapeutiche allo scopo di soddisfare le esigenze più elementari dei diversi popoli. L'affermazione del modello di una medicina di ispirazione pluralista rientra pienamente in questo auspicio e lo sviluppo tecnologico della comunicazione favorisce questo disegno, permettendo un'amalgama fra le culture. La risoluzione del 2002 reitera questo proposito e chiede uno sforzo internazionale affinché si arrivi all'espressione di un modello legittimato. Lo sviluppo della medicina integrativa e integrata non ha quindi solo una ragione di affermazione culturale di un movimento nato in occidente in un ambiente nel quale la situazione economica e istituzionale lo favoriva, come sono soliti affermare i sociologi. I sociologi sottolineano altresì come questa rivoluzione si accompagni all'aumentato livello di disponibilità finanziaria e di ricerca di stato di benessere degli utenti. L'impostazione della biomedicina

è mirata alla rimozione di un'anomalia anatomica o fisiologica, e la guarigione è vista come la normalizzazione di una serie di parametri biologici. In altre parole la biomedicina centra il suo obiettivo sulla malattia e non sulla persona, perseguendo la logica cartesiana del meccanismo da riparare. In realtà se la cosa vien vista dalla parte del paziente, la malattia è la perdita di un modo personale di stare al mondo e di interagire con esso. Il processo di guarigione significa riacquistare il modo normale di interazione. La diagnosi e la terapia non possono quindi prescindere dal verificare cosa significa la perdita dello stato di salute per il paziente, né tanto meno possono trascurare l'importanza delle esperienze di vita, delle vicende personali e di altre particolarità soggettive del paziente.

La cosiddetta medicina dell'ascolto e della narrazione è estremamente importante per arrivare a formulare una diagnosi corretta e a prescrivere una terapia appropriata. Perché cambia il concetto di guarigione: non più il pervenire alla normalizzazione di una serie di parametri biologici, quanto piuttosto il reintegrare l'individuo nel suo modo normale di interazione col mondo. E questo è quello che i pazienti trovano nelle CAM, potendo contare su una disponibilità finanziaria, che prima non avevano, e una maggiore cultura sul mantenimento della salute dovuta a una maggiore facilità di accesso all'informazione, ma soprattutto ritrovando in esse valori desueti a partire dall'anamnesi che fin da Ippocrate era ritenuto strumento di grande importanza a livello terapeutico e che invece la biomedicina tende a trascurare. Influenza di una moda o piuttosto motivi di drop-out, ovvero civiltà dei consumi, vengono parimenti tirati in ballo, ma mi sembrano meno rilevanti. Per certo i pazienti non sono interessati a privilegiare una prassi terapeutica basata sulla scienza, che viene loro proclamata essere oggettiva, quando devono risolvere la loro pena e la loro sofferenza, che sono per natura soggettive. La fede religiosa non conforta chi non la possiede, e così la scienza per il malato è una monade che non dà il calore, il comfort e la rassicurazione di cui ha bisogno. Anche perché la scienza dell'ortodossia troppe volte mostra la corda su malesseri che affliggono cronicamente l'individuo. Questo insuccesso è una delle cause che porta i pazienti ad essere attratti dalle CAM perché esse prevedono metodi terapeutici che si adeguano e seguono i processi della natura e che si focalizzano sui bisogni individuali dei pazienti stessi, sia per la rimozione del malessere che vivere in uno stato di benessere. È logico che questa aspettativa ha dei limiti ed è compito e responsabilità dei medici esperti in CAM di render chiaro ai pazienti quali possano essere le reali aspettative di guarigione, il che purtroppo non sempre avviene.

Ai motivi sopramenzionati si può aggiungere anche il fatto che lo sviluppo della bioetica negli ultimi quaranta anni ha prodotto uno sforzo considerevole per l'umanizzazione della medicina. La legislazione di molti stati prevede la regolamentazione dei diritti dei pazienti e l'introduzione del consenso informato ha permesso di ridefinire la relazione medico-paziente. Questo almeno è quanto sostengono i bioetici, ma è pur vero che, a parte rare eccezioni, i bioetici si sono appiattiti sul pensiero della medicina ortodossa, giustificandone le scelte e purtroppo anche i fini e soprattutto astenendosi da qualsiasi

critica che potesse far innervosire i poteri forti. Per questo motivo trovo che il contributo della bioetica alla rivoluzione in atto è da ritenersi non sempre significativo.

Una delle principali ragioni dell'attrattiva delle CAM credo che sia invece dovuta al mutamento del rapporto fra il medico, sia esso ospedaliero che del territorio, e i propri pazienti. Anche se è vero che l'atto medico una volta poteva sconfinare nel gioco d'azzardo, è altresì vero che era prassi normale che un medico passasse una nottata stringendo la mano a un bambino con la broncopolmonite aspettando la risoluzione della crisi o l'esito nefasto. Era tutto quello che poteva fare e la famiglia gliene era grata, sapendo che il senso di sicurezza che il medico trasferiva con la sua autorità, era molto diverso da quello che avrebbe potuto fare una mamma o un altro familiare. Ora il medico formula la diagnosi, si limita a prescrivere un esame radiografico e, una volta ottenuta la conferma dell'esistenza della broncopolmonite, prescrive la solita terapia di antibiotici che permette in poco tempo la risoluzione dell'infezione. Spesso non ha nemmeno bisogno di ripassare per vedere come sta andando. Potenza della tecnologia, è vero, ma questo non causa la stessa gratitudine di un tempo e soprattutto limita fortemente quella *pietas* che fa della medicina la professione più bella del mondo.

Non ho dubbi che il progredire della tecnologia, il sostituire l'osservazione con analisi strumentali, il demandare una decisione terapeutica alla sommatoria di pareri di singoli specialisti demotiva l'utente, facendogli sentire la progressiva disumanizzazione del processo e la deficienza di quella *pietas* che esprime l'individuo nel recare aiuto al proprio simile sofferente. Cosa succederà quando l'atto medico sarà gestito direttamente da un computer? Questo con le CAM non si può verificare perché l'umanità è parte intrinseca dell'approccio terapeutico e non può prescindere dall'interazione medico-paziente.

Il grande merito delle CAM è quello di correlare uno stato fisico di malessere con fattori mentali e spirituali, che sono oggetto di una disciplina, la psicosomatica, che la medicina ortodossa aveva negato fino a non molti anni fa. Ricordiamoci che la psiche nello sviluppo della medicina ortodossa è stata tradizionalmente considerata come un insetto fastidioso, come è dimostrato dal fatto che lo psichiatra fino agli settanta era considerato un medico strano, quasi fosse di serie B. La grande differenza fra le CAM e la medicina ortodossa è quella di non negare o sottovalutare l'esperienza del paziente, l'esistenza del suo mondo reale e soprattutto, per dirla banalmente, il fatto che abbia una sua propria individualità e spiritualità. Quando un paziente mette in correlazione il proprio stato di salute con perturbazioni esterne dovute all'ambiente o alla società in cui vive, comincia a guardare il proprio malessere con altri occhi e capisce che può diventare primo attore della propria guarigione. Questo avviene in maniera tanto più eclatante quando afflitto da numerose piccole patologie, che richiedono gli interventi indipendenti di più superspecialisti, realizza che per l'esperto delle CAM il tutto può essere spiegato da una diagnosi ben precisa che prevede un altrettanto preciso trattamento terapeutico. Piano piano comprende quali possono essere i fattori che scatenano il malanno indesiderato, per esem-

pio un mal di testa, e impara ad evitarli. In altre parole quell'approccio terapeutico gli permette di imparare a vivere una diversa e più gradita relazione col proprio corpo e questo lo può fare sfruttando quella libertà personale che è una delle caratteristiche irrinunciabili dell'individuo. Il rendersi conto di poter immaginare uno scenario che lo riguarda in una differente cornice, poterlo influenzare con la propria volontà, poter scegliere fra diverse possibilità è una delle capacità che più attrae l'animo umano.

Questa scoperta ha conseguenze permanenti sul modo di vita e ben lo sanno le compagnie di assicurazioni, che sulla base di ricerche autonome hanno scoperto che i seguaci delle CAM, oltre a costare meno a livello di spesa farmaceutica, si assentano per malattia dai posti di lavoro in maniera significativamente minore rispetto a quelli che seguono solo la medicina ortodossa (circa il 33% in meno). Queste osservazioni hanno un grosso impatto a livello socioeconomico, come venne evidenziato dal senatore Moynihan nel suo famosissimo articolo "On the Commodification of Medicine", dove fu sostenuta la tesi che, scienza o non-scienza, il carattere consumistico che aveva assunto la cura della salute andava analizzato in termini di rapporto costo/beneficio. Meraviglia che i medici esperti in medicine complementari non si siano resi conto come questo articolo abbia incrinato alle basi il pilastro della medicina ortodossa e si sia mostrato molto più efficace di tutti i loro articoli apologetici pieni di buoni pensieri.

### La reazione dell'ortodossia

La medicina ortodossa e i suoi adepti più sfegatati per ora continuano a rimanere arroccati sulle loro posizioni integraliste denunciando il trionfo dell'ignoranza, la longa manus dell'oscurantismo medievale, l'ondata di irrazionalità e il rigurgito di superstizione frutto di false informazioni e artati messaggi. Non hanno torto: fanno parte di un esercito regolamentato, organizzato e protetto dalle istituzioni, e all'occasione gratificato dalle lobbies di Big Pharma. L'accademia un po' scricchiola, è vero, visto che si moltiplicano i corsi di informazione e di formazione delle CAM nell'ambito delle discipline biomediche, ma, vista la crisi finanziaria dell'Università, si può comprendere l'esigenza di soddisfare le richieste degli utenti, magari con corsi non specifici per soli medici.

Poi c'è stata la storia di sentenze come quella del giudice Cardozo del 1914 sul caso Schloendorf, che stabiliva l'inviolabilità del corpo umano e il diritto all'autodeterminazione del paziente, ma si è capito come fare a aggirarle. Infine i bioetici con il loro movimento antipaternalista nei confronti del medico, ma è bastato ringhiare e si sono riallineati con ordine. E quella storia dell'umanità in medicina, bella sì, ma che porta via tanto tempo, quando due tests con la tecnologia del ventunesimo secolo definiscono l'esito e la terapia: basta adottare una possibilista espressione di interesse per superare l'inconveniente. Ma la nube che è apparsa all'orizzonte, anche se per ora ha provocato pochi danni, non consente di abbassare la guardia. Anche perché gli Ordini dei Medici, quando potevano radiare questi sedicenti esperti, si sono rifiutati di farlo per ignavia, indolenza o altri motivi meschini. Negli

Stati Uniti poi c'è stata quella maledetta storia del XIV emendamento che di fatto li ha legalizzati e in Italia c'è stata la posizione autolesionista, imprudente e soprattutto non richiesta, che la FNOMCeO assunse in un momento creativo e che viene ricordata come Terni 2002.

Così, rimpiangendo i tempi della fondazione dell'American Medical Association, quando per ottenere la licenza professionale si doveva sottoscrivere l'impegno a non usare, pena la radiazione, pratiche diverse da quelle dettate dall'ortodossia, e dimenticando di denunciare i limiti del loro modello terapeutico o addirittura il fatto che i loro farmaci costituiscono una delle principali cause di morte negli ospedali del mondo occidentale (la quarta o la quinta a seconda delle statistiche), pontificano sulle pagine dei giornali e sugli schermi delle televisioni sulla irresponsabilità e sugli sciocchi pregiudizi di un popolo che pretende di curarsi con farmaci meno pericolosi o con metodi che gli sembrano più graditi. Anche perché il fatto che i pazienti pretendano di avere il controllo della propria salute e decidano autonomamente su come curarsi e come sentirsi meglio suona ai loro occhi come una offesa alla loro autorità culturale, dal momento che come si debbano curare e soprattutto come si debbano sentire dopo la cura non è certo compito dei pazienti, ma è codificato essere compito degli esperti. Quando il laico ha pretese di intervenire sulla fede e il profano sulla sacralità, le cose si mettono male. Tuttavia il patto sociale fra Stato e biomedicina va onorato e se le ragioni della politica qualche volta sacrificano le evidenze della scienza, bisogna adattarsi.

### **L'apertura dell'istituzione e quella dell'ortodossia**

La richiesta popolare e le considerazioni costo/beneficio possono influenzare notevolmente una diversa regolamentazione dell'offerta di salute da parte dei diversi SSN e questo è quanto auspicato dalla stessa OMS nella sua risoluzione del 2002. Ma prima che questo si verifichi occorre che le CAM producano quelle evidenze di efficacia e di sicurezza, ovvero quelle che i bioetici chiamano con brutta terminologia 'caratteristiche di beneficenza e non-maleficenza', che una istituzione pubblica ha il diritto e il dovere di chiedere.

Questo lo richiede la stessa OMS nella sua risoluzione insiste particolarmente sul questo punto per ovviare l'insorgenza di "un entusiasmo acritico e uno scetticismo disinformato". E' questo un asse portante della "regolamentazione del processo di globalizzazione della cura della salute". Le CAM sono state tollerate essenzialmente perché le loro terapie erano intrinsecamente non pericolose, anche se qualche cervello non certo illuminato ogni tanto sente il bisogno di sostenere che per esempio l'omeopatia lo è, non rendendosi conto che la sua affermazione produce contestualmente una validazione della disciplina. La forza della medicina ortodossa, come abbiamo ricordato, sta nella sua organizzazione e regolamentazione, che deriva fondamentalmente dalla sua istituzionalizzazione. Questo status è ben lontano dall'essere raggiunto dalle CAM e dai loro esperti, che, in massima parte quali uccel di bosco in senso di Hobbes, se ne

stanno in disparte a vivere in silenzio la loro diaspora. Ma affinché le loro discipline vengano istituzionalizzate non basta la legittimazione popolare, ma occorre per lo meno una sintesi fra una legittimazione di tal genere e quella che l'ortodossia definisce scientifica, ovvero sia che riceva l'approvazione di una coorte di esperti che certifichino il superamento del controllo qualità sulla base di una serie di standards di riferimento. E non c'è dubbio che sotto questo profilo la dimostrazione esistente di efficacia delle CAM, al di là degli slogan miracolistici dei fans, non vada in generale oltre l'approssimato.

Come discuteremo in un contributo separato, va altresì tenuto conto che gli standards di riferimento non sono gli stessi della medicina ortodossa e che la coorte di esperti in generale sarà spesso costituita da personaggi non certo famosi per disinteresse, mancanza di pregiudizi e un alto coefficiente di elasticità mentale. Questi ultimi possono al più accettare che la prassi della medicina ortodossa possa avere una comprensione limitata della natura della malattia, ma non hanno dubbio che essa costituisca l'unica fonte di verità e che coloro che si affidano alle CAM non siano certo forieri di un messaggio di emancipazione. Ma fermo restando che l'istituzionalizzazione di queste medicine deve superare una serie di barriere legali, di regolamentazione e di verifica economica, non sembra esistere alternativa alla loro validazione, che costituisce un passaggio obbligato, e il luogo deputato a questa validazione non può essere che un presidio ospedaliero, dove medici praticanti la medicina ortodossa e medici esperti in medicine complementari si confrontino e collaborino per stabilire le procedure più efficaci. Così si deve auspicare che nella roccaforte della medicina ortodossa dove sventola la bandiera della purezza ideologica, cioè l'ospedale, dove tradizionalmente per legge istituzionale si dà per scontato che si definisca senza appello ciò che è scienza e ciò che non lo è, si compia il miracolo.

Per contro i medici esperti in medicina integrativa (CAM), ovvero coloro che nell'esercizio della loro professione sono usi utilizzare oltre alla biomedicina una o più terapie cosiddette complementari, sono chiamati a collaborare con i medici ospedalieri per ottimizzare le procedure e questo comporta una serie di problemi, primo fra tutti l'adozione di una disponibilità che porti al superamento dell'inevitabile scontro fra paradigmi. Per finire implica la necessità del coinvolgimento del personale infermieristico e in generale quello paramedico che essendo più direttamente coinvolti nell'assistenza dei pazienti sono tenuti a recepire una modificazione della loro professionalità e di un nuovo tipo di organizzazione. Nasce una Medicina che deve essere la risultante avallata di più punti di vista terapeutici e di assistenza ai pazienti.

La reazione istituzionale dell'ortodossia ha avuto caratteristiche diverse. L'evoluzione della biomedicina occidentale negli ultimi cinquanta anni ha portato alla considerazione di aspetti della cura della salute e della prevenzione di stati malattia, come la dieta, la predilezione di prodotti naturali, l'esercizio fisico, il fattore ambientale che erano di pertinenza delle CAM. Questo ha portato a una sensibilizzazione a livello istituzionale e accademico e piano piano molte università e centri dei Servizi Sanitari Nazionali hanno istituito programmi di formazione per

medici e infermieri di “medicina integrativa” o di “medicina integrata”. E’ da tenere altresì conto del fatto che le scuole infermieristiche furono le prime a richiedere la possibilità di tale formazione, riconoscendo di fatto l’utilità delle CAM come rappresentanti di chi più direttamente negli ospedali era impegnato in un rapporto diretto con i malati. Di fatto ormai l’esistenza di tali corsi di formazione non è più un’offerta facoltativa a livello accademico, ma sta di fatto diventando una norma negli Stati Uniti, in Canada, in Australia e in Nuova Zelanda.

Questa realtà contrasta con l’esperienza europea e quella italiana in particolare. A mio giudizio questo ritardo sta nel fatto che l’adozione del paradigma olistico non ha avuto il successo che ha trovato nei paesi anglofoni. Questo non si può escludere per un numero limitato di utenti, ma l’adozione di un paradigma olistico da parte della maggioranza del pubblico non può essere ritenuto auto-consistente, nel senso che dovrebbe essere accompagnato da caratteristiche relazionali, comportamentali e soprattutto culturali che sono lungi dall’essere dominanti nella nostra comunità. Il successo delle CAM in Europa e in maniera più limitata nel nostro paese è più caratterizzato da specifiche tradizioni culturali, come in Germania e in Francia, e dal disincantamento dell’utente nei confronti della proposta terapeutica della medicina ortodossa. La stessa impostazione relazionale delle varie società di professionisti che utilizzano le CAM è stata spesso quella di perseguire un politica di contrapposizione grid-group. La scarsa reattività dell’accademia e degli organi istituzionali, che controllano lo sviluppo culturale del nostro paese, non ha certo favorito una tale evoluzione.

Il primo master di formazione in medicina integrata si è tenuto a Siena nel 2009, dove lo scrivente fu chiamato a tenere un seminario nella giornata inaugurale, ma ricordo che quando sottolineai l’importanza e il significato dell’evento, capii che ne’i docenti ne’la platea erano culturalmente in grado di recepire l’importanza dell’argomento. Seguendo l’esempio di Siena altre Università hanno istituito negli anni successivi corsi di formazione, spesso riguardanti utenti non strettamente dell’area biomedica, ma tengo a evidenziare che, a differenza di quanto accaduto negli Stati Uniti e in Canada, nessuno ha considerato l’istituzione di formazione ufficiale per personale infermieristico. Tuttavia la distanza da colmare fra l’Italia e i paesi anglofoni è notevole, anche perché ne’la medicina integrativa ne’quella integrata hanno ricevuto sia livello istituzionale sia carismatico quella spinta necessaria all’affermazione dei corrispondenti paradigmi. Per esempio si pensi alla differenza con gli Stati Uniti quando lo stesso Bill Clinton si fece patrono dell’istituzione di una commissione preposta allo studio delle CAM e con l’Inghilterra dove il Principe di Galles ha personalmente promosso e sponsorizzato una comitato della House of Lords. L’allargamento dell’offerta di salute è avvenuta nella gran parte dei casi con la creazione di centri di cura polivalenti, ma questo se da una parte soddisfa la richiesta del pubblico, non aiuta molto lo sviluppo del modello terapeutico della Medicina Integrata, che ricordiamo deve prevedere il concorso di più esperti nel trattamento di un paziente. E’opinione comune che nel mondo occidentale tale processo debba implicare (Coul-

ter, 2003) un concorso simultaneo di quattro fattori:

- l’adesione delle CAM a grandi programmi ospedalieri;
- il concorso degli esperti nelle CAM nel lavoro usualmente sviluppato con metodologie ortodosse;
- l’aumento del numero di assicurazioni sanitarie che permettano di coprire il rimborso totale o parziale delle terapie delle medicine complementari;
- la stimolazione dell’interesse dei pazienti a ottenere trattamenti CAM in ambito ospedaliero.

Gli ultimi due punti appartengono a scelte di politica sanitaria a livello istituzionale. In Toscana il processo è facilitato in quanto previsto e coperto dal Servizio Sanitario pubblico.

### Discussione e conclusioni

Allo stato attuale i desideri istituzionali di un modello legittimato sono alquanto vaghi, ne’più ne’meno come la risoluzione dell’OMS del 2002. In altre parole denotano lo status delle cose. Da una parte una esaltazione di un modello olistico che lo stesso OMS riconosce essere dovuto al multiculturalismo e che quindi si presenta diverso in funzione del paese e della situazione nel quale è stato elaborato. Dall’altra l’esistenza di un pregiudizio da parte di chi è uso a sostenere l’ortodossia e che quindi per natura esclude ogni altra possibilità senza nemmeno sapere di cosa si parla. L’unica cosa di cui l’OMS è sicura è che tale modello, se fosse realizzato, sarebbe desiderabile. Non si esce dalla retorica della confusione fra modello e realtà e, come nel caso di questo Manifesto, si può teorizzare un approccio giustificativo, ma, in assenza di una base empirica descrittiva, rende prematura e pleonastica ogni altra considerazione. Una visione più chiara ce l’hanno le assicurazioni che auspicano tale modello intravedendovi un aumento di giro d’affari.

La proposta di questo modello di sviluppo è stata accolta con sentimenti diversi, e non sono certo mancati i distinguo e le perplessità da entrambe le parti. Tuttavia la medicina ortodossa si è mostrata non ostile a questa proposta e questo si è verificato non tanto negli ospedaletti di campagna, che si sono mostrati spesso retrivi, quanto piuttosto nelle cattedrali dell’ortodossia, come i grandi centri ospedalieri. Indubbiamente la proposta si è potuta compiere sulla base di decisioni politiche e di pressioni di gruppi di potere.

Ma perché è stato concesso l’accesso alla cattedrale a discipline mediche non nominabili e osteggiate fino a poco prima? E perché in poco tempo l’accademia e il potere medico hanno visto con altri occhi la possibilità di questo compromesso? La ragione sta nel successo crescente delle CAM presso il pubblico, ma non nel senso che vorrebbero i medici esperti in queste discipline, che si sono battuti per la nascita di questo nuovo modello biomedico. L’aberrazione dei punti di vista è palese.

Questa affermazione di legittimazione del compromesso fra le diverse culture potrebbe portare a considerare la nascita della Medicina Integrata come il risultato di una diminuzione dell’arroganza della medicina ortodossa travolta dal successo delle CAM, come purtroppo si legge in alcuni acuti commenti dei seguaci, appunto, delle

CAM. Questo significa avere la mentalità del Dodo, quella gallina di venti chili delle isole Mauritius e di proverbiale stupidità, il cui ultimo esemplare fu ucciso all'inizio del Settecento rappresentando il primo esempio di estinzione animale causato dall'attività umana. Non si è mai vista un'ortodossia brillare per generosità né abbandonare il suo carattere prevaricante e soffocante nei confronti dei credo altrui. Questo per il semplice fatto che così facendo negherebbe la sua natura, il che è improponibile, visto che si è autonominata l'unica vera. Le diverse religioni sono un esempio lampante di tale comportamento. Ritengo invece che una parte di questo successo sia dovuta a un cambio di strategia di quelli che, abbiamo ricordato, definirono quel patto sociale che è causa dell'affermazione della medicina ortodossa. Pertanto è vero che il consolidamento di quello che qui definiamo "auspicio dell'affermazione del modello Medicina Integrata" sembrerebbe implicare la volontà di una precisa scelta politica accademica e di un desiderio di mutamento della medicina ortodossa. Ma il pensare che tale consolidamento sia dovuto a un cedimento della medicina ortodossa e al soccombere dei relativi arcivescovadi a causa dell'affermazione delle CAM, è espressione di un fanatismo tonto e scriteriato, che ancora non si ritiene soddisfatto di tutti i danni che ha causato con le sue perniciose posizioni, azioni, parole e opere. Ma non c'è da meravigliarsi, visto che i fondamentalisti con le loro visioni miopi sono sempre esistiti.

Il punto è che qualsiasi purezza ideologica, una volta raggiunta una posizione dominante, col tempo si sfuma ed è disponibile ad aperture che non ne compromettano la supremazia. Questo spiega la posizione assunta dalla gran parte degli Ordini professionali che ha tollerato l'iscrizione di medici che praticavano la cosiddetta medicina integrativa o addirittura di quelli che rifiutavano l'uso delle tecniche terapeutiche ortodosse. Ho già sostenuto in altri scritti come la posizione di questi ultimi fosse da ritenersi inconciliabile con l'iscrizione a un albo che permetteva loro di sfruttare una rendita istituzionale. Ma tutto sommato gli ordini sono più liberali di quanto si pensi e non hanno mai assunto provvedimenti nei confronti di questi figli malaccorti e devianti, meno che nei casi nei quali le loro prescrizioni terapeutiche, negando l'ortodossia, sono state dimostrate essere state causa di danni conclamati. Di fatto questo comportamento permette all'ordine di isolare gli eresiarchi e l'evidenziare la loro follia permette di giustificare in negativo lo stesso modello biomedico ortodosso, con tutti i suoi limiti e le sue deficienze. Pertanto basta sottolineare la non credibilità delle CAM e la faciloneria dei suoi utenti utilizzando il dileggio, lo scherno, l'irrisione e, in casi gravi, l'anatema.

L'impressione quindi che si ha è che la biomedicina occidentale faccia un gioco sottile concedendo agli eterodossi la possibilità di esercitare la loro professionalità in casa sua per cooptare quanto di buono c'è nelle CAM, eventualmente adattarlo e introdurlo come strumento nella propria cassetta degli attrezzi. Questa strategia fagocitante è stata adottata comunemente dalla biomedicina occidentale in passato e, come in questo caso, tutte le volte che c'è stato il rischio di perdere consenso fra i pazienti attratti dall'eterodossia. Ricordiamoci che il kick-off di un ospedale di medicina integrata implica sempre una discrasia in quanto viene a prevedere una asimmetria professionale: uno che segue la biomedicina applica rigidamente un paradigma codificato, che è ritenuto ottimale anche se i pazienti gli muoiono tutti. L'esperto delle CAM non può invece fallire, tramutando la figura professionale di un medico in quella del guaritore.

Il processo di cooptazione si perfeziona tanto meglio e più facilmente quando si riesce a usare un linguaggio comune. Questo è possibile con quelli che adottano anche le CAM, visto che sono medici come loro e hanno dimostrato le proprie competenze culturali nelle stesse accademie, mentre la cosa è più difficoltosa con persone che si prefiggono traguardi di salute con espressioni che sfuggono alla loro prassi quotidiana. Di fatto lo scopo non è quello di scrivere il paradigma della Medicina Integrata, ma più semplicemente arricchire il ventaglio degli strumenti di cura della medicina ortodossa, mantenendone la rigidità della parrocchia e del soprastante stato pontificio. In altre parole pensare che l'ortodossia si sia imbarbardita e disponibile a condividere il potere in casa sua è professione di ingenuità. Questo non è certo il messaggio utopico sognato dai cultori delle CAM, che è volto a cambiare lo scenario dell'approccio alla malattia. Ma i tempi biologici dell'evoluzione non mi sembrano permettere un processo diverso da quello permesso dalla situazione attuale. In campo biologico l'evoluzione durò milioni di anni all'interno di nicchie per poi passare solo recentissimamente a influenzare la dimensionalità e le caratteristiche dell'ambiente. Mi sembra una sfida dura, ma il tentativo va fatto perché la simbiosi dei diversi modelli terapeutici faccia cadere finalmente quell'attributo "integrata" e si parli semplicemente di Medicina. Ma anche se tale sfida con le sue sfumature romantiche avrà un successo solo parziale, nel senso che i pazienti ne troveranno un qualche vantaggio, non sarà tempo perso.

*Impruneta, San Giovanni 2011*

#### BIBLIOGRAFIA

1. D. L. Sackett, W. M. C. Rosenberg, J. A. M. Gray, R. B. Haynes, W. S. Richardson, *Brit. Med. J.*, 312, 7023, 71-72, 1996.
2. E. J. Cassell, *The Sorcerer's Broom: Medicine's Rampant Technology*, 23 Hasting Center Report, 32,36, 1993.
3. D. P. Moynihan, *Acad. Med.*, 73, 453, 1998.

# Il problema della validazione delle terapie non ortodosse

## Antinomia e principio di non-contraddizione in Medicina Integrata

Andrea Dei

Dipartimento di Chimica, Università di Firenze  
E-mail: andrea.dei@unifi.it

La cura della salute e la sua regolamentazione sono prerogative dello Stato e poiché la cultura e la religione occidentali hanno condizionato lo sviluppo dello Stato a seguire un modello di razionalità esasperata, è comunemente accettato nel mondo occidentale che le regole, le norme e le leggi che definiscono tali prerogative debbano essere ispirate da un razionalismo radicale. Così non deve meravigliare il fatto che i trattamenti terapeutici previsti dai diversi Servizi Sanitari Nazionali (SSN) debbano essere supportati da un principio di razionalità che, giustificatamente o meno, viene fatto coincidere in ambito medico con la verifica della cosiddetta evidenza. Pertanto le linee guida che definiscono tali trattamenti terapeutici, che, è bene ricordarlo, dovrebbero riguardare specificatamente il singolo, nell'ambito di un SSN devono essere legittimate seguendo un certo paradigma che deve avere carattere generale. Il punto è che esistono due tipi di legittimazione: quella *ortodossa*, che è basata su una pretesa scientificità del modello biomedico e che viene espressa massimamente da studi clinici controllati e randomizzati (RCT, Randomized Control Trial o Randomized Clinical Trial) e quella *empirica*, detta anche *clinica* nella letteratura anglosassone, che si basa su una serie di metodologie diverse a seconda dei tanti modelli terapeutici ritenuti validi, anche se non ortodossi, quali sono quelli espressi dalle CAM. A questi tipi di legittimazione ne va aggiunto un terzo, che è quello *antropologico* e che parte da presupposti totalmente diversi, come sarà mostrato in seguito. Tuttavia visto che la accettazione o meno di un criterio di legittimazione da parte di un SSN implica medici, operatori, burocrati e legulei del mondo sanitario, che non sono certo esperti di antropologia, il problema si riduce a stabilire se un trattamento terapeutico possa essere o meno "validato" seguendo un modello empirico in alternativa a quello ortodosso.<sup>1</sup> Va da sé che in una società basata sul razionalismo, il metodo ortodosso, che sulla carta è definito da inoppugnabile evidenza scientifica, è intrinsecamente valido per autodefinizione. Così non è nel caso delle CAM e questo costituisce il nocciolo del problema dell'accettazione di tali tecniche terapeutiche nell'ambito del SSN. Tale problema è senza dubbio il concetto centrale nell'istituzionalizzazione o meno della Medicina Integrata.

Allo stato della attuale legislazione ogni tecnica terapeutica deve soddisfare requisiti di efficacia e di sicurezza, tal quali possono essere dimostrati attraverso la sperimentazione cosiddetta scientifica. Questa filosofia nella sua versione più integralista ha dato origine alla formulazione del movimento di pensiero che nella letteratura anglosassone viene etichettato come medicina basata sulle evidenze (EBM). Il concetto portante dell'EBM è che la potenzia-

lità decisionale di ogni intervento medico è demandata alla valutazione critica dei risultati reperibili dalla letteratura scientifica e che tale valutazione deve determinare la scelta delle decisioni da adottare nella cura dei singoli casi terapeutici.

Il punto è che la dottrina impone un approccio diagnostico e terapeutico che non debba dipendere dal giudizio del singolo medico, e quindi di natura soggettiva, ma che invece debba essere esclusivamente oggettivo in quanto dettato da risultati sperimentali raccolti precedentemente. Questo criterio di oggettività è il grosso ostacolo alla validazione delle tecniche terapeutiche non ortodosse o, per lo meno, alla gran parte di esse per tutta una serie di motivi che discuteremo successivamente. Tuttavia, come più volte negli anni passati ho avuto modo di esprimere, è il paradigma stesso dell'EBM che, malgrado l'apparenza, non soddisfa i crismi di autoconsistenza filosofica e scientifica sui quali ha la pretesa di basarsi. Questo al di là del fatto che io lo ritenga in gran parte frutto di quell'ascetismo intrinseco nell'etica protestante, che ha contribuito in maniera determinante, sia nel bene che nel male, alle linee guida che hanno ispirato la moderna società occidentale. L'intendimento dei sostenitori dell'EBM è da ritenersi essenzialmente un tentativo di espressione razionale di una realtà complessa qual è l'atto medico, malgrado vi siano comprese implicazioni sociopolitiche di convenienza istituzionale. Questo tentativo prende origini dall'adozione da parte della cultura anglosassone del neopositivismo logico, approccio filosofico che fu sviluppato nell'ambito del Circolo di Vienna negli anni venti e successivamente fu diffuso dai suoi seguaci, quando molti dei migliori cervelli della mitteleuropa emigrarono in Inghilterra e negli Stati Uniti. Questi filosofi, colpiti dagli sviluppi della fisica, che nei primi decenni del secolo riuscì a coniugare teoria ed esperimento nel presentare i nuovi fondamenti della realtà naturale, ritennero che anche il pensiero stesso (*in primis* la filosofia) dovesse essere un'espressione oggettiva come se fosse il risultato di un esperimento scientifico. Questo comportava che ogni dettato della metafisica e molti dei fondamenti della religione e dell'etica fossero da ritenersi privi di senso in quanto predeterminanti uno scopo della conoscenza scientifica.

Negli anni successivi le teorie di due importanti filosofi quali Popper e Hempel, ancorché formulate in ambito diverso, contribuirono ulteriormente all'affermazione del movimento, i cui prerequisiti culturali sono mantenuti ancora oggi in molte indirizzi istituzionali. Il presupposto di questo movimento di pensiero è la presunzione dell'esistenza di un concetto di "scienza" perfettamente definibile nella sua astrazione e nelle sue caratteristiche.

In altre parole la scienza si deve caratterizzare per la sua natura essenziale. Questo non è accettabile per due motivi. Il primo è che non esiste nessuna verità essenziale accessibile all'individuo, dal momento che per motivi biologici non è in grado di distinguere fra realtà e allucinazione a meno dell'introduzione di un postulato. Il secondo è che, se fosse possibile, non sarebbe utilizzabile dal momento che la scienza, implicando un numero di discipline diverse, è per sua natura non omogenea, poiché le proprietà che caratterizzano una disciplina possono essere differenti da quelle che ne caratterizzano un'altra. Al più quello che si può dire, parafrasando Wittgenstein, è che molte delle diverse discipline scientifiche hanno un insieme di caratteristiche comuni, ma non si può certo dire che, se questo insieme di caratteristiche si ritrova solo in parte in una disciplina, questa cessa di essere una disciplina scientifica. Così nello stesso modo se molte metodologie terapeutiche sono definite secondo certi criteri, e altre metodologie terapeutiche soddisfano solo in parte gli stessi criteri, non possono per questo non essere definite metodologie terapeutiche.

La possibilità di arrivare a una formulazione di una teoria determinata solo da un'evidenza oggettiva in quanto supportata da risultati sperimentali accurati e indipendenti dal giudizio e pregiudizio dello sperimentatore, presuppone, come nel caso della scienza secondo Popper tanto amata nella letteratura medica (N.d.A.: visto che il Teeteto di Platone dice le stesse cose, qualche volta potrebbero citarlo), la caratteristica di essenzialità del concetto di evidenza. Una volta accettato questo, è possibile concepire una trasparenza dell'agire di un individuo, se accetta di operare secondo canoni oggettivi univocamente determinati dal dato sperimentale. Questo modo di pensare viene creduto costituire il riferimento più ragionevole dell'agire umano permettendo di farne aumentare il livello di affidabilità. La medicina delle evidenze si fonda su questo paradigma: le decisioni cliniche vanno prese esclusivamente sui risultati delle più recenti accurate indagini scientifiche; ogni terapia deve essere supportata da RCT o meglio SSRCT (Systematic Reviews of RCT), ogni intervento medico per essere accettato deve implicare la possibilità di misura quantitativa, devono essere evitati i cosiddetti protocolli, ma solo il problema clinico deve determinare il tipo di evidenza da ricercare, e infine ogni decisione si deve basare sui risultati di metodi statistici (ovvero le cosiddette meta-analisi).

Il successo della filosofia EBM sta in un'ingenuità di fondo del concepimento della realtà fisica e biologica determinata da una serie di relazioni lineari quale fosse un immenso gioco degli scacchi nel quale i singoli pezzi si muovono attraverso regole semplici. Stante questo modo di concepire la realtà, qualsiasi forma di intuizione derivante da capacità acquisite dal medico con l'esperienza clinica viene condannata. La decisione clinica che prenderebbe sarebbe soggettiva e non supportata come migliore da dati sperimentali oggettivi, e quindi fuorviante rispetto a quanto dettato dall'evidenza. C'è infine da sottolineare che una simile visione non può tenere conto del paziente se non come supporto passivo, visto che il suo stato di malattia è considerato oggettivamente da una serie di parametri e inseribile in un quadro predeterminato.

Questa concezione meccanicistica dell'arte del curare non lascia spazio al paziente, che ha solo la libertà di subire. Come abbiamo discusso in un altro contributo, è molto probabile che questa sia la causa del successo delle CAM presso il pubblico negli ultimi anni, quasi fosse una forma di riscossa sociale.

L'insussistenza del paradigma basato sull'evidenza oggettiva, che demanda agli RCT il ruolo di navigatore nella pratica medica, si ritrova nel fatto di dover decidere quali siano i dati sperimentali oggettivi che portino a una decisione terapeutica rispetto a un'altra. Questo è stato il grande problema dell'EBM dal momento che spesso i dati osservabili possono supportare più diagnosi e più scelte terapeutiche. E' una situazione che qualsiasi medico conosce benissimo e da qui nasce il problema della scelta della decisione che non può essere oggettiva. E' il punto che fa crollare tutta l'impalcatura della dottrina.

Come se non bastasse esiste sempre il problema di determinare quale sia la prassi migliore da seguire tenendo conto delle incertezze associate agli studi precedenti e, soprattutto, non esiste nessun criterio per determinare l'accettabilità statistica del processo di meta-analisi. Questi due punti prevedono decisioni soggettive sui criteri di affidabilità. Malgrado tutto questo, la fede incrollabile nella razionalità e nella oggettività della scienza, porta i guru dell'EBM a formulare la seguente discutibile risoluzione: ogni volta che si abbia una contesa sulla decisione terapeutica, esisterà sempre una serie di dati neutri accettabili da entrambi i contendenti che porteranno oggettivamente alla soluzione corretta. E' un tipico caso che ci riporta all'antinomia del "Tutti i cretesi sono bugiardi" di Epimenide di Creta.

E' logico sostenere che l'RCT sia stato concepito come uno strumento per determinare una correlazione diretta fra un certo trattamento terapeutico e il suo eventuale successo. Di fatto è un tentativo di stabilire una relazione causa-effetto e da un punto di vista della ricerca biomedica ha indubbiamente valore.<sup>2,3</sup> Però è sempre bene ricordare che tale valore è intrinsecamente limitato dalla natura stessa dello strumento, dal momento che richiede la definizione di una serie limitata di osservabili e della loro misura quantitativa, prescindendo da tutta una serie di parametri che definiscono la normalità e l'anormalità del singolo individuo. Per questo motivo l'RCT non è compatibile con metodologie terapeutiche che si basano su principi diversi da quelli della medicina ortodossa. Di fatto è la stessa essenza di molte CAM, che si rifanno a una visione olistica dello stato di malattia e dell'esito di guarigione, che limita, quando non esclude, uno strumento come l'RCT che si rifà a un paradigma riduzionista, in quanto volutamente basato solo su alcuni aspetti dell'evidenza e volutamente prescindente dalla considerazione dell'individualità del paziente. La prassi adottata dai medici esperti nelle CAM prevede nella maggior parte dei casi una relazione medico-paziente che costituisce essa stessa uno strumento terapeutico e come tale viene costruita su misura, attagliata e personalizzata in funzione delle caratteristiche dell'individuo. In altre parole tale interazione ha carattere idiografico e non è parametrizzabile come vorrebbe la logica nomotetica di un RCT. C'è altresì da osservare che la richiesta di terapie non ortodosse ri-

guarda in massima parte la cura di malattie croniche o un desiderio di prevenzione, che costituiscono purtroppo spesso materia di insuccesso o di risultati insoddisfacenti per la biomedicina. In questi casi l'intervento delle CAM sovente prevede tempi lunghi, che male si prestano all'applicazione di metodologie epistemologiche che prevedono la determinazione di una correlazione causa-effetto che in un esperimento di fisica può avere significato solo se depurata da tutti i fattori di disturbo. Infine c'è da sottolineare un aspetto chiave, che spesso viene dimenticato. La caratteristica delle terapie non ortodosse è quella di basarsi su filosofie di interpretazione che sono diverse per definizione da quelle ortodosse. Il loro grande merito è stato quello di essersi costituite come pratica medica in maniera indipendente e di esistere altresì come sistema terapeutico indipendente e ben definito con tutti i tenets e le pratiche esoteriche che le distinguono. L'ostinarsi a voler adottare gli stessi criteri di valutazione in uso nella biomedicina alle terapie non ortodosse significa mirare alla scrittura di un'equazione CAM = biomedicina, che non può avvenire senza snaturare l'essenza delle CAM. Questo è quanto si è già verificato, per esempio, con l'introduzione dell'agopuntura e dell'osteopatia nell'ambito di alcuni SSN. Il che implica due grosse conseguenze: la prima è la parziale rinuncia a quell'aspetto olistico che caratterizza le CAM e la seconda di dover accettare un ruolo subalterno alla biomedicina, dal momento che il criterio di valutazione basato sull'evidenza della biomedicina sottolineerà sempre una differenza di efficacia fra i modelli terapeutici ortodossi e quelli non ortodossi.

Il problema di una regolamentazione statutaria delle terapie non ortodosse nell'ambito del SSN non può quindi prescindere dall'introduzione di metodi di valutazione diversi da quelli imposti dal dogma dell'RCT. Prima di discutere l'argomento, premetto che una tale proposta sarà sempre osteggiata, derisa e vilipesa dai seguaci del dogma per il semplice motivo che per esistere hanno bisogno del dogma. Il che li pone in una situazione grottesca in quanto per difendere la supremazia e la purezza di una metodologia scientifica essi adottano il comportamento che meno si attaglia e si confa all'uomo di scienza. Per quest'ultimo la strada è per definizione in salita, nel senso che non esiste mai una certezza.

La proposta più comune da parte dei seguaci delle CAM è quello di sottolineare la diversità del modello terapeutico di verificarne l'efficacia attraverso "studi pragmatici aperti" (in inglese *unblinded pragmatic trials*), dove pragmatici sta a indicare "condotti in condizioni normali" e non condotti in condizioni ideali. Per capire la proposta è necessario chiarire i meccanismi sui quali si fondano gli RCT.

Lo strumento di indagine si basa essenzialmente sul confronto dei risultati di un trattamento terapeutico su un gruppo di pazienti rispetto a un gruppo di controllo costituito da pazienti che credono di riceverlo. Lo studio viene detto *in cieco* se solo i pazienti ignorano a quale gruppo appartengono, in *doppio-cieco* se sia i pazienti che gli sperimentatori sono all'oscuro di chi sta ricevendo il trattamento, e in *triplo-cieco* se anche coloro che alla fine sono chiamati a analizzare statisticamente i dati sono tenuti lontano dalle suggestioni con l'ignorare chi ha subito il trattamento che si vuole sperimentare. Tuttavia nel caso

presente consideriamo una versione più sofisticata dell'RCT, che è quella che prevede la considerazione di tre meccanismi. Tali meccanismi sono stati concepiti per eliminare il più possibile le fonti di distorsione nella sperimentazione clinica con la creazione di tre o più gruppi di pazienti, possibilmente con caratteristiche omogenee. L'assegnazione di un paziente a uno dei gruppi deve avvenire in maniera casuale (*randomized*) e solo i membri di un gruppo ricevono il trattamento terapeutico che si vuole sperimentare ma ne' loro ne' gli sperimentatori ne sono a conoscenza, così come non ne sono a conoscenza i membri del secondo gruppo che ricevono apparentemente lo stesso trattamento. I membri del terzo gruppo costituiscono il gruppo di controllo. La differenza fra il secondo e il terzo gruppo permette di stabilire l'*effetto placebo*,<sup>4,5</sup> ovverosia la reazione di un organismo quando crede di essere sottoposto a un trattamento terapeutico che può migliorare il suo stato di salute. In altre parole tale effetto permette di misurare gli effetti di un trattamento senza che esso sia attribuibile alle proprietà farmacologiche di un medicamento, che peraltro vengono stabilite dalla differenza riscontrata fra il primo e il secondo gruppo.

Resta infine da sottolineare un punto: i risultati ottenuti vanno sempre interpretati e qui una certa aspettativa, un pregiudizio, una errata valutazione di errori sistematici, un disegno sperimentale imperfetto possono sempre inficiare la conclusione. Il pregiudizio negativo ad esempio che i medici ortodossi hanno nei confronti di molte CAM e quello opposto dei medici esperti delle CAM ha portato spesso a valutazioni discordanti. Ma c'è sempre da ricordare che un RCT è volto a produrre una nuova evidenza e che tale evidenza va discussa nell'ambito di una conoscenza acquistata precedentemente. Quando la teoria a supporto di tale conoscenza è scientificamente poco probabile o per lo meno discutibile, come per esempio l'omeopatia nella sua formulazione tradizionale, la possibilità di accettare la nuova evidenza è fortemente limitata. Questo non vale però per altri tipi di terapie come la fitoterapia e la gemmoterapia che possono essere in linea di principio tranquillamente validate coi metodi RCT e come tali incorporate nella medicina ortodossa.

La richiesta di studi "aperti" (inteso come opposto a cieco) a questo punto è chiara: il seguace delle CAM in tali studi vuol riassumere sia gli effetti specifici del trattamento sia quelli non specifici come quell'effetto psicofisiologico da alcuni banalizzato come effetto placebo. In altre parole l'effetto placebo presuppone uno stimolo di un meccanismo di autoguarigione e come tale è benefico e ha la sua indubbia importanza a livello terapeutico. Poiché tale tipo di studi non prevede il mascheramento del trattamento (è infatti uno studio aperto), sono necessari solo due gruppi di pazienti in quanto si paragona chi riceve il trattamento e chi non lo riceve. Il problema è che chi non lo riceve lo sa e questo può causare un effetto opposto a quello benefico del placebo, che viene chiamato *nocebo* o, come più recentemente è stato proposto, *frustrebo*.

Le vestali dell'RCT sono ipercritici su questo punto: esso infatti non supporterebbe di per sé la validità delle CAM, se non fosse per l'effetto nocebo del gruppo di controllo che fa spostare la bilancia a favore dell'efficacia del trattamento terapeutico. Essi sottolineano altresì che la stessa

natura dello studio implica il rischio di pregiudizi cognitivi (i cosiddetti *cognitive biases*, in psicologia), la cui esistenza può inficiarne a priori la sua validità. Resta il fatto che tale critica non fa che supportare l'importanza dei fattori psicologici nell'esito di un trattamento e se tali fattori sono riconosciuti esistere e costituiscono uno stimolo di autoguarigione, non si vede perché l'ortodossia per principio abbia scelto di denigrarli e continui a scegliere di farne a meno. L'enfasi che viene posta nel magnificare l'RCT, che è uno strumento mirato a valutare il solo effetto farmacologico di una molecola, potrebbe suggerire anche non troppo velatamente la volontà di imporre un modello biomedico che prescindere dal fatto che il paziente sia anche un essere umano.

Una alternativa di validazione delle CAM è quella dell'analisi statistica degli esiti di un trattamento terapeutico se la misura della riuscita o meno viene ad essere demandata al grado di soddisfazione espresso dal paziente in conseguenza del trattamento ricevuto. Questo in linea di principio permette di confrontare l'efficacia di trattamenti terapeutici diversi, come le CAM fra di loro o le CAM e la medicina ortodossa. L'analisi statistica permette una analisi accurata di questo tipo di dati e offre la possibilità di suggerire la validità o meno di un trattamento terapeutico come conclusione di una valutazione basata sulla introduzione di ipotesi diverse e indipendenti, statisticamente indicate come *null hypothesis*, che vengono accettate o respinte a seconda del loro impatto sulla razionalizzazione della collezione di dati. Il punto di discussione qui è costituito dal concetto di esito benefico o meno o più semplicemente da cosa si intenda per guarigione. Per la biomedicina esso viene definito dalla normalizzazione di una serie di parametri biologici mentre per le CAM, come è stato discusso in altri contributi, è il ritorno del paziente alla sua interazione normale col mondo che lo circonda. Ancora una volta da una parte si cerca di definire oggettivamente uno stato di guarigione, mentre dall'altro lo si definisce soggettivamente. La discrasia non è risolvibile perché è alla base delle diverse filosofie dei modelli terapeutici e ancora una volta presta il fianco a troppe critiche reciproche per essere presa a modello di una regolamentazione statutaria da parte del SSN. Resta il fatto che la sua formulazione potrebbe essere giustificata sia in termini di rapporto costo/beneficio sia riferendosi alla scelta del pubblico, ovvero a quella che abbiamo definito legittimazione popolare che si trasforma in questo caso in legittimazione empirica.

Questo nei paesi occidentali è già successo, come dimostrato dal referendum tenutosi in Svizzera, anche se la sua applicazione ha sempre comportato una serie di difficoltà e di compromessi. Tuttavia è chiaro a tutti che un tale tipo di legittimazione diventa superiore a quella basata su argomenti scientifici perché la scelta di salute dei cittadini, che sono disponibili a pagare di tasca propria per poter usufruire di metodi terapeutici diversi da quelli offerti dalla medicina ortodossa, diventa prioritaria da un punto di vista sociopolitico. Infatti tale scelta, che prevede una preferenza di certi modelli terapeutici al di là del fatto che siano regolati o no, diventa una manifestazione di ribellione popolare nei confronti dell'istituzione che governa la società e nei confronti dell'ortodossia alla quale, per

scelta dell'istituzione, sono stati demandati l'autorità e il compito di amministrare la salute dei cittadini. Lo Stato per definizione non può ammettere di rimanere non ascoltato (se fosse vero il contrario, perché promulgare leggi?), né di poter assistere inerte al *fai-da-te* nelle decisioni dei cittadini su come e dove curarsi, stante l'impossibilità di poter impedire questa loro scelta riconosciuta eticamente corretta. Il principio è che se i cittadini rifuggono da quanto offerto dal sistema sanitario basato sull'ortodossia, significa che questo non offre una scelta soddisfacente e a questo si deve porre rimedio perché la protezione del cittadino è istituzionalmente uno dei fondamenti della società. E' quindi presumibile che questa volontà popolare di auto-determinazione, che si sta diffondendo, lo costringa non solo ad allargare l'offerta di salute, ma anche a auspicare e a supportare criteri di validazione dei metodi terapeutici non ortodossi che superino i limiti imposti dalla biomedicina.

Come riportato da Ireh Iyoha ed è stato menzionato all'inizio, esiste un altro metodo di valutazione che prescinde dal criterio scientifico ed è quello che viene definito come "antropologico".<sup>6</sup> Tale metodo in generale esamina l'osservatore nel contesto di un fenomeno che si vuole osservare. Secondo gli antropologi esso permette di identificare alcuni fattori che non sono individuabili con metodi scientifici come la randomizzazione o tecniche in cieco, ma più semplicemente attraverso uno studio osservazionale e intuitivo. Essi sottolineano l'importanza dell'interazione fra un paziente e il suo medico curante o più in generale colui al quale ha delegato la risoluzione dei suoi problemi di salute. Di fatto in omeopatia è stato osservato come spesso solo la prescrizione del proprio omeopata possa risultare efficace nel rimuovere una indisposizione, mentre tutte le altre prescrizioni di altri medici risultino inefficaci. Gli antropologi sottolineano questo tipo di evidenza terapeutica come risultato di una efficacia dovuta a relazione fra due diversi soggetti, che non dipende dal modello biomedico adottato. Ancora una volta quindi si deve concludere che non si possono trascurare l'emozione, la suggestione e le esperienze precedenti nel valutare l'efficacia o meno di una terapia e non si può pensare di canonicizzare una medicina volta a rimuovere ogni considerazione per i fattori umani, come vorrebbero i seguaci del dogma dell'RCT. Deridere l'interazione medico-paziente, la comunicazione e la relazione umana in quanto fuorvianti nella ricerca di una terapia sempre più efficace, come purtroppo si trova scritto in molti articoli dei suddetti seguaci, tradisce di fatto l'essenza stessa dell'atto medico. Aggiungo che almeno non andrebbe detto da chi continua a chiudere gli occhi sul fallimento di uno dei *tenet* della loro ortodossia, qual si ritrova nel fatto che la stessa molecola che è assunta dare origine in tutti gli organismi agli stessi effetti benefici se non quantitativamente, almeno qualitativamente, lo faccia solo in maniera parziale e spesso dando origine a effetti indesiderati. Il dimenticarlo o peggio il mascherarlo utilizzando campagne di disinformazione non è certo qualificante. Tutto la diafrasi nasce, almeno per me non medico, da una misinterpretazione di fondo della natura della medicina. La ricerca ossessiva dell'interpretazione di uno stato di malattia e dei modi per risolverlo attraverso la formulazione di leggi ge-

nerali pretende di fatto di assimilare l'atto medico a un esperimento di fisica o di chimica. Da qui la pretesa di seguirne lo stesso monismo metodologico, dimenticando che la medicina è un dominio dell'espressione, della psicologia e del comportamento umano oltre che della natura biologica di un organismo. Questo comporta che ogni atto medico può essere associato a un quadro generale di intervento, ma non va mai dimenticato di considerarlo nelle sue caratteristiche di individualità e di unicità. Pertanto l'intervento non può non considerare di tenere conto anche del quadro mentale del paziente, delle sue percezioni, della sue esperienze passate e financo delle sue intenzioni future anche perché, come ha scritto Dostoevskij, è nella sofferenza che si ha la nascita della consapevolezza. Una visione volta a instaurare una metodologia terapeutica iperrazionale questo non lo può contemplare, in quanto questi fattori introdurrebbero effetti parassiti e di disturbo nella visione stessa, ma allo stesso tempo si deve prendere coscienza che così facendo si sminuisce l'efficacia dell'intervento stesso.

L'ortodossia biomedica deve riconoscere che la separazione cartesiana *res cogitans - res extensa* sulla quale si è sviluppata, ha i suoi indubbi meriti a livello metodologico permettendo di formulare un approccio analitico, ma c'ha anche i suoi limiti e questa concezione va ridimensionata come è già successo in tanti campi del sapere umano. Tralasciando di rifarmi a Feyerabend e al suo "Contro il metodo", per fare due esempi ricordo come tale concezione sia stata massacrata da Heisenberg quando è nata la fisica quantistica e come prima di lui l'avesse fatto Max Weber in sociologia.

L'RCT è, per contro, la pedissequa espressione del metodo cartesiano con tutte le sue termiti alla radice e permette di valutare solo una dimensione di una realtà multidimensionale. Prendere coscienza di questa multidimensionalità è un atto dovuto se si dichiara di agire secondo un principio di responsabilità, come è solita affermare l'ortodossia. Pertanto, invece di pontificare con autoreferenza e con disprezzo sull'effetto placebo quando parlano di CAM, comportamento perfettamente conseguente all'elezione a dogma del metodo cartesiano da parte di chi, ribadisco, per esistere ha bisogno del dogma, i seguaci dell'ortodossia dovrebbero armarsi di umiltà e cogliere l'occasione di allargare la propria visuale sfruttando quanto viene loro offerto dall'enorme tradizione culturale delle medicine non ortodosse. Ma questo anche per un'altra considerazione. Non mi sembra che nella pratica medica sia chiara la differenza esistente fra scienza e tecnologia. Si parla di scienza laddove è abbastanza evidente che tutte le pratiche in uso riguardano la tecnologia. Questo aspetto è molto importante perché da un punto di vista tecnologico ogni metodologia terapeutica può essere considerata un metodo operativo, indipendentemente dalla scientificità o meno del modello al quale si ispira, visto che il fine in questo caso non è l'andare a cercare quello che nasconde la natura, ma il vantaggio e il beneficio. Come conseguenza il medico deve sforzarsi a separare la constatazione dei fatti dai giudizi di attendibilità o meno di un certo modello. Questo perché ogni metodologia volta a determinare l'efficacia di un trattamento riflette necessariamente la sua di-

pendenza dal modello di riferimento. In pratica non esiste una metodologia che si prefigga e consenta di dare una risposta a tutte le richieste che la disciplina medica vorrebbe venissero soddisfatte. Però come sottolineato da molti ricercatori, sono dell'opinione che questo potrebbe essere realizzato introducendo un approccio metodologico pluralistico, che fosse volto a evidenziare sia i limiti dell'RCT nella valutazione di sistemi terapeutici non ortodossi, sia l'importanza di credo culturali diversi, purchè posti in maniera non esclusiva, che sono ritenuti concorrere nel potenziale successo della terapia. Questo sta a significare che da una parte si dovrebbe prendere atto dei limiti del paradigma farmaco-inibitore e della logica cartesiana, che sono i pilastri dell'ortodossia, e dall'altra dell'impossibilità di imporre i principi teorici spesso tutti da dimostrare, che stanno alla base delle terapie non ortodosse e che tuttavia sono essenziali nell'ambito del metodo operativo.

Il punto chiave della proposta presuppone, dal mio punto di vista, *una rivoluzione del concetto di organismo biologico, che non può essere più generalizzabile come realtà materiale tenuto conto che il suo sviluppo e il suo modo di essere sono il risultato di atti cognitivi individuali*. Il che implica che non si può trattarlo a un solo livello di descrizione e se questo vale per la normalità, deve valere anche per l'anomalia come è definibile uno stato di malattia. Considero questo concetto, che prevede l'introduzione dell'intreccio corporeo come entità non separabile, uno dei possibili presupposti dello sviluppo futuro della medicina e che l'adozione di quello che abbiamo menzionato approccio metodologico pluralistico possa permetterne l'attuazione. Esso di fatto favorisce il verificarsi di quel trasferimento di conoscenze fra i diversi sistemi terapeutici che può permettere la rivoluzione del concetto di organismo che ritengo necessaria e fine primo dell'istituzionalizzazione della Medicina Integrata, mirando a un atto medico che non rispetti solo l'umanità, ma che cerchi di appartenervi.

#### BIBLIOGRAFIA

1. I. Iyoha, Evidence Based Complementary and Alternative Medicine, 2011, ID389518
2. Jüni P, Altman DG, Egger M. BMJ 2001;323:42-6
3. Chan AW, Altman DG. Epidemiology and reporting of randomised trials published in PubMed journals. Lancet 2005;365:1159-62
4. O. H. P. Pepper. Am. J. Pharm., 1945, 117, 409
5. A. Grunbaum, in Non-specific Aspects of Treatment, M. Shepherd and N. Sartorius Eds., Hans Huber, Toronto, 1989.
6. R. Giarelli in On Knowing and Not Knowing in the Anthropology of medicine, R. Littlewood Ed., Left Coast Press, Walnut Creek, California, 2007.

## L'omeopatia e la Medicina Integrata

Francesco Macri

Professore Aggregato, Università "Sapienza" di Roma  
Vicepresidente SIOMI  
E-mail: f.macri@siomi.it

La Medicina Integrata, comunque venga interpretata o impostata, si basa innegabilmente su una rilettura del rapporto tra il medico e il paziente. In una visione riduttiva essa viene esercitata attraverso la messa a disposizione del paziente di una serie di risorse terapeutiche di medicina ortodossa e di medicine complementari dovute alla cooperazione di più figure mediche con diversa pertinenza oppure applicate dallo stesso medico dotato di adeguata competenza in più discipline (Medicina Integrata).

In una visione più elaborata è necessario superare tali dinamiche di confronto tra discipline, finalizzando l'accostamento delle diverse tecniche terapeutiche alla possibilità di recuperare le risorse personali e reattive del paziente e attivarle per il raggiungimento dello stato di salute. In questo concetto sta la principale differenza tra il modello terapeutico vigente tipico della medicina ortodossa e il modello terapeutico che l'integrazione intende proporre dando vita alla Nuova Medicina o Medicina Basata sulla Persona.

Questa interpretazione consente anche di superare una serie di tematiche che rischiano di rallentare il processo di integrazione. Tali tematiche sono insite nello stesso rapporto tra medico e paziente che si intende modificare e derivano da come i protagonisti (medico, paziente) sono stati abituati, o costretti, a vivere tale rapporto. I dati ci dicono che sono diversi gli scopi per i quali, a seconda dei casi, i pazienti si rivolgono alle CAM (dati australiani):

- rendere più facile l'uso della medicina ortodossa;
- supportare l'uso prolungato della medicina ortodossa;
- ridurre le occasioni per il ricorso alla medicina ortodossa;
- evitare l'uso della medicina ortodossa;
- rimpiazzare l'uso della medicina ortodossa;
- avere il massimo dei risultati utilizzando entrambe le medicine.

Ci sono tre possibili stili nel rapporto tra medici in Medicina Integrata. Il primo, auspicabile, è un rapporto paritario tra il medico di medicina ortodossa e il medico di medicina complementare, il secondo vede il medico di medicina ortodossa come deputato a dare le direttive generali, il terzo basato sulla collaborazione solo per gli aspetti marginali della patologia<sup>1</sup>.

D'altronde i medici si avvicinano all'integrazione con difficoltà, soprattutto impreparati a gestire un rapporto di collaborazione con altri specialisti, prevalendo di volta in volta la diffidenza verso modelli di terapia poco co-

nosciuti, la disabitudine a condividere il paziente, la tendenza a non accettare di mettere in discussione il proprio modello terapeutico o diagnostico. Mentre, nel caso del coinvolgimento di più figure mediche, si presume la necessità di una collaborazione attiva tra esse, ma i dati non sono incoraggianti: in Canada un report effettuato valutando i comportamenti dei medici di medicina generale e di medicina complementare affiancati nei settings di Medicina Integrata, rileva che i primi tendono a dominare sul paziente, a circoscrivere il ruolo dei colleghi e a usare un linguaggio eccessivamente scientifico, mentre i secondi hanno un atteggiamento più collaborativo, cercando di interpretare le proprie conoscenze "esoteriche" sulla base dei principi scientifici, di far proprio il linguaggio scientifico e di migliorare la propria preparazione professionale<sup>2</sup>. Tali situazioni rischiano di divenire a tal punto il principale motivo di dibattito interno per il medico da allontanarlo ancora di più, paradossalmente, dall'interesse nei confronti del paziente che dovrebbe rappresentare lo scopo primario del processo di integrazione.

Il concetto che la Medicina Integrata deve raggiungere gli scopi che si propone affiancando, se necessario, varie tecniche terapeutiche convenzionali e non, con l'intento di attivare le risorse individuali del paziente per il recupero dello stato di salute, rappresenta un ulteriore passo avanti. Questo passo va compiuto senza rimuovere i concetti alla base del processo di integrazione, che restano comunque sostanziali, comprendendo però che soltanto in questo modo sarà possibile dare una risposta unica alle diverse aspettative che il paziente esprime e consentire una maggior armonia tra i diversi possibili approcci terapeutici.

In che modo l'omeopatia affronta il problema?

Affermato il principio che lo scopo primario della integrazione tra medicine è quello di stimolare le capacità reattive dell'organismo fisiologicamente orientato al recupero dello stato di salute, ne deriva che un passaggio obbligatorio è conoscere il paziente sia nei suoi comportamenti generali, in condizioni fisiologiche, sia in fase di malattia, analizzando in modo dettagliato le manifestazioni patologiche e l'andamento dei sintomi. Per quanto attiene al primo aspetto niente di più moderno dello studio delle caratteristiche biotipologiche che in omeopatia viene effettuato. La valutazione complessiva degli aspetti morfologici e funzionali preconizza gli studi della genetica clinica e l'approfondimento sul genoma individuale, arrivando a formulare le ipotesi sulla predisposizione patologica insite nella definizione del miasma o modello

reattivo. Il soggetto classificato in base alle sue caratteristiche morfofunzionali esprimerà stati patologici con le stesse caratteristiche o comunque con caratteristiche dallo stesso significato. Il medico quindi, conoscendo a fondo le caratteristiche del paziente che ha di fronte, è in grado di prevedere le manifestazioni patologiche cui potrà andare incontro e il tipo di evoluzione delle singole situazioni cliniche, ma soprattutto conosce di quel paziente il livello della reattività individuale, legato alle caratteristiche del suo modello reattivo. In questa ottica, ancora più interessanti, nel momento in cui la efficacia dell'omeopatia viene, come spesso accade, ascritta ad un effetto placebo, i dati recentemente a disposizione in base ai quali anche l'effetto placebo è legato a caratteristiche genetiche dell'individuo che lo manifesta, per una espressione anomala di un enzima coinvolto nel metabolismo della serotonina. In riferimento al secondo aspetto, il paziente in fase di malattia, risulta particolarmente utile la modalità di approccio al paziente tipica delle medicine complementari in generale, e dell'omeopatia in particolare, basata sulla raccolta del racconto spontaneo (medicina narrativa): il modo in cui il paziente descrive i sintomi della propria malattia esprime il suo atteggiamento mentale di fronte allo stesso concetto di terapia e di guarigione.

Un esempio è dato dall'esame del modello esogeno e del modello endogeno di interpretazione della malattia; nel primo (mi è venuta l'influenza) la malattia viene attribuita a fattori negativi esterni all'organismo, nel secondo (mi sono preso l'influenza) la malattia viene attribuita ad un "errore" dell'organismo stesso, orbene è constatato che coloro che condividono il modello endogeno rispondono di meno alle terapie, nella convinzione che come la malattia anche la guarigione è un evento legato alla funzione dell'organismo più che ad interventi terapeutici dall'esterno. Non dimentichiamo inoltre che una certa quota dell'effetto terapeutico in un setting clinico è legata al comportamento del medico nei confronti del paziente e può costituire fino al 10% dell'effetto totale (Effetto Howtorn).

Un buon contatto tra medico e paziente porta inoltre ad una esaustiva comprensione del sintomo, ed è importante sottolineare che l'omeopatia attua, nella sua accezione più diffusa, essenzialmente una diagnosi di sintomo più che una diagnosi di malattia; la patologia in atto viene inquadrata dal punto di vista diagnostico per stabilire le reali possibilità terapeutiche, momento ancora più essenziale ai fini della pratica di Medicina Integrata, ma l'intervento terapeutico in senso stretto non è legato a questa fase diagnostica se non per agevolare la scelta dei farmaci da utilizzare, orientando la valutazione su quelli più tipici per la patologia in atto. Quindi una diagnosi di sintomo, un atteggiamento che porta all'approfondimento sul sintomo valutato in tutti i suoi aspetti di estrinsecazione fenomenologica e repertoriale; il sintomo non deve essere quindi bloccato, atteggiamento comune nella medicina ortodossa, ma seguito nella sua evoluzione, in una funzione sostenuta già da Ippocrate e vissuta nella sua espressione più pragmatica dallo sciamanesimo. L'approccio convenzionale è dedicato alla soppressione del sintomo, la stessa malattia, in fase acuta

o cronica, ha bisogno di una prescrizione multipla, un farmaco per ogni sintomo presente, con risultati spesso positivi, a volte insoddisfacenti, raramente risolutivi, soprattutto nel caso di patologie ad andamento cronico. I farmaci omeopatici a disposizione derivano da studi di sperimentazione patogenetica, nei quali vengono somministrate sostanze (animali, vegetali, minerali) ad individui volontari sani, i sintomi che i soggetti sviluppano a seguito della somministrazione di tali sostanze costituiscono la patogenesi delle sostanze somministrate, che viene stabilita quando si raggiunge un numero significativo di sperimentazioni e si è in grado di stabilire quali sono i sintomi più spesso rilevati. Le stesse sostanze, che ora chiameremo farmaci, sono in grado di curare quegli stessi sintomi che hanno provocato nel soggetto sano se somministrate in dosi diluite in soggetti malati che li presentano (principio della similitudine).

E' possibile affermare che l'effetto terapeutico è legato alla capacità di stimolare le risorse interne dell'organismo per un processo di recupero dell'equilibrio biologico (omeostasi). L'applicazione clinica che porta alla scelta del farmaco si basa su interpretazioni dottrinali diverse a seconda della impostazione personale del medico che può seguire un modello repertoriale, oppure basato sullo studio costituzionale, oppure sulla valutazione del modello reattivo o del tipo sensibile.

In linea teorica, qualunque sia il tipo di approccio, la decisione terapeutica dovrebbe portare alla stessa prescrizione, ma è proprio la rilevanza del sintomo valutato nella sua integrità che può portare a differenze prescrittive che risentono della diversa attenzione che il medico può porre nei confronti della manifestazione sintomatologica, differenza che però non comporta inconvenienti reali, grazie alla rivalutazione del sintomo modificato con la prima prescrizione.

Quindi il farmaco omeopatico contiene in sé le caratteristiche e i sintomi della malattia che con esso si intende curare, dal momento che è in grado di suscitare quegli stessi sintomi nel soggetto sano; quindi, in un modello forse non lontano dalla realtà, il soggetto-paziente reagisce alla causa perturbante che ha provocato la sua malattia con le risorse che il suo organismo ha a disposizione, che in una fase ottimale di espressione biologica saranno in grado di far recuperare all'organismo lo stato di salute, o comunque la situazione precedente all'evento perturbante, mentre in una situazione di carenza reattiva non riusciranno ad evitare che la manifestazione patologica si affermi stabilmente.

Il farmaco omeopatico in realtà ripropone al paziente la situazione clinica, in un'altra versione, se vogliamo artificiale, non legata all'azione lesiva in senso stretto ma alla simulazione che è in grado di effettuare, ripetendo la prassi attuata in occasione della sperimentazione patogenetica, in tal caso con diluizioni spinte della sostanza, offrendo in pratica al soggetto una seconda chance biologica di reazione. Ci troviamo quindi di fronte a due varianti rispetto alla sperimentazione patogenetica: soggetto malato e non soggetto sano, diluizioni spinte e non dosi ponderali. Possono queste due varianti dar ragione dell'effetto terapeutico?

Per rispondere a questa domanda possiamo far riferimento in prima istanza alla teoria ormetica, avviata nell'ultima parte del secolo scorso da Townsed<sup>3</sup> e poi ripresa e sviluppata in grande misura da Calabrese,<sup>4</sup> che porta ad affermare che le sostanze hanno effetti opposti a seconda della dose in cui vengono utilizzate, inibendo ad alte concentrazioni, stimolando a basse concentrazioni. Tale teoria, confermata da dati sperimentali, ha però il limite di fissare un range di concentrazioni efficaci nel senso opposto, nel quale non rientrano le dosi infinitesimali. Abbiamo in pratica un modello che spiega l'effetto opposto delle sostanze, legato però alle regole della chimica applicata. Un passo ulteriore è rappresentato dalla studio della teoria dei sistemi complessi.

Il sistema complesso è dovuto alla interazione funzionale tra gli elementi costitutivi del sistema, nel nostro caso l'organismo ma, in accezione più allargata il concetto è applicabile ad ogni entità funzionalmente attiva anche non biologica, detti nodi. Ogni nodo ha diverse configurazioni di attività possibili, ne deriva che le combinazioni funzionali delle struttura sono innumerevoli e da ciò ne consegue la imprevedibilità, la imprevedibilità, la non linearità, la irreversibilità del comportamento del sistema di fronte ad uno stimolo esterno, che nel caso dell'organismo umano può essere di tipo emotivo, tossico, infettivo, etc.

Un'azione perturbante può avere ovviamente, a seconda dei casi, effetti negativi ma anche positivi sulla struttura, sulla base del momento funzionale che caratterizza la struttura quando è sottoposta all'azione stessa. D'altronde la stabilità della struttura è variabile nelle differenti fasi di attivazione, e, in alcune di esse, l'effetto di spinta dinamica alla funzione di recupero dello stato di equilibrio può essere ottenuto con stimoli di bassissima intensità, quali quelli dovuti a dosi infinitesimali di sostanza.

Queste ipotesi, al di là della loro reale applicabilità, segnalano comunque come soltanto le medicine complementari, l'omeopatia in particolare, posseggono una struttura dottrinale in grado di dar conto della possibilità di raggiungere effetti terapeutici contando, in misura variabile a seconda dei casi, sulle capacità fisiologiche e spontanee dell'organismo a reagire nelle fasi di malattia, interpretata come perdita dell'equilibrio omeostatico. Si tratta quindi anche di riformulare le dinamiche tra medicina convenzionale e medicine complementari all'interno del progetto di Medicina Integrata, che finora

tendeva ad attribuire alle medicine complementari una sorta di ruolo ancillare: una definizione comparsa pochi anni fa su BMJ indicava che "la Medicina Integrata consiste nel praticare una medicina che selettivamente ingloba elementi di medicina complementare ed alternativa in un piano terapeutico complessivo, a fianco di solidi e ortodossi metodi di diagnosi e terapia"<sup>5</sup>, quasi ad affermare formalmente il modello di rapporti tra medico convenzionale e medico di medicina complementare, che spontaneamente, come abbiamo già indicato, tende a svilupparsi, configurando spesso, per una distorsione delle dinamiche di collaborazione tra le diverse figure di specialisti, una leadership da parte del medico convenzionale.

Non si tratta di effettuare un confronto tra il livello di efficacia della medicina convenzionale e quello della medicina complementare, che vedrebbe prevalere la prima, che può sfruttare i risultati derivanti dalla enorme attività di ricerca che nel suo ambito viene svolta, ma di stabilire delle strategie di intervento terapeutico che necessariamente devono basarsi sul principio di equipollenza, in quanto gli apporti saranno basati sul modello della reciprocità. La medicina convenzionale è in grado di affrontare in modo più efficace le fasi di riacutizzazione dei sintomi, soprattutto se caratterizzate da elementi di emergenza, mentre nei quadri ad andamento cronico il suo apporto è fondamentalmente in grado di garantire il controllo della malattia: non è facile individuare un quadro di malattia ad andamento cronico in cui la medicina convenzionale riesce ad ottenere risultati al di là del buon controllo dei sintomi. L'omeopatia, nel caso di malattie croniche, si propone invece di conseguire la risoluzione del quadro clinico in modo definitivo, considerando un risultato intermedio la possibilità di interrompere la terapia convenzionale. E' proprio questa complementarità di risultati che rende perfettamente integrabili i due sistemi terapeutici.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Grace S, Higgs J J Altern Complement Med (2010) 16: 1185-1190.
2. Holleberg D Social Science and Medicine (2000) 62: 731-744.
3. Townsed JF JAMA (1960) 173: 128-132.
4. Calabrese EJ Crit Rev Toxicol (2008) 30:579-591.
5. Rees L, Weil A BMJ (2001); 322: 119-120.

# Per una Medicina Integrata

## Argomenti e postulati

Ivan Cavicchi

Docente Sociologia e Filosofia della Medicina, Università di Tor Vergata, Roma  
E-mail: info@ivancaivicchi.it

### Un manifesto

Se qualcosa si può “toccare”(fest) con la mano (manus), allora qualcosa è “manifesto”. Un “manifesto” dichiara pubblicamente il “manifesto”.

### Il manifesto

Ciò che appare “manifesto” nella storia della medicina è una traiettoria di aggettivi che riguarda una relazione tra medicine diverse a causa di:

- particolari fenomeni storici, culturali, scientifici;
- diverse visioni del mondo;
- differenti teoresi di fondo;
- differenti pratiche di cura, di metodi;
- altri concetti di verità, di natura, di persona;
- altri contesti culturali.

### Gli aggettivi della relazione

Una medicina x (d’ora in avanti Mx) è ritenuta eretica, alternativa, complementare, integrabile non in quanto tale, ma perché diversa rispetto ad un’altra medicina y, (d’ora in avanti My) che funziona come termine di paragone e che la giudica. Se gli aggettivi “aggiungono” ai nomi, cui si riferiscono, una qualità, attribuendo e predicando delle caratteristiche, allora “eretica, alternativa, complementare, integrabile” sono qualità che appartengono alla relazione tra Mx e My.

### Gli aggettivi della differenza

Se diversamente gli aggettivi rispettivamente di Mx e di My, dovessero dare conto solo delle differenze, quindi di due insiemi distinti di caratteristiche, allora si dovrebbe dire: “Gli aggettivi di Mx sono... Gli aggettivi di My sono...”. Si avrebbero così due classi di aggettivi confrontabili che nel loro insieme esprimono attributi di merito, determinazioni, caratteristiche specifiche, modalità, filosofie, teorie terapeutiche, cioè di modi diversi di concepire la medicina.

### Pregiudizi

In ragione di due diverse classi di aggettivi si potrebbe legittimamente dire:

- che una medicina è prevalentemente relazionale, biologica, personalistica, ecologica e antroposofica, etc.
- che un’altra medicina è prevalentemente irrelata, biologica, sostanzialistica, laboratoristica etc.

Ma in nessuna caso si potrà sostenere da parte di My che Mx è automaticamente eretica, alternativa, complementare, integrabile. Se ciò fosse avremmo un pregiudizio, una violazione dei principi di verità, una falsificazione delle cose, una mistificazione.

### Problemi di definizione

Vi sono due modi logici di definire qualsiasi cosa: riferirsi ad un significato prevalente ed essenziale, come ad esempio nel caso della medicina, quello biologico, o quello psicologico, o ancora quello relazionale, ambientale; riferirsi al contrario ad una molteplicità di significati di importanza equivalente, tra loro confrontabili. Il primo propone una “definizione chiusa”, il secondo una “definizione aperta”.

### Aprire le definizioni per integrare gli aggettivi

Pensare possibile una “medicina integrata” significa pensare possibile aprire delle definizioni in qualche modo chiuse. Una medicina integrata non può che essere una definizione aperta di medicina.

Il ragionamento da fare è semplice: la definizione chiusa è sempre orientata ad una variabile prevalente o essenziale, (x), per cui il termine “medicina” sarà usato come (x) o come (y); se (x) è la biologia la medicina sarà intesa prevalentemente come biologia; se (y) è la relazione essa sarà concepita essenzialmente come relazionale, etc; la definizione aperta è invece orientata a più variabili (x, y, z, etc.), in questo caso il termine medicina sarà usato “come xyz...”. Una medicina integrata necessariamente si dovrà definire “come xyz...”.

### Argomenti della definizione

Le variabili x, y, z, che definiscono una probabile “medicina integrata”, si chiamano “argomenti”: integrare gli argomenti di Mx e di My, cambia la definizione generica di medicina in “medicina integrata”, quindi la medicina integrata cambia il significato del termine *medicina*.

Che cosa è realisticamente la medicina integrata? E’ la ridefinizione di diversi argomenti relativi a diverse medicine. Quale è il suo grado di realismo? La sua capacità attraverso gli argomenti di rappresentare la realtà in tutta la sua complessità. La convenienza per un malato è quella di avere una medicina capace di rappresentare al massimo la sua complessità.

### **Le convenienze degli "esigenti"**

Per le persone che hanno bisogno di cure, gli esigenti, è importante e rilevante solo ciò che è più conveniente per loro. Ciò che è più conveniente è ciò che è meglio e più adeguato alle loro situazioni, alle loro contingenze, ai loro contesti sociali. Una medicina integrata deve per forza essere una medicina più conveniente. Conveniente in questo caso vuol dire un sacco di aggettivi: relazionale, biologica, personalistica, sostanzialistica, laboratoristica, efficace, appropriata, sperimentata ecc. Tutti gli aggettivi utili, efficaci, buoni, che funzionano fanno parte di un unico insieme di proprietà. Si tratta di capire come organizzare tale insieme di proprietà. Non esiste solo un modo per fare una medicina conveniente. Come ricomporre aggettivi separati, divisi, contrapposti, è un problema aperto da affrontare.

### **Oltre le medicine "asintotiche"**

"Asintotico" in questo caso riguarda teorie e pratiche mediche che, per tante ragioni storiche ma non solo, si sono divise e differenziate, ma che oggi tendono ad avvicinarsi sempre di più a "qualche cosa" ma senza raggiungerlo mai. Le medicine "asintotiche" "non si incontrano" se restano chiuse nella loro teoria, nei loro schemi, nelle loro ortodossie, nelle loro razionalità e nelle loro dottrine.

Le medicine "si incontrano" se al contrario si aprono realisticamente e ragionevolmente alle convenienze concrete degli esigenti. Per l'esigente, per questa società post-moderna, per migliaia di migliaia di medici, non esistono medicine asintotiche, ma esistono medicine che dovrebbero tendere "all' in-contro" cioè teorie che si pongono ("in") come se fossero tra loro "dirimpetto" ("contra"), in attesa che il bisogno del malato le interroghi, proprio come si interroga una cassetta degli attrezzi. Il malato è quel "qualcosa" verso il quale le teorie mediche devono necessariamente tendere accettando che tra loro vi siano delle reciproche ausiliarità.

Oggi il malato ri-unisce, in-tegra, ri-compone, ri-congiunge, ri-collega. Egli proprio come con un libro spaginato ri-lega nel suo primario interesse per la sua primaria convenienza, medicine storicamente s-legate.

### **Ri-legare in un genere comune**

Per ri-legare è necessario comprendere le logiche di ciò che è slegato, cioè su cosa e perché le medicine si sono divise. La divisione è l'operazione per mezzo della quale si estende un concetto semplicemente segmentandolo in tante parti.

La divisione della nozione unica di medicina ha slegato tale nozione in tante nozioni diverse: Mx, My... M è il genere "medicina", "Mx", "My", etc., le specie. Oggi questa dis-integrazione è messa in discussione da tanti fattori: sociali, etici, culturali, antropologici, economici, etc. Nessuna medicina integrata sarà veramente tale se non troverà il modo di ascrivere le tante specie s-legate di medicina almeno ad un genere comune.

### **Divisibilità e complessità**

Oggi la divisibilità della medicina in medicine diverse e anche in specializzazioni diverse, contraddice la complessità del malato. L'antinomia che bisogna rimuovere se si vuole fare un discorso di ri-legatura è tra divisibilità e complessità. Nel momento in cui tutto è diviso e il diviso diventa un problema, come per magia tutto deve essere integrato. Ma ciò che nasce e si sviluppa come diviso non è facile da ricomporre. Tuttavia la complessità del malato esiste davvero, ed è innegabile, ma come fare? Oggi la divisione delle medicine pur riconducibili ad un comune genere di medicina è un ostacolo alla comprensione della complessità del malato. Ma come rendere possibile praticamente non tanto la coesistenza delle medicine in un unico genere, perché questo è già nello stato delle cose, ma la loro collaborazione e il loro uso integrato e scambievole nella realtà?

### **Insieme**

Oggi la nozione generale di medicina M può essere raffigurata come un insieme di diverse medicine, Mx, My, Mz... Dobbiamo rafforzare questa situazione insiemistica, per esempio accorciando le distanze tra le diverse visioni teoriche, oppure dobbiamo puntare ad un processo il cui esito finale sia il superamento della situazione insiemistica e quindi un'altra visione teorica?

### **Collezione di medicine o altro?**

La teoria degli insiemi, definisce l'insieme, come una "collezione concepita come un tutto di oggetti determinati e fra loro ben distinti". Questo vuol dire che una possibile integrazione potrebbe semplicemente essere concepita come una forma di unità ottenuta come somma delle parti: la medicina M è  $Mx + My + Mz...$  In questo caso però l'uso dell'espressione "medicina integrata" sarebbe inadeguata. Per ottenere risultati di integrazione, in primo luogo, non basta ricostruire degli insiemi anche se già questo sarebbe un risultato importante. Per avere qualcosa di veramente integrato/integrabile bisognerebbe non solo mettere insieme ciò che è diviso ma sostituire ciò che è diviso con un modello di medicine ri-legato.

### **Incollare non è integrare**

Integrare medicine diverse In qualche modo pone un problema di adeguamento dei modelli. In un certo senso gli apparati concettuali delle varie medicine si dovrebbero rendere disponibili ad una ripensamento e a una ridefinizione, ciò per favorire la loro appartenenza di genere a scapito di quella di specie.

Se si incollano Mx e My, in realtà non si ottiene una "integrità". Se si resta dentro la logica insiemistica, come ci spiega la matematica, le divisioni non sono superate. Incollare tra loro medicine diverse significa solo metterle semplicemente in una qualche classe. Per cui l'integrità in questo caso sarebbe solo apparente in quanto semplicemente somma delle parti.

Tuttavia se per medicina integrata intendiamo un processo di cambiamento lungo e difficile, non c'è nulla di male partire da una visione di insieme (tanto per cominciare) ma sapendo che si tratta di un punto di partenza non di un punto di arrivo.

### Giustapposizioni

Se concepiamo la medicina integrata come un insieme di medicine diverse allora si dovrebbero organizzare tra loro delle giustapposizioni.

Che cosa è una giustapposizione? Giustapporre, significa "porre a fianco" mettere accanto "accostare", per indicare un "rapporto di semplice contiguità". Se pensiamo che integrazione sia giustapposizione si deve sapere che si rischia di ribadire in forma diversa una storica divisione del lavoro della medicina, continuando ad escludere un qualsiasi tipo di interdipendenza teorica e pratica. "Giustapposizione per l'integrazione" è quindi qualcosa di ambiguo: è una distanza congrua che permette una vicinanza congrua.

Ma è anche una razionalizzazione delle divisioni esistenti accompagnata da un riconoscimento delle loro coesistenza.

Per cui se la giustapposizione tra Mx e My è un passaggio in qualche modo obbligato per iniziare un processo di integrazione ci si deve porre il problema, a un certo punto del percorso, di superare le giustapposizioni per ottenere un più alto grado di interdipendenza interna. Ma integrare per giustapposizioni cosa significa? E' un problema di compatibilità o altro?

### Compatibilità

E' facile pensare che una medicina integrata sia possibile solo se si creano condizioni di compatibilità tra diversi apparati concettuali, tra diverse pratiche di cura.

Ma l'idea di compatibilità tra teoresi e prassi diverse, e che richiama molto il problema che i filosofi della scienza definiscono "dell'incommensurabilità delle teorie", ci porta verso un'idea di adattamento di corpi teorici ad altri corpi teorici, quindi verso una sorta di conformismo e di omologazione degli apparati concettuali.

Questo costituirebbe un grosso problema perché avere una medicina integrata omologando in qualche modo diverse tradizioni di cura, sarebbe una perdita di ricchezza, una perdita di possibilità, una perdita di tipi diversi di razionalità.

### Compossibilità

Altra cosa è parlare di "compossibilità" tra Mx e My. Si ha compossibilità quando tra Mx e My non vi sono contraddizioni. Quindi per un'idea di medicina integrata non si tratta di rendere compatibili diverse idee di scienza ma di renderle compossibili, cioè di rimuovere le contraddizioni che le oppongono nella pratica corrente conservando le loro preziose peculiarità.

### Ciò che intercorre

Una volta create alcune minimali condizioni di compossibilità tra Mx e My, si tratta di organizzare tra loro delle "relazioni". La logica della relazione è l'opposto della logica della divisione e l'opposto delle situazioni asintotiche. La relazione per definizione è la "non-divisione", la "non giustapposizione". La relazione connette ed interconnette. La relazione è il ponte che unisce Mx e My. La relazione è ciò che "intercorre" o ciò che "non intercorre" tra Mx e My. Ciò che intercorre o non intercorre è sempre "relativo" a un malato.

In secondo luogo essere "relativo a..." vuol dire che organizzazione, conoscenza, rapporti professionali, compiti, funzioni, atti clinici, dipendono dalla forma della relazione con il malato. Allora quale forma dare alle relazioni tra Mx e My grazie alle quali si potrebbe avere una medicina integrata?

### Corrispondenze correlate e interdipendenti

La forma più congeniale di relazione per averare una medicina integrata quindi pensata per ri-legare Mx e My, probabilmente è quella delle corrispondenze correlate e interdipendenti: la relazione tra Mx e My, organizza ciò che intercede tra di esse quindi ciò che conta è la loro correlatività.

Ma cosa intercede tra Mx e My? Quindi quale correlatività tra di loro è possibile? Immaginando di dover integrare Mx e My, possiamo grosso modo individuare tre tipi di correlazioni interdipendenti:

- quella di completamento, in cui una medicina, quindi o Mx, o My rispetto alle necessità di un malato si presenta in modo parziale e imperfetto, per cui bisogna aggiungere qualcosa per completarlo;
- quella di sostituzione, in cui una medicina, Mx o My, per offrire una cura più appropriata corregge la propria organizzazione razionale;
- quella analogica, in cui una medicina, o Mx o My, collabora con una medicina analoga rispetto all'utenza, alla tipologia di intervento, ai bisogni e alle necessità.

### Prontuario

Con molta probabilità in un assetto di medicina integrata sussistono per Mx, My, problemi di completamento, di sostituzione, di analogia. Si tratta di avviare uno studio e una riflessione sulle possibili situazioni pratiche nelle quali ragionando a partire da ciò di cui ha bisogno il malato, si definiscono le soluzioni di complementarità, di sostituzione e di analogia. Questo permetterebbe di trasferire la discussione dal piano dei principi a quello delle situazioni concrete. Ne potrebbe derivare un "prontuario di correlazioni interdipendenti" per orientare e incoraggiare i medici all'esercizio di una pratica integrata.

### Relazionismo-relativismo

Alcuni fautori della medicina c.d. "scientifica" temono che il discorso sulle correlazioni interdipendenti apra la porta al relativismo. In genere costoro invocano i prin-

cipi di base della scientificità, vale a dire, il principio di falsificabilità, della verifica, del metodo, etc. Costoro in tutta buona fede sono scienziasti che parlano di umanizzazione, ma sotto sotto vedono, nella relazione con il malato e nella relazione con altre tradizioni di cura, un pericolo per l'integrità della scienza. Se le correlazioni interdipendenti vogliono dire relativismo e non razionalismo, l'integrazione dei saperi, delle conoscenze, delle pratiche, la stessa medicina integrata, sarebbero tutti attentati alla sacralità della scienza. Questo atteggiamento teorizza una certa razionalità definita come "scientifica" quale valore assoluto che in quanto tale deve stare al di sopra e al di là delle parti e rispetto al quale tutto deve sottostare. Ma una medicina integrata definita per correlazioni interdipendenti non è concepibile se entriamo nella logica delle razionalità superiori e delle razionalità inferiori, della conoscenza assoluta e della conoscenza relativa, del metodo come condizione di conoscenza e della relazione come condizione sufficiente di conoscenza.

### Ragionevolezza e buon senso

La razionalità qualunque essa sia non vuol dire automaticamente ragionevolezza e buon senso. E non solo la razionalità scientifica spesso è irragionevole. E' irragionevole anche quella che la nega. Negare una razionalità è già una manifestazione di irragionevolezza. Per essere ragionevole la razionalità deve accettare di confrontarsi nelle relazioni, deve usare le relazioni per conoscere, deve includere nei suoi ragionamenti la complessità della persona, della contingenza, della singolarità, biologica e biografica. Una eventuale medicina integrata dovrebbe essere quindi razionale e ragionevole, capace di vedere all'ontologia del malato come un campo di possibile conoscenza del biologico, del biografico, del contestuale.

### Relativismo-scientismo

Se si è ragionevoli cade il rischio paventato dagli scienziasti di scendere nel relativismo e quello contrario di scendere nello scientismo. In medicina la ragionevolezza impone che si rinunci al cosiddetto "relativismo forte", per il quale si mette in dubbio il valore della scienza, l'oggettività delle malattie, la sostanzialità e materialità dei malati. Medicina integrata e relativismo forte sono non solo incompatibili ma anche impossibili. Al contrario vi è un relativismo più mite, inoffensivo, che ormai caratterizza ampi settori della cultura contemporanea e che contraddistingue proprio l'esigente e quindi una società, che vuole stemperare l'assolutismo della razionalità scientifica, ma senza per questo incorrere nelle aporie del relativismo velleitario. Questo in medicina è auspicabile. In medicina oggi lo scientismo è pericoloso quanto il relativismo essi sono le due proverbiali facce della stessa medaglia. Oggi vi è una forte critica sociale allo scientismo medico. Questo però non vuol dire che la critica allo scientismo equivalga ad una legittimazione del relativismo. Oggi la sfida è il dialogo tra razionalità.

### Ripensare la "ragione medica"

Ciò che oggi è "manifesto", e che quindi si può "toccare con mano" è un grande bisogno di cambiamento. E' sempre più chiaro che l'esigente domanda una medicina:

- scientifica,
- scientifica in altro modo,
- ma non solo.

Per questa ragione oggi si rende necessario ripensare il motore principale della medicina vale a dire la "ragione medica".

- A quale idea, valore, principio deve riferirsi la ragione medica, per far sì che i suoi modi di pensare, conoscere, operare siano coerenti con i bisogni che le vengono rivolti? Sino ad ora l'idea di riferimento per la medicina scientifica è stata la scientificità nei confronti del mondo fisico della malattia. Oggi questo non basta più. L'idea che contiene la complessità organica della malattia, quella della persona malata, del contesto e della situazione in cui il malato si trova, si chiama "attualità". Si tratta di assumere l'attualità come riferimento generale della ragione medica.
- In una concezione fisica, biologica, corporea della malattia, il riferimento principale della ragione medica è la "natura". Sino ad ora si è tentato di sommare, a tale tradizionale concezione, altre concezioni sociali o psichiche o ambientali della malattia, oggi si tratta di ridefinire alla base tale idea, attualizzarla e complessificarla. Senza questo passaggio non si potrà fare alcuna seria "umanizzazione".
- Nel momento in cui la malattia si esplica nell'attualità del malato, la ragione medica si deve ripensare rispetto alla complessità del soggetto malato, inteso come essere e persona, come corpo, come storia, come ambiente.
- Per conoscere l'attualità del soggetto malato, serve sia una conoscenza scientifica che filosofica cioè quella che si incarica della riflessione, della comprensione, della ricerca di tutto quanto concerne l'attualità dell'essere e della persona, oltre le sue implicazioni biologiche, dentro le relazioni, le contingenze e le situazioni.
- Il luogo, la circostanza, l'occasione, in cui conoscere l'attualità della persona malata, in cui servirsi non solo dei vari saperi disponibili, e da cui ricavare delle conoscenze ontologiche è la "relazione" con il malato. Al di fuori di essa nessun tipo di ripensamento è possibile. Per la conoscenza biologica della malattia le relazioni non servono, ma per la conoscenza dell'attualità di una persona malata, sono indispensabili.
- Le persone nelle relazioni si esprimono prima di tutto con il linguaggio a partire dal quale avviene il dialogo, la comprensione reciproca, la trasmissione delle conoscenze, l'espressione delle scelte e delle esperienze. Il linguaggio è il primo importante riferimento della relazione, la comunicazione è successiva. Esso come asseribilità, oltre alla sintomatologia, diventa l'altro oggetto di conoscenza della persona malata e dell'operatore.
- La razionalità clinica resta la base della conoscenza medica. Tuttavia si tratta di rendere la razionalità clinica la più adeguata nei confronti dell'attualità della persona malata. Oggi la sfida è clinica e relazione.

- Il risultato dell'accordo tra razionalità medica, attualità, relazione e contesti, è "la razionalità ragionevole". Essa è un modo di conoscere comunque rigoroso nelle sue logiche scientifiche, ma libero da visioni assolute e dogmatiche.
- La razionalità ragionevole deve scegliere la cosa giusta da fare rispetto all'attualità della persona malata. Come si decide? Come si sceglie? Quale autonomia e quale responsabilità di chi decide? L'assunzione dell'attualità impone per forza che si scelga rispetto alla relazione e che a scegliere sia, da una parte il malato e dall'altra il medico.
- La razionalità ragionevole non sarebbe tale se non accettasse la realtà incontrovertibile dei suoi diversi limiti nei confronti dell'attualità, compresi quelli economici ai quali la ragione medica sarà sempre più esposta. Il limite va assunto come una possibilità.

**BIBLIOGRAFIA**

- I. Cavicchi: Medicina e sanità snodi cruciali, in particolare i capitoli "l'atto medico", "la relazione con il malato: differenze di genere", "Medicina di medicine", Dedalo, Bari, 2010;
- I. Cavicchi: "Filosofia per la medicina", Dedalo, Bari 2011
- Teoria: Critica della ragione medica, diretta da Adriano Fabris, XXXI/2011/1, Edizioni ETS, Pisa, 2011.
- L. Turinese: Modelli psicosomatici. Un approccio categoriale alla clinica, Elsevier-Masson, Milano 2009.
- M. Taranto, D. Taruscio: Controvento, i malati rari raccontano solitudine e coraggio, Health communication editore, Roma, 2011.

## Etica delle cure integrate

Alfredo Zuppiroli

Presidente Commissione Regionale di Bioetica, Regione Toscana  
E-mail: alfredo.zuppiroli@asf.toscana.it

«**D**opo che la storia ci ha insegnato che spesso il possesso della Verità produce fanatismo, e che un individuo armato di verità è un potenziale terrorista, vien fatto di chiedere: il relativismo e il nichilismo sono davvero quel male radicale che si vuol far credere? O essi non producono forse anche la consapevolezza della relatività di ogni punto di vista, quindi anche di ogni religione? E allora non veicolano forse il rispetto del punto di vista dell'altro e dunque il valore fondamentale della tolleranza? C'è del bello anche nel relativismo e nel nichilismo: inibiscono il fanatismo»<sup>1</sup>.

Le parole di Franco Volpi, troppo presto scomparso, ci aiutano nell'inquadramento del complesso tema del rapporto tra la cosiddetta "Medicina ufficiale, o accademica, o Biomedicina" - intendendo la medicina scientifica le cui regole istituzionalizzate e i cui dettati sono attualmente oggetto dell'operato della stragrande maggioranza dei medici occidentali, e non solo, e del relativo curriculum formativo universitario - e le cosiddette CAM (Complementary and Alternative Medicines). Come si può facilmente notare, nessuno di questi aggettivi interpreta appieno il senso della Medicina cui si riferisce, ed è anche obiettivo del presente documento quello di superare le inevitabili limitazioni che ognuna delle attuali definizioni presenta, per proporre una Medicina Integrata, frutto della sinergia tra esperti in discipline diverse. A mio parere l'unica categoria culturale che ci può e ci deve accompagnare in questo insidioso cammino non può essere che quella della laicità. Evitiamo possibili equivoci e sgombriamo subito questo lemma da quel significato di militanza anticlericale che purtroppo lo sta caratterizzando nel dibattito che si svolge in Italia negli ultimi tempi. Ricordiamoci infatti che "laico" significa proprio il rifuggire da posizioni dogmatiche, comprese quelle del laicismo, significa esercitare il dubbio, argomentare sulle idee e sui fatti ispirandosi alla ragione, alla logica. Significa l'essere disposti a mettere in discussione anche le proprie convinzioni, a fare un passo indietro se questo serve a capire, a comprendere, a rispettare i diritti dei nostri simili. Essere laici significa riconoscersi in pieno nella parole di Norberto Bobbio: "Laico è chi si appassiona ai propri valori caldi quali amore, amicizia, poesia, fede, progetto politico, ma difende i valori freddi come la democrazia, la legge, le regole del gioco politico, che soli permettono a tutti di coltivare i propri valori caldi". Ed è con questo atteggiamento "freddo" che la Regione Toscana ha imboccato da oltre dieci anni una rigorosa via di dialogo e di studio, nella prospettiva di una crescente integrazione delle CAM all'interno del Servizio Sanitario Regionale (SSR): si tratta senza dubbio dell'esperienza

più significativa nel panorama italiano, che parte dalla constatazione che ormai nella società si è fatto strada il diritto di veder considerate globalmente le problematiche di salute. Da una parte i limiti terapeutici dimostrati dalla Biomedicina nei confronti di patologie, sicuramente non gravi rispetto alla speranza di vita, ma molto influenti sul benessere in generale, e dall'altra i rischi di possibili effetti collaterali legati a farmaci e/o dispositivi medici rendono ormai inevitabile un percorso comune, pena un'ulteriore incrinatura del rapporto medico-paziente, già troppo minato dal riduzionismo biologico e tecnico che troppo spesso caratterizza la Biomedicina.

A fronte di una modalità "laica" di approccio al delicato tema del rapporto tra Biomedicina e CAM, quale l'esperienza della Regione Toscana che vedremo oltre, ciclicamente compaiono sulla stampa d'informazione, ma talvolta anche sulle riviste scientifiche, vibranti attacchi contro ciò che non è "scientificamente dimostrato né dimostrabile", con toni da fare invidia al più cieco dei fondamentalismi religiosi. Tali "pensatori" si sentono come dei paladini della verità scientifica, e partono lancia in resta contro ciò che rappresenta una minaccia alle loro rassicuranti e paradigmatiche certezze. Un esempio emblematico di una visione settaria e pregiudizialmente schierata ci è stato recentemente offerto da una rivista anche di buon livello culturale quale *Bioethics*, con un articolo che a cominciare dal titolo - "Against Homeopathy"<sup>2</sup> - è tutto un programma. Non è infatti con le scomuniche preventive che si percorre il difficile cammino della conoscenza, dove è necessario inoltrarsi armati di tanta umiltà, profondo rispetto e laica curiosità. Se queste fossero le doti dell'autore in questione, potrebbe cominciare a riflettere proprio sul termine usato nel primo paragrafo - *Paradosso* - e scoprirebbe così che le basi teoriche dell'omeopatia gli risultano inaccettabili perché sfidano il suo paradigma epistemologico. Eppure, è anche con il paradosso che si può stimolare la riflessione, perché ci mette di fronte alla debolezza dei nostri strumenti intellettuali.

La strada del sapere è tortuosa, non procede lineare, e dunque non si può liquidare la teoria della memoria dell'acqua solo perché non è basata su alcuna "legge chimica o fisica conosciuta" ed ironizzando sul mancato "caos fisiologico" che dovrebbe determinarsi ogniqualvolta beviamo un bicchier d'acqua. Ancora, un minimo di onestà intellettuale vorrebbe che non si considerassero i risultati degli studi a favore dell'efficacia dell'omeopatia come "falsi positivi" solo perché questi ultimi possono verificarsi in qualunque studio: perché allora accettiamo acriticamente gli "altri" studi?

Infine, non si può dichiarare “ingiustificabile” un trial di ricerca nel campo dell’omeopatia solo perché questa è basata “su principi incompatibili con le conoscenze scientifiche attuali”. Con queste premesse il nostro sapere, pur infinitamente piccolo, sarebbe progredito ben poco, ed in proposito valgono sempre le chiare parole di Einstein: “*La verità è ciò che sopporta la verifica dell’esperienza*”. Sempre in questo articolo l’Autore bolla come “eticamente inaccettabile” il fatto che gli omeopati, e più in generale coloro che si muovono nell’ambito delle CAM, non agiscano con imparzialità ma “propongano” le proprie pratiche terapeutiche. Perché, solo gli omeopati peccano di autoreferenzialità?

### L’esperienza della Regione Toscana

Abbandonando posizioni a-prioristiche e fideistiche, non possiamo non ribadire che la Medicina è Una e che per i differenti modelli di pratica medica non si può perseguire un’improbabile conciliazione, dati i paradigmi spesso irriducibili a livello teorico. Solo un approccio laico e pragmatico, e nello stesso tempo rigoroso e responsabile da parte di tutte le componenti in gioco potrà portare a realizzare lo scopo ultimo della Medicina, e cioè quello di promuovere la Salute della persona. Se è vero che ogni essere umano può e deve essere parte attiva nella cura della propria salute e non solo un oggetto passivo di interventi o un consumatore inconsapevole di farmaci o rimedi, qualunque sia il modello di medicina in gioco, non si deve dimenticare che un organismo ha armi per preservare la propria salute e per guarirsi e che tale potenziale può essere stimolato con adeguate risorse terapeutiche. Per raggiungere questi obiettivi si devono percorrere almeno le seguenti quattro strade:

- La libertà di scelta terapeutica da parte dei cittadini è un diritto che va affermato e tutelato, insieme al riconoscimento della libertà di cura per i medici
- Si devono garantire appropriatezza ed efficacia delle cure, soprattutto per quelle offerte all’interno del servizio pubblico
- Si deve perseguire la sostenibilità delle cure ed incoraggiare le scelte di stili di vita sani, per la promozione della salute individuale e della popolazione
- E’ necessario un approccio globale alla persona che necessita di cura, di conseguenza deve essere valorizzata la centralità della persona e del suo vissuto nei percorsi diagnostico-terapeutici.

E’ evidente, anche ad una prima lettura, come si tratti delle coordinate fondamentali di ogni buona cura, indipendentemente della specifica tipologia in questione, quattro punti chiave che non possono essere appannaggio esclusivo di una Medicina rispetto ad un’altra. Questi sono i quattro principi che hanno costituito i punti cardinali fondamentali per guidare il percorso della Commissione nella stesura del documento approvato nel 2009<sup>3</sup>. Dovendo sottolineare gli aspetti bioetici fondamentali nel nostro viaggio verso una Medicina Integrata, non possiamo non ricordare un’altra serie di principi, anch’essa costituita da quattro categorie fondamentali, che rappresentano il fondamento di ogni ragionamento sulle ricadute etiche della Medicina.

Si tratta dei famosi quattro principi della Bioetica: Non Maleficità, Giustizia, Beneficenza ed Autonomia. La Buona Medicina è quella che cerca di soddisfare al massimo grado sia il primo che il secondo gruppo di quattro principi.

*“Nel sottolineare l’unicità della medicina, e soprattutto della buona medicina, è ferma opinione di questa Commissione che i differenti modelli di pratica medica non siano da confrontare a livello teorico, nella improbabile conciliazione di paradigmi spesso irriducibili, ma nella prassi, al letto del malato affetto da una specifica patologia, laddove il medico, nel perseguire il bene del suo paziente scevro da pregiudizi e secondo le sue fondate convinzioni scientifiche, valuta tali paradigmi alla ricerca dei rimedi maggiormente efficaci tra quelli disponibili, assumendosi poi la responsabilità anche di scelte eterodosse, da abbandonare tuttavia nei casi nei quali si impongono consolidate ed efficaci terapie”<sup>4</sup>.*

Cruciale, in questa ottica, è la trasparenza e l’onestà intellettuale che devono coinvolgere tutti gli attori in gioco (cittadini, operatori sanitari, informazione). In proposito, “*Se da un lato, dunque, in Toscana esiste la prospettiva di un incremento dell’impiego delle CAM in diversi settori della sanità, dall’altro al servizio pubblico viene chiesto un impegno per fornire un controllo stretto della qualità, efficacia ed appropriatezza di tale offerta, e di incentivare la ricerca in materia e il monitoraggio continuo degli effetti indesiderati. Questa prospettiva, a parere della Commissione Regionale di Bioetica, deve costituire il fondamento per ogni possibile integrazione tra approcci medici... Il criterio, ancora una volta, non può che essere unico per tutta la medicina, la quale deve sottostare ad un principio di equità che riguarda sia i criteri per la corretta allocazione delle risorse pubbliche investite nei servizi offerti, in particolare per le CAM (non pienamente supportate da prove di efficacia raccolte con i metodi comunemente adottati dalla comunità scientifica medica), sia i criteri di concedibilità dei singoli trattamenti di CAM a cittadini che ne facciano richiesta”<sup>5</sup>.* Nel suo percorso in materia di CAM la Regione Toscana si è ispirata ai pronunciamenti ed alle raccomandazioni di importanti organismi sovranazionali<sup>6</sup>. In queste ultime indicazioni è sintetizzata un’esigenza che anche la Commissione di Bioetica ritiene imprescindibile: l’integrazione deve costantemente coniugarsi con i requisiti di qualità, efficacia e sicurezza propri di ogni percorso terapeutico, e quindi anche di quello ispirato alle CAM, e con gli obiettivi etici di una corretta politica della salute, anche nell’ottica, come già accennato, di una equa distribuzione delle risorse pubbliche per la salute. Su questa traiettoria si è posizionata dal 2002 anche la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri (FNOMCeO) che nelle sue Linee Guida su medicine e pratiche non convenzionali<sup>7</sup> ribadisce che: “*L’esercizio delle suddette medicine e pratiche non convenzionali è da ritenersi a tutti gli effetti atto medico e pertanto si ritiene:*

*- essere le medicine esercitabili e le pratiche gestibili - in quanto atto medico - esclusivamente da parte del medico chirurgo ed odontoiatra in pazienti suscettibili di trarne vantaggio dopo un’adeguata informazione e l’acquisizione di esplicito consenso consapevole;*

- essere il medico chirurgo e l'odontoiatra gli unici attori sanitari in grado di individuare pazienti suscettibili di un beneficiale ricorso a queste medicine e pratiche, in quanto solo il medico chirurgo e l'odontoiatra sono abilitati all'atto diagnostico, che consente la corretta discriminazione fra utilità e vantaggio del ricorso consapevole a trattamenti non convenzionali;
  - essere in questa impostazione il medico chirurgo e l'odontoiatra gli unici in grado di evitare che le medicine e le pratiche non convenzionali vengano proposte e prescritte a pazienti senza possibilità di vantaggio, sottraendoli alle disponibili terapie scientificamente accreditate, sulle quali dovrà essere sempre aggiornato attraverso l'ECM;
- (omissis)
- di richiedere con forza, per far corrispondere alla consistente domanda di medicine e pratiche non convenzionali, un coerente sviluppo di sistemi preposti alla tutela dell'efficacia e sicurezza, la costituzione di una Agenzia Nazionale composta da soggetti istituzionali quali: il Ministero della Salute, le Regioni, il MURST e la FNOMCeO. Tra i compiti principali da affidare a tale Organismo, che potrebbe articolarsi in analoghe strutture regionali, sono da prevedersi: ...la promozione della ricerca di base e applicata, secondo le regole di buona pratica clinica, nelle aree esclusive e soprattutto in quelle integrate favorendo la conoscenza dei principi e dell'uso appropriato delle medicine e pratiche non convenzionali nella cultura medica, avvalendosi di finanziamenti propri e derivanti da soggetti pubblici e privati in ambito nazionale ed europeo...".

### L'informazione

La Medicina può essere vista come una perfetta metafora della società attuale, dove il "mercato" ha vinto e l'attenzione alle ricadute economiche è diventata da strumento a fine. Dietro a questo ci sono potenti motivazioni economiche: la società valorizza la tecnologia molto più dell'ascolto o della disponibilità a dare consigli. Di fronte ad un paziente che manifesta ansia, la scelta di somministrare subito un farmaco fa risparmiare tempo, fa vendere il farmaco stesso... Si tratta di un percorso completamente diverso dal cercare di stabilire il senso di quell'ansia, di interpretarne la portata e poi, solo dopo un adeguato tempo, passare alle strategie di cura. Sappiamo ad esempio che, a proposito dei consumi di alcune prestazioni sanitarie come gli interventi chirurgici minori, i cittadini meno informati sono quelli più sottoposti a procedure<sup>8</sup>. Non sono dunque solo le condizioni cliniche che determinano i "consumi" in medicina (e allora si parlerebbe di appropriatezza!), ma anche l'ignoranza che possono esistere alternative, magari anche più efficaci, e che si può ottenere salute anche senza "consumare" una determinata procedura diagnostica o terapeutica.

In proposito, nel sottolineare l'enorme responsabilità che abbiamo nell'informare correttamente i cittadini, dovremmo sempre tenere a mente, e discuterne volta per volta con i pazienti, che: "Fare di più non vuol dire fare meglio... Una medicina sobria implica la capacità di agire con moderazione, gradualità, essenzialità e di utilizzare in modo appropriato e senza sprechi le risorse disponibili... La

Medicina deve rispettare i valori, le aspettative ed i desideri delle persone, che sono diversi e invariabili. Ognuno ha il diritto di essere quello che è e di esprimere quello che pensa... Una Medicina giusta... supera la frammentazione delle cure e favorisce lo scambio di informazioni e saperi tra professionisti". Queste sono alcune delle più significative enunciazioni contenute nel manifesto per la Slow Medicine<sup>9</sup>, presentato il 29 giugno 2011 a Ferrara e che, giustamente, promuove concetti che non sono esclusivi per uno specifico "tipo" di Medicina, ma che riguardano l'intera pratica delle cure per la salute, che si tratti di CAM o di biomedicina.

Sul delicato tema dell'informazione è opportuno tornare al documento della Commissione Regionale di Bioetica della Regione Toscana: "Per una giusta azione pubblica in materia di CAM, sono inoltre indispensabili alcuni pre-requisiti attinenti la qualità dell'informazione che deve essere fornita da parte degli organi istituzionali a tutti i cittadini: essa deve essere da un lato veritiera e non propagandistica (basata cioè su concrete indicazioni e naturali limiti) e, dall'altra, tale da garantire equità di accesso attraverso la diffusione della conoscenza dei percorsi. Già con la Dichiarazione di Alma Ata (1978), l'OMS individuava nell'empowerment del cittadino e della società civile un fondamentale strumento per la promozione della salute: solo un cittadino consapevole, cioè che sa perché è stato informato, che è in grado di incrementare la propria conoscenza e partecipare alle decisioni che lo riguardano, è posto nelle condizioni di poter efficacemente scegliere ciò che è meglio per la sua salute. E' dunque fondamentale che le persone siano informate dei principi sui quali le CAM si fondano e sulle peculiarità delle stesse rispetto alla cosiddetta Biomedicina. Onde evitare che il ricorso alle CAM finisca per incrementare quel meccanismo di consumismo sanitario di cui già conosciamo i profili, è infine importante che sia ben chiarito che, almeno alcuni dei grandi sistemi medici sorti prima e cresciuti a fianco della Biomedicina occidentale, fondano i loro presupposti sulla teoria che sia possibile stimolare un recupero della salute attraverso l'avvio di una reazione di autoguarigione, altrimenti detta guarigione biologica. Al di là della fondamentale differenza dei paradigmi, dunque, è utile che il cittadino sviluppi la consapevolezza che oltre ad essere guariti dai farmaci, è possibile preservare la salute attraverso modificazioni degli stili di vita e che, quando la salute è compromessa, è possibile in alcuni casi aiutarsi a guarire anche con altri strumenti di recupero. E' dunque compito di ogni adeguata informazione socio-sanitaria formare in ogni individuo la consapevolezza che ogni essere umano può e deve essere parte attiva nella promozione della propria salute e nei percorsi di guarigione e non solamente attore passivo di interventi o consumatore inconsapevole di farmaci o rimedi, da qualunque medicina essi provengano.

Le pratiche di integrazione tra Biomedicina e CAM comportano nel concreto il confronto tra i paradigmi medici di riferimento; in questa direzione è da ritenere una importante risorsa considerare almeno due concetti che appartengono in senso stretto alle CAM, ma che ricorrono anche nella tradizione della stessa Biomedicina occidentale, e che devono essere oggetto specifico di ogni messaggio informativo:

1. la consapevolezza che un organismo ha armi per preservare la propria salute e per guarirsi (nei termini sopra illustrati) e che tale potenziale può essere stimolato con adeguate risorse terapeutiche;
2. l'accoglienza attenta della persona, del suo vissuto di malattia delle sue scelte e dei suoi valori, la considerazione dell'importanza della sua storia personale anche ai fini della effettiva efficacia degli interventi terapeutici (concetti ripresi di recente dalla Narrative Based Medicine".<sup>10</sup>

La fortunata definizione di "Narrative Based Medicine" non tragga in inganno: da molto tempo la Medicina s'interroga sui limiti che il riduzionismo biologico porta con sé, La diversità non può essere equiparata alla malattia, l'anomalo al patologico, la medicina non può che avere una natura dinamica, anfibia, necessariamente obbligata all'impiego di tassonomie, spiegazioni e protocolli generali nel trattare il singolo, ma nello stesso tempo doverosamente guardando nei confronti del rischio di assolutizzarli come se si trattasse di costrutti immutabili. E così la *Disease* non può confliggere ma solo integrarsi con la *Illness* e con la *Sickness*, secondo una prospettiva laica, dove l'agenda del paziente è un'occasione di potenziamento della relazione con i curanti e non una bandiera da sventolare in alternativa a quella della medicina. Ecco che ci vengono in soccorso gli avvertimenti che un grande medico quale Augusto Murri ci ha lasciato oltre un secolo fa: "...datemi una boccetta di urina, fatemi fare una coltura del sangue e vi dirò la diagnosi: pretese compassionevoli per la loro ignoranza".<sup>11</sup>

Anche la letteratura ci offre una conferma attraverso la penna di Marguerite Yourcenar, quando mette in bocca ad Adriano chiare parole dalle quali risulta evidente come già allora l'attenzione del medico fosse tutta per gli aspetti oggettivi, biologici, mentre la dimensione "umana" restava sullo sfondo: "E' difficile rimanere imperatore in presenza di un medico; difficile anche conservare la propria essenza umana: l'occhio del medico non vede in me che un aggregato di umori, povero amalgama di linfa e di sangue".<sup>12</sup>

### La ricerca

Posizioni dogmatiche e fondamentaliste affermano che la ricerca nel campo delle Medicine Complementari non è praticabile, se non addirittura inutile e dannosa, mentre approcci ispirati ad umiltà e disponibilità alla conoscenza ritengono indispensabile che le CAM, in particolare quando le si voglia inserire nei Servizi Sanitari Pubblici, siano oggetto di ricerca di prove di efficacia e di sicurezza sperimentalmente comprovate. Alla visione sostanzialmente chiusa del Comitato Nazionale per la Bioetica, che in suo documento del 2004 rileva che "se l'autonomia del paziente nella scelta terapeutica rappresenta certamente un valore fondamentale universalmente riconosciuto dalla bioetica, e se la libertà della ricerca scientifica va in ogni caso salvaguardata, la libertà di cura tuttavia non può prescindere dalle conoscenze scientifiche acquisite e convalidate, senza le quali non è possibile tutelare adeguatamente la salute del paziente garantendone l'informazione ai fini del consenso"<sup>13</sup>, si contrappone lo spirito laico della Commissione Regionale di Bioetica della Regione

Toscana<sup>14</sup>, "ben consapevole del fatto che, sottoporre a criteri scientifici la valutazione dell'efficacia e della sicurezza delle CAM, incontra l'oneroso problema di definire in che misura le CAM possano essere sottoposte efficacemente ai parametri che classicamente sono stati definiti per le peculiarità della medicina accademica occidentale. La domanda che sempre più spesso viene posta, e per rispondere alla quale a livello internazionale molto si lavora, riguarda infatti oggi, non già la possibilità stessa di una sperimentazione in CAM, bensì la ricerca di standard che, sebbene non rispondenti completamente ai criteri imposti dall'Evidence Based Medicine (EBM), siano comunque adeguati a garantire il controllo scientifico delle CAM, nel rispetto delle peculiarità che ciascuna di esse propone. Il problema dell'insufficienza dei parametri EBM a valutare specifici ambiti della medicina, per altro verso, non si pone solo o prioritariamente per le CAM, ma anche per la valutazione dell'efficacia di alcuni settori della Biomedicina come, ad esempio, gli interventi di cure palliative.

La Commissione Regionale di Bioetica ha trovato su questa materia una perfetta sintonia tra le sue diverse componenti, proprio a partire dalla condanna di ogni atteggiamento di rifiuto preconcepito e non motivato, sia nel non voler considerare le CAM quale opzione possibile, sia anche da parte di chi rifiuta di sottoporre le CAM ad un controllo scientifico, portando a pretesto una presunta incommensurabilità dei paradigmi medici e dunque l'impraticabilità della ricerca scientifica in questo settore. La Commissione Regionale di Bioetica ritiene invece che tale percorso di ricerca scientifica debba essere raccomandato, incentivato, nel quadro complessivo di un impegno etico delle risorse pubbliche in sanità e concettualmente sostenuto dalle istituzioni.

La ricerca nel settore delle CAM, oltre agli studi osservazionali laddove applicabili, dovrebbe dunque concentrarsi su differenti tipologie di studi:

1. studi clinici controllati intesi a verificare efficacia e sicurezza di CAM in confronto a placebo;
2. studi clinici controllati intesi a verificare efficacia e sicurezza di CAM in confronto a farmaci allopatrici corrispondenti (è ovvio che tali studi possono essere effettuati unicamente laddove sia evidente che la terapia convenzionale non sia di comprovata efficacia, esistano controindicazioni al trattamento convenzionale o la patologia presa in esame sia clinicamente di scarsa rilevanza);
3. studi clinici controllati intesi a verificare il valore aggiunto, in termini di efficacia, di CAM aggiunte alla terapia ufficiale corrispondente: è la tipologia di studi che la Commissione ritiene dovrebbe prioritariamente essere perseguita, studi in cui la CAM è aggiunta alla terapia tradizionale ed è confrontata con terapia ufficiale + placebo. Questa è infatti la prospettiva in grado di dimostrare il valore aggiunto della CAM integrata nella Biomedicina così come perseguita nel modello toscano.

La sperimentazione delle CAM, tuttavia, non può non prevedere la disponibilità ad una almeno parziale riconsiderazione dei criteri e i modelli proposti dalla pratica delle Evidence Based Medicine (EBM), che potrebbero in parte dovere essere adattati alle peculiarità proprie dei paradigmi proposti da ciascuna disciplina delle CAM. E' da precisare che non si intende qui prevedere per le CAM criteri diffe-

renti o un rigore attenuato per la ricerca di prove di efficacia e sicurezza, poiché la necessità di adeguamento del modello, sempre nel rispetto del rigore e della scientificità del metodo proposto per tutta la ricerca scientifica, è risultata utile e doverosa non solo per la volontà di rendere possibile il controllo delle CAM con criteri validati, ma per tutte le analoghe esigenze emerse in settori importanti della stessa medicina occidentale che con difficoltà si attagliano alle prerogative proprie dell'EBM. Tali standard, comunemente accettati dalla comunità scientifica sebbene sempre modificabili e migliorabili, sono coerenti ad alcune specialità di CAM, ma risultano inadeguati per altre. La valutazione dell'efficacia e della sicurezza della fitoterapia, ad esempio, è simile a quella della Biomedicina, tanto che in questo settore è possibile non solo reperire nella letteratura scientifica sia studi clinici controllati che meta-analisi eseguiti con le metodiche tradizionali, ma anche rendere operativa una fitosorveglianza come accade nella Regione Toscana. Nel caso dell'omeopatia, invece, le EBM incontrano maggiori difficoltà, perché la modellistica su cui è costruita l'evidenza delle EBM non è idonea a cogliere gli effetti stimolanti su funzioni vitali indotti dalla somministrazioni di microdosi di sostanze. Esistono poi ostacoli specifici determinati dalle caratteristiche di alcune pratiche di CAM: nell'agopuntura, ad esempio, è impossibile condurre sperimentazioni in doppio cieco e l'uso del confronto con placebo, pur negli usi consentiti, comporta non pochi problemi". In fondo, come per la ricerca in biomedicina, anche nell'ambito delle CAM dovremmo tener sempre presente la dichiarazione di Helsinki, quando recita che "la ricerca medica è giustificata se vi è una ragionevole probabilità che le popolazioni in cui la ricerca è condotta possano beneficiare dei risultati della ricerca" e che "nella ricerca su soggetti umani, le considerazioni correlate con il benessere del soggetto umano devono avere la precedenza sugli interessi della scienza e della società"<sup>15</sup>. Le CAM, con la loro peculiare attenzione all'esperienza individuale di malattia ed un approccio orientato più al "prendersi cura" che al "curare", non dovrebbero avere problemi a soddisfare questi elementari requisiti.

### Il rischio clinico

La qualità delle cure passa sempre di più attraverso la promozione della sicurezza del paziente. Ed in ambito di CAM appare subito evidente il rischio legato al fatto che il paziente si viene spesso a trovare in uno stato di clandestinità, diviso tra operatori sanitari che nella maggior parte dei casi si ignorano, non si conoscono e non vogliono conoscersi, non si relazionano e non vogliono relazionarsi, lavorano in ambiti chiusi, impermeabili alla reciprocità. Ed in questa situazione chi, se non proprio il paziente, corre il rischio maggiore? Spesso il medico "ufficiale" non è interessato a conoscere e non vuole essere coinvolto nell'ascolto di una scelta che il paziente ha fatto, e dunque si corre il rischio che, mancando una relazione professionale, il paziente riferisca all'"altro" medico solo una parte delle notizie che riguardano la sua storia clinica. Invece di un dialogo che non potrebbe che apportare benefici alla sicurezza ed alla salute del paziente, questi viene diviso tra due monologhi il cui esito è più probabilmente dannoso che fecondo.

Si tratta di un rischio ben evidenziato anche dal Comitato Nazionale per la Bioetica:<sup>16</sup>

*"Al dovere del medico di fornire al paziente tutte le informazioni indispensabili perché egli possa assumere in piena autonomia le proprie decisioni si affianca, come è noto, l'onere del paziente di fornire al medico tutte le informazioni possibili in suo possesso per garantire una corretta diagnosi e un'adeguata indicazione terapeutica. Nel campo delle medicine alternative questo dovere del paziente assume un rilievo cruciale in relazione alle possibili interazioni tra le sostanze prescritte secondo i paradigmi delle medicine alternative e quelle prescritte in base ai protocolli della medicina scientifica: tali interazioni possono impedire ai medici di effettuare una diagnosi corretta e di indicare la terapia ottimale per il paziente. Spesso il paziente è portato a sottovalutare il dovere di fornire queste informazioni, sia perché ignora i possibili effetti dei prodotti farmaceutici (che a volte assume autonomamente, senza il controllo medico), sia per una indebita, ma a volte insuperabile forma di 'pudore' nel riferire al medico che lo ha in cura la propria (a volte occasionale) adesione a un modello di medicina che egli sa da lui non condiviso. Da indagini attendibili risulta che in particolare i pazienti che fanno uso di antidepressivi regolarmente prescritti spesso, agendo di propria iniziativa, aggiungono coadiuvanti alternativi, ignorando che i prodotti naturali contro ansia e depressione possono avere effetti pericolosi se assunti contestualmente ad altri farmaci. Il CNB, nella consapevolezza della dimensione di questo problema, insiste sull'importanza di far comprendere all'opinione pubblica la necessità di fondare il rapporto medico-paziente su una reciproca e leale informazione quale elemento imprescindibile per la realizzazione di una vera "alleanza terapeutica".*

Purtroppo nello stesso documento si leggono posizioni di estrema chiusura alle CAM, in un certo senso "concesse" in caso di disturbi di lieve entità, testualmente "nel caso di forme morbose non gravi o di pazienti ipocondriaci o in fase di terapia palliativa", ma di fatto da rigettare quando il gioco si fa duro. In particolare, a proposito di pazienti minori o incapaci si sostiene che "...l'impossibilità di ottenere o, comunque, di considerare valido il consenso a tali pratiche da parte di tali pazienti dovrebbe indurre i medici a suggerire sempre il ricorso a terapie scientificamente convalidate". Una intelligente postilla osserva, in proposito: "Se il medico ... ha fiducia nelle medicine alternative, perché non ammettere che queste vengano usate anche per i bambini? Riflettendo su questo punto, mi sono chiesta perché non abbiano anch'essi il diritto di fruire della medicina in cui i genitori hanno riposto la loro fiducia e che vedono da loro usare? Una delle accuse che viene fatta alle medicine alternative è di non avere dimostrabili basi scientifiche. Ma per avere basi scientifiche occorrono ricerche e finanziamenti di natura la più diversa, dalle industrie private agli organismi pubblici statali, cui le medicine alternative finora non hanno avuto se non limitato accesso. Ma i bambini ritengono che è valido (buono) solo quello che vedono fare dai genitori e, pur avendo la capacità di avere un proprio consenso informato, fanno proprio quello dei genitori e accettano con maggiore fiducia le medicine alternative che vedono da essi usare che non quelle prescritte da un medico diverso, anche se 'scientifiche'<sup>17</sup>.

Se dunque il paziente deve essere tutelato nella sua libertà di scelta, resta il rischio che lasciando tutta la responsabilità di un intervento di salute soltanto al paziente si possa delegargli anche la scelta di quale sia la soluzione più appropriata per quello specifico problema. Il paziente non è un soggetto autonomo portatore di diritti a-priori, deve invece essere educato nel suo rapporto con la sofferenza e la malattia. Sappiamo che i percorsi clinici sono determinati spesso dal tipo di struttura cui il paziente si rivolge, invece che dalle sue reali esigenze cliniche. Dunque il rischio, la probabilità che un evento accada, è già predeterminato dalla prima scelta del paziente. E come possiamo fidarci che la scelta del paziente, magari orientata da mode, da abitudini o da fatti contingenti, sia quella giusta? Inoltre, indipendentemente dalla scelta che inizialmente fa il paziente, come possiamo garantire che il percorso successivo sarà quello più appropriato ed efficace per il suo bisogno clinico, se i medici cui si rivolge sono stranieri tra loro, non si (ri)conoscono, anzi spesso si avversano? Si parla tanto di *empowerment* del cittadino, ma tale concetto dovrebbe essere esteso a tutti noi che operiamo nell'ambito della Sanità!

Purtroppo ci dimentichiamo troppo spesso delle parole di Karl Popper: *“Il medico tuttavia deve convincersi con umiltà che nonostante tutto continua a operare in condizioni di probabilismo, perché tutta la conoscenza scientifica è ipotetica e congetturale. Quello che possiamo chiamare il metodo della scienza consiste nell'imparare sistematicamente dai nostri errori, in primo luogo osando commetterli, e in secondo luogo andando sistematicamente alla ricerca degli errori che abbiamo commesso”*. In proposito, una formidabile occasione per migliorare la qualità delle nostre cure ci è data dal consenso informato. Al di là della sua degenerazione ad evento burocratico, quando viene ridotto a pratica formale che accompagna le procedure invasive, il suo vero e profondo significato consiste nel condividere tra medici e pazienti ciò che si conosce e ciò che si ignora sul tema in questione. In moltissimi casi il percorso verso la salute può presentare diverse opzioni, che devono essere discusse con il paziente per arrivare alla scelta migliore nel contesto specifico. Altrimenti si resta in pieno paternalismo, dove il paziente è oggetto passivo di scelte dettate dall'autorità professionale del medico.

Diversi sono i pazienti perché diversi sono gli ambiti sociali, antropologici, culturali nei quali vive. Non esistono malattie, esistono solo malati, diceva Rousseau, ciascuno unico ed irripetibile nella sua visione di salute e di malattia, dunque di cura. Ad esempio, qualcuno si accosterà all'omeopatia perché ha bisogno di un modello di cura e di salute che non trova nella Biomedicina e che sente più adatto a se stesso. Se è il cittadino che alla fine è chiamato a scegliere tra diverse opzioni, non solo all'interno di un modello di Medicina, ma anche tra diversi modelli, è doveroso che sia messo nelle condizioni di poter scegliere mediante un'informazione chiara e completa. Sappiamo ad esempio come in Toscana il ricorso alle CAM sia crescente con l'aumento del grado d'istruzione, risultando significativamente più elevato nei laureati rispetto agli altri, e che il ruolo del medico di Medicina Generale,

pur in crescita, rappresenti solo un terzo dei casi d'informazione in tema di CAM, dopo fonti personali rappresentate da parenti/amici e da mezzi d'informazione vari.

E come possiamo informare adeguatamente un cittadino, se come professionisti ignoriamo nella maggior parte dei casi cosa significano le CAM? A partire dai corsi accademici, la formazione resta purtroppo a compartimenti stagni, con la conseguenza che il rischio per la sicurezza del paziente aumenta. Si torna alla categoria della laicità che sempre deve ispirarci: saremo tanto migliori professionisti quanto più saremo capaci di fare un passo indietro, di fronte ad uno specifico caso clinico, riconoscendo che un'“altra” Medicina in questo caso può risultare più appropriata ed efficace. Se la Biomedicina è troppo spesso malata di standardizzazione, le CAM sono malate di eccessiva individualizzazione, prive di un confronto inter- ed intradisciplinare. Se per ragioni di evoluzione politica e sociale non possiamo non adattarci alla multiculturalità, ciò vale anche per le diverse culture mediche. *Therapeuo* in greco vuol dire “essere al servizio di”, il terapeuta esercita una professione al servizio di un'altra persona. Occorre dunque (ri)conoscere sempre di più l'altro da noi, sia che si tratti del paziente che vuole fare scelte che non ci corrispondono, sia che si tratti di un “altro” professionista. La Medicina Ospedaliera è in questo senso avvantaggiata, in quanto si lavora sempre più in equipe, con figure professionali diverse che insieme concorrono nella cura. Si tratta ora di abbattere gli steccati ancora troppo alti che esistono nella miriade di strutture in cui si esercita la Medicina fuori dagli ospedali!

## Conclusioni

Dobbiamo avere il coraggio di camminare insieme, operatori sanitari e cittadini, consapevoli che le aspettative del malato non sempre coincidono con i suoi diritti (né tanto meno quelle dei professionisti...), e che talora perverse logiche di mercato dilatano l'ambito dei bisogni a quello dei desideri, fino a quello dei capricci. *“La medicina, come la scienza, è un modo del potere”*<sup>18</sup>: è molto difficile, ma abbiamo il dovere di non abbassare la guardia. Dobbiamo dunque smascherare le insidie che sempre più forti sono tese ai Servizi Sanitari Nazionali ed in generale ai sistemi di Welfare, denunciare la quasi totale assenza delle amministrazioni pubbliche nel promuovere la ricerca indipendente dai condizionamenti del mercato, contrastare la pervadente presenza della ricerca orientata ai profitti del mercato nelle sperimentazioni cliniche e nella formazione dei medici, opporci ad una comunicazione più o meno consapevolmente manipolata, intesa sia come comunicazione dei media che come comunicazione fra medico e paziente, resistere alle influenze esercitate dalla grande industria non solo farmaceutica o elettromedicale, ma anche chimica e agroalimentare, combattere la nocività dei luoghi di lavoro, correggere le disuguaglianze sociali nei confronti della morbilità e della mortalità, proteggere l'ambiente e l'ecosistema, dunque la nostra salute, dalle offese crescenti...

Biomedicina e CAM devono essere alleate, altro che “alternative”, in questo slancio etico di civiltà!

Con una Medicina immersa nel Mercato, il rischio è quello di parlare solo il linguaggio dei (falsi) diritti, mentre si deve cominciare ad avere il coraggio di parlare, riguardo alla salute, anche di doveri. In particolare, il primo dovere è proprio quello di riconoscere i diritti degli “altri”, e dunque riconoscere il “limite” entro il quale ci dobbiamo e possiamo muovere, secondo un laico spirito di rispetto, di valorizzazione di identità tra loro diverse, non “contro” ma “verso” chi è altro da sé. Se sapremo coniugare diritti e doveri che ci riguardano tutti, nessuno escluso, secondo le regole del rispetto reciproco, avremo fatto un bel passo avanti nel cammino verso più alti livelli di eticità.

*Non tutto ciò che conta può essere contato,  
e non tutto ciò che può essere contato conta.*

*Albert Einstein*

#### BIBLIOGRAFIA

1. Volpi F. Contro Nietzsche. L' accusa del Papa al filosofo nichilista, la Repubblica, 10 aprile 2009.
2. Smith K. Against Homeopathy. Bioethics, 2011, Feb 14. doi: 10.1111/j.1467-8519.2010.01876.x.
3. Commissione Regionale di Bioetica, Regione Toscana. Le Medicine Complementari, 11 novembre 2009.
4. Ibidem, vedi nota 3
5. Ibidem, vedi nota 3
6. Si veda in particolare: a) “Guidelines on Developing Consumer Information on Proper Use of Traditional, Complementary and Alternative Medicine” (WHO, Geneve 2002); b) la raccomandazione del Consiglio d'Europa n. 1206 del 1999, che invita gli stati membri ad inserire le CAM a pieno titolo nei SSN; c) la risoluzione del Parlamento europeo n. A 400 75/97 che evidenzia: “la necessità di garantire la più ampia libertà possibile di scelta terapeutica, assicurando (...) anche il più elevato livello di sicurezza e l'informazione più corretta sull'innocuità, la qualità e l'efficacia di tali medicine”; d) il Parlamento e il Consiglio Europeo hanno poi adottato, sempre nel 2007, la Decisione che istituisce un secondo programma d'Azione Comunitaria in materia di salute 2008-2013 (in sigla FP) riportato nella Gazzetta ufficiale Europea L305/5 20-11-2007), nel quale si legge che “il programma dovrebbe prendere atto dell'importanza di una impostazione olistica della sanità pubblica e tenere in considerazione nelle sue azioni, ove appropriato e in presenza di prove scientifiche o cliniche di efficacia, la medicina complementare e alternativa”.
7. Documento del Consiglio Nazionale della FNOM-CeO, Terni 18 Maggio 2002.
8. Gianfranco Domenighetti: Il mercato della salute: ignoranza od adeguatezza? Analisi degli effetti dell'informazione sul mercato sanitario. CIC Edizioni Internazionali, Milano, 1995.
9. Manifesto per la Slow Medicine, www.slowmedicine.it.
10. Ibidem, vedi nota 3.
11. Augusto Murri, in Pagnini A. Filosofia della Medicina. Epistemologia, ontologia, etica, diritto. Carocci, Roma, 2010.
12. Marguerite Yourcenar. Memorie di Adriano, Einaudi, Torino, 1988.
13. Comitato Nazionale per la Bioetica, Mozione su medicine e pratiche non convenzionali, 23 aprile 2004.
14. Ibidem, vedi nota 3.
15. Dichiarazione di Helsinki, World Medical Association, www.wma.net.
16. Comitato Nazionale per la Bioetica, Le medicine alternative e il problema del consenso informato, 18 marzo 2005.
17. Prof. ssa Renata De Benedetti Gaddini, Postilla al Documento CNB (vedi nota 12).
18. Maccararo Giulio A., Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976, Feltrinelli, Milano, 1981.

# Ormesi e Medicina Integrata

## Sinonimia di un paradigma

Andrea Dei

Dipartimento di Chimica, Università di Firenze  
E-mail: andrea.dei@unifi.it

### Introduzione

Ormesi etimologicamente significa *stimolazione* e personalmente ho sempre trovato questa definizione piuttosto riduttiva tenuto conto del panorama che la sua comprensione permette di abbracciare.<sup>1</sup> In sintesi con questo termine si vuole indicare che un organismo vivente, se perturbato dall'esterno, reagisce in modo qualitativamente diverso in funzione dell'intensità della perturbazione. Nell'ambito dello scopo di questo contributo questo significa che, per esempio, l'effetto dell'ingestione di una sostanza tossica dipende dalla quantità di sostanza: a basse dosi si osserva una modesta stimolazione delle funzioni dell'organismo mentre ad alte dosi si ha un effetto inibitorio, ovvero un effetto opposto. Questo comportamento è una caratteristica che dipende dalla natura stessa dell'organismo vivente e il numero degli esempi riportati ha fatto suggerire che esso costituisca una legge biologica generale.

Personalmente ho sempre sostenuto l'ovvietà di quest'ultima tesi e ho sempre guardato l'ormesi con una certa indifferenza trovandola del tutto naturale, quasi fosse un lemma della filogenesi e dell'ontogenesi di ogni organismo vivente. Tuttavia la sua accettazione da parte della comunità scientifica non è ancora totale anche se il processo è facilmente giustificabile da un punto di vista termodinamico e francamente mi sembra che il discuterne sia solo frutto di pregiudizio. Il grande merito dell'ormesi è infatti quello di aver messo in evidenza l'inadeguatezza dei modelli farmacologici e tossicologici postulati dalla medicina ortodossa.

La mancanza di rispetto per l'accademia è sempre colpa grave, specie quando l'ortodossia misura i propri successi seguendo i criteri che lei stessa stabilisce, ma diventa delitto capitale se la salute è considerata una merce in una economia di sviluppo. La storia dell'ormesi nel XX secolo costituisce pertanto un incredibile esempio di sopraffazione culturale da parte di una comunità accademica che ha cercato di ignorare e di far dimenticare una fenomenologia perché in contrasto con la propria convenienza e i propri interessi di bottega. Tuttavia se questa mercificazione ha portato alla crisi della medicina occidentale, come abbiamo sottolineato in altri contributi di questo documento, è mia opinione che la rivalutazione dell'ormesi e di tutti gli insegnamenti che questa fenomenologia ha offerto alla nostra considerazione possa permettere di aprire nuove prospettive nel campo della farmacologia tradizionale e concepire un modello terapeutico meno innaturale di quello fornito dalla biomedicina del ventesimo secolo. In questo senso l'ormesi diventa una colonna

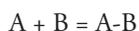
portante della Medicina Integrata, in quanto permette di offrire una base razionale spesso giustificativa di alcune caratteristiche delle tecniche terapeutiche che non appartengono alla biomedicina. Ma anche in questo caso spesso il principio dell'*intelligo ut credam* per i medici esperti di tali tecniche è da subordinare al *credo ut intelligam* di spirito fideista e non è sorprendente che spesso il concetto di ormesi sia stato osteggiato proprio da coloro che in tale concetto avrebbero dovuto trovare la chiave di volta dei loro tenets terapeutici.<sup>2-8</sup> Tuttavia la semplice descrizione della relazione farmacologica dose-risposta e la sua giustificazione forniscono ampia materia di riflessione per indirizzare lo sviluppo della medicina futura.

### La relazione dose-risposta

Il ruolo della farmacologia è per principio quello di capire qualitativamente e quantitativamente gli effetti delle molecole di un farmaco sulla fisiologia dell'intero organismo. Nella pratica le terapie farmacologiche sono indirizzate a indurre uno stimolo misurabile o l'inibizione di meccanismi biologici come risultato di una interazione con un farmaco. Gli studi pertanto sono volti a stabilire il meccanismo di perturbazione indotto dalla molecola ed a sviluppare, in concorso coi chimici, altre molecole che possano indurre perturbazioni più convenienti. Nella biomedicina questo punto di vista nasce dall'aspettativa che il malessere sia dovuto all'esistenza di un meccanismo biologico-chiave che non funziona come dovrebbe. Pertanto l'inibire o almeno il limitare questo meccanismo offre la possibilità di rimuovere il malessere. Per tale motivo il concetto centrale della farmacologia accademica è associato allo studio della interazione farmaco-recettore e, una volta stabilita l'efficacia del trattamento, alla determinazione della sua concentrazione ottimale nel plasma e nei tessuti. Tale tipo di studi è quindi volto a definire la correlazione dose-risposta.

Questa visione parte dall'ipotesi che la risposta dei diversi individui al trattamento farmacologico dovrebbe essere se non proprio la stessa, almeno simile, in quanto viene a interessare sempre lo stesso meccanismo biologico. Pertanto si assume l'esistenza di una approssimativa correlazione fra il numero di molecole perturbanti (la dose) e il livello di inibizione indotta (la risposta). Poiché a livello applicativo è auspicabile una relazione lineare fra le due grandezze in quanto permette di ottenere una valutazione più diretta dell'efficacia di un trattamento terapeutico, si cerca di utilizzare molecole che si leghino in maniera specifica a un certo recettore, in maniera tale

che quella specifica interazione che porta alla formazione dell'addotto farmaco-recettore diventi il meccanismo dominante. Quando questo si verifica la relazione dose-risposta è descritta dall'equilibrio acido-base:



la cui costante è definita in farmacologia come:

$$K = [A][B][A-B]^{-1}$$

cioè dal reciproco termodinamico.

In questa espressione [A] è la concentrazione del farmaco libero, [B] è la concentrazione dei recettori non occupati e [A-B] è la concentrazione dell'addotto farmaco-recettore. Ne consegue che l'attività farmacologica è legata alla frazione dei recettori occupati  $[A-B]/C_B$ , dove  $C_B = [B] + [A-B]$ .

Una descrizione più appropriata dovrebbe implicare sia l'eventualità dell'esistenza di effetti cooperativi sia considerazioni cinetiche e, soprattutto, dovrebbe tenere conto degli effetti biologici indotti dall'interazione della molecola con il recettore portando alla distinzione fra agonisti e antagonisti. Tuttavia per i nostri scopi questo semplice modello termodinamico offre la possibilità di definire la filosofia della biomedicina attraverso una curva che mostra l'andamento della risposta in funzione del logaritmo della concentrazione del farmaco. L'andamento atteso è sigmoidale, partendo dal presupposto che l'effetto inibitorio sia pressoché nullo a basse dosi, diventi apprezzabile a partire da un certo valore (detto valore di soglia), cresca al crescere della concentrazione del farmaco fino ad un valore limite di saturazione che è quello corrispondente alla totale occupazione dei recettori. Una volta definito come ED50 il valore della dose che porta a una occupazione del 50% dei recettori, si può mostrare che nell'intervallo  $\log[A] = \log ED50 \pm 1$  la relazione è lineare, se non sono presenti effetti cooperativi. Questo intervallo di concentrazioni è quello che si suggerisce utilizzabile a livello terapeutico. In altre parole la biomedicina considera la perturbazione fisiologica indotta da un farmaco in un intervallo di tre o quattro unità logaritmiche, postulando ininfluenti le concentrazioni sotto la concentrazione soglia e inutili, dannose o addirittura letali quelle troppo elevate.

### I limiti del modello convenzionale

Il grande merito del modello sta nella sua semplicità e questo è il motivo del suo successo in biomedicina a partire dall'inizio del XX secolo. Bisogna però sottolineare che esso ha fortemente limitato lo sviluppo della farmacologia nel senso che, dato un sistema farmaco-recettore, si viene a predeterminare l'intervallo di concentrazioni da studiare e quindi la dose di farmaco da assumere. Va inoltre considerato che esso ha portato la biomedicina a suggerire dosi di farmaco che contenevano un numero di molecole incredibilmente più grande dei recettori con i quali il farmaco era destinato a interagire. Per esempio si pensi che una pasticca di aspirina contiene un numero di molecole cento milioni di volte maggiore delle cellule dell'organismo umano e che se si desiderasse somministrare un numero di molecole di farmaco uguale al numero delle cellule ci si dovrebbe limitare a circa un

miliardesimo di grammo. Tuttavia il grande limite del modello è un altro. Infatti, pur partendo dall'ipotesi che a livello biologico si abbia la stessa reazione per tutti gli individui, di fatto le risposte osservate sono diverse da individuo a individuo e quel che è peggio, oltre a procurare benefici, spesso hanno effetti dannosi. In pratica l'efficacia di un farmaco raramente va oltre il 60% e agli effetti benefici si aggiungono spesso effetti indesiderati. Negli altri casi o non si ha risposta o si hanno solo effetti indesiderati. Si stima che circa il 5-10% dei ricoveri ospedalieri sia dovuto a questi ultimi effetti.

E' ragionevole pensare che il parziale fallimento del modello sia da attribuirsi all'insufficienza dell'ipotesi iniziale. L'interazione della molecola del farmaco con il recettore è solo il primo degli eventi che si verificano nelle cellule. Le attività biologiche delle cellule non seguono un andamento lineare e quindi anche le risposte conseguenti all'interazione del farmaco con il recettore possono non essere lineari. Nella pratica, alla formazione dell'addotto segue un serie di processi catalitici e di autoregolazione che avvengono seguendo una molteplicità di percorsi a cascata che vengono dettati dal software che determina l'omeostasi. Poiché questo è funzione del codice genetico, è abbastanza ovvio che le risposte individuali possano essere differenti.

Per finire, ci sono diverse evidenze che molte risposte della cellula non siano variabili entro un certo intervallo, ma che debbano essere spesso descritte come on-off, ovvero come se la cellula potesse esistere in due soli stati (*quantal description*). Questo non è solo il caso della replicazione o dell'apoptosi, ma anche dell'attivazione di gruppi di geni o la promozione di meccanismi di feedback positivo. Pertanto il fallimento del modello sta nell'aver supposto una linearità nella relazione dose risposta. Il risultato è che, sebbene negato spesso dall'ortodossia, molti farmaci danno origine a effetti non desiderati dovuti a immunosoppressione o immunostimolazione con conseguenti seri danni alla salute del paziente.

### Non-linearità della relazione dose-risposta

Negli studi farmacologici usuali l'intervallo di concentrazione vicino al valore di soglia non è studiato perché troppo lontano dai valori ritenuti utilizzabili a livello terapeutico. C'è invece da osservare come in questa zona il farmaco induca una reazione opposta a quella osservabile a alte concentrazioni. In altre parole, la risposta dell'organismo non è monotona, ma in funzione della concentrazione si possono osservare sia effetti stimolatori che inibitori, a basse e ad alte dosi, rispettivamente. Questo comportamento può essere riassunto dicendo che la curva è a forma di J piuttosto che una sigmoide. L'effetto stimolatorio in generale è modesto e spesso difficile da misurare con precisione a causa del rapporto segnale-rumore. Inoltre spesso l'effetto è funzione del tempo e ad un effetto inizialmente inibitorio ne segue uno stimolatorio. In ogni caso da un punto di vista della farmacologia tradizionale esso costituisce una complicazione perché fa richiedere l'introduzione di un meccanismo aggiuntivo a quello operativo a alte concentrazioni. Per

questo motivo è trascurato o denominato “effetto paradosso”, quasi fosse una curiosità peraltro non rilevante. C'è da notare che cento anni fa costituiva la base della legge di Arndt-Schulz e sessanta anni fa sia stato etichettato col nome di “ormesi”, anche se era stato cancellato dai libri di farmacologia. Uno studio sistematico condotto da Edward Calabrese negli ultimi quindici anni ha mostrato come esso costituisca una regola piuttosto che una eccezione.<sup>9</sup> Una volta accertata la sua fondamentale importanza a livello tossicologico, anche la farmacologia non ha potuto più permettersi di trascurare il fenomeno. Le tecniche sperimentali a nostra disposizione permettono oggi di iniziare il viaggio nel regno delle microdosi.

### L'evidenza sperimentale

Negli ultimi anni sono stati pubblicati numerosissimi lavori riportando una serie di risultati sperimentali supportanti senza ambiguità il modello di reattività omeopatia. I lavori riguardano fondamentalmente la tossicologia dell'ambiente, problemi dell'accrescimento, terapie anti-invecchiamento, risposte immunitarie, effetti delle radiazioni ionizzanti e la correlazione fra il modello omeopatico e l'omeopatia. Il denominatore comune di questi studi è la complessità dell'identificazione e dell'interpretazione dei meccanismi biologici sottesi alla fenomenologia osservata. C'è da notare che molti dei dati osservati sono limitati dalla sensibilità delle tecniche di indagine utilizzate che ha limitato fortemente la dimensione degli studi. Personalmente, rimuovendo per una volta la modestia, ritengo che uno degli studi più significativi sia stato quello recentissimamente pubblicato da un gruppo di ricercatori dell'Università di Firenze che mi vedeva coinvolto come coordinatore, perché tale studio ha permesso di studiare a livello molecolare l'effetto di un agente chimico in un intervallo di concentrazioni mai studiato prima di allora.<sup>10</sup> Lo studio riguarda l'effetto di soluzioni diluite di ione rameico sull'espressione genica del DNA. Questo studio, condotto utilizzando la tecnologia dei microarray, ha permesso di confrontare le espressioni dei geni trattati con soluzioni di rame in concentrazione variabile fra  $10^{-6}$  e  $10^{-17}$  M (cioè fra circa 0,06 mg/litro e 60 miliardesimi di miliardesimi di grammo per litro) con quelli di geni trattati con acqua senza rame. È stato osservato che numerosi gruppi di geni da sovraespressi diventavano sottoespressi al variare della concentrazione e viceversa. Così la produzione di alcune metallotioneine è stimolata a alte concentrazioni ( $10^{-6}$ - $10^{-9}$  M) mentre è inibita a basse, mentre la produzione di altre metallotioneine viene stimolata solo a basse concentrazioni ( $10^{-13}$ - $10^{-16}$  M). Tale variazione di espressione obbedisce al modello omeopatico. Lo studio suggerisce che almeno quattro gruppi di geni mostrano una significativa variazione di attività in funzione del numero di ioni rame presente e come tale attività sia modulata da un numero di agenti perturbanti incredibilmente piccolo, come viene suggerito dal fatto che il numero dei geni sovra o sottoespressi a basse concentrazioni è sempre rilevante (3-4 %).

### L'origine dell'ormesi

Ogni organismo vivente è descrivibile termodinamicamente come un sistema aperto in uno stato stazionario di non equilibrio. Poiché lo stato di equilibrio è lo stato più stabile, ogni sistema in non equilibrio tende spontaneamente a raggiungere tale stato, ma, tenuto conto che esso coincide con la morte, il processo vitale consiste nel cercare di opporsi al raggiungimento di tale traguardo. I geni, veri padroni quasi immortali dell'organismo, si adoperano cooperativamente a promuovere tale opposizione in tre modi: a) cercando di mantenere se possibile lo stato stazionario di non equilibrio, b) adattandosi ai cambiamenti esterni e c) riproducendosi.

Lo stato stazionario viene mantenuto da un continuo scambio di materia e energia nell'interazione con l'ambiente che lo circonda.<sup>11</sup> Queste interazioni implicano sempre variazioni strutturali del sistema e in tal senso si può dire che sono una fonte continua di danni che alterano il sistema originale di comunicazione. Per mantenere lo stato stazionario l'organismo pertanto reagisce o riparando i danni o attivando dei percorsi alternativi in grado di sostituire il meccanismo danneggiato. In ogni caso quando a seguito di un'interazione con l'esterno il sistema è spostato dal suo stato stazionario, esso *tende a reagire nel senso di opporsi alle variazioni indotte dall'interazione con l'agente esterno allo scopo di ristabilire lo stato stazionario originale*. Il punto chiave è che il sistema reagisce in maniera tale da mantenere inalterata la sua identità, ovvero la sua organizzazione strutturale.<sup>12</sup>

L'espressione di questa autoreferenza è data dall'omeostasi, che altro non è che un sistema di autoprotgersi dalle interazioni con l'ambiente. Ma per comprendere veramente l'organismo vivente bisogna ricordarsi che esso è sempre il risultato di una evoluzione che viene ad essere definita dalle interazioni con l'ambiente che lo circonda. Da questo ha origine la cosiddetta plasticità biologica ovvero la mutazione di un fenotipo per effetto degli agenti esterni, implicando un continuo aumento della possibilità di elaborare le informazioni dell'ambiente. In altre parole il software del sistema non è fisso come nei nostri computer ma, seguendo la concezione di Alan Turing, è in grado di adattarsi in funzione del problema che gli viene posto. Le conseguenze possono essere limitate a un solo organismo nel corso della sua esistenza o portare a una variazione genetica, con trasmissione nella riproduzione.

Deve essere altresì sottolineato che le variazioni strutturali indotte dall'ambiente possono essere diverse da organismo a organismo poiché esse dipendono anche dalle variazioni subite in precedenza. In questo senso la vita è un continuo processo di apprendimento e ogni interazione quindi viene elaborata in maniera diversa dai singoli organismi viventi, inducendo spesso risposte autonome.<sup>12</sup> Tale concetto è estremamente importante a livello terapeutico.

Questa visione trova il suo supporto razionale sia a livello termodinamico col principio dell'entropia negativa introdotto da Schrödinger, che intuì l'esistenza di un sistema genetico concertato col suo bellissimo ossimoro del “cristallo aperiodico”, sia a livello della teoria dell'in-

formazione nella formulazione di Brillouin, sia a livello biologico col concetto di organizzazione come risultato di “caso e necessità” introdotto da Monod. La sintesi di questa visione teleonomica si ritrova nel concetto di organismo espresso come “sistema dissipativo auto-organizzato lontano dall’equilibrio” di Ilya Prigogine<sup>11</sup> e “sistema autopoietico” di Maturana e Varela.<sup>12</sup>

In pratica tutte queste analisi portano alla medesima conclusione: la vita è dovuta all’esistenza di un sistema cooperativo organizzato che perde spontaneamente il suo carattere ordinato col tempo o sotto l’effetto di una perturbazione esterna, a meno che l’organismo non sia in grado di usare energia e materiali disponibili per ricostituire tale carattere. In tal caso oltre a proteggersi, è in grado di sviluppare nuovi accorgimenti per contrastare le perturbazioni che ne minacciano il funzionamento o l’esistenza (evoluzione). Le unità costituenti tale sistema (cioè le cellule) devono soddisfare due requisiti. Il primo è che devono contenere intrinsecamente lo stesso software delle altre (cioè il DNA) che fornisce tutte le informazioni di cui possono avere bisogno e il secondo è che devono essere in grado di comunicare la loro attività che viene svolta seguendo le informazioni fisiche e chimiche delle cellule circostanti (cooperatività).

Come abbiamo detto, ogni interazione con l’ambiente implica sempre variazioni strutturali. Questo avviene respirando ossigeno, assumendo cibi, interagendo con antigeni o più semplicemente come interpretazione di una funzione cognitiva. Tuttavia la risposta è fortemente correlata all’intensità della perturbazione. Perturbazioni deboli come respirazione o variazioni di temperatura dal caldo al freddo producono piccoli danni e l’ordine originale viene ristabilito usando appropriati meccanismi di difesa. Da un punto di vista termodinamico il disordine creato dalla perturbazione viene a essere annullato dando origine a un processo esotermico verso l’ambiente con eliminazione di prodotti di scarto. Se questi danni non sono riparati velocemente, si possono verificare dei processi irreversibili e tutto il sistema cellulare cambia lentamente e in generale è accompagnato da una perdita della reattività biochimica delle cellule. Questi processi irreversibili sono la causa dell’invecchiamento.

Il sistema concertato di meccanismi di difesa diventa più efficiente quando la perturbazione cresce un po’ di intensità, come per esempio si verifica quando il sistema cellulare viene a interagire con una piccola quantità di molecole di uno xenobiotico (ovvero una molecola estranea). Come abbiamo detto in precedenza, da un punto di vista termodinamico il sistema reagisce in maniera tale da opporsi alla variazione indotta dalla perturbazione esterna, ma non si limita a questo. Poiché il suo software è programmato per mantenere se stesso al variare delle condizioni esterne, il sistema non si limita ad annullare la perturbazione, ma si prepara a una ulteriore interazione rafforzando i suoi meccanismi di difesa, che implicano anche la riparazione dei danni subiti. L’aumento di efficienza viene quasi sempre ottenuto stimolando l’intero insieme di cellule a favorire la produzione di ATP. L’ATP è una fonte di energia libera e, se l’eccesso di ATP non viene utilizzato per far fronte a una nuova perturbazione, il sistema cellulare lo utilizza per effet-

tuare altri tipi di riparazione con un conseguente effetto benefico su tutto il sistema. Il processo stimolatorio è l’origine dell’ormesi che, sulla base delle considerazioni espone, può essere descritto come *risposta adattativa indotta implicante una sovra-espressione dei geni designati alla riparazione dei danni e alla eliminazione dei prodotti di scarto*. Il risultato è che in queste condizioni si ha allungamento della vita, come dimostrato di recente con il chiarimento del meccanismo dell’ormesi mitocondriale (stimolazione della citocromo-ossidasi).

Questo effetto benefico viene sopraffatto se la perturbazione è troppo grande. Nell’ambito di questo contributo per semplificare mi limiterò a osservare che questo avviene quando la quantità di molecole di xenobiotico è tale da inibire o limitare un processo biologico. In questo caso il livello dei danni al sistema genetico aumenta e il rischio di modificazioni irreversibili dell’intero sistema cellulare diventa grande. Il sistema prova a reagire attivando meccanismi alternativi a quelli limitati o inibiti dallo xenobiotico e, se la riparazione dei danni avviene rapidamente, è possibile ritornare allo stato stazionario originale con rilascio di entropia verso l’esterno. Ma se questo non si verifica, l’eccesso di entropia prodotto non viene esportato e rimane all’interno del sistema cellulare. Poiché un aumento di entropia significa sistema meno ordinato, in questo caso si ha l’alterazione dell’intero sistema con minore capacità di reattività e di produzione di entropia. Questo significa che la sua capacità di difesa è diminuita, così come la sua capacità di riparare danni. Il sistema si adatta a un nuovo stato stazionario, ma c’è da sottolineare che il sistema dei geni ha perso efficienza e la sua capacità di risposta è irreversibilmente diminuita. In questo caso la probabilità di apoptosi aumenta ed è normale osservare una senescenza prematura (nella letteratura anglosassone SIPS, Stress Induced Premature Senescence) Tutte queste considerazioni spiegano l’alta probabilità di effetti collaterali nell’adozione di terapie che sfruttano effetti di inibizione e che quindi devono necessariamente utilizzare un numero di molecole di farmaco relativamente elevato.

Per finire quando la quantità di xenobiotico diventa troppo grande, i danni indotti non possono essere più riparati, il sistema non riesce a raggiungere un nuovo stato stazionario e tende verso lo stato di equilibrio chimico del sistema, che implica la morte dell’organismo. In questo caso si ha la morte cellulare per necrosi.

### Discussione e conclusioni

Le considerazioni sopra riportate sono la diretta conseguenza dello sviluppo scientifico nei campi della termodinamica, della biologia e della scienza dell’informazione che si è verificato nella seconda metà del Novecento. Esse hanno il grande merito di definire compiutamente l’organismo vivente e la sua evoluzione e di unificare in un solo concetto generale una molteplicità di fenomeni quali l’invecchiamento, l’ormesi, la plasticità biologica, l’effetto degli stress materiali e cognitivi, la SIPS e così via. L’allungamento della vita come conseguenza della restrizione calorica e gli effetti negativi da sindrome da disuso sia a livello cardiovascolare che a livello di sistema

nervoso diventano lemmi di un teorema che la conoscenza umana aveva intuito da secoli, ma mai formulato con chiarezza. Il problema di fondo rimane la quantificazione dell'enunciato perché non è ancora possibile prevedere perché e come una modificazione cellulare indotta da interazioni dell'organismo con l'ambiente o, più semplicemente, da decadimento spontaneo delle molecole per vecchiaia possa dare origine alla fine del processo della vita. La risposta sta probabilmente nel fatto che a tutt'oggi non abbiamo capito né il perché dell'esistenza della cellula, né il perché di quella particolare struttura che osserviamo nei vari organismi viventi. Ricordo che questo secondo punto era già stato evidenziato da Kant, ma non mi sembra che sia stato considerato come avrebbe dovuto.

E'ovvio che queste considerazioni dovrebbero costituire il pilastro centrale al quale riferirsi nella terapeutica medica. Inconsapevolmente molti modelli terapeutici si riscoprono in tale quadro generale, anche se visti in un'ottica totalmente diversa. Lascio agli esperti di tali modelli il compito di formulare i distinguo e di evidenziare i punti di dissenso, di disaccordo e di divergenza rispetto ai loro truismi professionali. Mi limito a sottolineare come da tale quadro emerga il fatto che il paradigma della farmacologia della biomedicina sia intrinsecamente limitato, basandosi sulla somministrazione di dosi sub-letali di molecole in quantità tali da indurre spesso alterazioni irreversibili nel software di autoprotezione dell'organismo. Con questo non mi schiero con la posizione di pensiero che vuole che la biomedicina abbia portato a accrescere la sofferenza o a curare malattie che non ci sarebbero state senza un precedente intervento medico: condanno solo l'insufficienza del paradigma e la protervia dell'accademia di volerne giustificare razionalmente l'aggressività in nome di una pretesa di voler essere l'artefice di un modo di vivere migliore.

Quanto abbiamo detto suggerisce l'opportunità di un modello terapeutico meno aggressivo che implica una revisione dei fondamenti dell'arte del curare. Mi limito a osservare come l'accettazione a livello terapeutico dello stesso concetto di ormesi debba implicare una revisione totale della farmacologia. Secondo tale concetto l'eliminazione progressiva di molecole di farmaco, somministrato a concentrazioni ritenute benefiche, è prevista indurre effetti opposti a basse concentrazioni. Alla fine della seconda guerra mondiale ci si accorse che riducendo le dosi di penicillina le polmoniti si aggravavano, perché la penicillina a basse dosi stimolava la crescita dei batteri patogeni. Più recentemente in numerosi casi si è

osservata la proliferazione di cellule cancerose indotte nel tempo dalla somministrazione di farmaci antitumorali.<sup>13</sup> Sulla base di queste e altre osservazioni lo sviluppo dello studio dell'ormesi può portare a auspicare la ricerca di una nuova classe di farmaci con caratteristiche farmacocinetiche più appropriate e soprattutto permettere la formulazione di una farmacologia delle microdosi, che potrebbe rappresentare una rivoluzione concettuale di estrema importanza per l'evoluzione futura della medicina. Concludendo, la nuova visione della natura dell'organismo comporta una nuova visione della professione medica. Basta evidenziare come sfruttando la curva ormetica a forma di J della relazione dose-risposta, il medico possa giudicare se il momento diagnostico e l'osservazione clinica suggeriscano come più appropriata la prescrizione di una terapia inibitoria o di una stimolatoria. In questo senso, pur prescindendo da ogni argomentazione di *prius posterior* dettata da un principio di causalità logica, ritengo debba essere definito il modello di Medicina Integrata, che stiamo proponendo in queste pagine.

#### BIBLIOGRAFIA

1. E. J. Calabrese, *Crit Rev Toxicol* 2008, 38: 579; ibidem, 2008, 38, 591.
2. S. Bernardini, A. Dei *Tox Appl Pharm*, 2006, 211, 84
3. M. Oberbaum, N. Samuels, S. Singer *Tox Appl Pharm*, 2006, 211, 85
4. E. J. Calabrese, W. B. Jonas *Hum Exp Tox* 2010, 29, 545
5. P. Fisher *Hum Exp Tox* 2010, 29, 555
6. P. Bellavite, S. Chirumbolo, M. Marzotto *Hum Exp Tox* 2010, 29, 573
7. R. Van Wjik, F. Wiegant *Hum Exp Tox* 2010, 29, 561
8. S. Bernardini *Hum Exp Tox* 2010, 29, 537
9. E. J. Calabrese *Hum Exp Tox* 2010, 29, 249
10. E. Bigagli, C. Luceri, S. Bernardini, A. Dei, P. Dolara *Chem Biol Interact* 2010, 188, 214
11. I. Prigogine, P. Glasdorff: "Thermodynamic theory of structure, stability and fluctuations" Wiley, New York, 1971.
12. H. Maturana, F. Varela: "Autopoiesis and cognition" Reidel, Dordrecht, 1980.
13. J.-I. Kuratsu, M. Kurino, K. Fukunaga, E. Miyamoto, Y. Ushio *Anticancer Res* 1995, 15, 1263.

# “Integrativa”, “Integrata” o Nuova Medicina?

**Simonetta Bernardini**

*Presidente SIOMI, Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata  
Responsabile Progetto Centro Ospedaliero di Medicina Integrata di Pitigliano  
E-mail: s.bernardini@siomi.it*

**I**l modello tradizionale di assistenza medica fornito dai diversi Servizi Sanitari Nazionali attraversa una fase di riconfigurazione. I motivi sociologici ed economici che stimolano un tale processo di rinnovamento sono stati illustrati nei contributi precedenti e, benché tale transizione abbia caratteristiche strettamente dipendenti dalle particolari situazioni che si hanno nei diversi stati, i modelli che vengono ad essere concepiti prevedono costantemente l'utilizzazione di nuove tecniche terapeutiche in aggiunta a quelle esistenti. Questi nuovi modelli vengono ad essere conseguentemente definiti come espressione di assistenza integrata di salute (modelli Integrated Health Care o IHC), locuzione introdotta negli USA e in Inghilterra, dove questo processo ha mosso i primi passi prima di espandersi in tutti i paesi occidentali.

Nel modello IHC l'offerta sanitaria si differenzia da quella tradizionale in essere in occidente dove la biomedicina definisce e codifica dalla sua posizione dominante la metodologia e la prassi da seguire nel percorso terapeutico. Il modello tradizionale è ritenuto dai suoi critici troppo riduzionista e meccanicista, stante la sua pretesa di razionalità e di scientismo che lo porta a privilegiare lo schema terapeutico generale e canonizzato, che, per sua natura, tende ad appianare le diversità dei soggetti bisognosi di cura se diagnosticati essere afflitti dalla stessa malattia. Questa filosofia operativa è giustificabile quando il fattore “tempo di intervento” ha importanza dominante per la sopravvivenza del paziente, ma non è generalizzabile nell'ambito di un paradigma che definisce un modello biomedico. I contributi precedenti hanno sottolineato l'importanza della relazione mente-corpo sia nello stato di salute che di malattia e purtroppo uno dei limiti della biomedicina è quello di ignorare questa relazione, prevedendo una separazione fra i due costituenti. Per contro le CAM sono basate sul principio olistico della non separabilità del sistema mente-corpo sia nello stato di benessere che nello stato di sofferenza e, pur adottando tecniche terapeutiche che necessitano di maggiori prove in termini di scientificità ed efficacia, si rivelano gradite a un numero sempre più grande di pazienti specie se afflitti da malattie croniche per le quali molto spesso la biomedicina non è capace di proporre metodologie di cura soddisfacenti. Queste considerazioni, come ricordato nei contributi precedenti sono pensate essere causa dell'origine della proposta di un nuovo modello terapeutico che comprenda entrambe le filosofie quale appunto quello che noi definiamo Medicina Integrata (IHC).

Il modello IHC non può essere per sua natura univoco rifacendosi spesso al tentativo di fusione o più semplicemente di coesistenza della biomedicina con le metodologie terapeutiche tradizionali di un popolo. Pertanto le proposte e le attuazioni sono diverse dipendendo dalla situazione nella quale si verificano. Per esempio negli Stati Uniti, dove è in uso il pagamento diretto delle prestazioni, è spesso generato da motivi di profitto, mentre in Cina o in India è mirato alla coesistenza della Medicina Tradizionale con la biomedicina, dal momento che entrambe le terapie sono finanziate dallo stato. Il numero di medicine e discipline complementari alla biomedicina che possono essere integrate nei percorsi di cura è elevato così come è ampio il settore di applicazione, passando dalla medicina preventiva, alla promozione di pratiche per la salute, alla gestione di malattie acute e croniche e anche alle cure palliative.<sup>1</sup>

L'integrazione di cure appartenenti a discipline non ortodosse di area medica (e non) ha preso campo alla fine degli anni '80, periodo in cui nella letteratura scientifica cominciano ad apparire i primi contributi su questo fenomeno. Da allora in poi, al moltiplicarsi di strutture sanitarie eroganti terapie definite integrative si è associato un proliferare di articoli di riflessione intorno a questo tema. Ciò nonostante ancora oggi il fenomeno rimane in fase di definizione, in attesa di fare definitiva chiarezza riguardo i requisiti necessari per predisporre un setting di medicina integrata o integrativa che dir si voglia. Del resto le esperienze di integrazione delle CAM nei SSN sono maturate particolarmente dalla fine degli anni '90 ad oggi.<sup>2</sup> Da un punto di vista culturale è ragionevole pensare che i tempi non possano essere ancora sufficientemente maturi per poter giungere a riflessioni internazionalmente condivise e quindi applicabili secondo uno standard operativo. A questo si sommano le intricate implicazioni di carattere regolatorio che sottendono il diverso atteggiamento dei governi sanitari riguardo agli investimenti e alla facilitazioni fornite e che sono conseguenza del substrato culturale di ciascun popolo. Pur non soffermandosi su questo argomento, poiché esce dagli scopi di questo contributo, occorre sottolineare che tra le discipline non ortodosse, che ambiscono a far parte della medicina contemporanea, vi è grande difformità riguardo alle prove di efficacia in specie se esse debbano essere considerate secondo i canoni stabiliti dalla medicina delle evidenze. Non è un caso, dunque, che la medicina omeopatica si sia sviluppata maggiormente in Sud America, (Argentina, Brasile) o in oriente in Pakistan, India mentre essa sia carente nel Nord America dove pochi ospedali erogano prestazioni

di omeopatia (es. il NY Presbyterian Hospital, il Jefferson University Hospital di Philadelphia). Ugualmente la medicina tradizionale cinese e l'agopuntura si sono sviluppate maggiormente in Cina, l'Ayurveda in India. In Europa è più diffusa l'omeopatia particolarmente in Inghilterra, Austria, Francia, Germania e in Italia particolarmente in Toscana. A voler ben vedere, inoltre, vi è un proliferare di iniziative di integrazione di cure nei servizi sanitari, ma esse, piuttosto che riguardare i grandi sistemi medici (omeopatia, MTC, ayurveda) riguardano le discipline del benessere (yoga, Tai Chi, Qi Gong, reiki, etc.) e l'agopuntura per lo più erogata anch'essa al di fuori del suo contesto complessivo, e per conseguenza smembrata dal complesso approccio metodologico codificato nella Medicina Tradizionale Cinese. E' verosimile ipotizzare che un tale orientamento non sia disgiunto dalle difficoltà che ha incontrato l'ortodossia a confrontarsi non solo con altre terapie ma con altri pensieri medici formati su presupposti epistemologici e metodologici differenti rispetto ai dettami impartiti dall'accademia. Per conseguenza è comprensibile che sia più semplice far posto nella biomedicina a pratiche non esercitate da medici, e quindi soggette al controllo dei medici stessi, piuttosto che avviare un processo di scambio culturale in medicina che è premessa portante dell'approccio interdisciplinare alla cura e della medicina integrata, almeno nell'accezione più ampia che ha voluto darle la nostra Società scientifica.

Riguardo alle motivazioni del proliferare del fenomeno di apertura (o pseudo-apertura) della medicina convenzionale alle CAM, che è tipico almeno dell'ultimo ventennio di storia delle medicine, è probabile che non vi sia né chiarezza, né comunione di intenti tra gli attori protagonisti di questo fenomeno. A giudicare infatti da quanto si pubblica in letteratura scientifica, sembra di poter parlare di un fenomeno appena accennato nel quale gli sforzi siano orientati essenzialmente a concepire definizioni, a fissare alcuni criteri di orientamento che consentano al pensiero ortodosso di non "smarrirsi" in questo tentativo di apertura, a mantenere comunque la capacità di condurre il gioco piuttosto che essere finalizzati ad individuare chiari ambiti di intervento, complementarietà terapeutica, prospettive comuni di sviluppo, condivisione di intenti tesi a definire un univoco percorso di guarigione. Ne è prova lo stesso metodo utilizzato per produrre evidenze di efficacia. Infatti gli studi clinici non sono finalizzati a verificare la maggiore efficacia di percorsi terapeutici integrati, quanto piuttosto a valutare l'efficacia di una singola tecnica complementare. Ma quali sono i motivi che hanno indotto la medicina convenzionale ad aprire alle CAM? A nostro modo di vedere le risposte sono essenzialmente due: la domanda dei cittadini e la consapevolezza della inefficacia della medicina convenzionale nella gestione delle malattie croniche.

### **La domanda dei cittadini**

Nel 2009 più di un terzo degli ospedali degli USA offriva CAM. In una indagine svolta tra gli stessi alla domanda sul perché di tale risoluzione gli ospedali rispondevano

per l'87% che la prima ragione del cambiamento è stata la richiesta dei cittadini.<sup>3</sup> La pressione degli utenti della salute ha massimamente agito negli USA, in ragione del particolare sistema sanitario di tipo privato e quindi concorrenziale. E' ragionevole pensare che il proliferare di centri di medicina integrativa negli ospedali americani risponda a questa esigenza di mercato sanitario. L'offerta sanitaria innovativa oramai consolidata nel servizio pubblico USA ha saputo organizzare intorno a sé strutture prestigiose di sostegno alle CAM fino a configurare una vera e propria rete di iniziative collegate tra di loro, armonizzate e standardizzate sia per quanto riguarda la formazione universitaria sia per quanto riguarda le offerte sanitarie che, in effetti sono piuttosto simili e ripetitive nei diversi ospedali. In USA la rete di collaborazione costruita intorno alle CAM e alla *mission* di integrazione delle cure ha come protagonisti il Consortium for Integrative Health Care (CAHCIM), la Fondazione The Bravewell Collaborative e più di recente il Academic Consortium for Complementary and Alternative Healthcare (ACCAHC). Il lavoro che è stato svolto è ingente e gli intenti non sono certo velati. Infatti la *mission* è chiaramente dichiarata sui loro siti: "lavorare per trasformare il sistema sanitario e migliorare la salute negli USA accelerando l'adozione della medicina integrativa nel servizio sanitario americano e facilitando la creazione di una cultura di salute e benessere in America."

### **L'inefficacia della medicina convenzionale nella gestione delle malattie croniche**

L'inefficacia della medicina convenzionale nella gestione delle malattie croniche unita alle problematiche connesse con l'overdose di farmaci chimici, spesso fonte di malattie iatrogene è palese. Le terapie convenzionali sono sempre più causa di malessere che, al pari delle stesse malattie che si intendono curare, finiscono per compromettere la qualità della vita dei cittadini.

Ma quale è l'atteggiamento della medicina ortodossa nell'aprire a terapie altre diverse da quelle convenzionali che non sono dotate di dignità paritaria dal momento che non è riconosciuta alle CAM un'equivalenza culturale stante il difetto di dimostrazione della loro efficacia? Daniel Hollenberg, dell'università di Toronto, che è stato il primo a cercare di far chiarezza nei concetti di CAM, medicina integrativa o medicina integrata, ha esaminato il fenomeno rifacendosi alla "teoria della chiusura" di Karl Emil Maximilian Weber, che si riferisce al modo con il quale certi gruppi sociali raggiungono e mantengono situazioni di privilegio nella società.<sup>4</sup> Tale teoria definisce il processo di subordinazione che si verifica quando un gruppo di professionisti monopolizza i vantaggi chiudendo tale opportunità a un altro gruppo che è ritenuto inferiore. Le strategie con le quali avviene tale processo possono essere l'esclusione, l'inclusione e la demarcazione. La medicina ortodossa per un lungo periodo ha cercato di escludere la medicina complementare dalle cure ufficiali nel mentre le medicine complementari hanno cercato per contro l'inclusione nelle zone di potere della medicina.

Fallito tale atteggiamento, più o meno in tutto il mondo, la strategia successiva è stata la demarcazione attraverso la quale la chiusura si è realizzata limitando la sfera di competenza del professionista. La teoria della chiusura in effetti definisce perfettamente le relazioni che possono definire le contrapposizioni fra le due figure professionali nei presidi ospedalieri dove si praticano terapie integrative, che, come vedremo, sono un'offerta sanitaria che anche oggi rappresenta piuttosto marginalmente il fenomeno della medicina integrata. I medici ortodossi, utilizzando strategie di esclusione, mantengono la loro figura di riferimento e di coordinamento dell'approccio terapeutico esaltando la cultura degli specialisti.

Non c'è dubbio che tutte le strategie sono mirate alla conservazione di questo predominio esclusivo. Pertanto la coesistenza delle due figure porta a stabilire dei confini di demarcazione con la definizione di una sfera di competenza per i medici e gli altri operatori sanitari delle CAM. Allo stato attuale, nonostante l'introduzione nella cultura ospedaliera della scelta di una tecnica terapeutica da parte di un paziente, della libertà di esprimere le sue preferenze e soprattutto della considerazione del paziente nella valutazione del suo stato di malessere abbia rappresentato di per sé delle rotture nei pilastri del modello ortodosso che lasceranno il segno, ci sentiamo di poter concludere che l'atteggiamento della medicina ortodossa verso le terapie complementari non sia nulla di più di un utilizzo consumistico delle stesse.

Ben altra cosa è il percorso della integrazione delle CAM nella medicina contemporanea. Nei fatti oggi ci si avvale di tutto ciò che possa aiutare vuoi a rispondere a precise esigenze dei cittadini offrendo nel panorama sanitario qualcosa di competitivo, di moderno, vuoi a soddisfare un bisogno della medicina ortodossa alla ricerca di tecniche terapeutiche utili nel limitare i danni dei farmaci. Tutto questo, se ha a che vedere con il fenomeno dell'ampliamento delle offerte sanitarie esploso in tutto il mondo più o meno contemporaneamente alla fine degli anni '90 del secolo scorso e che ha determinato una sorta di "ammodernamento" della medicina, molto poco ha a che vedere con il rinnovamento della medicina. Non sorprende dunque, ad una lettura più attenta del processo, che le definizioni adottate per definire un fenomeno che non ha alla base chiarezze strutturali e di intenti siano le più varie: "integrativa", "integrata" e finanche "integrale". Se le parole sono contenitori di idee, le idee che definiscono l'IHC non sono ancora adeguatamente strutturate.

Personalmente trovo che questa fase operativa, di carattere più riflessivo che affermativo, sia comunque molto positiva e che si tratti di un passaggio inevitabile e necessario. Il percorso dimostra in ogni caso che la medicina ortodossa sta attraversando una crisi, che lo si accetti o no. Ma anche le CAM stanno attraversando una crisi. Esse, infatti, man mano che escono dal loro guscio e si confrontano con il pensiero ortodosso, rischiano di perdere loro stesse la loro ortodossia, essendo costrette a confrontare regole, principi, certezze che pensavano acquisiti, come è tipico di ogni pensiero che è cresciuto nel suo ambiente, arricchendosi al suo interno sempre attorno al solito fulcro.

La sfida che, a mio modo di vedere, maturerà negli anni a venire non riguarda dunque soltanto la medicina ortodossa ma riguarderà altrettanto le CAM. La medicina ortodossa dovrà fare i conti sempre di più con le CAM siano esse "evidence based" o "experience based", giacché esigere *tout court* l'evidenza delle prove di efficacia secondo il modello basato sull'evidenza (EBM) non basterà. Tale *caveat* infatti non è bastato a contenere il fenomeno del progressivo incremento di utilizzo delle medicine complementari e delle discipline del benessere nelle strutture sanitarie, che, per dirla con le parole di Marc Cohen autore di un lavoro sulla integrazione delle cure in Australia, "are CAMing" nei SSN.<sup>5</sup> Ritengo che tale fenomeno non solo non sarà reversibile, ma esso subirà anche una crescita esponenziale. Ma nel momento in cui le CAM chiedono di spartire la potenzialità terapeutica con l'ortodossia è impensabile che non spartiscano con essa anche le regole del gioco tipiche della medicina della nostra epoca storica, e questo sia nel bene sia nel male. Pertanto se accettiamo che il pensiero evolva progressivamente, tra successi ed errori di prospettiva, se alla medicina ortodossa si chiede di rimettere in discussione le proprie certezze, altrettanto si dovrà chiedere alle CAM. Il prodotto finale oggi è, a mio parere, inimmaginabile. Non considero tuttavia che questo sia un limite essendo premessa necessaria ad ogni evoluzione.

A mio giudizio la medicina integrativa o integrata, che dir si voglia, è una fase di passaggio, ma la sfida è un'altra, ovvero la capacità che avrà il pensiero della medicina di cambiare, anche profondamente, dando origine ad una nuova medicina come risultante di uno scambio di paradigmi, di una fusione e ampliamento dei concetti portanti l'insieme delle conoscenze applicate alla complessità del tema della salute e del benessere psicofisico e ambientale di ciascun individuo. E se la rivoluzione dovrà essere questa, non si deve avere fretta. Pensiamo infatti che solo dodici anni fa faceva ancora notizia un lavoro pubblicato sul BMJ nel quale ci si limitava, semplicemente, a definire le CAM presentato con il titolo: "ABC of complementary medicine"<sup>6</sup> e se è vero che dieci anni dopo una lunga riflessione sul tema proveniente da centri canadesi di terapie integrative veniva presentata con un titolo significativo: "Integrative medicine: a tale of two clinics"<sup>7</sup> e prendeva una connotazione narrativa riferendo le opinioni dei medici riguardo ai programmi di medicina integrativa in essere all'Ospedale St. Michael di Toronto e all'Ospedale pediatrico Stollery di Alberta. Del resto a tutt'oggi la più gran parte dei medici della medicina ortodossa non mostra alcuna curiosità verso sistemi di cura da loro considerati quantomeno di serie B, se non veri e propri orpelli con funzione di disturbo della medicina ortodossa e da considerare tutt'al più paralleli e, possibilmente, ignorabili. Uno sguardo di insieme delle proposte di servizi di medicina integrativa nelle strutture del servizio sanitario internazionale ci porta a concludere che il processo di integrazione è agli albori e, nei fatti, esso è affidato a pochissime strutture innovative e lungimiranti attualmente al lavoro.

Per comprendere questa riflessione ritengo utile ritornare sui concetti di integrato e/o integrativo per analizzare il significato che viene dato a queste definizioni nei diversi

sistemi sanitari del mondo. Questa riflessione può essere utile a comprendere perché il processo di rinnovamento della medicina secondo i contenuti da molti di noi auspicati sia al momento un fenomeno soltanto in embrione.

### Processi di integrazione

In linea generale ai nostri giorni, il processo cosiddetto di integrazione si estrinseca in due modi: a) attraverso la compresenza di servizi di CAM all'interno di servizi pubblici; b) attraverso l'esistenza di servizi della sola medicina complementare riconosciuta dai governi sanitari nazionali. Il modello b) è quello più sviluppato in oriente, nelle due più grandi nazioni, Cina e India. In Cina la medicina tradizionale cinese (MTC) è straordinariamente radicata nonostante la contemporanea disponibilità della medicina occidentale. Ma la MTC è erogata in strutture a sé stanti e insegnata alle università di MTC. Pertanto non esiste nei fatti una integrazione. In India, il Dipartimento AYUSH (ayurveda, yoga, Unani, Sidda, omeopatia) del Ministero della salute tutela le medicine tradizionali, ma anche in questo caso le numerose cliniche indiane di omeopatia o di ayurveda sono strutture a sé stanti e non integrate nelle strutture dedicate alla pratica della medicina occidentale. Attualmente le medicine del comparto tradizionale (ISM, Indian System of Medicines) sono insegnate all'università in un percorso di laurea parallelo a quello della medicina occidentale e sono molti i medici indiani ad aver scelto di effettuare entrambe le formazioni, sia in biomedicina occidentale che in medicina tradizionale indiana.

I programmi didattici delle università che insegnano le ISM includono riferimenti alla medicina occidentale, anche se la formazione in biomedicina non è obbligatoria per esercitare la professione di medico tradizionale. E' dunque evidente che, se anche il gran numero di prestazioni erogate ha permesso il radicamento delle CAM nella popolazione in territori fortemente avvantaggiati da un substrato culturale diverso e a loro favorevole rispetto all'occidente, anche questo modello è ascrivibile al sistema della coabitazione, mentre molto poco è stato fatto riguardo a un possibile scambio culturale tra medicine. E' difficile che da queste esperienze possa nascere il rinnovamento della medicina come lo abbiamo voluto definire più sopra e, ad un'analisi più attenta, è probabile che le CAM in queste nazioni siano ancora più isolate all'interno del proprio territorio rispetto all'occidente.

Nel modello a, applicato negli USA, in Canada e in alcune strutture europee, i servizi di CAM sono erogati come prestazioni ambulatoriali nell'ambito delle strutture sanitarie della medicina ortodossa. Ma anche in questo caso, medicina ortodossa e CAM, al di là del condividere lo stesso luogo di erogazione, realizzano un processo di coabitazione piuttosto che di integrazione. In Europa, oltre ai servizi di CAM in alcune strutture ospedaliere o universitarie (Germania, Olanda) esistono ospedali (Royal London Hospital for Integrated Medicine, Glasgow Hospital for Integrative Medicine) interamente dedicati alle medicine complementari. In essi la medicina ortodossa è contemplata, i medici esperti in

CAM sono primariamente formati in biomedicina e pertanto i pazienti che vi si rivolgono continuano, quando necessarie, le terapie convenzionali. Al Glasgow Hospital è anche possibile il ricovero nella struttura, ma tale ricovero riguarda l'assistenza di un team che è composto per intero da specialisti delle CAM. Pertanto, se la premessa portante della medicina integrata, almeno come noi desideriamo proporla, è lo scambio culturale e la discussione interdisciplinare del percorso di cura, nemmeno questo modello più avanzato di assistenza risponde alle caratteristiche necessarie ad un setting di medicina integrata. Ne deriva che la letteratura scientifica finalizzata ad analizzare gli aspetti dei sistemi integrati di cure e dell'assistenza sanitaria integrata, proveniente finanche dai servizi sanitari pubblici, ha analizzato sino ad oggi un modello ipotetico di integrazione non ancora realizzato. Ad esempio, nell'articolo: "Integrative Medicine and systemic outcomes research"<sup>8</sup> proveniente dal Program in Integrative Medicine del University of Arizona Colleges of Medicine and Pharmacy, si scrive: "Medici e ricercatori stanno aumentando l'utilizzo del termine Integrative medicine per riferirsi alla fusione delle CAM con la biomedicina convenzionale". Ma, giustamente, gli Autori proseguono sottolineando che "la combinazione tra CAM e medicina convenzionale non è 'integrative'. La medicina integrativa rappresenta un sistema altamente ordinato di sistemi di cura che enfatizza come obiettivo il benessere e la guarigione di una intera persona nella sua dimensione bio-psico-sociale e spirituale utilizzando entrambi gli approcci, complementare e convenzionale nel contesto di una relazione supportante e efficace tra medico e paziente. In questo contesto la salute è una proprietà emergente della persona intesa come un complesso sistema vivente. Secondo questa interpretazione, l'insieme potrebbe esibire proprietà che le parti separate non posseggono".

Condividiamo tale definizione della teoria della complessità, che a nostro modo di vedere centra un concetto portante: la fusione tra discipline appartenenti alla medicina inevitabilmente ridisegna la medicina stessa. In questo senso il processo di integrazione diventa, o per meglio dire diventerebbe, la premessa alla nascita di quella nuova medicina che probabilmente al giorno d'oggi è solo un embrione.

Per comprendere il senso della integrazione può essere utile finanche il vocabolario. Integrare infatti significa sia unire con qualcos'altro, sia incorporare in una unità più ampia. E' di tutta evidenza che l'unione tra CAM e medicina ortodossa comporta l'unione di parti diseguali, poichè le medicine complementari nel sistema dominante della medicina rappresentano un settore minore. Le CAM pertanto sono molto più a rischio della medicina ortodossa nel processo di unione, poichè esse potrebbero essere parzialmente assimilate con il risultato di veder snaturata la loro identità. E' infatti plausibile che la medicina ortodossa se ne avvalga, ad esempio per contrastare aspetti negativi delle terapie farmacologiche nelle malattie croniche come più sopra evidenziato. Ma una tale modo di procedere, inglobando tout court risorse di cura rappresenta ancora una volta un atteggiamento consumistico delle CAM che nulla ha a che vedere con l'in-

tegrazione. Pur tuttavia, questa modalità di convivenza e di coabitazione tra medicine è stata indispensabile alla sopravvivenza delle CAM nel pensiero medico contemporaneo fino a determinare la situazione attuale di erogazione delle CAM in molti servizi sanitari. Pertanto la necessità di dover sottolineare che non può essere questo l'obiettivo da raggiungere non comporta che in questo scritto si voglia sminuire la portata del fenomeno al quale fino ad oggi abbiamo assistito.

### Prospettive

In conclusione possiamo dire che la storia delle CAM fino ad oggi è evoluta smarcandosi da una posizione di contrapposizione netta tra esse e la medicina ortodossa. La medicina convenzionale a sua volta è passata attraverso due fasi. La prima fase è stata caratterizzata da una sostanziale indifferenza verso altre risorse di cura. È stato questo il periodo in cui la medicina ortodossa ha costruito il suo establishment moderno, ha raccolto i suoi successi, ha stupito per la ricchezza di strumenti di cura che ha saputo produrre. Nella seconda fase si sono manifestati i limiti di un tale sistema terapeutico nonostante esso continui ad essere ostinatamente supportato da una convergenza serrata di opinion leaders arroccati nel pensiero dominante della medicina sviluppato e tutelato dall'Accademia. Ma il rifiuto per la medicina scientifica è cresciuto fino al punto di mettere in crisi l'intero impianto della stessa e gli attori protagonisti di tale crisi sono stati proprio gli utenti di quella medicina. La seconda fase, quella attuale, per usare le parole di Ivan Cavicchi è la fase della post-modernità. Il pensiero, così com'è, è in decadenza ed esso dovrà essere rinnovato. In questa seconda fase le CAM hanno guadagnato spazio non solo nella considerazione dei pazienti, ma anche in quella dei governi sanitari e dei medici stessi.

Per i motivi citati prima è in atto in tutto il mondo un ripensamento in medicina ed è agli albori il ripensamento della cura. I nuovi concetti di integrazione delle cure, di ampliamento delle offerte terapeutiche come risultante dell'avvalersi di strumenti altri, siano essi gli aghi dell'agopuntura, le erbe della medicina ayurvedica, della fitoterapia cinese o occidentale, i medicinali omeopatici, ma anche strumenti appartenenti a discipline del benessere come Yoga, Tai Chi, etc. cominciano ad essere considerati.

Le esperienze, più o meno analoghe in tutte le nazioni, se possono essere coordinate da iniziative anche ampie all'interno di un'area geografica, non sono per contro coordinate a livello internazionale. Basti pensare al radicamento della MTC in Cina e allo smembramento della MTC nella sua versione occidentale in cui sino ad ora è la sola agopuntura ad aver acquisito uno spazio. Se ospedali molto importanti hanno dato spazio all'agopuntura, infatti, non altrettanto è accaduto per la MTC. E di fatto è la stessa OMS ad operare una distinzione tra medicine tradizionali e CAM. In una visione dell'insieme di tutto ciò che si può considerare medicina intesa come strumento utile alla salute dell'uomo, in cui le parole salute e uomo rivestano quel significato globale intelligibile nella nostra epoca storica si assiste in ogni caso ad un fe-

nomeno di parcellizzazione in seguito al quale un singolo aspetto della medicina e della cura può venire accolto dalla medicina ortodossa. Come dicevamo, sebbene la letteratura scientifica e lo sforzo che più autori hanno fatto è stato quello di provare a definire il processo di integrazione delle cure sotto la definizione di integrated medicine o integrative medicine, di fatto quel che fino ad ora è accaduto è altro. Si è trattato infatti di uno smembramento di alcuni strumenti di cura e del loro ingresso nella medicina occidentale che ha scelto di avvalersene senza peraltro ridiscutere se stessa. Tali strumenti quindi vengono accolti secondo la visione tipica della medicina ortodossa, nulla di più di ulteriori risorse di cura da porre a fianco della medicina con il rischio, più volte sopra segnalato, di sviluppare nient'altro che un ulteriore consumismo in sanità.

Se la medicina ortodossa soffre anche solo a seguito di questa coabitazione vissuta da più parti come minaccia al suo non discutibile potere, tale minaccia è niente rispetto al processo che noi auspichiamo potrà caratterizzare la nuova fase della medicina. L'approccio interdisciplinare alla cura infatti è qualcosa di ben diverso dalle esperienze finora avviate. L'interdisciplinarietà comporta uno sforzo elevato, cioè l'accettazione dei diversi punti di vista in medicina che sono tanti quanti siano i componenti di quel setting di medicina integrata (medici convenzionali, omeopati, agopuntori, fitoterapeuti, esperti in discipline del benessere, etc.) tenendo conto del fatto che i setting possono essere differenti gli uni dagli altri a seconda di cosa si voglia integrare e in funzione del substrato culturale in cui matura la convivenza e la collaborazione. Ognuno dei protagonisti infatti ha una propria filosofia del concetto di salute e della cura: diversa è la considerazione dell'oggetto delle cure che per la medicina ortodossa è la malattia e per le discipline cosiddette olistiche è una persona da considerare nel suo intero in un contesto sociale, ambientale, culturale che ne condiziona la sua stessa capacità di reagire alla malattia. Non solo, colui, che per la medicina ortodossa è un oggetto di malattia, per le CAM è, nel contempo, un soggetto di guarigione. In altre parole si confrontano due metodi opposti ma non per questo non integrabili. Nel primo, il metodo ortodosso, l'intento della cura è distruggere la malattia; nel secondo l'intento della cura è attivare le risorse di autoguarigione, autoriparazione della persona ammalata. In via di principio non vi sarebbe ostacolo all'alleanza delle due strategie terapeutiche. Ma il confronto tra i due approcci terapeutici tende a decrescere per forza la fiducia nella medicina convenzionale che cessa di essere protagonista indiscusso e che viene, viceversa, riconsiderata alla luce dei contenuti culturali delle CAM.<sup>10</sup> Inoltre, poiché la premessa alla integrazione (e non alla coabitazione) è il rispetto reciproco, ne deriva che la gerarchia formale viene a perdere di valore quando si accetti il concetto di fiducia reciproca e di rispetto di tutti i membri. Pertanto l'autonomia del medico convenzionale diminuisce insieme al suo ruolo dominante, scricchiola l'edificio costruito incontro ai concetti di malattia e terapia e si fanno avanti, al loro posto, il malato e la cura. Cadono i tentativi di estromissione o demarcazione e si va verso un nuovo

modo di intendere la medicina nell'alleanza tra sistemi di cura.

D'altra parte la strutturazione della medicina convenzionale ha dato il meglio di sé nelle patologie dell'emergenza e dell'urgenza, ma ha dimostrato tutta la propria fragilità nelle malattie croniche dove, non casualmente quindi, si sono affermate le CAM e il modello interdisciplinare e integrativo della cura.

### **Requisiti per un setting di Medicina Integrata e il Centro ospedaliero di Medicina Integrata dell'Ospedale di Pitigliano**

Sebbene il movimento della medicina integrata e integrativa sia oramai un movimento internazionale intorno al quale si discute in letteratura come ampiamente descritto sopra, ho cercato di sottolineare come esso non sia ancora in essere nella realtà dei fatti. Gli esempi più importanti, come le prestazioni CAM erogate alla Mayo Clinic, al Sloan Kettering Center di New York, al Dana Farber Hospital di Boston, al Royal London Hospital for Integrated Medicine di Londra, al Center for Integrative Care di Glasgow, all'Ospedale di Strasburgo, al Karolinska Institutet, tanto per citare alcune strutture sanitarie tra le più note che si avvalgono anche delle CAM, riguardano la possibilità di disporre anche di altre terapie, appartenenti all'ampio contenitore delle CAM, nel rispetto della medicina convenzionale cui esse vengono affiancate secondo un modello che non mette in crisi la supremazia della medicina ortodossa e che non impegna i medici nel più complesso sistema dell'approccio interdisciplinare alla Cura. Come sopra sottolineato, il modello della medicina integrata è un'altra cosa ed esso prevede la possibilità di scambio culturale tra medicine e discipline. In questo modello occorre che i protagonisti possano ridiscutere insieme e condividere l'approccio terapeutico secondo un percorso interdisciplinare di intervento nel quale i pilastri portanti delle CAM e della medicina ortodossa si confrontino con lo scopo di ripensare alla salute e alla malattia da più punti di vista.

### **Lo scambio culturale**

Poiché i medici esperti nella medicina convenzionale spesso non hanno alcuna nozione delle CAM, la premessa fondamentale è che essi abbiano interesse a conoscere questa cultura. Una gran parte del lavoro da fare quindi riguarda la possibilità di coinvolgere i medici ortodossi attraverso l'informazione e la formazione professionale.

Gli esperti delle CAM devono investire molto tempo ed energie per approntare eventi finalizzati alla conoscenza delle CAM da erogare ai medici formati nell'ortodossia. Strumento portante dell'informazione e formazione del medico ortodosso è l'accuratezza e l'appropriatezza del linguaggio. Infatti i contenuti della formazione devono essere adattati alle esigenze di conoscenza di personale che non ha scelto una formazione in CAM, ma si è dimostrato semmai disponibile a saperne di più. Al tema dell'adattamento del linguaggio nella informazione e formazione in omeopatia dei medici convenzionali la

SIOMI ha dedicato molte energie nei dodici anni della sua attività in Italia finalizzata alla comunicazione e condivisione dei contenuti della cultura della medicina omeopatica ai medici del SSN. Riteniamo questo sforzo fondamentale. Infatti, se i medici esponenti della medicina ortodossa non hanno alcuna conoscenza delle CAM, se essi non comprendono il valore della individualità della cura, se non conoscono le differenze sostanziali nei concetti di salute e malattia tipici della visione delle CAM rispetto alla medicina ortodossa l'obiettivo possibile nella migliore delle ipotesi sarebbe quello di acquisire una tolleranza da parte di un numero sempre maggiore di medici rispetto alla possibilità di considerare atti terapeutici aggiuntivi, ma non mai una condivisione degli stessi. Il paziente, pur essendo lo stesso, sarebbe semplicemente l'oggetto di ulteriori proposte terapeutiche non condivise.

E' di tutta evidenza che l'informazione e la formazione nelle CAM dovrebbe essere erogata in primis nei corsi di Laurea in medicina e nelle altre professioni di area sanitaria. Servono dunque linee guida della formazione alla cui redazione dovrebbero impegnarsi le università sulla scia del modello americano del The Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine, che abbiamo ricordato riunire 50 Medical Schools in USA. Nella realtà, purtroppo, in Europa non solo manca una formazione pre-laurea ma è storia recentissima e sporadica anche l'istituzione di una formazione post-laurea erogata attraverso Master universitari dedicati ad alcune CAM. Tra questi merita di essere citato il primo Master dedicato alla Medicina Integrata istituito presso la Facoltà di medicina dell'università di Siena nel 2008 nel quale, oltre a lezioni finalizzate a dare agli studenti una visione più ampia dell'uomo della salute e della malattia attraverso nozioni di filosofia della medicina, sociologia, psiconeuroendocrinoimmunologia, vengono insegnate le medicine complementari (omeopatia, fitoterapia e agopuntura) riconosciute dalla regione Toscana come medicine del servizio sanitario regionale (legge n° 9 del 2007).

La realizzazione di un modello di medicina integrata prevede che tutti i protagonisti del sistema sanitario ricevano informazioni sulle CAM che si intendono integrare in un percorso terapeutico e che ciascun operatore venga formato sulla base delle sue specifiche competenze. E' necessario quindi che l'accademia si faccia carico di questa formazione e che accanto a offerte formative riguardanti i medici, i farmacisti, gli odontoiatri, si strutturino corsi di informazione/formazione per infermieri, ostetriche, fisioterapisti, nutrizionisti e più in generale per tutto il personale di area sanitaria. L'Università di Siena ha perciò approntato un secondo Master di formazione di primo livello per il personale sanitario che verrà erogato a partire dal 2012 e nel quale saranno date informazioni sui principi base e sulle potenzialità terapeutiche delle CAM non solo per quanto riguarda le medicine complementari riconosciute in Toscana, ma anche per alcune discipline del benessere (Shiatsu, yoga, Tai Chi, Qi Gong, etc.) che la Toscana ha inquadrato in un ulteriore percorso di riconoscimento legislativo (legge n° 2 del 2005). Sempre in Toscana anche l'Università di Firenze

nell'ambito delle attività didattiche della facoltà di medicina eroga formazione sulle medicine naturali differenziate per medici e altro personale sanitario. Altre iniziative in Italia si registrano in altre sedi universitarie, come ad esempio Roma, Milano, Bologna.

Dunque, almeno nel post-laurea una parvenza di strutturazione formativa nelle CAM è presente nel nostro paese. Ma manca ad oggi del tutto in Italia una condivisione di programmi didattici, così ogni sede universitaria coltiva la propria iniziativa. Ne deriva che gli studenti acquisiscono un diploma di formazione differente a seconda delle sedi in cui effettuano la formazione con contenuti formativi spesso anche molto diversi gli uni dagli altri. Non sfugge, tra l'altro, che tali competenze sono anche difficilmente utilizzabili in un sistema sanitario nazionale che di fatto, se si esclude la regione Toscana, non prevede, se non in sporadici contesti, integrazione delle CAM nel servizio pubblico. In Toscana l'istituzione di un Master di Medicina Integrata si rese necessario al tempo della redazione del progetto sanitario dell'Ospedale di Medicina Integrata di Pitigliano il quale, tra l'altro, una volta attivato avrebbe potuto erogare la formazione pratica che è elemento indispensabile in ogni core curriculum formativo in medicina. Oltre alla formazione universitaria, il Centro ospedaliero di Medicina Integrata di Pitigliano ha approntato eventi formativi in ECM sia per i medici del territorio sia per il personale sanitario dell'ospedale. La formazione riguarda i principi base delle tre medicine complementari erogate a Pitigliano, omeopatia, agopuntura e fitoterapia.

Ma al di là delle iniziative di informazione e formazione indispensabili quando si intenda strutturare un setting di medicina integrata, l'esperienza di Pitigliano, che è il primo ospedale in Italia che eroga CAM anche ai pazienti ricoverati, ha permesso di mettere in evidenza i requisiti necessari per avviare un progetto che possa, nella realtà delle cose, definirsi di medicina integrata. Esporrò dunque brevemente i requisiti di un tale modello che, data la assoluta novità, si va progressivamente delineando e la cui sperimentazione potrà fornire informazioni utili sia sulla strutturazione, sia sulla fattibilità e utilità di tale progetto sanitario a chi volesse in futuro approntare analoghi servizi di medicina integrata.

Il progetto sanitario del Centro di Pitigliano ha avuto una lunga gestazione prima di entrare nella fase della sua realizzazione pratica. Nei due anni precedenti l'apertura infatti un comitato scientifico ha lavorato alla redazione del progetto da presentare all'Assessorato alla Salute della Regione Toscana. È intuibile la difficoltà di strutturare un progetto sanitario che non poteva fare riferimento ad analoghe esperienze. Tuttavia la collaborazione dell'ASL 9 cui fa riferimento l'Ospedale, dell'Assessorato alla Salute della Toscana, delle Facoltà di Medicina dell'università di Firenze e Siena, degli ordini dei medici di Firenze e Grosseto, degli ordini dei farmacisti di Firenze e Grosseto, della commissione regionale di bioetica e della commissione di bioetica di Grosseto, la collaborazione di un medico esperto in medicina legale, di ricercatori, di epidemiologi e la consulenza di Peter Fisher direttore del Royal London Hospital for Integrated medicine e di David Reilly direttore del Glasgow Hospital for Integra-

tive Care, della Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata ha permesso di delineare i requisiti necessari ad un punto di vista legale, socio-sanitario, culturale, organizzativo necessari alla sua realizzazione. Il centro ospedaliero di medicina integrata è in funzione dal febbraio 2011 e l'esperienza attualmente in corso consente di poter tracciare oggi un primo bilancio sulle principali potenzialità e anche sulle principali criticità di un modello così innovativo in sanità.

Non essendo questo contributo dedicato all'esperienza del Centro ospedaliero i concetti che verranno qui esposti saranno limitati a quelli utili all'illustrazione della proposta del setting di medicina integrata secondo l'esperienza emergente da un modello in fase di applicazione pratica. Come ricordato in altra parte di questo contributo condividiamo la riflessione che la premessa portante di una iniziativa sanitaria finalizzata all'integrazione delle cure sia la fiducia e il rispetto reciproco tra professionisti esperti in medicina ortodossa e in CAM. Ma tale premessa non è ovvia, dal momento che la medicina ortodossa è cresciuta nell'accademia, si è strutturata ed è evoluta con il consenso dell'establishment del pensiero dominante in medicina mentre le CAM sono tutt'oggi da più parti emarginate. Ne deriva che la fiducia e il rispetto rappresentano piuttosto valori da conquistare che premesse acquisite. Il primo passo per costruire tale fiducia è che vi sia conoscenza riguardo alle medicine complementari. Per questo abbiamo fatto riferimento alle iniziative di informazione e formazione sulle CAM.

### **Lo scambio relazionale**

Il secondo passo, a mio modo di vedere, è la conoscenza diretta e progressiva tra operatori della salute che prestano il loro lavoro nel territorio nel cui ambito opera una struttura di medicina integrata. Per questo motivo il Centro di Medicina Integrata stesso ha promosso numerose iniziative finalizzate all'incontro con i medici del territorio cui afferisce l'ospedale stesso costruendo una modalità di relazione sia attraverso incontri con i medici e i pediatri di famiglia e i medici ospedalieri, sia attivando una mailing list che consenta di scambiare informazioni tra il Centro e il territorio, sia attivando un servizio di reperibilità telefonica e via email dei medici esperti in CAM del Centro a disposizione di tutti i medici italiani i cui pazienti stanno afferendo agli ambulatori di Pitigliano, sia attraverso la consegna di una lettera di dimissione redatta dal team della medicina integrata e indirizzata al medico di famiglia del cittadino che ha ricevuto cure integrate nel reparto ospedaliero o negli ambulatori del Centro.

### **Il fattore tempo**

A nostro modo di vedere, la conoscenza reciproca, la disponibilità al dialogo rappresentano un fattore di primaria importanza per la realizzazione di un setting di medicina integrata. In tale senso non devono essere fatti sconti né al tempo necessario ad analizzare le perplessità più che ovvie e legittime dei nostri colleghi della medicina ortodossa né al tempo necessario alla maturazione

del progetto stesso. Un altro valore primario ritengo sia rappresentato dalla disponibilità a prevedere errori e conseguenti cambi di rotta e a sopportare le frustrazioni tipiche di un percorso certamente difficile perchè nuovo e innovativo.

D'altra parte la consapevolezza di far parte di un progetto sanitario emergente potrebbe essere una motivazione sufficiente a sollecitare la responsabilità, la curiosità, la modestia e finanche l'entusiasmo degli attori protagonisti di una nuova prospettiva in medicina. Infatti, se la medicina integrata è un modello emergente, essa non può non essere la risultante di un percorso tentativo e, allo stato attuale delle cose, verrà definito nello sviluppo pratico dello stesso non potendo essere mutuato da esperienze analoghe.

### **La fiducia reciproca**

Individuate le premesse del lavoro, il modello di medicina integrata si definisce strada facendo attraverso il lavoro clinico realizzato fianco a fianco in una corsia di ospedale. Lo scenario che di delinea a Pitigliano è un reparto ospedaliero di dimensioni piccole e dunque, a nostro avviso, particolarmente adatto alla strutturazione di una relazione che ha finalità strettamente collaborative tra medici. La presenza prevalente in reparto di pazienti affetti da patologie croniche costituisce il substrato ideale per questa esercitazione di integrazione delle cure in medicina. Nel centro di riabilitazione di Manciano, anch'esso parte del progetto sanitario di medicina integrata, invece le cure integrate sono erogate sia a pazienti con difficoltà motorie e neurologiche conseguenti ad accidenti, particolarmente ictus, oppure ai pazienti in riabilitazione ortopedica dopo interventi chirurgici. Si tratta ancora una volta di patologie adatte all'approccio integrato. In entrambe le strutture sanitarie l'intero staff dell'ospedale è chiamato a discutere insieme i casi clinici quando alla terapia convenzionale sono affiancate le medicine complementari.

### **Il lavoro interdisciplinare**

Finora abbiamo focalizzato l'attenzione sul processo di collaborazione tra medici esperti in CAM e colleghi della medicina ortodossa come elemento indispensabile di un progetto di approccio interdisciplinare alla cura. Ma non va trascurato che la contemporanea presenza di medici esperti in diverse CAM consente anche un altro livello di integrazione, ovvero l'approccio interdisciplinare nell'ambito delle medicine complementari. In questo modello dunque la collaborazione non riguarda soltanto i medici ortodossi e gli esperti in CAM, ma anche i medici esperti nelle diverse medicine complementari. E' comune che a Pitigliano i pazienti ricevano sia la visita di omeopatia che quella di agopuntura o di fitoterapia e che vengano avviati a trattamenti terapeutici congiunti. Anche questo modello di integrazione che contempla la possibilità di utilizzare insieme più risorse delle CAM è piuttosto nuovo e ancora poco descritto in letteratura, nonostante esso sia già disponibile anche in Europa in altre strutture che ospitano le CAM come ad esempio il

Royal London Hospital for Integrated Medicine e il Glasgow Center for Integrative Medicine dove si integrano anche discipline diverse dalle medicine complementari come, ad esempio, la psicoterapia e le tecniche di meditazione. E' straordinaria la mancanza di letteratura sull'argomento sebbene lo scambio culturale tra sistemi medici alternativi sia decisamente più facile dal momento che alcune premesse metodologiche giudicate indispensabili in questa tipologia di setting sono normalmente già presenti, mi riferisco in particolare alla condivisione tra operatori delle CAM di item quali: la visione globale dell'individuo, la individualità dell'approccio terapeutico, la fiducia nei sistemi di autoguarigione dell'organismo, la ricerca di una relazione fortemente umana tra medico e paziente e il rispetto e la fiducia nella professionalità di ciascun operatore. A nostro giudizio la poca letteratura disponibile non solo riguardo alla integrazione tra CAM e medicina ortodossa, ma anche tra discipline appartenenti alle CAM, è una ulteriore conferma dello stato poco più che embrionale della comprensione della definizione internazionalmente proposta di medicina integrata o integrativa.

### **Gli strumenti sanitari**

La compresenza di medici esperti nelle CAM e medici ortodossi nella struttura ospedaliera comporta l'utilizzo congiunto delle cartelle cliniche nelle quali deve essere riservato uno spazio per la redazione della storia clinica del paziente, la visita medica e la terapia effettuate secondo i canoni delle CAM. Lo stesso sistema di archiviazione delle cartelle cliniche deve prevedere l'inserimento di codici specifici relativi alle prestazioni di medicina integrata. Tutto questo ovviamente non è possibile laddove il servizio sanitario non abbia previsto, con opportuni atti governativi, il riconoscimento delle CAM.

### **Conclusioni**

La realizzazione di un Integrative Health Care è una questione straordinariamente complessa. Di fatto un tale sistema non è ancora stato realizzato nonostante l'argomento sia trattato da più autori, particolarmente referentesi ad esperienze maturate in America del Nord. La definizione che ne hanno dato Schroeder e Likkell<sup>9</sup> nel 1999 è, a nostro modo di vedere, corretta ed essa si riferisce alla necessità che operatori della salute formati con differenti backgrounds lavorino insieme per il beneficio del paziente. Questo concetto di base, come focalizzato da Daniel Hollenberg,<sup>4</sup> è stato interpretato e espanso in diverse formulazioni dipendenti dal contesto socio-sanitario risultando in un insieme di servizi sanitari integrativi tra biomedicina e CAM definibili come "pratiche collaborative", "approccio interprofessionale alla cura", "medicina integrativa" e "medicina integrata". Sebbene la combinazione tra CAM e medicina ortodossa sia lo scopo, alcuni (tra questi la SIOMI) hanno operato una ulteriore distinzione tra un modello di integrazione nel quale le CAM siano inglobate nella medicina ortodossa mantenendo al medico ortodosso l'esercizio del controllo del percorso terapeutico e un modello ideale

nel quale si arriva ad ipotizzare la fusione della medicina e delle CAM in un nuovo paradigma di salute. Questo comporterebbe l'espansione del modello biomedico di malattia focalizzando sull'aspetto complesso, globale, olistico che implica l'inclusione degli aspetti di mente-corpo-spirito nel processo di guarigione. La relazione tra diversi operatori della salute, incluso i medici ortodossi non prevederebbe, in tal caso, nessuna scala gerarchica di competenze ma piuttosto che tale relazione si nutra di rispetto reciproco, fiducia e armonica collaborazione di tipo sia trans-disciplinare che interdisciplinare nel quale possano essere offerte un insieme di risorse terapeutiche appartenenti alla biomedicina e alle CAM.

E' comprensibile come un tale modello non possa essere realizzato al giorno d'oggi e che questa mancata realizzazione dipenda da molti fattori non solo di carattere culturale, geografico, legislativo ma anche dalla necessità che le CAM dimostrino maggiormente la loro utilità in termini di miglioramento della qualità della vita e della salute dei cittadini e di risparmio della spesa sanitaria. Non v'è dubbio tuttavia che, qualora un tale modello potesse pienamente realizzarsi, esso ridisegnerebbe completamente la medicina sia dal punto di vista della formazione, sia dal punto di vista dell'approccio metodologico alla malattia e per conseguenza della terapia<sup>11</sup>. Se il progetto culturale procederà in tale direzione non sarebbe più sufficiente definire tale medicina come "integrata" o "integrativa" poichè di fatto si tratterebbe di una nuova medicina frutto dell'alleanza tra pensieri diversi sostenuti in origine da differenti paradigmi confluiti in un approccio metodologico totalmente rinnovato. Con la proposta del presente manifesto ci auguriamo di aver suggerito uno strumento che possa essere utile allo sviluppo del pensiero medico nella direzione di una Nuova Medicina.

## BIBLIOGRAFIA

1. <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/#definingcam>.
2. L. Rees, A. Well. Integrated medicine. *BMJ* 2001; 322 ;119-120.
3. V.Maizes, D.Rakel, C.Niemiec. Integrative medicine and patient-centered care. *Explore* 2009; 5:277-289.
4. D. Hollenberg Uncharted ground: Patterns of professional interaction among complementary/alternative and biomedical practitioners in integrative health care settings. *Social Science & Medicine* 62 (2006) 731-744.
5. M.M.Cohen Cam practitioners and "regular" doctors: is integration possible? *MJA* 2004; 180 (12): 645-646.
6. C. Zollman, A. Vickers ABC of complementary medicine. *BMJ* 1999;. 319; 693-696.
7. [www.biomedicalcentral.com/1472-6882/8/32](http://www.biomedicalcentral.com/1472-6882/8/32).
8. R. Bell, O.Casper, G.Schwartz, K.Grant, T.Gaudet, D.Rychener, V.Maizes, A. Weil. Integrative medicine and systemic outcomes research. *Arch Intern Med* 2002; 162 133-140.
9. C.A Schroeder, L. Likkell. Integrative health care: the revolution is upon us. *Public Health Nursing* 1999; 16; 233-234.
10. Ivan Cavicchi Medicina e sanità. Snodi cruciali. Dedalo, 2010.
11. Guido Giarelli. *Medicine non convenzionali e pluralismo sanitario. Prospettive e ambivalenze della medicina integrata*. Franco Angeli, 2005.

# Fra ideale e realtà

## Un osservatorio internazionale sulla Medicina Integrata

Guido Giarelli

Professore associato di Sociologia generale - Facoltà di Medicina, Università "Magna Græcia" di Catanzaro  
E-mail: guido\_giarelli@tin.it

### Un ideale controverso

Il punto di partenza di cui prender atto è che sul tema "Medicina integrata" non vi è univocità dei punti di vista, convergenza o accordo: a cominciare dalla definizione stessa dell'oggetto, che negli USA viene di preferenza definito "Medicina integrativa", mentre la dizione "Medicina integrata" viene preferita nel contesto europeo. La medicina integrata (o integrativa nell'accezione statunitense) per alcuni rappresenta una forma di incorporazione selettiva di elementi delle MC/MNC (Medicine Complementari/Medicine Non Convenzionali) all'interno di una biomedicina rigidamente fondata sull'ortodossia evidence-based. Una strategia di cooptazione [Kelner et al, 2004] o di inclusione subordinata come è stata definita da altri [Colombo e Rebughini, 2006] che non rimette minimamente in discussione il sapere e la pratica clinica biomedica convenzionali e che riduce le MC/MNC a strumento complementare della biomedicina [Giarelli, 2005].

Per altri, la medicina integrata risulta profondamente diversa e in sostanziale contraddizione con la precedente: anziché ridursi a incorporazione selettiva e subordinata di elementi complementari alla biomedicina evidence-based, essa diviene infatti l'occasione per un profondo ripensamento ed una rimessa in discussione del sapere e della pratica biomedica che coinvolge l'approccio stesso al malato, il suo ruolo così come quello del terapeuta e la natura stessa dell'incontro terapeutico.

La prima accezione di medicina integrata non appare particolarmente problematica per la biomedicina, perché lascia sostanzialmente le cose come stanno: rafforzando, anzi, il suo controllo monopolistico sul sistema sanitario, consolidando e proteggendo i suoi interessi strategici; mentre la seconda accezione diventa davvero per la biomedicina una grande sfida che ne ridisegna i contorni [Maizes e Caspi, 1999]. Infatti, laddove la prima accezione tende a ridurre la medicina integrata ad un problema di razionalizzazione dell'esistente, di assimilazione delle MNC al linguaggio e al modus operandi biomedici – in fondo, quindi, banalizzandola – la seconda accezione considera la medicina integrata come il risultato di un processo sincretico e, come tale, sostanzialmente creativo. Insomma, la medicina integrata in questa accezione non implica parlare soltanto di MC/MNC, come se tutti i problemi sulla sua strada fossero concentrati esclusivamente lì e la biomedicina andasse presa semplicemente per quello che è; o, peggio, si sentisse in diritto di dettare esclusivamente in proprio le condizioni per un accesso "nel salotto buono" della medicina considerata

scientifico e legittimata nel suo esercizio. La strada per un'autentica integrazione passa, crediamo, per la messa in discussione di quelli che possiamo considerare i tre nodi fondamentali del processo d'integrazione stesso: il nodo politico, il nodo organizzativo ed il nodo epistemologico.

### Tre nodi fondamentali

Il nodo politico consiste nel riconoscere, anzitutto, la sostanziale diversità di legittimazione e, conseguentemente, di possibilità organizzative che caratterizza la biomedicina a fronte delle MC/MNC: se da una parte la prima risulta ancora in posizione monopolistica dominante nei sistemi sanitari, sia pure in crisi più o meno profonda, le seconde si trovano in una situazione transitoria a cavallo tra la passata illegittimità marginalizzante e la possibile legittimazione inclusiva nel sistema. Solo il superamento di questa condizione di liminalità per le MC/MNC (o, come più probabile, per almeno alcune di esse) può costituire la premessa per un processo di integrazione non subordinata: ma ciò implica, a sua volta, la risoluzione di quelle problematiche di regolamentazione e autoregolamentazione, accreditamento, formazione, organizzazione professionale, oggi tanto discusse e che, laddove non trovassero risposta, rischierebbero di innescare un circolo vizioso senza fine.

Il nodo organizzativo costituisce la traduzione, sul piano dell'organizzazione dei servizi, delle risposte offerte al nodo politico: il monopolio biomedico sui sistemi sanitari si traduce infatti sul piano organizzativo nella tradizionale divisione gerarchica del lavoro sanitario fondata sulla dominanza medica [Freidson, 1970]. Due sono state, storicamente, le soluzioni che tale assetto dell'organizzazione dei servizi ha previsto per le professioni sanitarie non mediche: il modello "paramedico" e il modello delle "professioni alleate". Il primo, basato su di una divisione del lavoro di tipo gerarchico-verticale, è stato attuato nel caso degli infermieri, dei fisioterapisti, delle ostetriche, dei tecnici di radiologia e di laboratorio, dei dietisti: esso sembra riproporsi oggi nel caso delle MC/MNC per quegli operatori non medici come chiropratici, massaggiatori, erboristi, naturopati che, secondo questo modello, non sarebbero legittimati a definire la diagnosi e a prescrivere la terapia, ma dovrebbero limitarsi ad applicare le proprie tecniche terapeutiche su prescrizione e sotto la responsabilità di un medico. Quest'ultimo manterrebbe dunque una funzione di supervisione nei loro confronti, conservando il potere diagnostico e la decisione se riferire o meno il paziente ad un operatore di MC/MNC [Barrett et al, 2003; Kelner, 2005].

Il secondo modello delle “professioni alleate” è stato invece storicamente applicato nel caso dei farmacisti, degli psicologi e dei dentisti, rispetto ai quali è stato instaurato un processo di “dominanza funzionale” [Tousijn, 2000] non di tipo gerarchico ma funzionale-orizzontale, basato sulla diversa specializzazione professionale. Nel caso delle MC/MNC, questo modello sembra oggi riproposto quando ad esercitarle sono dei medici e la loro competenza in materia di MC/MNC (come l’agopuntura o l’omeopatia) tende ad essere ridotta ad una diversa specialità separatamente esercitata che si va aggiungere alle altre sempre più numerose che ormai affollano l’arena del sapere biomedico.

Entrambi questi modelli sembrano del tutto inadeguati a garantire un processo di integrazione di tipo sincretico e centrato sul paziente [de Bruyn, 2003]: esso dovrebbe infatti implicare un approccio comprensivo e olistico che rimetta in discussione il tradizionale modello di organizzazione del lavoro basato sulla dominanza medica sia di tipo gerarchico-verticale che funzionale-specialistico, per costruire invece forme di collaborazione orizzontale nelle quali i diversi professionisti operano in équipe con modalità paritarie e disciplinarmente integrate [Giarelli, 2005; Leach 2006]. Le diverse forme di équipe multiprofessionale e interdisciplinare possono poi assumere varie modalità effettive a seconda dei casi trattati e dei contesti organizzativi, disponendosi lungo una sorta di continuum che va da forme di tipo semplicemente consultivo-collaborativo a forme di effettiva integrazione interdisciplinare [Boon et al, 2004].

Infine, il terzo nodo dell’integrazione è invece di natura epistemologica e riguarda la diversità (a volte anche profonda) di paradigmi che caratterizza le MC/MNC rispetto alla biomedicina: un autentico processo di integrazione non può far finta che tale diversità non esista, magari occultandola sotto un’apparente convergenza d’intenti nell’interesse del paziente, o barattandola per il piatto di lenticchie di una maggior accettazione da parte dell’establishment biomedico. Altrimenti rischiamo davvero di trovarci di fronte ad una “occasione perduta del dialogo tra saperi” [Secundulfo, 2005] non riducibile banalmente alla differenza tra sapere scientifico e altri tipi di sapere, ma tra due (o più) diverse concezioni di scienza e, conseguentemente, di medicina. Al paradigma cartesiano, meccanicista e riduzionista, su cui si fonda la biomedicina, le MC/MNC contrappongono infatti, a vari livelli e con diverse sfumature, un paradigma di tipo olistico, sistemico e connessionista che tende sempre più a far breccia anche in certi settori delle scienze naturali e sociali [Koestler e Smithies, 1969; Capra, 2002; Laszlo, 2002].

È dunque un mutamento di paradigma vero e proprio quello che la medicina integrata richiede se non vuole ridursi ad un processo di “normalizzazione omologante e banalizzante” [Secundulfo, 2005], i cui tempi di maturazione ed elaborazione non possono che essere scanditi dalla complessità delle rivoluzioni scientifiche [Kuhn, 1969]. Unitamente al mutamento organizzativo e al mutamento politico indicati, essi costituiscono i tre snodi su cui verificare, nei prossimi anni se e in che direzione il processo di integrazione si sta davvero com-

piendo. È un cammino che, com’è facile prevedere, non sarà semplice ma complesso e irto di rischi, forieri anche di possibili deviazioni senza ritorno.

### **Dalla Medicina Integrata all’Assistenza Sanitaria Integrata**

In misura crescente, in Italia come negli altri paesi industriali avanzati, l’utilizzo delle MC/MNC - internazionalmente note come “Complementary and Alternative Medicines” (CAM) – è divenuto patrimonio e pratica quotidiana, oltre che dei pazienti, anche degli stessi professionisti sanitari (medici e non), sempre più interessati al loro orientamento olistico, fondato su di una concezione di salute come benessere, al processo di cura come percorso esperienziale gestito in prima persona dal paziente e ad una concezione eziologica sistemica, complessa e multifattoriale della salute-malattia [Giarelli, 2003].

È così che, in una serie di ambiti sanitari sempre più numerosa si vanno diffondendo esperienze di integrazione di vario genere: in geriatria, con la costituzione di équipe multidisciplinari e la realizzazione di programmi di fine vita integrati per migliorare la qualità della vita residua nell’assistenza ospedaliera; in psichiatria, con la realizzazione di percorsi assistenziali integrati che coinvolgono le reti sociali ed enfatizzano la responsabilità del paziente per la propria salute mentale; nella terapia del dolore, con programmi di terapia antalgica integrata finalizzati a migliorare la qualità della vita del paziente; nella medicina di famiglia, specie per favorire la prevenzione della malattia e migliorare la relazione medico-paziente; in medicina interna, con l’utilizzo di programmi assistenziali integrati per pazienti, ad esempio, con diabete e artrite, finalizzati a stimolare l’autocura e l’efficacia dei trattamenti [Bell et al, 2002].

In tutti questi casi, diviene difficile parlare semplicemente di “medicina integrata”, dal momento che siamo di fronte a forme di vera e propria “assistenza sanitaria integrata” (*integrated health care*) che coinvolgono non solo medici ma anche infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali, psicologi, psichiatri, ecc. in équipe multidisciplinari e multiprofessionali che riorganizzano l’intero percorso assistenziale del paziente ed i programmi terapeutici erogati: il che implica anche un’integrazione fra ospedale, servizi territoriali e domicilio del paziente, nonché l’integrazione fra servizi sociali e sanitari, fra reti formali di servizi e professionisti e reti informali di caregiver e altri soggetti sociali inclusi nella rete del paziente (amici, colleghi, vicini, ecc.). Indubbiamente si tratta di un processo dinamico e ancora ben lontano dall’essere definito, ma la necessità di unificare ambiti di discorso e di pratica prima apparentemente lontani come quello della medicina integrata e quello dell’integrazione ospedale-territorio o sociale-sanitario appare sempre più evidente.

Non possiamo dunque pensare di prendere in considerazione qualunque esperienza di medicina integrata senza considerarla nel contesto del modello organizzativo entro cui si realizza, e di quanto tale modello risulti effettivamente di assistenza sanitaria integrata.

## Un modello di analisi

Sulla scorta di quanto già proposto da Boon et al. [2004] possiamo allora cercare di mettere a punto un modello di analisi che ci consenta di valutare quanto l'ideale di un'assistenza sanitaria integrata si realizzi effettivamente nelle concrete esperienze che si vanno diffondendo. Quattro possono essere gli elementi-chiave da prendere in considerazione:

- la filosofia ed i valori ispiratori di ciascuna esperienza di medicina integrata/assistenza sanitaria integrata, quali elementi fondamentali per comprenderne la *vision* sottostante e la *mission* assegnata all'integrazione nel contesto del sistema dei servizi sociali e sanitari;
- la struttura dell'integrazione assistenziale operata, in termini di elementi costitutivi e connettivi che informano il modello di assistenza integrata messo in atto;
- il processo di integrazione, che include sia le modalità d'interazione fra paziente e professionisti coinvolti, sia le dinamiche d'interazione fra i professionisti stessi;
- i risultati in termini di *outcome*, ovvero di modificazioni significative e sostanziali nello stato di salute del paziente.

Per ciascuno dei quattro elementi-chiave indicati come componenti del modello dovrebbe poi essere possibile individuare una serie di indicatori che consentano di valutare in maniera operativa le diverse modalità con cui ciascuno di essi si caratterizza in una specifica esperienza di medicina/assistenza sanitaria integrata. In tal modo dovrebbe essere possibile pervenire a:

- definire i diversi modelli esistenti di assistenza sanitaria integrata (inclusivi delle MC/MNC) in termini di filosofia ispiratrice, *vision* del contesto istituzionale di riferimento, *mission* dei tipi di MC/MNC erogate nell'ambito di ciascuna esperienza di medicina/assistenza sanitaria integrata;
- individuare i fattori organizzativi, professionali, finanziari, culturali o di altra natura che, nei diversi modelli di assistenza sanitaria integrata, rappresentano gli elementi costitutivi e connettivi della struttura del modello di integrazione messo in atto;
- delineare le dinamiche interazionali di processo che caratterizzano sia le relazioni professionisti-paziente – incluse le modalità di consenso informato, di informazione e di tutela del paziente adottate – sia le relazioni fra i professionisti stessi nei diversi percorsi di assistenza sanitaria integrata;
- valutare i risultati dei percorsi assistenziali integrati individuati in termini di efficacia pratica e di appropriatezza delle prestazioni cliniche offerte, nonché di equità e di qualità percepita da parte del cittadino.

## Perché un Osservatorio internazionale?

Per poter applicare tale modello di analisi alle diverse esperienze di medicina/assistenza sanitaria integrata e compararle fra loro è necessario creare un punto di osservazione a livello nazionale sulle diverse regioni italiane e internazionale sui paesi in cui da tempo sono in atto esperienze significative (USA, Canada, Gran Bretagna, Israele, etc.) che sono andate emergendo in questi ultimi

anni al fine di esplorarne le caratteristiche peculiari, mettendone in luce punti di forza e di debolezza, nell'intento di contribuire ad un reale avanzamento del dibattito in corso sul significato e le finalità del processo di integrazione. L'Osservatorio potrebbe quindi svolgere attività di ricerca, di monitoraggio e di valutazione delle esperienze in atto di medicina/assistenza sanitaria integrata sulla base di un quadro di riferimento teorico ed un modello di analisi che si fonda sulla individuazione di quelli che sono i tre principali "livelli-problema" dell'integrazione [Giarelli, 2005]:

- al livello microsociale, la dimensione clinica dell'integrazione, che consente di ripensare lo stesso incontro terapeutico nelle sue caratteristiche più assodate: dalle modalità diagnostiche al percorso terapeutico, dalla relazione medico-paziente al problema della malpractice e della gestione del rischio clinico;
- al livello meso, è invece la dimensione organizzativa dell'integrazione a innescare una revisione profonda della tradizionale divisione professionale di tipo gerarchico del lavoro sanitario: l'espansione del *continuum* dell'assistenza sanitaria consente infatti di includere in esso forme di lavoro sanitario non biomedico e non professionale prima escluse, secondo una nuova logica funzionale di tipo multiprofessionale e interdisciplinare;
- al livello macrosociale, è infine la dimensione strutturale dell'integrazione a consentire di interrogarci sulle nuove modalità d'interazione che i diversi attori collettivi coinvolti – professioni sanitarie, Stato, cittadini, complesso sanitario-industriale – mettono in atto nell'ambito di un sistema sanitario che sembra tornare ad essere pluralista, anche se in un senso probabilmente diverso da quello che esso aveva prima del lungo periodo di egemonia biomedica che ha caratterizzato il XX secolo.

L'Osservatorio potrebbe avvalersi della costituzione di un Comitato Scientifico composto da esperti nazionali e internazionali nell'ambito della medicina integrata, oltre che da rappresentanti delle Regioni italiane, dei professionisti impegnati nell'ambito del SSN e delle società scientifiche di MC/MNC e medicina integrata. Esso dovrebbe inoltre operare in stretta connessione con gli altri osservatori già esistenti (epidemiologici, sulle politiche sociali e sanitarie, ecc.) al fine di inserire i dati specifici di proprio interesse rilevati nel quadro più ampio dell'evoluzione del sistema dei servizi sociali e sanitari, che nelle società complesse si rivela sempre più problematico a causa di una serie di sfide [Giarelli 2007] alle quali anche la medicina integrata può forse cercare di offrire qualche risposta.

## BIBLIOGRAFIA

- Barrett B. et al. (2003), "Themes of Holism, Empowerment, Access, and Legitimacy Define Complementary, Alternative, and Integrative Medicine in Relation to Conventional Biomedicine", *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 9: 937-947.
- Bell I.R. et al., (2002), "Integrative medicine and systemic outcome research. Issues in the emergence of a

- new model for Primary Health Care”, *Archives of Internal Medicine*, 162: 133-140.
- Boon H., Verhoef M., O’Hara D., Findlay B., Majid N. (2004), “Integrative healthcare: arriving at a working definition”, *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 10, 5:48-55.
- Capra F. (2002), *The hidden connections. Integrating the biological, cognitive and social dimensions of life into a science of sustainability*, Doubleday, New York.
- Colombo E. e Rebughini P. (2006), *La medicina contesa. Cure non convenzionali e pluralismo medico*, Carocci, Roma.
- de Bruyn, T. (2003), “Integrative Health Care: defining and operationalizing the fundamental elements”, *Health Policy Research Program*, Health Canada, Ottawa.
- Freidson E. (1970), *Professional dominance. The social structure of medical care*, Atherton Press, New York (tr.it. parziale in ibid., La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie, Angeli, Milano, 2002).
- Giarelli G. (2003), *Il malessere della medicina. Un confronto internazionale*, Franco Angeli, Milano.
- (2005), *Medicine non convenzionali e pluralismo sanitario. Prospettive e ambivalenze della medicina integrata*, FrancoAngeli, Milano.
- (2007), “Introduzione. Verso una “medicina integrata”? Lo stato dell’arte e un’ipotesi di lavoro”, in Giarelli G., Roberti di Sarsina P. e Silvestrini B. (a cura di), *Le medicine non convenzionali in Italia*. Storia, problemi e prospettive d’integrazione, Franco Angeli, Milano: 13-54.
- Kelner, M. (2005), “*The Status of CAM: Where Are We Now?*” Keynote address at the ACHRN Conference, University of Nottingham, UK.
- Kelner M., Wellman B., Boon H. e Welsh S. (2004), “Responses of established healthcare to the professionalization of Complementary and Alternative Medicine in Ontario.” *Social Science & Medicine*, 59: 915-930.
- Koestler A. e Smithies J.R. (eds.) (1969), *Beyond reductionism: New perspectives in the life sciences*, Hutchinson, London.
- Kuhn, T. (1969), *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino.
- Laszlo E. (ed.) (2002), *The connectivity hypothesis: Foundations of an integral science of quantum, cosmos, life and consciousness*, State University of New York Press, New York.
- Leach, M.J. (2006), “Integrative Health Care: a Need for Change”, *Journal of Complementary and Integrative Medicine*, <http://www.bepress.com/jcim/vol3/iss1/1>.
- Maizes V. e Caspi O. (1999), “The principles and challenges of integrative medicine”, *Western Journal of Medicine*, 171: 148-149.
- Secondulfo D. (2005), “L’occasione perduta del dialogo tra saperi”, *Medicina medicina. Le cure “altre” in una società che cambia*, Salute e Società, IV, 3: 196-199.
- Tousijn W. (2000), *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, Il Mulino, Bologna.