

Medicine Tradizionali e Non Convenzionali in Italia

Considerazioni su una scelta sociale per la Medicina Centrata sulla Persona

Paolo Roberti di Sarsina *abc*, Antonio Morandi *def*, Mauro Alivia *gh*,
Mara Tognetti Bordogna *ijk*, Paola Guadagni *lm*

a Esperto per le Medicine Non Convenzionali del Consiglio Superiore di Sanità
b Presidente dell'Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona ONLUS, Bologna
c Osservatorio e Metodi per la Salute, Università di Milano-Bicocca
d Presidente della Società Scientifica Italiana di Medicina Ayurvedica (SSIMA), Milano
e Direttore della Scuola di Medicina Ayurvedica "Ayurvedic Point", Milano
f Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona ONLUS, Bologna
g Vice Presidente Vicario dell'Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona ONLUS, Bologna
h Past Presidente della Società Italiana di Medicina Antroposofica (SIMA), Milano
i Professore Associato, Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale, Università di Milano-Bicocca
j Direttore dell'Osservatorio e Metodi per la Salute (OsMeSa), Università di Milano-Bicocca
k Direttore del Master in "Sistemi Sanitari, Medicine Tradizionali e Non Convenzionali", Università di Milano-Bicocca
l Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona ONLUS, Bologna
m Società Italiana di Medicina Antroposofica (SIMA), Milano

PAROLE CHIAVE

Medicine Tradizionali, Medicine Non Convenzionali, Medicina Centrata sulla Persona, Parlamento Europeo, Consiglio d'Europa, Organizzazione Mondiale della Sanità, UNESCO, NCCAM, Complementary and Alternative Medicine CAM, FNOMCeO, CNB, Settimo Programma per la Ricerca e lo Sviluppo, CAMbrella a Pan-european Research Network for Complementary and Alternative Medicine, Good Practice in Traditional Chinese Medicine Research in the Post-genomic Era, NATO-STO Integrative Medicine Interventions for Military Personnel, Sociologia della Salute, Sociologia delle Medicine Tradizionali e Non Convenzionali.

RIASSUNTO

Il ruolo delle Medicine Tradizionali e Non Convenzionali è contribuire alla fondazione della Medicina Centrata sulla Persona, non solo all'umanizzazione della sanità. Sono la società stessa, i pazienti, le associazioni dei cittadini e i singoli cittadini che chiedono che l'integrità e la completezza di ogni essere umano sia restaurata e rispettata nell'accesso diagnostico-terapeutico. Va quindi riconosciuta la "doppia libertà", di scelta terapeutica del singolo e di cura da parte dei medici, adempiendo compiutamente allo spirito dell'art. 32 della Costituzione. È urgente e indifferibile l'intervento legislativo del Parlamento al fine dell'approvazione della legge quadro nazionale di regolamentazione sulle Tradizionali Medicine e Non Convenzionali. Viene dato conto documentale del contesto internazionale ed europeo dal punto di vista della letteratura internazionale indicizzata, dell'epistemologia, dello status giuridico e sociologico e dal punto di vista tradizionale. In tal modo il lettore potrà agevolmente rendersi conto delle attuali criticità, contraddizioni e incongruenze del contesto italiano.

SOMMARIO

1. Terminologia nella letteratura biomedica di lingua inglese. 2. La visione globale. 3. Sul Paradigma. 4. Contesto sociale. 5. Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). 6. Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Educazione, la Scienza e la Cultura (UNESCO). 7. Parlamento Europeo. 8. Consiglio d'Europa. 9. Unione Europea - Settimo Programma Quadro per la Ricerca e lo Sviluppo (FP7): Consorzio CAMbrella a Pan-european Research Network for Complementary and Alternative Medicine e Consorzio Good Practice in Traditional Chinese Medicine Research in the Post-genomic Era. 10. NATO Research and Technology Organisation (RTO). 11. National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM), National Institutes of Health, USA. 12. "Dialogue on Human Health between Traditional Chinese Medicine Culture and Western Medicine Culture" e "Dichiarazione di Bologna", Bologna 10-11 maggio 2012. 13. Italia: Contestualizzazione epistemologica, Statistiche, Giurisprudenza e Status Giuridico. 14. Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB). 15. Università - Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia (CPPCLM). 16. Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO). 17. Nuovo Sistema di Formazione Continua in Medicina (ECM). 18. Comitato Permanente di Consenso e Coordinamento per le Medicine Non Convenzionali in Italia. 19. Considerazioni conclusive. Appendice: Medicine, Sistemi, Discipline, Tecniche, Metodi Tradizionali, Antropologici, Non Convenzionali, Naturali, Alternativi, Spirituali praticati in Italia. Bibliografia

1) TERMINOLOGIA NELLA LETTERATURA BIOMEDICA DI LINGUA INGLESE

Il termine “*Traditional Medicine*” fa la sua prima comparsa su una rivista di biomedicina in lingua inglese su PubMed nel 1952. [1]

Il termine “*Person Centred Medicine*” appare per la prima volta nel 1974. [2]

I termini “*Medicina Alternativa*”, “*Medicina Complementare*” e “*Medicina Integrativa*” hanno un’origine recente nella letteratura biomedica. [3]

Facendo riferimento a Medline e PubMed il termine “*Alternative Medicine*” apparve per la prima volta in una rivista di biomedicina nel 1975 allorché “*Nursing Times*” iniziò a pubblicare una serie di articoli sulla Meditazione Trascendentale, la Guarigione Spirituale e la Medicina Omeopatica. [3]

Il termine “*Unconventional Medicine*” appare per la prima volta su PubMed nel 1983. [4]

Sempre facendo riferimento ai sopracitati database, la prima volta in cui appare il termine “*Complementary Medicine*” risale al 1985 quando il *Lancet* pubblicò l’articolo dal titolo: “*Complementary Medicine in the United Kingdom*”. [3]

Invece il termine “*Integrative Medicine*” viene introdotto in una rivista di biomedicina in lingua inglese nel 1995. [3]

“*Alternative and Complementary Medicine*” risale su PubMed al 1991. [5]

Mentre il termine “*Complementary and Alternative Medicine*” compare per la prima volta su PubMed in un articolo del 1996. [6]

Invece i primi due articoli indicizzati su PubMed nel cui titolo si ritrova il termine *Traditional Asian Medicine* e *Asian Traditional Medicine* sono rispettivamente dell’anno 1988 e dell’anno 2000. [7-8]

Traditional East Asian Medicine appare nel 2012. [9-10]

Riassumendo: prima comparsa nella letteratura biomedica di lingua inglese su PubMed:

1. *Traditional Medicine (TM)* 1952
2. *Person Centred Medicine (PCM)* 1974
3. *Alternative Medicine (AM)* 1975
4. *Unconventional Medicine (UM)* 1983
5. *Complementary Medicine (CM)* 1985
6. *Alternative and Complementary Medicine (ACM)* 1991
7. *Integrative Medicine (IM)* 1995
8. *Complementary and Alternative Medicine (CAM)* 1996
9. *Traditional Asian Medicine (TAM)* 1988
10. *Asian Traditional Medicine (ATM)* 2000
11. *Traditional East Asian Medicine (TEAM)* 2012

“Mentre il termine “Medicina Alternativa” conquistò il monopolio negli anni ’70 per definire trattamenti non a base di farmaci, un nuovo termine “Medicina Complementare” entrò nell’uso generale negli anni ’80. Fu la Gran Bretagna che per prima adottò questo termine e il suo scopo solenne era quello

di sollevare il quesito se la medicina propriamente detta potesse includere almeno qualche idea e qualche pratica alternativa di guarigione nel suo bagaglio operativo. Il flirt col’establishment medico si allargò negli anni ’90 a introdurre un nuovo termine quello di “Medicina Integrativa” con lo scopo di arrivare a una sorta di matrimonio tra i trattamenti alternativi e la medicina. Noi dubitiamo comunque che una tale proposta alla bella e buona possa mai condurre alla riuscita di questo matrimonio e alla procreazione di una nuova specie di comprensione terapeutica.

Dopo tutto le basi ontologiche della medicina posano sulle scienze biologiche e sulle scienze sociali nella loro struttura concettuale e metodologica anche per il prossimo futuro.

Le varie affermazioni ontologiche e i sistemi concettuali che prosperano tra i sistemi alternativi/complementari/integrativi di guarigione non hanno alcuno spazio nel regno della medicina a meno che non adottino la sua struttura teorica e la sua metodologia.

Se lo faranno cesseranno di essere pratiche alternative e allora entreranno a fare parte della lunga linea di idee verificabili che hanno lo scopo di liberare il genere umano dalle malattie.

In questo processo pratiche che non funzionano sono abbandonate presto o tardi e pratiche che funzionano entrano a fare parte della medicina propriamente detta.

Se ciò accade il termine “Medicina Integrativa” non è più uno slogan commerciale e invece è un modo di descrivere in breve come la medicina lavora.” [3]

È chiaro quindi che il termine CAM e gli altri termini sopra-elencati possono essere usati correttamente e adeguatamente solo se adottati nel contesto appropriato, ad esempio: ricerca, formazione, sociologia della salute, sociologia della medicina tradizionali e non convenzionali, politica sanitaria.

Ecco perché i vari termini non possono assolutamente essere usati in modo de-contestualizzato o come equivalenti, in quanto contesto-specifici.

Tanto più che finora per motivi vari, dall’incompetenza all’uso demagogico-politico, non si è raggiunto un soddisfacente livello di consenso sulla/sulle definizione/i e alla contestualizzazione epistemologica, stante anche l’incertezza/precarità delle *Medicine Tradizionali e Non Convenzionali* e la loro collocazione nel sistema sanitario dominante contemporaneo. [11]

Origini

I problemi sono iniziati quando la sedicente supremazia intellettuale occidentale ha d’impero relegato conoscenze millenarie d’inaudita saggezza al rango di realtà primitive e ascientifiche o, nel migliore dei casi, sbarazzandosene con clemenza coloniale definendole medicina folkloristica.

Quando invece i problemi non si esauriscono e si risolvono tutti con e nella medicina-basata-sulle-prove-di efficacia (che in Italia alcuni chiamano “e-videnze”), cioè la Evidence-based Medicine (EBM).

Il Pensiero Tradizionale che fine ha fatto?

Certo con la chiusura della Scuola di Atene nel 529 l'Occidente ha irrevocabilmente precluso a se stesso, tra le altre cose, anche la visione sacerdotale, spirituale, unitaria, affatto olistica della Medicina.

Eccoci allo "olos". La stessa Idea Greca di buona salute era basata in realtà su concetti che oggi definiamo con i termini di salutogenesi, resilienza, pro-azione, senso di coerenza, congruità, sostenibilità interno-esterno, consapevolezza, responsabilità, rispetto di sé, valore individuale, partecipatorietà, cioè Medicina Centrata sulla Persona!

Il Concetto Greco dei 4 Umorei (Sangue, Flegma, Bile Gialla, Bile Nera), collegato alla Idea Greca dei 4 Elementi (Terra, Fuoco, Aria, Acqua) è più il risultato di una ri-flessione che della sola investigazione razionale. Infatti il Concetto Greco di Buona Salute fa riferimento a un equilibrio ideale per cui il Giuramento di Ippocrate che per prima clausola riguarda il non danneggiare, deriva dal concetto centrale che il corpo ha un'innata tendenza a ri-stabilirsi e auto-curarsi in virtù di forze innate che mantengono i 4 Umorei bilanciati.

La Medicina Greca, pertanto, prevede "ontologicamente" che si debba avere cura di e potenziare queste potenzialità innate seguendo una dieta corretta e appropriata, praticare regolare esercizio fisico, e avere adeguato riposo.

Per superare il manifestarsi della Malattia viene considerato di variare la dieta, l'esercizio fisico e il tipo di riposo. Poi si possono introdurre medicinali prodotti da sostanze naturali, primariamente piante e un limitato numero di minerali e sostanze animali.

A ciò si possono ulteriormente prescrivere lassativi, bagni di vapore, diuretici e salassi.

Perché tale Saggezza venisse custodita e sviluppata, *Esculapio* delegò sua sorella *Hygeia* (da cui deriva il nostro sostantivo "Igiene") il compito di studiare i rimedi e redigere ricette e formulare prescrizioni e prescrivere gli stili di vita necessari. Il lignaggio della Medicina Occidentale caratterizzato dai concetti di salute-malattia e trattamenti formulati dalla Medicina Ippocratica fu consolidato da Galeno. Dioscoride codificò la *Materia Medica* che fu resa popolare da Plinio e da Celso.

Basti pensare che quest'anno ricorre il 1500° anniversario dell'opera principe della farmacopea occidentale antica, quel *Codex Julianae Aniciae*, così nominato perché fu fatto per essere donato alla colta principessa cristiana Giuliana Anicia, figlia di Anicia Olibrio, imperatore romano d'occidente, che raccoglie la summa delle conoscenze mediche e naturalistiche della cultura classica.

Conservato nella Osterreichische Nationalbibliothek di Vienna, fu realizzato nel 512, probabilmente a Costantinopoli, su pergamena pregiata e scritto in una particolare forma della onciale chiamata dai paleografi "Mauscola biblica". Purtroppo l'entità originaria del manoscritto ha subito delle menomazioni: originariamente contava 546 fogli, oggi di questi ne abbiamo 485.

Il Codex è il più antico *codice miniato* di argomento medico giunto sino ai nostri giorni e non servì da semplice godimento estetico per appassionati bibliofili ma soprattutto come manuale farmacologico da consultazione per medici, dentisti e farmacisti. Il codex è un insieme di testi di autori diversi concernenti la medicina, la farmacologia, la botanica e la zoologia. Tra questi testi figura in primo luogo il *De Materia Medica* di Pedanio Dioscoride (nato nella Turchia meridionale, attivo intorno al 60 d.C. al tempo dell'imperatore Nerone, è considerato il più importante scrittore di materia medica dell'antichità). Nell'erbario dioscorideo vengono raffigurate 383 piante delle quali viene indicato il nome con i relativi sinonimi nelle varie lingue, la descrizione, le indicazioni sulla provenienza e i loro effetti medicamentosi.

L'impostazione generale della Medicina Greca fu assorbita e raffinata dalla Medicina Araba (che tutt'ora vive col nome di *Unani*) e dalla Medicina Bizantina. Poi la Medicina è stata nutrita dalla saggezza della Medicina Monastica Occidentale, continuando a influenzare la pratica della Medicina fino alla fine del 19° secolo e l'inizio del 20° secolo.

Con l'emergere della *Biomedicina* (il Dizionario Medico Dorland introduce questo termine nel 1923), i principi "igienici" della medicina greco-araba-bizantina-monastica sono andati a costituire la base della medicina pubblica e della medicina sociale, e i medicinali usati fino alla fine del 18° secolo differivano poco da quelli che i medici greco-romani prescrivevano.

Poi la medicina scientifica iniziò il processo di redazione di nuove farmacopee basate sulla purezza degli ingredienti, i loro componenti attivi, eliminazione delle parti tossiche, l'efficacia, e così via fino ad arrivare al giorno d'oggi. Questo processo, che si è evoluto tecnologicamente fino ai giorni nostri, parte dalla classificazione delle piante ad opera di Linneo.

All'incirca dalla Seconda Guerra Mondiale in poi si sviluppa grandemente l'industria farmaceutica ma lo straordinario successo di potere curare malattie acute porta al paradosso dello spostamento dell'attenzione per il meccanismo d'azione della malattia a discapito delle persone che effettivamente soffrono di quella malattia.

Con la conseguenza che inseguendo la pratica della medicina scientifica basata sui processi chimici e fisici, le forze e i principi vitali della Medicina Greca sono stati eliminati, col risultato della depersonalizzazione e reificazione del "paziente", per cui le acquisizioni sulla relazione medico-paziente vengono soffocate dalla pratica di una medicina *disease-centred*. L'evoltersi della terminologia medica ha di conseguenza portato all'acquisizione di termini come quelli sopraelencati per sottolineare il fatto che i pazienti avevano iniziato "a volgersi indietro e dentro se stessi" in un doloroso processo di riappropriazione della loro dignità, integrità e unicità di "Individuo", di "Persona", adottando non solo medicinali loro preclusi dalla medicina ora dominante, bensì ritornando alla necessità di un'azione "igienica" sulla loro vita.

I termini sopra-elencati nella storia della terminologia medica contemporanea non sono solo un mero tentativo tassonomico e giustificativo da parte dei difensori di questi epistemi e dei pazienti che fanno uso di terapie mediche e non mediche delle varie Medicine Tradizionali e Non Convenzionali. Infatti il punto non sta nello sminuire o de-valorizzare ciò che non è sminuibile, vale a dire gli indubitabili e innumerevoli meriti della Biomedicina.

Il problema drammatico è che la Biomedicina ha fallito nell'esaudire i bisogni percepiti di salute della società. L'altro fallimento della Biomedicina consiste nell'aver rinnegato le proprie origini e nel non essere stata capace nella sua arroganza e presunzione autoreferenziale e difensiva del proprio potere, scienziata, positivista di affrontare il problema della salute globale rifiutando il contributo del Pensiero e quindi delle Medicine Tradizionali perché non scientifico e non comprendendone più la Visione dell'Essere Umano, di ogni Essere Senziente, che esse recano in dote, salvo deprecare e devastare senza rispetto neo-coloniale da parte dell'industria farmaceutica e del capitalismo selvaggio le risorse naturali di quelle Culture che hanno sviluppato le Medicine Tradizionali.

Non vi è altro inizio e fine che in Occidente, con la sola globalizzazione dei drammi sociali a causa dei disastri universali che la finanza causa all'economia reale e quindi mettendo anche fisicamente a repentaglio la sopravvivenza della maggior parte di coloro che abitano il pianeta?

No di certo, non è iniziato tutto in Occidente. Perché dobbiamo parlare di Globalizzazione della Salute.

Il concetto e l'idea della necessità della Globalizzazione della Salute non appartiene di certo all'Occidente.

2) LA VISIONE GLOBALE

Prima azione di Globalizzazione della Salute

Si deve infatti al fondatore dell'impero tibetano, il re Songtsen Gampo (605-650), il primo congresso internazionale medico di cui si hanno i resoconti scritti. Egli invitò medici da Bisanzio, Cina, Nepal, India, Kashmir, Persia ad attraversare la "Via della Seta" da Oriente e da Occidente per portare in Tibet i testi delle loro rispettive Tradizioni mediche per farli tradurre in tibetano al fine di produrre uno studio sincretico. Tale iniziativa ebbe così successo che nell'8° secolo il re Trisong Detsen (discendente di Songtsen Gampo) promosse una seconda conferenza medica multiculturale e multirazziale invitando medici dalla Cina, Nepal, India, Kashmir, Persia e dalla grande area che comprende le attuali nazioni della Mongolia e dell'Asia Centrale, oltre l'area che ora è conosciuta come Afghanistan. Ogni medico aveva l'obbligo di portare con sé almeno un testo di medicina che doveva essere discusso dopo che era stato tradotto in tibetano. Il risultato di questo immane lavoro fu sintetizzato in un grande trattato, il "Gyu-zhi", conosciuto come "I Quattro Tantra della Medicina", che è divenuto la base di tutta la Medicina Tradizionale Tibetana ed è studiato e applicato tutt'oggi. È interessante

rilevare che nel 2008 e nel 2011 il *Men-Tsee-Khang*, l'Istituto Medico Astrologico Tibetano (ricostituito da Sua Santità il XIV Dalai Lama il 2 giugno 1961 a Dharamsala nell'Himachal Pradesh, India) il cui scopo è preservare e promuovere la Medicina Tradizionale Tibetana, ha pubblicato la prima traduzione completa in lingua inglese dei primi 3 Tantra del *Gyu-zhi*. La Medicina Tibetana è quindi diventata globalizzata e come risultato questo Sistema di Salute e Cura di questa Cultura si è trasformato come prodotto di accesso globale e quindi consumato come tradizione "locale".

La parola "MEDICINA"

La parola "Medicina" è diversa per ogni cultura e popolo che ne ha tratto beneficio; per cui esistono tanti sistemi di guarigione e cura quante culture esistono nel mondo.

Vale la pena elencare e descrivere molto brevemente (in aggiunta alla Biomedicina, cioè il sistema dominante europeo/nord-americano) alcune Medicine e Sistemi Tradizionali:

- **Medicina Tradizionale Cinese**, le cui origini si fanno risalire addirittura a 5.000 anni or sono, è la più antica e comprende, per semplificazione descrittiva, pratiche e metodi esterni (come l'agopuntura, la moxibustione, il tuina, la coppettazione, il tai chi) e interni (come la dietetica, la farmacopea, le pratiche di meditazione, il qigong). È spesso definita come la Quinta Grande Invenzione della Cina dopo la bussola, la polvere da sparo, la carta e la stampa. Le origini della Medicina Tradizionale Cinese sono nel Taoismo e nel concetto dell'energia vitale (conosciuto come "qi"). È correntemente praticata sia in quanto tale, sia assieme alla medicina occidentale. Quello che l'Occidente conosce della Medicina Tradizionale Cinese è forse comparabile alla punta di un iceberg di questo enorme tesoro. Non è un'esagerazione dire che si conosce davvero la Cina solo quando si conosce la Medicina Tradizionale Cinese.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità per rispondere adeguatamente alle nuove sfide del XXI secolo, la medicina deve concentrarsi sulla salute della persona piuttosto che sulla malattia. Questo concetto è da sempre alla base della Medicina Tradizionale Cinese, essendo fondata su tre principi semplici ma efficaci: a) preservare la salute è il miglior approccio alla prevenzione; b) è meglio rinforzare l'organismo prima dell'insorgenza delle malattie piuttosto che trattare la malattia una volta presente; c) è preferibile regolare gli stili di vita e i regimi alimentari prima dell'insorgenza di problemi medici piuttosto che prescrivere trattamenti una volta insorti i problemi. In questo, l'integrazione di corpo (*Xing*) e mente (*Shen*) è fondamentale: *Xing* rappresenta il "corpo quale fondamento materiale dell'attività mentale", *Shen* rappresenta la "mente quale governatore del corpo". E l'uno non può fare a meno dell'altro.

Oggi la Medicina Tradizionale Cinese, che ha radici millenarie, riveste un ruolo importante nella cura di malattie

diffuse quali i disturbi cardiovascolari, i tumori, l'epatite, le malattie croniche e altri disturbi gravi. In Cina si contano 3.232 ospedali che praticano la Medicina Tradizionale Cinese, con un'offerta di 471.000 posti letto e più di 30.000 dipartimenti clinici, che rispondono a una domanda di diagnosi e trattamento specializzato da parte di più di 360 milioni di pazienti. Gli studenti di Medicina Tradizionale Cinese nei collegi e nelle università del Paese erano 553.477 nel 2010. Nel mondo, a oggi sono 70 i Paesi che hanno siglato 94 accordi intergovernativi e 48 accordi di cooperazione relativi a scambi formativi attinenti la medicina tradizionale cinese. Dal 2004 al 2008 sono stati più di 10.000 gli studenti stranieri provenienti da tutto il mondo che si sono laureati in Medicina Tradizionale nelle università cinesi e più di 1.000 hanno ottenuto specializzazioni, master e dottorati. La produzione scientifica dei ricercatori cinesi in questo campo è ampia e crescente: dal 2000 al 2009 hanno pubblicato 5.439 studi su riviste scientifiche indicizzate, pari al 33% del totale degli articoli dedicati alla medicina tradizionale cinese pubblicati su riviste scientifiche di livello internazionale.

- **Medicina Tradizionale Giapponese (*Kampo*)** tra origine nel 7° secolo dalla Medicina Tradizionale Cinese, si sviluppa molto nello studio di un proprio sistema di agopuntura (*Ryodoraku*) e fitoterapia e attualmente usa più di 140 antiche formule che sono standardizzate e ampiamente prescritte e rimborsate dal Servizio Sanitario Giapponese.
- **Medicina Tradizionale Tibetana (*Sowa Rigpa*)** è uno dei Grandi 5 Campi della Conoscenza Tradizionale Tibetana. Trae le sue origini dall'antichissima cultura pre-buddhista del Regno dello Shang-Shung. "I Quattro Tantra della Medicina" constano di 156 capitoli: il Tantra Radice in 6 capitoli, il Tantra Esplicativo in 31 capitoli, il Tantra della Trasmissione Orale in 92 capitoli e il Tantra Conclusivo in 27 capitoli. Nel sistema medico tibetano, la mente (i Tre Grandi Veleni Mentali: attaccamento, rabbia e ottusità mentale, sono il frutto dell'ignoranza, del potere del karma e delle vite precedenti) ha un ruolo essenziale nel mantenimento della salute fisica ed è responsabile sia del benessere che della malattia. Dopo la morte, il corpo scompare, ma la mente continua il suo viaggio verso nuove vite senza alcuna interferenza. La mente e i cinque elementi si manifestano come energia e come elementi grossolani, sotto tre aspetti: corpo, energia e mente. Nel corpo umano sono rappresentati dai tre umori o energie, chiamate: Vento, Bile e Flegma. Questi umori o principi, rappresentano la quintessenza dell'energia che fluisce costantemente nel corpo umano e mantiene la salute e la consapevolezza mentale. Oltre all'uso di una ricca farmacopea di piante medicinali, usa la moxibustione, l'agopuntura dell'Ago d'Oro, il massaggio o kunye, la digitopressione, impacchi, salassi, uso di pietre, bagni con piante, meditazione, yoga tibetano. La Medicina Tradizionale Tibetana, nonostante l'invasione cinese e il genocidio e la pressochè totale distruzione della cultura tibetana autoctona, è ampiamente praticata nell'area himalayana e in Mongolia e diffusa in zone dell'Asia Centrale confinanti con l'area conosciuta come Grande Tibet. Oltre che in India, Ladakh, ex Sikkim e Bhutan, è insegnata e studiata soprattutto negli Stati Uniti e in Europa.
- **Medicina Tradizionale Coreana (*Koryo, Sasang*)** si evolve come sistema autonomo a partire dai concetti della Medicina Tradizionale Cinese. Utilizza una sua propria agopuntura (*Saam*) e la ricchissima risorsa della flora coreana. È utilizzata nel sistema sanitario coreano, nell'ambito della medicina militare, è insegnata nelle Università, ed è oggetto di molte ricerche scientifiche.
- **Medicina Tradizionale Bhutanese** è un'altra antica tradizione che ha le sue origini nel Buddismo Tibetano e nella Medicina Tradizionale Tibetana. Possiede una farmacopea di circa 3.000 specie di piante medicinali. È interessante notare che il Regno del Bhutan, che è l'unica nazione rimasta al mondo in cui la religione di Stato è il Buddismo Lamaista, misura il proprio Prodotto Interno Lordo in Coefficiente di Felicità. La Medicina Tradizionale Bhutanese è applicata da sola o a fianco della biomedicina.
- **Medicina Ayurvedica o Ayurveda.** Il Governo della Federazione Indiana tutela, promuove, finanzia lo studio, l'uso, la ricerca e l'insegnamento delle Medicine Tradizionali, in particolare tramite il Dipartimento AYUSH, il cui acronimo è la risultante delle iniziali di 5 grandi sistemi: Ayurveda, Yoga, Unani, Siddha e Homeopatia. Il termine sanscrito Ayurveda definisce la Medicina Tradizionale Indiana e deriva dall'unione di due parole: *Ayus* e *Veda*. Il termine *Veda* indica "Conoscenza" mentre *Ayus* sta ad indicare "Vita" nella sua durata, quindi *Ayurveda* significa "Scienza della conoscenza della durata della vita" o "Scienza della conoscenza della vita nella sua durata". Nell'Ayurveda la vita viene intesa come una continua interazione tra corpo, organi di senso, mente, anima, ed un essere vivente come una continua interazione fra percezione sensoriale, elaborazione mentale e risposta adattiva all'ambiente. La relazione tra corpo e mente, era già stata descritta migliaia di anni fa nei testi classici di Ayurveda. L'Ayurveda come Medicina Tradizionale e come sistema filosofico e di conoscenza scientifica, si prefigge quattro scopi fondamentali: prevenire le malattie, curare la salute, mantenere la salute, promuovere la longevità. Secondo la visione dell'Ayurveda la molteplicità del reale deriva dalla combinazione di Cinque Elementi: Spazio, Aria, Fuoco, Acqua e Terra. Questi elementi rappresentano stati diversi, percepibili, della densità della materia che si esprimono con modalità e proprietà differenti. Le com-

binazioni dei Cinque Elementi nell'espressione del reale, definiscono Tre Principi chiamati *Dosha: Vata, Pitta e Kapha*. Possiamo definire tali principi come espressioni articolate delle proprietà della materia che, per struttura e caratteristiche proprie, governano le funzioni psico-fisiologiche dell'individuo. L'individuo è quindi l'espressione unica ed irripetibile della combinazione dei tre Dosha, le cui varie prevalenze identificano varie tipologie costituzionali. La costituzione individuale individua non solo l'assetto psicofisico ma anche le predisposizioni individuali verso squilibri e malattie. L'Ayurveda è governata dal principio per cui il simile aumenta il simile ed il dissimile lo diminuisce, per cui una costituzione che esprime un dato Dosha prevalente esposta ad ambiente, situazioni o cibi che esprimono lo stesso Dosha subirà un aumento della sua espressione fino all'eccesso, portando quindi al disturbo e poi alla malattia. Oltre alla prevenzione primaria derivante dall'analisi costituzionale, una delle caratteristiche salienti dell'Ayurveda è la possibilità di valutare un eventuale disequilibrio negli stadi iniziali, prima dell'espressione sintomatica conclamata, consentendo quindi un intervento terapeutico precoce e tempestivo. L'Ayurveda per esemplificazione descrittiva può essere suddivisa in terapie e pratiche esterne e interne attraverso il Corpo, i Sensi, il Comportamento, la Mente e l'Ambiente.

L'Ayurveda è assai diffusa, studiata e insegnata fuori dal subcontinente indiano e la ricerca è sempre più sviluppata sia sulla farmacopea che in ambito clinico, soprattutto nella cura di patologie croniche e legate all'invecchiamento di difficile controllo con la medicina occidentale. Indispensabile e irrinunciabile nell'Ayurveda è la co-presenza del terapeuta ayurvedico assieme al medico nel curare il paziente.

- **Medicina Siddha**, è il Sistema Medico Tradizionale più noto dell'India del Sud. È basato anche esso sulla Teoria degli Umore ma usa un proprio elaborato metodo diagnostico e clinico. Il Sistema Siddha, assieme all'Ayurveda, lo Yoga, l'Unani e l'Omeopatia fa parte del sistema sanitario dell'India.
- **Medicina Unani**: la Medicina Unani ha le sue origini in Grecia ed è sostanzialmente basata sui principi enunciati da Ippocrate e Galeno. Nei secoli successivi numerosi studiosi arabi e persiani hanno arricchito il sistema, tra essi Avicenna, filosofo e fisico arabo che scrisse il *Libro della Guarigione* e il *Canone della Medicina*. Questo sistema è conosciuto e definito come *Unani Tibb* (essendo *Unani* parola araba che significa "Greco" e *Tibb* parola araba che vuole dire "Medicina"). È usato in zone della Grecia, Bangladesh, India, Iran, Pakistan, nel Magreb e altre nazioni musulmane.

Questo elenco rappresenta solo una piccola parte dei sistemi e metodi di guarigione e di salute antropologici, attualmente esistenti e utilizzati nel mondo. Infatti secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità circa l'80% della popolazione mondiale che vive nei paesi del Terzo Mondo (oggi chiamati paesi in via di sviluppo per addolcire la coscienza dell'Occidente) dipende dai loro sistemi autoctoni tradizionali quali fonti primarie di cura. È interessante rilevare che la maggior parte di questi sistemi non sono ufficialmente riconosciuti o regolati, ovvero validati dalla Biomedicina-EBM, o sono addirittura proibiti. In Africa solo il 61% degli stati ha una regolamentazione dei sistemi di medicina tradizionale e il finanziamento per la tutela, lo studio e la ricerca di questi sistemi antropologici medici è assai scarso o assente.

Tutti questi sistemi non occidentali sono olistici. Mettono in relazione i sintomi fisici del paziente con tutte le altre dimensioni della sua esistenza, perciò hanno in comune essere centrati sulla persona. Infatti questi sistemi si basano sulla visione che il benessere sia intrinsecamente e ontologicamente connesso all'interezza della persona, quindi al suo essere individuo, in-separabile in corpo, mente e spirito, comprendendone perciò tutti i fattori comportamentali, psicologici, spirituali, ambientali e culturali.

Per esigenze di semplificazione potremmo dire che mentre la biomedicina o medicina occidentale dominante ha una visione cosiddetta militarista nel senso di focalizzarsi a curare le malattie nelle varie parti del corpo attraverso la localizzazione ed eliminazione dei sintomi, utilizzando spesso tecnologie inaccessibili anche per motivi economici in molte parti del mondo, la Medicina Tradizionale si basa su un continuum di cure e su un concetto di prevenzione molto più sviluppato filosoficamente ed ecologicamente, sul mantenimento della salute, sull'ecosistema locale come medicina, il cibo come medicina e sulla relazione di cura, sul "prendersi cura" a lungo termine, essendo di gran lunga più conveniente e sostenibile anche dal punto di vista economico.

Va rilevato che in buona sostanza la scienza medica occidentale è partita dalla tradizione sanitaria universale per ragioni storiche e politiche, non per ragioni scientifiche.

La rivoluzione scientifica nel 16° e 17° secolo coincise con le guerre di religione della Riforma e Controriforma, i cui pericoli incoraggiarono, anche per esigenze di convenienza e salvaguardia personali, gli scienziati a diventare esclusivamente specializzati, concentrandosi su un soggetto di studio sicuro in quel momento ed escludendo tutti gli altri. Sebbene questa strategia ha certamente accelerato lo sviluppo della scienza e della tecnologia occidentali, specialmente quando insieme a un'impresa commerciale, è diventato sempre più chiaro che i fattori esclusi spesso diventano problemi.

Cosa ci aspetta dunque? I medici e tutti coloro che hanno la responsabilità etica, professionale, sociale e regolatoria della salute oggi devono abbracciare la visione della globalizzazione nel senso sopra indicato. La tecnologia ha eliminato o ridotto molte delle barriere per comunicare, compreso le

distanze, il tempo e i costi. Quindi è giunto il tempo per iniziare lo sviluppo di un sistema antropologicamente inclusivo della salute e della medicina che promuova e realizzi in modo sostenibile sotto ogni punto di vista la globalizzazione della medicina e della sanità pubblica quale primario bene sociale e investimento primario.

La Via della Seta e il Tetto del Mondo non sono più nelle carte geografiche, bensì sono ora nel cyberspazio. La rivoluzione nella tecnologia dell'informazione e della comunicazione globale, wireless, e istantanea tra esseri umani, tra esseri umani e macchine, e perfino da macchina a macchina comporta non solo un senso di appiattimento in medicina e della sanità, ma anche una convergenza unidirezionale pericolosamente reificante e disvaloriale.

Questa spinta reificante, omogeneizzante, conformistica, a-riflessiva, de-spiritualizzata e dis-umana va attivamente evitata e combattuta. Al contrario dobbiamo impegnarci socialmente (anche attraverso il sostegno attivo ai diritti della cittadinanza e al paziente nel suo processo da paziente a "paziente informato" a "paziente competente") perché l'obiettivo non sia quello di sviluppare un unico sistema meccanicamente applicato e teoricamente coerente. Piuttosto, dobbiamo impegnarci per la convergenza universale e la decolonizzazione concettuale, la convergenza costruttiva, e la collaborazione diversificata che colleghi la biomedicina alle Medicine Tradizionali e Non Convenzionali. Bisogna impegnarsi a rispettare e conservare la ricchezza di ogni varietà di Medicina, per garantire la interazione multidisciplinare e inter-sistemica e promuovere ibridazione creativa e reciprocamente arricchente.

Le malattie complesse e l'enorme carico delle malattie croniche e degli effetti avversi delle medicine chimiche richiedono approcci complessi che si avvalgano della visione Centrata sulla Persona delle Medicine Tradizionali e da questa Saggezza ci sia, se non una rifondazione, una riformulazione epistemologica e sociale della medicina nel senso della Medicina Centrata sulla Persona.

In tal modo la biomedicina sarà anche più economicamente e socialmente sostenibile se ritornerà a fare propria la visione centrata sulla persona con scelte di basso costo, di basso o nullo impatto ambientale, e basso livello tecnologico.

Dopo secoli, come abbiamo visto, la globalizzazione tecnologica ha portato a ri-globalizzare la sanità e i processi di cura e con la dissoluzione dei confini multinazionali grazie all'accesso universale gratuito all'informazione e alla formazione sta rinascendo ed emergendo la visione della salute in senso olistico e su base globale quale futuro della medicina.

I diversi sistemi sanitari nel mondo si stanno caratterizzando per un costante e continuo allineamento nelle pratiche e nelle procedure, nonché per un lento e continuo processo di regionalizzazione e decentramento, e per una sempre maggiore valorizzazione delle Medicine Tradizionali e Non Convenzionali. Processi che richiedono conoscenze e competenze specifiche per operare in modo efficace al suo inter-

no, specialmente se si rivestono posizioni apicali con compiti decisionali.

La necessità di costanti e nuove conoscenze è determinata non solo dalle trasformazioni degli assetti organizzativi e operativi dei sistemi sanitari, ma anche dalle nuove patologie croniche, invalidanti e pandemiche che richiedono conoscenze specifiche dei sistemi sanitari nazionali, della rete delle strutture sanitarie, ma anche conoscenze sul funzionamento dei sistemi sanitari mondiali, nonché di puntuali misure preventive e di salute globale.

Un ulteriore elemento della necessità di acquisizione di nuove competenze è dato anche dal fatto che ci troviamo di fronte ad una utenza nuova che proviene da sistemi di salute specifici e differenti (gli immigrati). Infine la domanda crescente da parte dei cittadini di scegliere e selezionare con autonomia il tipo di cura, di prestazione, di pratica sanitaria proprio a partire dalle Medicine Tradizionali e Non Convenzionali.

Si rendono così utili strumenti e chiavi di lettura capaci di comprendere i processi di mutamento della società e quindi anche dei sistemi per la salute, dei processi culturali, che vanno inquadrati anche in termini di risposte sanitarie e di proposte di politiche che siano coerenti e capaci di tenere conto delle trasformazioni e dei mutamenti più sopra delineati.

Gli operatori, i decisori, ai diversi livelli dei sistemi di welfare e delle organizzazioni sanitarie e di benessere indipendentemente dalla loro natura (pubblico, di mercato, di terzo settore) sono chiamati a dare nuove risposte sanitarie e di salute e ad assumere decisioni all'interno di sistemi organizzativi la cui geometria è in continuo divenire e interessati da una domanda di salute sempre più globale. Essi sono chiamati in una logica d'interscambio e di democrazia a progettare, realizzare e gestire in modo innovativo iniziative socio-sanitarie che sviluppino la sfera pubblica per un nuovo e sempre più adeguato sistema di salute e di ben-essere, al cui centro è posta la persona.

È infatti necessario considerare non solo il mondo oggettivo della salute ma anche, e soprattutto, quello soggettivo poiché sarà parte integrante del processo terapeutico. La salute non può prescindere dalla percezione individuale di benessere e dalla capacità di partecipare al sistema sociale considera le percezioni di benessere che derivano dai contributi personali alla vita personale, familiare e sociale come determinanti di una vita piena e soddisfacente e quindi, la salute in generale, e quella mentale in particolare, sono il risultato del feedback adattivo stabilito con l'ambiente. Attualmente, una delle necessità più urgenti della Salute Pubblica è quella di trovare strategie alternative per la prevenzione ed il controllo delle malattie croniche andate fuori controllo.

Molte malattie possono essere prevenute attraverso semplici metodi non medici implementabili fin dall'infanzia attraverso un programma, a basso costo, di educazione alla salute.

Ad esempio, il modello sociale proposto dall'Ayurveda è strettamente connesso con lo stato degli individui, le cui reciproche relazioni e interazioni fra loro e con l'ambiente

costruiscono l'entità sociale. Quindi la gestione dell'ambiente è di primaria importanza nel mantenimento della salute. Questo è il motivo per cui l'Ayurveda punta molto sulla consapevolezza individuale di essere parte di un sistema come fattore chiave per la salute sociale, un sistema complesso che si manifesta come un comportamento emergente d'interazioni multiple fra consapevolezze individuali.

Il modello di salute sociale dell'Ayurveda prende in esame non solo fattori strettamente medici e di prevenzione legati allo stato della popolazione in generale, ma piuttosto pone attenzione a quelle che sono le prospettive e percezioni individuali, in un particolare contesto sociale e questo presuppone un'attenzione particolare alla vita sociale, culturale, motivazionale e spirituale dei singoli individui.

Inoltre, la concezione ayurvedica di salute pubblica mira alla prevenzione delle malattie, alla riduzione delle patologie croniche dell'invecchiamento e dei relativi costi sociali ed alla limitazione dell'uso dei farmaci e quindi dei loro effetti collaterali, attraverso un processo di invecchiamento sano, caratterizzato dalla sensazione di pienezza e coerenza della vita (Sense of Coherence - SoC) che ne influenza positivamente la qualità generale. Per raggiungere questi obiettivi è determinante promuovere relazioni significative fra i membri della comunità e gli operatori della salute pubblica, attraverso un coinvolgimento responsabile del paziente nella gestione della propria salute.

Il ruolo dei professionisti della salute è quello di supportare e fornire opzioni che mettano in grado le persone di essere consapevoli e di fare le proprie scelte. Se il medico sarà in grado di mostrare al paziente, confuso dal suo stato di malattia, che le più comuni e evidenti condizioni di vita come la costituzione, lo stile di vita, le abitudini, il clima, l'alimentazione ecc. sono determinanti fondamentali dello stato di salute, allora il paziente sarà indotto ad un'augmentata consapevolezza e responsabilità personale. Il ruolo del medico nella salute pubblica deve essere eminentemente culturale e non quello di appartenente a un'élite tecnica. La conoscenza è il fattore principale per raggiungere una salute ottimale, una conoscenza profonda della propria natura conduce ad adottare stili di vita e abitudini sostenibili, l'ignoranza conduce a comportamenti e pratiche non adatte alla costituzione individuale e portano allo squilibrio ed alla malattia.

La salute si genera spontaneamente dall'equilibrio del comportamento e delle relazioni a ogni livello dell'individuo. Questo è il reale significato della promozione della salute nella gestione della salute pubblica secondo le Medicine Tradizionali, che sono basate su principi universali non limitati ad un particolare gruppo etnico o cultura, bensì *Centrate sulla Persona*, pertanto interculturale e fondamentale per la *interazione* dei sistemi sanitari esistenti così come un modello culturale per il recupero dei valori tradizionali locali.

Le strategie di prevenzione pragmaticamente suggerite dalle Medicine Tradizionali e Non Convenzionali, che includono fattori quali la promozione dell'educazione alla salute, consa-

pevolezza individuale, integrazione della spiritualità e dell'etica nei sistemi sanitari, possono essere applicate nella gestione della salute pubblica, allo scopo di migliorare la qualità di vita percepita ed anche oggettiva, promuovere un sano invecchiamento, limitare l'uso di farmaci e ridurre i costi sociali delle malattie croniche. [12-22]

CAM is a variety of different medical systems and healthcare methods, which roots come from the European culture or reflect different philosophical backgrounds and cultural origins, based on the knowledge, skills and practices used to protect and to restore health, that is to prevent, diagnose, improve or treat physical or mental illness and include medication therapies and non-medication therapies. A distinctive feature common to these health knowledges is a holistic, person-centred, spiritual, inclusive, approach. In countries where the dominant health care system is based on biomedicine or allopathic medicine these health and healing knowledges are not included into the national health care system being considered unconventional medicine.

(Paolo Roberti di Sarsina, definition proposed to CAMbrella Consortium, 2012)

3) SUL PARADIGMA

Sembra che la Biomedicina (Dizionario Medico Dorland 1923), autoppellatasi "accademica", "scientifica", detta anche "allopatrica" (Hahnemann) o Medicina Convenzionale stia perdendo il suo primato assoluto nel mondo occidentale.

La BSE (encefalopatia spongiforme bovina) e sue problematiche correlate emerse in Giappone e negli Stati Uniti nel 2004, è uno dei tanti esempi in cui i politici ricorrono all'espressione "parere scientifico", lasciando intendere che esso celi il concetto, meno piacevole, di "parere politico", come anche la vicenda H1N1 insegna (e molti altri esempi si potrebbero fare).

Eppure anche i medici convenzionali hanno mostrato segni d'insofferenza verso le rigide dottrine della medicina occidentale, così come praticata nella seconda metà del XX secolo.

Negli ultimi vent'anni la Biomedicina ha messo in atto un tentativo difensivo, al fine di mantenere la propria autorità assoluta, attraverso l'istituzione del movimento EBM (Evidence-Based Medicine).

Evidence-based Medicine è erroneamente tradotta in italiano con "Medicina basata sulle Evidenze" e tale definizione purtroppo ha contaminato il lessico. Laddove, kantianamente, proprio perché vi è necessità di "prove di efficacia" le cose non sono *e-videnti*.

A questo proposito l'EBM dovrebbe escludere metodi trial-and-error e hit-and-miss.

In genere s'identificano tre aspetti importanti della EBM:

- 1) conoscenze mediche e capacità cliniche;
- 2) prove (scientifiche) attraverso indagini cliniche;
- 3) preferenze del paziente.

Questi concetti di base, tuttavia, contengono un paradosso. In primo luogo, la scienza avrà sempre necessità di essere caratterizzata da una mentalità aperta nei riguardi del nuovo, se s'intende progredire su un percorso empirico (si rilevi che l'empirismo, procedimento per induzione e deduzione basato sull'esperienza, è, inevitabilmente, un procedimento hit-and-miss). In secondo luogo, le preferenze dei pazienti prevedono più fattori, prendono più direzioni, e sono suscettibili alla mutevolezza delle preferenze individuali.

La valutazione scientifica delle preferenze del paziente non può pertanto essere fatta nei termini del senso comune. Per esempio, la qualità della vita (QOL), che è parte integrante del benessere, è stata inserita nei criteri di valutazione convenzionali, ma si tratta di un giudizio di carattere molto personale che appartiene molto più al dominio "alternativo" rispetto a quello convenzionale.

Anche nel primo decennio del nuovo secolo la Biomedicina permane fortemente centrata sulla malattia e non sul paziente, e ancor meno sulla persona.

La Biomedicina ha compiuto grandi progressi concentrandosi su organi e sistemi, ma a spese dell'essere umano inteso come un tutt'uno, *olos*, appunto.

La saggezza della "scienza" viene sminuzzata, passata al secaccio e al tempo stesso, non senza sorpresa, al paziente non è richiesto un atteggiamento responsabile nei confronti della propria salute.

Ciò significa che il medico porta un fallace fardello di responsabilità e diventa vulnerabile al contenzioso legale (considerato che persino le assicurazioni sanno come assumere le vesti di autorità "scientifica").

La Biomedicina ha fatto molto in aree specifiche della prevenzione (screening di massa del cancro della mammella, del cancro del colon, ecc.), ma nel complesso si dedica alla prevenzione solo a parole, in quanto si trova costretta a spendere le proprie energie per tamponare gli effetti di un ambiente inquinato e di cattivi stili di vita.

La morte è un altro punto debole della Biomedicina. Lungi dal considerarla come un momento ricco di significato, i medici la considerano un fallimento.

È con grande riluttanza che le cure palliative hanno ricevuto una piccola parte delle risorse che necessitano, soprattutto risorse umane.

Anche se molto è stato ottenuto (contro il parere degli "scienziati", viene da pensare), poco è stato riconosciuto (tranne che dal pubblico riconoscente) in merito al fatto che questa branca della medicina sia da collocare nella più nobile tradizione della professione medica: saper rendere più sopportabile l'inevitabile fine.

La quintessenza della competenza scientifica e medica ottiene risultati sempre minori, in un'epoca, quale l'attuale, in cui si ritiene che la Biomedicina non riesca a portare a compimento nulla.

Questa sensazione è in parte dovuta al maggior accesso alle informazioni da parte del pubblico, in parte al fatto, ovvio,

che i costi del sistema sanitario siano insostenibili anche nei paesi più ricchi e che sfuggiranno al controllo, a meno che subentri un cambiamento di ciò che viene richiesto.

Sorge anche il sospetto che, quando i costi salgono alle stelle, la medicina cessi di essere "inclusiva" o "equa" e porti all'ingiustizia sociale.

A questa valutazione piuttosto negativa della sanità pubblica attuale, va però aggiunto che i medici che operano nel sistema sanitario meritano molta più comprensione di quella che, nei fatti, viene loro concessa.

Affermare che la Biomedicina stia fallendo è probabilmente errato; piuttosto vi è la percezione che stia fallendo, in parte per ragioni errate.

La gente sente di essere ben informata, ma, in realtà, è vittima di un'eccessiva esposizione alle informazioni, nonché di disinformazioni.

Le cattive notizie sono all'ordine del giorno; la stampa offre di preferenza uno spaccato propenso al negativo, alla disgrazia, ergo non affidabile.

Ciò è particolarmente vero, più che in qualsiasi altro ambito, in quello della sanità pubblica.

Inoltre vi è stata un'epoca in cui la medicina, finanziata in modo non chiaro, ha portato all'aumento dei servizi sociali. Servizi che si percepiscono in declino man mano che si operano i tagli. Gli stessi successi della medicina di fine XX secolo hanno innalzato le aspettative al di là del ragionevole. Sulla scia di tali successi (ad esempio nella dialisi e nei trapianti) ai medici viene richiesto di affrontare categorie di pazienti che in passato erano escluse (vedi l'estensione della dialisi ai diabetici e ai pazienti molto anziani). Inevitabilmente, la percentuale di fallimento sale e le strutture sono sovraccariche di lavoro.

I medici sono inoltre soggetti a una serie di vincoli pesanti. Sono ritenuti responsabili della salute e della vita del paziente, quando la morte è un evento naturale e universale. Al contrario, il paziente è libero di condurre uno stile di vita inappropriato e disastroso, incorrendo, così, in problemi di salute altrimenti evitabili. Il paziente non è ritenuto responsabile di aver causato la propria situazione di rischio, né del fatto che per porvi rimedio siano state impiegate delle risorse. Il medico invece può essere perseguito penalmente per la minima mancanza.

I medici sono, inoltre, costretti entro i limiti della "camicia di forza" della Evidence-based Medicine e delle cure riconosciute dai governi o delle linee guida riconosciute dall'establishment medico-scientifico. Ciò rafforza l'approccio riduttivo e paralizza il talento all'approccio intuitivo.

Infine, i medici ricevono pressioni affinché prescrivano test diagnostici e cure più costose, mentre le amministrazioni li perseguivano per tagliare i costi.

E comunque sia, il medico dovrà affrontare un paziente che, probabilmente, ha già cercato informazioni in internet e richiede "il meglio" di quanto la scienza offra.

La comprensione nei confronti del medico di famiglia o del

medico ospedaliero non deve far trascurare il fatto che molto dell'intero paradigma della moderna medicina occidentale sia errato. È caratteristica peculiare dei paradigmi quella di cambiare quando i tempi lo richiedono. Ciò ha anche a che fare con il sentire comune, influenzato dalla stampa, ma in modo ancora più chiaro e distinto dai film (e casi reali), quali quello di Patch Adams. La Biomedicina non è in via di estinzione, benché vi siano forti critiche e insostenibili costi economici. Ma ha chiaramente la necessità di integrarsi con altre competenze meno costose, più olistiche, più centrate sulla persona.

La Medicina Centrata sulla Persona (MCP) colma queste lacune.

Funziona con la Biomedicina, ne completa le carenze, sostiene parte del suo carico e ne aggiusta l'equilibrio.

La MCP si propone di offrire:

a) una gamma di approcci tradizionali, complementari e alternativi dai quali il "paziente" ben informato possa scegliere. I medici di famiglia aggiornati e in sintonia coi tempi sono già in grado di guidare i propri pazienti nella scelta, così come nel servizio sanitario nel suo complesso (fungendo, quindi, da "guardiani" per chi teme possa rappresentare un problema potenziale ingestibile).

Per "tradizionali" si fa qui riferimento a quelle tradizioni diverse dalla biomedicina: tradizioni le cui pratiche sono finalizzate a promuovere il benessere mentale, fisico e spirituale, e che poggiano su credenze sorte anteriormente la nascita della biomedicina occidentale "scientifica";

b) un approccio alla persona nella sua interezza, ivi compresa la gamma completa di influenze fisiche, emotive, mentali, sociali, spirituali ed ambientali che determinano la salute della persona.

Ciò coinvolge la persona nel suo complesso per il raggiungimento di uno stile di vita personalizzato che favorisca la salute, senza trascurare fattori quali l'esercizio fisico, il benessere affettivo e quello emotivo che alimentano la resilienza;

c) il rispetto del cosiddetto "diritto di scelta da parte del paziente", che aumenta in modo determinante la necessità che lui/lei viva responsabilmente. Una più ampia scelta in termini di cura può aiutare a mantenere viva la speranza, fatto che in sé ha un notevole valore terapeutico;

d) la valutazione del funzionamento dei molteplici sottosistemi fisiologici che concorrono, anche in relazione reciproca, a determinare lo stato di salute, evitando di affidarsi a singoli indicatori;

e) un autentico accento posto sulla prevenzione e sulla qualità della vita (approccio centrato sulla persona);

f) alleviare la Biomedicina in termini di costi e condividere la responsabilità di mantenere le persone in salute (il grande salvadanaio sociale);

g) una gamma di scelte adatte ad un sistema multi-culturale. In un mondo che si sente sempre meno "occidentale", ciò rafforza la fiducia di chi possiede background culturali diversi, in modo da meglio orientare (tra l'altro) verso le soluzioni della Biomedicina, qualora dovessero risultare indicate;

h) il rispetto per la malattia e la morte come fatti ricchi di significato. Questo è particolarmente vero per le medicine tradizionali.

Il benessere psico-spirituale, anche a fronte di malattie incurabili o croniche, migliora la percezione e l'intensità del vivere.

Ancora una volta, come nel punto precedente, i metodi di cura tradizionali, nel provvedere alle eziologie spirituali, si adattano alla visione del mondo di molte culture non occidentali che si mescolano con le società occidentali.

La visione del mondo occidentale si affaccia sempre più a nuove aree dello spirito.

La MCP, naturalmente, ha le proprie potenziali lacune che devono essere gestite, nonché, se possibile, ovviate. Una di queste è il problema della valutazione. Gli standard di valutazione secondo la moderna medicina scientifica sono in genere troppo rigidi; la medicina scientifica ha assunto fin dall'inizio una posizione di esclusione della Medicina Complementare, Alternativa e Tradizionale, appunto per il fatto di non essere scientifica. Forte della considerazione del valore personale, tra cui la valutazione della qualità di vita basata su un'analisi medica della persona nel suo complesso (centrata sugli aspetti fisici, mentali, spirituali e di relazione), la MCP possiede prove di efficacia anche in ambito biomedico.

La scarsità in materia di ricerca biomedica della MCP è stata addebitata al numero limitato di ricercatori, alla mancanza di fondi e all'inadeguatezza degli approcci empirico-analitici delle sue terapie (ad esempio, la difficoltà di misurare i risultati delle terapie energetiche).

È urgente addivenire ad un modello di valutazione di tipo circolare e non piramidale per lo studio dell'assistenza sanitaria a livello globale, che combini la ricerca sociologica, antropologica e comportamentale, oltre alla biologia cellulare e molecolare (studi osservazionali, studi focus-group, etc.). Si deve inoltre aggiungere che la MCP si è distinta per non trascurare alcun fattore con conseguenze importanti per la salute, quali l'istruzione, il contesto abitativo, il benessere ed il sostegno emotivo. Ciò che può mancare in modelli di valutazione che mirino ai principali sintomi e risposta, viene compensato con l'attenzione al contesto generale. Con ciò s'intende, appunto, Medicina Centrata sulla Persona, poiché integra le lacune del paradigma attuale.

Infine, può essere superficiale o prematuro considerare la MCP in grado, di per sé, di ridurre i costi.

Attualmente i suoi rimedi medicinali sono meno soggetti allo sfruttamento da parte delle grandi aziende.

Ma possono facilmente diventarne preda se gli interessi pubblici dovessero rivolgersi alla MCP.

Dovrebbe, quindi, rappresentare una priorità il mantenere la situazione così com'è, se vogliamo ottenere un reale miglioramento della sostenibilità.

Inoltre, se le parziali carenze della MCP sono compensate con il ricorso a costosi strumenti diagnostici, non vi sarà alcun vero guadagno per la sostenibilità della salute in Occidente.

Probabilmente il miglior percorso percorribile per contenere il bilancio della sanità a livelli sostenibili risiede nel cambiamento di mentalità e delle aspettative del pubblico (e dei medici). [22-23]

4) CONTESTO SOCIALE

I risultati delle numerose ricerche sulla qualità dell'assistenza sanitaria condotte negli Stati Uniti, in Europa e in Italia mostrano che, se a un paziente è richiesta una valutazione sulla qualità dei trattamenti medici, le sue priorità sono: umanizzazione, personalizzazione del trattamento, necessità di avere informazioni adeguate in un ambiente confortevole per una libera scelta del proprio percorso di salute.

Negli ultimi anni il dibattito scientifico sulle Medicine Tradizionali e Non Convenzionali e la loro interazione con la biomedicina, cioè la medicina accademica, dominante nella società occidentale, ne ha favorito e legittimato un aumento della domanda. Si sta attivando, così, un processo di trasformazione culturale che coinvolge il nostro stile di vita e sposta il focus dal sintomo all'idea, più generale, della ricerca del benessere della persona. L'attenzione è anche rivolta alle capacità di auto-guarigione, al risveglio delle potenzialità individuali, che sostengono e amplificano i benefici dei trattamenti e di un'informazione accurata ai cittadini affinché possano scegliere liberamente il proprio programma di cura. È diritto di ogni persona essere curata con dignità e rispetto, migliorando l'esperienza dei trattamenti. È importante ridurre le disuguaglianze, essendo consapevoli del "gradiente sociosanitario" per l'equilibrio sostenibile e di farmacoeconomia.

È importante, dunque, favorire un cambiamento nei processi di politica e assistenza sanitaria. Un'etica professionale moderna, che mira a raggiungere un rapporto soddisfacente tra medico e paziente, dovrebbe sviluppare una rinnovata capacità di ascolto per una rinnovata capacità di comprensione. Questo implica che all'attenzione per gli aspetti più microscopici dell'organismo debba essere aggiunta anche l'attenzione all'ambiente naturale e sociale in cui l'uomo vive e si ammala. Ecco perché è necessaria una medicina basata sulla fiducia. L'attenzione al paziente nella scelta dei programmi di salute individuale porta a una diversa visione sociale della qualità della sanità.

Una Medicina Centrata sulla Persona riesce a dare equilibrio psicofisico all'individuo e rappresenta il trampolino di lancio per un equilibrio sostenibile sociale per le società attuali e future.

L'essere umano non è solo una mera parcellizzazione di real-

tà fisiche, molecolari ma esiste un continuum psicopatobio-grafico quale risultato di infinite interazioni che è invece alla base di quella capacità di ascolto, valutazione, trattamento che sono lo spirito, il motore di un approccio al paziente centrato sulla persona e non solo sul sintomo.

Compito educativo e poi terapeutico della Medicina Centrata sulla Persona è contribuire a che la biomedicina o sistema medico dominante, come definito dall'OMS, si avvalga in modo multidimensionale, multifattoriale, multidisciplinare del contributo dei Sistemi di Salute Antropologici, quali ad esempio le Medicine Tradizionali in virtù della loro sapienza nell'osservare la Natura e l'Essere Senziente e il loro divenire per interpretarli, anche in termini di umanizzazione della medicina. Va pertanto presa in considerazione la globalità dell'essere umano, lo "olos", vale a dire l'intrinseca unità del suo essere, il piano fisico e mentale perché è su questi livelli incessantemente interagenti che ogni essere umano si auto-struttura spiritualmente come un unicum che come tale va interpretato per essere curato. Non è quindi è più procrastinabile una riflessione profonda che investa tutti gli strati della società in quanto da essa, dalle associazioni di pazienti, dalle associazioni di cittadini come dai singoli cittadine e cittadini proviene la richiesta di ricostruire e rispettare per ogni essere umano le sue integrità e interezza esistenziali per accedere al piano diagnostico-terapeutico.

Questo è il primo contributo per la Medicina dell'Essere Umano nella sua totalità, integrità e nella sua piena dignità per una corretta e libera scelta dei propri percorsi di salute. Ovverossia il passaggio dal concetto di salute come assenza di malattia a quello di salute come benessere psico-fisico, come ricorda l'Organizzazione Mondiale della Sanità.

La Medicina Centrata sulla Persona consente quell'equilibrio psicofisico individuale che è la base di ogni possibile equilibrio sociale sostenibile, di qualsiasi società contemporanea e futura.

Le Medicine su base antropologica si propongono come ampliamento della conoscenza e della pratica medica.

L'evoluzione del pensiero medico avvenuta dalla fine del XIX secolo in poi ha portato a enormi e innegabili progressi nella medicina. Per far fronte alle nuove necessità del XXI secolo è indispensabile avvalersi degli epistemi propri delle Medicine Tradizionali perché allargano gli orizzonti diagnostici e terapeutici al di là di quanto postulato dalla dominanza cartesiana, scienziata, razionalista e materialista.

La visione centrata sull'essere senziente tiene in massimo conto la complessità dei fenomeni naturali, lo studio delle relazioni uomo-ambiente e delle interazioni tra psiche e corpo, il significato dell'integrità spirituale dell'uomo e il possibile ruolo attivo del paziente ai fini della guarigione e del mantenimento dello stato di buona salute.

Una moderna deontologia professionale, se vuole essere indirizzata al raggiungimento di un soddisfacente rapporto medico-paziente, deve passare da una rinnovata sapienza dell'ascolto a una rinnovata sapienza del comprendere: ciò

presuppone che si controbilanci la tendenza al microscopico, al sempre più piccolo, allargando lo sguardo all'ambiente naturale e sociale in cui l'uomo vive e si ammala. Da qui la necessità del Paradigma della Medicina Centrata sulla Persona fondata su un'autentica fiducia. Dalla visione empatica dei bisogni del paziente, caratteristica delle Medicine Tradizionali e Non Convenzionali, può nascere per quest'ultima la volontà di superare la "prigionia della malattia", tutto quell'insieme di dolore e di disagio che gli occupa l'animo e che gli rende talora impossibile aprirsi ad altre esperienze di vita.

Questa visione, che si basa sull'Empatia (secondo la visione di Edith Stein) e sulla Compassione, dà concreta sostanza morale all'ideale di "alleanza terapeutica" e di risvegliare nell'interiorità del sofferente le risorse fondamentali per attivare la volontà di guarigione e si arriverà anche alla decisione di adottare le opportune misure preventive per non ricascare in situazioni di malattia.

In questo contesto si pone la Medicina Centrata sulla Persona. [22-33]

5) ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce le CAM come segue:

"La Medicina Alternativa e Complementare si riferisce a un vasto insieme di pratiche di assistenza sanitaria che non fanno parte della tradizione propria di un paese e non sono integrate nel sistema sanitario dominante. Altri termini usati per descrivere queste pratiche di assistenza sanitaria sono: "medicina naturale", "medicina non convenzionale" e "medicina olistica". Nelle General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine (Ginevra, 2000) l'OMS afferma per la Medicina Tradizionale la seguente definizione: "La Medicina Tradizionale ha una lunga storia. È la somma di conoscenze, competenze e pratiche basate su teorie, credenze ed esperienze indigene di diverse culture, siano esse spiegabili o meno, utilizzate per il mantenimento della salute, così come nella prevenzione, diagnosi, cura o miglioramento di malattie fisiche e mentali. In alcuni paesi, i termini "complementare/alternativa/non convenzionale" sono usati in modo intercambiabile con "medicina tradizionale" e si riferiscono a un ampio insieme di pratiche di assistenza sanitaria che non fanno parte della tradizione di quello stesso paese e non sono integrate nel sistema sanitario dominante."

Ecco perché l'OMS assume, espressamente, l'uso del termine «non convenzionale» in riferimento a quei Paesi (come l'Italia) in cui queste Medicine ed i relativi Sistemi di Salute su base antropologica da un lato non sono inseriti nel piano formativo curricolare obbligatorio del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, e, dall'altro, non fanno parte del sistema sanitario nazionale dominante, la biomedicina.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, con la delibera n. WHA56 31 del 28 Maggio 2003, invita gli Stati membri a formulare e attuare politiche e regolamenti nazionali sulle Medicine Tradizionali e Non Convenzionali, e a prestare par-

ticolare attenzione alla formazione degli operatori: stabilire una registrazione e una licenza per gli operatori; riconoscere il ruolo degli operatori delle MNC nell'assistenza sanitaria primaria; ottimizzare e aggiornare le competenze degli operatori delle MNC; sviluppare le linee guida di formazione per le terapie più comunemente utilizzate; rafforzare e incrementare l'organizzazione degli operatori delle MNC; rafforzare la cooperazione con gli altri operatori sanitari.

L'OMS, il giorno 8 novembre 2008, in occasione del **Congresso Mondiale sulla Medicina Tradizionale** tenutosi a Pechino, ha emanato la **"Dichiarazione di Pechino sulla Medicina Tradizionale"** in cui si richiede, tra l'altro, *"la necessità di azione e cooperazione da parte della comunità internazionale, dei governi, nonché dei professionisti e degli operatori sanitari al fine di assicurare un utilizzo corretto della medicina tradizionale come componente significativa per la salute di tutti i popoli, in conformità con le capacità, le priorità e le leggi attinenti dei singoli paesi"*

"The time has never been better, and the reasons never greater, for giving traditional medicine its proper place in addressing the many ills that face all our modern - and our traditional - societies" (Dr. Margaret Chan, Director General of WHO, Beijing 7th Nov 2008).

Il 7 dicembre 2010 l'OMS ha annunciato il primo progetto di classificazione internazionale della Medicina Tradizionale. *"Prendiamo atto che la Medicina Tradizionale è praticata in tutto il mondo"*, ha detto Marie Paule Kieny, della Direzione Generale per l'Innovazione, l'Informazione, l'Evidenza e la Ricerca dell'OMS. *"Per molte persone, soprattutto nelle aree del Pacifico occidentale, nel Sud-est asiatico, in Africa e in America Latina, è la fonte primaria di sanità. Anche in Europa e nel nord America sta crescendo il ricorso ai rimedi naturali, all'agopuntura e ad altre pratiche tradizionali. Tuttavia, mancano una terminologia e una classificazione"*. *"Molti Paesi - ha spiegato Kieny - hanno già creato degli standard nazionali per la classificazione di questo settore, ma non c'è una piattaforma internazionale che possa armonizzare i dati clinici, epidemiologici e statistici. Sono informazioni di cui c'è bisogno, per permettere ai clinici, ai ricercatori e ai decisori politici di monitorare la sicurezza, l'efficacia, l'uso, la spesa e il trend della Medicina Tradizionale nei sistemi sanitari"*.

La Classificazione Internazionale della Medicina Tradizionale ha lo scopo di creare un sistema unico e condivisibile in tutto il mondo basato sulle prove di efficacia e su una comune terminologia e classificazione delle diagnosi e degli interventi terapeutici. Si svilupperà come piattaforma interattiva che permetterà agli utenti di tutti i Paesi del mondo di condividere i termini e i concetti usati nella Medicina Tradizionale. Il progetto si focalizzerà inizialmente sulle Medicine Tradizionali praticate in India, Cina, Giappone e Corea, nazioni dove è nata e da cui si è poi diffusa in tutto il mondo. [34-37]

6) UNESCO

Il 16 novembre 2010 l'Assemblea Generale dell'UNESCO

(United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) ha inserito l'Agopuntura Tradizionale Cinese e la Moxibustione Tradizionale Cinese, due tra le branche più note della Medicina Tradizionale Cinese, nell'Elenco del Patrimonio Immateriale Intangibile dell'Umanità. [38]

7) PARLAMENTO EUROPEO

Proprio perché in Europa il livello di riconoscimento giuridico delle Medicine Non Convenzionali varia considerevolmente da uno Stato all'altro, il Parlamento Europeo ha approvato il 29 maggio del 1997 la Risoluzione n. 75 dal titolo "Sullo Status delle Medicine Non Convenzionali", con l'obiettivo esplicito di "garantire ai cittadini la più ampia libertà possibile di scelta terapeutica, assicurando loro anche il più alto livello di sicurezza e l'informazione più corretta sull'innocuità, qualità ed efficacia di tali medicine".

Vengono quindi individuate le otto Medicine Non Convenzionali per le quali si auspica il riconoscimento da parte degli organismi comunitari e dei singoli Stati membri: nell'ordine in cui vengono elencate nei documenti ufficiali si tratta di: Chiropratica, Medicina Omeopatica, Medicina Antroposofica, Medicina Tradizionale Cinese (inclusa l'Agopuntura che è una delle branche), Shiatsu, Naturopatia, Osteopatia e Fito-terapia. [39-40]

8) CONSIGLIO D'EUROPA

Il Consiglio d'Europa due anni dopo ha confermato questo orientamento con la Risoluzione n. 1206 del 4 novembre 1999 dal titolo "L'approccio europeo alle Medicine Non Convenzionali", dichiarando che:

- le varie forme di medicina non dovrebbero competere l'un l'altra;
- è possibile per loro coesistere e completarsi a vicenda;
- forme alternative o complementari di medicina possono essere praticate da medici di medicina convenzionale, nonché da professionisti ben preparati nelle Medicine Non convenzionali;
- un paziente può consultare uno o l'altro, sia su consiglio del medico di famiglia sia per suo libero arbitrio;
- i principi etici dovrebbero prevalere;
- gli Stati membri dovrebbero modellare il loro approccio sulla base degli esperimenti dei loro vicini e, ove possibile, coordinare la loro posizione rispetto a queste medicine, in base al principio di sussidiarietà

Quindi il Consiglio d'Europa pur riconoscendo la preminenza della medicina convenzionale o biomedicina (come definita nel 1923 dal Dizionario Medico Dorland), ha affermato la necessità di un riconoscimento delle principali Medicine Non Convenzionali nel senso indicato dalla precedente Risoluzione del Parlamento Europeo. Ha invitato perciò gli Stati

membri a regolarizzare lo status di queste Medicine in modo da garantirne a pieno titolo l'inserimento nei servizi sanitari nazionali. [39-40]

9) UNIONE EUROPEA - SETTIMO PROGRAMMA QUADRO PER LA RICERCA E LO SVILUPPO (FP7)

DECISIONE CONGIUNTA n.1350/2007/CE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 23 ottobre 2007 che istituisce un Secondo Programma d'azione comunitaria in materia di Salute (2008-2013)

"Il programma dovrebbe prendere atto dell'importanza di un'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."

"The Programme should recognise the importance of a holistic approach to public health and take into account, where appropriate and where there is scientific or clinical evidence about its efficacy, complementary and alternative medicine in its actions." [39-42]

9a) Il Consorzio CAMbrella - a Pan-european Research Network for Complementary and Alternative Medicine.

Per la prima volta nell'ambito di un programma pluriennale di finanziamento per la ricerca, in particolare nell'ambito del Settimo Programma Quadro (FP7), l'Unione Europea ha finanziato, a seguito di bando di concorso, un Consorzio di ricercatori per una azione di coordinamento nell'ambito delle Complementary and Alternative Medicine (CAM).

Il Consorzio CAMbrella consiste in 16 organizzazioni partner scientifiche di 12 paesi europei. Il mandato ricevuto dalla Commissione Europea riguarda i seguenti obiettivi: sviluppare una rete europea di centri di eccellenza nelle MNC per ricerca collaborativa; sviluppare una terminologia di consenso accettata in Europa per descrivere gli interventi di MNC; creare una conoscenza di base per facilitare la comprensione della richiesta di prestazioni di MNC da parte dei pazienti e la loro prevalenza; rivedere l'attuale status giuridico e le politiche che governano l'erogazione di MNC nell'Unione Europea; esplorare i bisogni, le credenze e gli atteggiamenti dei cittadini europei nei confronti delle MNC.

I risultati della ricerca saranno presentati alla Commissione Europea e alla comunità scientifica internazionale nella conferenza ad hoc che si terrà il 29 novembre 2012 a Monaco di Baviera, sede del Coordinamento del Consorzio.

Il Comitato Permanente di Consenso e Coordinamento per le Medicine Non Convenzionali in Italia è uno dei 16 componenti del Consorzio Europeo CAMbrella. [43-49]

9b) Successivamente un altro Consorzio ha vinto un bando di finanziamento: il Consorzio *Good Practice in Traditional Chinese Medicine Research in the Post-genomic Era*, che si occupa della della Medicina Tradizionale Cinese. [50]

10) NATO SCIENCE AND TECHNOLOGY ORGANIZATION, STO (ex NATO RESEARCH AND TECHNOLOGY ORGANIZATION, RTO)

Il *NATO Science and Technology Organization* (ex *NATO Research and Technology Organisation*, RTO) ha costituito un gruppo di ricerca il *NATO-RTO Integrative Medicine Interventions for Military Personnel HFM-195 (RTG)* col compito di valutare l'adozione di vari tipologie di intervento di *Medicine Antropologiche* per il personale militare. I dati mostrano infatti che una percentuale superiore al 50% della popolazione militare utilizza le *Medicine Tradizionali e Non Convenzionali*. L'Italia ne è componente. [51]

11) NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE, NCCAM, NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, BETHESDA, USA

Il termine *Complementary and Alternative Medicine (CAM)* è un termine ampiamente utilizzato nella letteratura scientifica internazionale sebbene non abbia una definizione comunemente accettata. La definizione di CAM è recente, essendo stata sviluppata in una Conferenza di Consenso del 1997 del *United States Office for Alternative Medicine* dei *National Institutes of Health* (ora *National Center for Complementary and Alternative Medicine*, NCCAM) e, successivamente, adottata dalla *Cochrane Collaboration* e dal *Ministerial Advisory Committee on Complementary and Alternative Medicine*:

“La Medicina Complementare e Alternativa (CAM) è una gamma di risorse di guarigione che comprende tutti i sistemi sanitari, le modalità e le pratiche, le teorie e le credenze che le accompagnano, diverse da quelle intrinseche al sistema sanitario politicamente dominante di una particolare società o cultura in un dato periodo storico.

CAM comprende tutte queste pratiche e le idee auto-definite dai loro utilizzatori per prevenire o curare una malattia o pro-

muovere la salute e il benessere”.

Il senso immediatamente coglibile è che la definizione adottata considera, per il suo valore multidimensionale, congiuntamente sia scelte terapeutiche esclusive, cioè come prima scelta terapeutica (*alternative medicine*), sia come seconda scelta terapeutica ovvero come scelta terapeutica in associazione (*complementary medicine*). [52]

12) “DIALOGUE ON HUMAN HEALTH BETWEEN TRADITIONAL CHINESE MEDICINE CULTURE AND WESTERN MEDICINE CULTURE” E “DICHIARAZIONE DI BOLOGNA”, BOLOGNA 10-11 MAGGIO 2012.

Il 10 e 11 maggio 2012 a Bologna ha avuto luogo nella Sala dello *Stabat Mater* del palazzo dell'Archiginnasio la prima edizione del “Dialogo” fra Cina ed Europa sull'incontro della *Cultura Medica Tradizionale Cinese* e della *Medicina Occidentale*.

Lo straordinario evento, che si deve alla lungimiranza del Presidente Romano Prodi, si è chiuso, con la firma della “*Dichiarazione di Bologna*” da parte di Romano Prodi, Presidente della *Foundation for World Wide Cooperation*, già Presidente della *Commissione Europea* e del *Consiglio Italiano*, e di *Xu Jialu*, già Presidente dello *Standing Committee of the National People's Congress* della *Repubblica Popolare Cinese*.

Obiettivo del *Dialogo sulla Salute Italia-Cina*, è la costituzione di un tavolo permanente, che si darà appuntamento annualmente nei diversi Paesi del mondo, per la costruzione sinergica di un nuovo modello di salute e cura delle malattie in grado di far cooperare la sapienza medica della tradizione cinese con quella medica occidentale.

L'evento è stato promosso e organizzato dalla *Foundation for World Wide Cooperation* (fondata dal Presidente Prodi nel 2008), dal *Bonn Project*, dalla *China Academy of Chinese Me-*



Esemplificazioni dei 5 domini in cui il NCCAM suddivide le CAM

dical Sciences e dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Alma Mater Studiorum Università di Bologna.

La parte scientifica si è articolata in letture magistrali e tavole rotonde fra i maggiori esperti mondiali cinesi e occidentali di Medicina Tradizionale Cinese ed esperti di Medicina Occidentale, per creare finalmente quella collaborazione indispensabile tra le due Culture, come ha sottolineato il Presidente Prodi.

Sono stati affrontati diversi aspetti della salute umana, con particolare attenzione alle malattie più diffuse quali i disturbi cardiovascolari e le malattie croniche degenerative.

Il Commissario alla Salute e Tutela del Consumatore della Commissione Europea John Dalli nel suo intervento ha sottolineato, tra l'altro, come la salute e la tutela della salute debbano essere sempre più centrate sulla persona, e come la Commissione Europea sia impegnata verso la medicina tradizionale e la regolamentazione dei medicinali della farmacopea tradizionale come quella tradizionale cinese.

La firma della “**Dichiarazione di Bologna**” ha avuto luogo alla presenza per la parte italiana del Magnifico Rettore dell'Università di Bologna prof. Ivano Dionigi, del Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia prof. Sergio Stefoni, del Presidente Onorario della Magna Charta Universitatum prof. Fabio Alberto Roversi Monaco, del Direttore dell'Alma Graduate School prof. Massimo Bergami. [53-55]

13) ITALIA E MEDICINE NON CONVENZIONALI

13 a) CONTESTUALIZZAZIONE DELLA REALTÀ ITALIANA ATTUALE

In letteratura si tenta un chiarimento epistemologico al fine di contestualizzare la realtà italiana attuale. Il termine *Medicine Non Convenzionali* è la definizione più appropriata e che rispecchia l'attuale situazione italiana per diversi motivi: innanzitutto è quella meno connotata ideologicamente e pertanto più neutrale dal punto di vista scientifico, contiene poi in nuce il carattere convenzionale della ortodossia medica scientifica e il relativo processo di legittimazione; comprende poi una serie di medicine la cui identità è espressa diversamente rispetto alla biomedicina. Sono infatti *Medicine Tradizionali e Non Convenzionali* su base antropologica escluse sia dal Sistema Sanitario Nazionale, sia dalla pressochè totalità dei Sistemi Sanitari Regionali e anche dall'insegnamento delle Facoltà di Medicina. Pertanto il termine *non convenzionale* sta per il loro non inserimento formale nel sistema sanitario dominante contemporaneo e nei programmi curriculari obbligatori del corso di laurea a ciclo unico in Medicina e Chirurgia.

L'elemento di non ortodossia o alterità rappresenta uno degli aspetti di specificità, di forza e di innovazione delle *Medicine Tradizionali e Non Convenzionali* in quanto proprio in nome di questa ortodossia vengono utilizzate di volta in volta per il bisogno di salute delle singole persone, in linea con i principi della *Medicina Centrata sulla Persona*. [56-66]

13 b) STATISTICHE

- ISTAT (1996-99): 9 milioni di italiani fanno uso di MNC (15,5%).
- ABACUS (2003): il 30% degli italiani ha familiarità col termine *Medicine Non Convenzionali*.
- DOXA (2003): il 23% della popolazione fa uso di MNC.
- ISPO (2003): il 65% della popolazione ha familiarità col termine *Medicine Non Convenzionali* e ne è a conoscenza.
- FORMAT (2003): il 31,7% degli italiani ha usato le MNC almeno una volta; il 23,4% usa le MNC regolarmente.
- CENSIS (2003): il 50% considera le MNC utili; più del 70% chiede che siano rimborsate dal Servizio Sanitario Nazionale; il 65% vorrebbe più controlli da parte dell'autorità sanitaria nazionale.
- Menniti-Ippolito et al. (2004): follow-up di 3 anni su 52.332 famiglie (140.011 persone): il 15,6% fa uso di MNC (Omeopatia 8,2%, Terapie Manuali 7%, Fitoterapia 4,8%, Agopuntura 2,9%, altre MNC 1,3%).
- ISTAT (2005): 8 milioni di italiani usano le MNC (13,6% della popolazione).
- EURISPES (Rapporto Italia 2006): 10,6% della popolazione sceglie le MNC.
- Osservatorio Scienza Tecnologia e Società, iniziativa del Centro Ricerche *Observe-Science in Society*, pubblicata su *Nova del Il Sole 24* il 24 07.12.2006. La rilevazione è stata condotta tramite interviste telefoniche con metodo CATI su un campione di 900 casi, stratificato per genere, età e ripartizione geografica, rappresentativo della popolazione italiana con età uguale o superiore ai 15 anni. Un italiano su tre ricorre, almeno saltuariamente, a prodotti omeopatici per curare i propri problemi
- CENSIS (2008): il 23,4% si è rivolto alle MNC nell'anno precedente (in particolare a Omeopatia e Fitoterapia).
- EURISPES (Rapporto Italia 2010): più di 11 milioni scelgono di curarsi con le MNC, cioè il 18,5% della popolazione.
- Health Monitor CompuGroup Medical-*Il Sole 24 Ore Sanità* (2011): Circa il 52% dei medici di medicina generale suggerisce medicinali omeopatici ai propri pazienti
- EURISPES (Rapporto Italia 2012): Ricorre alle *Medicine Non Convenzionali* il 14,5% della popolazione.
- Doxapharma (maggio 2012): l'82,5% degli intervistati dichiara di aver sentito parlare di medicinali omeopatici; il 16,2% ha fatto uso, almeno una volta nell'anno, di medicinali omeopatici. [29,31,39,64,67-71]

13 c) GIURISPRUDENZA e STATUS GIURIDICO (alcuni riferimenti)

La Suprema Corte di Cassazione (1982, 1999, 2003, 2005, 2007) ha sancito che l'agopuntura è atto medico; che il prescrittore di prodotti omeopatici deve essere medico; che costituisce esercizio abusivo della professione medica praticare le *Medicine Non Convenzionali* da parte di soggetto che non abbia conseguito la laurea in medicina e chirurgia.

La Suprema Corte ha chiarito definitivamente la necessità di tutelare la salute pubblica stabilendo che l'esercizio di tutte le Medicine Non Convenzionali devono essere praticate solo dai medici. L'esercizio di tali attività, pertanto, deve essere subordinato al controllo, di natura pubblicistica, dell'esame di abilitazione e dell'iscrizione all'albo professionale e, prima ancora, al conseguimento del titolo accademico della laurea in medicina.

La Corte Costituzionale (2005, 2006, 2007, 2008) ha sentenziato che le Regioni non possono legiferare sull'individuazione delle figure professionali e l'istituzione di nuovi albi, competenze che sono riservate allo Stato, cioè non possono legiferare su nuovi profili sanitari non normati e riconosciuti da preesistente legge nazionale.

La Corte Costituzionale ha affermato, in ordine alla questione di legittimità costituzionale di disposizioni di legislazione regionale aventi ad oggetto la regolamentazione di attività di tipo professionale, che la potestà legislativa regionale nella materia concorrente delle "professioni" deve rispettare il principio secondo cui l'individuazione delle figure professionali, con i relativi profili e titoli abilitanti, è riservata, per il suo carattere necessariamente unitario, allo Stato, rientrando nella competenza delle Regioni la disciplina di quegli aspetti che presentano uno specifico collegamento con la realtà regionale. Tale principio, al di là della particolare attuazione ad opera dei singoli precetti normativi, si configura infatti quale limite di ordine generale, invalicabile dalla legge regionale. Ne consegue l'illegittimità costituzionale delle Leggi regionali sottoposte, nel caso di specie, al vaglio del Giudice delle leggi.

*In Italia le discipline della Chiropratica e dell'Osteopatia sono professioni sanitarie primarie, cioè indipendenti, autonome e distinte dall'area medica. L'esercizio della Chiropratica e della Osteopatia non costituisce, pertanto, esercizio abusivo della professione medica o fisioterapica. Tutte le sentenze sino a oggi pronunciate hanno pienamente confermato questa tesi (vedi, tra le altre, sentenza Tribunale di Genova 23 luglio 2003, pubblicata su *Diritto Penale e Processo* 8/2004, pag. 1003-1013).

La Chiropratica e l'Osteopatia possono essere anche praticata dai medici purché abbiano seguito il percorso formativo stabilito a livello internazionale per le due discipline.

In Italia l'art. 2, comma 355, della Legge n° 244 del 2007, che ha istituito il Registro dei Chiropratici presso il Ministero del Lavoro, Salute e Politiche sociali, non ancora attuato, ha fornito una disciplina quadro della Chiropratica in linea con quanto ritenuto necessario dall'OMS per una pratica sicura di tale professione ed in armonia con le legislazioni degli altri Paesi europei nei quali la Chiropratica ha da tempo ricevuto una regolamentazione. In esso è prevista la necessità di una laurea magistrale specifica in chiropratica e la qualifica del chiropratico come professionista sanitario di grado primario che esercita le sue mansioni liberamente. [31,39,40,64,67-69,71]

PRINCIPALI SENTENZE SULLE MEDICINE NON CONVENZIONALI

1. Cassazione VI Sezione 12.02.99 si evidenzia come il prescrittore di prodotti omeopatici deve essere medico
2. Corte di Cassazione, Sezione VI, Sentenza n. 2652/25.02.1999
3. Corte di Cassazione, Sentenza n. 500/1982: si rimarca come l'agopuntura è atto medico
4. Corte di Cassazione, IV Sezione Penale, Sentenza n. 30/08.02.2001
5. Corte di Cassazione, VI Sezione Penale, Sentenza n. 29961/30.07.2001
6. Corte di Cassazione, Sentenza n. 1735/21.05.2003 sulle Terapie Non Convenzionali
7. Corte di Cassazione, VI Sezione Penale, Sentenza n. 16626/04.05.2005 Pratiche "alternative" ed esercizio abusivo della professione medica
8. Corte Costituzionale, Sentenza n. 424/16.11.2005, Regolamentazione delle discipline bio-naturali
9. Corte Costituzionale, Sentenza n. 40/08.02.2006, Disciplina delle Professioni Sanitarie Non Convenzionali
10. Corte di Cassazione, Sezione VI, Sentenza n. 964/20.06.2007
11. Corte Costituzionale, Sentenza n. 300/20.07.07 Ricorso Legittimità Costituzionale Legge Liguria e Veneto sulle Discipline Bionaturali
12. Corte di Cassazione, Sezione VI Penale, Sentenza n. 34200/06.09.2007
13. Corte Costituzionale, Sentenza n. 93/02.04.2008, Incostituzionalità della Legge Regione Piemonte 18.09.2006, n. 32 "Norme in materia di discipline bio-naturali del benessere" [29,31,39,64,65,67,68,71]

14) COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA (CNB): emanati due documenti: uno nel 2004 e uno nel 2005.

14 a) MOZIONE DEL COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA SU MEDICINE E PRATICHE NON CONVENZIONALI (23 aprile 2004)

La mozione viene emanata all'indomani della proposta di legge sulle "Medicine e Pratiche Non Convenzionali" nel testo unificato elaborato dalla Commissione XII Affari Sociali della Camera in XV Legislatura.

Il Documento in 8 punti esprime la posizione recisamente contraria del Comitato Nazionale per la Bioetica.

In particolare i punti 6 e 7 recitano quanto segue:

"6. Il CNB è preoccupato della proposta di istituire a) insegna-

menti accademici e corsi di formazione nelle Università statali e non statali di “medicines e pratiche non convenzionali”, b) di inserire la materie di insegnamento relative alle medicine e alle pratiche non convenzionali, nei corsi di laurea di Medicina, di Odontoiatria, di Farmacia, di Medicina Veterinaria, di Scienze Biologiche e di Chimica, c) di accreditare come società e associazioni “scientifiche” le società e le associazioni di riferimento delle professioni sanitarie non convenzionali, d) di modificare la composizione del Consiglio Superiore di Sanità inserendo, fra i suoi componenti sei rappresentanti delle medicine e pratiche non convenzionali.

7. Infine il CNB ritiene del tutto ingiustificata l’istituzione della qualifica di “esperto” per gli indirizzi previsti nell’art. 6 della p.d.l. e l’istituzione prevista dall’art. 21 di professioni sanitarie non convenzionali.”

La mozione si chiude col punto 8 che recita:

“La presente mozione è stata approvata con l’astensione della prof.ssa Luisella Battaglia, del prof. Silvio Ferrari (che dichiara di astenersi perché ritiene che la mozione non ponga sufficientemente in luce l’opportunità di approfondire, attraverso adeguate ricerche, la conoscenza della medicina e delle pratiche non convenzionali).

Il prof. Bruno Silvestrini sottoscrive il documento per quanto riguarda il richiamo al rispetto delle norme indispensabili per garantire la sicurezza e l’efficacia delle cure mediche, oltre che per tutelare i diritti elementari del malato.

Si dissocia invece dal documento nei limiti e nel caso in cui suonasse come condanna delle medicine non convenzionali, rilevando che esse appartengono a una solida tradizione culturale e medica e racchiudono, come si legge in un autorevole editoriale, “molte terapie promettenti, meritevoli d’essere studiate in maniera appropriata”. [72]

14 b) LE MEDICINE ALTERNATIVE E IL PROBLEMA DEL CONSENSO INFORMATO (18 marzo 2005)

In estrema sintesi, il Comitato Nazionale per la Bioetica conferma la posizione assunta con la Mozione del 2004.

Il Documento in 36 pagine consta di:

- Presentazione (pag. 1-3)
- Mozione in 19 punti (pag. 4-11)
- 3 Postille che costituiscono parte integrante del Documento (pag. 12-14)
- Appendice (pag. 15-28)
- Bibliografia (pag. 29-36)

Dalla Presentazione (pagg.1-3):

“Il Comitato, nella seduta plenaria che si tenne il 20 settembre 2002, varò un Gruppo di lavoro, affidandolo al coordinamento del Prof. Giovanni Federspil.

Al gruppo afferirono molti membri del CNB, a riprova di come il tema fosse ritenuto essenziale ed urgente: Dario Antiseri,

Mauro Barni, Luisella Battaglia, Sergio Belardinelli, Paola Binetti, Adriano Bompiani, Cinzia Caporale, Isabella Maria Coghi, Lorenzo d’Avack, Giuseppe Del Barone, Luisa Di Pietro, Angelo Fiori, Carlo Flamigni, Renata Gaddini, Laura Guidoni, Gianfranco Iadecola, Vittorio Mathieu, Demetrio Neri, Pasqualino Santori, Michele Schiavone, Bruno Silvestrini, Giancarlo Umani-Ronchi.

I lavori del gruppo si sono protratti dal 20 marzo 2003 al 16 dicembre 2004 e si sono avvantaggiati di una audizione, svoltasi il 18 giugno 2004 durante la quale sono stati ascoltati medici e studiosi rappresentanti di diversi orientamenti nell’ambito delle medicine non convenzionali.

La bozza del documento, elaborata dal coordinatore del gruppo Giovanni Federspil col contributo essenziale di Dario Antiseri, e di Angelo Fiori e Mauro Barni per la parte relativa al consenso informato, è stata successivamente rivista da chi scrive; portata infine all’attenzione del Comitato, riunito in seduta plenaria, dopo vivaci discussioni è stata approvata, all’unanimità, il 18 marzo 2005.”

Si riporta il testo dei punti 16,17,18,19

“16. Il CNB è dell’opinione che, se un paziente, adeguatamente informato, intende espressamente rinunciare alle terapie della medicina scientifica e ritiene piuttosto di avvalersi delle indicazioni terapeutiche di una medicina alternativa prescrittagli da un medico, i costi delle preparazioni e delle prestazioni fornite non debbano essere posti a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

17. Particolare attenzione i medici dovrebbero riservare all’uso delle medicine alternative qualora i pazienti siano minori o incapaci, anche nel caso in cui esse vengano richieste da parte dei loro genitori o tutori. Se si escludono le patologie di minimo rilievo, che potrebbero anche suggerire l’ipotesi di non procedere a trattamenti terapeutici, nell’attesa di una più che probabile guarigione spontanea da parte del malato, i medici devono prescrivere sempre il ricorso a terapie scientificamente convalidate.

18. È auspicabile che le Università e più in generale tutti gli enti di ricerca nella loro autonomia sviluppino programmi di ricerca sulle medicine alternative, sulla loro storia, sulla loro diffusione, sulla loro plausibilità epistemologica, sui risvolti sociologici del loro impiego e su qualsiasi altro loro aspetto che sia rilevante ai fini della diffusione e dell’incremento del sapere. L’insegnamento o gli insegnamenti che abbiano per oggetto tali aspetti della medicina devono essere mirati a far conoscere agli studenti una problematica di grande rilievo nell’ambito della sanità contemporanea, ma non a veicolare in essi l’idea, epistemologicamente non giustificabile e non coerente col prestigioso valore legale dell’universitario titolo di studio rilasciato dall’Università, che il pluralismo nella scienza equivalga a un pluralismo delle scienze. Né è accettabile che l’insegnamento di tali aspetti della medicina possa avere una valenza professionalizzante particolare, spen-

dibile sul mercato diversamente da quella di cui ordinariamente gode ogni medico.

19. È infine essenziale che l'insegnamento relativo alle medicine alternative venga affidato a studiosi individuati secondo le ordinarie modalità di reclutamento dei docenti universitari, senza concedere poteri decisionali (che acquisterebbero il carattere di indebiti privilegi) alle associazioni di riferimento delle medicine alternative (e questo in piena analogia con quanto avviene per le società medico-scientifiche, che, per quanto grande possa essere il loro prestigio, non hanno e non devono avere il potere di individuare formalmente i docenti universitari delle loro discipline di riferimento). Ogni medico (e non un medico ad hoc) deve ottenere negli anni della sua formazione una conoscenza adeguata delle ragioni che militano a favore e di quelle che militano contro le pretese delle medicine alternative. Il CNB su questo punto conferma l'avviso a suo tempo manifestato con la Mozione su medicine e pratiche non convenzionali, approvata il 23 aprile 2004."

Si riporta il testo (pag. 12) della Postilla, in tre commi, di Bruno Silvestrini e firmata da Luisella Battaglia, Cinzia Caporale, Isabella Coghi, Renata De Benedetti Gaddini, Giuseppe Del Barone, Carlo Flamigni, Enrico Garaci, Laura Guidoni, Demetrio Neri, Pietro Rescigno, Pasqualino Santori.

"Alcuni membri del CNB ritengono opportuno precisare meglio, nei seguenti termini, la loro posizione. Le cure mediche vanno innanzitutto valutate in funzione della loro efficacia e sicurezza, documentate in accordo con i criteri consolidati ed irrinunciabili dettati dal metodo scientifico.

Le basi teoriche e la spiegazione del meccanismo d'azione delle cure sono la guida della pratica medica, ma la loro mancanza non esclude il ricorso a cure documentate in maniera ineccepibile dal punto di vista dell'efficacia e sicurezza.

Va rilevato, d'altronde, che molti farmaci della moderna medicina scientifica sono stati introdotti in terapia senza conoscere il meccanismo d'azione.

In base a questi principi, codificati dalla cosiddetta "medicina dell'evidenza", si ritiene che anche le medicine alternative, o non convenzionali, vadano giudicate innanzitutto in base alla documentazione, fornita con criteri metodologicamente corretti, dell'efficacia e sicurezza delle cure.

I principi ispiratori delle medicine alternative, o non convenzionali, possono avere un valore culturale, ed essere oggetto dei corsi sulla storia della medicina, ma sono secondari dal punto di vista della pratica medica corrente e dell'interesse del paziente.

In conclusione, appare condivisibile il parere del Direttore del Centro delle Medicine Complementari ed Alternative dell'NIH-National Institutes Health, secondo il quale le medicine alternative, o non convenzionali, offrono molte interessanti opportunità, che vanno valutate in "maniera appropriata", dove il termine appropriata va riferito al rispetto del metodo scientifico." [73]

15) UNIVERSITÀ ITALIANA - Conferenza Permanente dei Presidenti del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia (CPPCLM): emanati due documenti: uno nel 2004 e uno nel 2011.

15a) "Riflessioni sulle medicine alternative e complementari ed il Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia", Conferenza congiunta dei Presidi di Facoltà di Medicina e Chirurgia e dei Presidenti di Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia, Alghero, 2 maggio 2004.

"Possiamo quindi concludere sostenendo con chiarezza il non inserimento delle CAM come disciplina (o discipline) nel Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia, e neppure un loro surrettizio ingresso sotto altre forme didattiche (seminari, corsi elettivi).

È invece indispensabile, per affrontare questo problema, il potenziamento della formazione metodologica e relazionale dello studente, l'apprendimento di specifici strumenti per la ricerca, la comprensione, l'analisi critica delle informazioni." (pag. 923) [74]

15b) "L'insegnamento delle Medicine Alternative e Complementari (CAM) nel Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia", Posizione della Conferenza Permanente dei Presidenti dei CLM", Conferenza Permanente dei Presidenti del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, Genova 1 luglio 2011.

"1 - L'acquisizione di competenze relative alle CAM non rappresenta un obiettivo didattico del CLM. Non possono essere quindi inseriti insegnamenti, oggettivati allo sviluppo di specifiche competenze od abilità, relativi ad alcun tipo di CAM in corsi integrati, discipline, moduli del CLM fin tanto che, entrando nel merito, non si disponga di evidenze scientifiche non ambigue.

2 - Nozioni relative alle CAM non debbono essere oggetto di un surrettizio ingresso negli obiettivi didattici professionalizzanti fin tanto che, entrando nel merito, non si disponga di evidenze scientifiche non ambigue.

3 - Lo studente dovrà essere stimolato a sviluppare una conoscenza critica sugli elementi essenziali caratterizzanti le più diffuse CAM, i loro effetti ed i rischi, attraverso una riflessione orientata a comprendere le motivazioni al loro uso, l'assunzione di una posizione intellettualmente chiara al fine di fornire un'informazione equilibrata all'utenza sull'uso delle CAM.

4 - Andrà sviluppato l'impiego di strumenti didattici pertinenti al raggiungimento degli obiettivi 1-3, anche adottando nei corsi integrati più appropriati i summenzionati obiettivi didattici del core curriculum e collocando in specifici corsi integrati, maggiormente pertinenti, lo sviluppo di capacità di informazione/ educazione del paziente su particolari aspetti delle CAM.

La CPPCLM rileva peraltro la necessità di un ulteriore impegno didattico per rafforzare la componente metodologica e farmacologico-terapeutica, la valorizzazione del concetto di salute e del ruolo degli stili di vita nella formazione dello studente,

lo sviluppo della capacità di cogliere le valenze socio-culturali e spirituali della persona, il cogliere le opportunità didattiche della medicina narrativa, l'implementazione delle capacità di ascolto, di instaurare una relazione di aiuto e di counselling.” (pag. 2332)

Una versione in estenso di questo documento è stata presentata alla riunione della Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia (Genova 1 luglio 2011). [75]

16) FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI E DEI CHIRURGHI (FNOMCeO) [59,61,64,67-71]

1996

Convegno: “Altra medicina: pratica complementare o alternativa alla medicina?”

Riunione di Studio del Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Roma 26 ottobre 1996. Edizioni Grafiche Manfredi, Roma, 1996 (edizione fuori commercio a cura della FNOMCeO)

1998

Codice di Deontologia Medica

Art. 13: Pratiche non convenzionali – Denuncia di abusivismo

- La potestà di scelta di pratiche non convenzionali nel rispetto del decoro e della dignità della professione si esprime nell'esclusivo ambito della diretta e non delegabile responsabilità professionale, fermo restando, comunque, che qualsiasi terapia non convenzionale non deve sottrarre il cittadino a specifici trattamenti di comprovata efficacia e richiede l'acquisizione del consenso.
- È vietato al medico di collaborare a qualsiasi titolo o di favorire chi eserciti abusivamente la professione anche nel settore delle cosiddette “pratiche non convenzionali”.
- Il medico venuto a conoscenza di casi di esercizio abusivo o di favoreggiamento o collaborazione anche nel settore delle pratiche di cui al precedente comma, è obbligato a farne denuncia anche all'Ordine professionale.
- Il medico che nell'esercizio professionale venga a conoscenza di prestazioni mediche e/o odontoiatriche effettuate da non abilitati alla professione è obbligato a farne denuncia all'Ordine di appartenenza.

1999

Dal primato della medicina scientifica al confronto con le pratiche alternative.

Con esse in generale ci si riferisce a “quell'insieme di pratiche e di cure eterogenee che prescindendo dai metodi della medicina scientifica, traggono origine o da tradizioni popolari tramandateci da un lontano passato o da correnti di pensiero filosofico extrascientifico o da ideologie, culture e religioni orienta-

li, e sono accomunate dalla rivendicazione di una maggiore tollerabilità ed efficacia delle pratiche cosiddette “naturali” in confronto con la “artificiosità” della medicina scientifica e tecnologica moderna”.

*..“È evidente - ha scritto Lanternari - in questa sorta di “fuga” dalla medicina scientifica ortodossa, un segno di contestazione, di insoddisfazione, di denuncia nei confronti di una pratica medica o psichiatrica, che oltre a mostrare perduranti limiti in larghe fasce della fenomenologia nosologica, proprio in relazione agli sviluppi di specializzazioni settoriali, finisce per obli-
tare la struttura globale dell'individuo e della persona”.*

..Anche alla luce delle politiche di altri paesi, e segnatamente di quelli comunitari, un preconcetto ostracismo verso le “pratiche non convenzionali” sarebbe quanto meno sterile. Una netta e decisa opposizione pertanto, sembrerebbe da porsi in essere “contro i guaritori alternativi (non medici) piuttosto che contro le medicine non convenzionali esse stesse.” (Barni). (FNOMCeO, Documento della Commissione per le Medicine Non Convenzionali, “Dal primato della medicina scientifica al confronto con le pratiche alternative”, Roma, 1999)

2002

Linee guida della FNOMCeO sulle medicine e pratiche non convenzionali

A Terni il 18 maggio 2002 il Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO), viste la Risoluzione n. 75 del Parlamento Europeo del 29 maggio 1997 “L'approccio europeo alle Medicine Non Convenzionali” e la Risoluzione n. 1206 del Consiglio d'Europa del 4 novembre 1999 “Sullo Status delle Medicine Non Convenzionali”, riconobbe, **per il loro rilievo sociale**, nove Medicine Non Convenzionali:

- Agopuntura
- Medicina Tradizionale Cinese
- Medicina Ayurvedica
- Medicina Omeopatica
- Medicina Antroposofica
- Omotossicologia
- Fitoterapia
- Chiropratica
- Osteopatia.

Queste nove Medicine Non Convenzionali sono state riconosciute di esclusiva competenza e responsabilità professionale del medico chirurgo e dell'odontoiatra in quanto “a tutti gli effetti atto medico” (**Linee guida della FNOMCeO sulle medicine e pratiche non convenzionali**, approvato a maggioranza a Terni 18 maggio 2002).

La posizione, espressa dal massimo organismo della professione medica in ambito deontologico, ribadisce che le uniche figure abilitate ad esercitarle sono i medici chirurghi e gli odontoiatri, e i veterinari per la medicina veterinaria, formati secondo gli ordinamenti didattici della medicina convenzionale e solo successivamente resi esperti attraverso rigorosi e specifici percorsi formativi definiti da istituzioni e soggetti

pubblici e privati, a tale scopo accreditati. La Federazione, al fine di garantire la tutela della salute dei cittadini, nel completo rispetto del principio di libertà di cura, richiama i medici alla rigorosa osservanza del Codice di Deontologia, con particolare riferimento all'obbligo della corretta e completa informazione al paziente, all'acquisizione del consenso informato anche al fine di non sottrarlo alle cure di comprovata efficacia. Il punto nodale è stato toccato:

a) sono medici convenzionali coloro che esercitano queste Medicine

b) non si tratta di una medicina non convenzionale ma di diverse Medicine Tradizionali e Non Convenzionali, cioè di diversi epistemi, raccolte, spesso per mancata conoscenza, in un unico raccoglitore etichettato come "altro".

Anche se queste medicine indicate dalla FNOMCeO sono state oggetto di diversi progetti di legge, non c'è stata una ricaduta positiva di informazione indirizzata alla classe medica. Questo ha comportato da una parte il fatto che i pazienti, spesso vittime loro stessi di preconcetti, si informano autonomamente sui diversi metodi di cura; e, dall'altra, che i medici, non essendo a conoscenza di tutte le informazioni relative, rimangono intrappolati nel preconcetto di chi è favorevole e di chi è contrario, senza tener conto dei rischi reali che entrambe queste posizioni aprioristiche comportano.

2006

Codice di Deontologia Medica

Nel Codice di Deontologia Medica in vigore dal 2006, come nel precedente, viene dedicato un articolo alle Medicine Non Convenzionali.

Art. 15: Pratiche non convenzionali

- Il ricorso a pratiche non convenzionali non può prescindere dal rispetto del decoro e della dignità della professione e si esprime nell'esclusivo ambito della diretta e non delegabile responsabilità professionale del medico.
- Il ricorso a pratiche non convenzionali non deve comunque sottrarre il cittadino a trattamenti specifici e scientificamente consolidati e richiede sempre circostanziata informazione e acquisizione del consenso.
- È vietato al medico di collaborare a qualsiasi titolo o di favorire l'esercizio di terzi non medici nel settore delle cosiddette pratiche non convenzionali.

2009

Relazione del Presidente al Consiglio Nazionale

a) Il Presidente della FNOMCeO il 17 aprile 2009 nella sua relazione al Consiglio Nazionale afferma, a pagina 11, che:

"Per quanto riguarda le Medicine e pratiche non convenzionali, la Legge Regionale della Toscana n. 9 del 19.2.2007 (Modalità di esercizio delle medicine complementari da parte dei Medici e Odontoiatri, dei Medici Veterinari e Farmacisti), prospetta una soluzione di riferimento, fortemente incentrata sul ruolo delle Regioni e degli Ordini professionali quali autorità

garanti della formazione e delle attività, limitatamente ad alcune discipline (agopuntura, omeopatia, fitoterapia).

Risulta evidente che manca a tale normativa, di per sé positiva ed equilibrata, quella cornice normativa nazionale che impedisca la frammentazione dell'impianto regolatorio in tante differenti soluzioni regionali, con il rischio di "dumping regolatori" o peggio, di inconciliabilità di normative."

E conclude, senza specificare, a pag. 12 che:

"In un Seminario del Comitato Centrale aperto a competenze del Ministero del Welfare e delle Regioni svoltosi nel luglio scorso a Trieste, abbiamo individuato alcuni aspetti regolatori che ci paiono ineludibili e come tali riteniamo debbano assumere, sotto il profilo giuridico, le caratteristiche di principi fondamentali in capo alla legislazione nazionale."

b) Il 24 aprile 2009 il Presidente dell'OMCeO di Bologna scriveva al Presidente FNOMCeO e ai Presidenti di Ordine Provinciale un'articolata e documentata lettera nella quale venivano espresse gravi preoccupazioni rispetto alla "necessità di non arretrare dalle posizioni assunte dalla FNOMCeO a seguito del Consiglio Nazionale di Terni del 2002" in ordine al numero delle discipline e all'impegno da parte della FNOMCeO per una legge nazionale da parte del Parlamento e si descriveva la formazione a "profilo definito" delle varie Medicine Non Convenzionali di cui al Documento del 2002.

c) Il 12 dicembre 2009 il Consiglio Nazionale della FNOMCeO ha deliberato a maggioranza, le "**Linee Guida per la Formazione nelle Medicine e Pratiche Non Convenzionali riservate ai Medici-Chirurghi e Odontoiatri della Commissione Salute – Conferenza Stato-Regioni**".

Tale documento è stato inviato il 14 gennaio 2010 ai Presidenti di Ordine Provinciale.

Della classificazione del 2002 rimangono di esclusiva competenza del medico-chirurgo e dell'odontoiatra:

- Agopuntura
- Medicina Tradizionale Cinese
- Medicina Ayurvedica
- Medicina Omeopatica
- Medicina Antroposofica
- Omotossicologia
- Fitoterapia.

Viceversa l'Osteopatia e la Chiropratica sono espunte in quanto professioni sanitarie non di esclusivo esercizio professionale medico.

Dal testo del Documento, approvato a maggioranza dal Consiglio Nazionale il 12 dicembre 2009, si evince che la posizione della FNOMCeO è mutata radicalmente da quella assunta nel 2002.

Infatti il Documento del 2002 si conclude con queste parole: **“La Federazione Nazionale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri CHIEDE con forza urgente e indifferibile intervento legislativo del Parlamento, al fine dell’approvazione di una normativa specifica concernente le medicine non convenzionali sulla base di quanto contenuto nel presente documento”**.

In altre parole, la FNOMCeO, organo nazionale regolatorio solo per quanto riguarda la deontologia (cfr D.Lgs.C.P.S. 13 Settembre 1946, n. 233 Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell’esercizio delle professioni stesse), si rivolge al **naturale interlocutore legislativo**, il Parlamento.

Nel Documento del 2009 la FNOMCeO **si rivolge ad un altro interlocutore**, cioè alla Conferenza Stato-Regioni e in particolare al Gruppo Tecnico Inter-regionale Medicine Complementari, come si evince dal titolo e dal testo del documento e dalla “ratio” che ne è alla base. [48,71]

Alla luce di questo documento risulta chiaro quanto lasciava presagire il documento dell’aprile 2009.

2012

Regolamentazione della Formazione in Medicine Complementari/Medicine Non Convenzionali

Alla fine di aprile 2012 il Presidente della FNOMCeO invia ai Presidenti di Ordine Provinciale la bozza di un documento in formato pdf di complessive 18 pagine dal titolo **“Regolamentazione della Formazione in Medicine Complementari/Medicine Non Convenzionali”**

Il testo della pagina 2 è premesso dalla seguente frase: “da inserire nel Patto della Salute”

Tale documento contiene 2 allegati:

- Allegato “A” dal titolo “Criteri e Requisiti minimi ed uniformi di accreditamento/certificazione della formazione in Medicine Complementari/Medicine Non Convenzionali”, “Regolamentazione successiva al richiamo nel Patto della Salute”, da pag. 3 a pag. 15.
- Allegato “B” dal titolo “Requisiti minimi ed uniformi per l’iscrizione nei registri/elenchi degli Esperti in MC/MNC c/o gli ordini professionali”, da pag. 16 a pag.18.

In tale documento la FNOMCeO s’indirizza alla Conferenza Stato-Regioni e la ratio di tale documento è chiaramente improntata dall’azione di primazialità regionalistica nota.

La relazione del Presidente della FNOMCeO al Consiglio Nazionale del giorno 11 maggio riporta a pag. 2 e 3 quanto segue:

“La proposta di Regolamentazione della Formazione in MC/MNC e requisiti minimi per iscrizione nei registri degli esperti in MC/MNC.

Non entro nel merito tecnico della proposta che vi abbiamo inviato in tempo utile per un confronto nei vostri ordini e che, sottoposto ad una preliminare valutazione, registra già un amplissimo consenso tra nostri professionisti che operano nel settore ed una significativa disponibilità sia del Ministero che dei tecnici delle Regioni.

Naturalmente siamo pronti ad accogliere ogni integrazione migliorativa della proposta che emergerà dal dibattito odierno o successivamente.

Come avete potuto notare siamo rimasti nel solco delle deliberazioni da noi assunte nel recente passato ed i successivi interventi sono stati finalizzati a farne una traduzione operativa nel contesto di un accordo Stato-Regioni.

Al fronte delle osservazioni di merito che sempre hanno caratterizzato il nostro dibattito su queste materie, vorrei ancora una volta sottolineare il fine della nostra azione che, in coerenza con i nostri compiti istituzionali, è di natura meramente regolatoria.”

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO l’11 maggio 2011 approva il documento dal titolo “Regolamentazione della Formazione in Medicine Complementari/Medicine Non Convenzionali”, *senza recepire, in quella sede, alcuna delle proposte migliorative/correttive/emendative di merito e di metodo pervenute.*

Osservatorio sulle Medicine e Pratiche Non Convenzionali

Il 17 settembre il Presidente della FNOMCeO comunica agli interessati che il **Comitato Centrale** in data 7 settembre ha attivato anche per il triennio 2012-2014 l’**Osservatorio sulle Medicine e Pratiche Non Convenzionali** nominandone in pari data i componenti.

Il comunicato così recita: *“A fronte della crescente diffusione delle Medicine Non Convenzionali (MNC) e delle iniziative adottate al riguardo da varie Regioni italiane, tra cui particolarmente rilevante appare la legiferazione dalla Toscana, si rende sempre più necessario definire criteri e requisiti, uniformi e omogenei sul territorio nazionale, riguardanti in modo particolare la qualità della formazione inerente a tali discipline e alla loro pratica. Si ritiene pertanto di dover istituire, anche per il triennio in corso, un apposito Gruppo di lavoro della FNOMCeO con il compito di definire e aggiornare soggetti e procedure per gli accreditamenti dei providers di formazione e dei contenuti, tenendo conto dell’indirizzo politico dato dal Comitato Centrale e dai Consigli Nazionali della Federazione. Il Gruppo dovrà inoltre rapportarsi con il Comitato Tecnico Nazionale istituito presso il Ministero della Salute. Costituzione dell’Osservatorio: Il Gruppo è costituito da sei professionisti medici e due odontoiatri designati dal Comitato Centrale e può essere integrato da un massimo di 2 esperti. Il Gruppo è costituito da sei professionisti medici e due odontoiatri designati dal Comitato Centrale e può essere integrato da un massimo di 2 esperti. Il Comitato Centrale individuerà fra i componenti il coordinatore.”*

Relazione del Presidente al Consiglio Nazionale

Il Presidente della FNOMCeO il 28 settembre 2012 nella sua relazione al Consiglio Nazionale afferma, a pagina 8, che:

“la Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni ha licenziato un testo di regolamentazione dell’esercizio delle MNC quasi totalmente assimilabile alle nostre indicazioni.”

17) NUOVO SISTEMA DI FORMAZIONE CONTINUA IN MEDICINA (ECM)

Il nuovo piano per la Formazione Continua in Medicina (ECM) è stato presentato in occasione della Prima Conferenza Nazionale sulla Formazione Continua in Medicina tenutosi a Cernobbio nei giorni 14-15.09.2009. Il documento è stato approvato dalla Conferenza tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano.

Il nuovo piano dedica un capitolo specifico alle **“Medicine e Pratiche Non Convenzionali di Riferimento”**, che così recita:

“L’ente accreditante all’atto della presentazione del piano formativo da parte del provider che contenga eventi compresi nelle Medicine Non Convenzionali, procederà alla valutazione dei singoli eventi di Medicine Non Convenzionali ai fini della loro congruità rispetto agli indicati obiettivi formativi.

*La **Fitoterapia, la Medicina Omeopatica, l’Omotossicologia, l’Agopuntura, la Medicina Ayurvedica e la Medicina Antroposofica** sono riservate in via esclusiva, ai fini ECM, alle professioni di medico, odontoiatra, veterinario, farmacista nell’ambito delle rispettive competenze professionali.*

Per tutto quello che riguarda attività formative diverse comprese nelle Medicine Non Convenzionali ma diverse da quelle sopra definite, ove comprese nel piano formativo del provider, il piano stesso – a cura dell’ente accreditante – sarà trasmesso alla Commissione nazionale per la formazione continua per la valutazione della compatibilità”.

Incomprensibilmente - visto che la FNOMCeO ha la vicepresidenza della Commissione Nazionale per la Formazione Continua in Medicina che ha redatto il nuovo programma ECM sopraccitato - dall’elenco delle discipline è **stata tolta la Medicina Tradizionale Cinese** che fa parte sia della classificazione stabilita dal Consiglio Nazionale FNOMCeO nel 2002, sia della classificazione del Documento approvato dal Consiglio Nazionale nel 2009. [64]

2012

Tale omissione permane anche nell’attuale documento relativo all’Accordo Stato-Regioni inviato alla fine di aprile 2012 ai Presidenti di Ordine Provinciale ove a pag. 20 il testo è identico a quello sopraccitato.

Pertanto si rileva che la Presidenza FNOMCeO che ha la Vice Presidenza della Commissione Nazionale ECM non pare essersi peritata di rimediare a tale ingiusticata omissione che

dura dal 2009 a tutto detrimento e discapito dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri che sono inibiti dall’aggiornarsi in Medicina Tradizionale Cinese.

18) COMITATO PERMANENTE DI CONSENSO E COORDINAMENTO PER LE MEDICINE NON CONVENZIONALI IN ITALIA

Il 20 ottobre 2003 a Bologna, nell’ambito del 43° Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria, venne tenuta a battesimo dalla FNOMCeO la storica Conferenza di Consenso sulle MNC in Italia che portò alla firma, per la prima volta in Italia e in Europa, del Documento di Consenso sulle Medicine Non Convenzionali, a tutt’oggi sottoscritto da ben 51 sigle.

Da quell’evento scaturì il 5 dicembre 2003 la costituzione del Comitato Permanente di Consenso e Coordinamento per le Medicine Non Convenzionali in Italia, (associazione legalmente costituita) aperto a tutte le componenti sanitarie, nelle sedi rappresentative della professione medica, alle Istituzioni della Repubblica sia nazionali che regionali e territoriali, nonché nei confronti delle associazioni dei cittadini per tutelare le MNC e promuoverne il riconoscimento sulla base del Documento di Terni. [76-78]

Il Comitato per le MNC in Italia da quel momento ha assunto sempre più il ruolo di riferimento unitario, multidisciplinare e multiprofessionale, apolitico, no-profit, delle MNC nei confronti delle istituzioni sia nazionali che regionali e locali. Il Comitato è stato audito il 18 giugno 2004 innanzi al plenum del Comitato Nazionale per la Bioetica (cfr. Comitato Nazionale per la Bioetica “Le Medicine Alternative e il problema del Consenso Informato”, pag. 2 ultime 3 righe)

Il Comitato è componente del Consorzio Europeo (FP7) CAMbrella - a Pan-european Research Network for Complementary and Alternative Medicine. [43,46,48,49]

19) CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Nella popolazione italiana si consolida un’ampia realtà sociale di scelte terapeutiche di prestazioni sanitarie e di salute di Medicine Tradizionali e Non Convenzionali ma le istituzioni sanitarie non hanno finora voluto né sono state capaci di mettersi al passo di questa realtà sociale ampiamente diffusa, disattendendo anche dalla risoluzione sia del Parlamento Europeo (1997) sia del Consiglio d’Europa (1999), né adottando il piano strategico sulle MNC dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (2002).

È patrimonio comune, ampiamente consolidato a livello nazionale e internazionale, che le Medicine Tradizionali e Non Convenzionali hanno definitivamente acquisito un ruolo stabile d’innovazione nel campo della salute. Ciò è oggi dimostrato anche dall’enorme interesse teorico e pratico che si manifesta sempre più in ambito universitario, ospedaliero e di assistenza sanitaria territoriale.

Esistono numerose esperienze accademiche in questo senso, che corrispondono a segni concreti della fase di maturità e di

consolidamento che oggi in Italia le Medicine Tradizionali e Non Convenzionali devono compiere, in nome di un contributo dialettico e democratico alla salute individuale e collettiva, anche in termini di emancipazione culturale, libertà di scelta, salutogenesi e sostenibilità.

Le Medicine Antropologiche anche dette Tradizionali e Non Convenzionali condividono l'impegno alla diffusione, educazione, studio della "salutogenesi" che si occupa di studiare le fonti della salute fisica, psichica e spirituale come responsabilità etica e sociale, consapevoli della necessità di maggiore responsabilità ed emancipazione sociale, ponendo al centro ogni singola Persona

Per produrre prove di efficacia delle MNC sono ovviamente necessarie risorse per la ricerca di qualità. È paradossale che l'establishment accademico e istituzionale chieda alle Medicine Tradizionali e Non Convenzionali prove di efficacia (meglio conosciuta come Evidence-based Medicine) quando non esistono, salvo rari casi, fondi statali erogati a tale scopo. Vi è necessità di nuovi paradigmi nel pluralismo della scienza è la sfida per il futuro non solo della Biomedicina, quale sistema dominante (come dice l'Organizzazione Mondiale della Sanità) e quindi bisogna rivedere la Medicina Basata sulle Prove di Efficacia (Evidence-based Medicine EBM) per applicarla alle MNC. *"Io sono un medico, in tutta la mia vita ho fatto il medico secondo i principi della Medicina Scientifica. A un certo punto, però, mi sono reso conto che non esiste la medicina assoluta e che la medicina è invece relativa. Non esiste neppure la malattia che scientificamente si cura, ma esiste il malato, che risponde in modo diverso a seconda della situazione mentale e psicologica"*. (John Preston, 1996).

Vi è un vuoto nella comunicazione sulle Medicine Tradizionali e Non Convenzionali da parte delle autorità sanitarie. Basti pensare che il Ministero della Salute non ha mai diffuso il dato riguardante che la Commissione Europea nell'ambito del piano europeo pluriennale di finanziamenti per la ricerca attualmente in vigore (il Settimo Programma Quadro per la Ricerca e lo Sviluppo) sono stati finanziati 2 Consorzi per la ricerca in ambito delle Medicine Tradizionali e Non Convenzionali, a fronte del fatto che in Europa **150 milioni di cittadini** si curano con Medicine Tradizionali e Non Convenzionali.

Da quanto sopraesposto possiamo ricavare alcuni punti chiave:

1. Emerge in tutta evidenza il divario tra il "sistema sanitario" e il "sistema di salute" che si vuole considerare per affrontare e riprogrammare la sanità alla luce anche delle sempre maggiori difficoltà economiche della nazione.
2. Il sistema sanitario infatti non esaurisce tutto l'ambito tematico proprio della salute.
3. Si devono invece prendere in considerazione tutti i fattori che sono gli elementi significativi e significanti di un sistema di salute.
4. È ineludibile l'interazione tra diversi modi di intendere la medicina.
5. È indispensabile l'interazione tra la biomedicina e le medicine su base antropologica anche in termini di equilibrio sostenibile e di farmacoeconomia.
6. Sul territorio si ha sempre più la presenza di popolazioni migranti con bisogni complessi che portano diversi saperi di salute.
7. L'ambiente sociale influenza i processi psicologici che, a loro volta, hanno influenza su quelli biologici secondo l'ormai noto "gradiente sociale nella salute". La presenza di gerarchie nelle società moderne non sembra essere eliminabile, ma le sue conseguenze possono variare dato che il fenomeno del "gradiente di salute" non è limitato ai paesi più poveri o alle classi sociali indigenti. La propria posizione nella scala sociale diventa importante e ha conseguenze sulla salute solo se la persona è privata di alcune possibilità collegate a bisogni fondamentali per il benessere di ognuno: il controllo sulla propria vita, la possibilità di partecipazione sociale, la possibilità di soddisfare i bisogni fondamentali per la propria salute, dato che non vi è vera libertà senza emancipazione.
8. Esiste la salute di genere, legata all'appartenenza a uno dei due sessi.
9. È pressante la richiesta sociale di: umanizzazione della medicina, minori effetti iatrogeni, più informazione corretta e innalzamento dell'etica e affidabilità delle pubblicazioni scientifiche (il complesso sanitario industriale da cui passa la maggior parte delle risorse sanitarie incide a volte in modo pericolosamente negativo sull'autonomia e i risultati della ricerca); rispetto del diritto di libera scelta dei percorsi di salute.
10. Non è più sufficiente conoscere e studiare la "patogenesi"
11. Le Medicine Tradizionali e Non Convenzionali condividono l'impegno alla diffusione, educazione, studio della "salutogenesi" che si occupa di studiare le fonti della salute fisica, psichica e spirituale come responsabilità etica e sociale, consapevoli della necessità di maggiore responsabilità ed emancipazione sociale.
12. Per produrre prove di efficacia delle Medicine Tradizionali e Non Convenzionali sono ovviamente necessarie risorse per la ricerca di qualità. È paradossale che l'establishment accademico e istituzionale chieda alle Medicine Tradizionali e Non Convenzionali prove di Evidence-based Medicine quando non esistono, salvo rari casi, fondi statali erogati a tale scopo.
13. Vi è necessità di nuovi paradigmi nel pluralismo della scienza
14. Va quindi riconosciuta la "doppia libertà", di scelta terapeutica del singolo e di cura da parte dei medici, adempiendo compiutamente allo spirito dell'art. 32 della Costituzione.
15. Il Servizio Sanitario Nazionale deve avviare un percor-

- so virtuoso con l'obiettivo della Medicina Centrata sulla Persona.
16. È urgente e indifferibile l'intervento legislativo del Parlamento al fine dell'approvazione della legge quadro nazionale di regolamentazione sulle Tradizionali Medicine e Non Convenzionali.
 17. Proponiamo il Paradigma della Medicina Centrata sulla Persona, per una lettura e comprensione diacronica della realtà bio-psico-spirituale e della sofferenza degli esseri senzienti e la loro cura. Una visione che supera dunque ogni dualismo contrappositivo per una rifondazione epistemologica della Medicina.

APPENDICE

MEDICINE, SISTEMI, DISCIPLINE, TECNICHE, METODI TRADIZIONALI, ANTROPOLOGICI, NON CONVENZIONALI, ALTERNATIVI, NATURALI, SPIRITUALI PRATICATI IN ITALIA (elenco non esaustivo)

1. Agopuntura
2. Allattamento naturale
3. Antiginnastica Metodo Bertherat
4. Antroposofia
5. Aromaterapia
6. Aurasoma
7. Auricoloterapia
8. Avatar
9. Biodanza
10. Bioenergetica
11. Biofeedback
12. Biosistemica
13. Biotransenergetica
14. Bodywork therapy, compreso il massaggio
15. Chanelling
16. Chiropratica
17. Contact Dance
18. Core Energetica
19. Costellazioni familiari sistemiche di Bert Hellinger
20. Counselling stress therapy
21. Cristalloterapia
22. Cromoterapia
23. Crudismo
24. Diamod Yoga Metodo Barnett
25. Danze di Findhorn
26. Danze sacre di Gurdjeff
27. Digiunoterapia
28. Do-In
29. Dowsing
30. EMDR - Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari Metodo Francine Shapiro
31. Elettroagopuntura sec. Voll / Vega / Moraterapia, ecc
32. EMF Technique Balancing
33. Euritmia
34. Falun Dafa
35. Feldenkrais
36. Fitoterapia/Etnofitoterapia
37. Floriterapia di Bach
38. Floriterapia Australiani/Californiani/Francesi/Italiani
39. Gemmoterapia
40. Ginecologia naturale
41. Healing
42. Idroterapia
43. Idrocoloterapia
44. Il Sentiero
45. Integrazione Posturale (massaggio connettivale)
46. Integrazione Psicofisica Metodo Trager
47. Iridologia
48. Kinesiologia
49. Kinesiopatia
50. Koussmine
51. Macrobiotica
52. Magnetoterapia
53. Maharishi Ayurvedic Medicine
54. Massaggio Ayurvedico
55. Massaggio Cinese (Tui Na)
56. Massaggio Taoista
57. Massaggio Tibetano (Ku Nye)
58. Mayr
59. Medicina Andina
60. Medicina Antroposofica
61. Medicina Ayurvedica
62. Medicina dei Nativi Americani
63. Medicina dei Nativi Australiani
64. Medicina Nahuatl
65. Medicina Nutrizionale
66. Medicina Omeopatica
67. Medicina Ortomolecolare
68. Medicina Quantica
69. Medicina Siberiana/Buryatia/Sciamanica
70. Medicina Tradizionale Cinese
71. Medicina Tibetana
72. Meditazione
73. Meditazione Vipassana
74. Meditazione Zen / Za Zen
75. Metodo Alexander
76. Metodo Meziers
77. Metodo Tomatis
78. Mineralogramma
79. Musicoterapia
80. Naturopatia
81. Nuova Medicina di Ryke Geerd Hamer
82. Oligoterapia
83. Olodanza
84. Omotossicologia
85. Osho Prana Healing
86. Osho Rebalancing

87. Osteopatia
88. Ostetricia Naturale
89. Parto Attivo
90. Pediatria Naturale
91. PNL
92. Polarità Therapy di Randolph Stone
93. Pranoterapia
94. Psicobiologia e Biologia Totale di Claude Sabbah
95. Psico Kinesiologia Evolutiva (PKE)
96. Psicosintesi
97. Qi Gong
98. Radioestesia
99. Radionica
100. Rebirthing
101. Reiki
102. Respirazione ologica
103. Rieducazione visiva Metodo Bates
104. Riflessologia
105. Riflessologia olistica di Avi Grimberg
106. Rio Abierto
107. Rolfing
108. Sciamanismo
109. Shiatsu
110. Sistema corpo-specchio di Martin Brofman
111. Sofrologia
112. Spagiria
113. Tai Ji Quan
114. Tecnica Metamorfica
115. Tensegrità
116. Touch for Health
117. Training Autogeno
118. Trance Dance
119. Vegetarianesimo
120. Vegetalianesimo
121. Vegetoterapia di W. Reich
122. Veterinaria naturale
123. Vivation
124. Voicing
125. Watsu
126. Yantra Yoga
127. Yoga (Hatha, Kriya, Kundalini, ecc)
128. Zilgri

BIBLIOGRAFIA

1. Banh DB. The influence of western medicine on the traditional medicine of Viet Nam. *Journal of the history of medicine and allied sciences*. 1952;7(1):79-84.
2. Tait I. Person-centred perspectives in medicine. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1974;24:151-160.
3. Louhiala P, Puustinen R. Alternative, complementary, integrative. Conceptual problems in marketing healthcare ideologies and services. *FACT Focus on Alternative and Complementary Therapies*, 2012;17(2)1-4.
4. Guex P. Why do cancer patients resort to unconventional medicine? A psychological perspective. *Schweizerische Rundschau für Medizin Praxis/Revue suisse de médecine Praxis*. 1983;11;72(2):49-52.
5. Lane DJ, Lane TV. Alternative and complementary medicine for asthma. *Thorax*. 1991;46(11):787-97.
6. Hackman RM, Stern JS, Gershwin ME. Complementary and alternative medicine and asthma. *Clin Rev Allergy Immunol*. 1996;14(3):321-36.
7. Buell PD. The museum and traditional Asian medicine: a study in collaboration. *Caduceus*. 1988;4(1):37-55.
8. Niimi H, Yuwono HS. Asian traditional medicine: from molecular biology to organ circulation. *Clinical Hemorheology and Microcirculation*. 2000;23:123-125.
9. Burke A, Herlambang E. Patients' reasons for use of traditional East Asian medicine as an alternative treatment. *Burke and Herlambang BMC Complementary and Alternative Medicine* 2012, 12(Suppl 1):P277.
10. Nielsen A, Kligler B, Koll BS. Safety protocols for Gua sha (press-stroking) and Baguan (cupping). *Complementary Therapies in Medicine*. 2012;20, 340-344.
11. Gaboury I, Toupin K, Verhoef M. A qualitative study on the term CAM: is there a need to reinvent the wheel? *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2012, 12:131 doi:10.1186/1472-6882-12-131.
12. Mittelman M, Hanaway P. Globalization of Healthcare. *Global Advances in Health and Medicine*. 2012;1(2):5-7.
13. Nayernouri T. Asclepius, Caduceus, and Simurgh as Medical Symbols. Part I. *Arch Iran Med* 2010;13(1):61-68.
14. Nayernouri T. Asclepius, Caduceus, and Simurgh as Medical Symbols. Part II. *Arch Iran Med* 2010;13(3):255-261.
15. Cheng-Tek Tai M. An oriental understanding of health. *Tzu Chi Medical Journal* 2012;24:92-95.
16. Morandi A, Tosto C, Roberti di Sarsina P, Dalla Libera D. Salutogenesis and Ayurveda: indications for Public Health management. *EPMA Journal* 2011;2:459-465.
17. Morandi A, Tosto C, Dalla Libera D. Ayurveda, the Paradigm for Personalized Medicine. *EPMA Journal*. 2011 September; 2(Suppl 1):151-155.
18. Morandi A, Tosto C. Ayurvedic Point: The Italian way to Ayurveda. *Journal of Ayurveda and Integrative Medicine*. 2010;2:141-145.
19. Morandi A, Tosto C, Sartori G, Roberti di Sarsina P. Advent of a Link between Ayurveda and Modern Health Science: The Proceedings of the "First International Congress of Ayurveda: The Meaning of Life - Awareness, Environment, and Health" March 21-22, 2009, Milan, Italy. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* doi:10.1155/2011/929083.

20. Roberti di Sarsina P, Ottaviani L, Mella J. Tibetan Medicine: A Unique Heritage of Person Centred Medicine. *EPMA Journal* 2011;2:385-389.
21. Roberti di Sarsina P. Chögyal Namkhai Norbu Rinpoche: Dzogchen and Tibetan Tradition. From Shang Shung to the West. *Religions* 2012;3:163-182.
22. Roberti di Sarsina P, Iseppato I. Why we need integrative medicine, *EPMA Journal* 2011;2:5-7.
23. Hankey A. The ontological status of western science and medicine. *J Ayurveda Integr Med* 2012;3:119-23.
24. Roberti di Sarsina P, Alivia M, Guadagni P. Widening the Paradigm in Medicine and Health: Person Centred Medicine as Common Ground of Traditional and Non Conventional Medicine. In "Healthcare Overview: New Perspectives", Editor: Vincenzo Costigliola 2012. Book-Series "Advances in Predictive, Preventive and Personalised Medicine" released by the European Association for Predictive, Preventive and Personalised Medicine EPMA/Springer. Editor: Olga Golubnitschaja. In press.
25. Roberti di Sarsina P, Guadagni P, Alivia M. Person Centred Medicine Beyond Integrative Medicine? Some Points For Reflection. *European Coalition on Homeopathic and Anthroposophic Medicinal Products (ECHAMP) Newsletter* March 2012.
26. Roberti di Sarsina P, Iseppato I. Person-Centred Medicine: Towards a Definition. *Forschende Komplementärmedizin* 2010;17:277-278.
27. Walach H. Research Methods for a Person Centred Medicine. *Lectio Magistralis* for the Charity Association for Person Centred Medicine 5 November 2011. University of Bologna, Italy.
28. Alivia M, Guadagni P, Roberti di Sarsina P. Towards Salutogenesis in the Development of a Personalised and Preventative Healthcare. *EPMA Journal* 2011;2:381-384.
29. Roberti di Sarsina P, Iseppato I. Traditional and Non Conventional Medicines: the Socio-anthropological and Bioethical Paradigms for Person-Centred Medicine. The Italian context. *EPMA Journal* 2011;2:439-449.
30. Alivia M. Salutogenesis. In *Le Peculiarità Sociali delle Medicine Non Convenzionali*. A cura di Cipolla C., Roberti di Sarsina P. (pag. 228-250). Franco Angeli, Milano, 2009.
31. Roberti di Sarsina P. The Social Demand for a Medicine Focused on the Person: The Contribution of CAM to Healthcare and Healthgenesis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2007;4(S1)45-51.
32. Memorandum of Understanding between the European Association for Predictive, Preventive and Personalised Medicine (EPMA) and the Charity for Person Centred Medicine, Bonn, 2011 http://www.epmanet.eu/images/stories/pdfs/memorandum_capcm.pdf
33. Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona ONLUS. Statuto. Bologna, 2007. <http://www.medicinacentratasullapersona.org>
34. WHO Traditional Medicines Strategy 2002–2005. Geneva 2002.
35. WHO General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine, Geneva, 2000.
36. WHO Traditional Medicine http://www.who.int/topics/traditional_medicine/en/
37. Gao PF, Watanabe K. Introduction of the World Health Organization project of the International Classification of Traditional Medicine. *Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao/Journal of Chinese Integrative Medicine*. 2011;9(11):1161-4.
38. UNESCO Acupuncture and Moxibustion of Traditional Chinese Medicine Inscribed in 2010 on the Representative List of the Intangible Cultural Heritage of Humanity <http://www.unesco.org/culture/ich/index.php?RL=00425>
39. Roberti di Sarsina P, Iseppato I. Looking for a Person-Centred Medicine: Non Conventional Medicine in the Conventional European and Italian Setting, *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2009 doi:10.1093/ecam/nep048.
40. Roberti di Sarsina P, Iseppato I. Le politiche sanitarie e formative delle Medicine Non Convenzionali. A cura di Cipolla C, Roberti di Sarsina P. (pag. 44-58). Franco Angeli, Milano, 2009.
41. *Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea* L 301/5, 20.11.2007
42. 7th Framework Program of the European Community for Research, Technological Development and Demonstration Activities (2008–2013).
43. Cambrella: a pan-European research network for complementary and alternative medicine (CAM) http://cordis.europa.eu/projects/rcn/92501_en.html
44. Melchart D. Yes, we CAM! Oder: Europa, wir kommen! *Forsch Komplementmed* 2010;17:60
45. Reiter B. CAM in Europe - Ideas and Notions. *Forsch Komplementmed* 2010;17:124-125.
46. Weidenhammer W. Et al. EU FP7 Project 'CAMbrella' to Build European Research Network for Complementary and Alternative Medicine. *Forsch Komplementmed* 2011;18:69-76.
47. Robinson N, Gütthlin C, Weidenhammer W, Wolf U. Research Initiatives in Europe. *Forsch Komplementmed* 2010;17:275-276.
48. Roberti di Sarsina P. Le Medicine Non Convenzionali nel Programma d'Azione dell'Unione Europea in Materia di Salute: il Consorzio CAMbrella. *La Medicina Biologica*. 2010;2:29-37.
49. CAMbrella <http://www.cambrella.eu>
50. Good Practice in Traditional Chinese Medicine Research in the Post-genomic Era <http://www.gp-tcm.org/>
51. NATO Science and Technology Organization (STO) <http://www.cso.nato.int>
52. National Center for Complementary and Alternative Medicine, NCCAM <http://nccam.nih.gov/>
53. Foundation for World Wide Cooperation: <http://www.fondazionepopoli.org>
54. Dialogue on Human Health between Traditional Chinese Medicine Culture and Western Medicine Culture <http://www.magazine.unibo.it/NR/rdonlyres/95F06F51-29BD-4163-B87B-A4D3877746F1/245307/ProgramDIALOGUEBOLOGNAversion7.pdf>
55. Commissioner Dalli delivers speech at the 1st Dialogue on Human Health between Traditional Chinese Medicine Culture and Western Medicine, Bologna 10.05.2012. http://ec.europa.eu/commission_2010-2014/dalli/docs/speech_10052012_traditional_chinese_medicinal_en.pdf
56. Melucci A. *Culture in gioco*. Il Saggiatore. Milano 2000.
57. Colombo E, Rebughini P. *La medicina che cambia*. Il Mulino. Bologna 2003.
58. Tacchino C, Tanzi E. Le Medicine e le Terapie non convenzionali nelle politiche e nelle esperienze del Sistema Sanitario. *Mecosan*, 2006;58:71-98
59. Giarelli G, Roberti di Sarsina P, Silvestrini B. (a cura di). *Le Medicine Non Convenzionali in Italia*. Storia, problemi e prospettive d'integrazione. FrancoAngeli, Milano, 2007. Prefazione di

- Edwin L. Cooper (Fondatore di eCAM Journal). Postfazione di Amedeo Bianco (Presidente FNOMCeO).
60. Tognetti Bordogna M. (a cura di) *Disuguaglianze di salute e immigrazione*. Franco Angeli, Milano, 2008.
 61. Cipolla C, Roberti di Sarsina P. (a cura di). *Le Peculiarità Sociali delle Medicine Non Convenzionali*. Prefazione di Bruno Silvestrini. Franco Angeli, Milano, 2009.
 62. Sironi V, Tognetti Bordogna M. *La politique du médicament en Italie: histoire et perspectives*. *Revue Sociologie Santé*. 2009;30:65-80.
 63. Tognetti Bordogna M. *Les modèles de welfare sanitaires et les médecines non conventionnelles*. *Revue Sociologie Santé*. 2010;32:263-287
 64. Roberti di Sarsina P, Iseppato I. *Non Conventional Medicine within the Italian Medical Profession*. Poster presentation. 4th European Congress for Integrative Medicine, Berlin, 7-8.10.2011.
 65. Roberti di Sarsina P, Tognetti Bordogna M. *The Need for Higher Education in the Sociology of Traditional and Non Conventional Medicine in Italy. Towards a Person Centred Medicine*. *EPMA Journal* 2011;2:357-363.
 66. Tognetti Bordogna M. *Regional Health Systems and non-conventional medicine: the situation in Italy*. *EPMA Journal* 2011;2:411-423.
 67. Roberti di Sarsina P, Iseppato I. *State of art of the regulative situation of Non Conventional Medicines in Italy*. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2010;16,2,141-142.
 68. Roberti di Sarsina P, Iseppato I. *Non Conventional Medicine in Italy: the present situation*. *European Journal of Integrative Medicine* 2009;1,2,65-71.
 69. Roberti di Sarsina P, Iseppato I. *CAM situation in Italy*. Poster presentation. Inaugural Scientific Symposium: *Complementary and Alternative Medicine: Evidence for Integration*. The Anlyan Center, Yale School of Medicine, New Haven 2 April 2008.
 70. Roberti di Sarsina P. *L'offerta di MNC tra SSN e mercato e le sue forme organizzative e di coordinamento*. In *Le Medicine Non Convenzionali in Italia. Storia, problemi e prospettive d'integrazione*. A cura di Giarelli G, Roberti di Sarsina P, Silvestrini B. (pag. 88-137) Franco Angeli, Milano, 2007.
 71. Roberti di Sarsina P. *Le Medicine Non Convenzionali in Italia: La situazione attuale*. *La Medicina Biologica*. 2009;1:29-34.
 72. *Le Medicine Alternative e il Problema del Consenso Informato*. Comitato Nazionale per la Bioetica. Roma, 18 marzo 2005.
 73. *Medicine e Pratiche Alternative*. Comitato Nazionale per la Bioetica. Roma, 23 aprile 2004.
 74. *Riflessioni sulle medicine alternative e complementari ed il Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia*. Conferenza congiunta dei Presidi di Facoltà di Medicina e Chirurgia e dei Presidenti di Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia, Alghero, 2 maggio 2004. *Medicina e Chirurgia* 2004;24:919-923.
 75. *L'insegnamento delle Medicine Alternative e Complementari (CAM) nel Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia*. Posizione della Conferenza Permanente dei Presidenti dei CLM. Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, Genova 1 luglio 2011. *Medicina e Chirurgia* 2011;53:2331-2332.
 76. Roberti P. *43rd National Congress of the Italian Psychiatric Association. Consensus Conference: Non-Conventional Medicines. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2005;2,2,233-235.
 77. Roberti P. *Psichiatria pubblica e Medicine Non Convenzionali: percorsi operativi e strumenti tecnici*. Conferenza di Consenso sulle Medicine Non Convenzionali in Italia. XLIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria, Bologna, 2003. In *La Conoscenza e la Cura*, 130-139. CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2003.
 78. *Documento di Consenso sulle Medicine Non Convenzionali in Italia*. Conferenza di Consenso sulle Medicine Non Convenzionali in Italia. XLIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria, Bologna, 2003.

Indirizzo: Paolo Roberti di Sarsina

Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona ONLUS

Via San Vitale 40/3a - 40125 Bologna

<http://www.medicinacentratasullapersona.org>

medicinacentratasullapersona@medicinacentratasullapersona.org