

ASSOCIAZIONE MEDICA PER LO STUDIO
DELL'AGOPUNTURA
PRESIDENTE: DR. CARLO DI STANISLAO

SCUOLA ITALO-CINESE DI AGOPUNTURA
DIRETTORE: DR. DANTE DE BERARDINIS

**"Evidenze clinico-scientifiche e sicurezza d'impiego dell'agopuntura e delle altre
tecniche della Medicina Cinese. Premessa per una futura integrazione"**

Anno Accademico 2004-2005

Candidato

Dr. Raffaele Ciarfella

Relatore

Dr. Carlo Di Stanislao

"Conosco le parole che destano l'amore; ma una volta destato come quietarlo?"

Jean Racine, Tebaide

Generalità ed azione sul dolore

L'esigenza di una interpretazione scientifica occidentale delle cutistimolazioni estremo-orientali ha determinato lo studio dei fenomeni neurochimici e neuroreflessologici indotti sugli Agopunti e sui Meridiani[1] ii[2]. In un primo tempo l'interpretazione occidentale fu di tipo meccanicistico, basata solo sulla teoria del riflesso nervoso segmentario o plurisegmentario modulato a livello della Sostanza reticolare e con componenti talamocorticali.

In un secondo tempo, con l'evoluzione della Neurologia nell'ultimo ventennio, si misero a fuoco meccanismi di tipo neurochimicoiii[3]. In tempi più recenti, grazie al perfezionamento delle conoscenze sui neuromodulatori, sui neurotrasmettitori, sulle endorfine e nelle neuroscienze, un ulteriore salto di qualità è stato determinato con la concezione del Supersistema PNEI o Psico Neuro Endocrino Immunitarioiv[4] v[5].

Questa concezione permette un approccio razionale alle antiche teorie della Medicina Tradizionale Cinese. (MTC). L' organismo riprende così la sua unitarietà completa , in tutta la sua dignità di Essere totale, unitarietà che emerge dall'antichissima MTC ed è consona ai dati della moderna Medicina sperimentalevi[6] vii[7]. L'unitarietà è resa possibile da quintuplici collegamenti: nervosi, bioumorali, bioenergetici- dell'organismo.

Una visione scientifica del problema degli effetti delle cutistimolazioni (CS) sull'organismo comporta differenze del punto di partenza e delle procedure. Il punto di vista scientifico moderno non è olistico per definizione e per necessità. E' materialmente impossibile fare una ricerca verificando più di una variabile per voltaiii[8]. L'effetto energopsicosomatico delle CS è determinato da un numero incalcolabile di variabili inferenziali, vi è l'impossibilità di esaminarle una alla voltaix[9].

Ogni indagine scientifica deve essere riduzionistica perchè deve isolare la variabile da indagare, deve mettere a punto un modello sperimentale con cui studiare la variabile in esame, deve impiegare una metodologia valida (doppio cieco, randomizzazione, scale analogiche), deve scegliere unità di misura congrue ed il metodo statistico atto alla valutazionex[10] xi[11]. Questo vale anche le CS. L'indagine sulle basi neurobiologiche delle CS riporta alla moderna neurofisiologia.

Si definisce per riflesso una risposta effettrice stereotipata con base anatomofunzionale limitata. Esistono riflessi segmentari, plurisegmentari e complessi, a notevole integrazione centrale. Interessanti sono anche le ricerche scientifiche sulla realtà degli agopunti. La ricerca moderna dell'esistenza di una entità anatomica peculiare degli Agopunti (AP) si può così sintetizzarexii[12] xiii[13] :

- - Da osservazioni su cadaveri (Cizek 1985) furono osservati, nei tessuti sottostanti gli AP, terminazioni nervose libere, recettori sensoriali, vasi di grosso calibro, legamenti, tendini e guaine articolari (Dung 1984).
- - In corrispondenza degli AP è verificabile una minore resistenza elettrica cutanea ed una aumentata conduttanza elettrica (Niboyet 1980, Chan 1984, Reichmanis 1975)
- - Anche le " vene perforanti" avrebbero importanza nei meccanismi riflessi delle CS (Plummer 1979)
- - Chan (1984) ha osservato che 152 dei 309 AP classici sono in corrispondenza di un tronco nervoso e 260 sono in corrispondenza di grossi vasi.

- - Niboyet (1980) ha messo in rilievo i fasci neurovascolari ascendenti verso l'epidermide confermando gli studi di Heine (1987,88)
- - Chang Hsiang Tung (1978) indica nelle fibre II e III come più attive nella conduzione dello stimolo riflesso, Lu Guowei (1986) indica le fibre III, Pomeranz (1987) e Chen Longshun (1986) indicano le fibre dei gruppi III e IV, conferme a questi ricercatori provengono da Yan e Zonglian (1989). Questa serie di sperimentazioni farebbe ipotizzare che le CS stimolerebbero sia meccanorecettori cutanei ad alta soglia ed a lento adattamento che propriorecettori muscolari tra i quali i fusi neuromuscolari.

Tornando al tema della verifica scientifica va riconosciuto che gli studi che valutano l'efficacia richiedono adeguati controlli, randomizzazione doppia cecità e dettaglio descrittivo per la replicabilità. La ricerca clinica sull'agopuntura spesso non ha seguito questa metodologia ed i protocolli di studio variano fortemente da Autore ad Autorexiv[14]. Tali studi possono mancare di gruppo di controllo, di adeguate misure dell'outcome, delle analisi statistiche o del follow up a lungo termine.

Gli studi con terapie manuali hanno difficoltà intrinseche nella progettazione con controlli con placebo e con la doppia cecitàxv[15]. Tuttavia definire l'agopuntura intrinsecamente non in grado di essere vagliata sotto il profilo scientifico è davvero eccessivoxvi[16]. Prima delle validazioni scientifiche più recenti (dell'NHI, della British Medical Academy e British Medical Society, ad esempio), studi di buon livello scientifico avevano dimostrato l'efficacia dell'agopuntura nel trattamento del dolore sia somatico che visceralexvii[17] xviii[18].

I lavori più interessanti prodotti nel periodo 1975-1995, hanno riguardato il dolore cronico idiopatico, il dolore lombare cronico, il dolore viscerale nocicettivo, il dolore post-operatorio. Secondo questi studi I parametri di agopuntura che influenzarono l'outcome sonoxix[19] xx[20] xxi[21]:

- - Sito d'inserzione dell'ago: E' ottimale la combinazione di aghi infissi localmente nei campi recettivi segmentali e di aghi infissi distalmente nei miotomi e dermatomi, pertanto sia nei segmenti origine del dolore che in altri segmenti.
- - Intensità della stimolazione: Il dolore diminuisce con ogni inserzione superficiale o con una stimolazione profonda del punto, ma più pazienti rispondono a quest'ultima.
- - Scelta del tempo d'intervento: L'agopuntura preventiva per estrazioni dentarie aumenta il dolore postoperatorio ed il consumo di analgesici. Per contro, il trattamento della dismenorrea cronica episodica con l'agopuntura una settimana prima della mestruazione riduce il dolore ed il consumo di analgesici.
- - Modalità di stimolazione : Il dolore cronico nocicettivo muscolo-scheletrico è ridotto da una stimolazione elettrica a bassa frequenza. La stimolazione periostale ha l'effetto maggiore sul dolore nocicettivo viscerale della dismenorrea, sebbene, anche, altri metodi di agopuntura e di TENS a bassa frequenza riducano il dolore.

Questi studi dimostrarono inoltre che in mani capaci ed eseguita da medici qualificati l'agopuntura è quasi priva di effetti indesiderati e ben accettata dal pazientexxii[22]. Va detto per inciso che anche ricerche recenti confermano l'efficacia e la sicurezza dell'agopuntura sia manuale che con elettrostimolazione nel dolore cronico nocicettivo.

A tal proposito vanno sottolineate le recenti conclusioni di un gruppo di esperti xxiii[23]: " Molti specialisti sostengono che i pazienti non traggono benefici quando gli aghi sono inseriti vicino alla zona che duole, ma piuttosto nei punti del corpo indicati delle carte dell'agopuntura tradizionale cinese. L'opinione attuale è che sono necessari altri studi per definire quali condizioni di dolore e quali pazienti possono essere aiutati dall'agopuntura.

Nel frattempo e' certamente sensato provare l'agopuntura per alcuni tipi di dolore." E' questa la conclusione recente di review importanti sulla lombalgia[24] e sull'emicrania[25], condizioni che da sole giustificerebbero l'impiego dell'agopuntura su qualcosa come 19 milioni di italiani. Volendo concludere questa parte relativa all'analgesia agopunturale, va ricordato che le ampie e documentate ricerche pubblicate su Pain nella prima metà degli anni '80 (Lewith G.T. et al., 1983; Dowson D. et al., 1985) dimostrano che, nel trattamento del dolore cronico, l'agopuntura ha un indice d'efficacia che oscilla fra il 55 e l'80%, pertanto ben al di sopra dell' effetto placebo.

Le ricerche sul meccanismo d'azione iniziano negli anni settanta e dimostrano che l'analgesia prodotta dall' agopuntura si deve alla liberazione di oppioidi endogeni (Nguyen V.N. et al., 1984), con significative differenze rispetto a metodiche suggestive come l'ipnosi[26].

Lo studio a tutt'oggi più interessante resta quello di Lung et al., che dimostrò, nei ratti, che l'analgesia agopunturale è trasmissibile da un animale all'altro mediante circolazione crociata ed è inibita da farmaci che bloccano i recettori endorfinici[27]. Gli studi sperimentali condotti negli anni ottanta hanno permesso di dimostrare, poi, che l'agopuntura agisce attraverso il rilascio di vari mediatori anche non e che essa eleva la soglia di trasduzione nocicezione.dolore a vari livelli (Tiengo M., 1997):

- - spinale
- - mesencefalico
- - ipotalamico-talamico-epifisario.

A partire dalle classiche osservazioni di Sjolund è stato possibile stabilire che:

- - La stimolazione manuale o elettrica a bassa frequenza (inferiore a 2 Hz) produce analgesia bloccata dal naloxone e pertanto di tipo oppioide (recettori μ)
- - La stimolazione elettrica ad alta frequenza (superiore a 2 Hz) determina analgesia mediata dalle monoamine ed è potenziata dalla somministrazione di agonisti della serotonina.

Circa la frequenza e l'intensità dell'elettrostimolazione agopunturale i dati sperimentali dimostrano un'azione fugace ma rapida per le alte frequenze e lenta e persistente per le basse frequenze ed alte intensità (Karavis M., 1995).

L'elettroagopuntura è in grado, in base ad intensità e frequenza, di modulare rilascio differenziato, a livello del sistema nervoso centrale, di dinorfina ed enkefalina. Un'ampia review su una serie di ricerche su modelli animali è stata pubblicata quattro anni fa. Si è anche potuto documentare che è importante, nell'analgesia con puntura semplice ed elettrostimolata, usare sia punti segmentali (puntura del punto locale dolente) che extrasegmentali (a distanza dalla zona dolorosa), al fine di produrre il massimo controllo in sede non solo spinale ma mesencefalica ed ipotalamica[28].

Il punto di vista attuale di molti esperti della terapia del dolore è che l'agopuntura intervenga sia nella veicolazione afferente dello stimolo nocicettivo, che nell'attivazione del sistema discendente d'inibizione, e che, ancora, sia efficace a livello della modulazione dei mediatori periferici del dolore e della flogosi. La controirritazione riflessa con aghi produce uno stimolo nocivo il quale, paradossalmente, determina un'azione analgesica[29].

Una recente ricerca presso l'Istituto di MTC dello Jiangxi dimostra che in oltre il 60% dei casi, l'indicazione di un agopunto è correlato con metameri contigui che spiegano, in chiave neurofisiologica, l'azione specifica dei punti in questione. Un analogo risultato era stato raggiunto da un'unità di ricerca dell'Università di S. Paolo del Brasile.

L'effetto dipende dalla localizzazione e dalla durata dello stimolo, dalle condizioni ambientali e dallo stato comportamentale. Anche se i dati sono ancora contraddittori, sembra che l'agopuntura nel dolore sia in grado di agire sia su nocicettori unimodali, cioè sensibili selettivamente a stimoli meccanici o termici, sia su quelli polimodali, capaci cioè di rispondere a più di uno stimolo, come ad esempioxxx[30]:

- - stimoli termici (nocicettori cutanei e viscerali)
- - meccanici (nocicettori della cute, n. intestinali, n. mesenterici, n. meningei)
- - chimici (ubiquitari e sensibili a pressioni parziali di O₂ e CO₂, KCl, H⁺ serotonina, acetilcolina, bradichinina, PgE₂, sostanza P).

Uno studio molto interessante con ampia review è stato prodotto nel 1990 (Vibes J., 1990) presso il Laboratorio di Biologia Applicata dell'Università di Tolosa, in Francia ed ha dimostrato che l'agopuntura semplice o con elettrostimolazione:

- - agisce soprattutto sulle fibre mieliniche di tipo A δ
- - incrementa principalmente i livelli di endorfine nel grigio periacqueduttale (PAG)
- - aumenta il rilascio di dinorfina a livello del midollo spinale.

Questi dati attestano che l'agopuntura eleva a vari livelli la soglia di sensibilità dolorifica e con azioni differenziate, che da un lato riduce la percezione nocitettiva, dall'altro inibisce i riflessi, ad esempio muscolari, prodotti da corticocircuitamenti spinali.

Validazioni scientifiche, riconoscimenti, critiche, repliche

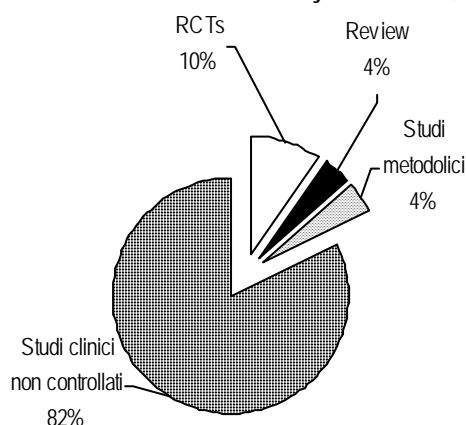
Il primo studio randomizzato e controllato sull'agopuntura è del 1973xxxi[31] e nel periodo fra il 1975 ed il 1990 quasi sessanta lavori¹[*] di egual tipo sono stati condotti su riviste internazionali indicizzatexxii[32] xxxiii[33]. Pertanto, anche in chiave storica e prima delle ampie review recenti, affermare, come si fa in molti casi, che l'agopuntura è pratica empirica destituita da reale possibilità di verifica scientifica risulta improprioxxxiv[34].

Gli studi condotti negli anni '70-'80 hanno invece consentito di dimostrare, di là da ragionevoli dubbi, che l'azione attivata dall'agopuntura dipende sia dal punto selezionato che dalla metodica di stimolazione. Così a seconda della direzione d'infissione dell'ago e delle manovre di rotazione, uno stesso punto può determinare ipertonìa o ipotonia uterina e attivare o inibire il detrusore della vescicaxxxv[35].

Si è anche potuto evidenziare che l'agopuntura semplice, l'elettroagopuntura e la cosiddetta moxa revulsivante, attivano meccanismi diversi in campo sia neurologico, che ormonale che immunitarioxxxvi[36] xxxvii[37] xxxviii[38]. Una data storica per l'evidenza clinica in agopuntura è il 1997, hanno in cui il prof. Klein, della National Library of Medicine, pubblica una review su 2032 lavori estratti da 9 riviste indicizzate, relativi al periodo 1970-1996 e dimostra l'ampia produzione e l'elevata segregazione di dati a disposizionexxxix[39] xl[40]. La tipologia di tali lavori (con il 10% di ricerche randomizzate e controllate) è riportata nel sottostante grafico.

¹[*] 15 fra il 1975 ed il 1980 e 44 fra il 1980 ed il 1990.

Metanalisi National Library of Medicine, 1997



Dopo questa ricerca l'NHI, coinvolgendo diverse associazioni mediche statunitensi^{2[†]}, redige un documento (definito Consensus Conference on Acupuncture)^{xli[41]}, ove esprime il proprio parere favorevole all'impiego dell'agopuntura in una dozzina di differenti patologie anche di tipo disfunzionale^{3[‡]}. Va detto, tuttavia, che già in precedenza l'OMS aveva, in un documento del 1977, modificato nel 1990, 1993 ed infine nel 1998^{xlii[42]}, espresso interesse circa il ruolo dell'agopuntura cinese in una trentina di patologie altiche ed internistiche^{4[§]}.

^{2[†]}

- National Cancer Institute
- National Heart, Lung and Blood Institute
- National Institute of Allergy and Infectious Diseases
- National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases
- National Institute for Dental Diseases
- National Institute for Drug Abuse
- Office of Research on Women's Health of NHI

^{3[‡]}

- Emesi postchirurgica o da chemioterapia
- Dolore da estrazione dentaria
- Dismenorrea
- Cefalea
- Epicondilitis
- Fibromialgia
- Osteoartrite
- Dolore miofasciale
- Tossicodipendenza
- Riabilitazione dopo ictus
- Asma
- Rinite
- Tunnel carpale

^{4[§]}

- Acne
- Ansia
- Asma
- Borsite
- Cefalea
- Colon irritabile
- Congiuntivite
- Rinite
- Edema ciclico idiopatico
- Diabete mellito
- Depressione reattiva
- Herpes simplex ricorrente
- Herpes zoster
- Epatite
- Influenza
- Lombalgia
- Malattia infiammatoria pelvica

Anche la Comunità Europea si è occupata di Medicine non Convenzionali (MnC) e di agopuntura[43]. Nel 1994 viene varato il progetto COST B4 che coinvolge 550 gruppi europei nei diversi ambiti della ricerca clinica nelle MnC. Nel 1997 il Parlamento Europeo promulga una risoluzione (A4-0075/97) sullo "Status of non-conventional medicine", che invita la Commissione Europea a lanciare rigorosi studi sulla sicurezza e l'efficacia delle medicine di natura complementare o alternativa, nonché ad inserire nozioni di medicina complementare nei curricula universitari ufficiali. Nel 1998 si conclude con una Conferenza all'Università di Pavia, il progetto COST B4, con la validazione dell'efficacia dell'agopuntura in corso di lombalgia, sciatalgia, cefalea e vomito sia iatrogeno che gravidico.

In tempi più recenti la British Medical Society e la British Medical Association[44] hanno espresso pronunciamento favorevole per tutta una serie di patologie che, in base a lavori internazionali, si dimostrano responsive al trattamento agopunturistico[5]. Le stesse associazioni hanno potuto documentare che esistono molte ricerche recenti che documentano non solo l'efficacia clinica, ma anche il meccanismo d'azione dell'agopuntura. Ne riportiamo tipologia e numero nella sottostante tabella:

| Tipo di studio | Numero di studi negli ultimi dieci anni |
|---|---|
| | 56 |
| <i>Meccanismo d'azione</i> | |
| Ricerca di base sul punto di agopuntura | 75 |
| Meridiani | 39 |
| Analgesia | 241 |
| Tolleranza | 36 |
| C.fos | 12 |
| Oppioidi | 103 |
| Serotonina | 39 |
| Monoamine | 37 |
| Dolore viscerale | 24 |
| Dolore muscolo scheletrico | 45 |

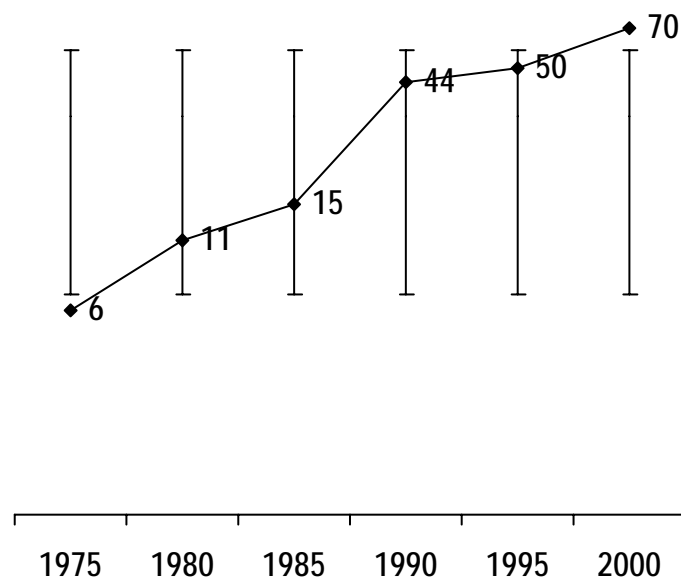
Anche altri gruppi internazionali di validazione scientifica (Effective Health Care, ABC Journal club; Cochrane Library) hanno promosso ricerche sulle indicazioni dell'agopuntura, che ne hanno verificata l'efficacia in corso di dolore acuto e cronico, emesi, tinnitus, asma bronchiale, obesità e riabilitazione neuromotoria dopo ictus[45] [46] [47] [48] [49]. A fronte di dati così positivi non mancano critiche soprattutto di ordine metodologico e relative

-
- Osteoartrosi
 - Otite
 - Paralisi a frigore
 - Nevralgie
 - Sciatica
 - Emiplegia
 - Tinnitus
 - Vertigini
 - Vaginite

5[**]

- Dolore lombare
- Cefalea tensiva
- Dismenorrea
- Ipoalgesia ed induzione del parto
- Malposizione fetale
- Vomito post-chirurgico, gravidico e iatrogeno
- Dolore dentario postestrattivo
- Asma
- Lombalgia

Numero di lavori RTCs per anno



alla qualità dei lavori prodotti. Sul British Medical Journal (1998), Tang et al. dopo una revisione su 2.500 articoli, basandosi solo sul criterio randomizzato e controllato (RTC), affermano che una piccola percentuale di lavoro (l'11%) mostra sufficienti criteri di affidabilità[50].

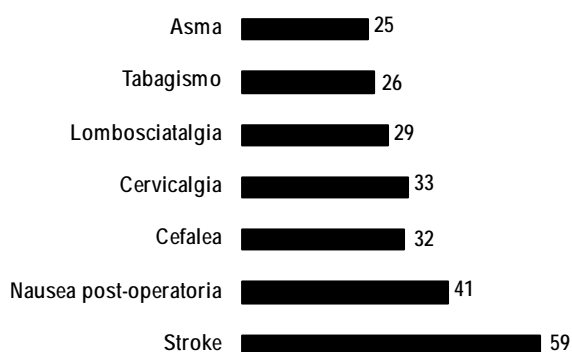
Applicando inoltre il punteggio Jadad che varia da 1 a 5 e definisce il rigore scientifico dei lavori, la media per l'agopuntura è di 2.8: inferiore a quella di omeopatia (3,5) e fitoterapia (4,1)[51]. Alla questione sollevata da Tang è facile rispondere. Nel periodo 1970-90, solo dal 7 al 15% dei lavori Biomedici è stata strutturata secondo i criteri RTCs, anche quando pubblicata su riviste di gran prestigio e, pertanto, il livello della percentuale non è superiore a quello dell'agopuntura. Inoltre non soltanto le RTCs, ma anche i "casi controllo", Sperimentazioni controllate, non randomizzate in parallelo, Sperimentazioni controllate non randomizzate, controlli storici., Sperimentazioni controllate non randomizzate, controlli con banche dati computerizzate, possono ritenersi valide sotto il profilo scientifico. [52].

Circa il Jadad la difficoltà di una diagnosi e di criteri uniformi di trattamento, il placebo spesso impossibile rendono lo score di qualità molto basso[53]. Tuttavia fra il 1992 ed il 1999, nove studi (su vomito, lower-back, cefalea) hanno riportato un punteggio di 5/5[54]. Inoltre i lavori prodotti con criteri scientifici, come risulta dal sottostante grafico, sono in continuo aumento e, certamente, miglioreranno anche i criteri intrinseci di validazione.

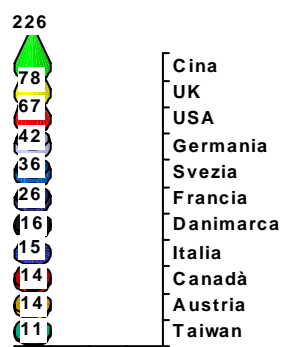
Motivi di preoccupazione.

Due sono i principali motivi di preoccupazione secondo la Società Italiana di Agopuntura, relativi agli argomenti di ricerca da un lato ed alla nazionalità dei lavori dall'altro. Se consideriamo gli argomenti oggetto di studi clinici nel periodo recente[55]., ci accorgiamo che essi si interessano di dolore muscolo-scheletrico, cefalea, stroke, nausea, tabagismo ed asma bronchiale, mentre scarsa è la produzione a riguardo di patologie ostetriche[56], psichiatriche[57], immuno-allergiche[58], dermatologiche[59], ecc

Patologie studiate attraverso protocolli di buona qualità
1995-2001



Lavori Scientifici prodotti nel periodo 1999-2001



C'è poi da considerare che la maggior parte dei lavori è prodotta, oltre che in Cina, da USA e Gran Bretagna, con discreta numerosità anche da parte di Germania e Svezia e grave ritardo da parte di altri paesi fra cui l'Italia[60]. Attualmente diverse ricerche italiane si stanno realizzando in istituti ospedalieri ed universitari e riguardano vari aspetti dell'applicazione clinica dell'agopuntura[61], ma ci si chiede se tale ricerca potrà continuare dopo l'esclusione dell'agopuntura dai Livelli Essenziali di Assistenza.

Tale esclusione è basata su criteri di economicità e di affidabilità scientifica dei risultati. Circa la scientificità credo che si sia sufficientemente discusso sopra e per quanto concerne l'economicità i dati raccolti nel periodo 1996-2000 dimostrano che i servizi pubblici di agopuntura forniscono un'attiva economica, affidabile e molto gradita dall'utenza[61]. A ciò si debbono aggiungere alcune riflessioni di politica sanitaria.

6[11]

- Baccetti et al., Rivolgimento fetale (OMS), AUSL 10 Firenze
- Cracolici et al., Alcolismo, (OMS), Ospedale Careggi, Firenze
- Evangelista et al., Emicrania, multicentrica (Società Italiana per lo Studio delle Cefalee)
- Fenoglio et al., Riduzione effetti polichemioterapia, Ist. Tumori, Genova
- FISA: Policentrica randomizzata agopuntura vs verapramile in menopausa
- Gioia et al., Analgesia colonscopica, S. Raffaele, Milano.
- Lomuscio et al., Dismenorrea, PO S. Paolo Milano
- Zampini et al.: Spondilosi cervicale, Ospedale Sacco, Milano

Il cosiddetto Decreto tagliaspesa approvato recentemente dal Parlamento (Legge n. 405/2001, pubblicata sulla G.U. n. 268 del 17 novembre 2001) ha costretto un'ampia revisione nell'uso delle possibili risorse, mediche e non, alla luce di nuove necessità economiche che intendono razionalizzare e contenere la spesa e rinviare altre procedure (fra cui omeopatia, fitomedicina ed agopuntura) ad altre forme (peraltro non chiarite) d'erogazione. Si rischia, come notato alcuni anni fa dal Cardinale Martini, che il processo d'aziendalizzazione e contrazione della spesa, faccia perdere al cittadino il ruolo di centralità nel sistema sanitario.

Prima ancora di considerazioni d'ordine sociale, va posta una questione di tipo squisitamente professionale. I decreti Bindi e Sirchia chiedono al medico di diventare un burocrate o un ragioniere, di applicare algoritmi comportamentali basati su semplici calcoli economici e dimenticano, pericolosamente, che il rapporto fra medico e paziente non è né neutro né economico e che pertanto, anche nel campo del non convenzionale, andrebbe riconsiderato di là da costrizioni esclusivamente finanziarie^{lxii}[62] ^{lxiii}[63].

Il sociologo Ivan Cavicchi, del tutto recentemente, in un dettagliato saggio, culturalmente impegnativo e certamente in controtendenza^{lxiv}[64], ha fatto rilevare l'assurdo di una politica sanitaria che, in campo medico, sta, di fatto, operando nella direzione di subordinare le dimensioni euristiche e conoscitive a logiche meramente economiche. In altre parole, da più parti, si avverte l'errore di impiegare dubbie ragioni economico-politiche per giustificare scelte strategiche di esclusione e non d'inclusione nel campo delle prestazioni erogabili da parte delle diverse fasce di cittadini.

Sicurezza d'impiego

Il punto sull'argomento di evidenze e sicurezza d'impiego dopo i riconoscimenti internazionali dell'OMS (1977-1998); NHI (1997), Parlamento Europeo (1997-1999); British Medical Society e British Medical Academy (2001), è stato fatto, in Italia, in un convegno del 2003, svoltosi ad Empoli sotto l'alto patrocinio del CNR⁷. I dati raccolti nel mondo negli ultimi trenta anni ci dimostrano, inequivocabilmente, che l'agopuntura è efficace non solo nel dolore somatico e viscerale, ma anche in altre patologie a diversa origine e patogenesi, come emesi (gravidica, post-chirurgica o iatrogena), tinnitus, vertigine, asma, tossicodipendenza, neuroriabilitazione^{lxv}^{lxvi}. Anzi, i risultati clinici e le evidenze sono tali che, ormai annualmente, si stilano protocolli di studio sempre più ampi in vari campi, anche del tutto inaspettati (psichiatria⁸, fisiatria e riabilitazione⁹, patologia dell'ATM¹⁰, ecc.). Ciò che a livello sia italiano che internazionale si raccomanda oggi è una maggiore "forza" degli studi, sottolineando che gli stessi debbono prestarsi a riproducibilità e valutazioni secondo i criteri della medicina delle evidenze¹¹. Per riassumere ciò che emerge dalle evidenze dobbiamo dire, sinteticamente, che sono largamente noti i meccanismi d'azione dell'agopuntura sia somatica^{lxvii} che auricolare^{lxviii} e numerose sono le evidenze sperimentali presenti in letteratura che ne confermano gli effetti analgesici, decontratturanti/antispastici e ansiolitici^{lxix} ^{lxx}. La necessità di capire, secondo i canoni del pensiero scientifico occidentale, gli effetti della stimolazione agopunturale ha prodotto una enorme mole di lavori finalizzati ad approfondirne i fenomeni neurochimici e neuroreflessologici^{lxxi}. Inizialmente l'interpretazione scientifica occidentale è stata di orientamento meccanicistico (teoria del riflesso nervoso segmentario o plurisegmentario modulato a livello della Sostanza Reticolare e con componenti talamo-corticali), in un secondo momento la ricerca si è focalizzata su meccanismi di tipo neurochimico e, solo recentemente, in seguito ai progressi sulle conoscenze di neuromodulatori, neurotrasmettitori ed endorfine si è giunti alla concezione del Supersistema PNEI (Psico- Neuro- Endocrino- Immunitario)^{lxxii}: tale concezione consente di coniugare con un approccio razionale le antiche teorie della Medicina Tradizionale Cinese con i dati della moderna Medicina sperimentale, restituendo così all'individuo la sua dignità di essere "unico". Numerose anche le ricerche sulla reale natura degli agopunti, di cui riassumiamo le più importanti^{lxxiii} ^{lxxiv} ^{lxxv} ^{lxxvi}.

⁷ http://servizi.usl11.tos.it/convprog_it.html, 2003.

⁸ http://www.agopuntura.org/documenti/Soc_Italiana_Psichiatria-Consensus_MnC.pdf, 2003

⁹ http://www.siriscuola.it/Convegno_Milano.htm, 2004.

¹⁰ <http://www.agopuntura.org/sida/Default.htm>, 2003

¹¹ Vedi:

- http://www.who.int/medicines/library/trm/trm_strat_eng.pdf, 2003.

- <http://www.agopuntura.org/documenti/who-edm-trm-2000-1.pdf>, 2000.

- presenza nei tessuti sottostanti gli agopunti di terminazioni nervose libere, recettori sensoriali, vasi di grosso calibro, legamenti, tendini e guaine articolari;
- i 309 agopunti classici sono in corrispondenza di un tronco nervoso e 260 di grossi vasi
- a livello degli agopunti è riscontrabile una minore resistenza elettrica cutanea ed una aumentata conduttanza elettrica.

Studi sperimentali eseguiti tra gli anni '80 e '90 hanno dimostrato che l'analgesia con agopuntura coinvolge molte vie e vari neuromediatori ed un loro possibile diverso effetto in funzione del livello del SNC considerato; in sintesi l'effetto antalgico dell'agopuntura si estrinseca a quattro livelli^{lxxvii lxxviii}:

- Spinale
- Mesencefalico
- Diencefalico
- Corticale

Sulla base dei dati presenti in letteratura, possiamo pertanto affermare che l'agopuntura interviene sia nella veicolazione afferente dello stimolo doloroso che nella attivazione del sistema inibitorio discendente e che inoltre risulta in grado di modulare la concentrazione e le azioni dei mediatori periferici del dolore e della flogosi. Meno chiare le evidenze relative ad altri meccanismi d'azione che riguardano la modulazione di neuropeptidi regolatori del sistema non adrenergico e non colinergico^{lxxix}, riduzione dei mediatori della flogosi ischemica^{lxxx}, riduzione dei mediatori del danno parietale vascolare^{lxxxi}, complesse attività immunitarie^{lxxxii} ed altre ancora di tipo certamente non oppioide^{lxxxiii lxxxiv}. Va precisato che la maggior parte degli studi sulle evidenze cliniche e scientifiche, così come si evidenzia da bache-dati in lingua inglese¹², francese¹³ e in italiano¹⁴, la maggior parte delle ricerche è svolta da AA cinesi, statunitensi ed inglesi e basso è il contributo da parte di ricercatori italiani. Va anche aggiunto che l'analisi degli studi controllati randomizzati, mostra che la ricerca si indirizza su particolari aspetti e patologie, trascurandone molti altri^{lxxxv}.

Verso una necessaria integrazione

Il tentativo di istituire un algoritmo integrato fra Medicine non Convenzionali (MNC) ed il sistema medico culturalmente e politicamente dominante è in corso da alcuni anni, ma ancora esistono molte incertezze, non soltanto normative ma anche culturali, che è nostra intenzione chiarire e fugare¹⁵. La base per un dialogo è, oltre alla buona volontà, l'uso di un linguaggio comune. È necessario quindi definire la medicina convenzionale e le "altre" medicine e chiarire il significato di alcuni vocaboli che spesso sono usati in modo improprio, equivoco e confondente. Oggi e nell'attuale società per parlare di "medicina", a prescindere da qualsiasi aggettivo, bisogna che siano soddisfatti tutti i seguenti requisiti¹⁶:

- sia praticata da medici o comunque sotto controllo medico;
- come scopo abbia la cura della salute fisica o psichica;
- esista un corpus teorico di riferimento con una sua coerenza logica almeno intrinseca;
- il sapere sia depositato in testi (farmacopee, testi metodologici, letteratura corrente) che descrivono chiaramente i metodi diagnostici e terapeutici utilizzati, le loro indicazioni e controindicazioni;
- sia possibile verificare in qualche modo (rispettando le metodiche inerenti alle singole discipline) l'attendibilità e l'efficacia dei vari interventi.

Da quanto detto finora si deduce che non possono definirsi pratiche mediche (e quindi neppure "medicine alternative") quelle con le seguenti caratteristiche¹⁷:

- abbiano scopi diversi dalla terapia (es. questioni affettive, socioeconomiche, filosofiche, religiose, ecc.);
- facciano riferimento a dottrine o metodi occulti, misteriosi, riservati ad iniziati;

¹² http://dowland.cit.nih.gov/odp/consensus/cons/107/107_statement.htm.

¹³ <http://jmstephff1.phidji.com/newlist/gestion.asp>.

¹⁴ <http://www.agopuntura.org/area/Biblionet/Biblionet.htm>.

¹⁵ Vickers A., Cassileth B., Ernst E. et al.: How should we research unconventional therapies? A panel report from the Conference on Complementary and Alternative Medicine Research Methodology, National Institutes of Health, 1997, Ugeskr. Laeger., 1997, 2(24):3746-3747.

¹⁶ Raschetti R : Evidence-based medicine and the diverse cultures of healing, Ann. Ist. Super. Sanità., 1999, 35(4):483-488.

¹⁷ Braunwald, E., Hauser, S.L., Fauci, A.S., Longo, D.L., Kasper, D.L. and Jameson, J.L.: Harrison's Principles of Internal Medicine, 15th ed., ED. McGraw-Hill, New York, 2001.

- utilizzino rimedi la cui provenienza e metodica di preparazione non sia nota e controllabile;
- vantino risultati terapeutici senza fornire alcuna documentazione e senza possibilità di verifica.

La medicina convenzionale potrebbe essere definita come l'insieme di teorie fisiopatologiche e di metodologie clinico-terapeutiche che derivano dal patrimonio di conoscenze sviluppate dalle scienze naturali dal suo sorgere ai giorni nostri. Le sue caratteristiche fondamentali sono¹⁸:

- si fonda sul metodo sperimentale: grazie all'accettazione del metodo sperimentale, la medicina convenzionale si può quindi anche definire "scientifica", perché questa ne è una caratteristica imprescindibile;
- è insegnata in corsi universitari che rilasciano un diploma avente corso legale;
- è praticata come forma largamente prevalente in Europa e America, certamente in tutti i paesi sviluppati;
- il suo esercizio richiede l'abilitazione ed è riconosciuto e finanziato dal Sistema Sanitario Nazionale.

E' nostra opinione che si debbano evitare i due termini di "medicina ufficiale" e di "medicina allopatrica". L'aggettivo "ufficiale" non pare appropriato perché richiama una "medicina di stato", degna di altri tempi e perché non esiste alcun pronunciamento di autorità ufficiali a favore di questa o quell'altra pratica medica. I riferimenti fondamentali dell'atto clinico sono sempre la libertà e la responsabilità di scelta da parte del medico, esercitate in scienza e coscienza. Per quanto riguarda il termine "allopatia", esso entrò in uso verso i primi dell'ottocento per distinguere la pratica della cura mediante i contrari da quella, allora emergente, della cura mediante i simili (omeopatia). I "contrari" sarebbero i presidi terapeutici che vanno contro le tendenze patologiche dell'organismo e comprenderebbero ad esempio i purganti contro la stipsi, gli sciroppi contro la tosse, i farmaci "anti-" (antipiretici, antiinfiammatori, antibiotici...), la chemioterapia, nonché alcuni interventi chirurgici di resezione di parti corporee. Risulta quindi immediatamente chiaro come il termine "allopatia" sia molto limitativo nel definire i caratteri della medicina scientifica moderna, la quale comprende un'ampia serie di nuovi approcci non allopatrici, quali ad esempio le vaccinazioni, le terapie con interferoni e citochine, quelle ormonali sostitutive, i trapianti d'organo, la chirurgia plastica, la terapia genica, senza parlare dei vasti campi della medicina preventiva e riabilitativa. Un altro commento a riguardo della "scientificità" della medicina convenzionale. La scienza non è un dogma intoccabile, non è concepibile come un'entità astratta dal contesto umano, come se esistesse una verità scientifica oggettiva al di sopra di tutto, criterio di riferimento unico. Salvo rare eccezioni, la maggior parte degli operatori medici e degli scienziati concordano che il criterio etico debba prevalere su quello scientifico. Non per nulla si vanno costituendo comitati etici che, vigilando sulla ricerca clinica, controllano che l'aspetto tecnico sia in armonia con quello umanistico, legale, etico, economico. Dove anche vi fosse la possibilità di un grande progresso tecnico-scientifico, se questo contrastasse con principi etici, non sarebbe accettato e permesso. Quanto alla scientificità della medicina, bisogna anche precisare che le cosiddette "basi scientifiche" non sono immutabili, incrollabili ed assolute. In breve: la medicina non è una scienza esatta e, anche se lo fosse, sarebbe comunque in continuo divenire ed aggiornamento¹⁹. Il paradigma biologico-anatomico-molecolare è il fondamento della medicina in Occidente. Grazie ad esso sono stati fatti enormi passi nella comprensione della fisiologia e della patologia ma appare sempre più evidente che l'uomo non è riducibile alle sue componenti e che non è isolabile come entità astratta dal contesto della sua esistenza. Tutto ciò caratterizza il sistema uomo come sistema dotato di complessità²⁰. Nel secolo XX altre branche della scienza hanno sviluppato filoni di ricerca in grado di fornire ipotesi plausibili sui fenomeni espressi da realtà complesse: tra questi il modello caotico. Dal momento che il sapere medico si occupa di un unico soggetto/oggetto (l'uomo), si rende auspicabile una riflessione epistemologica in senso multiparadigmatico, inteso non tanto come unione forzata di più teorie ma come ideale di ricerca. La prova costituisce l'elemento qualificante del paradigma. Il modello è credibile quando viene suffragato da osservazioni ripetibili. Le sole osservazioni, inoltre, diventano prove solo se inserite in una teoria che ne spieghi l'esistenza ed il significato. E' questo il caso della medicina, che ha nel corso della sua

¹⁸ Moja E, Vegni E.: La visita medica centrata sul paziente, Ed. Raffaello Cortina, Milano, 2000.

¹⁹ Damasio AR: L'errore di Cartesio, Ed. Adelphi, Milano, 1995.

²⁰ Bellavite P. e Zatti M. : Il paradigma della complessità nelle scienze e in medicina. Ed. La Nuova Secondaria Brescia, 1996.

storia sviluppato prima l'osservazione e poi, faticosamente, la comprensione. Senza questi passaggi il sapere medico non viene ritenuto scientifico. La ricerca della prova, da cui dipende la validità scientifica dell'osservazione, oltre allo studio dei modelli, obbliga alla ricerca degli strumenti atti a verificare le osservazioni e a dimostrarne la coerenza con i modelli stessi. Secondo l'orientamento attuale, in medicina il processo di verifica e successiva validazione dell'osservazione e della pratica empirica passa attraverso il concetto di "Medicina Basata sull'Evidenza" per arrivare al massimo grado di raccomandazione costituito dall'inserimento all'interno di linee-guida. Nello studio della Terapie Alternative Non Convenzionali, gli strumenti comuni di ricerca clinica si dimostrano inadeguati poiché introducono degli artefatti e riducono la descrizione dei fenomeni a modelli quantitativi astratti. Per una convincente validazione di quanto osservato nella pratica clinica sarebbe preferibile un uso diversificato e complementare di più strumenti, anche molto distanti fra loro, al fine di cogliere ogni aspetto della complessità di quanto esplorato, conservando l'informazione in esso contenuta. Accanto al rigore formale è auspicabile anche una visione di insieme il più possibile libera da pregiudizi ed animata da una costante riflessione su ogni aspetto della medicina e della scienza. Solo così si aprirà la strada alla conoscenza ed alla validazione scientifica degli aspetti più oscuri e sfuggenti relativi alle medicine alternative non convenzionali^{21 22 23 24}. Vediamo ora, in successione, la definizione, la diffusione, lo stato attuale, le ricerche ed altri aspetti generali delle MNC.

Definizione e Stato Attuale

Le medicine complementari o non convenzionali (MNC o CAM, Complementary and Alternative Medicines, nella dizione prevalente negli USA) sono state definite come "un ampio gruppo di sistemi di cura della salute, di diagnosi e di terapia diversi da quelli normalmente inclusi nel sistema sanitario ufficiale"²⁵. Il termine di "medicina alternativa" va criticamente analizzato e discusso. A molti questo acronimo non piace, sia perché si presta facilmente a creare un conflitto tra due mondi separati, sia perché favorisce la confusione con pratiche "alternative" che nulla hanno a che fare con la medicina. . Oltre che di medicine alternative si è parlato in passato anche di "medicine eretiche", accentuando ancor più il significato di trasgressione in esse contenuto, oppure di "medicine parallele", di "medicine ecologiche", oppure "non violente", "dolci", "biologiche" o, infine, "naturali". Tutti questi aggettivi sono molto riduttivi e spesso alquanto folcloristici. Le dizioni più usate a livello internazionale (nelle riviste scientifiche e nelle commissioni appositamente istituite dalle autorità sanitarie) sono quelle di "medicina complementare" o di "medicina non convenzionale". Secondo Eisenberg, uno dei ricercatori in questo campo, si può vedere il tema in una prospettiva "storica": "Pratiche che non sono riconosciute come corrette o appropriate e non sono conformi alle convinzioni o agli standard del gruppo dominante tra i medici ("medical practitioners") in una determinata società²⁶". Tuttavia, secondo l'O.M.S., tali concezioni potrebbero essere "fuorvianti": "in alcuni Paesi, il riconoscimento legale della medicina complementare/alternativa è equivalente a quello della medicina allopatrica: molti medici ed altri operatori sanitari sono abilitati a praticare entrambe le forme di medicina e per molti pazienti il primo livello di assistenza è una pratica di medicina complementare/alternativa"²⁷. Il termine "non convenzionale" è molto chiaro, ma esso ha un fondamentale punto debole, e cioè che è ... provvisorio! Ciò che oggi è "non convenzionale" potrebbe un domani divenire "convenzionale". Anzi, si può constatare che esiste già un'ampia area di pratiche mediche e terapeutiche "intermedie": si pensi alla dietetica, alla psicoterapia, alle terapie termali, all'ipnosi medica, ad alcuni tipi di terapie manipolatrici come la chiropratica, alla riflessoterapia, all'ossigeno-ozono terapia, alle tecniche

²¹ Aldridge D.: Guidelines for clinical research in complementary medicine, J Altern. Complement. Med., 2000, 3:245-251.

²² Tarocchi A.: L'agopuntura e le Medicine Alternative non Convenzionali: dal paradigma alla prova. Considerazioni teoriche e di metodo, <http://chimclin.univr.it/omc/Tesi-agopuntura.htm>, 2000.

²³ Weber D.O.: Complementary and alternative medicine. Considering the alternatives. Physician Exec., 1998,24(6):6-14.

²⁴ AAVV: Defining and describing complementary and alternative medicine. Panel on Definition and Description, CAM Research Methodology Conference, Altern. Ther. Health Med., 1997,3(2):49-57.

²⁵ WHCCAMP: Commissione governativa per le medicine complementari e alternative degli USA, Final Report, <http://www.whccamp.hhs.gov/finalreport.html>, 2002.

²⁶ Eisenberg D.M., Davis R.B., Ettner S.L. et al.: Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. JAMA, 1998, 280:1569-1575.

²⁷ WHO: Legal status of traditional medicine and complementary/alternative medicine: a worldwide review, Ed. World Health Organization, Geneva, 2001.

di rilassamento, agli oligoelementi, agli antiossidanti basati su estratti di piante, all'immunoterapia con estratti batterici in piccole dosi. Molte di queste pratiche sono in uso perché hanno dimostrato una certa efficacia pur senza che se ne possa garantire la piena scientificità. Attualmente le MNC sono diffuse e utilizzate in tutto il mondo, pur con modalità diverse e con differenti gradi di tolleranza da parte delle istituzioni sanitarie. Anche in occidente esse sono utilizzate da ampi strati della popolazione per patologie ad alta prevalenza quali lombalgie e cervicalgie, allergie, astenia, artrite, cefalea, ipertensione, insonnia, depressione, problemi digestivi, broncopneumopatie varie^{28 29}. Benché molto eterogenei, i principali sistemi non convenzionali hanno in comune delle caratteristiche che tendono ad individualizzare il trattamento, a dare enfasi alla prevenzione ed allo stile di vita, a promuovere la responsabilità della propria cura, a riconoscere gli aspetti psicologici e spirituali della persona nella sua integrità, aspetti che, pur non essendo teoricamente negati, sono spesso praticamente sottovalutati dalla prassi medica corrente³⁰. Purtroppo, le molteplici proposte che oggi si trovano sul mercato vanno da quelle attuate prudentemente a quelle inutili e pericolose, da quelle che hanno basi scientifiche ed evidenze solide a quelle fantasiose e persino ridicole. Un'altra caratteristica è che, diversamente dalla medicina accademica e scientifica, tali sistemi spesso mancano di solide evidenze sperimentali sia sul piano clinico che sul piano della ricerca di base. Tale carenza rappresenta uno dei maggiori ostacoli ad un eventuale processo di integrazione^{31 32 33}. La convinzione, documentata attraverso molte analisi su utenti sia europei che statunitensi, che le terapie complementari siano efficaci e ben tollerate ed il particolare tipo di rapporto che s'instaura fra paziente e terapeuta (contatto, semplicità del linguaggio, ecc.), ci danno ragione del fatto che, nel mondo occidentale, le terapie complementari siano fruite dal 40% dei cittadini, con una percentuale del 30-35% nei paesi europei e di oltre il 50% negli USA³⁴ e con un trend in continua crescita negli ultimi venti anni^{35 36 37 38}. In Italia, secondo dati ISTAT del 1999, 19 milioni di cittadini si rivolgono alle MNC, con una soddisfazione che sfiora l'80%³⁹. Già nella precedente indagine condotta dall'ISTAT nel 1994 era contenuta una domanda sull'uso di terapie alternative nei tre anni precedenti l'intervista. Confrontando i dati dell'ultima indagine con quelli relativi al triennio 1992-94, notiamo un notevole incremento. Considerando solo l'omeopatia, l'agopuntura e la fitoterapia si è passati dall'8,3% del 1994 al 12% nel 1999 (i dati del triennio 1992-94 non comprendono informazioni relative ai trattamenti manuali e "altre" terapie). Per quanto riguarda dati più recenti l'indagine ISTAT mutiscopo (2003) ci afferma che il 15,6% degli italiani fa attualmente ricorso alle MNC, mentre il sondaggio FORMAT⁴⁰ dimostra che, al 2000 al 2003, il 31,7% della popolazione mondiale fa abituale ricorso alle MNC. Sulla base dei pochi dati disponibili a livello internazionale (derivanti da tipologie di studi molto diverse, spesso di piccole dimensioni e non campionari), si stima che oltre un quarto della popolazione europea avrebbe fatto ricorso almeno una volta, nell'arco di un anno, a un tipo qualsiasi di terapia non convenzionale. L'Italia, dunque, si situerebbe ai livelli più bassi rispetto agli altri Paesi Occidentali (il fra il 15 ed il 23,4% secondo i sondaggi ISTAT ed Eurispess). Questi dati consentono di avere una prima fotografia della diffusione in Italia delle terapie non convenzionali. Sulla base dei dati raccolti attraverso le interviste condotte nell'ambito

²⁸ Vickers A.: Recent advances: complementary medicine. *Brit. Med. J.*, 2001, 321:683-686

²⁹ Bellavite, P., Conforti, A., Lechi, A., Menestrina, F., Pomari, S. (Eds): *Le Medicine Complementari. Definizioni, Applicazioni, Evidenze Scientifiche Disponibili*, Ed. UTET-Periodici, Milano, 2000.

³⁰ Zollman C. and Vickers A.: ABC of complementary medicine. What is complementary medicine? *Brit. Med. J.*, 1999, 319:693-696-

³¹ Bellavite, P.: *Le Medicine Non Convenzionali*. CD-ROM con 105 figure con didascalia, in PowerPoint e Internet Explorer, Ed. Libreria Cortina, Verona, 2002.

³² Bellavite, P., Semizzi, M., Musso, P., Ortolani, R. e Andrioli, G.: *Medicina ufficiale e terapie non convenzionali: dal conflitto all'integrazione? Medicina e Morale*, 2001, 5: 877-904.

³³ Raschetti R., e Bignami G.: Una riflessione multidisciplinare sul fenomeno delle "terapie non convenzionali, *Ann. Ist. Sup. Sanità*, 1999, 35 (4): 477-550.

³⁴ Vickers A. Recent advances: complementary medicine, *Br. Med. J.*, 2000, 326:683-686.

³⁵ Whorton R., Lewith G.: Complementary medicine and the general practitioner, *Br. Med. J.*, 196, 292: 1498-1500.

³⁶ Fisher P., Ward A.: Complementary medicine in Europe, *Br. Med. J.*, 1994, 309:107-111.

³⁷ Eisenberg D.M., Kessler R.C., Ettner S.R.: Trends in alternative medicine use in United States, 1990-1997: results of follow-up national survey, *JAMA*, 1998, 280: 1569-1575.

³⁸ Krastins M., Restinen E., Cimino J.A., Mamtani R.: use of alternative therapies by a low income population, *acupunct. Electrother. Res.*, 1998, 23: 135-142.

³⁹ Di Stanislao C.: Lo stato delle MNC in Italia, www.sia-mtc.it, 2003.

⁴⁰ AAVV: *Atti del Congresso "Benessere Donna"*, Lucca, Palazzo Ducale, 1 gennaio 2003, ed. ASL 02, Lucca, 2004.

dell'indagine 1999-2000 sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" saranno condotti degli ulteriori approfondimenti che consentiranno di correlare con maggiore precisione la prevalenza d'uso di queste pratiche nella popolazione italiana con le caratteristiche socio-economiche e sanitarie degli intervistati. In ogni caso alcuni elementi sembrano già emergere⁴¹:

- la quota, pur consistente, di popolazione che ricorre a queste pratiche pone l'Italia nella parte bassa di una ipotetica "classifica" europea;
- vi è complessivamente un atteggiamento non pregiudizialmente negativo nei riguardi di un possibile uso delle terapie non convenzionali, con una quota consistente di popolazione che però non sembra possedere informazioni idonee a esprimere un giudizio;
- si evidenzia un profilo dell'utilizzatore medio articolato come: donna di età media, con alto livello culturale e di probabile buon livello economico (vista anche la distribuzione territoriale italiana);
- le ragioni alla base del ricorso alle terapie non convenzionali sembrano derivare da una ricerca di trattamenti che possano proporsi con un più alto grado di tollerabilità e sicurezza; ciò sembra anche confermato dalla quota di bambini trattati, ad esempio, con l'omeopatia;
- un dato certamente singolare, soprattutto se confrontato con dati internazionali, è quello relativo al ruolo dei medici italiani; da questi primi dati emerge un atteggiamento elastico o quanto meno tollerante da parte del medico verso questi tipi di terapie.

La medicina convenzionale ha puntato su soluzioni tecnologiche molto costose, che hanno ottimi risultati ma non toccano larghe fasce della popolazione, in una situazione in cui si assiste all'allungamento della vita media ed al cambiamento nella prevalenza delle malattie, con la grande crescita delle malattie croniche e degenerative, per non parlare di quelle iatrogeniche. L'aumento vertiginoso dei costi dell'assistenza sanitaria rischia di non avere un ritorno in termini di salute della popolazione, come si è avuto in passato e come si sperava avvenisse per opera della medicina scientifica. Oggi ci si rende conto della necessità di un intervento attuato su più piani, da quello preventivo come aggiustamenti dietetici e tecniche di rilassamento, a quello high-tech. Si prende sempre più coscienza che di fronte al malato il medico si trova a dover operare ad un livello ben più complesso di quello derivante dalle attuali conoscenze scientifiche e tecnologiche⁴². La convinzione che l'assistenza sanitaria convenzionale abbia raggiunto elevati livelli qualitativi mediante approcci altamente scientifici, mentre l'approccio non convenzionale possa dare risalto alla cura della salute, alla prevenzione ed al rapporto terapeutico, ha portato molti a suggerire che i due filoni possano convergere a formare un unico sistema che integri il meglio di entrambi⁴³. Nonostante l'evidente progresso che ha consentito la medicina scientifica nel secolo XX, si può facilmente constatare che, dopo le grandi scoperte che hanno inciso drasticamente sullo stato di salute dell'uomo e sulla durata della vita media (vaccinazioni, antisepsi, antibiotici, terapie sostitutive, chirurgia, ecc...), la medicina si trova di fronte sfide più complesse. Il progetto genoma ha avuto finora ricadute pratiche molto limitate sul livello di salute della popolazione. Anche i progetti di clonazione cellulare per ora restano in gran parte progetti e sono più le paure che evocano rispetto ai benefici che si dimostrano. Si deve anche notare che la "medicalizzazione" della società ha portato, fra l'altro, all'aumento esponenziale degli errori medici come cause di morbilità e di mortalità nelle società occidentali ed all'aumento delle cosiddette reazioni avverse ai farmaci. Cresce pertanto la consapevolezza dell'importanza della globalità, dell'individualità, dei fenomeni di interrelazione sistemica, dell'ecologia, dell'importanza del fattore umano e psicologico nel mantenimento della salute e nella cura delle malattie. Le recenti acquisizioni delle scienze biomediche hanno dimostrato che l'evento morboso non è un fenomeno localizzato, ma deve essere concepito come la conseguenza di uno squilibrio generale in cui i fattori interni ed esterni agiscono attraverso l'alterazione generale di complessi meccanismi omeodinamici. La gastrite non può più essere definita soltanto in base alle lesioni organiche che colpiscono la mucosa dello stomaco così come l'ulcera duodenale non equivale alla

⁴¹ Raschetti R., Mennitti Ippolito F., Bologna M. et al.: Le terapie non convenzionali in Italia: i primi dati, Ann. Ist. Super. Sanità., 2001, 14 (7/8):583-588.

⁴² Marwick C.: US report calls for tighter controls on complementary medicine. Brit. Med. J., 2002, 324:870-872.

⁴³ House of Lords: Science and Technology - Sixth Report, Ed. Science and Technology Committee Publications, London, 2000.

presenza di un "viscere malato" in un organismo sano. Ogni malattia, anche se caratterizzata da una lesione organica, deve essere concepita come l'effetto locale di complessi squilibri più generali di cui l'endocrinologia, la neurofisiologia e l'immunologia ci stanno facendo intuire le caratteristiche. La progressiva acquisizione della consapevolezza della complessità del sistema vivente, della stretta integrazione tra livelli molecolari-organici-psichici e spirituali, dell'importanza dell'equilibrio uomo-ambiente e del precario confine tra stato di salute e malattia conduce la medicina ad un approccio meno specialistico e meno meccanicistico. Sicuramente, di questo panorama sono espressione anche le vecchie e nuove forme di medicina che esulano dal sistema ufficiale e si pongono sovente come alternativa al paradigma meccanicistico e super-specialistico dominante. Questo movimento va compreso, controllato e regolato, ma non va contrastato artificialmente^{44 45 46 47}. A tal proposito va tenuto presente il ruolo spesso nefasto o fuorviante dei mass-media⁴⁸. Uno dei fenomeni più impressionanti degli ultimi anni è stato l'aumento di informazione al pubblico a riguardo delle medicine complementari. Nuove tecnologie hanno consentito sia ai giornalisti sia direttamente alle persone interessate di acquisire informazioni e scambiarle in vario modo (dal colloquio tra parenti alle riviste di salute). Le principali testate hanno rubriche o inserti che trattano le medicine complementari, in genere con un occhio di simpatia più che di obiettiva valutazione. Il fatto è che il pubblico, spinto dall'ovvio desiderio di migliorare la qualità della vita o dalla speranza di cercare cure adeguate alla propria situazione, va a cercare soluzioni in sistemi medici diversi, di altre culture, o prodotti ritenuti "naturali" reclamizzati su internet o sulle riviste di larga diffusione. Particolarmente per persone cui sia stata diagnosticata una malattia grave e ritenuta (a ragione o a torto) incurabile, la ricerca di terapie "alternative" attraverso vie di informazione "alternative" - rispetto al medico curante - è non l'eccezione ma la regola. Inutile dire che se alcuni possono forse trarne beneficio - contribuendo quindi all'ampliarsi del fenomeno - altri possono sicuramente essere danneggiati direttamente o indirettamente (per la mancanza di diagnosi o cure controllate). Comunque molti sono confusi dalla quantità e dall'estrema varietà di informazioni. Un passaggio essenziale nel corso di un processo di integrazione sarà anche la diffusione di informazioni corrette e complete per il pubblico, gli operatori sanitari e i "decision makers" della programmazione sanitaria. Per assicurare la salute pubblica dal pericolo della diffusione di informazioni inappropriate o inattendibili bisognerebbe che entri in funzione un'agenzia indipendente e competente, dove si possa attingere a notizie quantomeno a riguardo⁴⁹:

1. le qualifiche degli operatori ed i criteri per verificarne l'attendibilità
2. le indicazioni sicure, probabili, possibili delle varie medicine complementari secondo il criterio dell'evidenza
3. le controindicazioni delle stesse
4. gli effetti avversi dei medicinali
5. informazioni accurate per le patologie gravi (es. cancro, sclerosi multipla).

Naturalmente, le informazioni dovrebbero essere date in forma comprensibile a tutti e quindi in sezioni distinte tra quelle al vasto pubblico e quelle agli operatori o specialisti. Probabilmente tale agenzia potrebbe servirsi delle competenze dell'Istituto Superiore di Sanità in materia di farmacovigilanza. Va infine ribadito con forza che non si devono sottovalutare i rischi insiti in un indiscriminato ricorso a pratiche mediche di scarsa, dubbia o nessuna efficacia dimostrabile: medicina integrata significa comprendere i limiti di applicazione delle varie metodiche diagnostiche e terapeutiche. Le medicine non convenzionali sono anche dette "dolci" in quanto rispetterebbero, almeno teoricamente, le fini dinamiche regolative endogene e l'individualità del soggetto. Per questo non dovrebbero contrastare con nessun'altra forma di intervento terapeutico, purché esso sia eseguito nel rispetto della dinamica del processo patologico in atto e delle possibilità di guarigione. L'approccio basato sulle fini regolazioni di tipo "energetico" (v.

⁴⁴ Di Stanislao C.: Editoriale, La Mandorla (www.agpuntura.org), 2003, 27.

⁴⁵ Bellavite P., Pomari, S.: I rischi e le opportunità di una possibile integrazione, *La Professione* (mensile della FNOMCeO), 2002, 4(5/6):8.

⁴⁶ Ernst E.: The role of complementary and alternative medicine. *Brit. Med.*, 2000, . 321:1133-1135

⁴⁷ British Medical Association: *Complementary Medicine. New Approaches to Good Practice*. ED. Oxford University Press, Oxford, 1993.

⁴⁸ Bellavite P.: La ricerca scientifica e la didattica nelle medicine non convenzionali, <http://chimclin.univr.it/omc/AffariSociali-Bellavite.htm>, 2003.

⁴⁹ Astin J.A., Marie A., Pelletier K.R., Hansen E., Haskell W.L.: A review of the incorporation of complementary and alternative medicine by mainstream physicians. *Arch. Intern. Med.*, 1998, 158: 2303-2310

medicina cinese) o sulle piccole dosi di sostanze naturali (fitoterapia e omeopatia) si pone come obiettivo un'azione stimolatoria sui più delicati sistemi riparativi e difensivi, ad un livello generale. Tuttavia, in condizioni patologiche serie, in cui sono presenti grossolane conseguenze biochimiche (es. diabete conclamato), anatomiche (es. tumori) o psicologiche (es. psicosi), si entra in un campo dove maggiormente pare indicato l'impiego di terapie forti ed intensive, basate sulla chirurgia, sulla terapia sostitutiva, sull'uso di farmaci in alte dosi, pur non escludendo che un approccio globale possa sempre essere di utilità. Se è vero che un approccio olistico e regolativo può avere una sua efficacia di base, è difficile credere che possa essere *risolutivo* in casi con alterazione permanente del codice genetico o nelle malattie in cui vi sia un difetto di tipo organico troppo accentuato ed irreversibile. Come tutte le terapie, anche quelle complementari hanno le loro controindicazioni, che gli operatori devono conoscere tanto bene quanto le potenziali indicazioni. Senza poter scendere nei dettagli di ogni singola materia, è opportuno sottolineare un problema comune a tutte le medicine complementari: il rischio che il paziente venga "diagnosticato" e trattato con metodologie che prescindono dalla diagnosi convenzionale e che quindi alcune patologie, anche gravi, possano passare inosservate. Un altro rischio è che i pazienti e gli stessi medici non siano in grado di giudicare obiettivamente il risultato delle cure, mancando dei parametri strumentali e laboratoristici di riferimento. Ciò potrebbe essere ovviato da una più efficace collaborazione tra terapeuta non convenzionale e centri di riferimento convenzionali per il follow-up delle terapie (es. centri antidiabetico, allergologico, cardiovascolare, salute mentale e così via). Si deve inoltre prendere in seria considerazione il rischio che le preparazioni medicinali o erboristiche - che spesso vanno soggette a minori controlli dei farmaci convenzionali prima di essere immesse sul mercato - possano essere contaminate con principi attivi diversi da quelli dichiarati o essere scadute. Trattandosi di settori della medicina in cui la ricerca scientifica fatta con criteri moderni è ancora allo stato iniziale per tutta una serie di ragioni storiche ed economiche, una buona parte di ciò che viene riportato nella letteratura che riguarda l'efficacia delle medicine non convenzionali dev'essere considerato ancora preliminare ed in attesa di verifica e consolidamento. La cautela nell'uso in campo terapeutico delle terapie non completamente consolidate e provate è d'obbligo, come, d'altra parte, quanto si è sin qui illustrato dovrebbe bastare a sostenere che anche la conoscenza delle potenzialità positive insite in approcci diversificati alla salute ed alla malattia è oggi necessaria al medico moderno, al fine di affrontare il problema terapeutico con un bagaglio quanto più ampio ed aggiornato. Attualmente la FNOMCeO riconosce valore di atto medico a nove diverse MNC. Il 18 maggio 2002, il Consiglio Centrale, vista la risoluzione n. 75 del Parlamento europeo del 29 maggio 1997 e la risoluzione n. 1206 del Consiglio d'Europa del 4 novembre 1999, sullo stato delle medicine non convenzionali, nelle quali viene constatata la crescente diffusione delle stesse e ribadita la necessità di assicurare ai cittadini il più elevato livello di sicurezza e l'informazione più corretta, consapevole della necessità che il medico, nell'esplicazione della propria attività professionale si ponga, oggi, di fronte ad un'immagine dell'uomo che tenga conto di tutti gli aspetti anche non riconducibili a schemi predefinitivi relativi a salute e malattia; Considerata la necessità di una più attenta valutazione dei possibili e diversi approcci diagnostici e terapeutici finalizzati a garantire ai cittadini la più ampia libertà possibile di scelta terapeutica. Le medicine e le pratiche non convenzionali" ritenute in Italia come rilevanti da un punto di vista sociale sia sulla base delle indicazioni della Risoluzione n. 75 del parlamento europeo del 29/5/97 e della Risoluzione n. 1206 del Consiglio d'Europa del 4/11/99 che sulla base della maggiore frequenza di ricorso ad alcune di esse da parte dei cittadini oltre che degli indirizzi medici non convenzionali affermatasi in Europa, negli ultimi decenni, sono⁵⁰:

1. Agopuntura
2. Fitoterapia
3. Medicina Ayurvedica
4. Medicina Antroposofica
5. Medicina Omeopatica
6. Medicina Tradizionale cinese
7. Omotossicologia
8. Osteopatia
9. Chiropratica.

⁵⁰ FNOMCeO: Delibera e "linee guida" FNOMCeO su medicine e pratiche non convenzionali, <http://www.saluteeuropa.it/medicine/0005.htm>, 2002.

L'Ordine professionale giocherà nel prossimo futuro un ruolo fondamentale nel processo di integrazione. In una situazione caratterizzata dalle resistenze o comunque da un ritardo di azione delle istituzioni sanitarie centrali e dell'istituzione accademica, l'Ordine ha avuto da anni il coraggio di porsi il problema e di affrontarlo mediante adeguate ed approfondite riflessioni, deliberazioni, raccomandazioni ed azioni. È interesse della categoria medica, oltre che della società civile (ma le due cose coincidono), che l'eventuale esercizio di pratiche non convenzionali sia fatto in modo scientificamente aggiornato e verificato, anche secondo etica e deontologia professionale. Se l'integrazione è fattibile, essa si fonda sì sull'efficacia dei metodi clinici, su una buona didattica e su un'efficiente organizzazione del sistema sanitario, ma anche - e forse soprattutto - sulla competenza di ogni singolo medico. I diversi livelli di integrazione sono correlati (perché la competenza si basa anche sulla scienza e sul sistema formativo) ma non coincidono. Se al "sistema" giustamente interessa in primis il problema dell'efficacia, al medico interessa in primis il tema della competenza. Nel definire le competenze, nel verificare le relative qualifiche, nel favorire la loro corretta pubblicizzazione sul piano pratico e professionale, nel vigilare su eventuali distorsioni ed abusi, l'Ordine ha un ruolo delicato, decisivo e insostituibile⁵¹. In base a queste prospettive è da sottolineare come sia una primaria ed improrogabile necessità quella di adottare una classificazione che consenta di capire quali pratiche siano compatibili con "il rispetto e il decoro della professione". In particolare, pare essenziale che anche al livello ordinistico siano tenute distinte le medicine complementari, che si basano su un iter diagnostico-terapeutico dotato di studi di riferimento aggiornati e in evoluzione, rispetto a "pratiche alternative" che si richiamano ad atteggiamenti o stili di vita generici, a dottrine riservate o esoteriche, o che utilizzano presidi non controllati né controllabili, fondate sulla semplice tradizione o su teorie pseudo scientifiche, con scarsa o nulla bibliografia⁵². Tale distinzione non deriva da una semplice esigenza casistica: se è ormai aperto un serio confronto tra medicina convenzionale e medicina non convenzionale anche sul piano legislativo, è nell'interesse di entrambi i fronti evitare sin dall'inizio confusioni e generalizzazioni nei riguardi di quelle pratiche o attività che non possedano alcun carattere assimilabile al trattamento curativo, essendo basate solo su principi fantasiosi o bizzarri, tali da escludere *a priori* ogni tipo di verifica sperimentale, ma tali anche da eludere qualsiasi controllo in ambito deontologico e normativo. In ogni caso, il richiamo alla necessità dell'acquisizione del consenso informato, nell'art. 13 del Codice Deontologico (C.D.), appare quanto mai opportuno: è ben noto che ciò rappresenta il fondamentale presupposto per la liceità di ogni atto medico ed ovviamente la pratica delle medicine complementari non fa eccezione, ma qui piuttosto il problema del consenso assume una connotazione del tutto particolare. Sarebbe auspicabile che si giungesse alla realizzazione di un "protocollo di consenso partecipato", sul modello di quelli in uso per i trattamenti medico - chirurgici usuali, ma nel quale si tenesse conto delle peculiari caratteristiche delle pratiche non convenzionali e degli specifici problemi che ciascuna di esse pone. Infine, l'art. 13 del C.D. vieta espressamente qualsiasi forma di "collaborazione" tra medici e praticanti le medicine alternative. Probabilmente anche questo aspetto andrebbe riconsiderato oggi sotto una prospettiva più realistica, ispirata ai criteri della medicina integrata. Non è pensabile che il medico possa "fare tutto da solo" anche in questo campo, ma è più facile prevedere che col crescere della cultura scientifica e col chiarirsi dei campi di applicazione e dei limiti delle varie pratiche complementari emergano anche qualificate figure di operatori sanitari, non medici, capaci di applicare alcune tecniche complementari. Espressione della crescita culturale generale del settore paramedico sono ad esempio la trasformazione delle Scuole mediche professionali in Diplomi universitari e questi ultimi in Corsi di laurea. Anche nel campo non convenzionale avviene tale crescita e qui si pone ancora più prepotentemente la necessità di un vaglio accurato sia delle discipline con cui è possibile una integrazione, sia delle Scuole che preparano gli operatori. Di fatto tale integrazione è già presente in alcuni settori come ad esempio quello delle terapie fisioterapiche o riabilitative di origine orientale, delle tecniche osteopatiche, o dalle varie modalità di parto "dolce", che sono sempre più spesso offerte anche da strutture ospedaliere pubbliche. Un ruolo degli ordini nell'attuazione della legge per le medicine complementari potrebbe essere quello di tenere i

⁵¹ Di Stanislao C.: Le MnC dopo la risoluzione della FNOMCeO del maggio 2002, www.sia-mtc.it, Contributi a Congressi Biomedici, 2003.

⁵² FNOMCeO: Dal primato della medicina scientifica al confronto con le pratiche alternative, www.agopuntura.org/LaMandorla/Documenti, 2003.

“registri” dei medici che le praticano, limitatamente alla transitoria e sanatoria, cioè prima che entrino a regime i diplomi o master delle Scuole riconosciute. E’ necessario che i criteri di definizione di tali registri siano emanati quanto prima, onde evitare difformità di azioni tra le diverse province. Bisogna comunque fare attenzione che già nella legge sia chiaro il senso e la durata dei registri (cosa che non pare dalle proposte attuali). La ragione dell’esistenza del registro sta nel garantire ai medici di una certa provincia che abbiano determinati requisiti, ma non abbiano (ancora) potuto acquisire un diploma “abilitante”, di potersi qualificare come esperti in una certa disciplina. Di conseguenza, mentre la validità del registro per chi si è iscritto sarà a tempo indeterminato, cioè coincide con l’iscrizione all’ordine, la possibilità di iscriversi cesserebbe di avere una legittimità quando nella zona esistessero scuole abilitanti per quella disciplina. Pertanto, sembrerebbe più opportuno stabilire che la possibilità di iscriversi al registro cessa non in un termine fisso (qualsiasi data rischierebbe di essere inadeguata per eccesso o per difetto) ma nel termine di 3 anni successivi all’accreditamento, nella stessa provincia, di almeno una Scuola che rilascia il diploma per quella disciplina di cui esiste il registro⁵³. Circa l’erogazione da parte del SSN attualmente, tranne che l’agopuntura per anestesia, tutte le prestazioni sono considerate fuori dai Livelli Erogabili Assistenziali (LEA), dopo un lungo periodo di fruibilità interrottosi nel dicembre del 2000⁵⁴. Lo sviluppo di un sistema sanitario integrato è ad uno stadio iniziale e si confronta con un’ampia serie di problemi. Il motivo principale dell’incertezza presente sta nel fatto che molti approcci non convenzionali sono ancora privi di un’adeguata base scientifica. Anche se ci sono evidenze preliminari di qualche beneficio raggiungibile, non si può pensare ad un inserimento organico di tali proposte terapeutiche senza una maggiore chiarezza sui campi di applicazione, i limiti, i rischi, i costi. Oggi in pratica la stragrande parte delle prestazioni in questo campo avvengono a livello libero-professionale e le spese sia mediche sia farmaceutiche sono totalmente a carico del cittadino. Questa relazione economico-finanziaria “diretta” tra il fornitore del servizio e il consumatore ha il merito di aumentare l’interesse del consumatore e la partecipazione alla terapia. D’altra parte, senza una copertura assicurativa, l’accesso alle medicine complementari (come ad altre forme di terapia) è limitato dalle possibilità economiche del paziente. Di fatto, molti cittadini non ricorrono alle terapie non convenzionali perché non possono permetterselo. Non vi sono dati precisi per l’Italia, su quali siano le compagnie private che includono nelle prestazioni sanitarie rimborsabili anche le medicine complementari, ma sarebbe molto utile che tali dati fossero raccolti e resi disponibili al pubblico e a coloro che sono responsabili della programmazione sanitaria. Le politiche di copertura finanziaria dell’assistenza sanitaria e quelle assicurative di organizzazioni pubbliche e private giocano un ruolo essenziale nel dare forma al sistema sanitario e ciò coinvolge ovviamente anche il problema delle medicine complementari. I sistemi di assicurazione privati, là dove sono essenziali all’assistenza sanitaria, offrono sempre più spesso anche prestazioni non convenzionali ed anche in Italia è in corso questo graduale cambiamento verso una mutualità integrativa. La direzione che i vari piani sanitari prenderanno in questo settore consentirà o meno l’accesso di ampi strati della popolazione a servizi di medicine complementari e indirettamente consentirà o meno anche un progresso nella conoscenza di queste metodiche e nella ricerca. Comprensibilmente, chi nelle organizzazioni sanitarie centrali e locali deve decidere come allocare le risorse, sempre limitate, in una situazione in cui aumentano continuamente i costi è preoccupato del fatto che una “liberalizzazione” anche in questo settore possa far lievitare la spesa sopra livelli non sopportabili. Il fatto che si debbano garantire spese pubbliche solo per le prestazioni sicure, efficaci e con costi ragionevoli è incontestabile, ma ad un livello più generale si deve anche pensare che le evidenze di sicurezza, efficacia e costo non sono acquisibili se non attraverso la pratica, l’uso. Quindi una posizione di pregiudiziale esclusione di ciò che non è provato porterebbe al paradossale rifiuto di ogni progresso e con grande probabilità anche all’impossibilità di valutare forme di assistenza più economiche a tempo breve, medio o lungo. È ovvio che non si possono coprire né pubblicamente né assicurativamente tutte le prestazioni, ma si dovranno selezionare in base alle reali necessità di cura di una condizione di malattia accertata (non quindi per coprire un capriccio o uno stato vago di malessere), all’esistenza di

⁵³ Lucchese P.: Proposta di Testo Unificato del Relatore A.C. 137 e abbinate “Medicine e Pratiche non Convenzionali”, www.agopuntura.org/La Mandorla/Documenti, 2003.

⁵⁴ Di Stanislao C. et al.: Le Medicine non Convenzionali nel SSN, in Le Leggi dell’ospedale, di A. Zaglio, Ed. Verduci, Roma, 2000.

un potenziale o almeno plausibile beneficio della terapia scelta, all'assenza di altre terapie sicuramente efficaci o il loro rifiuto esplicitamente e motivatamente espresso da parte del paziente, alla competenza certificata dell'operatore sanitario o della struttura erogante. Si può facilmente prevedere che un ruolo fondamentale sarà quello del medico di famiglia, una volta che sia adeguatamente formato ed aggiornato in materia, il quale potrebbe fare da filtro per un eventuale e motivato ricorso a terapie complementari, nel caso queste dovessero essere erogate dal SSN. Le pratiche preventive o terapeutiche che siano riconosciute sicure e apportatrici di benefici dovrebbero essere incluse in una lista che viene continuamente aggiornata, così come quelli di medicina convenzionale. In altre parole, non si dovrebbero distinguere gli interventi da rimborsare in interventi di medicine complementari o "ufficiali", ma semplicemente in interventi di utilità provata o non provata, secondo standards che siano del massimo livello scientifico e allo stesso tempo rispettosi delle identità e dei metodi delle rispettive discipline^{55 56 57}.

Evidenze Scientifiche, Sicurezza e Rapporto Medico-Paziente

La ricerca scientifica rigorosa fornisce il punto di partenza più logico e corretto per qualsiasi discorso sull'integrazione culturale e professionale delle medicine complementari. Essa dovrebbe rappresentare la prima fonte per aumentare ed aggiornare le conoscenze sia della classe medica sia del pubblico sulla materia. In una seconda fase, la ricerca scientifica dovrebbe contribuire, dove possibile e sulla base di evidenze, all'inserimento di alcune discipline tra le materie insegnate all'Università e di alcune terapie tra le prestazioni del SSN. Va precisato, innanzitutto, che la distinzione tra "convenzionale/non convenzionale" non è una categoria usata dalla scienza, è un concetto di politica sanitaria, che può comunque avere una sua utilità operativa nell'ambito di un certo tipo di problematiche. La scienza non si chiede se un certo fenomeno o un certo oggetto siano "convenzionali" o no, essa cerca di descriverli e di capirne le dinamiche, utilizzando i suoi specifici metodi. Di conseguenza, il tema scientifico non riguarda la "convenzionalità" o "alternatività", ma la validità o meno di teorie e prassi mediche diverse da quelle più diffuse in un certo momento storico. Se il problema della validità di medicine antiche o di altri continenti si pone oggi nuovamente ed inaspettatamente, ciò è dovuto al fatto che nuove osservazioni e nuove prove stanno mettendo in dubbio il modello biomedico scientificamente più consistente o, almeno, ne stanno mettendo in dubbio l'assolutezza come unico modello esplicativo della patologia (e quindi propositivo della terapia). Tutto ciò è perfettamente "convenzionale" in riferimento al modo di procedere della scienza medica; quindi, un'investigazione sull'efficacia ed i meccanismi d'azione dell'agopuntura cinese o dell'omeopatia è "convenzionalmente" scientifica, oltre che praticamente utile. Molti dei sistemi medici non convenzionali si sono sviluppati spontaneamente, condensando esperienze centenarie o millenarie di medici o praticanti delle varie discipline (tipiche per questo le tradizioni orientali e l'omeopatia), altre si sono sviluppate nei decenni più recenti, magari per l'intuizione di un capo-scuola che ha posto le basi di un metodo cui magari ha anche lasciato il nome. Questo particolare intervento è poi divenuto patrimonio di piccoli gruppi di seguaci, che l'hanno diffuso in varie parti del mondo. Fino a non molto tempo fa, trattandosi per lo più di sistemi auto-referenziali, non si poneva neppure il problema di "produrre evidenze" per convincere il mondo medico-scientifico convenzionale e quindi non sono stati intrapresi sufficienti sforzi in tal senso⁵⁸. Un'osservazione dello "stato dell'arte" rivela l'esistenza di una notevole mole di lavori, particolarmente in alcuni settori ma, allo stesso tempo, evidenzia che la loro qualità e quantità non sono sufficienti per un giudizio secondo i criteri più rigorosi oggi in vigore, ad esempio, per l'approvazione dei farmaci ufficiali. Gli osservatori più attenti nel campo della medicina basata sulle evidenze (es. Cochrane collaboration), concordano sul fatto che sono necessari studi più ampi e rigorosi prima di conclusioni definitive sull'efficacia della maggior parte delle procedure e dei medicinali usati come terapie complementari⁵⁹. Non è questa la sede per una rassegna sullo stato attuale della ricerca. In tale breve - e per forza di cose schematica - carrellata delle principali terapie, si osserva:

⁵⁵ AAVV: L'esperienza quinquennale dell'ambulatorio di agopuntura e moxa della AUSL 04 dell'Aquila, www.dermoag.it, 2003.

⁵⁶ Tedosio F., Forni S., Cislighi C.: Toscana e Lombardia: modelli sanitari a confronto, *Toscana Medica.*, 2001, 8: 30-35.

⁵⁷ Carra L. e Padovani G.: Sanità: modelli a confronto, *Le Scienze*, 2002, 405:13-14.

⁵⁸ Bellavite P.: Le medicine complementari: diffusione del fenomeno, motivazioni d'uso, evidenze scientifiche disponibili, http://chimclin.univr.it/omc/Udine131103/UdineBellavite_file/frame.htm, 2003.

⁵⁹ Chocrane Collaborative Group: Evidence Based Medicine, Ed. Zolag, Roma, 2003.

1. *L'agopuntura* cinese è stata provata in molte condizioni, che sono riportate in altra sede. Tuttavia, tale sistema medico ha avuto un "consenso" da parte dei massimi organismi scientifici, che hanno seguito dei criteri scientifici rigorosi e stringenti, soltanto in poche situazioni. Un altro problema dell'agopuntura, per ciò che concerne la fattibilità della sua integrazione, rimane quello della teoria complessa e per vari aspetti "intraducibile" rispetto alle teorie scientifiche (seppur non necessariamente in contrasto con esse)^{60 61}.

2. *La fitoterapia* è stata provata in molte condizioni ed accettata in alcune. Molti non la considerano un "sistema medico" non convenzionale, bensì una "farmacopea naturale", che si applica correttamente se si utilizza la cultura medica e farmacologica tradizionale. Si pone per essa il grosso problema degli effetti avversi e dell'interazione con gli altri medicinali⁶².

3. *L'omeopatia* ha prodotto, nella ricerca scientifica, una serie di evidenze preliminari di efficacia, ma non c'è una prova definitiva, di forza tale da convincere anche i più scettici. Su un centinaio di lavori di ricerca sperimentale condotti con metodi controllati e in doppio cieco, circa la metà ha dato risultati positivi (differenza significativa in favore del medicinale omeopatico rispetto al placebo), un quarto negativi, un altro quarto incerti. Comunque la maggior parte degli autori concordano che non si tratta di un placebo. C'è una scarsa accettazione scientifica per molte ragioni, a partire dalla difficile comprensione della validità del principio del "simile", ma soprattutto perché manca una spiegazione delle alte "potenze" medicinali⁶³. Meno significative le ricerche relative ad altre MNC^{64 65}:

- L'efficacia clinica dei medicinali proposti *dall'omotossicologia*⁶⁶ è stata provata in alcune situazioni, ci sono lavori pubblicati in riviste mediche (nella media di scarso impatto, con una certa prevalenza in riviste tedesche e italiane). Bisogna sottolineare il fatto che il basso numero di citazioni su riviste scientifiche, in questo caso, può essere dovuto anche al fatto che molti lavori sulla omotossicologia sono in realtà indicizzati come "omeopatia": c'è ancora molta confusione, sia nella letteratura che nella medicina pratica, tra le due discipline. È comunque provata l'efficacia di complessi omotossicologici in alcune condizioni (es. traumatologia, patologie infiammatorie acute delle prime vie aeree, vertigini).
- La *chiropratica*⁶⁷ è efficace ed è approvata in alcune condizioni di patologie minori, soprattutto del rachide; il punto forte è che essa ha una teoria compatibile con le nozioni di anatomia, fisiologia e patologia scientifiche. Però ci sono problemi di integrazione nel sistema sanitario italiano per la mancanza di corsi ufficialmente riconosciuti e la presenza di operatori con qualifiche di diverso livello (solo una minoranza dei chiropratici si è laureata all'estero in corsi ufficialmente riconosciuti in quei paesi).
- La *medicina ajurvedica*⁶⁸ ha efficacia provata in alcune condizioni. Quello che è "provato" dell'Ajurveda è non tanto il sistema medico – basato su concetti molto complessi, autoreferenziali, più di tipo filosofico e intuitivo che scientifico in senso occidentale - quanto certi medicinali con proprietà fitoterapiche o certe pratiche come la meditazione trascendentale, che ha dimostrato avere degli effetti fisiologici riproducibili (ad es. nella cura complementare dell'ipertensione).
- La *medicina antroposofica*⁶⁹ ha provato la sua utilità in alcune condizioni, poche rispetto ad altre discipline, probabilmente perché questa disciplina non è molto diffusa e si è fatta poca ricerca secondo i canoni scientifici attuali. Si tratta di una teoria complessa, che presenta problemi di integrazione anche come linguaggio, almeno nella cultura medica occidentale; d'altra parte, essa si caratterizza per un alto livello di eticità e di interesse alla visione

⁶⁰ Allais, G.B., Giovanardi, C.M., Pulcri, R., Quirico, P.E., Romoli, M., Sotte, L.: *Agopuntura. Evidenze Cliniche e Sperimentali, Aspetti Legislativi e Diffusione in Italia*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2000.

⁶¹ Di Stanislao, C. (coordinatore) (2000) *Libro Bianco sull'Agopuntura e le altre terapie della tradizione estremo-orientale*, Ed. SIA/CEA, Milano, 2000.

⁶² Firenzuoli F.: *Fitoterapia*, Ed. Masson, Milano, 1998.

⁶³ Bellavite P.: *Dossier Omeopatia*, <http://chimclin.univr.it/omc/03Omeo.htm>, 2003.

⁶⁴ Bratman S.: *Guida Critica alle Medicine Naturali*, Ed. Zelig, Milano, 2003.

⁶⁵ Commissione sulle MNC dell'Ordine dei Medici de L'Aquila: *Serie di articoli sulle diverse MNC*, www.ordinemedici.aq.it, 2003.

⁶⁶ Stizia G.: *Conoscere la medicina omotossicologica*, Ed. Guna, Milano, 1997.

⁶⁷ Sonaglio M., Therbault P.: *Le terapie manuali. Tecniche osteopatiche e chiropratiche*, Ed. Minerva Medica, Torino, 1997.

⁶⁸ Di Stanislao C.: *Introduzione alla Medicina Ayurvedica*, http://www.sia-mtc.it/Pag_culturali/ayuverda.pdf, 2003.

⁶⁹ Di Stanislao C., Brotzu R., Corradin M.: *Medicina Antroposofica*, http://www.sia-mtc.it/Pag_culturali/medicina_antroposofica.htm, 2003.

olistica della persona, quindi si tratta di una disciplina che andrebbe considerata e incentivata anche nella ricerca.

In sintesi, la situazione di incertezza su molte pratiche e medicinali è un dato reale e ciò conferma la necessità di ulteriori ricerche. È comunque difficile e forse scorretto dare un giudizio globale e prendere posizioni generalizzanti su un campo così eterogeneo. In effetti nel valutare i risultati delle ricerche bisogna spendere qualche parola sulle metodologie. Il tema dei metodi di "prova" di qualsiasi disciplina medica è ancora un campo molto aperto e lo è ancora di più nelle medicine complementari che per varie ragioni sono in ritardo nello sviluppo di una cultura "evidence-based". Va chiarito, comunque, che i metodi per raggiungere la migliore evidenza possibile sono vari e devono essere adattati sempre all'oggetto dello studio. Sarebbe inappropriato richiedere all'agopuntura o alla medicina antroposofica l'applicazione dello stesso metodo usato per provare un farmaco. Per questo la posizione secondo cui "le medicine non convenzionali non vanno approvate finché non daranno prove di efficacia" (intendendo come prova solo il trial clinico randomizzato, controllato ed in doppio cieco), trascura il fatto che lo stesso il concetto di "efficacia" non è univoco e non è provabile con lo stesso metodo in tutti i campi della medicina. Bisogna tener conto che le prove dell'efficacia si basano su esperienze che si accumulano nel tempo (ciò vale per ogni forma di medicina). Per esempio, l'omeopatia ha un vasto corpo di prove sperimentali; essa è stata la prima disciplina medica in assoluto ad effettuare sistematicamente gli esperimenti dei farmaci sull'uomo sano, sin dai primi decenni dell'Ottocento. Tuttavia, gli omeopati nella tradizionale sperimentazione non hanno utilizzato i "trials" e le elaborazioni statistiche, come si richiede oggi per i farmaci allopatrici. L'importanza degli studi clinici si differenzia in base a vari parametri, tra cui il fatto che ci sono dei metodi che hanno un'altissima validità interna, cioè prese di per sé queste prove sono indiscutibili, però magari hanno difficile o più faticosa applicazione nella pratica. Per esempio, un farmaco che è stato dimostrato efficacissimo in un setting ospedaliero, per un tempo limitato e su un numero ristretto di soggetti (decine o tutt'al più qualche centinaio), non è detto che poi funzioni così bene (cioè sia "effettivo") anche nell'ambulatorio o nella larga popolazione o per trattamenti che possono durare decenni. Provare l'efficacia di un farmaco "salvavita" in un'infezione acuta, di un antireumatico o di una dieta in una patologia che può durare decenni, di una tecnica riabilitativa o di un programma di assistenza ai malati di mente, richiede metodi diversi e adeguati allo scopo. È noto che anche nella pratica medica "convenzionale" solo la minoranza dei trattamenti posti in atto sono basati su indiscutibili prove di efficacia. La pretesa di una prova "preventiva" e indiscutibile di efficacia, delle medicine cosiddette non convenzionali rischia fortemente di ostacolare, se non di impedire, la ricerca di tipo osservazionale. Tipico è il caso dei "livelli essenziali di assistenza" da cui sono state recentemente escluse le prestazioni di medicine complementari. Invece, l'applicazione di metodiche non convenzionali quali agopuntura e omeopatia, il cui grado di sicurezza è altissimo essendovi già secoli di sperimentazione, andrebbe incentivata in condizioni in cui siano effettivamente valutati i risultati secondo la loro effettività pratica e secondo le ricadute sulla salute pubblica a medio e lungo termine. Il trial clinico convenzionale è indubbiamente il "gold standard" per esaminare molte questioni, ma nel campo delle medicine complementari non deve diventare un "monopolio metodologico"⁷⁰. A causa della complessità di molti degli approcci non convenzionali, potrebbe essere necessario adattare la metodologia clinica in modo che le questioni siano affrontate in modo graduale, un passo alla volta. Questioni sulla standardizzazione o meno dei trattamenti, sulla individualizzazione o generalizzazione, l'uso del placebo, l'associazione di più composti o trattamenti e molte altre questioni che possono sorgere nella progettazione di uno studio devono essere affrontate e risolte in relazione alla questione principale che si vuole affrontare⁷¹. Comunque lo si guardi, lo stato attuale del problema dell'evidenza scientifica delle medicine complementari conduce ad una conclusione ineludibile: se non si incrementa l'attività di ricerca, non si potrà procedere nelle migliori caratterizzazioni dell'evidenza a favore o contro specifiche terapie. La ricerca di base, clinica e sui servizi sanitari è essenziale per sostenere ogni progetto di integrazione. Gli investimenti delle aziende nella ricerca sulla sicurezza e l'efficacia dei prodotti non convenzionali dovrebbero aumentare. Ma in questa fase è essenziale anche il contributo dei finanziamenti pubblici su progetti qualificati e centri di ricerca, soprattutto per quelle terapie e quei prodotti che non hanno un immediato ritorno economico o che non sono brevettabili, quei settori quindi dove le

⁷⁰ Ziman J.: La vera scienza. Natura e modelli operativi della prassi scientifica, Ed. Dedalo, Bari, 2002.

⁷¹ Stanway A.: Guida alle medicine naturali, Ed. Red/Studio redazionale, Como, 1998.

aziende non hanno interesse ad investire. Un punto che giustifica maggiori sforzi per la ricerca è la necessità di garantire la sicurezza dei trattamenti non convenzionali. Anche se di per sé determinati trattamenti sono dotati di scarso rischio (es. agopuntura o omeopatia), nuovi problemi possono nascere quando essi vengono usati insieme a quelli convenzionali, cosa che riguarda la maggior parte dei consumatori. I potenziali effetti avversi e le potenziali interazioni sono particolarmente preoccupanti se si pensa che la maggior parte degli utilizzatori non vi ricorrono in accordo col medico curante ma come una loro personale iniziativa, spesso senza neppure avvisare il medico (talvolta ritenuto troppo poco comprensivo e chiuso di mente)^{72 73}. Secondo l'orientamento attuale, in medicina il processo di verifica e successiva validazione dell'osservazione e della pratica empirica passa attraverso il concetto di "Medicina Basata sull'Evidenza" per arrivare al massimo grado di raccomandazione costituito dall'inserimento all'interno di linee-guida. Nello studio della TANC, gli strumenti comuni di ricerca clinica si dimostrano inadeguati poiché introducono degli artefatti e riducono la descrizione dei fenomeni a modelli quantitativi astratti^{75 76}. Ciò che meraviglia molti, è che ancora si tenti di smontare la credibilità di ricerche mediche adottando criteri giudicati, dalla stessa scienza almeno discutibili⁷⁷. Ma se gli studi randomizzati e controllati (RTC) risultano moralmente ingiustificati^{78 79} e a volte poco utili nelle ricerche cliniche in generale (data la possibilità, per i dati "deboli", d'errori importanti su casistiche limitate), essi sono particolarmente criticabili nel caso dell'agopuntura cinese⁸⁰ e le altre MNC⁸¹. Non dobbiamo insistere su questo punto (discusso da più muniti esperti di ricerca nel campo delle Medicine non Convenzionali), ma vogliamo puntare l'indice su un certo tipo d'accademismo scientifico, che ancora si arroga il diritto di ergersi ad arbitro unico, in grado di misurare una ricerca o avvalorare dei risultati. Non sanno costoro che da vari decenni la filosofia scettica di Popper è considerata defunta⁸². D'altronde non solo gli studi RTC sono considerati validi in campo medico⁸³. Una revisione dei primi numeri del 1996 di sei riviste di chirurgia generale, ha mostrato che solo il 7% degli studi pubblicati era basato su RTCs, mentre il 46% era composto di casistiche di tipo osservazionale⁸⁴. A proposito di sicurezza ed eventi avversi in MNC la maggior parte degli studi riguarda l'agopuntura, la fitoterapia e l'omeopatia. L'agopuntura è ritenuta per lo più una pratica sicura con bassa incidenza di eventi avversi. Lo studio più ampio è stato realizzato presso "Tsukuba College of Technology Clinic" in Giappone. I risultati sono stati valutati sulla base del tipo, gravità e incidenza delle reazioni avverse all'agopuntura. Un totale di 391 pazienti sono stati trattati in 1441 sedute con un totale di 30.338 inserimenti di ago. L'incidenza di reazioni sistemiche riportate in singoli pazienti è risultato essere: stanchezza (8.2%) sonnolenza (2.8%); aggravamento di sintomi preesistenti (2.8%); prurito nelle zone sede di puntura (1.0%); capogiri o vertigini (0.8%); sensazione di svenimento o nausea durante il trattamento (0.8%); mal di testa (0.5%); e dolore al petto (0.3%). L'incidenza di reazioni locali segnalate, espressa come percentuale di inserimenti di ago, è risultata essere: piccolo sanguinamento al momento del ritiro dell'ago (2.6%); dolore all'inserimento dell'ago

⁷² Colombo E., Rebughini P. (a cura di): La medicina che cambia. Le terapie non convenzionali in Italia, Il Mulino, Milano, 2003.

⁷³ Facchinetti F., Allais G. B. e Giovanardi C. M. (a cura di): Terapie non convenzionali nella medicina della riproduzione, Ed. CIC Internazionali, Roma, 2003.

⁷⁴ W.H.O.: Linee guida di agopuntura e di medicina tradizionale. Sicurezza, formazione, ricerca, Ed. Red/Studio redazionale, Milano, 2001.

⁷⁵ Vickers A.: Evidence-based medicine and complementary medicine. ACP Journal Club, 1999, 130(2):A13-14.

⁷⁶ Vickers A., Cassileth B., Ernst E., Fisher P., Goldman P. J., Kang S.K., Lewith G., Schulz K., Silagy C.: How should we research unconventional therapies? A panel report from the Conference on Complementary and Alternative Medicine Research Methodology, National Institutes of Health. Ugeskr, Laeger 1997, 159(24):3746-3747.

⁷⁷ Hill A.B.: Medical ethics and controlled trials, BMJ., 1963, 1: 1043-1049

⁷⁸ Kaptchuk T.J.: Powerful placebo: the dark side on randomised controlled trials, Lancet, 1998, 351: 1722-1725.

⁷⁹ Jotti R.: L'utilizzazione del placebo negli studi clinici: il lato oscuro, Pneumorama, 1999, 14 (5): 71-72.

⁸⁰ Birch S., Zaslowski C.: Credibility of treatment in controlled trials of acupuncture, J. Altern. Complement. Med., 1997, 3 (4): 315-321

⁸¹ AAVV: Congresso Internazionale: Metodologie della ricerca clinica in Medicina Complementare, Bologna, 29 novembre 1997, Sommario degli Atti Congressuali, Riv. It. D'Agopunt., 1997, 91: 5-11.

⁸² Horgan J.: La fine della scienza, Ed. Adelphi, Milano, 1998.

⁸³ Liberati A.: Evaluation of medical interventions: What is the role of observational and experimental studies. In Clinical Trials and Pharmaco-epidemiology: Proc. 23° European Symposium on Clinical Pharmacy, Agrigento, 1994, Publ. Of the European Society of Clinical Pharmacy, 1994:41-45.

⁸⁴ Horton R.: Surgical research or comic opera: questions, but few answers, Lancet, 1996, 347: 984-985

(0.7%); petecchie ed ecchimosi (0.3%); dolore o dolenzia nella regione sede di puntura dopo il trattamento (0.1%); ematoma sottocutaneo(0.1%); dolore e malessere nella regione durante il periodo di inserimento dell'ago (0.03%). I ricercatori concludono che sebbene alcune reazioni avverse associate ad agopuntura siano comuni anche nella pratica standard, queste risultano essere transitorie e lievi se paragonate a casi quali pneumotorace, lesione cardiaca, infezione e lesioni del midollo riportate in altri studi⁸⁵. Più di recente è stato realizzato uno studio prospettico di 4 settimane basato su un questionario mandato a 1848 agopuntori membri del British Acupuncture Council⁸⁶. Agli agopuntori e' stato richiesto di descrivere tutti gli effetti collaterali che giudicassero pericolosi per il paziente, che causassero un qualsiasi problema al paziente, che fossero inusuali, che necessitassero di ulteriori indagini. Il 31% degli agopuntori interpellati per posta (574) ha risposto ed ha fornito dati su 34 407 sedute. Non vi sono stati effetti collaterali seri (eventi che hanno richiesto ricovero in ospedale, che hanno causato disabilità permanente o morte). Vi sono stati però 43 effetti collaterali minori: 1.3 per 1000 trattamenti. Gli effetti collaterali più frequenti sono stati nausea e sincope. Vi sono stati tre eventi causati da errori: due pazienti hanno avuto degli aghi lasciati in situ ed un terzo una bruciatura (moxiterapia). Vi sono state inoltre 10920 reazioni lievi in 5136 trattamenti: 15% del totale. Lieve ecchimosi (587), dolore (422), emorragia lieve (126). Un transitorio aggravamento dei sintomi si e' verificato in 966 sedute e in 830 di queste sedute l'aggravamento si e' poi trasformato in un miglioramento. Una sensazione di rilassamento si e' verificata in 4098 casi ed una sensazione di maggiore energia in 2267 casi. La fitoterapia è ritenuta di solito una terapia naturale e quindi innocua. Di recente Ernst ha realizzato un articolo in cui passa in rassegna la letteratura recente sugli effetti collaterali dei rimedi a base di erbe. Vengono forniti esempi di reazioni allergiche, reazioni tossiche, effetti collaterali correlati all'azione farmacologica desiderata di un'erba, possibili effetti mutageni, interazioni tra farmaci, contaminazione di farmaci ed identità erronee di piante. Tra le piante prese in considerazione *Serenoa s.*, *Allium s.*, *Ginkgo b.*, *Mentha p.*, *Sabal s.*, *Hypericum p.* Secondo l'autore di questo articolo, rispetto ai trattamenti con farmaci sintetici, poco si sa sulla sicurezza dei rimedi a base di erbe, nonostante che, per alcuni di questi, i rischi possano essere minori rispetto i farmaci convenzionali⁸⁷. Molto spesso si usano per moda piante tradizionali senza conoscerne a fondo i meccanismi d'azione, il che genera maggiori rischi e minore sicurezza. Un esempio è offerto dall'uso, divenuto ampio in USA ed Europa, di piante tradizionali cinesi. Il gran numero di reazioni avverse segnalate in letteratura ha prodotto un certo sospetto ed alimentato non pochi dubbi⁸⁸.n Attraverso un esame attento dei dati internazionali nel 2002, uno studio italiano, concludeva nel modo seguente⁸⁹

- L'uso corretto delle droghe tradizionali mette al riparo da vari effetti collaterali.
- L'efficacia (o la tossicità) d'ogni terapia si fonda sul dosaggio e sulle modalità di somministrazione.
- La farmacoterapia cinese è atto medico che prevede una perfetta padronanza non solo tradizionale (natura, sapore, meridiano destinatario), ma farmacologica dei rimedi somministrati (principi attivi, assorbimento, biodisponibilità, interazioni, farmacocinetica, ecc.).
- Se l'uso tradizionale indica sostanze dotate di gran tossicità, occorre sostituirle con analoghi meno tossici.

In effetti, sebbene si segnalino molte reazioni indesiderate (anche gravi e mortali) da contaminanti e pesticidi, in un gran numero di casi è l'uso non corretto di principi

⁸⁵ Yamashita H., Tsukaiama H., Hori N. et al.: Incidence of Adverse Reactions Associated with Acupuncture, *J Altern. Complement.*, 2000;6(4):345-350.

⁸⁶ MacPherson H., Thomas K., Walters S., Fitter M.: The York acupuncture safety study: prospective survey of 34000 treatments by traditional acupuncturists. *Br. Med. J*, 2001, 323: 486-487.

⁸⁷ Ernst E.: Harmless herbs? A review of the recent literature, *Am. J Med.*, 1998, 104:170-178.

⁸⁸ Linde K., ter Riet G., Hondras M., Vickers A., Saller R., Melchart D.: Systematic reviews of complementary therapies - an annotated bibliography. Part 2: Herbal medicine, *Complement. Altern. Med.*, 2001, 1(1): 5-15.

⁸⁹ Di Stanislao C.: Reazioni avverse ad erbe cinesi: riflessioni dalla letteratura, <http://digilander.libero.it/fitoamici/>, 2002.

farmacologicamente attivi a rendere ragione degli effetti avversi registrati. Questo, naturalmente, non riguarda la sola erboristeria cinese ma tutta la fitoterapia più in generale, presa spesso per "innocua", "dolce" e "maneggevole", dimostrando così incompetenza e superficialità⁹⁰. Ha invece sollevato notevoli preoccupazioni il problema della sicurezza degli oli essenziali usati nell'aromaterapia: nonostante si tratti di sostanze farmacologicamente attive, e che alcune di esse siano potenzialmente cancerogene ad alte concentrazioni, i casi di effetti negativi direttamente correlabili ad esse sono estremamente rari, probabilmente a causa della via di somministrazione transcutanea e delle basse concentrazioni di solito usate (1-3%). Di fatto però la mancanza di dati sistematici sull'argomento fa della sicurezza degli oli^{91 92 93}. Molte reazioni anche gravi si debbono all'uso dei gli oli essenziali durante il massaggio. Regole che riducono al minimo i rischi sono⁹⁴:

1. Nell'anamnesi prestare particolare attenzione ad allergie o reazioni cutanee a prodotti profumati. Controllare inoltre la storia familiare per casi di reazioni simili.
2. Una particolare attenzione nella scelta degli oli deve essere prestata in caso di: dermatite, eczema, pelle fragile, lesionata o infiammata, ogni condizione cutanea che appaia anormale.
3. Evitare ogni olio essenziale sospettato di agire come sensibilizzante in caso di clienti atopico, cioè sofferenti di asma, rinite allergica, eczema, intolleranza alla lana o a sostanze animali, o in caso di clienti con una storia familiare di atopica.
4. Prima di operare su viso e collo rimuovere eventuali cosmetici o profumi, per ridurre i rischi di reazioni da sensibilizzazione incrociata in aree soggette a ripetute applicazioni di cosmetici o profumi e quindi più a rischio.
5. E' sconsigliato applicare oli essenziali nella zona ascellare. In questa zona è probabile che siano state utilizzate polveri o deodoranti profumati che, combinati con la sudorazione, potrebbero aumentare l'assorbimento e aumentare il rischio di reazioni incrociate.
6. E' sconsigliato effettuare trattamenti di aromaterapia (applicazioni cutanee) su clienti che si rechino poi in sauna, bagno turco, solarium o spiaggia. L'elevata umidità di questi ambienti aumenta sensibilmente l'assorbimento degli oli essenziali
7. Si consiglia cautela nella scelta degli oli in caso il paziente si appresti ad effettuare esercizio aerobico o comunque intenso. La sudorazione aumenta la penetrazione transdermica e quindi i rischi di sensibilizzazione.
8. Gli oli essenziali ottenuti dall'epicarpo degli agrumi, dal Calamo aromatico e dalla Sassafrassa sono controindicati in caso di clienti con sintomi o storia di melanoma, premelanoma, macchie senili, nei larghi, lentiggini scure ed estese, in genere ogni tipo di tumore della pelle.
9. Tutti coloro che usano oli essenziali nel lavoro dovrebbero prestare una particolare attenzione nel maneggiarli, soprattutto se sono individui atopici.
10. Nel riempire recipienti con oli essenziali non diluiti, tentare di evitare il contatto con detti oli usando guanti di polietilene.
11. Evitare di trasportare gli oli dalle mani ad aree più sensibili come naso, viso o collo
12. In caso, durante un trattamento, dobbiate grattarvi le suddette aree del corpo, o dobbiate spostare i capelli dalla fronte, usate un fazzoletto oppure l'avambraccio (per i capelli)
13. Rimuovere il più possibile l'olio da massaggio tra un cliente ed un altro lavandosi le mani e, se necessario, usando una crema non profumata per prevenire la secchezza della pelle.
14. Mantenere una buona ventilazione nella stanza dove si opera con gli oli essenziali
15. Arieggiare bene la stanza tra i trattamenti
16. Assicurarsi almeno 5 minuti di intervallo all'aria aperta tra i trattamenti
17. Evitare oli sensibilizzanti se la pelle delle mani dovesse seccarsi e lacerarsi.

⁹⁰ Buchanan B., Gruissem W., Jones R.: *Biochemistry & Molecular Biology of Plants*, Ed. American Society of Plant Physiologists, New York, 2000.

⁹¹ Devereux C.: *Aromaterapia applicata. Gli oli essenziali e le loro proprietà*, Ed. Tecniche Nuove, Milano, 1994.

⁹² Brigo B.: *Aromaterapia dalla A alla Z. Il benessere con gli oli essenziali*, Ed. Tecniche Nuove, Milano, 1998.

⁹³ Lawless J.: *Aromaterapia. Grande guida illustrata ai benefici influssi degli oli essenziali per assicurarsi bellezza, salute e benessere*, Ed. De Agostani, Novara, 1999.

⁹⁴ Valessi M.: *Massaggi: guida sull'uso sicuro degli oli essenziali*, ItalMed, http://www.italmed.com/news.articolo.cfm?Art_ID=1144, 2001.

18. Quei terapeuti che sapessero di essere soggetti atopici dovrebbero valutare criticamente il proprio utilizzo di cosmetici e fragranze. Lo sviluppo di sensibilizzazioni incrociate può essere ridotto di molto usando il minimo indispensabile di profumi, conservanti e derivati della lanolina. Usate profumi non profumati e indossate guanti in PVC e cotone internamente se usate dei detergenti.
19. Per rimuovere il materiale aromatico dai vestiti usare 50 gr di sali di Epson nel lavaggio in lavatrice, e non utilizzare ammorbidenti. Informazioni da fornire ai clienti.
20. Tenere gli oli essenziali lontano dalla portata dei bambini
21. Usare quantità ridotte e, se necessario, aumentare gradatamente
22. Non utilizzare gli oli essenziali internamente se non su indicazione di personale esperto (medico o fitoterapeuta esperto in oli essenziali)
23. Non acquistare oli essenziali puri a meno che essi non siano conservati in recipienti con gocciolatore integrato al tappo e/o un tappo a prova di bambino
24. Evitare oli essenziali con etichette poco esaurienti (ad esempio che abbiano solo il nome dell'olio) e che non riportino frasi di sicurezza (ad esempio: tenere lontano dalla portata dei bambini)
25. Non applicare oli essenziali puri alle mucose (occhi, bocca, vagina, retto).

La fitovigilanza, cioè la pronta segnalazione e la messa a disposizione della comunità scientifica delle interazioni e reazioni avverse da fitoterapici, è stata sentita dagli operatori e dalle istituzioni (Ministero della Sanità) come un'impellente necessità e, di recente, sono nati due distinti ed eccellenti osservatori. Il primo, Centro di Controllo delle Reazioni Avverse ai Fitoterapici (Centro CRAFit), è realizzato dal Servizio di Fitoterapia dell'Ospedale di Empoli e dalla Direzione Sanitaria della Azienda USL11 della Regione Toscana. Gli scopi sono: migliorare la sicurezza nell'uso erbe, le conoscenze scientifiche la professionalità dei vari operatori medici, farmacisti ed erboristi. E' stato appositamente predisposto un modello di scheda di segnalazione (Modello CRAFit) che può essere inviato mediante FAX o Online, disponibile nel Sito web della Azienda USL 11 di Empoli: www.usl11.toscana.it. Nel Comitato tecnico scientifico del Centro sono presenti il Dott. Fabio Fiorenzuoli (Responsabile del Servizio di Fitoterapia dell'Ospedale di Empoli) la Dr.ssa Maria Giannotti (Dir. UO Igiene degli Alimenti), il Dr. Tiberio Corona (Dir. UO Farmacia territoriale) ed il Prof. Gioacchino Calapai (Associato di Farmacologia, Università di Messina). L'altro Centro di raccolta ed osservazione è inserito nell'Home-page di Farmacovigilanza del Ministero della Sanità (<http://www.farmacovigilanza.org/>), con aggiornamento settimanale e dettagliata analisi della letteratura e delle segnalazioni internazionali. Questi due osservatori dimostrano l'attenzione che farmacologi ed operatori pongono al problema del corretto impiego dei fitoterapici, senza nessuna forbice o ritardo rispetto a quanto accade nel resto del mondo sanitario più avanzato che, da tempo, applica il rigore necessario alla farmacovigilanza anche nell'uso di piante medicinali o parti di esse⁹⁵. Per quanto concerne l'omeopatia lo studio più dettagliato è del 2000⁹⁶. Nel corso di questa ricerca è stata presa in considerazione la sicurezza dei rimedi omeopatici. Sono stati valutati criticamente i reports sugli effetti avversi pubblicati in inglese tra il 1979 e il 1995. Si è trattato di una revisione sistematica della letteratura riguardante gli effetti avversi dei rimedi omeopatici, identificati utilizzando le basi di dati elettroniche, la ricerca su cartaceo, revisionando la bibliografia degli studi e altri articoli importanti, contattando le compagnie farmaceutiche omeopatiche e le agenzie di controllo sui farmaci in Usa e UK e comunicando con esperti in omeopatia. Risultati. L'incidenza media degli effetti avversi dei rimedi omeopatici è maggiore del placebo nei trials clinici controllati (9.4/6.1), ma gli effetti erano minori, transitori e paragonabili. E' stata rilevata una vasta incidenza di effetti patogenetici in volontari sani che assumevano rimedi omeopatici, ma la qualità metodologica di questi studi era generalmente bassa. Resoconti aneddotici di effetti contrari in pubblicazioni omeopatiche non erano ben documentati e soprattutto riportavano aggravamenti di sintomi

⁹⁵ Barnes J., Mills S.Y., Abbot N.C. et al.: . Different standards for reporting ADRs to herbal remedies and conventional OTC medicines: face-to-face interviews with 515 users of herbal remedies. Br. J. Clin. Pharmacol., 1998, 45: 496-500.

⁹⁶ Dantas F., Rampes H.: Do homeopathic medicines provoke adverse effects? A systematic review., Br. Homeopath. J, 2000, 89 Suppl 1:S35-38.

normali. I resoconti di casi in riviste mediche convenzionali puntavano più su effetti contrari di prodotti erroneamente etichettati come omeopatici, che non di veri prodotti omeopatici. Conclusioni degli autori della review: i rimedi omeopatici in elevate diluizioni, prescritti da professionisti esperti, sono probabilmente sicuri ed è improbabile che provochino gravi reazioni avverse. E' comunque difficile tirare conclusioni definitive a causa della bassa qualità metodologica dei reports che riportano possibili effetti avversi dei rimedi omeopatici. Si afferma, infine, che il particolare tipo di rapporto fra medico e paziente, molto empatico e simmetrico, è uno dei motivi del crescente successo delle MNC. In effetti tutti gli studi attuali documentano che un numero crescente di cittadini e utenti non sono più soddisfatti da una medicina sempre meno umana e sempre maggiormente strumentale e tecnicizzata⁹⁷. L'OMS, di recente, nel suo documento sulla "demoitria", ha sottolineato la necessità di ripensare ai termini di salute e malattia in termini più ampi. Ma siamo certi che, nonostante questa illustre raccomandazione, tutti siamo in grado di farlo, di intenderlo, di promulgarlo? Per essere del tutto in grado di operare in questa direzione dovremmo davvero persuaderci che la malattia è un "fatto sociale totale", alla stregua di qualsiasi evento che possa interessare la società. Per parlare di ricerche valide in MNC dovremmo tener presente (e fare accattare) che non esiste la malattia in se, circoscrivibile e definibile dentro un perimetro distinto dell'individuo, così come non esiste malato distinto e avulso da un insieme di relazioni interpersonali. La malattia in un, contesto tradizionale ed olistico, rappresenta una forma di entropia sociale, la cui risoluzione deve ricercarsi nell'attivazione di meccanismi di retroazione (omeostasi)⁹⁸. L'intervento in Medicina Tradizionale Cinese ed, ad esempio in Medicina Omeopatica, in quando tendente alla "consapevolizzazione del singolo e del suo nucleo sociale", con regole di igiene di vita, oltre che interventi terapeutici diversi, diviene il paradigma di questa concezione. Pertanto sono la percezione del grado di "equilibrio" del singolo e della sua comunità l'unico reale valore (o comunque il valore più alto) da prendere come riferimento⁹⁹. Dallo sviluppo di questo primo punto scaturisce, in modo chiaro, la particolare visione del rapporto medico-paziente che riteniamo debba informare le MNC. Va detto che, in ogni caso, la relazione sanitario (medico-paramedico→paziente) è sempre una relazione di "aiuto", sia nella Medicina Scientifica che nei modelli Non Convenzionali. Il paziente è in una particolare condizione esistenziale, nel senso che il suo equilibrio psicofisico, per svariate cause, si è momentaneamente alterato al punto che non riesce, autonomamente, a trovare soluzioni efficaci per ripristinarlo e chiede sostegno ed aiuto al sanitario. La relazione non si limita all'incontro di due persone, perché sia il sanitario che il paziente portano con loro¹⁰⁰:

- Le esperienze e i vissuti personali
- Le loro specifiche esperienze nel campo della malattia e della salute
- Il loro essere compartecipi di un'esperienza istituzionalizzante.

In altre parole: i due elementi della relazione hanno con se la propria storia che naturalmente influenza le percezioni e le aspettative di ognuno nei confronti dell'altro e quindi l'interazione stessa (Montano, 200). Solo che la relazione diviene tecnica in campo Biomedico, empatica e di ascolto in tutte le MNC. Inoltre, emozioni rievocate da vissuti, sono impedimenti per la Biomedicina, mentre divengono indirizzi conoscitivi per la Medicina Tradizionale Cinese e le altre MNC. Infatti, tutte le Medicine Tradizionali, impongono un profondo lavoro su se stessi, al fine di giungere a quella condizione che permette il realizzarsi di un'efficace relazione di aiuto dalla quale, peraltro, possiamo imparare a conoscere nuove cose di noi stessi¹⁰¹. Secondo l'ottica del pensiero paleosinense, il nostro movimento, il nostro respiro, le nostre emozioni, fanno parte di un sistema dinamico di interrelazioni dove ogni espressione è in contatto con un'altra ed è in grado di influenzarla. Questo sistema a sua volta è in relazione con altri sistemi e così via: all'infinito, sino a poter affermare che "tutto fa pare del tutto". Una concezione di

⁹⁷ Di Stanislaio C.: Alcune riflessioni sul concetto di malattia e sul rapporto medico-paziente, Riv. It. D'Agopunt., 2003, 108: 2-3.

⁹⁸ Dalle Fratte G.: La comunità tra cultura e scienza. Vol. 1: Il concetto di comunità nelle scienze umane, Ed. Armando, Roma, 1993.

⁹⁹ Ferro A.: Fattori di malattia, fattori di guarigione, Ed. Raffaello Cortina, Milano, 2002.

¹⁰⁰ Freidson E.: La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie, Ed. Franco Angeli, Milano, 2002.

¹⁰¹ MacEoin B.: Il grande libro della medicina naturale. Conoscere e saper utilizzare al meglio tutte le tecniche terapeutiche alternative, Ed. Newton & Compton, Roma, 2002.

questo tipo permette una visione diversa dell'uomo e della malattia e di conseguenza gli interventi terapeutici ed assistenziali assumono connotati diversi. Non ci si occupa più solo del sintomo o del disagio, ma questo viene inserito all'interno di un contesto più grande che comprende atteggiamenti, relazioni, ambiente. In questo contesto il sintomo, la malattia, il disagio hanno una loro logica, una loro economia, una loro energia e agendo su questi elementi si possono migliorare le condizioni di salute di una persona¹⁰². In buona sostanza il medico deve sapere, saper fare, saper essere. Ai primi due obiettivi provvede (o almeno dovrebbe provvedere) l'università a livello sia culturale (didattico) sia esperienziale (tirocinio). Per saper essere medico, nell'accezione odierna (che è più vicina alla normale professionalità che non alla mitica missione di un dott. Schweitzer), occorrono ulteriori dosi di formazione culturale. (informazione) e di formazione esperienziale alla relazione con il paziente. Non si pretende che il medico diventi psicologo o si atteggi ad esserlo (in maniera autodidatta, artigianale, approssimativa) ma che sappia riconoscere la componente relazionale della pratica professionale quanto basta per¹⁰³:

- non tirarsi troppo presto indietro scaricando il paziente;
- non commettere errori (*primum non nocere*);
- non tradire la fiducia e le speranze del paziente;
- rispettare il suo ippocratico dovere di alleviare comunque la sofferenza del paziente,
- ricordare che è un medico della persona umana e non solo del fisico umano come verrebbe da pensare ricordando che, in inglese, il medico si chiama *physician* (= fisico).

Come nel caso dell'impostazione secondo i Gruppi Balint, al professionista (medico o odontoiatra) che pratica le MNC si richiede di focalizzare la sua attenzione non più sull'organo malato, ma sull'individuo portatore di un disturbo. La capacità da acquisire per prima è quella del "saper ascoltare", anche al di là delle parole del paziente. Saper ascoltare diventa così il primo obiettivo da raggiungere e bisogna imparare a farlo con tutti i nostri sensi. Inoltre, ogni attività di cura si esplica all'interno di una relazione curante-paziente, che si caratterizza per essere una relazione di tipo professionale ("le professioni d'aiuto"). La relazione è una variabile fondamentale per l'esito della cura e la parte di competenza del medico assume l'importanza di un farmaco. Come ogni altro farmaco, anche questo dovrebbe essere somministrato con competenza. Infine, la relazione professionale con finalità curativa è anche un contesto affettivo in cui, pur nella differenza dei ruoli, vale il principio della reciprocità. Con una formazione in MNC, si tende a migliorare la capacità relazionale: non solo può aumentare

l'efficacia di una cura, ma diminuisce il rischio di burn-out¹⁰⁴.

La Medicina Integrata e la Formazione

Attualmente vi sono parecchi segni di una progressiva accettazione da parte delle istituzioni ufficiali e della comunità scientifica di quanto le medicine complementari possono offrire di positivo¹⁰⁵:

- i lavori pubblicati riguardanti tecniche complementari (agopuntura, omeopatia, fitoterapia, ecc.) su riviste scientifiche internazionali crescono di numero e di qualità; stanno uscendo nuove riviste che si interessano di questo campo e le pubblicazioni presenti sulle banche-dati internazionali sono in notevole aumento;
- esiste già da dieci anni un gruppo internazionale (un centinaio di membri) il cui scopo è coordinare la ricerca nel campo dell'omeopatia e delle alte diluizioni (*Group International de Recherche sur l'Infinitésimal*);
- le istituzioni di ricerca pubbliche si stanno aprendo a questo settore: la Comunità Europea ha lanciato un'indagine (progetto COST B4) al cui primo censimento hanno risposto 550 dei gruppi che fanno ricerca in medicina non convenzionale;

¹⁰² Bizier N., Dal pensiero al Gesto, Ed. Sorbona, Milano, 1993.

¹⁰³ Balint M.: Medico paziente malattia, Ed. Gualandi, Parma 1978.

¹⁰⁴ Meier S.T., Davis S.R.: Guida al counseling, Ed. Franco Angeli, Milano 1994.

¹⁰⁵ Mastrodonato F.: Medicina Biointegrata, Ed. Tecniche Nuove, Milano, 2001.

- il Parlamento Europeo ha promulgato il 29/5/97 una risoluzione (A4-0075/97) sullo "*Status of non-conventional medicine*", che invita la Commissione Europea a lanciare rigorosi studi sulla sicurezza e l'efficacia delle medicine di natura complementare o alternativa, nonché ad inserire nozioni di medicina complementare nei curricula universitari ufficiali;
- il governo degli Stati Uniti ha istituito, presso i *National Institutes of Health* un ufficio specificamente dedicato allo studio delle medicine alternative (*Office of Alternative Medicine*);
- i medicamenti omeopatici sono stati riconosciuti e la loro produzione e vendita regolamentate da recenti direttive europee, recepite anche in sede legislativa italiana;
- in alcuni istituti universitari europei ed in molti istituti statunitensi si è iniziato a prendere in considerazione la medicina complementare (soprattutto agopuntura e omeopatia), almeno a livello di ricerca e di corsi informativi.
- il linguaggio non equivoco come strumento fondamentale di comunicazione tra gli operatori. Chiaramente, nella prospettiva di un'integrazione, esso potrebbe essere implementato con nozioni derivate dalle medicine non convenzionali, i cui elementi fondamentali dovrebbero essere inseriti nel curriculum universitario.

D'altra parte, le medicine complementari porterebbero il contributo di¹⁰⁶:

- un patrimonio di conoscenze empiriche: tradizione agopunturistica, fitoterapica, farmacopee omeopatiche. Dove c'è empirismo c'è anche esperienza e conoscenza, le quali non possono essere scartate solo perché attualmente non codificate e spiegate in termini scientifici;
- procedure anamnestiche e semeiotiche orientate programmaticamente a inquadrare la globalità e l'individualità del paziente. Si tratta di un patrimonio di metodologie clinico-terapeutiche finissime e per lo più concepite per rispondere alle carenze individuate nell'equilibrio psicofisico dei pazienti. Ciò potrebbe forse contribuire a superare l'eccessivo tecnicismo di cui soffre la medicina convenzionale¹⁰⁷;
- idee nuove per la ricerca, che possono servire da stimolo e da orientamento a chi si pone il problema di indagare in modo scientifico e razionale il campo della complessità fisiologica, dei sistemi dinamici e delle microdosi di farmaci. Se questo processo di osmosi si verificherà, non si può non prevedere che, progressivamente, alcune categorie terapeutiche oggi considerate complementari potrebbero essere un domani considerate convenzionali e contribuire all'unica cura del malato, che chiameremo "medicina integrata". Nell'immediato, però, sono indispensabili i seguenti passaggi^{108 109}:
- esperienze-pilota di cooperazione tra medici convenzionali e medici cultori di medicine non convenzionali ed istituzione di gruppi di esperti che esaminino le possibilità di integrazione, in via sperimentale;
- ricerca scientifica sull'efficacia ed i possibili meccanismi d'azione delle terapie complementari;
- istituzione di centri di documentazione, osservatori sugli effetti avversi e banche-dati della letteratura.
- La fattibilità dell'integrazione dipende dal coinvolgimento dei diversi protagonisti, dalle resistenze, dai modelli interpretativi che si intendono seguire, dal sostegno politico delle istituzioni e dalle risorse. Il tema dell'integrazione in medicina, di ciò che è "convenzionale" con ciò che non lo è, riceve un'attenzione crescente dalla società civile, dalla professione medica, dalla scienza. Negli ultimi anni, la letteratura medica corrente (es.: *Brit. Med. J*, *JAMA*, *Lancet*) si è molto "aperta" all'integrazione di conoscenze provenienti da diverse culture e quindi anche alle cosiddette medicine non convenzionali. L'integrazione, tra alcuni sistemi medici complementari o non convenzionali e il sistema medico culturalmente e politicamente dominante, rappresenta una grossa sfida al sapere scientifico ed all'organizzazione accademica e sanitaria. Tale sfida si gioca su molteplici piani: ricerca scientifica (soprattutto sull'efficacia, l'effettività, l'appropriatezza ed il rapporto costi/benefici delle varie pratiche), didattica (soprattutto in riferimento alla formazione pre- e post-laurea,

¹⁰⁶ Bellavite, P., Semizzi, M., Andrioli, G.: *Medicina Complementare*. Atti del Convegno organizzato dall'Ordine dei Medici di Milano 17-10-1998, Ed. Ord. Med. Milano, 1998.

¹⁰⁷ Bellavite, P.: *Biodinamica*. Basi fisiopatologiche e tracce di metodo per una medicina integrata, Ed. Tecniche Nuove, Milano, 1998.

¹⁰⁸ AAVV: *Scientific Scrutiny Applied to Alternative Medicine* JAMA, 1998, 280: 1549-1640.

¹⁰⁹ Astin, J.A., Marie, A., Pelletier, K.R., Hansen, E., Haskell, W.L. : *A review of the incorporation of complementary and alternative medicine by mainstream physicians*. Arch. Intern. Med., 1998: 158: 2303-2310

all'eventuale istituzione di nuovi corsi in università, al controllo della qualità delle offerte formative), organizzativa (sistema sanitario, organizzazioni professionali, deontologia, legislazione). La medicina integrata ("integrative medicine" negli Stati Uniti) è praticare la medicina in modo da incorporare elementi delle pratiche complementari ed alternative nei piani preventivi e terapeutici, a fianco dei più solidi metodi diagnostici e terapeutici ortodossi^{110 111 112}. La cosa prioritaria è costruire sinergie tra esperti delle singole discipline, enti di ricerca pubblici e privati e organismi politico-amministrativi, che puntino in primo luogo a sviluppare la ricerca di tipo epidemiologico-osservazionale e sperimentale, il primo gradino e la materia prima per una integrazione e di una formazione professionale basate sulle evidenze. Senza investimenti e finanziamenti adeguati non c'è ricerca e senza ricerca non c'è risposta sull'efficacia e i rischi delle terapie complementari. Un altro fondamentale prerequisito per un'efficace integrazione è la definizione dei percorsi formativi, e quindi dei modi di accertamento e di attestazione delle competenze, dei medici (e eventualmente, a particolari condizioni, di altre professioni sanitarie non mediche) nelle diverse discipline. Per un'ottimale avvio di ricerca e didattica aventi la massima garanzia di serietà e di scientificità, nel rispetto dello statuto epistemologico e delle metodologie delle varie discipline, si dovrebbero incentivare collaborazioni e/o convenzioni tra diversi enti ed istituzioni coinvolti a vario titolo nella problematica: università, scuole di formazione private, società scientifiche, ordine professionale, sistema sanitario nazionale, aziende. In sintesi, l'integrazione è un processo storico già avviato e inevitabile, ma che esso sia fattibile e, soprattutto, sia fattibile in modo razionale e produttivo in termini di salute per i cittadini resta ancora da stabilire.

Va qui aperta una parentesi sulla sicurezza dei prodotti impiegati, argomento al Centro di un Congresso Internazionale, patrocinato dall'Istituto Superiore di Sanità e organizzato dalla ULS 11 di Empoli, il 10 e 11 ottobre 2003 e commentato, in sintesi, con la frase "Naturali sì, innocue no"¹¹³. Molta perplessità è stata espressa in campo fitoterapico. Sebbene ampie e numerose siano le ricerche sui principi attivi presenti nelle diverse droghe vegetali, da un esame della letteratura emerge che la maggior parte degli studi si basa su conoscenze empiriche, mai abbandonate in virtù della loro validità pratica¹¹⁴. I prodotti erboristici non vengono sottoposti ad indagini scientifiche con lo stesso rigore richiesto per i farmaci convenzionali e non sono soggetti ai processi di approvazione del FDA o di altre organizzazioni sanitarie nazionali. Inoltre, a differenza dei farmaci convenzionali, i fitoterapici non hanno una regolamentazione che codifichi ed accerti la loro purezza, potenza e sicurezza¹¹⁵. A tale proposito vanno segnalate varie reazioni indesiderate da impiego di prodotti erboristici della tradizione orientale sia per via sistemica che topica. Particolarmente frequenti le reazioni di tipo allergico con gravi crisi cardiorespiratorie necessitanti, sovente, di ospedalizzazione¹¹⁶. Un altro rischio è cadere in tentazioni di onnipotenza di tipo news age e confondere le MNC, o una parte di esse, per pratiche guaritorie di tipo magico-sciamano o apotropaico. Uno schema classico – che risale al positivismo, e di cui la cultura ufficiale non si è ancora completamente liberata – considera la magia come uno stato primitivo dei rapporti fra l'uomo e il sacro. A mano a mano che la religione avanza, la magia declina e rimane confinata alla periferia della società. Fino a qualche anno fa – citando Auguste Comte, il padre del positivismo e anche di questa tesi – qualcuno sosteneva che dopo il primo stadio, magico, e il secondo, religioso, l'umanità poteva finalmente entrare nel terzo e più glorioso stadio scientifico. Nell'epoca della scienza non solo la magia a poco a poco sarebbe sparita, ma anche la religione avrebbe visto ridursi di molto il suo ruolo. Oggi, con l'esplosione delle molteplici forme di nuova religiosità, con il declino della fiducia nella scienza, con la critica radicale a cui sono state sottoposte le

¹¹⁰ Ornish D., Scherwitz L.W., Billings J.H. et al.: Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. *JAMA*, 1998, 280: 2001-2007

¹¹¹ Lewith G.T.: Reflections on the nature of consultation. *J Altern. Complement. Med.*, 1998; 4: 321-323

¹¹² Maizes V, Caspio O. The principles and challenges of alternative medicine; more than a combination of traditional and alternative therapies. *West J Med.*, 1999, 171: 148-149

¹¹³ AAVV: Naturali, non innocue, *L'Espresso*, 24 Ottobre 2003, 203-207.

¹¹⁴ Formenti A.: Alimentazione e fitoterapia, metodologia ed esperienze cliniche, Ed. Tecniche Nuove, Milano, 1999.

¹¹⁵ AAVV: Dietary Supplement Health and Education Act of 1994, Public Law No. 103-417, 1994.

¹¹⁶ Frieri M.: Herbal therapies: what allergist-immunologists should know regarding patient use of complementary and alternative medicine, *Allergy Asthma Proc.*, 2001, 22(4):209-215.

teorie classiche della secolarizzazione, lo schema positivista delle tre epoche sembra certamente passato di moda, ma rimane nello spirito generale – più o meno vagamente presente – l'associazione della magia al passato e l'idea che nella società dell'informatica e dell'alta tecnologia si tratti al massimo di un divertente anacronismo. I sociologi – primo fra tutti in Italia Massimo Introvine – hanno riscoperto un interesse per la magia a partire dai numerosi studi che, dagli anni 70, hanno dovuto consacrare ai nuovi movimenti religiosi. Inventariando questi movimenti, hanno finito per scoprirne alcuni a cui la semplice etichetta di «movimento religioso» si applicava con molta difficoltà. L'esperienza che questi gruppi proponevano ai loro seguaci non era infatti propriamente religiosa, ma – piuttosto – magica. Dallo studio dei nuovi movimenti religiosi i sociologi e più in generale gli studiosi di scienze religiose (più tardi anche i teologi) sono risaliti a un fenomeno più generale: la nuova religiosità, che comprende non solo i gruppi strutturati e più o meno gerarchici – i «movimenti», appunto ma anche le «credenze» nuove diffuse nella società: credenze che contagiano gli stessi fedeli delle Chiese maggioritarie. Ma – prima ancora di addentrarci nell'argomento – è opportuno notare che il fatto rimane, ed è sorprendente. Anche se non tutti sembrano esserne pienamente consapevoli, l'epoca della magia nella storia dell'Occidente non è il Medioevo e neppure il Rinascimento (dove pure gli interessi magici erano molteplici). È il nostro secolo, a partire dalla grande rinascita dell'occultismo e dell'esoterismo che si manifesta contemporaneamente in Francia, in Inghilterra e negli Stati Uniti negli ultimi decenni dell'Ottocento e che si sviluppa quindi in un crescendo che arriva fino ai giorni nostri¹¹⁷. Il termine magia deriva dal greco «*magheia*», che significa scienza, saggezza; i *magi* erano gli antichi sacerdoti persiani. Anche il Nuovo Testamento parla di maghi e magia: i Magi che secondo il racconto di Matteo (cfr. Mt 2,1-12), si recano alla ricerca del Bambino Gesù guidati dalla stella, non sono però maghi nell'accezione moderna del termine, ma piuttosto scienziati o sapienti. Negli Atti degli Apostoli (cfr. At 8,9-24), si trova l'episodio di Simon Mago che, come molti altri, aderisce alla predicazione degli Apostoli e si fa battezzare. Meravigliato per i prodigi da loro compiuti, offre del denaro per ottenere quel potere, ma Pietro risponde: «*Il tuo denaro vada con te in perdizione, perché hai osato di acquistare con denaro il dono di Dio*» (At 8,20). Da questo episodio deriva il termine «*simonia*» riferito al commercio di cose sacre. Dal fatto che la magia si trova in tutti i popoli, qualcuno sostiene che essa sia la madre della religione. Ma cristiani ed ebrei, come mostra anche la Bibbia, tracciano una netta distinzione. Per definire la magia il classico *Golden Bough* («Ramo d'oro», 1890) di James Frazer (1854 -1941) riprendeva l'idea comtiana di un'evoluzione dell'umanità in tre stadi: la magia, la religione e la scienza. L'uomo primitivo – secondo Frazer – aveva il desiderio, di per sé non illogico né irrazionale, di controllare per quanto possibile la natura. L'unico modo ragionevole di perseguire questo obiettivo consisteva nel cercare di comprendere le leggi naturali. Giacché – secondo Frazer – le capacità di ragionamento dei primitivi erano limitate, essi riuscirono a identificare soltanto due leggi, peraltro confuse e, nelle loro applicazioni letterali, anche sbagliate: la legge della somiglianza («il simile produce il simile») e la legge del contatto («ogni effetto deriva dal contatto, visibile o invisibile, di una forza applicata da un agente»). Il tentativo di applicare queste presunte leggi non poteva produrre che magia, nei due tipi fondamentali della magia cosiddetta «imitativa» (mimetica od omeopatica) e della magia «contagiosa». Quando i primitivi, racconta Frazer, si resero conto che la magia non funzionava, passarono alla religione. Cominciarono, cioè, a ritenere che i fenomeni naturali fossero controllati da spiriti o divinità che non potevano essere manipolati ma soltanto supplicati o pregati. Ma a poco a poco – conclude Frazer – accanto alla religione cominciò a svilupparsi la scienza, che scoprì una dopo l'altra le «vere» leggi della natura. L'influenza delle idee di Frazer è stata immensa, e probabilmente non è ancora terminata. Nell'Europa latina idee largamente ispirate a Frazer si diffusero grazie alle teorie di Lucien Lévi-Bruhl (1857-1939) sul pensiero dei primitivi, che a loro volta influenzarono le teorie di Jean Piaget (1896-1980), secondo cui il pensiero magico si manifesta nei primi anni di vita del bambino e sparisce gradatamente (salvo casi patologici) nel passaggio dall'infanzia all'adolescenza. Una delle critiche più distruttive delle idee di Frazer è stata formulata dal filosofo Ludwig Wittgenstein (1889-1951) nel quadro della sua più generale riflessione sui limiti del positivismo. L'interpretazione che il Frazer diede della magia intendendola come una «falsa scienza» è ben contestabile, in quanto essa non si risolve nei due principi ricordati da Frazer (simpateticità e contagio), ma prevede un sistema più

¹¹⁷ Bianchi U.: Problemi di storia delle religioni, Ed. Studium, Roma, 1993.

complesso di circostanze, riti, credenze. Inoltre, è difficile tracciare una linea netta fra magia e religione, nella storia si notano vari casi in cui le manifestazioni religiose si intrecciano con manifestazioni magiche. Nota in questa prospettiva lo storico delle religioni italiano Ugo Bianchi che se la religione si risolve in una *Weltanschauung* – in una visione del mondo – e quindi non ha bisogno di riferirsi ad altro, la magia attinge dalla religione idee e concetti, se non altro per sottometterli al proprio trattamento. In ogni caso, oggi la posizione di Frazer non ha forse neppure bisogno di un'analisi dei difetti della sua logica. Per il positivista Frazer solo il fatto era divino; e il «fatto», oggi, è che la magia non è affatto sparita con i progressi della scienza, ma – come abbiamo visto – non è mai stata così socialmente presente come nel mondo contemporaneo. Secondo i due sociologi americani Rodney Stark e Williams Sims Bainbridge¹¹⁸ la differenza principale tra religione e magia consiste nel fatto che – di fronte ai problemi degli uomini – la religione offre «compensatori generali» (una visione del mondo in cui le domande che inquietano l'uomo trovano una risposta globale), mentre la magia propone piuttosto «compensatori specifici» (che vorrebbero risolvere i problemi uno per uno). Da questo punto di vista il mestiere del mago è infinitamente più pericoloso di quello del leader religioso. In primo luogo, chi propone soltanto «compensatori specifici» entra nel gioco della domanda e dell'offerta: se offre la guarigione da determinate malattie, non riuscirà a raggiungere chi non ne è colpito; se offre incantesimi e formule per riconquistare la persona amata non interesserà chi vive una esperienza affettiva felice, e così via. Il mago si espone quindi immediatamente alla prova empirica delle sue affermazioni. Se ha promesso la guarigione, l'amore o il successo, potrà rimandare la verifica, ma ben presto il suo seguace gli chiederà conto dei risultati. Da questo punto di vista il leader religioso che promette vantaggi nell'aldilà o su un piano puramente spirituale, che si sottrae alla verifica empirica, dovrebbe vivere una vita più tranquilla. Dunque, non solo i maghi tendono a perdere seguaci e a formare più spesso *client cults* che *cult movements*, ma anche i loro movimenti sono effimeri e in genere crollano dopo anni di smentite empiriche alle loro promesse e di incapacità di stabilire relazioni di interscambio globali e costanti con i seguaci. Se si vuole adeguatamente comprendere cos'è la magia occorre porsi sulla scia del celebre fenomenologo delle religioni rumeno Mircea Eliade (1907-1986), si può distinguere la magia dalla religione in quanto l'esperienza magica più che un'esperienza del Divino o del sacro (*ierofania*) è un'esperienza del potere (*cratofania*), dove l'uomo manipola il sacro e lo mette al proprio servizio¹¹⁹. La religione cerca l'esperienza del sacro per se stessa e ha come termine di riferimento, almeno tendenziale, Dio o l'Assoluto. La magia tende invece a ricercare il contatto con forze «occulte», considerate superiori al singolo uomo, ma possono essere manipolate e controllate accrescendo la potenza del mago e dei suoi seguaci. Lo scopo per cui si vogliono acquisire i poteri magici può essere materiale (acquisizione della ricchezza o del dominio sulla altre persone) o nobili (miglioramento di se stessi e dell'umanità. Per raggiungere tali fini si mobiliteranno soprattutto una serie di divinità «intermedie» – spiriti, angeli, demoni, fluidi, energie, potenze – mentre, almeno in Occidente, l'influenza della corrente anti-magica che percorre il giudaismo e il cristianesimo renderà meno credibile la pretesa di «catturare» Dio stesso per porlo al servizio dei propri progetti magici¹²⁰. Va comunque detto che un'attenta osservazione dei fenomeni della magia popolare porta all'ammissione che il ricorso alla magia alcune volte produce dei risultati che non sembrano solo apparenti; può capitare infatti che il cliente che si rivolge all'operatore dell'occulto per una guarigione, effettivamente la ottenga o che i tarocchi prevedano qualcosa che si realizza nel futuro della persona che si rivolge al cartomante¹²¹. Questi fatti, che fanno nascere il sorriso sulle labbra dei più scettici e razionalisti, richiedono in ogni caso una spiegazione, perché per chi ricorre e crede alla magia non sono semplici sciocchezze, ma dati di fatto. Se molte volte le parole adatte per rendere conto dei fenomeni magici sono «caso», «finzione», «frode», «assurdità», «credulità», «ingenuità», altre volte le spiegazioni adottate sono di ordine psicologico (la «volontà di credere» da parte di chi si rivolge al mago, l'effetto placebo) o fanno perno sul concetto peraltro controverso di paranormale (si sostiene che, essendo poco conosciuti, i fenomeni magici sono in realtà fenomeni naturali fatti impropriamente oggetto di interpretazione soprannaturale). Ma, condividendo il pensiero di Massimo Introvigne e

¹¹⁸ Stark R., Sims Bainbridge W.: *The futur of Religion*, Univesity of California Press, Berkley, 1985.

¹¹⁹ Dumèzil G., Eliade M.: *Esploratori del pensiero umano*, Ed. Jaca Book, Milano, 2000.

¹²⁰ Conferenza Episcopale Toscana: *A proposito di magia e demonologia*, Ed. Cooperativa Firenze 2000, Firenze, 1994.

¹²¹ Arcella L., Pisi P., Scagno R.: *Confronto con Mircea Eliade. Archetipi mitici e identità storica*, Ed. Jaca Book, Milano, 1998.

seguendo le indicazioni di importanti Documenti del Magistero (solo per ricordarne alcuni, la relazione finale del Cardinale Francis Arinze al Concistoro straordinario del 5 aprile 1991, la Lettera Pastorale *Nuova religiosità e nuova evangelizzazione* di Monsignor Giuseppe Casale del 6 marzo 1993 e la Nota Pastorale della Conferenza Episcopale Toscana del 15 aprile 1994) è necessario affermare che il cattolico, leggendo la realtà della magia, deve essere disposto a fare un passo in più rispetto allo scienziato. Deve essere disposto a camminare insieme al teologo e anche all'esorcista, il quale – beninteso – non è il mago che si spaccia per tale, ma il sacerdote delegato dal Vescovo a norma del canone 1172 del *Codice di Diritto Canonico*¹²². Perché ci siamo occupati di questo argomento? L'epoca del trionfo della magia nella storia dell'Occidente non sia il Medioevo e neppure il Rinascimento, ma la nostra era informatica e post-moderna. Quello in cui viviamo è il periodo critico che fa seguito ai secoli della propaganda atea, positivista e materialista che, in nome della «Dea Ragione», del partito e della classe sociale, della razza o del proprio *ego*, ha condotto all'allontanamento dal Dio cristiano e dalla Verità dottrinale custodita dalla Chiesa cattolica. Oggi domina il relativismo nel senso più assoluto, l'uomo post-moderno vive in quello che dal punto di vista culturale Aleksandr Isaevic' Solz'enicyn ha efficacemente definito come «*un mondo in frantumi*». In questo mondo, l'opzione religiosa più diffusa è il «credere senza appartenere» o il «credo, a modo mio». Risulta evidente come ciò lasci largo spazio alla diffusione di credenze e pratiche religiose – o presunte tali – quantomeno bizzarre. Vale la pena di notare come il processo di progressiva rivendicazione dell'autonomia del singolo e della società dalla Chiesa cattolica, incominciato con l'Illuminismo settecentesco e con l'esaltazione della «Ragione» sul quello che gli illuministi definivano «l'oscurantismo della fede», abbia condotto – come esito ultimo e paradossale – al trionfo dell'irrazionale e del superstizioso. Dunque, aveva ragione il filosofo italiano Augusto del Noce (1910-1989) quando acutamente osservava che la secolarizzazione non si accompagna solo all'«*espansione dell'ateismo*», ma anche all'emergere di «*nuove forme di mitologismo*». E aveva altrettanta ragione lo scrittore cattolico Gilbert Keith Chesterton (1874-1936), il quale scrisse che quando non si crede più in Dio non è che non si creda più a nulla: si crede a tutto¹²³. Il pericolo per noi resta quello, come cultori e praticanti di medicine tradizionali e non convenzionali, di rimanere intrappolati nella rete dell'esoterismo magico ed acritico, in una sorta di visione vagamente ecologica e new age che non può produrre altro che confusione in un momento in cui ci troviamo a trasportare, con determinata intenzione, le MnC dalla periferia al centro del modello medico¹²⁴. Parafrasando Massimo Introvine dobbiamo ritenere che non esistono forme magico-esoteriche buone ed altre cattive e che tutto ciò che è vagamente espresso come una sorta di ascetico culto, va guardato con estremo sospetto¹²⁵. Ben vengano gli studi sull'esoterismo se servono a spiegare parti importanti di sistemi medici tradizionali¹²⁶, ma guai a seguirne alla lettera certi dettami che rischiano di allontanarci seriamente da uno studio corretto ed attualizzato delle arti mediche non convenzionali.¹²⁷ Un esempio per tutti: per comprendere il pensiero taoista viene spesso presentata la teorizzazione dell'enneagramma che si ritiene sia legata alla cultura sufi. Tuttavia nessuna dimostrazione o ricerca storica appare convincente in tal senso, in quanto viene puntualmente smentita dagli storici. L'enneagramma, che per Gurdjieff era piuttosto un simbolo generale dell'uomo e del cosmo, è utilizzato come strumento di classificazione dei «*tipi psicologici*» umani, grazie soprattutto all'Istituto Arica di Oscar Ichazo e alla psicologia di Claudio Naranjo (e grazie ad una certa stampa cattolica che lo ha ampiamente diffuso). Questo sistema a nove punte, pertanto, è molto diverso dai sistemi di coordinamento della tradizione cinese basati sulle combinazioni dello Yin/Yang o sui Cinque Elementi (vedi parte Speciale, Agopuntura e Medicina Tradizionale Cinese) ed ogni tentativo di farli collimare genera solo confusione e falsità fuorviante¹²⁸. Ogni ricerca va storicizzata, compresa nella sua gesta essenza e succisivamente attualizzata e accostata a realtà altre e diverse. Già grande è il nostro impegno nel tentativo di comprendere i classici e coniugarli con l'esperienza clinica di oggi, non

¹²² Menogotto A.: *Magia, magie, maghi*, http://digilander.libero.it/rinnovamento/documenti/reli_05.html#_ftnref4, 2000.

¹²³ Mengotto A.: *New Age "fine" o rinnovamento*, Ed. Sinergie, S. Giuliano Milanese, 1999.

¹²⁴ Di Stanislao C.: Editoriale, *La Mandorla* (www.agopuntura.org), 2003, 25.

¹²⁵ Introvine M.: *Il ritorno della magia*, Ed. Edieffe, Milano, 1992.

¹²⁶ L'esoterismo ha largamente influenzato la cultura occidentale: la filosofia di Hegel (1770-1831), ma anche la psicanalisi di Freud (1856-1939) e Jung (1875-1961) ne risultano ampiamente debitrice.

¹²⁷ Favre A.: *L'esoterismo. Storia e significati*, Ed. SugarCo, Carnago (VA), 1992.

¹²⁸ Introvine M.: *Il sacro post-moderno*, Ed. Gribaudi, Milano, 1996.

appesantiamoci con altri, inutili, fardelli. Bel vengano le riflessioni filosofiche o antropologiche, ma teniamoci a debita distanza da altre pratiche per lo meno (e per quanto detto) alquanto sospette. Ciò che ci distanzia dai fautori della cultura new age è che, pur essendo convinti di non dover rinunciare agli insegnamenti del passato, abbiamo rinunciato da sempre "all'ipsidiximo" scolastico e all' ei pitagorici e sappiamo guardare, in modo non talebanico né fideistico, tanto ai dati tradizionali, quanto al dettato dell'esperienza scientifica sul campo¹²⁹. E' crescente il numero di persone che si rivolge a medicine diverse da quella cosiddetta Ufficiale per curare la propria salute¹³⁰. Medicina Occidentale, Medicina Ufficiale, Medicina Convenzionale sono tutti termini con i quali si designa la "nostra" medicina basata sul paradigma biomedico proprio della cultura dell'Occidente. In contrasto, altrettante sono le definizioni delle medicine cosiddette "Alternative". Abbiamo scelto fra tutti il termine Medicine Naturali, perché ci sembra rispecchiare meglio la loro essenza. Si tratta di un patrimonio enorme di cultura terapeutica cresciuto e sviluppatosi nei millenni in diverse aree del mondo e caratterizzato dal principio di fondo dell'armonizzazione dell'uomo con le energie che lo circondano come via per il benessere e la guarigione. Tutte le MNC affermano di poter agire sui sistemi omeostatici individuali, su una serie di risorse interne all'uomo o presenti nell'ambiente ¹³¹ ¹³². In chiave moderna queste medicine agiscono non direttamente sul sintomo, ma sull'equilibrio psiconeuroimmunoendocrino (PNEI) individuale. Va pertanto precisato, tornano all'ATM ed alle sue problematiche, che esse vanno razionalmente usate all'interno di algoritmi diagnostici che escludano fratture, tumori, blocchi meccanici o alte condizioni note e risolvibili con atti protesici, medici o chirurgici noti ed accettati, ed ancora di più e meglio, che le diverse MNC (agopuntura, fitoterapia, massaggio, omeopatia, ecc.), debbono utilmente integrarsi ai suggerimenti biomedici per una adeguata gestione del paziente¹³³. Va qui precisato che, anche nel campo delle MNC l'indagine va applicata in modo rigoroso e rispettando i principi di ciascun modello¹³⁴. Nella Medicina Scientifica, l'indagine è indirizzata a diagnosticare la malattia e per una data malattia esiste una determinata cura. Il procedimento delle Medicine Naturali invece molto spesso è di tipo dialogico. I dati dell'osservazione non devono necessariamente essere tutti coerenti, proprio perché non appartengono alla malattia, ma alle sue manifestazioni nell'individuo e queste manifestazioni nascono dall'interferenza dei fattori che causano la malattia con le componenti dell'unità corpo/mente di quel dato soggetto. Il medico è davanti al paziente come davanti ad un dipinto: l'insieme orienta già con un'impressione immediata, ma solo dall'attento esame di come si combinano linee e colori, si può avere la conferma e la comprensione fine di quella prima impressione, che porta alla scelta terapeutica appropriata. Il punto di congiunzione, come detto, è rappresentato, riteniamo, dalle dinamiche psiconeuro-immuno-endocrine che i rimedi e le procedure naturali possono indurre. Vediamo qui di precisare questo concetto. Fino a qualche decennio fa il sistema nervoso, il sistema immunitario e il sistema endocrino sono stati considerati e studiati in medicina convenzionale come sistemi dell'organismo indipendenti l'uno dall'altro. Tuttavia la medicina occidentale sta decisamente cambiando volto orientandosi ad un modello biomedico apertamente più olistico; e all'inizio del nuovo millennio appare pronta a superare la storica contrapposizione tra medicina moderna e antica, scientifica e tradizionale, ortodossa ed eterodossa attraverso la scienza della psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI)¹³⁵. La scoperta della neuroimmunomodulazione, ovvero dei meccanismi attraverso cui il cervello e il sistema neuroendocrino modulano il sistema immunitario e reciprocamente il sistema immunitario influenza il cervello, ha creato nuovi ponti tra discipline diverse, quali la immunologia, endocrinologia, infettivologia, psicologia clinica, psichiatria, neurologia. Il pensiero medico occidentale da un approccio empirico e sperimentale basato sulla riproducibilità dei fenomeni sta dunque via, via interiorizzando anche un modello analogico, binario e relativistico caratteristico delle medicine olistiche come la MTC. Ricerche biochimiche hanno evidenziato la capacità di vari tipi di cellule nervose a sintetizzare immunomodulatori e immunopeptidi all'interno del cervello e del SNC. Tali cellule sono rappresentate da neuroni,

¹²⁹ Bellavite P.: *Le Medicine non convenzionali nella prospettiva dell'evidenza scientifica*, CD, Ed. Libreria Cortina, Verona, 2003.

¹³⁰ Evangelista P., Di Stanislao C., Gatto R.: *European Textbook of Family Medicine*, Ed. Passoni, Milano, 2004.

¹³¹ Campanini M.E.: *Medicina Naturale*, Ed. Fabbri, Milano, 2000.

¹³² Brown E.: *Medicina Alternativa*, Ed. Armenia, Milano, 1999.

¹³³ Pizzorno J. E. jr., Murray M. T. (a cura di): *Trattato di Medicina Naturale*, Ed. Red/Studio redazionale, Milano, 2001.

¹³⁴ Pizzorno J. E. jr., Murray M. T., *Enciclopedia della medicina naturale*, Ed. Sperling Paperback, Milano, 2000.

¹³⁵ Lazzarini C., Proietti L.: *Manifesto Medicina Funziona*, MF, Medicina Funzionale, 2000, 3: 2-5.

astrociti, microglia, cellule endoteliali del sistema cerebrovascolare, macrofagi intrinseci e di derivazione ematica, linfociti T attivati. È inoltre stato dimostrato che peptidi immunomodulanti possono attraversare, mediante un sistema di trasporto attivo bidirezionale, la barriera ematoencefalica e passare dal compartimento generale a quello di alcuni distretti cerebrali e viceversa. Tra i principali mediatori peptidergici sono inclusi CRF, ACTH, TRH, beta-endorfine e met-enkefalina e peptidi endorfino-simili, neuropeptide Y, VIP, vasopressina, sostanza P, somatostatina, bombesina, colecistochinina, timosine, peptide connesso al gene della calcitonina, somatostatina, peptide istidino-isoleucina.

Per rimanere nell'ambito delle relazioni neuroimmunologiche, va rilevato che cellule del sistema immunitario producono sostanze dotate di azione modulatrice su cellule nervose ed endocrine; infatti è stato dimostrato che i linfociti producono e rilasciano ACTH, CRF, GH, TRH, prolattina, gonadotropina corionica, endorfine, enkefaline, sostanza P, somatostatina e VIP. Quindi sistema immunitario e sistema nervoso producono alcune sostanze identiche e dunque, ritornando ad un ragionamento analogico possiamo intravedere una capacità sensoriale non solo nell'ambito del sistema nervoso, ma anche del sistema immunitario che risulta capace a livello dell'ambiente interno macromolecolare di percepire una potenziale minaccia (ad es. l'agente causa di un processo infettivo) e quindi avvertire il sistema nervoso; entrambi i sistemi poi, a vario livello, si attiveranno, talora anche in modo sinergico, producendo una risposta di stress che dovrebbe possedere per l'organismo un ruolo adattivo¹³⁶. È importante sottolineare che molte cellule immunitarie possiedono recettori specifici per neuropeptidi; inoltre la maggior parte dei suddetti peptidi sono elettivamente sensibili all'azione di stimoli stressanti, sia di tipo fisico che puramente emozionale.

In vero le reazioni relative al ruolo adattivo ("stadio dell'adattamento" allo stress) quali l'aumentata produzione di ACTH, ipertrofia corticosurrenale e aumentata produzione di ormoni corticoidi, rappresentano la capacità individuale di difesa nei confronti dei fattori stressogeni. Si tratta di un periodo durante il quale l'organismo si adatta a sopportare l'azione svolta dall'agente nocivo (stressor) superato il quale compare lo "stadio dell'esaurimento" in cui l'organismo soccombe agli stressors. Infatti, lo stress cronico si concretizza in una persistente stimolazione della ghiandola surrenale con la produzione continua di cortisolo (il nostro cortisone endogeno); questo provoca un aumento della glicemia, riduce le proteine tissutali, dà ritenzione di sodio ed acqua, inibisce la reazione infiammatoria, riduce la massa muscolare ed ossea, riduce l'attività immunitaria con il calo di linfociti e di eosinofili, può provocare la formazione di ulcere gastroduodenali, aumenta i liquidi circolanti causando un sovraccarico per le funzioni miocardiche. È stato anche dimostrato che sotto tale stimolo cortisolico i monociti e macrofagi circolanti si riducono del 90% ed i linfociti circolanti si riducono del 70%. Studi recenti hanno identificato nei neuropeptidi e nelle linfochine le molecole in grado di costituire il ponte di collegamento tra sistema nervoso centrale e sistema immunitario. I neuropeptidi sono molecole in grado di espletare un ampio ventaglio di funzioni; sono neuromodulatori ossia sostanze capaci di influenzare a vari livelli il processo di neurotrasmissione. Alcuni di essi sono sintetizzati in situ a livello neuronale e sono perciò definiti sinaptici; altri, definiti ormonali, sono prodotti di secrezione di ghiandole endocrine. I suddetti riscontri sostengono le strette connessioni che intercorrono fra i sistemi immunitario ed endocrino; a questo punto va anche considerato un vero e proprio rapporto di dipendenza tra psiche e sistema immunitario; è noto, infatti, come stati ansiosi e depressivi rendano più vulnerabile il nostro sistema immunitario. Di fatto è stato provato da vari studi sperimentali che condizioni di stress emozionale, sia acuto che cronico, aumentano in generale il rischio di morbilità e di mortalità in animali stressati rispetto a gruppi di controllo anche in termini di patologia neoplastica. Peraltro, la relazione tra stress emozionale e patologia tumorale ha alle spalle osservazioni cliniche che risalgono molto indietro nei secoli. Galeno, ad es., segnalò come i tumori fossero secondo la sua esperienza più comuni nelle persone con temperamento "melanconico". Lo stress emozionale, in effetti, altera sia l'immunità umorale che quella cellulare: riduce la reattività dei linfociti B, riduce la curva reattività-tempo, riduce e rallenta la sintesi di anticorpi, riduce la reattività dei linfociti T, ne rallenta la ricircolazione e la mobilitazione, altera la produzione di interferone (la cui funzione generale è quella di proteggere l'organismo dai virus, d'inibire la crescita delle cellule maligne e di regolare la risposta autoimmune¹³⁷). La PNEI come disciplina può inserirsi nello studio

¹³⁶ Mac Hadley E.: The Melanotropic Peptides, Ed. CRC Press, New York, 1998.

¹³⁷ Wintzen M., Gilchrist B.A.: Proopiomelanocortin, in derived peptides, and the skin, J. Invest. Dermatol., 1996, 106:3-10.

soprattutto di patologie ad eziologia complessa e multifattoriale. Un esempio può essere la tendenza genetica al diabete mellito non insulino dipendente, in cui oltre alla necessaria componente biologica, si possono sommare un disagio psicologico (come ad es. la depressione) e uno stress sociale (come ad es. la perdita di una persona cara) contribuendo in tal modo a formare una serie di condizioni sufficienti a produrre la malattia (detta in questo caso biopsicosociale). La PNEI, infine, può essere utilizzata per spiegare il funzionamento di tecniche di autoguarigione come la meditazione e il training autogeno. L'efficacia di tali tecniche meditative si basano verosimilmente sulla capacità di gestire lo stress; ciò attiverebbe di meno il sistema nervoso simpatico che è causa di ipertensione, aritmie, vasocostrizione delle coronarie ed altri eventi che possono produrre disturbi cardiovascolari. Inoltre, gestendo bene lo stress si hanno anche livelli più bassi di colesterolo perché la reazione di stress induce una "mobilizzazione" dei grassi aumentandone così la presenza nel sangue circolante. Infine, uno studio ha addirittura valutato il diverso impatto delle emozioni sul cuore documentando che le emozioni negative (senso di frustrazione, tensione, rabbia repressa) aumentano di due volte il rischio di una ischemia cardiaca, mentre le emozioni positive (senso di felicità e di autocontrollo) invece abbasserebbero il rischio¹³⁸. In conclusione, l'elemento innovativo del pensiero medico corrente è il fatto che ci si sta rendendo conto che non si può trattare il corpo come un insieme di parti separate, e la PNEI rappresenta la disciplina che più di tutte ha aperto una breccia nella visione meccanicistica classica dell'uomo-macchina¹³⁹. Oggi è possibile, ragionevolmente, ritenere che molte MTC (MTC, Medicina Omeopatia, Fitoterapia di tipo "Energetico", ecc.), agiscano a livello di variazioni neurpeptiche e del PNEI, con azioni molto più ampie della semplice cancellazione di un sintomo¹⁴⁰. Se infatti sono note le azioni sui neurotrasmettitori dell'agopuntura cinese¹⁴¹, va ricordata l'azione delle piante medicinali su assetti immunitari, neurovegetativi ed endocrinologici^{142 143} ed ancora che la maggior parte dei rimedi omeopatici è preparata da sostanze ad azione squisitamente neurotossica^{144 145}. Convinti della validità dell'approccio costituzionalistico, dedicheremo uno spazio privilegiato per ogni MNC considerata, i modelli costituzionali, precisandone anche, ove possibile, i pattern reattivi in riferimento al sistema psico-neuro-immuno-endocrino. Va qui ricordato che sino a pochi anni fa l'idea di costituzione e predisposizione individuale erano patrocino centrale anche della Medicina Scientifica^{146 147}. Con il termine di costituzione, al quale conviene sempre aggiungere l'aggettivo individuale, si suole comunemente intendere, in senso biologico, l'insieme delle caratteristiche che, sotto l'aspetto morfologico, fisiologico e psichico, contraddistinguono quell'unità irripetibile che, in natura, è il singolo individuo. Diverse scuole costituzionalistiche hanno composto la storia antica e più recente della Biomedicina. Solo per fare alcuni esempi fra i più illustri e noti ricorderemo il morfocostituzionalismo di Di Giovanni i tipi morfopsicologici di Krestmer (molto impiegati in neuropsichiatria), quelli Sigaud (di grande frequentazione in omeopatia) ed infine quelli embrionali di Martiny. La medicina costituzionalistica è convinta che in base alle caratteristiche del singolo è possibile intravederne robustezze e fragilità, patergia e diatesi. In questo modo il costituzionalismo è studio globale dell'individuo che, attraverso il fenotipo e le sue modificazioni, giudica in chiave diagnostica e prognostica del congenito e dell'acquisito. Tutti sappiamo dell'importanza dell'anamnesi familiare e personale nella pratica clinica ma, attualmente, la medicina non ritiene che aspetti morfopsicologici possano servire a predire la capacità di ammalare. Invece le MNC (nella maggior parte dei casi), sono legate a modelli costituzionalisti che affermano come, dall'aspetto, le attitudini, i comportamenti, si possa stabilire l'appartenenza a certi "tipi" e, di

¹³⁸ Bottaccioli F.: *Psiconeuroimmunologia*. Red Edizioni, Como, 1995.

¹³⁹ Biondi M.: *Mente, Cervello e Sistema Immunitario*. McGraw Hill, Milano, 1997.

¹⁴⁰ Lauro G.: *Il modello Psiconeuroimmunoendocrino*, La Mandorla (www.agopuntura.org), 2000, 15.

¹⁴¹ Helms J.: *Scientific Basis of Acupuncture*, Ed. American Academy of Oriental Medicine, New York, 1996.

¹⁴² Bruni A., Nicoletti M.: *Dizionario ragionato di erboristeria e di fitoterapia*, Ed. Piccin Nuova Libreria, Padova, 2003.

¹⁴³ Da Legnano L.P.: *Il libro completo delle erbe e piante aromatiche. Il loro uso in erboristeria, cucina e profumeria*, Ed. Mediterranee, Roma, 2003.

¹⁴⁴ Bellavite P.: *Le Medicine non convenzionali nella prospettiva dell'evidenza scientifica*, CD, Ed. Libreria Cortina, Verona, 2003.

¹⁴⁵ Gava R.: *Approccio metodologico all'omeopatia. Un farmacologo risponde a 450 domande sull'omeopatia*, Ed. Salus Infirmorum, Padova, 2003.

¹⁴⁶ Correnti V.: *Costituzione*, In *Enciclopedia Medica Italiana*, Ed. USES, Firenze, 1977.

¹⁴⁷ Teodori U.: *Introduzione al Trattato di Patologia Medica*, Ed. SEU, Firenze, 1970.

conseguenza, la particolare resistenza o suscettibilità a particolare a particolari noxae¹⁴⁸. Il modello basato sulla PNEI è particolarmente adatto a spiegare la conversione in forme organiche di malattie di origine psichica, condizioni oggi di grande frequenza nella pratica clinica generale ed in quella gnatologica più in particolare. Lo studio della mediazione tra cervello, vita emozionale e modificazioni dei principali sistemi biologici dell'organismo è andato sviluppandosi sempre più a partire dagli anni '30 ad oggi, fino ad arrivare ad una vera e propria fondazione delle basi scientifiche della *psicosomatica* attraverso l'identificazione di precisi canali del rapporto mente-corpo¹⁴⁹. Alcuni primi studi negli anni '30 dimostrarono in modo convincente che il corpo, durante gli stati emozionali, mostra consistenti modificazioni a carico di visceri e vasi, e di varie sostanze. Nonostante secoli di cultura medica associassero senza difficoltà fattori affettivi e modificazioni somatiche, solo allora cominciava praticamente, per la medicina psicosomatica, un lungo e suggestivo cammino per dimostrare che gli stati emozionali hanno correlati continui, intensi e talora imponenti, nella fisiologia dell'organismo, seguendo una lunga catena di eventi a partire da alcune aree corticali, dal cervello limbico (definito negli anni '40 come cervello viscerale o emozionale), al complesso ipotalamo-ipofisario, fino ai sistemi neurovegetativo, neuroendocrino e immunitario. Gli anni dal '40 al '60 sono stati quelli di studio del sistema neurovegetativo. Franz Alexander propose che stati emozionali conflittuali fossero implicati nell'etiopatogenesi di varie malattie psicosomatiche attraverso la mediazione del sistema neurovegetativo (SNV). Propose anche che i due diversi compartimenti del SNV, l'ortosimpatico e il parasimpatico, fossero implicati in malattie diverse, ad esempio il parasimpatico nell'ulcera peptica e l'ortosimpatico nell'ipertensione essenziale. Tuttora molte delle sue intuizioni restano valide, anche se necessariamente rivedute e aggiornate. Attualmente, il fatto che stimoli emozionali possano produrre modificazioni della frequenza o dell'attività cardiaca, della pressione arteriosa o della vasomotilità, dell'attività elettrodermica, della pupilla o della secrezione e motilità gastrointestinale e di organi sessuali è chiaramente riconosciuto e accettato. Vent'anni di studi, tra il 1970 e il 1990, hanno chiarito che sensibile alle reazioni emozionali non è solo il sistema nervoso vegetativo ma anche, e notevolmente, il sistema endocrino: praticamente tutti gli ormoni (ACTH, cortisolo, GH, prolattina, LH, testosterone e altri ormoni sessuali) rispondono a sollecitazioni emozionali, mentre i neuropeptidi appaiono sempre più come il punto di contatto tra cervello e organismo, tra mente e corpo¹⁵⁰. La *PNEI* ha ampliato le conoscenze sviluppate da Selye negli anni '40 con gli studi sullo stress. L'asse ipotalamo-ipofisi-corticosurrene, attraverso il CRF (Fattore per il Rilascio della Corticotropina (CorticoTropin Releasing Factor, CRF), l'ormone adrenocorticotropo (ACTH) e il cortisolo, resta sempre il più importante nella risposta dell'individuo ad agenti stressanti sia fisici che psicologici. CRF ed ACTH possiedono inoltre importanti azioni a livello centrale. Il CRF ha numerose azioni comportamentali, come l'ACTH. Cortisolo ed ACTH si elevano nello stress ma si riducono nel corso di un trattamento di rilassamento con biofeedback. Il sistema ipotalamo-midollosurrenale è il secondo sistema per importanza. Agisce molto prontamente: nell'arco di uno-due minuti dopo uno stimolo emozionale sono rilevabili nel sangue elevazioni consistenti di catecolamine. Di recente si è scoperto che la ghiandola midollare surrenale è una importante fonte anche di peptidi oppioidi, le met-enkefaline. L'asse ipotalamo-ipofisi-GH è altrettanto importante: fondamentale effetto psicosomatico è il cosiddetto nanismo iposomatotropico reversibile, in bambini istituzionalizzati, dove il ritardo della crescita staturale è secondario alla mancanza di GH: il GH viene nuovamente secreto in seguito a contatto affettivo. L'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi è molto sensibile a stimoli dell'area sessuale: LH e testosterone nell'uomo aumentano in seguito a stimoli visivi di natura sessuale (a volte anche un colloquio), mentre si riducono in seguito a situazioni di stress dove il soggetto percepisce una minaccia a sé. L'asse ipotalamo-ipofisi-prolattina non è implicato come si credeva un tempo solo nell'allattamento, ma è attivato nelle condizioni di stress sia nell'uomo che nella donna. Molti disturbi (amenorree, dismenorree) su base psicogena sono probabilmente mediate da anomale elevazioni della prolattina stress-indotte. Un'altra area in attivo sviluppo e che completa il quadro delle connessioni tra vita psichica e somatica sono i neuropeptidi. Ne sono stati riconosciuti oltre 40. Presenti nel

¹⁴⁸ Di Stanislao C., De Berardinis D.: La diagnosi Biotipologia in MTC, http://www.sia-mtc.it/congressi_biomedici/diagnosi_biotip/diagn_biotip.htm#_ednref2, 2003.

¹⁴⁹ Biondi M.: Aggiornamenti in Medicina Psicosomatica, Ed. Universo, Roma, 1988.

¹⁵⁰ Antonelli F., Biondi M. (a cura di): Consensus Statement su Medicina Psicosomatica e Formazione Psicologica del Medico, <http://www.psychomedia.it/simp/consensus.htm>, 1997.

cervello e in vari distretti ed organi periferici, molti di essi (ad esempio il CRF, i peptidi oppioidi endogeni come le endorfine e le enkefaline, l'LH-RH, il TRH, i peptidi gastrointestinali, il neuropeptide Y, fino ai peptidi immunomodulanti), hanno importanti azioni di modulazione delle funzioni nervose e metaboliche. Pressoché tutti estremamente sensibili a stimoli e situazioni di stress emozionale, rappresentano un ulteriore importante strumento per comprendere le interazioni mente-corpo sia nell'ammalare che nel guarire psicosomatico¹⁵¹. Non è strano quindi che ancora oggi, in psichiatria e medicina psicosomatica, ci si fondi su convinzioni di tipo "costituzionalistico". In verità ci aveva già pensato Ippocrate con i suoi quattro umori: sanguigno, flemmatico, bilioso, melanconico. In effetti esistono caratteristiche comuni a tutti i coronaropatici (personalità di tipo A di Friedman, a tutti i cancerosi, tipo C (da cancer) così come sembrano simili tra loro gli ulcerosi, i colitici, i collezionatori di incidenti ("accident proneness"). La Dunbar ha confermato scientificamente, con batterie di test, tali osservazioni, ed ha stilato una serie di profili caratterologici riconosciuti costanti tra gruppi di pazienti affetti da una stessa malattia. La psicosomatosi sarebbe dunque una sorta di predisposizione che particolari eventi possono slatentizzare e trasformare in malattia¹⁵². Da queste osservazioni è chiaro che saranno soprattutto i soggetti con psicosomatosi e non portatori di ben definite malattie organiche a giovare maggiormente delle terapie non convenzionali da noi prese in esame. In effetti, molto recentemente (ottobre 2003), la Società Italiana di Psichiatria ha sviluppato un "Consensus" per l'impiego razionale delle MNC in alcuni disturbi di natura psichica¹⁵³. La diagnosi di disturbo psicosomatico è piuttosto facile. Basta evitare due errori¹⁵⁴:

- uno è quello che ha caratterizzato la medicina esasperatamente organicistica (durata un buon secolo: dalla seconda metà dell'800 alla prima metà del '900) per cui il solo "pensare" a qualcosa di funzionale era quasi un'eresia. Agli inizi della MP la diagnosi di psicosomatosi era consentita solo per esclusione e mai per elezione;
- l'altro errore è quello di sopravvalutare l'ipotesi psicogena tralasciando esami più accurati. Frugoni, pur sostenendo che "il malato non solo è un corpo fisico ma un essere pensante e sofferente", diceva: "io ho compiuto gli errori più gravi quando ho considerato un p. come funzionale". Ciò oggi sarebbe difficile dati i progressi della tecnologia: TAC, ecografie, scopie, rivelano anche i tumori che avrebbero potuto sfuggire al classico esame clinico-semeiotico.

A fine agosto 2004, il Presidente della SIA, Dr. Roberto Gatto, ha inoltrato alla Commissione Nazionale per l'ECM un documento¹⁵⁵ in cui, fra le altre cose, si ribadisce e si dimostra la convinzione che gli agopuntori non si sentono medici alternativi, ma medici in generale, in grado di praticare una corretta medicina (in termini di efficacia, efficienza, affidabilità ed economicità)¹⁵⁶. Da quando esiste una medicina convenzionale, esiste anche una medicina alternativa, anche se quello che interessa tutti, medici e pazienti, è la medicina che funziona. L'articolo 32 della Costituzione prevede che nessuno possa essere sottoposto ad un trattamento medico o chirurgico contro la propria volontà e cioè senza essere informato. Il medico si impegna all'informazione, che peraltro deve essere veritiera, oltre che completa, al paziente che reso cosciente si affida alla competenza del medico stesso. Questa libertà di cura non può quindi prescindere dalla ricerca di una corretta informazione e comunicazione nel rapporto con i medici curanti. E' ovvio che sarebbe auspicabile abbandonare il rapporto paternalistico medico-paziente che si è mantenuto per molto tempo nell'ambito anche della pratica medica italiana e passare senz'altro ad un rapporto di cooperazione tra medico e paziente sul tipo di terapia e sull'evoluzione della patologia del quale il paziente è affetto, non mentendo al paziente e proponendo solo terapie (farmacologiche e non) di provata efficacia. Sono oltre dieci anni che la SIA persegue questa politica e porta avanti questa tesi, contribuendo alle redazioni dei diversi documenti della FNOMCeO (dal 1999¹⁵⁷ al 2002¹⁵⁸ ed anche alla presa di posizione del 16 aprile 2004 che esprime riserve sul T.U. di legge proposto

¹⁵¹ Pancheri P., Cassano G.: Trattato Italiano di Psichiatria, Ed. Masson Italia, Milano, 1992.

¹⁵² Dunbar F.: Emotions and bodily changes, Ed. Columbia University Press., New York, 1947.

¹⁵³ Vedi: <http://chimclin.univr.it/omc/Consensus%20Conference03.htm>.

¹⁵⁴ Antonelli F.: Fondamenti e prospettive della medicina psicosomatica, Ed. Universo, Roma 1952.

¹⁵⁵ [http://www.sia-mtc.it/documenti/RISPOSTA%20ECM%2016\[1\].08.2004.pdf](http://www.sia-mtc.it/documenti/RISPOSTA%20ECM%2016[1].08.2004.pdf).

¹⁵⁶ Analoghe prese di posizioni sono state espresse, nel maggio scorso, dallo stesso Presidente e dal Segretario S.I.A., in risposta alla preclusiva presa di posizione del CNB. Si veda: www.sia-mtc.it.

¹⁵⁷ http://www.agopuntura.org/documenti/documento_fnomc.htm, 1999.

¹⁵⁸ http://www.laleva.cc/cura/comunicato_fnomceo.html, 2002.

Inoltre, anche se lo score del numero annuo di lavori RTCs è in costante crescita, la difficoltà di una diagnosi e di criteri uniformi di trattamento, e il placebo spesso impossibile da impiegare, l'indice di qualità (definito Jadat¹⁵⁹) molto basso^{lxxxvi}. Va qui aggiunto, senza alcuna polemica, che se fosse possibile applicare all'agopuntura validazioni con di tipo RTCs¹⁶⁰, i dati sarebbero certamente più numerosi e di maggiore varietà^{lxxxvii lxxxviii}. Una eccezioni che, naturalmente, ci inorgoglisce, nel povero panorama predittivo italiano, è rappresentata dall'AMSA che, negli ultimi otto anni, ha prodotto ricerche su vari aspetti desueti dell'agopuntura: allergologici^{lxxxix}, dermatologici^{xc}, oncologici^{xcii}, ostetrici^{xciii}, infettivologici^{xciiii}, gnatologici^{xciv}. Tutte le ricerche sono state condotte in ambito ospedaliero¹⁶¹ ed universitario¹⁶². A tal proposito, dopo alcuni approcci iniziali con valore di *pilot-study*, stiamo portando avanti due studi spontanei, approvati da Comitato Etico della ASL 04 de L'Aquila, su polineuropatia da antitumorali (con aghi a permanenza)^{xcv} e impiego di agopuntura e gel piastrinico autologo o omologo, in base alle caratteristiche del paziente^{xcvi}. A proposito di ulcere difficili siamo già ad una dozzina di pazienti trattati con risultati finali molto soddisfacenti quanto a compliance ed economicità. In molti casi, in fase di detersione cruenta meccanica (o con *laser yag-neodimium pulsato*¹⁶³), l'agopuntura può essere usata come analgesico^{xcvii}. Presentiamo, a mo' di esempio il caso di una doppia ulcera in diabetico di 64 anni, con ipertensione venosa, arteriopatia ostruttiva e neuropatia.

Dopo aver condotto alcune ricerche sull'impiego dell'agopuntura nel dolore similpupitico riferito ai denti da punti triggers nei muscoli masticatori in soggetti con disfunzioni dell'articolazione temporo-mandibolare (ATM)^{xcviii}, stiamo ora conducendo ricerche sull'impiego differenziato dei punti locali (3GB, 7ST, 2GB, 23TB) nelle diverse patologie dell'ATM e sull'ausilio di agopuntura e piante medicinali in relazione alla tipologia individuale^{xcix}.

Immagine schematica dell'articolazione temporo-mandibolare



Va qui detto che la MTC inquadra gli individui per tipi costituzionali ed asserisce che ciascun biotipo presenta particolari fragilità e resistenze. L'esame morfologico del malato in senso sia statico (altezza, corporatura, ecc.), che dinamico (gesti, movimenti, andatura, ecc.) ed in più l'esame di aree privilegiate (mano, viso, ecc.), consente di comprendere a quale categoria il soggetto appartiene e, di conseguenza, la sua patergia e reattività vegetativa, endocrina, immunitaria e generale^c. Vediamo, in breve, le caratteristiche salienti dei 5 Biotipi umani^{ci}.

| Biotipo | Caratteristiche generali | Caratteristiche gnatologiche | Strutture ATM collegate | Patologie ATM più frequenti |
|---------|--|--|--|---|
| Legno | Statura media, spalle larghe, mani e piedi piccoli. Viso | Denti regolari, molto forti incisivi e canini, tendente al | Tendini e arte motoria dei muscoli masticatori | Parafunzioni, dolori ATM a carattere nevralgico |

¹⁵⁹ I valori medi registrati sono:

- Agopuntura, 2,9
- Omeopatia 3,5
- Fitoterapia, 4,1

¹⁶⁰ Sperimentazioni controllate, non randomizzate in parallelo. Sperimentazioni controllate non randomizzate, controlli storici. Sperimentazioni controllate non randomizzate, controlli con banche dati computerizzate.

¹⁶¹ UO di Terapia Palliativa in Oncologia Medica; UO di Dermatologia della ASL04 de L'Aquila.

¹⁶² Cattedra di Endocrinologia Dermatologica e Scuola Autonoma di Ostetricia della Università de L'Aquila; Centro ATM del Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche della Università di Siena.

¹⁶³ Vedi www.agopuntura.org/Colpo d'Occhio.

| | | | | |
|---------|---|--|--|---|
| | <p>quadrato, sguardo vivace, capelli ispidi, forti. Andatura a scatti.</p> <p>Entusiasta, collerico, istintivo, fantasioso.</p> <p>Risponde allo stress con ortosimpatico, paratiroidi e tiroide</p> | bruxismo e alle parafunzioni | | |
| Fuoco | <p>Alto, armonioso, elegante.</p> <p>Sguardo intelligente, aperto, magnetico.</p> <p>Movimenti lenti, molto avvilgenti.</p> <p>Emotivo, idealista, fragile.</p> <p>Mani e piedi grandi. Grande abilità manuale.</p> <p>Tende alla depressione profonda ed allo scoraggiamento.</p> <p>Reagisce allo stress con ipofisi ed ortosimpatico</p> | <p>I denti sono stretti ed appuntiti.</p> <p>Limitazioni all'apertura della bocca e serramento dei denti. Le disfunzioni ATM danno dolori cefalalgici (irradiati al vertice) e brachialgici.</p> | Vasi e zona bilaminare (retroauricolare) | Vasculiti, patologie dell'area vascolare. |
| Terra | <p>Robusto, viso rotondo, capelli radi e grassi, pori dilatati, occhi piccoli ma intelligenti. Mani con dita corte.</p> <p>Scarsa capacità manuale.</p> <p>Preoccupabile, tendenze alle dismetabolie.</p> <p>Risponde allo stress con il vago, il pancreas endocrino e le gonadi.</p> | <p>Denti corti e quadrati. Soffre di reumatismi e disfunzioni (lassità o rigidità) peggiorati dall'umidità</p> | Tessuto lasso periarticolare | <p>Reumatismi degenerativi con interessamento dei connettivi.</p> <p>Interessamento del disco articolare.</p> |
| Metallo | <p>Alto, astenico, longilineo, flemmatico.</p> <p>Testa irregolare, appuntita. Occhi</p> | <p>Denti lunghi e rettangolari.</p> <p>Arcate dentarie serrate. Le problematiche</p> | Cartilagine articolare. | Degenerazione della cartilagine articolare. |

| | | | | |
|-------|--|---|------|----------------------------|
| | grandi ma come spenti, o freddi e vuoti. Astenico, tende alla tristezza. Grande senso di giustizia. Risponde allo stress con il vago, la tiroide, il timo e le gonadi. | gnatologiche sono secondarie a deformità scheletriche (cifosi, carenatura sternale) o respiratorie (diaframmatiche) | | |
| Acqua | Alto, volto grande e quadrato, sguardo autoritario, andatura marziale. Colorito scuro, caparbio, determinato, spesso di scarso senso morale. Enigmatico, raggiunge sempre il suo scopo. Conserva un aspetto giovanile fino a tarda età. Reagisce allo stress con surreni e gonadi. | Denti bianchi e saldi. Arcate dentarie molto ampie. Spesso tensione non solo all'ATM ma a tutta la catena posturale posteriore. | Osso | Patologia ossea imponente. |

Va comunque ribadito che questa classificazione è solo teorica e nella pratica ognuno di noi è il risultato di tipi misti (metatipi) che nascono dalla giunzione di più (2-3) tipi di base. Le nostre osservazioni (maturate in due anni di studio continuo), ci indicano questi 4 metatipi, come i più frequenti nella patologia dell'ATM:



Legno-Terra: Anomalie dei legamenti (collaterale mediale elaterale e temporo-mandibolare) della capsula e del connettivo. Ipomobilità articolare. Dolori con aree triggers nei muscoli masticatori. In agopuntura utili 5TB, 3GB e 7ST. In fitoterapia energetica *Taraxacum officinalis* e *Fumaria officinalis*^{cl}.



Legno-Fuoco: Processi infiammatori con dolore retroauricolare da area bilaminare), commisti a turbe dei tendini e rigidità articolare. In agopuntura 5TB-23TB. In fitoterapia Taraxacum e Passiflora incarnata^{ciii}.



Legno-Acqua: Artrosi o artrite articolare con interessamento dei capi tendinei e rigidità. Utili i punti 5TB e 2GB. In fitoterapia energetica Taraxacum e Equiseto hiemalis^{civ}.



Fuoco-Metallo: Degenerazione cartilaginea, lassità articolare, infiammazioni articolari con violenti dolori al vertice e alle braccia. Utili i punti 5TB, 5ST e 2GB. Utile la Passiflora e la Borrago officinalis

Per quanto riguarda la sicurezza d'impiego dell'agopuntura tre lavori in lingua inglese^{cv cvii} ed una review italiana^{cviii}, pubblicati fra il 2001 ed il 2004, dimostrano che l'incidenza è molto bassa, con gravità solitamente trascurabile. Effetti collaterali minori (ecchimosi, dolore persistente nella sede di puntura, aggravamento transitorio dei sintomi), si verificano in circa l'1,3 per mille dei soggetti trattati. Se il personale addetto è ben formato (meglio se si tratta di medici), non si verificano reazioni gravi necessitanti di ricoveri in ospedale o terapie specifiche di controllo. In generale l'agopuntura, soprattutto se eseguita, come in Italia, da medici, è considerata una pratica sicura e con bassa incidenza di eventi avversi di bassissima gravità^{cix cx}.

Verso una necessaria integrazione

Il tentativo di istituire un algoritmo integrato fra Medicine non Convenzionali (MNC) ed il sistema medico culturalmente e politicamente dominante è in corso da alcuni anni, ma ancora esistono molte incertezze, non soltanto normative ma anche culturali, che è nostra intenzione chiarire e fugare¹⁶⁴. La base per un dialogo è, oltre alla buona volontà, l'uso di un linguaggio comune. È necessario quindi definire la medicina convenzionale e le "altre" medicine e chiarire il significato di alcuni vocaboli che spesso sono usati in modo improprio, equivoco e confondente. Oggi e nell'attuale società per parlare di "medicina", a prescindere da qualsiasi aggettivo, bisogna che siano soddisfatti tutti i seguenti requisiti¹⁶⁵:

- sia praticata da medici o comunque sotto controllo medico;
- come scopo abbia la cura della salute fisica o psichica;
- esista un corpus teorico di riferimento con una sua coerenza logica almeno intrinseca;

¹⁶⁴ Vickers A., Cassileth B., Ernst E. et al.: How should we research unconventional therapies? A panel report from the Conference on Complementary and Alternative Medicine Research Methodology, National Institutes of Health, 1997, Ugeskr. Laeger., 1997, 2(24):3746-3747.

¹⁶⁵ Raschetti R : Evidence-based medicine and the diverse cultures of healing, Ann. Ist. Super. Sanità., 1999, 35(4):483-488.

- il sapere sia depositato in testi (farmacopee, testi metodologici, letteratura corrente) che descrivono chiaramente i metodi diagnostici e terapeutici utilizzati, le loro indicazioni e controindicazioni;

- sia possibile verificare in qualche modo (rispettando le metodiche inerenti alle singole discipline) l'attendibilità e l'efficacia dei vari interventi.

Da quanto detto finora si deduce che non possono definirsi pratiche mediche (e quindi neppure "medicine alternative") quelle con le seguenti caratteristiche¹⁶⁶:

- abbiano scopi diversi dalla terapia (es. questioni affettive, socioeconomiche, filosofiche, religiose, ecc.);

- facciano riferimento a dottrine o metodi occulti, misteriosi, riservati ad iniziati;

- utilizzino rimedi la cui provenienza e metodica di preparazione non sia nota e controllabile;

- vantino risultati terapeutici senza fornire alcuna documentazione e senza possibilità di verifica.

La medicina convenzionale potrebbe essere definita come l'insieme di teorie fisiopatologiche e di metodologie clinico-terapeutiche che derivano dal patrimonio di conoscenze sviluppate dalle scienze naturali dal suo sorgere ai giorni nostri. Le sue caratteristiche fondamentali sono¹⁶⁷:

- si fonda sul metodo sperimentale: grazie all'accettazione del metodo sperimentale, la medicina convenzionale si può quindi anche definire "scientifica", perché questa ne è una caratteristica imprescindibile;

- è insegnata in corsi universitari che rilasciano un diploma avente corso legale;

- è praticata come forma largamente prevalente in Europa e America, certamente in tutti i paesi sviluppati;

- il suo esercizio richiede l'abilitazione ed è riconosciuto e finanziato dal Sistema Sanitario Nazionale.

E' nostra opinione che si debbano evitare i due termini di "medicina ufficiale" e di "medicina allopatrica". L'aggettivo "ufficiale" non pare appropriato perché richiama una "medicina di stato", degna di altri tempi e perché non esiste alcun pronunciamento di autorità ufficiali a favore di questa o quell'altra pratica medica. I riferimenti fondamentali dell'atto clinico sono sempre la libertà e la responsabilità di scelta da parte del medico, esercitate in scienza e coscienza. Per quanto riguarda il termine "allopatia", esso entrò in uso verso i primi dell'ottocento per distinguere la pratica della cura mediante i contrari da quella, allora emergente, della cura mediante i simili (omeopatia). I "contrari" sarebbero i presidi terapeutici che vanno contro le tendenze patologiche dell'organismo e comprenderebbero ad esempio i purganti contro la stipsi, gli sciroppi contro la tosse, i farmaci "anti-" (antipiretici, antiinfiammatori, antibiotici...), la chemioterapia, nonché alcuni interventi chirurgici di resezione di parti corporee. Risulta quindi immediatamente chiaro come il termine "allopatia" sia molto limitativo nel definire i caratteri della medicina scientifica moderna, la quale comprende un'ampia serie di nuovi approcci non allopatrici, quali ad esempio le vaccinazioni, le terapie con interferoni e citochine, quelle ormonali sostitutive, i trapianti d'organo, la chirurgia plastica, la terapia genica, senza parlare dei vasti campi della medicina preventiva e riabilitativa. Un altro commento a riguardo della "scientificità" della medicina convenzionale. La scienza non è un dogma intoccabile, non è concepibile come un'entità astratta dal contesto umano, come se esistesse una verità scientifica oggettiva al di sopra di tutto, criterio di riferimento unico. Salvo rare eccezioni, la maggior parte degli operatori medici e degli scienziati concordano che il criterio etico debba prevalere su quello scientifico. Non per nulla si vanno costituendo comitati etici che, vigilando sulla ricerca clinica, controllano che l'aspetto tecnico sia in armonia con quello umanistico, legale, etico, economico. Dove anche vi fosse la possibilità di un grande progresso tecnico-scientifico, se questo contrastasse con principi etici, non sarebbe accettato e permesso. Quanto alla scientificità della medicina, bisogna anche precisare che le cosiddette "basi scientifiche" non sono immutabili, incrollabili ed assolute. In breve: la medicina non è una scienza esatta e, anche se lo fosse, sarebbe comunque in continuo divenire ed aggiornamento¹⁶⁸. Il paradigma biologico-anatomico-molecolare è il fondamento della medicina in Occidente. Grazie ad esso sono stati fatti enormi passi nella comprensione della fisiologia e della patologia ma appare sempre più evidente che l'uomo non

¹⁶⁶ Braunwald, E., Hauser, S.L., Fauci, A.S., Longo, D.L., Kasper, D.L. and Jameson, J.L.: Harrison's Principles of Internal Medicine, 15th ed., ED. McGraw-Hill, New York, 2001.

¹⁶⁷ Moja E, Vegni E.: La visita medica centrata sul paziente, Ed. Raffaello Cortina, Milano, 2000.

¹⁶⁸ Damasio AR: L'errore di Cartesio, Ed. Adelphi, Milano, 1995.

è riducibile alle sue componenti e che non è isolabile come entità astratta dal contesto della sua esistenza. Tutto ciò caratterizza il sistema uomo come sistema dotato di complessità¹⁶⁹. Nel secolo XX altre branche della scienza hanno sviluppato filoni di ricerca in grado di fornire ipotesi plausibili sui fenomeni espressi da realtà complesse: tra questi il modello caotico. Dal momento che il sapere medico si occupa di un unico soggetto/oggetto (l'uomo), si rende auspicabile una riflessione epistemologica in senso multiparadigmatico, inteso non tanto come unione forzata di più teorie ma come ideale di ricerca. La prova costituisce l'elemento qualificante del paradigma. Il modello è credibile quando viene suffragato da osservazioni ripetibili. Le sole osservazioni, inoltre, diventano prove solo se inserite in una teoria che ne spieghi l'esistenza ed il significato. E' questo il caso della medicina, che ha nel corso della sua storia sviluppato prima l'osservazione e poi, faticosamente, la comprensione. Senza questi passaggi il sapere medico non viene ritenuto scientifico. La ricerca della prova, da cui dipende la validità scientifica dell'osservazione, oltre allo studio dei modelli, obbliga alla ricerca degli strumenti atti a verificare le osservazioni e a dimostrarne la coerenza con i modelli stessi. Secondo l'orientamento attuale, in medicina il processo di verifica e successiva validazione dell'osservazione e della pratica empirica passa attraverso il concetto di "Medicina Basata sull'Evidenza" per arrivare al massimo grado di raccomandazione costituito dall'inserimento all'interno di linee-guida. Nello studio della Terapie Alternative Non Convenzionali, gli strumenti comuni di ricerca clinica si dimostrano inadeguati poiché introducono degli artefatti e riducono la descrizione dei fenomeni a modelli quantitativi astratti. Per una convincente validazione di quanto osservato nella pratica clinica sarebbe preferibile un uso diversificato e complementare di più strumenti, anche molto distanti fra loro, al fine di cogliere ogni aspetto della complessità di quanto esplorato, conservando l'informazione in esso contenuta. Accanto al rigore formale è auspicabile anche una visione di insieme il più possibile libera da pregiudizi ed animata da una costante riflessione su ogni aspetto della medicina e della scienza. Solo così si aprirà la strada alla conoscenza ed alla validazione scientifica degli aspetti più oscuri e sfuggenti relativi alle medicine alternative non convenzionali^{170 171 172 173}. Vediamo ora, in successione, la definizione, la diffusione, lo stato attuale, le ricerche ed altri aspetti generali delle MNC.

Definizione e Stato Attuale

Le medicine complementari o non convenzionali (MNC o CAM, Complementary and Alternative Medicines, nella dizione prevalente negli USA) sono state definite come "un ampio gruppo di sistemi di cura della salute, di diagnosi e di terapia diversi da quelli normalmente inclusi nel sistema sanitario ufficiale"¹⁷⁴. Il termine di "medicina alternativa" va criticamente analizzato e discusso. A molti questo acronimo non piace, sia perché si presta facilmente a creare un conflitto tra due mondi separati, sia perché favorisce la confusione con pratiche "alternative" che nulla hanno a che fare con la medicina. . Oltre che di medicine alternative si è parlato in passato anche di "medicine eretiche", accentuando ancor più il significato di trasgressione in esse contenuto, oppure di "medicine parallele", di "medicine ecologiche", oppure "non violente", "dolci", "biologiche" o, infine, "naturali". Tutti questi aggettivi sono molto riduttivi e spesso alquanto folcloristici. Le dizioni più usate a livello internazionale (nelle riviste scientifiche e nelle commissioni appositamente istituite dalle autorità sanitarie) sono quelle di "medicina complementare" o di "medicina non convenzionale". Secondo Eisenberg, uno dei ricercatori in questo campo, si può vedere il tema in una prospettiva "storica": "Pratiche che non sono riconosciute come corrette o appropriate e non sono conformi alle convinzioni o agli standard del gruppo dominante tra i medici ("medical practitioners") in una determinata

¹⁶⁹ Bellavite P. e Zatti M. : Il paradigma della complessità nelle scienze e in medicina. *Ed. La Nuova Secondaria Brescia*, 1996.

¹⁷⁰ Aldridge D.: Guidelines for clinical research in complementary medicine, *J Altern. Complement. Med.*, 2000, 3:245-251.

¹⁷¹ Tarocchi A.: L'agopuntura e le Medicine Alternative non Convenzionali: dal paradigma alla prova. Considerazioni teoriche e di metodo, <http://chimclin.univr.it/omc/Tesi-agopuntura.htm>, 2000.

¹⁷² Weber D.O.: Complementary and alternative medicine. Considering the alternatives. *Physician Exec.*, 1998,24(6):6-14.

¹⁷³ AAVV: Defining and describing complementary and alternative medicine. Panel on Definition and Description, CAM Research Methodology Conference, *Altern. Ther. Health Med.*, 1997,3(2):49-57.

¹⁷⁴ WHCCAMP: Commissione governativa per le medicine complementari e alternative degli USA, Final Report, <http://www.whccamp.hhs.gov/finalreport.html>, 2002.

società¹⁷⁵». Tuttavia, secondo l'O.M.S., tali concezioni potrebbero essere "fuorvianti": "in alcuni Paesi, il riconoscimento legale della medicina complementare/alternativa è equivalente a quello della medicina allopatica: molti medici ed altri operatori sanitari sono abilitati a praticare entrambe le forme di medicina e per molti pazienti il primo livello di assistenza è una pratica di medicina complementare/alternativa"¹⁷⁶. Il termine "non convenzionale" è molto chiaro, ma esso ha un fondamentale punto debole, e cioè che è ... provvisorio! Ciò che oggi è "non convenzionale" potrebbe un domani divenire "convenzionale". Anzi, si può constatare che esiste già un'ampia area di pratiche mediche e terapeutiche "intermedie": si pensi alla dietetica, alla psicoterapia, alle terapie termali, all'ipnosi medica, ad alcuni tipi di terapie manipolatrici come la chiropratica, alla riflessoterapia, all'ossigeno-ozono terapia, alle tecniche di rilassamento, agli oligoelementi, agli antiossidanti basati su estratti di piante, all'immunoterapia con estratti batterici in piccole dosi. Molte di queste pratiche sono in uso perché hanno dimostrato una certa efficacia pur senza che se ne possa garantire la piena scientificità. Attualmente le MNC sono diffuse e utilizzate in tutto il mondo, pur con modalità diverse e con differenti gradi di tolleranza da parte delle istituzioni sanitarie. Anche in occidente esse sono utilizzate da ampi strati della popolazione per patologie ad alta prevalenza quali lombalgie e cervicalgie, allergie, astenia, artrite, cefalea, ipertensione, insonnia, depressione, problemi digestivi, broncopneumopatie varie^{177 178}. Benché molto eterogenei, i principali sistemi non convenzionali hanno in comune delle caratteristiche che tendono ad individualizzare il trattamento, a dare enfasi alla prevenzione ed allo stile di vita, a promuovere la responsabilità della propria cura, a riconoscere gli aspetti psicologici e spirituali della persona nella sua integrità, aspetti che, pur non essendo teoricamente negati, sono spesso praticamente sottovalutati dalla prassi medica corrente¹⁷⁹. Purtroppo, le molteplici proposte che oggi si trovano sul mercato vanno da quelle attuate prudentemente a quelle inutili e pericolose, da quelle che hanno basi scientifiche ed evidenze solide a quelle fantasiose e persino ridicole. Un'altra caratteristica è che, diversamente dalla medicina accademica e scientifica, tali sistemi spesso mancano di solide evidenze sperimentali sia sul piano clinico che sul piano della ricerca di base. Tale carenza rappresenta uno dei maggiori ostacoli ad un eventuale processo di integrazione^{180 181 182}. La convinzione, documentata attraverso molte analisi su utenti sia europei che statunitensi, che le terapie complementari siano efficaci e ben tollerate ed il particolare tipo di rapporto che s'instaura fra paziente e terapeuta (contatto, semplicità del linguaggio, ecc.), ci danno ragione del fatto che, nel mondo occidentale, le terapie complementari siano fruite dal 40% dei cittadini, con una percentuale del 30-35% nei paesi europei e di oltre il 50% negli USA¹⁸³ e con un trend in continua crescita negli ultimi venti anni^{184 185 186 187}. In Italia, secondo dati ISTAT del 1999, 19 milioni di cittadini si rivolgono alle MNC, con una soddisfazione che sfiora l'80%¹⁸⁸. Già nella precedente indagine condotta dall'ISTAT nel 1994 era contenuta una domanda sull'uso di terapie alternative nei tre anni precedenti l'intervista. Confrontando i dati dell'ultima indagine con quelli relativi al triennio

¹⁷⁵ Eisenberg D.M., Davis R.B., Ettner S.L. et al.: Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *JAMA*, 1998, 280:1569-1575.

¹⁷⁶ WHO: Legal status of traditional medicine and complementary/alternative medicine: a worldwide review, Ed. World Health Organization, Geneva, 2001.

¹⁷⁷ Vickers A.: Recent advances: complementary medicine. *Brit. Med. J.*, 2001, 321:683-686

¹⁷⁸ Bellavite, P., Conforti, A., Lechi, A., Menestrina, F., Pomari, S. (Eds): *Le Medicine Complementari. Definizioni, Applicazioni, Evidenze Scientifiche Disponibili*, Ed. UTET-Periodici, Milano, 2000.

¹⁷⁹ Zollman C. and Vickers A.: ABC of complementary medicine. What is complementary medicine? *Brit. Med. J.*, 1999, 319:693-696-

¹⁸⁰ Bellavite, P.: *Le Medicine Non Convenzionali*. CD-ROM con 105 figure con didascalie, in PowerPoint e Internet Explorer, Ed. Libreria Cortina, Verona, 2002.

¹⁸¹ Bellavite, P., Semizzi, M., Musso, P., Ortolani, R. e Andrioli, G.: Medicina ufficiale e terapie non convenzionali: dal conflitto all'integrazione? *Medicina e Morale*, 2001, 5: 877-904.

¹⁸² Raschetti R., e Bignami G.: Una riflessione multidisciplinare sul fenomeno delle "terapie non convenzionali", *Ann. Ist. Sup. Sanità*, 1999, 35 (4): 477-550.

¹⁸³ Vickers A. Recent advances: complementary medicine, *Br. Med. J.*, 2000, 326:683-686.

¹⁸⁴ Whorton R., Lewith G.: Complementary medicine and the general practitioner, *Br. Med. J.*, 196, 292: 1498-1500.

¹⁸⁵ Fisher P., Ward A.: Complementary medicine in Europe, *Br. Med. J.*, 1994, 309:107-111.

¹⁸⁶ Eisenberg D.M., Kessler R.C., Ettner S.R.: Trends in alternative medicine use in United States, 1990-1997: results of follow-up national survey, *JAMA*, 1998, 280: 1569-1575.

¹⁸⁷ Krastins M., Restinen E., Cimino J.A., Mamtani R.: use of alternative therapies by a low income population, *acupunct. Electrother. Res.*, 1998, 23: 135-142.

¹⁸⁸ Di Stanislao C.: Lo stato delle MNC in Italia, www.sia-mtc.it, 2003.

1992-94, notiamo un notevole incremento. Considerando solo l'omeopatia, l'agopuntura e la fitoterapia si è passati dall'8,3% del 1994 al 12% nel 1999 (i dati del triennio 1992-94 non comprendono informazioni relative ai trattamenti manuali e "altre" terapie). Per quanto riguarda dati più recenti l'indagine ISTAT mutiscopo (2003) ci afferma che il 15,6% degli italiani fa attualmente ricorso alle MNC, mentre il sondaggio FORMAT¹⁸⁹ dimostra che, al 2000 al 2003, il 31,7% della popolazione mondiale fa abituale ricorso alle MNC. Sulla base dei pochi dati disponibili a livello internazionale (derivanti da tipologie di studi molto diverse, spesso di piccole dimensioni e non campionari), si stima che oltre un quarto della popolazione europea avrebbe fatto ricorso almeno una volta, nell'arco di un anno, a un tipo qualsiasi di terapia non convenzionale. L'Italia, dunque, si situerebbe ai livelli più bassi rispetto agli altri Paesi Occidentali (il fra il 15 ed il 23,4% secondo i sondaggi ISTAT ed Eurispess). Questi dati consentono di avere una prima fotografia della diffusione in Italia delle terapie non convenzionali. Sulla base dei dati raccolti attraverso le interviste condotte nell'ambito dell'indagine 1999-2000 sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" saranno condotti degli ulteriori approfondimenti che consentiranno di correlare con maggiore precisione la prevalenza d'uso di queste pratiche nella popolazione italiana con le caratteristiche socio-economiche e sanitarie degli intervistati. In ogni caso alcuni elementi sembrano già emergere¹⁹⁰:

- la quota, pur consistente, di popolazione che ricorre a queste pratiche pone l'Italia nella parte bassa di una ipotetica "classifica" europea;
- vi è complessivamente un atteggiamento non pregiudizialmente negativo nei riguardi di un possibile uso delle terapie non convenzionali, con una quota consistente di popolazione che però non sembra possedere informazioni idonee a esprimere un giudizio;
- si evidenzia un profilo dell'utilizzatore medio articolato come: donna di età media, con alto livello culturale e di probabile buon livello economico (vista anche la distribuzione territoriale italiana);
- le ragioni alla base del ricorso alle terapie non convenzionali sembrano derivare da una ricerca di trattamenti che possano proporsi con un più alto grado di tollerabilità e sicurezza; ciò sembra anche confermato dalla quota di bambini trattati, ad esempio, con l'omeopatia;
- un dato certamente singolare, soprattutto se confrontato con dati internazionali, è quello relativo al ruolo dei medici italiani; da questi primi dati emerge un atteggiamento elastico o quanto meno tollerante da parte del medico verso questi tipi di terapie.

La medicina convenzionale ha puntato su soluzioni tecnologiche molto costose, che hanno ottimi risultati ma non toccano larghe fasce della popolazione, in una situazione in cui si assiste all'allungamento della vita media ed al cambiamento nella prevalenza delle malattie, con la grande crescita delle malattie croniche e degenerative, per non parlare di quelle iatrogeniche. L'aumento vertiginoso dei costi dell'assistenza sanitaria rischia di non avere un ritorno in termini di salute della popolazione, come si è avuto in passato e come si sperava avvenisse per opera della medicina scientifica. Oggi ci si rende conto della necessità di un intervento attuato su più piani, da quello preventivo come aggiustamenti dietetici e tecniche di rilassamento, a quello high-tech. Si prende sempre più coscienza che di fronte al malato il medico si trova a dover operare ad un livello ben più complesso di quello derivante dalle attuali conoscenze scientifiche e tecnologiche¹⁹¹. La convinzione che l'assistenza sanitaria convenzionale abbia raggiunto elevati livelli qualitativi mediante approcci altamente scientifici, mentre l'approccio non convenzionale possa dare risalto alla cura della salute, alla prevenzione ed al rapporto terapeutico, ha portato molti a suggerire che i due filoni possano convergere a formare un unico sistema che integri il meglio di entrambi¹⁹². Nonostante l'evidente progresso che ha consentito la medicina scientifica nel secolo XX, si può facilmente constatare che, dopo le grandi scoperte che hanno inciso drasticamente sullo stato di salute dell'uomo e sulla durata della vita media (vaccinazioni, antiseptici, antibiotici, terapie sostitutive, chirurgia, ecc...), la

¹⁸⁹ AAVV: Atti del Congresso "Benessere Donna", Lucca, Palazzo Ducale, 1 gennaio 2003, ed. ASL 02, Lucca, 2004.

¹⁹⁰ Raschetti R., Mennitti Ippolito F., Bologna M. et al.: Le terapie non convenzionali in Italia: i primi dati, Ann. Ist. Super. Sanità., 2001, 14 (7/8):583-588.

¹⁹¹ Marwick C.: US report calls for tighter controls on complementary medicine. Brit. Med. J, 2002, 324:870-872.

¹⁹² House of Lords: Science and Technology - Sixth Report, Ed. Science and Technology Committee Publications, London, 2000.

medicina si trova di fronte sfide più complesse. Il progetto genoma ha avuto finora ricadute pratiche molto limitate sul livello di salute della popolazione. Anche i progetti di clonazione cellulare per ora restano in gran parte progetti e sono più le paure che evocano rispetto ai benefici che si dimostrano. Si deve anche notare che la "medicalizzazione" della società ha portato, fra l'altro, all'aumento esponenziale degli errori medici come cause di morbilità e di mortalità nelle società occidentali ed all'aumento delle cosiddette reazioni avverse ai farmaci. Cresce pertanto la consapevolezza dell'importanza della globalità, dell'individualità, dei fenomeni di interrelazione sistemica, dell'ecologia, dell'importanza del fattore umano e psicologico nel mantenimento della salute e nella cura delle malattie. Le recenti acquisizioni delle scienze biomediche hanno dimostrato che l'evento morboso non è un fenomeno localizzato, ma deve essere concepito come la conseguenza di uno squilibrio generale in cui i fattori interni ed esterni agiscono attraverso l'alterazione generale di complessi meccanismi omeodinamici. La gastrite non può più essere definita soltanto in base alle lesioni organiche che colpiscono la mucosa dello stomaco così come l'ulcera duodenale non equivale alla presenza di un "viscere malato" in un organismo sano. Ogni malattia, anche se caratterizzata da una lesione organica, deve essere concepita come l'effetto locale di complessi squilibri più generali di cui l'endocrinologia, la neurofisiologia e l'immunologia ci stanno facendo intuire le caratteristiche. La progressiva acquisizione della consapevolezza della complessità del sistema vivente, della stretta integrazione tra livelli molecolari-organici-psichici e spirituali, dell'importanza dell'equilibrio uomo-ambiente e del precario confine tra stato di salute e malattia conduce la medicina ad un approccio meno specialistico e meno meccanicistico. Sicuramente, di questo panorama sono espressione anche le vecchie e nuove forme di medicina che esulano dal sistema ufficiale e si pongono sovente come alternativa al paradigma meccanicistico e super-specialistico dominante. Questo movimento va compreso, controllato e regolato, ma non va contrastato artificialmente^{193 194 195 196}. A tal proposito va tenuto presente il ruolo spesso nefasto o fuorviante dei mass-media¹⁹⁷. Uno dei fenomeni più impressionanti degli ultimi anni è stato l'aumento di informazione al pubblico a riguardo delle medicine complementari. Nuove tecnologie hanno consentito sia ai giornalisti sia direttamente alle persone interessate di acquisire informazioni e scambiarle in vario modo (dal colloquio tra parenti alle riviste di salute). Le principali testate hanno rubriche o inserti che trattano le medicine complementari, in genere con un occhio di simpatia più che di obiettiva valutazione. Il fatto è che il pubblico, spinto dall'ovvio desiderio di migliorare la qualità della vita o dalla speranza di cercare cure adeguate alla propria situazione, va a cercare soluzioni in sistemi medici diversi, di altre culture, o prodotti ritenuti "naturali" reclamizzati su internet o sulle riviste di larga diffusione. Particolarmente per persone cui sia stata diagnosticata una malattia grave e ritenuta (a ragione o a torto) incurabile, la ricerca di terapie "alternative" attraverso vie di informazione "alternative" - rispetto al medico curante - è non l'eccezione ma la regola. Inutile dire che se alcuni possono forse trarne beneficio - contribuendo quindi all'ampliarsi del fenomeno - altri possono sicuramente essere danneggiati direttamente o indirettamente (per la mancanza di diagnosi o cure controllate). Comunque molti sono confusi dalla quantità e dall'estrema varietà di informazioni. Un passaggio essenziale nel corso di un processo di integrazione sarà anche la diffusione di informazioni corrette e complete per il pubblico, gli operatori sanitari e i "decision makers" della programmazione sanitaria. Per assicurare la salute pubblica dal pericolo della diffusione di informazioni inappropriate o inattendibili bisognerebbe che entri in funzione un'agenzia indipendente e competente, dove si possa attingere a notizie quantomeno a riguardo¹⁹⁸:

1. le qualifiche degli operatori ed i criteri per verificarne l'attendibilità
2. le indicazioni sicure, probabili, possibili delle varie medicine complementari secondo il criterio dell'evidenza

¹⁹³ Di Stanislao C.: Editoriale, La Mandorla (www.agpuntura.org), 2003, 27.

¹⁹⁴ Bellavite P., Pomari S.: I rischi e le opportunità di una possibile integrazione, *La Professione* (mensile della FNOMCeO), 2002, 4(5/6):8.

¹⁹⁵ Ernst E.: The role of complementary and alternative medicine. *Brit. Med.*, 2000, . 321:1133-1135

¹⁹⁶ British Medical Association: *Complementary Medicine. New Approaches to Good Practice*. ED. Oxford University Press, Oxford, 1993.

¹⁹⁷ Bellavite P.: La ricerca scientifica e la didattica nelle medicine non convenzionali, <http://chimclin.univr.it/omc/AffariSociali-Bellavite.htm>, 2003.

¹⁹⁸ Astin J.A., Marie A., Pelletier K.R., Hansen E., Haskell W.L.: A review of the incorporation of complementary and alternative medicine by mainstream physicians. *Arch. Intern. Med.*, 1998, 158: 2303-2310

3. le controindicazioni delle stesse
4. gli effetti avversi dei medicinali
5. informazioni accurate per le patologie gravi (es. cancro, sclerosi multipla).

Naturalmente, le informazioni dovrebbero essere date in forma comprensibile a tutti e quindi in sezioni distinte tra quelle al vasto pubblico e quelle agli operatori o specialisti. Probabilmente tale agenzia potrebbe servirsi delle competenze dell'Istituto Superiore di Sanità in materia di farmacovigilanza. Va infine ribadito con forza che non si devono sottovalutare i rischi insiti in un indiscriminato ricorso a pratiche mediche di scarsa, dubbia o nessuna efficacia dimostrabile: medicina integrata significa comprendere i limiti di applicazione delle varie metodiche diagnostiche e terapeutiche. Le medicine non convenzionali sono anche dette "dolci" in quanto rispetterebbero, almeno teoricamente, le fini dinamiche regolative endogene e l'individualità del soggetto. Per questo non dovrebbero contrastare con nessun'altra forma di intervento terapeutico, purché esso sia eseguito nel rispetto della dinamica del processo patologico in atto e delle possibilità di guarigione. L'approccio basato sulle fini regolazioni di tipo "energetico" (v. medicina cinese) o sulle piccole dosi di sostanze naturali (fitoterapia e omeopatia) si pone come obiettivo un'azione stimolatoria sui più delicati sistemi riparativi e difensivi, ad un livello generale. Tuttavia, in condizioni patologiche serie, in cui sono presenti grossolane conseguenze biochimiche (es. diabete conclamato), anatomiche (es. tumori) o psicologiche (es. psicosi), si entra in un campo dove maggiormente pare indicato l'impiego di terapie forti ed intensive, basate sulla chirurgia, sulla terapia sostitutiva, sull'uso di farmaci in alte dosi, pur non escludendo che un approccio globale possa sempre essere di utilità. Se è vero che un approccio olistico e regolativo può avere una sua efficacia di base, è difficile credere che possa essere *risolutivo* in casi con alterazione permanente del codice genetico o nelle malattie in cui vi sia un difetto di tipo organico troppo accentuato ed irreversibile. Come tutte le terapie, anche quelle complementari hanno le loro controindicazioni, che gli operatori devono conoscere tanto bene quanto le potenziali indicazioni. Senza poter scendere nei dettagli di ogni singola materia, è opportuno sottolineare un problema comune a tutte le medicine complementari: il rischio che il paziente venga "diagnosticato" e trattato con metodologie che prescindono dalla diagnosi convenzionale e che quindi alcune patologie, anche gravi, possano passare inosservate. Un altro rischio è che i pazienti e gli stessi medici non siano in grado di giudicare obiettivamente il risultato delle cure, mancando dei parametri strumentali e laboratoristici di riferimento. Ciò potrebbe essere ovviato da una più efficace collaborazione tra terapeuta non convenzionale e centri di riferimento convenzionali per il follow-up delle terapie (es. centri antidiabetico, allergologico, cardiovascolare, salute mentale e così via). Si deve inoltre prendere in seria considerazione il rischio che le preparazioni medicinali o erboristiche - che spesso vanno soggette a minori controlli dei farmaci convenzionali prima di essere immesse sul mercato - possano essere contaminate con principi attivi diversi da quelli dichiarati o essere scadute. Trattandosi di settori della medicina in cui la ricerca scientifica fatta con criteri moderni è ancora allo stato iniziale per tutta una serie di ragioni storiche ed economiche, una buona parte di ciò che viene riportato nella letteratura che riguarda l'efficacia delle medicine non convenzionali dev'essere considerato ancora preliminare ed in attesa di verifica e consolidamento. La cautela nell'uso in campo terapeutico delle terapie non completamente consolidate e provate è d'obbligo, come, d'altra parte, quanto si è sin qui illustrato dovrebbe bastare a sostenere che anche la conoscenza delle potenzialità positive insite in approcci diversificati alla salute ed alla malattia è oggi necessaria al medico moderno, al fine di affrontare il problema terapeutico con un bagaglio quanto più ampio ed aggiornato. Attualmente la FNOMCeO riconosce valore di atto medico a nove diverse MNC. Il 18 maggio 2002, il Consiglio Centrale, vista la risoluzione n. 75 del Parlamento europeo del 29 maggio 1997 e la risoluzione n. 1206 del Consiglio d'Europa del 4 novembre 1999, sullo stato delle medicine non convenzionali, nelle quali viene constatata la crescente diffusione delle stesse e ribadita la necessità di assicurare ai cittadini il più elevato livello di sicurezza e l'informazione più corretta, consapevole della necessità che il medico, nell'esplicazione della propria attività professionale si ponga, oggi, di fronte ad un'immagine dell'uomo che tenga conto di tutti gli aspetti anche non riconducibili a schemi predefinitivi relativi a salute e malattia; Considerata la necessità di una più attenta valutazione dei possibili e diversi approcci diagnostici e terapeutici finalizzati a garantire ai cittadini la più ampia libertà possibile di scelta terapeutica. Le medicine e le pratiche non convenzionali" ritenute in Italia come rilevanti da un punto di vista sociale sia sulla base delle indicazioni della Risoluzione n. 75 del parlamento europeo del

29/5/97 e della Risoluzione n. 1206 del Consiglio d'Europa del 4/11/99 che sulla base della maggiore frequenza di ricorso ad alcune di esse da parte dei cittadini oltre che degli indirizzi medici non convenzionali affermatasi in Europa, negli ultimi decenni, sono¹⁹⁹:

10. Agopuntura
11. Fitoterapia
12. Medicina Ayurvedica
13. Medicina Antroposofica
14. Medicina Omeopatica
15. Medicina Tradizionale cinese
16. Omotossicologia
17. Osteopatia
18. Chiropratica.

- L'Ordine professionale giocherà nel prossimo futuro un ruolo fondamentale nel processo di integrazione. In una situazione caratterizzata dalle resistenze o comunque da un ritardo di azione delle istituzioni sanitarie centrali e dell'istituzione accademica, l'Ordine ha avuto da anni il coraggio di porsi il problema e di affrontarlo mediante adeguate ed approfondite riflessioni, deliberazioni, raccomandazioni ed azioni. È interesse della categoria medica, oltre che della società civile (ma le due cose coincidono), che l'eventuale esercizio di pratiche non convenzionali sia fatto in modo scientificamente aggiornato e verificato, anche secondo etica e deontologia professionale. Se l'integrazione è fattibile, essa si fonda sì sull'efficacia dei metodi clinici, su una buona didattica e su un'efficiente organizzazione del sistema sanitario, ma anche - e forse soprattutto - sulla competenza di ogni singolo medico. I diversi livelli di integrazione sono correlati (perché la competenza si basa anche sulla scienza e sul sistema formativo) ma non coincidono. Se al "sistema" giustamente interessa in primis il problema dell'efficacia, al medico interessa in primis il tema della competenza. Nel definire le competenze, nel verificare le relative qualifiche, nel favorire la loro corretta pubblicizzazione sul piano pratico e professionale, nel vigilare su eventuali distorsioni ed abusi, l'Ordine ha un ruolo delicato, decisivo e insostituibile²⁰⁰. In base a queste prospettive è da sottolineare come sia una primaria ed improrogabile necessità quella di adottare una classificazione che consenta di capire quali pratiche siano compatibili con "il rispetto e il decoro della professione". In particolare, pare essenziale che anche al livello ordinistico siano tenute distinte le medicine complementari, che si basano su un iter diagnostico-terapeutico dotato di studi di riferimento aggiornati e in evoluzione, rispetto a "pratiche alternative" che si richiamano ad atteggiamenti o stili di vita generici, a dottrine riservate o esoteriche, o che utilizzano presidi non controllati né controllabili, fondate sulla semplice tradizione o su teorie pseudo scientifiche, con scarsa o nulla bibliografia²⁰¹. Tale distinzione non deriva da una semplice esigenza casistica: se è ormai aperto un serio confronto tra medicina convenzionale e medicina non convenzionale anche sul piano legislativo, è nell'interesse di entrambi i fronti evitare sin dall'inizio confusioni e generalizzazioni nei riguardi di quelle pratiche o attività che non possedano alcun carattere assimilabile al trattamento curativo, essendo basate solo su principi fantasiosi o bizzarri, tali da escludere *a priori* ogni tipo di verifica sperimentale, ma tali anche da eludere qualsiasi controllo in ambito deontologico e normativo. In ogni caso, il richiamo alla necessità dell'acquisizione del consenso informato, nell'art. 13 del Codice Deontologico (C.D.), appare quanto mai opportuno: è ben noto che ciò rappresenta il fondamentale presupposto per la liceità di ogni atto medico ed ovviamente la pratica delle medicine complementari non fa eccezione, ma qui piuttosto il problema del consenso assume una connotazione del tutto particolare. Sarebbe auspicabile che si giungesse alla realizzazione di un "protocollo di consenso partecipato", sul modello di quelli in uso per i trattamenti medico - chirurgici usuali, ma nel quale si tenesse conto delle peculiari caratteristiche delle pratiche non convenzionali e degli specifici problemi che ciascuna di esse pone. Infine, l'art.

¹⁹⁹ FNOMCeO: Delibera e "linee guida" FNOMCeO su medicine e pratiche non convenzionali, <http://www.saluteeuropa.it/medicines/0005.htm>, 2002.

²⁰⁰ Di Stanislao C.: Le Mnc dopo la risoluzione della FNOMCeO del maggio 2002, www.sia-mtc.it, Contributi a Congressi Biomedici, 2003.

²⁰¹ FNOMCeO: Dal primato della medicina scientifica al confronto con le pratiche alternative, www.agopuntura.org/LaMandorla/Documenti, 2003.

13 del C.D. vieta espressamente qualsiasi forma di "collaborazione" tra medici e praticanti le medicine alternative. Probabilmente anche questo aspetto andrebbe riconsiderato oggi sotto una prospettiva più realistica, ispirata ai criteri della medicina integrata. Non è pensabile che il medico possa "fare tutto da solo" anche in questo campo, ma è più facile prevedere che col crescere della cultura scientifica e col chiarirsi dei campi di applicazione e dei limiti delle varie pratiche complementari emergano anche qualificate figure di operatori sanitari, non medici, capaci di applicare alcune tecniche complementari. Espressione della crescita culturale generale del settore paramedico sono ad esempio la trasformazione delle Scuole mediche professionali in Diplomi universitari e questi ultimi in Corsi di laurea. Anche nel campo non convenzionale avviene tale crescita e qui si pone ancora più prepotentemente la necessità di un vaglio accurato sia delle discipline con cui è possibile una integrazione, sia delle Scuole che preparano gli operatori. Di fatto tale integrazione è già presente in alcuni settori come ad esempio quello delle terapie fisioterapiche o riabilitative di origine orientale, delle tecniche osteopatiche, o dalle varie modalità di parto "dolce", che sono sempre più spesso offerte anche da strutture ospedaliere pubbliche. Un ruolo degli ordini nell'attuazione della legge per le medicine complementari potrebbe essere quello di tenere i "registri" dei medici che le praticano, limitatamente alla transitoria e sanatoria, cioè prima che entrino a regime i diplomi o master delle Scuole riconosciute. E' necessario che i criteri di definizione di tali registri siano emanati quanto prima, onde evitare difformità di azioni tra le diverse province. Bisogna comunque fare attenzione che già nella legge sia chiaro il senso e la durata dei registri (cosa che non pare dalle proposte attuali). La ragione dell'esistenza del registro sta nel garantire ai medici di una certa provincia che abbiano determinati requisiti, ma non abbiano (ancora) potuto acquisire un diploma "abilitante", di potersi qualificare come esperti in una certa disciplina. Di conseguenza, mentre la validità del registro per chi si è iscritto sarà a tempo indeterminato, cioè coincide con l'iscrizione all'ordine, la possibilità di iscriversi cesserebbe di avere una legittimità quando nella zona esistessero scuole abilitanti per quella disciplina. Pertanto, sembrerebbe più opportuno stabilire che la possibilità di iscriversi al registro cessa non in un termine fisso (qualsiasi data rischierebbe di essere inadeguata per eccesso o per difetto) ma nel termine di 3 anni successivi all'accreditamento, nella stessa provincia, di almeno una Scuola che rilascia il diploma per quella disciplina di cui esiste il registro²⁰². Circa l'erogazione da parte del SSN attualmente, tranne che l'agopuntura per anestesia, tutte le prestazioni sono considerate fuori dai Livelli Erogabili Assistenziali (LEA), dopo un lungo periodo di fruibilità interrotti nel dicembre del 2000²⁰³. Lo sviluppo di un sistema sanitario integrato è ad uno stadio iniziale e si confronta con un'ampia serie di problemi. Il motivo principale dell'incertezza presente sta nel fatto che molti approcci non convenzionali sono ancora privi di un'adeguata base scientifica. Anche se ci sono evidenze preliminari di qualche beneficio raggiungibile, non si può pensare ad un inserimento organico di tali proposte terapeutiche senza una maggiore chiarezza sui campi di applicazione, i limiti, i rischi, i costi. Oggi in pratica la stragrande parte delle prestazioni in questo campo avvengono a livello libero-professionale e le spese sia mediche sia farmaceutiche sono totalmente a carico del cittadino. Questa relazione economico-finanziaria "diretta" tra il fornitore del servizio e il consumatore ha il merito di aumentare l'interesse del consumatore e la partecipazione alla terapia. D'altra parte, senza una copertura assicurativa, l'accesso alle medicine complementari (come ad altre forme di terapia) è limitato dalle possibilità economiche del paziente. Di fatto, molti cittadini non ricorrono alle terapie non convenzionali perché non possono permetterselo. Non vi sono dati precisi per l'Italia, su quali siano le compagnie private che includono nelle prestazioni sanitarie rimborsabili anche le medicine complementari, ma sarebbe molto utile che tali dati fossero raccolti e resi disponibili al pubblico e a coloro che sono responsabili della programmazione sanitaria. Le politiche di copertura finanziaria dell'assistenza sanitaria e quelle assicurative di organizzazioni pubbliche e private giocano un ruolo essenziale nel dare forma al sistema sanitario e ciò coinvolge ovviamente anche il problema delle medicine complementari.

²⁰² Lucchese P.: Proposta di Testo Unificato del Relatore A.C. 137 e abbinate "Medicine e Pratiche non Convenzionali", www.agopuntura.org/La Mandorla/Documenti, 2003.

²⁰³ Di Stanislao C. et al.: Le Medicine non Convenzionali nel SSN, in Le Leggi dell'ospedale, di A. Zaglio, Ed. Verduci, Roma, 2000.

Come nel caso dell'impostazione secondo i Gruppi Balint, al professionista (medico o odontoiatra) che pratica le MNC si richiede di focalizzare la sua attenzione non più sull'organo malato, ma sull'individuo portatore di un disturbo. La capacità da acquisire per prima è quella del "saper ascoltare", anche al di là delle parole del paziente. Saper ascoltare diventa così il primo obiettivo da raggiungere e bisogna imparare a farlo con tutti i nostri sensi. Inoltre, ogni attività di cura si esplica all'interno di una relazione curante-paziente, che si caratterizza per essere una relazione di tipo professionale ("le professioni d'aiuto"). La relazione è una variabile fondamentale per l'esito della cura e la parte di competenza del medico assume l'importanza di un farmaco. Come ogni altro farmaco, anche questo dovrebbe essere somministrato con competenza. Infine, la relazione professionale con finalità curativa è anche un contesto affettivo in cui, pur nella differenza dei ruoli, vale il principio della reciprocità. Con una formazione in MNC, si tende a migliorare la capacità relazionale: non solo può aumentare l'efficacia di una cura, ma diminuisce il rischio di burn-out²⁰⁴.

²⁰⁴ Meier S.T., Davis S.R.: Guida al counseling, Ed. Franco Angeli, Milano 1994.

Reference List

1. McCarney RW, Brinkhaus B, Lasserson TJ, Linde K. Acupuncture for chronic asthma. The Cochrane Library 2004(2).
2. Claraco AE, Hanna SE, Fargas-Babjak AM. Reporting of clinical details in randomized controlled trials of acupuncture for the treatment of migraine/headaches and nausea/vomiting. *J Alt Complement Med* 2003;9:151-9.
3. Lao L, Hamilton GR, Fu J, Berman BM. Is acupuncture safe? A systematic review of case reports. *Alternative Therapies* 2003;9-1:72-83.
4. Ernst, E., White, A. R., and Wider, B. Akupunktur bei Rückenschmerzen. *Schmerz* 16, 129-139. 2002. Ref Type: Journal (Full)
5. Tait PL, Brooks L, Harstall C. Acupuncture: Evidence from systematic reviews and meta - analysis. Alberta: 2002.
6. Martin J, Donaldson ANA, Villarroel R, Parmar MKB, Ernst E, Higginson IJ. Efficacy of acupuncture in asthma: systematic review and metaanalysis of published data from 11 randomised controlled trials. *European Respiratory Journals* 2002;20:846-52.
7. Kronenberg F, Fugh-Berman A. Complementary and alternative medicine for menopausal symptoms: a review of randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2002;137:805-13.
8. Sze FK-H, Wong E, Or KKH, Lau J, Woo J. Does acupuncture improve motor recovery after stroke? A meta-analysis of randomized controlled trials. *Stroke* 2002;33:2604-19.
9. Proctor, M. L., Smith, C. A., Farquhar, C. M., and Stones, R. W. Transcutaneous electrical nerve stimulation and acupuncture for primary dysmenorrhoea. The Cochrane Library (1). 2002. Ref Type: Journal (Full)
10. Buchbinder, G. S., Bansley, L., White, M., Smidt, N., and Assendelft, W. J. J. Acupuncture for lateral elbow pain. The Cochrane Library (1). 2002. Ref Type: Journal (Full)
11. Jewell, D. and Young, G. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. The Cochrane Library (1). 2002. Ref Type: Journal (Full)
12. Linde, K., Melchart, D., and Willich, S. Beschreibung der Therapie in klinischen Studien zur Akupunktur bei chronischen Kopfschmerzen. *Dt.Ztschr.f.Akup.* 8-14. 2001. Ref Type: Journal (Full)
13. Melchart, D., Linde, K., Fischer, P., Berman, B., White, A., Vickers, A., and Allais, G. Acupuncture for idiopathic headache. The Cochrane Library (1), 1-20. 2001. Ref Type: Journal (Full)
14. Smith, C. A. and Crowther, C. A. Acupuncture for induction of labour. The Cochrane Library (1), 1-11. 2001. Ref Type: Journal (Full)
15. Park, J., Hopwood, V., White, A., and Ernst, E. Effectiveness of acupuncture for stroke: A systematic review. *J Neurol* 248, 558-563. 2001. Ref Type: Journal (Full)
16. Ernst, E. and White, A. R. Prospective studies of the safety of acupuncture: a systematic review. *American Journal of Medicine* 110, 481-485. 2001. Ref Type: Journal (Full)

17. Ezzo, J., Hadhazy, V., Birch, S., Lao, L., Kaplan, G., Hochberg, M., and Berman, B. Acupuncture for osteoarthritis of the knee. A systematic review. *Arthritis and Rheumatism* 44, 819-825. 2001.
Ref Type: Journal (Full)
-

Bibliografia

- i^[1] Corbellini C.: *Agopuntura e dintorni*, Ed. Selecta Medica, Pavia, 1999.
- ii^[2] Aluigi M.C.: *Le Altre Medicine*, Ed. AIEP, S. Marino, 2000
- iii^[3] Gwei Djen, Needham J. : *Celestial Lancets* Ed Cambridge Univ. Press 1980.
- iv^[4] AAVV: *Libro Bianco sull'agopuntura e le altre terapie della tradizione estremo-orientale*, Ed. SIA/CEA, Milano, 2000.
- v^[5] Yun S.J., Park H.J., Yeom M.J., Hahm D.H., Lee H.J., Lee E.H.: Effect of electroacupuncture on the stress-induced changes in brain-derived neurotrophic factor expression in rat hippocampus. *Neurosci Lett*, 2002,318(2):85-88.
- vi^[6] Unschuld P.: *Medicine Chinoise*, Ed. Paradigm Publications, New York, 1998.
- vii^[7] Bellavite P, Conforti A, Lechi A, Menestrina F, Pomari S: Lo stato attuale delle Medicine complementari. In: *Le Medicine Complementari. Definizioni, applicazioni, evidenze scientifiche disponibili*. UTET, Milano, 2000: 1-6
- viii^[8] Bensoussan A. : Complementary medicine. Searching for the evidence. *Aust Fam Physician* 2000, 29(12): 1129-1133
- ix^[9] Bloom BS, Retbi A, Dahan S, Jonsson E. : Evaluation of randomized controlled trials on complementary and alternative medicine. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 2000, 16: 13-21.
- x^[10] Ernst E: Alternative views on alternative medicine. *Ann Intern Med*. 1999. 131(3):230.
- xi^[11] Gatchel RJ, Maddrey AM: Clinical outcome research in complementary and alternative medicine: an overview of experimental design and analysis. *Altern Ther Health Med* 1998, 4(5): 36-42
- xii^[12] Focks C.: *Agopuntura. Testo e Atlante*, Ed. Verduci, Roma, 2000.
- xiii^[13] FISA: *Agopuntura. Evidenze cliniche e sperimentali, aspetti legislative e diffusione in Italia*, Ed. Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2000.
- xiv^[14] Thomas M.: *Treatment of pain with acupuncture: factors influencing outcome*. Dissertation, Karolinska Institutet, Stockholm, 1995.
- xv^[15] Sherman K.J., Hogeboom C.J., Cherkin D.C., Deyo R.A.: Description and validation of a noninvasive placebo acupuncture procedure. *J Altern Complement Med* 2002, 8(1):11-19
- xvi^[16] Dumitrescu F.: *Agopuntura scientifica moderna*, Ed. Nuova Ipsa, Palermo, 1995.
- xvii^[17] Waldaman S.D.: *Il trattamento del dolore*, Ed. Verduci, Roma, 2000.
- xviii^[18] Thomas M., Lundeberg T.: *L'agopuntura funziona?*, *Salus Medicina in Rete* (<http://www.salus.it/dol/ago.html>), 2001.
- xix^[19] Patel M., Gutzwiller F. et al.: A meta-analysis of acupuncture from chronic pain, *Int. J. Epidemiol.*, 1989, 18: 900-906.
- xx^[20] Vickers A.: Recent advances: complementary medicine, *BMJ.*, 2000, 321: 683-686.
- xxi^[21] Ter Riet G. , Kleijnen J., Knipschild P. : Acupuncture and chronic pain: a criteria based of meta-analysis, *J. Cin. Epidemiol.*, 1990, 43: 1191-1199.
- xxii^[22] MacPherson H., Thomas K., Walters S., Fitter M.: The York acupuncture safety study: prospective survey of 34000 treatments by traditional acupuncturists, *BMJ* 2001, 323: 486-487.
- xxiii^[23] AAVV: *Terapie non farmacologiche del dolore cronico*, *ItalMed* (http://www.italmed.com/approfondimenti/news.articolo.doc.cfm?topic_ID=78&Art_ID=236), 2000.
- xxiv^[24] Deyo R., Weinstein J.: Primary care: Low back pain, *NEJM*, 2001, 344 (.5): 410-425.
- xxv^[25] Di Stanislao C.: *Agopuntura*, in *Trattato sulle cefalee, a cura di V. Gallai*, Ed. Società Italiana per lo Studio delle Cefalee, Perugia, 2002.
- xxvi^[26] Critchley J.A., Zhang Y., Suthisang C.C., Chan T.Y., Tomlinson B.: Alternative therapies and medical science: designing clinical trials of alternative/complementary medicines--is evidence-based traditional Chinese medicine attainable? *J Clin Pharmacol.*, 2000,40(5):462-467.

-
- xxvii[27] Melzack R.: Acupuncture and related formes of folk medicine, in Wall P.D. anf Melzack R.: Text book of pain, Ed. Churchill-Livingstone, Edimburg, London, Melbourne and New York, 1984, 691-700.
- xxviii[28] Hui K.K., Liu J., Makris N., Gollub R.L., Chen A.J., Moore C.L., Kennedy D.N., Rosen B.R., Kwong K.K.: Acupuncture modulate the limbic system and subcortical gray structures in the humn brain: evidence from fMRI studies in normal subjects, *Human Brain Mapp.*, 2000, 9: 13-25.
- xxix[29] Tiengo M. (a cura di): *Il dolore*, Ricerca Roche, monografia 18, dicembre 1997, pp 10-15.
- xxx[30] Tiengo M., Benedetti C. (eds): *Fisiopatologia e terapia del dolore*, Ed. Masson Italia, Milano, 1996,. 536-38. .
- xxxi[31] Tenc C. et al.: Randomized controlled trail of acupuncture in cervical spondylosis, *Archives Phys. Med. Réahbil.*, 1973, 14 (3): 45-48.
- xxxii[32] Stephan J.M.: *Acudoc2 Méridiens-RFMTC*, 2002
- xxxiii[33] Nguyen J. et al.: *Registre de essais controllés randomisés en acupuncture*, GERA, La Garde, 2000.
- xxxiv[34] Greenwood M.T.: *Acupuncture And Evidence-Based Medicine: A Philosophical Critique*, *Acupuncture in Medicine-Electronic Journal of American Accademy of Acupuncture*, 2002, 2, http://www.medicalacupuncture.org/aama_marf/journal/vol13_2/article4.html
- xxxv[35] Helmes J.: *Scientific Basis of Acupuncture*, American Accademy of Acupuncture, New York, 1996
- xxxvi[36] Bucinskaite V et al. : *Acupuncture and related theciniques*, *Eur J Neurosci*, 1996, 8: 382-387.
- xxxvii[37] Yang R., Huang Z.N., Cheng J.S: *Anticonvulsion effect of acupuncture might be related to the decrease of neuronal and inducible nitric oxide synthases*. *Acupunct Electrother Res* 2000; 25(3-4): 137-143.
- xxxviii[38] Zhang Y.: *Compartion of effects of different durations of moxibustion in immuno function of erythrocytes*, *Chinese Acupuncture and Moxibustion*, 2001, 21(2): 90-92
- xxxix[39] Klein J.L.: *Review of acupuncture*, *J. Altern. Complement. Med.*, 1997, 1: 1-110
- xl[40] Ernst E.: *Medicina complementare e medicina scientifica*, Ed. Nuova Ipsa, Palermo, 1999.
- xli[41] *Consensus Developement Conference on Acupuncture* 3-5 novembre 1997 Bethesda, Maryland USA (home page <http://consesus.nih.gov>.), *JAMA*, 1998, 460: 260-275
- xlii[42] WHO-OMS: *Elenco delle patologie trattabili con agopuntura*, 1977, modificato nel 1990-93 e 1998 (<http://chef.who.int:9654/?WHOhq+WHOhqHTML>), 1998.
- xliii[43] OMC - Università Di Verona, Coordinatore prof. P. Bellavite, (<http://chimclin.univr.it/omc/integrazione.html>), 2001.
- xliv[44] *Centres for Reviews and Dissemination (CRD)* www.york.ac.uk/inst/crd/ehcb.htm, 2002.
- xlv[45] AAVV: *Acupunture, Effetive Health Care Bulletins*, 2001-2002, 7: 30-45.
- xlvi[46] AAVV: *Acupuncture for lateral elbow pain (Cochrane Review)*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2002.
- xlvii[47] AAVV: *Transcutaneous electrical nerve stimulation and acupuncture for primary dysmenorrhoea (Cochrane Review)*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2002
- xlviii[48] AAVV: *Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy (Cochrane Review)*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002
- xlix[49] AAVV: *Acupuncture*. *Qual Saf Health Care, ABC Journal*, 2002
- l[50] Brescia T.: *Il tao della medicina. La scienza olistica e la medicina tradizionale cinese*, Ed. Hermes, Milano, 2001.
- li[51] AAVV: *ABC degli studi clinici, Le Sperimentazioni non controllate*, *Bollettino d'informazione sui farmaci*, 1999, 1.2: 32-34.
- lii[52] Kunz R., Oxman A.D. : *The unpredicatability paradox: review of empirical comparisons of randomised and non-randomised clinical trails*, *BMJ*, 1998, 317: 1185-1190.

-
- liii^[53] Linde K., Jonas W.B., Melchart D., Willich S.: The methodological quality of randomized controlled trials of homeopathy, herbal medicines and acupuncture. *Int. J. Epidemiol.*, 2001, 30(3):526-531.
- liv^[54] Stephan J.M.: Score de Jadad, *Acupuncture & moxibustion*, 2002, 1: 60-62
- lv^[55] Nguyen J., Goret O.: Le assais controlés randomisés en acupuncture; analyse bibliografiche, *Acupuncture & moxibustion*, 2002, 1: 47-49
- lvi^[56] Ternov K, Nilsson M, Lofberg L, Algotsson L, Akeson J : Acupuncture for pain relief during childbirth. *Acupunct Electrother Res* 1998; 23(1):19-26
- lvii^[57] Middlekauff H.R., Yu J.L., Hui K.: Acupuncture effects on reflex responses to mental stress in humans, *Am. J. Physiol. Regul. Integr. Comp. Physiol.*, 2001, 280(5):R1462-468
- lviii^[58] Clinical outcomes of a diagnostic and treatment protocol in allergic/sensitivity patients, *Altern. Med. Rev.*, 2001, 6(2): 188-202.
- lix^[59] Ernst E.: The usage of complementary therapies by dermatological patients: a syustematic review, *Br. J. Dermatol.*, 2000, 142(5): 857-861
- lx^[60] AMSA: Blionet (www.agopuntura.org), 2002.
- lxi^[61] Di Stanislao C.: L'agopuntura nel SSN, in *Le Leggi dell'Ospedale*, a cura di A. Zaglio, Ed. Verduci, Roma, 2000.
- lxii^[62] Razavi D., Delvaux N.: L'assistenza medico-psicologica nel trattamento del paziente oncologico, Ed. Koinè, Roma, 2001.
- lxiii^[63] Imbrosio C.: Un viaggio infinito... Salute, malattia e morte. (Percorsi di lettura tra Belgio, Francia e Italia in ricordo di Paola Vecchi), Ed. CLUEB, Bologna, 2001.
- lxiv^[64] Cavicchi I.: Salute e Federalismo. Forma e contenuti dell'emancipazione, Ed Bollati Boringhieri, Torino, 2001.
- lxv Gatto R.: Agopuntura: valutazione di efficacia, domande dell'utenza e offerta di servizi a livello nazionale, http://www.sia-mtc.it/firenze/Firenze_CDS.PDF, 2002.
- lxvi Di Stanislao C., Evangelista E., Lomuscio A., Sabelli I.: Agopuntura: validazione scientifica ed evidenze cliniche, La Mandorla (www.agopuntura.org), 2002, 22.
- lxvii Helmes J, *Scientific Basis of Acupuncture*, American Accademy of Acupuncture, New York, 1996.
- lxviii Oleson T, *Auriculotherapy Manual*, Ed. Health Care Alternatives, New York, 1998.
- lxix F.I.S.A.: Agopuntura. Evidenze cliniche e sperimentali, aspetti legislativi e diffusione in Italia, Ed Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2000.
- lxx Giambalvo Dal Ben G., Cracolici F.: Agopuntura e Validazione Scientifica, Atti del Convegno "Dolore: parliamone", Osedale di Scandicci, Firenze, 25 Ottobre 2003.
- lxxi Di Stanislao C. (Coord.): Libro Bianco sull'agopuntura e le altre terapie della tradizione estremo-orientale, Ed. SIA/CEA, Milano, 2000.
- lxxii Yun S.J., Park H.J., Yeom M.J. et al.: Effect of electroacupuncture on the stress-induced changes in brain-derived neurotrophic factor expression in rat hippocampus, *Neurosci. Lett.*, 2002, 318 (2): 85-88.
- lxxiii Peuker E., Cummings M.: Anatomy for the acupuncturist--facts & fiction. 3: Upper & lower extremity, *Acupunct. Med.*, 2003, 21(4):122-32.
- lxxiv Vickers A, Recent advances: complementary medicine, *BMJ*, 2000, 321: 683-686.
- lxxv Di Stanislao C.: L'agopuntura nel SSN, in *Le Leggi dell'Ospedale*, a cura di A. Zaglio, Ed. Verducci, Roma, 2000.
- lxxvi Dumitrescu F.J.: *Agopuntura Scientifica Moderna*, Ed. Nuova Ipsa, al ermo, 1995.
- lxxvii Hui K.K., Liu J., Makris N. et al. : Acupuncture modulate the limbic system and subcortical gray structures in the human brain: evidence from MRI studies in normal subjects, *Human Brain Mapp*, 2000, 9: 13-25
- lxxviii Biella G., Sotgiu M.L., Pellegata G. et al.: Acupuncture produces central activations in pain regions. *Neuroimage* 2001, 14: 60-66.
- lxxix Liu J.H., Yan J., Yi S.X., Chang X.R. et al. : Effects of electroacupuncture on gastric myoelectric activity and substance P in the dorsal vagal complex of rats, *Neurosci. Lett.*, 2004, 356(2):99-102.

-
- ^{lxxx} Jiang K.W., Zhao Z.Y., Shui Q.X., Xia Z.Z.: Electro-acupuncture preconditioning abrogates the elevation of c-Fos and c-Jun expression in neonatal hypoxic-ischemic rat brains induced by glibenclamide, an ATP-sensitive potassium channel blocker, *Brain Res.*, 2004, 998(1): 13-19.
- ^{lxxxii} Jiang X.: Effects of magnetic needle acupuncture on blood pressure and plasma ET-1 level in the patient of hypertension, *J Tradit. Chin. Med.*: 2003, 23(4): 290-291.
- ^{lxxxiii} Yang Q.G., Hang Y.N., Sun D.J.: Effect of acupuncture-drug compound anesthesia on alteration of immune function in patients undergoing open-heart surgery, *Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi*, 2003, (12): 887-890.
- ^{lxxxiv} Zhang S.P., Zhang J.S., Yung K.K., Zhang H.Q.: Non-opioid-dependent anti-inflammatory effects of low frequency electroacupuncture, *Brain Res. Bull.*, 2004, 62(4): 327-234.
- ^{lxxxv} Siu F.K., Lo S.C., Leung M.C.: Electroacupuncture reduces the extent of lipid peroxidation by increasing superoxide dismutase and glutathione peroxidase activities in ischemic-reperfused rat brains, *Neurosci. Lett.*, 2004, 354(2): 158-162.
- ^{lxxxvi} Nguyen J., Goret O.: Le assais controlés randomisés en acupuncture; analyse bibliografiche, *Acupuncture & moxibustion*, 2002, 1: 47-49,
- ^{lxxxvii} Stephan J.M.: Score de Jadad, *Acupuncture & moxibustion*, 2002, 1: 60-62.
- ^{lxxxviii} AAVV: ABC degli studi clinici, Le Sperimentazioni non controllate, *Bollettino d'informazione sui farmaci*, 1999, 1.2: 32-34.
- ^{lxxxviii} Di Stanislao C.: Lettera attorno al "lato oscuro" della scienza, http://www.agopuntura.org/documenti/lato_oscuero.htm, 1999.
- ^{lxxxix} Di Stanislao C., Corradin M., Brotzu R., De Berardinis D.: Variazioni dell'ECP sierico e nasale e delle IgE nasali, dopo trattamento agopunturistico in 20 soggetti con pollinosi, http://www.sia-mtc.it/XIX_congresso/Default.htm, 1999.
- ^{xc} Di Stanislao C.: Agopuntura e MTC in campo dermocosmetologico, *Kosmè*, 2003, 1: 15-21.
- ^{xcii} Porzio G., Trapasso T., Martelli S., et al.: Acupuncture in the treatment of menopause-related symptoms in women taking tamoxifen, *Tumori*, 2002, 88(2): 128-130.
- ^{xciii} Di Stanislao C., Palermo P.: Terapia analgesica mediante agopuntura ed omeopatia nel dolore perineale del post-partum, *Atti del XXII Congresso SIA*, Ed. Nuova Ipsa, Palermo, 2002.
- ^{xciv} Di Stanislao C., Lorusso D., Ciarfella R.: Agopuntura nella polineuropatia HIV-correlata, <http://www.sia-mtc.it/documenti/aids.pdf>, 2001.
- ^{xcv} Deodato F., Di Stanislao C., De Berardinis D., Giorgetti R.: Agopuntura Tradizionale e Medicina Tradizionale Cinese: generalita' e correlazioni eziopatogenetiche con i DTM, 1° Congresso Nazionale SIDA, Ed. SIDA, Siena, 2003.
- ^{xcvi} Di Stanislao C., Porzio G., Trapasso T., Marchetti P.: Impiego dell'agopuntura con ago a permanenza sul punto LR2 nella prevenzione della congiuntivite da 5FU, <http://www.agopuntura.org/fisac/oncofisac.htm>, 2002.
- ^{xcvii} Di Stanislao C., Bologna G.: Nostra esperienza nel trattamento di ulcere flebopatiche con gel piastrinico, agopuntura e terapia ad infrarossi differenziati, http://www.sia-mtc.it/Congr_Internaz/ulcere.htm, 2003.
- ^{xcviii} Di Stanislao C., Flati G., De Angelis F., Donati G., Bologna G.: Impiego dell'agopuntura manuale nell'analgesia in corso di detersione chirurgica di ulcere trofiche dell'arto inferiore, http://www.sia-mtc.it/congressi_biomedici/ulcere_analgesia.htm, 2003.
- ^{xcix} Di Stanislao C., Evangelista P., Deodato F.: Trattamento agopunturistico del dolore riferito ai denti, *Riv. It. D'Agopunt.*, 2003, 107: 16-23.
- ^c Di Stanislao C., Deodato F., De Berardinis D.: Agopuntura tradizionale: generalità ed impiego in campo gnatologico, http://www.sia-mtc.it/congressi_biomedici/gnatologia.htm, 2003.
- ^{ci} Di Stanislao C.: Le metafore del corpo. Dal simbolo alla terapia. Vol 1: Testa e Bacino, Ed. Casa Editrice Ambrosiana, Milano, in press.
- ^{cii} Deodato F., Di Stanislao C., Giorgetti R.: *l'ATM a 360°*, Ed. Casa Editrice Ambrosiana, Milano, in press.
- ^{ciii} Iommelli O., Brancaleone M., Lauro G.: *Qi & Phytos*, Ed. AIFF, Napoli, 2002.

-
- ^{ciii} Paoluzzi L.: Fitoterapia e Energetica, Ed, AICTO, Anguillara (RM), 1997.
- ^{civ} Di Stanislao C., Giannelli L., Iommelli O., Lauro G.: Fitoterapia comparata, Ed. Di Massa, Napoli, 2001.
- ^{cv} Melchart D., Weidenhammer W., Streng A. Et al.: Prospective investigation of adverse effects of acupuncture in 97 733 patients, Arch. Intern. Med., 2004, 164(1):104-105
- ^{cvi} Rapson L.M.: Acupuncture and adverse effects, Can. Fam. Physician 2003, 49:1588-1589.
- ^{cvi} McPherson H., Thomas K., Walters S., Fitter M.: The York acupuncture safety study: prospective survey of 34.000 treatments by traditional acupuncture, BMJ, 2001, 323: 486-487.
- ^{cviii} Semizzi M.: La valutazione di innocuità delle MnC. Effetti secondari: indesiderati o terapeutici?, http://www.sia-mtc.it/documenti/valutaz_innocuita_MNC.PDF, 2003.
- ^{cix} Paterson C., Britten N.: Acupuncture for people with chronic illness: combining qualitative and quantitative outcome assessment, J Altern. Complement. Med., 2003, 9(5):671-681.
- ^{cx} Levy D.S.: Statement about risks of acupuncture is misleading, Am. Fam. Physician, 2003, 68(9):1713.
- ^{cx} Ernst E. : Acupuncture research--the first 10 years in Exeter., Acupunct. Med. 2003, 21(3):100-104.