



Dalla Fondazione Istud il punto sull'organizzazione della medicina "dolce" nel Ssn

Cure integrate, tre modelli

Dai sistemi ambulatoriali ai centri dedicati: Italia a tante velocità

Quando, nel febbraio di quest'anno, decidemmo di avviare un'indagine sulle cosiddette Medicine complementari e alternative in Italia, non sapevamo bene cosa aspettarci. Era un mondo con il quale, come Area Sanità della Fondazione Istud, non avevamo mai avuto a che fare, e che proprio per questo motivo eravamo interessati a conoscere meglio. Volevamo capire in che modo e fino a che punto metodologie terapeutiche quali l'omeopatia, l'agopuntura, la fitoterapia eccetera fossero state assorbite all'interno delle strutture ospedaliere, in particolare quelle pubbliche.

Come espliciti sostenitori del concetto di "organizzazione sanitaria aperta ed evoluta", consideriamo l'allargamento degli orizzonti terapeutici dei modelli assistenziali uno degli assi portanti per lo sviluppo (auspicabile) del nostro sistema sanitario; tanto più che i numeri evidenziano un progressivo aumento del ricorso alle "complementary and alternative medicines" (Cam) da parte dei cittadini italiani. Un dato su tutti: un'indagine Censis del 2008 indica che il 23% dei cittadini ha fatto ricorso ad almeno una di queste terapie "non convenzionali", e che più del 70% vorrebbe fossero rimborsate dal Sistema sanitario nazionale. Noi volevamo dunque provare a capire, nel concreto, quale fosse la situazione.

L'indagine desk, ovvero quella svolta in rete alla caccia di informazioni (articoli, siti dedicati, ricerche, indagini...) ci ha condotto a due considerazioni generali: la prima è l'esistenza, sul territorio italiano, di molte più esperienze di integrazione fra Cam e strutture ospedaliere pubbliche rispetto a quanto ci aspettassimo. La seconda è una certa disomogeneità e diversificazione di tali esperienze. Disomogeneità dal punto di vista della distribuzione territoriale: la maggior parte degli ospedali che hanno introdotto, a vari livelli, delle medicine non convenzionali nella loro offerta di cura si trovano nel centro-nord del Paese. Diversificazione nel senso che il livello di integrazione non è ovunque lo stesso, e ciò è per larga parte correlato e vincolato ai limiti di legge che i singoli sistemi sanitari regionali impongono.

Tre modelli. A grandi linee, oggi, esistono tre livelli di integrazione, che corrispondono ad altrettanti modelli organizzativi. Il primo (e più semplice) è quello "ambulatoriale", presente e diffuso in diverse Regioni; in questi casi è il singolo ospedale che, in relazione e accordo con la specifica normativa regionale, decide di accogliere al suo interno ambulatori che erogano, dietro pagamento di un ticket o con attività intramoenia, prestazioni riconducibili a trattamenti terapeutici non convenzionali. È il caso, per fare alcuni esempi, dell'ambulatorio di agopuntura al Luigi Sacco di Milano e al San Pietro Fatebenefratelli di Roma o dell'ambulatorio di omeopatia presso il Policlinico di Catania o il Civile di Mestre.

Un secondo livello di integrazione, più complesso, è quello che pre-

I principi della Siomi in un "Manifesto"

- 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 garantite 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.

vede la creazione, all'interno di una struttura ospedaliera, di una vera e propria area dedicata alle medicine complementari e alternative. Perché ciò avvenga però, sono necessari provvedimenti, autorizzazioni e investimenti che vanno al di là delle possibilità (economiche e legali) del singolo centro. In Italia, attualmente, l'unico esempio di questo modello si trova a Merano, dove l'Asl e la Provincia hanno deciso di dare avvio a una sperimentazione (biennale, 2010-2011), attivando presso l'ospedale Franz Tappeiner un Servizio di medicina complementare che offre prestazioni (il cui costo è a carico dell'utente) di agopuntura, osteopatia, fitoterapia, omeopatia, ipertermia e infusioni. Per ora tali trattamenti sono rivolti ai soli pazienti oncologici e con patologie di tipo cronico, ma l'intenzione è di renderli disponibili all'intera cittadinanza.

Infine vi è un terzo livello di integrazione, ancora più avanzato, che implica necessariamente un forte coinvolgimento politico e legislativo del sistema sanitario regionale. In questo caso non soltanto un ospedale decide di attivare al suo interno un servizio di medicina complementare, ma esso è completamente armonizzato con il resto della struttura. Anche di questo terzo modello organizzativo a oggi in Italia esiste un solo esempio, ovvero l'ospedale Petruccioli di Pitigliano (Gr): qui, oltre a un ordinario servizio ambulatoriale di medicina complementare (agopuntura, omeopatia, fitoterapia) accessibile a chiunque tramite pagamento del ticket regionale, ai degenzati ricoverati che vengono considerati suscettibili di migliorare le loro opportunità di cura attraverso la terapia integrata (che verrà monitorata attraverso una cartella clinica comune

fra medici ortodossi e complementari) viene proposta questa opportunità. I pazienti possono accettarla, firmando un consenso informato, o non accettarla. Viceversa, può succedere che sia il ricoverato a richiedere cure integrate, e anche in questo caso sarà l'équipe sanitaria a decidere se il paziente potrebbe effettivamente beneficiarne. Questo ambizioso progetto (biennale), unico in Europa, è partito a febbraio per volere della Regione Toscana, certamente la più attenta per quanto concerne la legislazione in merito alle medicine complementari e alternative, con l'obiettivo di verificare l'efficacia e la sostenibilità effettiva - gli esiti clinici ed economici di salute prodotta - di quella che è stata definita "medicina integrata".

Con questo termine, che prospetta un vero e proprio nuovo modello organizzativo sanitario, s'intende una medicina che include una molteplicità non solo di tecniche, ma anche di approcci terapeutici differenti, che dialoghino e collaborino fra di loro in un'ottica di reciproco arricchimento e soprattutto di miglior qualità assistenziale offerta ai cittadini. Da un punto di vista strettamente teorico (e logico) l'incontro tra l'altissimo livello di precisione e di raffinatezza raggiunto dalla medicina convenzionale (grazie anche al supporto tecnologico) e la visione olistica del paziente tipica delle medicine non convenzionali (medicina tradizionale cinese, omeopatia, bioenergetica...) non può che portare esiti positivi in termini di cura del malato e quindi dovrebbe essere non solo auspicato, ma addirittura incentivato.

Tuttavia, come abbiamo constatato nella seconda fase della nostra indagine, la realtà non è così lineare. Grazie all'incontro con alcuni esponenti di punta della medicina integrata in Italia, come Simonetta Bernardini (responsabile del progetto speri-

mentale avviato a Pitigliano) od Oskar Ausserer (dirigente sanitario del Servizio di Medicina complementare dell'ospedale di Merano), così come con referenti di aziende farmaceutiche omeopatiche, ci siamo resi conto che la quantità e l'intensità delle problematiche legate alla questione "medicina integrata" sono direttamente proporzionali al peso degli interessi in gioco.

Un primo, generale, problema è l'assenza di una legislazione nazionale che regolamenti in maniera chiara il rapporto fra medicina convenzionale e terapie alternative e complementari, sia per quanto riguarda il riconoscimento di queste discipline e la loro integrazione nel Ssn, sia rispetto alla definizione dei ruoli professionali abilitati all'esercizio di tali pratiche terapeutiche. Questo vuoto normativo, come abbiamo detto, viene in qualche modo riempito dalle singole Regioni, generando però una disomogeneità davvero eccessiva, soprattutto se ci si confronta con il resto dell'Europa. In secondo luogo, nonostante le sempre più consistenti evidenze circa l'effi-

cacia delle principali terapie non convenzionali esistenti (agopuntura, omeopatia, fitoterapia...) e la loro sostenibilità economica all'interno del Ssn, si riscontrano da entrambe le parti resistenze piuttosto accese che si oppongono duramente al processo di integrazione.

Su un fronte, alcune frange del "pianeta Cam" ritengono che la medicina convenzionale abbia ormai irrimediabilmente perso di vista la sua missione e, in balia degli interessi economici dell'industria farmaceutica, non sia più in grado di adempire alla sua funzione; quindi pongono il sistema terapeutico di cui sono esponenti come completamente so-

stitutivo rispetto a quello ufficiale, rifiutando qualsiasi dialogo. Oltre a ciò, su un piano meno deontologico e più venale, mantenere le medicine non convenzionali al di fuori del Ssn (che potrebbe prevederne addirittura la rimborsabilità) significa poter continuare a restare nella sfera delle prestazioni private, che garantiscono un business estremamente redditizio e a volte fin troppo "ufficioso".

Sull'altra sponda le perplessità non sono però meno accese: la bandiera che la medicina convenzionale sventola quando vuole attaccare un qualsiasi approccio terapeutico. Altra è quella dell'evidenza scientifica, che non è mai sufficientemente comprovata e che diventa l'arma con la quale si impedisce a pericolosi procedimenti di dubbia natura di invadere il regno della scienza. Allo stesso tempo anche qui, dietro o insieme a motivazioni di tipo etico e professionale, troviamo questioni meno nobili: la macchina economica che l'industria della salute (aziende farmaceutiche, biomedicali...) gestisce è enorme e le conferisce un potere di influenza notevole. L'inclusione, a livello di Ssn, di pratiche terapeutiche non convenzionali che, basandosi di solito sulla cura della causa piuttosto che sulla gestione del sintomo, portino a una progressiva diminuzione del consumo di farmaci o dispositivi a livello macroscopico (soprattutto in patologie di tipo cronico, le più redditizie dal punto di vista del costo-paziente) non è certamente benvista.

Sulla base di tutte queste considerazioni, che meriterebbero certamente uno spazio più ampio di trattazione, non sorprende il fatto che quello della medicina integrata sia oggi un tema caldo: ciò che viene messo in discussione sono alcuni dei principi più radicati di un sistema forte e consolidato, che spesso reagisce in modo piuttosto aggressivo. Come Area Sanità della Fondazione Istud siamo convinti ora più che mai dell'utilità di un processo di attento e accurato ampliamento delle possibilità di cura che un servizio sanitario è in grado di offrire, e riteniamo sia fondamentale mantenere vivo il dibattito, creando occasioni di serio e onesto confronto. Chiunque abbia a cuore, prima di qualsiasi interesse privato, il benessere dei cittadini e l'evoluzione del sistema sanitario (e non solo), è chiamato a dare il proprio contributo. Il nostro, oltre all'adesione al Manifesto per la Medi-

na integrata promosso da Siomi, la Società italiana omeopatia e medicina integrata (presentato sabato scorso e qui pubblicato, ndr), consiste in un lavoro continuo e costante per la promozione delle Medical Humanities (proprio in un'ottica di progressiva integrazione e interconnessione fra molteplici discipline volte alla cura della persona), che vorrebbe portare in un futuro non lontano all'istituzione di un Osservatorio a es-

Nicola Castelli
Docente e ricercatore
Fondazione Istud