



ADVANCED THERAPIES

NUOVA IPSA
EDITORE

ISSN 2281-485X

TERAPIE D'AVANGUARDIA
anno IV - n. 8 - 2015

Mariateresa Tassinari, Mauro Alivia, Luca Poma, Paolo Roberti di Sarsina (a cura di)

Le ultime rilevazioni demografiche sulle Medicine Non Convenzionali in Italia
commentate dalle società scientifiche del settore

tavola rotonda sulle
Medicine Non Convenzionali



Le ultime rilevazioni demografiche sulle Medicine Non Convenzionali in Italia commentate dalle società scientifiche del settore

Tavola rotonda a cura dell'Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona ONLUS-Ente Morale

Mariateresa Tassinari, Mauro Alivia, Luca Poma, Paolo Roberti di Sarsina
Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona ONLUS-Ente Morale

PAROLE CHIAVE

ISTAT,
roundup,
tavola rotonda,
Medicine Tradizionali,
Complementari e
Alternative,
Medicine Non
Convenzionali
Medicina Centrata sulla
Persona.

KEYWORD

ISTAT,
roundup,
Traditional,
Complementary and
Alternative Medicine,
Person Centered
Medicine.

RIASSUNTO

Il dibattito riguardante le Medicine Tradizionali, Complementari ed Alternative è tanto attuale quanto disorientante. Il continuo fraintendimento del campo in cui avviene il confronto, sia esso epistemologico, etico, ontologico, logico, genera spesso caos e incertezza.

Nel tentativo quindi di fare chiarezza e rispettare il protagonista principale di ogni percorso di cura, cioè la persona quale inscindibile unità psichica, fisica e spirituale, abbiamo ritenuto urgente e necessario interpellare i presidenti/ le presidenti delle singole sigle ponendo loro domande puntuali e attuali sulle criticità e prospettive.

Sono state inviate a partecipare a questa tavola rotonda tutte le principali associazioni di Medicine Non Convenzionali a profilo definito, in Italia. Col fine di agevolarne la lettura, abbiamo deciso di riportare la posizione di ogni singola associazione che ha risposto al nostro invito, articolando domande e corrispondenti risposte.

ABSTRACT

The debate on Traditional Medicine, Complementary and Alternative (TCAM) is as topical as disorienting. The continued misunderstanding of the field where a comparison is performed, be it epistemological, ethical, ontological, logical, often creates chaos and uncertainty.

In an effort to clarify and respect the principal protagonist of any treatment, that is the person as unbreakable psychic, physical and spiritual unity, we felt an urgent need to consult the presidents of the Italian TCAM associations by asking them specific questions about current problems and prospects.

In this round table, they were invited to participate all the major TCAM associations in defined profile, in Italy. With the aim to facilitate the reading, we decided to report the position of each associations that responded to our invitation, articulating questions and corresponding answers.

Celebre è la frase di Churchill sull'attitudine, che parrebbe tipicamente italiana, di perdere le partite di calcio come se fossero guerre e perdere le guerre scambiandole per partite di calcio.

Una propensione così radicata, che sembra determinare anche il livello dell'attuale dibattito tra Medicine Non Convenzionali (MNC) e Biomedicina, in cui il campo di battaglia si sposta da Waterloo al mensile femminile, alla pubblicazione denigratoria sulla rivista impattata o all'almanacco della scienza. Si rischia così di trasformare il fine in mezzo, perdendo pericolosamente di vista i destinatari e gli scopi per i quali la medicina è sorta e continua ad esistere.

Difatti, come riscontrabile dalla visione della tabella qui sotto riportata, il ricorso alle Medicine Non Convenzionali in Italia è una realtà tanto esistente quanto monitorata.

È vero che la discussione è da sempre l'antidoto all'autoritarismo e alla dittatura intellettuale, ma noi sosteniamo l'idea che occorra prima concordare su quale livello intendiamo incentrare la discussione, per disporre della certezza che, se non i risultati, almeno l'intenzione delle parti sia la medesima. Quale vogliamo quindi che sia il piano del confronto; semantico, epistemologico o ontologico? È una questione riguardante gli aggettivi (complementari, alternative, integrate...) attraverso i quali esse vengono non solo definite ma anche categorizzate e legittimate oppure il problema risiede nella metodologia di ricerca utilizzata e sugli strumenti di cui ci serviamo per conoscere? Non è più tempo di ragionare per estremi, nel presentare dati sensazionali per accattivarsi l'opinione pubblica. Critiche come "curarsi con l'acqua fresca", "non ci sono prove che le Medicine Non Convenzionali

siano efficaci” non solo sono di nessuna utilità al cittadino ma soprattutto pongono alla luce il continuo fraintendimento dei vari piani del discorso. In una mentalità tipicamente colonialista non si differenziano i vari epistemi, come se la Medicina Ayurvedica fosse interscambiabile con la Medicina Tradizionale Cinese o quella Tibetana, ad esempio.

Nel tentativo quindi di fare chiarezza e rispettare il protagonista principale di ogni percorso di cura, cioè la persona, abbiamo ritenuto urgente e necessario interpellare i presidenti/le presidenti delle singole sigle ponendo loro domande puntuali e attuali sulle criticità e prospettive.

Col fine di agevolarne la lettura, abbiamo deciso di riportare la

Ricorso alle Medicine Non Convenzionali in Italia (aggiornato da Roberti di Sarsina P, Iseppato I. EPMA Journal 2011;2(4):439-449)	
ISTAT (1996-99)	9 milioni di italiani fanno uso di MNC (15,5%).
ABACUS (2003)	il 30% degli italiani ha familiarità col termine Medicine Non Convenzionali.
DOXA (2003)	il 23% della popolazione fa uso di MNC.
ISPO (2003)	il 65% della popolazione ha familiarità col termine Medicine Non Convenzionali e ne è a conoscenza.
FORMAT (2003)	il 31,7% degli italiani ha usato le MNC almeno una volta; il 23,4% usa le MNC regolarmente.
CENSIS (2003)	il 50% considera le MNC utili; più del 70% chiede che siano rimborsate dal Servizio Sanitario Nazionale; il 65% vorrebbe più controlli da parte dell'autorità sanitaria nazionale.
Menniti-Ippolito et al. (2004)	il 15,6% fa uso di MNC (Omeopatia 8,2%, Terapie Manuali 7%, Fitoterapia 4,8%, Agopuntura 2,9%, altre MNC 1,3%).
ISTAT (2005)	8 milioni di italiani usano le MNC (13,6% della popolazione)
EURISPES (Rapporto Italia 2006)	10,6% della popolazione sceglie le MNC
Osservatorio Scienza Tecnologia e Società, iniziativa del Centro Ricerche Observa-Science in Society, pubblicata su Nova del Il Sole 24 Ore il 24 07.12.2006.	Un italiano su tre ricorre, almeno saltuariamente, a prodotti omeopatici per curare i propri problemi di salute.
CENSIS (2008)	il 23,4% si è rivolto alle MNC nell'anno precedente (in particolare a Omeopatia e Fitoterapia).
EURISPES (Rapporto Italia 2010)	più di 11 milioni di italiani scelgono di curarsi con le MNC, cioè il 18,5% della popolazione.
Health Monitor CompuGroup Medical. Il Sole 24 Ore Sanità (2011)	Circa il 52% dei medici di medicina generale suggerisce medicinali omeopatici ai propri pazienti.
EURISPES (Rapporto Italia 2012)	Ricorre alle Medicine Non Convenzionali il 14,5% della popolazione.
Doxapharma maggio 2012	82,5% dichiara di aver sentito parlare di medicinali omeopatici; il 16,2% ha fatto uso, almeno una volta nell'anno, di medicinali omeopatici.
ISTAT "TUTELA DELLA SALUTE E ACCESSO ALLE CURE. Anno 2013" (pubblicato 11 luglio 2014)	Si dimezza il ricorso alle Medicine Non Convenzionali rispetto al 2000, da 15,8% a 8,2%. L'uso di rimedi omeopatici scende dal 7% al 4,1% tra il 2005 e il 2013.

posizione di ogni singola associazione, articolando domande e corrispettive risposte. L'ordine di elencazione è alfabetico. Sono stati inviati a partecipare a questa tavola rotonda tutte le principali associazioni di Medicine Non Convenzionali a profilo definito, in Italia. Ringraziamo quindi i presidenti e le presidenti delle società che hanno risposto con entusiasmo e fattivamente al nostro invito, convinti come siamo che solo azioni collettive di alto profilo etico e sociale possano trovare ascolto a livello istituzionale regionale e nazionale.

➔ Associazione Medica Italiana di Omotossicologia, AMIOT. www.medbio.it/amiot

Presidente Santi dott. Cesare

1. Come interpreta il trend di accesso alle MNC da parte della cittadinanza?

Tra le differenti definizioni di medicina e, più precisamente, di atto medico mi preme sottolineare la seguente: “è risposta a un bisogno”. Ora, se vi è un graduale ma progressivo aumento della richiesta e dell'utilizzo di MNC, questo è segno che tali medicine, pur nella loro diversità, rappresentano un “corpus” in grado di fornire risposte più adeguate al bisogno (benessere?). Il vero bisogno primario, più o meno dichiarato consapevolmente, è che nell'esperienza della malattia l'individuo venga trattato come persona e non come caso. È molto frequente, nella pratica medica quotidiana, il richiamo a questo bisogno che precede quello della risoluzione dei sintomi clinici. La concezione dell'uomo che accomuna le differenti branche delle MNC offre nei presupposti ideologici, culturali e scientifici le premesse per un approccio alla persona molto più esaustivo. Perché si accede alle MNC per ricercare una risoluzione del “bisogno”? La risposta, a mio avviso, è culturale e riguarda l'aspetto antropologico del bisogno.

Quello che è in gioco è il modello di uomo a cui si riferisce una determinata branca della scienza medica. Se è allopatrica, avrà una visione riduzionista e meccanicista dell'uomo e quindi del suo “bisogno”. Nella concezione “olistica” dell'essere umano e della realtà che lo circonda (οἶκος), la risposta al bisogno comprenderà necessariamente una visione molto più ampia di elementi e risulterà decisamente più esaustiva, soprattutto nel medio-lungo termine (l'efficacia immediata del farmaco allopatrico come sintomatico è indiscutibile!). A un approccio diagnostico e terapeutico delle MNC si può accedere per “passa-parola”, per moda, perfino per curiosità, ma in ogni caso è sottinteso che esiste una richiesta differente di soluzione al bisogno. D'altro canto, specialmente nelle fasce medio-alte come culturalizzazione, sono sempre più chiari i limiti della medicina allopatrica, specialmente nei confronti delle patologie cronico-degenerative, come altrettanto chiari e noti sono gli aspetti legati alla jatrogenesi dei trattamenti allopatrici. Tutto questo genera un flusso crescente di utenti verso l'utilizzo delle MNC. Ma quello che è importante riba-

dire è che il fenomeno è sostanzialmente “culturale” e come tale va interpretato e gestito anche in previsione di strategie prossime future.

2. Quali pensa siano le principali barriere all'accesso alle MNC per la cittadinanza, e quali gli strumenti adeguati per rimuoverle? Attualità, esigenze, criticità e prospettive.

Le MNC soffrono di una sorta di complesso di inferiorità legato al fatto che a tutt'oggi non hanno un pieno riconoscimento in seno alla comunità scientifica. I termini per descriverle – come “alternative”, “non-convenzionali”, “non-ufficiali” – denotano una ghetizzazione culturale molto importante. Inoltre, non rappresentano ancora per l'utenza una proposta, sia essa diagnostica e/o terapeutica, presentata dal medico come possibilità di approccio convenzionale e convenzionabile. Questo è un dato assoluto per le realtà ospedaliere e per tutti gli Istituti di ricovero e cura, e accade ancora in larga parte tra i MMG. Se per una certa patologia il paziente si affida a un medico che non è in grado di proporre anche l'approccio omeopatico o omotossicologico o ayurvedico ecc., ne deriva che l'eventuale opzione “non-convenzionale” è tutta a carico della persona malata/del malato/dell'utente, anche in termini di responsabilità. Questa realtà non è sostenibile sul medio lungo termine per la maggior parte dei pazienti che alla fine cedono alla proposta (unica) allopatrica offerta in ambito di ricovero o di trattamento pubblico o privato. Possiamo comunque definire per praticità alcuni punti importanti riguardo le barriere/obiezioni all'accesso alle MNC:

- A. Prevale ancora un discredito da parte della comunità scientifica internazionale verso le MNC (assenza di pubblicazioni, di dati clinici consistenti, di non-evidenza ecc.)
- B. Le MNC rappresentano una spesa sanitaria non rimborsabile e quindi tutta a carico dell'utente
- C. Il medico, specialista o ospedaliero, non ha la preparazione e conoscenza delle MNC adeguata, in modo che possa offrire una risposta obiettiva e chiara al paziente che ne faccia richiesta
- D. Spesso la scelta di affiancare una terapia non-convenzionale (da parte del paziente) a una terapia allopatrica prescritta in ambito ospedaliero o specialistico riceve una forte obiezione da parte dei sanitari. I pazienti sono messi dai sanitari davanti a una opzione stringente: o con me o senza di me... il che pone i pazienti in un grave stato di disagio e senso di abbandono.
- E. Sono ancora troppo diffuse e frequenti opinioni e conoscenze distorte delle MNC, per cui passano messaggi che le definiscono come “pericolose”, “con effetti tossici”, “incompatibili con altre medicine”, “assolutamente inutili”.

Le soluzioni che si possono attuare per abbattere queste barriere possono riassumersi in quella che già il prof. Luigi

Oreste Speciani definiva “coscienza di popolo”. Una maggiore consapevolezza da parte della comunità che il problema della salute non è solo una questione di gestione sanitaria amministrativo-burocratica, compito di un vertice manageriale, ma coinvolge ogni cittadino e lo deve rendere sempre più partecipe di libere scelte. Deve farsi strada, come coscienza di popolo, il modello integrato di uomo e il concetto di medicina integrata. Condivido il Manifesto per la Medicina Integrata, ma ricordo che già al 3° Congresso delle Medicine Naturali, tenutosi a Firenze nel novembre 1977, Speciani aveva presentato il suo modello di uomo integrato: avendone copia originale, la metto a disposizione per quanti ne fossero interessati, anche per un dibattito sull'argomento.

Per “coscienza di popolo” Speciani intendeva una consapevolezza diffusa e condivisa, un sentire comune sul quale vi è assenso spontaneo. Una massa critica importante, che determina mutamenti di pensiero andando a influenzare scelte che erroneamente si pensa dettate in modo verticistico. A tale fine, le nostre Associazioni Mediche, pur essendo molto specializzate e di settore (omotossicologia, antroposofia, ayurveda), dovrebbero intensificare un dialogo con la cittadinanza per aumentare e definire la conoscenza sulla MNC. Non solo, le stesse Associazioni dovrebbero aprire con la cittadinanza un dialogo culturale sull'uomo e sui suoi modelli interpretativi. Questa strategia potrebbe garantire la diffusione di una coscienza capace di avere sempre più peso e autorevolezza nelle scelte per la salute.

3. L'offerta formativa esistente è adeguata a garantire risposte alle istanze di milioni di cittadini che accedono alle MNC? Attualità, esigenze, criticità e prospettive.

Lo sforzo e il lavoro compiuto negli ultimi vent'anni per diffondere le medicine non convenzionali alla classe medica è stato notevole. E negli anni ha visto un graduale perfezionamento e affinamento nelle strategie didattiche. Parlo per la Scuola di Omotossicologia, ma sono convinto che ogni società medica abbia fatto molto e tuttora stia facendo per migliorare la diffusione, la conoscenza e la pratica corretta delle MNC. Resta ancora molto da fare, specialmente in termini di “alleanze”. Con questo si intende l'opportunità di aprire dialoghi con il mondo accademico e ospedaliero; soprattutto laddove si intravede una apertura al confronto. Non è difficile (parlo per esperienza personale) in questo senso scoprire preconcezioni che si possono abbattere con il dialogo e il confronto. Questo permetterebbe un allargamento della conoscenza e della pratica delle MNC, specialmente in un numero considerevole di medici che attendono una sorta di placet (da parte dell'accademia) per iniziare a prendere in considerazione l'argomento.

Certamente, la mancanza di strutture di ricovero, pubbliche o private, dove la Medicina non convenzionale possa essere praticata un dialogo complementariamente a quella tradizionale, pone limiti importanti alla sua diffusione, comprensio-

ne e pratica. La strategia delle alleanze potrebbe, almeno in alcuni casi, cominciare ad aprire dei varchi e permettere al letto del malato la convivenza di differenti approcci diagnostici e terapeutici.

Sarebbe interessante, a mio parere, sviluppare un'attività interassociativa più vivace e fattiva: le nostre Associazioni Mediche vivono in un isolamento che non aiuta la causa. Sarebbe importante adoperarsi (è un invito rivolto accoratamente a tutti i presidenti delle Associazioni che hanno accettato di partecipare a questo roundup) per creare iniziative comuni, soprattutto momenti divulgativi, sia rivolti alla classe medica sia diretti alla cittadinanza. Tali momenti dovrebbero essere occasione per svolgere non soltanto un'informazione medica tout court, ma anche sempre più fitto sull'uomo, sulla sua concezione sottintesa a tutte le medicine non convenzionali, illuminando quell'area buia che è l'espressione culturale e antropologica della medicina.

4. Vede positivamente l'ipotesi di una Legge Quadro nazionale sulle MNC?

La possibilità di avere una Legge Quadro nazionale sulle MNC è il pilastro fondamentale su cui poggia la possibilità di una conoscenza, diffusione e pratica seria e professionale delle stesse.

Fondamentale per il riconoscimento ufficiale delle MNC. Fondamentale per inquadrarle in una pratica professionale medica, facendole uscire dal pericoloso “faidate” cui si prestano oggi, anche in ragione dell'assenza di una regolamentazione di carattere legislativo.

Proprio perché sono espressioni di un'unica medicina devono essere reinquadrate nell'ambito di una pratica professionale e quindi essere appannaggio del professionista medico-chirurgo. Al contrario, l'assenza di una legge sulle MNC e del loro riconoscimento come espressione di una visione della salute, nonché degli strumenti diagnostici e terapeutici per salvaguardarla pluralista, ha creato una “terra di nessuno”. In questo vuoto legislativo chiunque, anche se non in possesso di una laurea in medicina e chirurgia o di un'abilitazione all'esercizio professionale, può prescrivere e curare mediante queste medicine.

5. Qual è la sua valutazione della Posizione Ufficiale della Conferenza Permanente dei Presidenti di Corsi di Laurea in Medicina?

I documenti messi a disposizione evidenziano chiaramente la netta chiusura dell'Università verso ogni forma didattica riguardante le MNC. Stupisce dover rilevare che, a partire dagli anni '80, periodo in cui è iniziata una più decisa diffusione delle MNC (in Italia come negli altri paesi europei), poco sia cambiato nell'atteggiamento della medicina accademica. Ci si appella a un principio di “scientificità” che troverebbe nell'Evidence Based Medicine la sua principale espressione. Questa chiusura rivela come sia ancora lontana l'idea

che il diffondersi delle MNC sottintenda un mutamento di paradigma, si tratti innanzitutto di un processo culturale. L'università, culla delle culture, non può mostrare questa indifferenza e ostracismo. Analizzo, per punti, le considerazioni principali a commento dei testi.

- Non accettare in alcun modo e forma nei corsi di laurea di medicina una didattica delle MNC vuol dire NON riconoscerle come parte integrante di una scienza medica. Questo ad esempio contraddice tutte le normative che regolano la produzione e la diffusione dei rimedi omeopatici, considerati farmaci a tutti gli effetti.
- Impedire che lo studente acceda a una formazione complessa, apprendendo forme e metodi diagnostici e terapeutici differenti, comporta una preparazione inadeguata a rispondere a quel bisogno che sempre più frequentemente passa attraverso la richiesta di cure mediante le MNC.
- L'assenza di un riconoscimento e di una didattica inseriti nei programmi dei corsi di laurea in Medicina, lascia le MNC in balia di chiunque voglia avvicinarsi e utilizzarle, anche come neo-professione o "para-medico", con tutti i rischi che comporta il lasciare la gestione della salute (e della malattia!!!) in mani inesperte.
- Alcune delle discipline più diffuse tra le MNC, come l'Omotossicologia o la più recente, in ordine di comparsa e sviluppo, la Microimmunoterapia, fondano il loro know how sulle comuni e rigorose basi di biochimica e immunologia molecolare. La PNEI e la Medicina Fisiologica di Regolazione hanno anch'esse radici scientifiche comuni alla medicina classica. Il concetto di low dose ha avuto (presso istituzioni come l'Istituto Superiore di Sanità) una validazione e un'approvazione importante; da ultimo, vorrei ricordare il concetto di low grade inflammation, base fisiopatologica di ogni processo cronico-degenerativo, che rappresenta la proposta didattica e di ricerca, clinica e di base, emergente, che l'Associazione AMIOT da anni porta avanti.

Tutto questo lavoro viene ignorato o sottovalutato con un atteggiamento di chiusura e preconcezione oggi non più accettabile.

La responsabilità dell'Università è quella di formare persone, di fornire loro tutti gli strumenti per poter svolgere una professione, quella del medico, che come materia di lavoro ha proprio l'uomo, il suo esistere, la sua esperienza di malattia, la sua morte. Si chiedono gli autori perché la "piaga" dell'alternativo sia toccata solo alla medicina e non all'architettura, all'ingegneria, all'idraulica...beh, forse la risposta è proprio nell'uomo. Il suo essere: non un insieme di tubi e valvole che vedrebbero un buon idraulico a proprio agio nella rapida sostituzione di pezzi guasti, ma una realtà più complessa che richiede risposte complesse che spesso una medicina riduzionista non riesce a esaudire. Da qui il disagio di un'utenza insoddisfatta, alla ricerca di un'accoglienza che la Medicina,

in ogni sua forma, allopatrica, empirica, sciamanica, omeopatica tecnologica, non può e non deve mai tradire.

➔ Federazione Italiana Associazioni e Medici Omeopati, FIAMO. www.fiamo.it

Ronchi Dott.ssa Antonella, Presidente

1. Come interpreta il trend di accesso alle MNC da parte della cittadinanza?

Si rileva una diminuzione nell'accesso a tutte le prestazioni sanitarie, e le MNC non fanno eccezione. Ma dato che il paziente si trova sempre più a pagare anche per le prestazioni inserite nel SSN, o rinuncia a tutto o ha meno remore a rivolgersi a trattamenti che deve pagare, per cui c'è una relativa tenuta nell'accesso: questo significa che c'è evidentemente un interesse sostenuto per le MNC.

2. Quali pensa siano le principali barriere all'accesso alle MNC per la cittadinanza, e quali gli strumenti adeguati per rimuoverle? (rispondere sia per le MNC in generale che per la propria specifica sigla di appartenenza) Attualità, esigenze, criticità e prospettive.

Credo sia più utile rispondere per la disciplina specifica, poi considerare gli elementi comuni a tutte le MNC.

Per la medicina omeopatica i punti principali sono la mancanza di informazione e la delegittimazione operata dal mondo cosiddetto scientifico. Mancanza di informazione vuol dire in primis che il paziente spesso non sa che l'omeopatia è atto medico e andando da un omeopata si affida a un medico che opererà in scienza e coscienza. Poi non conosce le caratteristiche della medicina omeopatica, che cosa si può attendere, con che tempi, con che risultati. Questo nasce anche dalla confusione all'interno dello stesso mondo "omeopatico", in cui confluiscono discipline epistemologicamente differenti.

A questo scopo sarà di grande aiuto la standardizzazione europea sulle prestazioni offerte dal medico con aggiuntiva competenza in omeopatia, attualmente in progress.

I continui attacchi da parte di scienziati opinion leader contro l'omeopatia, che arriva ad essere bollata come una frode, diffondono un clima di sfiducia. L'impegno profuso da ricercatori internazionali sta però portando una tale mole di dati sperimentali che anche nell'ambito accademico cominciano ad manifestarsi posizioni meno drastiche, più possibiliste.

Un altro elemento, che l'omeopatia condivide con le altre MNC è la mancanza di offerta di queste prestazioni in strutture pubbliche. Questo non solo per un fattore economico, ma per la legittimazione che da questa offerta le MNC possono ottenere: lo dimostrano gli ambulatori pubblici dove presenti.

3. L'offerta formativa esistente (incluso Master di Università pubbliche e private, corsi di Laurea, etc) è adeguata a garantire risposte alle istanze di milioni di cittadini che accedono alle MNC? (se SI perché, se NO perché) Attualità, esigenze, criticità e prospettive.

Di nuovo mi riferisco alla Medicina Omeopatica. Non mancano offerte formative di qualità, soprattutto da parte di scuole indipendenti private, che sarebbero in grado di soddisfare la necessità di formazione per i medici secondo standard internazionali (vedi Protocollo di Chianciano del 2012). Un momento molto critico può essere quello dell'accredimento delle Scuole previsto dall'Accordo Stato-Regioni, che prevede fondamentalmente criteri quantitativi più che qualitativi.

“Pericoloso” allo stato attuale mi sembra il coinvolgimento dell'Università. A parte la ben nota posizione contraria dei Presidenti dei Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, che prevede per lo studente una generica conoscenza delle CAM per mettere in guardia i pazienti..., il problema è che le Università non hanno al loro interno le necessarie competenze e il rischio è un insegnamento non professionalizzante, lasciato troppo a iniziative individuali, legate spesso a criteri che con l'obiettivo di un simile corso poco o nulla hanno a che fare. Ovviamente ci sono le debite eccezioni, ma appunto, restano tali.

4. Vede positivamente l'ipotesi di una Legge Quadro nazionale sulle MNC? (se NO perché, se SI perché).

È da più di 20 anni che ci adoperiamo per un simile risultato, quindi la risposta è SI. Non si può affidare un argomento che riguarda la definizione di queste medicine e la professionalità di chi le esercita ad iniziative locali, come ha fatto l'Accordo Stato-Regioni. Anche l'idea di legiferare disciplina per disciplina tende a frammentare il mondo delle MNC e toglie loro forza.

5. Qual è la sua valutazione della Posizione Ufficiale della Conferenza Permanente dei Presidenti di Corsi di Laurea in Medicina?

Molto negativa: la medicina non è una scienza, ma una pratica, una tecnica (iatriké téchne) che utilizza tutte le scienze, e il suo centro deve essere la clinica. La posizione in oggetto, invece si appiattisce su un ideale oggettivistico e non basta richiamare alla necessità di umanizzazione della medicina, perché nella formazione universitaria se ne negano gli strumenti.

➔ Libera Università Internazionale di Medicina Omeopatica "Samuel Hahnemann", LUIMO. www.luimo.org

Rodriguez Dott.ssa Adele Alma, Presidente

1. Come interpreta il trend di accesso alle MNC da parte della cittadinanza?

I dati sono molto discordanti tra loro. Mentre le statistiche ISTAT denunciano un calo molto vistoso tra 2000 e 2013 nella percentuale (e nel numero) della popolazione che nei tre anni precedenti ha fatto uso delle MNC, con una riduzione del 40%. I dati delle aziende come numero di confezioni vendute è praticamente il contrario. Dal 2000 al 2013 abbiamo un incremento che sfiora il 35% in numero di confezioni vendute. Strano veramente...verrebbe da pensare che a fronte di una diminuzione delle iscrizioni ai corsi di Medicina Omeopatica e degli omeopati attivi sul territorio nazionale l'incremento dei pezzi venduti sia da attribuire alle prescrizioni di non medici .Farmacisti? O altre figure che abusano della professione? (psicologi, biologi cosiddetti nutrizionisti, fisioterapisti, osteopati...) che confidando sull'“innocuità” dei rimedi omeopatici si spingono oltre e fanno diagnosi e terapia. Infatti dal Forum online della LUIMO attivo ormai da parecchi anni www.luimo.org e www.medicofuturo.org con una media annua di 25.000 visitatori ,spesso riceviamo richieste di consulenze e informazioni(decisamente una buona attendibilità statistica)), e abbiamo constatato che la maggior parte dei cittadini scrive per avere consigli su questa o quella terapia “omeopatica”, avendo bypassato il medico ed improntato la terapia sul fai da te raccogliendo indicazioni da Internet o da naturopati, personal trainer & co nella speranza di trovare il nostro consenso e la nostra approvazione su quello che stanno facendo. Si tratta di quasi il 90% di quelli che partecipano attivamente al Forum “medico futuro”.

Questo è un argomento forte da FNOMCeO.

2. Quali pensa siano le principali barriere all'accesso alle MNC per la cittadinanza, e quali gli strumenti adeguati per rimuoverle? (rispondere sia per le MNC in generale che per la propria specifica sigla di appartenenza) Attualità, esigenze, criticità e prospettive.

Esiste una disparità di offerta sia pubblica che privata a livello di regioni e a volte anche di province. Le barriere sono anche costituite dalla scarsità di informazioni reperibile da parte del sistema della salute pubblica (eccetto i casi virtuosi di Toscana e poche altre regioni) anche se la situazione rispetto al decennio precedente e quello precedente ancora, è molto differente e molte regioni stanno legiferando in base ai lavori della Conferenza Stato Regioni.

Purtroppo l'ostilità dei mass media che ricorrentemente con ritmo prevedibile escono con articoli e servizi televisivi che screditano l'Omeopatia forma una serie di medici detrattori che condizionano e scoraggiano le scelte dei pazienti oltre a metter in cattiva luce la medicina omeopatica nei confronti di tutti i cittadini.

La nostra esperienza ci conferma che periodiche riunioni con i pazienti a scopo formativo sono i momenti più apprezzati

da coloro che si sono avvicinati alla Medicina Omeopatica e gli strumenti che facilitano la disseminazione delle corrette informazioni. Il rapporto diretto con un medico omeopatico fa la differenza.

Un'altra importante criticità, venuta alla luce nel corso dell'ultimo anno, è la difficoltà che si sta riscontrando nella disponibilità dei rimedi omeopatici sul territorio nazionale, dovuta al processo di registrazione gestito dall'Aifa, che, sottoposto a normative studiate per una produzione affatto differente (quella dei farmaci allopatrici), sta costringendo i Laboratori omeopatici italiani a togliere dal loro listino molti rimedi, necessari alla pratica clinica individualizzata che è il cuore della medicina omeopatica.

3. L'offerta formativa esistente (incluso Master di Università pubbliche e private, corsi di Laurea, etc) è adeguata a garantire risposte alle istanze di milioni di cittadini che accedono alle MNC? (se SI perché, se NO perché) Attualità, esigenze, criticità e prospettive.

Nel campo dell'omeopatia è tutto affidato alla buona volontà dei medici omeopati che oltre al loro lavoro, prestano, il più delle volte gratuitamente il loro lavoro di docenti e sperimentatori.

Le scuole di Omeopatia sono fortemente condizionate dal personalismo dei direttori dei corsi che spesso impoverisce lo spessore scientifico e metodologico.

4. Vede positivamente l'ipotesi di una Legge Quadro nazionale sulle MNC? (se NO perché, se SI perché).

Meglio nessuna legge che una cattiva legge... Sarebbe necessaria una disciplina coerente e accurata che salvaguardi i cittadini, mettendo in campo norme che disciplinino praticamente, formazione e professionalità degli operatori sanitari preposti. Coraggio e coerenza e senso di responsabilità nei confronti di una medicina che va protetta e consegnata alle generazioni future senza contaminazioni di opportunismo.

5. Qual è la sua valutazione della Posizione Ufficiale della Conferenza Permanente dei Presidenti di Corsi di Laurea in Medicina?

Le Università, arroccate nelle loro torri d'avorio, non considerano quanto accade nella società. Stando anche alle pessimistiche ultime statistiche ISTAT, siamo in presenza di un fenomeno di assoluta rilevanza: 5 milioni di persone che utilizzano la medicina omeopatica non possono non essere prese in considerazione. Basta chiedere a specialisti come pediatri e ginecologi, quante volte nel corso del loro lavoro quotidiano si trovano di fronte pazienti che utilizzano o chiedono specificamente un trattamento omeopatico e il loro alzare le mani, nel migliore dei casi, dicendo che non ne sanno nulla, è una sconfitta disastrosa per il sistema univer-

sitario. L'omeopatia e le MNC, almeno nella loro accezione epistemologica, dovrebbero costituire un esame obbligatorio sia per le facoltà di medicina che per quelle di farmacia. La presa di posizione della Conferenza dei Presidenti dei Corsi di Laurea in Medicina è, nel suo ostinato paradigma meccanicista, assolutamente incoerente con la realtà.

➤ Società Italiana di Fitoterapia, S.I.Fit. www.sifit.org

Giacchetti Prof.ssa Daniela, Presidente

La debita premessa relativa alla sigla che rappresentiamo, la Società Italiana di Fitoterapia (S.I.Fit.), è che la materia della fitoterapia non è di facile argomentazione nel contesto delle MNC poiché, se da un lato essa ne fa parte a tutti gli effetti secondo i recenti testi normativi Regionali e l'Accordo Stato-Regioni, dall'altro essa nasce e si sviluppa come un ramo della farmacologia convenzionale dal momento che sono oggi presenti in Europa molte decine di specialità medicinali registrate secondo la normativa di riferimento del farmaco 2001/83/CE e sono presenti in Eur. Ph. 8° ed., nella nostra FUI XII e nelle Farmacopee degli Stati CE complessivamente oltre cento monografie di piante medicinali e loro preparazioni con le quali è possibile allestire preparazioni galeniche officinali, farmaci convenzionali anch'essi. La fitoterapia è un ramo distinto nella farmacologia poiché prevede l'utilizzo in medicina di miscele di costituenti ricavati da droghe vegetali (fitocomplesso) che hanno un profilo farmaco tossicologico peculiare e diverso dal farmaco monomolecolare. Il termine medicinale fitoterapico è definito in maniera ufficiale dal Ministero della Salute, dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), dalla European Medicines Agency (EMA) e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS/WHO). La fitoterapia è più correttamente quindi inquadrabile nelle MNC per quanto riguarda il ricorso da parte dell'utenza a preparazioni ottenute da piante biologicamente attive che non hanno lo status di farmaco registrato e che possono essere somministrate sotto forma di preparazioni galeniche magistrali, ricadendo ancora quindi nell'ambito di medicinali propriamente detti, ma molto spesso anche come nutraceutici, dispositivi medici, alimenti particolari e cosmetici che rappresentano pertanto presidi medici non convenzionali. L'impatto della nutraceutica degli ultimi anni può considerarsi travolgente ed oggi, a fronte di un mercato del farmaco in stasi, ha un trend in forte e continuo aumento e, considerato nell'insieme vale oltre i 5 miliardi di euro all'anno. Con il regolamento 2002/46 CE che dà la possibilità di inserire estratti vegetali dotati di claim salutistici (quindi biologicamente funzionali) nei nutraceutici, anche il mondo della fitoterapia è molto cambiato e l'integratore alimentare rappresenta oggi la forma commercialmente più comune in cui sono inseriti fitocomplessi con finalità. L'impennata di successo degli integratori alimentari vegetali viene vista dalla S.I.Fit. come la volontà della cittadinanza di curare molto più che in passato l'aspetto

della prevenzione e di optare per questo per un prodotto che non deve necessariamente curare quanto piuttosto mantenere lo stato di salute. Discorso a parte deve essere fatto per la fitoterapia che usa farmaci utilizzati in altre parti del mondo, in particolare la fitoterapia cinese e l'ayurveda indiana; anche in questo caso è corretto in tutti i sensi affrontare la fitoterapia come MNC. Il ricorso alla fitoterapia orientale da parte di un numero sempre crescente di cittadini viene visto dalla S.I.Fit. come strettamente legato alla competenza specifica del fitoterapeuta esperto che propone un approccio diagnostico e terapeutico molto incentrato sulla storia personale del paziente e quindi più attento alle sue esigenze.

1. Come interpreta il trend di accesso alle MNC da parte della cittadinanza?

2. Quali pensa siano le principali barriere all'accesso alle MNC per la cittadinanza, e quali gli strumenti adeguati per rimuoverle? (rispondere sia per le MNC in generale che per la propria specifica sigla di appartenenza) Attualità, esigenze, criticità e prospettive.

La S.I.Fit. vede come principale barriera all'accesso alle MNC da parte della cittadinanza quella di una scarsa conoscenza a livello istituzionale delle discipline di medicina integrata che di fatto realizza una netta e tangibile distinzione nelle possibilità di accesso ai servizi. Un elemento di indiscutibile difficoltà, probabilmente a monte di quanto appena detto, è pure dato dalla mancata sincronia tra la velocità realizzativa ottenuta negli ultimi dieci anni nell'elevare il livello qualitativo, formativo e divulgativo delle MNC da parte di una parte della classe medica e degli operatori sanitari grazie a società, associazioni e gruppi di lavoro, e la tipica lentezza delle fasi di recepimento e attuazione che rendono ineseguibili servizi e progetti assolutamente realizzabili. Più specificamente riguardo la fitoterapia, per quanto siano già splendide realtà gli ambulatori privati con fitoterapeuti in grado di fornire adeguati servizi qualitativi, la difficoltà che più spesso è incontrata nel realizzare servizi di fitoterapia a livello ospedaliero è paradossalmente proprio la difficile collocazione della materia nelle MNC e l'aspetto multidisciplinare che è proprio della fitoterapia.

3. L'offerta formativa esistente (incluso Master di Università pubbliche e private, corsi di Laurea, etc.) è adeguata a garantire risposte alle istanze di milioni di cittadini che accedono alle MNC? (se SI perché, se NO perché) Attualità, esigenze, criticità e prospettive.

Per quanto riguarda la formazione in fitoterapia, la S.I.Fit. è nata proprio con lo scopo di creare una competenza elevata sulle piante medicinali a livello del professionista e dell'utente e all'Università degli Studi di Siena, sede mai cambiata della Presidenza della Società, è nato nel 1970 il primo Corso

di Perfezionamento in Fitoterapia d'Italia e nel 2000 il primo Master in Fitoterapia d'Italia, recependo l'esigenza dei medici e dei farmacisti che non ricevono nel loro percorso curricolare un'adeguata formazione sulla fitoterapia e il ruolo delle sostanze vegetali nella moderna medicina. Molto è stato fatto, ma soprattutto alla luce delle nuove acquisizioni su molte piante medicinali, per il numero spropositato di nutraceutici diversi che il medico e il farmacista si trovano a dover conoscere (oltre 55000 in Italia) e visto il ruolo attuale non marginale delle medicine tradizionali, sicuramente la formazione sulla fitoterapia necessita di crescere ancora e in fretta. È indubitabile che i percorsi post-lauream non potranno rappresentare l'unica possibilità di formazione su una disciplina come la fitoterapia e soprattutto nel percorso di studio in medicina e chirurgia la S.I.Fit. vede l'esigenza di inserire quanto meno corsi di base sulla materia per poter permettere al futuro medico di approcciarsi alla fitoterapia con basi più solide.

4. Vede positivamente l'ipotesi di una Legge Quadro Nazionale di Regolamentazione delle MNC? (se NO perché, se SI perché).

La S.I.Fit. vede positivamente l'ipotesi di una legge Quadro nazionale sulle MNC soprattutto se pensata come integrazione e attuazione delle esperienze maturate in questi anni da Associazioni come la nostra e le altre operanti nelle MNC.

5. Qual è la sua valutazione della Posizione Ufficiale della Conferenza Permanente dei Presidenti di Corsi di Laurea in Medicina?

La necessità di portare la fitoterapia nel CDL in Medicina e Chirurgia per la S.I.Fit. è considerata di strategica importanza. Questo proprio perché la Società condivide appieno la valorizzazione della Evidence based Medicine come base formativa per la classe medica, non può essere ignorato che la fitoterapia in molti ambiti fisiopatologici già è parte della EBM e che questa può essere criticamente affrontata e sviluppata dal medico solo fornendogli solide basi che abbraccino le diverse opzioni terapeutiche a sua disposizione.

➔ Società Italiana di Medicina Antroposofica, SIMA.
www.medicinaantroposofica.it

Borghi Dott.ssa Laura, Presidente

1. Come interpreta il trend di accesso alle MNC da parte della cittadinanza?

I dati relativi all'ultima indagine del 2013, condotta dall'ISTAT tra settembre 2012 e giugno 2013, in riferimento ai 3 anni precedenti, hanno mostrato un totale di 4.858.000 di persone utilizzatrici delle MNC, pari all'8,1% della popolazione. C'è un decremento significativo (7.900.000 nell'indagine

ne del 2005, relativa ai 3 anni precedenti, pari al 13,6% della popolazione) E' confermata la prevalenza delle femmine rispetto ai maschi (2.898.000 e 1.960.000 rispettivamente), con una prevalenza della fascia di età 45-54 sul dato complessivo, che supera di poco la fascia 35-44. Entrando più nel dettaglio delle singole terapie, si vede ancora una prevalenza dell'accesso alla cure dell'omeopatia rispetto alle altre MNC, seguita dai trattamenti manuali, dalla fitoterapia e dall'agopuntura sul dato complessivo, ma con una differenza considerando i sessi, con i maschi che prevalgono nei trattamenti manuali. Confermata la leggera prevalenza del Nord-Ovest, rispetto al Nord-Est, seguita dal Centro, Sud e isole, e nei comuni con un numero di abitanti tra 10 e 50.000, seguita dai comuni tra 2 e 10.000.

Emergono andamenti differenziati a seconda del tipo di terapia. Per quanto riguarda l'omeopatia, dal 1991 si è osservato un notevole aumento fino al 1999: dal 2,5% di inizio periodo al picco del 8,2% nel 1999 al 7% del 2005 al 4,1% del 2013. Per quanto concerne invece l'agopuntura si è passati dal 2,1% del 1991 al 2,9% nel 1994 e nel 2000, al 1,8% nel 2005 al dato attuale dell'1%. Analogamente la fitoterapia, dopo un primo aumento tra il 1991 e il 1999, nell'ultimo quinquennio si è riportata ai livelli rilevati all'inizio del periodo, cioè al 3,7% rispetto al dato iniziale del 3,6%, ed è oggi utilizzata dal 1,9% della popolazione totale. Anche per i trattamenti manuali, rilevati per la prima volta nel 1999, si registra una lieve diminuzione, passando dal 7,0% al 6,4% nel 2005 al 3,5% del 2013. Permane la prevalenza dei laureati e dei diplomati tra gli utilizzatori delle MNC.

La riduzione del numero degli utilizzatori delle MNC è da mettere in relazione alla crisi economica, che ha mostrato una drastica parallela riduzione dei consumi. Essendo le MNC non rimborsate dal SSN, se non in sporadiche eccezioni locali, e solo marginalmente da alcune assicurazioni private, fasce crescenti di popolazione si sono trovate costrette a ridurre le prestazioni a pagamento.

2. Quali pensa siano le principali barriere all'accesso alle MNC per la cittadinanza, e quali gli strumenti adeguati per rimuoverle? (rispondere sia per le MNC in generale che per la propria specifica sigla di appartenenza) Attualità, esigenze, criticità e prospettive.

La principale barriera a farsi notare è sicuramente di tipo economico. Dover pagare la visita e i farmaci comporta un esborso non facilmente sostenibile da una parte crescente della popolazione, anche da parte di chi era ricorso in passato alle cure non convenzionali. Dal 2005 c'è stato un incremento, di molto superiore a quello del costo della vita, del costo dei farmaci a fronte di un sostanziale blocco dei salari. Un altro evento che in questi ultimi anni ha in parte scoraggiato è stato quello di un non sempre facile approvvigionamento dei medicinali omeopatici, antroposofici e fitoterapici.

Un'altra barriera è di tipo culturale. In un'epoca in cui ogni malattia deve essere eliminata nel minor tempo possibile e

sintomi salutarci quali la febbre devono essere soppressi non appena appaiono, secondo quella che è diventata l'attuale ottica della medicina, c'è bisogno di molto tempo e pazienza per diffondere un sistema di cure che richiede rispetto di ogni malattia e di ogni sintomo nella individualità di ogni persona.

3. L'offerta formativa esistente (incluso Master di Università pubbliche e private, corsi di Laurea, etc.) è adeguata a garantire risposte alle istanze di milioni di cittadini che accedono alle MNC? (se SI perché, se NO perché). Attualità, esigenze, criticità e prospettive.

L'offerta formativa non è adeguata alle richieste della popolazione. A fronte di milioni di cittadini che continuano a curarsi con diversi tipi di MNC non corrisponde la giusta risposta delle Università, che avrebbero il compito di adeguare la formazione alle richieste di cure non contemplate nel curriculum formativo obbligatorio del Corso di Laurea in Medicina, Odontoiatria, Veterinaria e Farmacia. Se inoltre si tiene conto del fatto che la formazione a profilo definito per ogni singola disciplina deve essere data tramite Master Universitari, i quali hanno al massimo una durata biennale, si capisce bene il vuoto di reale formazione professionalizzante in ambito universitario italiano, a differenza di quanto avviene all'estero o nei corsi privati attualmente gestiti dalle singole associazioni che hanno una durata di almeno 3 anni con ulteriore tirocinio.

4. Vede positivamente l'ipotesi di una Legge Quadro Nazionale di Regolamentazione delle MNC? (se NO perché, se SI perché).

Può essere necessaria una legge quadro nazionale che superi la frammentazione a livello regionale. Riteniamo infatti che il documento sulla formazione approvato in sede di Conferenza Stato-Regioni nel febbraio 2013, tuttora in fase di recepimento, sia solo un passo verso tale direzione. Infatti tale documento sulla formazione in Agopuntura, Fitoterapia, Omeopatia, Medicina Antroposofica e Omotossicologia non riconosce a ciascuna disciplina proprie caratteristiche peculiari e quindi svilisce l'autonomia epistemologica di ciascuna di esse. Inoltre il soprammentzionato documento della Conferenza Stato-Regioni non comprende altri sistemi di salute su base antropologica, come ad esempio la Medicina Ayurvedica, la Medicina Tradizionale Cinese e così via.

5. Qual è la sua valutazione della Posizione Ufficiale della Conferenza Permanente dei Presidenti di Corsi di Laurea in Medicina?

Nel 2004 ad Alghero nella Conferenza congiunta dei Presidi di Facoltà di Medicina e Chirurgia e dei Presidenti di Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia, Lechi e

Vantini conclusero per "il non inserimento delle MNC come disciplina (o discipline) nel Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia, e neppure un loro surrettizio ingresso sotto altre forme didattiche (seminari, corsi elettivi)."

Nel 2011 a Genova nella Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, Vantini, Caruso e Craxi conclusero che

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

Nel 2013, nella Conferenza Permanente dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, Caruso, Rizzo e Vantini ribadirono che nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia è impensabile che, si debba dare spazio all'insegnamento dell'Agopuntura, che esula dallo scopo formativo del Corso di Laurea, e della fitoterapia.

Nello stesso anno la Conferenza Stato-Regioni emana una norma che certifica la qualità della formazione e dell'esercizio dell'agopuntura, della fitoterapia e dell'omeopatia (omeopatia declinata poi in omeopatia, omotossicologia e antroposofia nella Nota di chiarimenti del Ministero della salute del 25/7/2014), entrando così nel merito della formazione, al fine di tutelare i cittadini sulla qualità della formazione.

È mancata finora la volontà di un confronto senza pregiudizi con gli ambiti culturali entro cui originano le diverse MNC. In tal modo, l'unica cultura ritenuta scientificamente valida è quella cartesiana positivista e non viene lasciato spazio ad approcci altrettanto scientifici su base antropologica.

"I presupposti teorici, i metodi, le prove, le modalità di interazione sono spesso incoerenti con i principi fondanti sia la conoscenza medica sia l'istruzione universitaria nell'ambito di un progetto di formazione medica. Le CAM non perseguono lo scopo fondamentale della scienza, non aspirano cioè a costruire un sapere consensuale, fondato sull'esperienza empirica e sulla discussione razionale, e costituiscono pertanto un insieme di asserzioni e di pratiche non dimostrabili scientificamente, perché non falsificabili."

Questa asserzione, di Caruso, Vantini, Lenzi, è esemplificativa di quanto sopra affermato. ("Formazione MNC" - Gensini, Tognetti, Roberti di Sarsina). Non bisogna scoraggiarsi di fronte alle attuali rigide posizioni e continuare a proporre ciclicamente un confronto su un tema così importante.

➔ Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata, SIOMI. www.siommi.it

Bernardini dott.ssa Simonetta, Presidente

Firenze, 15 luglio 2015

In premessa la SIOMI desidera rimarcare come la terminologia "MNC" non appaia adeguata alla attuale evoluzione delle medicine cosiddette "complementari" che stanno portando avanti anche nel nostro Paese un cammino verso l'integrazione delle cure: Medicina Integrata (MI). Il termine che la nostra Società intende adottare è dunque *Medicine Complementari (MC)*.

1. Come interpreta il trend di accesso alle MNC da parte della cittadinanza?

È indubbio che vi sia un calo di richieste di salute alle *Medicine Complementari (MC)* rispetto ad altre indagini, in particolare a ISTAT 2005 (pubblicata nel 2007) e ancor più rispetto a ISTAT 1999. Infatti, rispetto ad ISTAT 1999 che evidenziava come l'8,2% dei cittadini scegliesse per la cura della propria salute anche l'omeopatia e il 2,9% l'agopuntura, nel 2005 l'omeopatia è scelta dal 7% e l'agopuntura dal 1,8% degli italiani. Nel 2013, sempre stando alle rilevazioni ISTAT (relativa al periodo 2010-2013), l'agopuntura è utilizzata in media dal 1% e l'omeopatia dal 4,1% della popolazione. C'è tuttavia da notare che ISTAT 2013 differisce in modo significativo da Eurispes 2012 (indagine che è stata condotta nello stesso periodo). In particolare, secondo Eurispes 2012, sebbene vi sia stata una contrazione degli utenti delle MC dal 18,5% del 2010 al 14,5%, di essi il 70% ricorre all'omeopatia. Questo dato corrisponde al 10% della popolazione e non al 4,1% come risulta ad ISTAT. Riteniamo che la crisi economica che l'Italia ha attraversato negli ultimi anni abbia particolarmente penalizzato le scelte di salute dei cittadini verso la medicina privata.

2. Quali pensa siano le principali barriere all'accesso alle MNC per la cittadinanza, e quali gli strumenti adeguati per rimuoverle? (rispondere sia per le MNC in generale che per la propria specifica sigla di appartenenza) Attualità, esigenze, criticità e prospettive.

La principale barriera è di carattere economico tenuto conto che in Italia le MC sono a carico della popolazione sia per quanto riguarda le visite (con l'ampia eccezione della regione Toscana che ha in essere oltre 80 ambulatori di MC nel servizio sanitario regionale) che per quanto riguarda l'acquisto dei medicinali. La crisi economica degli ultimi anni giustifica la contrazione della richiesta delle MC, prova ne è che tale calo non si è verificato, particolarmente per l'omeopatia, nella popolazione pediatrica a conferma della alta richiesta di omeopatia laddove sia possibile soddisfare tale richiesta, magari

privandosene i genitori in favore dei figli. I dati ISTAT, infine, differiscono notevolmente dai dati in possesso del Centro di Medicina Integrata dell'Ospedale di Pitigliano. Infatti, la richiesta di visite al Centro di MI di Pitigliano è diversa. In particolare, il 50% delle persone pensionate ricorre a omeopatia e agopuntura mentre la percentuale stimata da ISTAT è del 11%. Questo evidenzia a una chiara discriminazione di accesso alle cure e documenta come le MC siano richieste dai cittadini, qualora ne vengano a conoscenza e possano permetterselo, in ogni età della vita.

Il dato documenta anche che tanto più è grave la malattia (malattie croniche e comorbidità) tanto maggiore è il ricorso alle MC. (Toscana Medica agosto 2014, pag 38-39; Il Cesalpino, N. 39, Aprile 2015, pag. 10-13) Non solo, laddove possibile usufruire di visite offerte dal servizio pubblico, è più comune il ricorso a più di una medicina complementare (nel caso specifico omeopatia più agopuntura) piuttosto che a singole medicine come rilevato da ISTAT. L'unico strumento utile a rimuovere la barriera di accesso alle cure di MC, che sono dunque molto richieste, è il potenziamento dei servizi pubblici di MC. Un'altra barriera è rappresentata dalla difficoltà di accesso alle informazioni. In particolare, la scarsa disponibilità dei medici di famiglia ad informare i propri pazienti della possibilità di usufruire di MC. Tenuto conto che il 97,2% dei cittadini che afferiscono agli ambulatori del Centro di Medicina Integrata di Pitigliano è affetto da malattie croniche gravi gravate da comorbidità e che il 97,4% di essi dichiara di aver ricevuto beneficio dalle cure integrate, è opportuno che i medici e i pediatri di famiglia rimuovano i loro pregiudizi. Questo è possibile particolarmente attraverso corsi di formazione adeguati incentrati sui concetti della Medicina Integrata che dovrebbero coinvolgere maggiormente i medici ortodossi al fine della loro informazione ed eventuale formazione nelle materie specifiche. In tal senso, si rammenta che la Guida all'Omeopatia (www.siomi.it) che la SIOMI ha redatto per i medici ortodossi è stata distribuita gratuitamente a oltre 10.000 medici e pediatri di famiglia in Italia.

3. L'offerta formativa esistente (incluso Master di Università pubbliche e private, corsi di Laurea, etc) è adeguata a garantire risposte alle istanze di milioni di cittadini che accedono alle MNC? (se SI perché, se NO perché) Attualità, esigenze, criticità e prospettive.

I dati Eurispes del 2013 indicano che il 14,5% degli Italiani si rivolgono alla CAM e un sondaggio realizzato da Health Monitor CompuGroup Medical riporta che circa il 50% dei medici di base è disposto alla prescrizione di terapie omeopatiche ai propri pazienti, ma gran parte di essi afferma di non conoscere a fondo la materia. A fronte di questa situazione c'è la ingarbugliata questione della formazione per i medici intenzionati a praticare le CAM le cui tappe principali possono essere

A livello parlamentare, le numerose proposte di legge a co-

minciare dall'anno 2000 ad oggi nessuna delle quali ha raggiunto il dibattito parlamentare. Al di fuori delle azioni parlamentari, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) con il documento di Terni, redatto nel 2002, ha riconosciuto ufficialmente le MC. L'esercizio delle suddette MC (Agopuntura, Fitoterapia, Omeopatia, Omotossicologia, Antroposofia, MTC, Ayurvedica, Osteopatia, Chiropratica) viene ritenuto, a tutti gli effetti, un atto medico. Nel 2009 la FNOMCeO redige le Linee Guida sulla Formazione in MNC con le quali vengono fissati i requisiti minimi per l'iscrizione nei registri (stralciando l'Osteopatia e la Chiropratica).

Nel 2012 la Commissione FISM redige un proprio documento sulla formazione nelle CAM adottando il termine Medicine Complementari/Non Convenzionali (MC/NC) considerando Agopuntura, Fitoterapia, Omeopatia, Omotossicologia, Antroposofia, MTC, Ayurvedica).

Nel 2013 la conferenza Stato-Regioni ha approvato un documento sulla formazione in Agopuntura, Fitoterapia e Omeopatia, allargato successivamente anche a Omotossicologia e Antroposofia. A seguito di questo documento la formazione è oramai codificata per una erogazione adeguata e gli Ordini professionali fanno ad esso riferimento per l'apertura dei registri per l'iscrizione dei medici.

L'Università, Ente erogatore per eccellenza della formazione in Medicina, è al momento in una posizione defilata, in quanto nel corso di laurea sono soltanto previsti pochi crediti all'interno delle Attività Didattiche Elettive, e Master o Corsi di perfezionamento sono attivati in modo non articolato e autonomamente da alcune facoltà, con l'inconveniente che taluni di essi non raggiungono il monte ore attualmente richiesto. Non solo, la formazione in MC deve essere completata da una formazione pratica qualificata come accade, ad esempio, per i Master di II Livello in Omeopatia, Agopuntura e Fitoterapia in essere all'Università di Siena dal 2009 e per il Master I Livello in Medicine Complementari e Terapie Integrate per professioni sanitarie non mediche in essere dal 2012 i quali possono usufruire di stage formativi pratici presso il Centro di MI dell'ospedale di Pitigliano. Fortunatamente Scuole private presenti nel territorio nazionale sono, almeno in una buona percentuale dei casi, strutturate in modo idoneo per la attività formativa (fermo restando la necessità di adeguati stage pratici), ma alcune tematiche restano aperte:

- a) la formazione, al momento, non ha valenza professionalizzante ma solo di attribuzione di titolo alla iscrizione ai registri ordinistici, lasciando aperto un problema non irrilevante legato alla necessità di garantire ai cittadini anche una adeguata professionalità dei medici cui si rivolgono;
- b) le cinque discipline considerate, ancorché definibili come più rappresentative del settore, non sono state selezionate sulla base di criteri condivisi, creando quindi un vulnus rispetto a possibili future richieste di normare altre discipline.

4. Vede positivamente l'ipotesi di una Legge Quadro nazionale sulle MNC? (se NO perché, se SI perché).

Appare un'ipotesi da concretizzare quella di una Legge Quadro Nazionale sulle MC. I motivi derivano dalla situazione di fatto presente nel nostro paese. Citiamo due documenti.

La carta di Bologna del 2014 che recita: "I temi della salute e della sanità devono essere affrontati attraverso un approccio sistemico, in modo da favorire l'interazione dei saperi, dei professionisti e delle organizzazioni. In questo contesto si sottolinea l'importanza dello sviluppare dialogo e sinergie tra la Biomedicina e le Medicine Tradizionali e Non Convenzionali." E il "Manifesto per la Medicina Integrata" (<http://www.siomi.it/apps/news.php?id=1120>) promulgato a Firenze nel 2011, che, in analogia con il precedente, recita: "La Medicina Integrata realizza un incontro sincretico fra modelli diversi di medicina, reso necessario dalle nuove conoscenze maturate negli ultimi decenni riguardo l'organismo vivente, e si fonda su un approccio interdisciplinare e non gerarchico all'organizzazione delle cure."

Queste affermazioni possono sembrare scontate ma non lo sono nel momento in cui, nonostante i dati continuino a confermare un rilevante ricorso da parte dei cittadini alle MC, non si verifica un parallelo progetto di loro introduzione all'interno del SSN, tranne che in rare eccezioni (vedi Toscana), o comunque una qualsiasi apertura verso il diritto di scelta terapeutica per una democrazia in Medicina. Sicuramente ci sono motivi di tipo corporativo, ma, e questo va riconosciuto, soprattutto vale la remora ad accettare pratiche mediche che da una parte non hanno una forte documentazione di efficacia, ma soprattutto sono gravate, nella loro applicazione sul paziente, da una preoccupante autonomia da parte del medico, libero di prescrivere al di fuori di un contesto deontologico strutturato, fino ai casi estremi di abusivismo. La mancanza di una legge quadro continua a consentire tali anomalie che non possono essere corrette dalla sola istituzione dei Registri presso gli Ordini Professionali, che, si ricordi, non hanno nessuna valenza di tipo professionalizzante, ma soltanto lo scopo di certificare la formazione svolta. Né varrà la individuazione dei criteri minimi per un percorso formativo adeguato (si veda documento della Conferenza Stato Regioni). Vale la pena di segnalare che nell'indagine di Wiesener e coll del 2012 si riporta che su 39 paesi presi in considerazione ben 17 hanno una legislazione generica per le MC e 11 di questi hanno una legislazione specifica. Nel nostro paese ci si trova, in pratica, di fronte ad una serie di normative (criteri per la formazione, registri presso gli ordini, regole per la messa in commercio di prodotti...) senza però una logica di fondo omogenea e coordinata. È necessario entrare nel merito di tutte le tematiche connesse alla diffusione delle MC nel territorio nazionale, prendendo in considerazione quelle rilevanti per diffusione e per riscontri di efficacia, mettendo a norma i criteri per il loro inserimento nel SSN e l'idoneità alla loro prescrizione da parte del medi-

co, i parametri per la possibilità di accesso al loro utilizzo da parte del cittadino, le regole per il controllo della loro produzione nel caso di prodotti ad uso farmacologico.

5. Qual è la sua valutazione della Posizione Ufficiale della Conferenza Permanente dei Presidenti di Corsi di Laurea in Medicina (CPPCLM)?

Ai fini di questa valutazione è sufficiente riportare le posizioni espresse dalla CPPCLM sull'argomento, a partire dal 2011. Il documento del 2011 a firma Vantini, Caruso, Craxi, dava delle indicazioni molto restrittive. Si riportano di seguito i passi principali.

- L'acquisizione di competenze relative alle CAM non rappresenta un obiettivo didattico del CLM. Non possono essere quindi inseriti insegnamenti, oggettivati allo sviluppo di specifiche competenze o abilità, relativi ad alcun tipo di CAM in corsi integrati, discipline, moduli del CLM fin tanto che, entrando nel merito, non si disponga di evidenze scientifiche non ambigue.
- Lo studente dovrà essere stimolato a sviluppare una conoscenza critica sugli elementi essenziali caratterizzanti le più diffuse CAM, i loro effetti ed i rischi, attraverso una riflessione orientata a comprendere le motivazioni al loro uso, l'assunzione di una posizione intellettualmente chiara al fine di fornire un'informazione equilibrata all'utenza sull'uso delle CAM.
- Andrà sviluppato l'impiego di strumenti didattici pertinenti al raggiungimento degli obiettivi 1-3, anche adottando nei corsi integrati più appropriati i summenzionati obiettivi didattici del core curriculum e collocando in specifici corsi integrati, maggiormente pertinenti, lo sviluppo di capacità di informazione/ educazione del paziente su particolari aspetti delle CAM.

Quindi nel CLM non si insegna la possibilità di applicazione clinica delle CAM ma si dà un'informazione critica sulla loro efficacia, tra l'altro attraverso "strumenti didattici" ancora da definire. A questo documento, del 2011, ne segue un successivo, del 2013, a firma Vantini-Caruso, con un posizione di larvata apertura, in quanto viene indicato come la fitoterapia e l'agopuntura siano discipline che, avendo avuto in qualche modo un avallo scientifico, siano le uniche all'interno delle CAM ad avere dignità per insegnamento all'interno del CLM. Nel 2014 la CPPCLM individua gli strumenti didattici nelle ADE (Attività Didattica Elettiva) dando indicazione per le seguenti:

- individuare, anche su basi storiche, le differenze epistemologiche tra medicine alternative o non convenzionali e la medicina basata sulle prove;
- esporre gli aspetti antropologici, sociologici, filosofici che hanno favorito lo sviluppo delle medicine alternative;

- descrivere l'impatto delle medicine complementari sulla realtà sanitaria nazionale. Sembra quindi che rispetto al passato ci sia un'apertura significativa, eppure alcuni aspetti importanti restano irrisolti e tra questi soprattutto due:
 1. la mancanza di una verifica dell'attività didattica svolta dai singoli CLM nell'ambito delle CAM (vedi risultati dell'indagine svolta dalla Università Milano Bicocca nel 2013 soprattutto alla luce della enorme discrepanza rispetto ai risultati di un'analoga indagine condotta dalla CPPCLM);
 2. una volta approvata una qualunque forma di didattica nel settore delle CAM, sarà necessario uniformare i parametri utilizzati per individuare i docenti in grado di effettuarla, armonizzare i contenuti didattici a livello nazionale, (in particolare tenendo conto delle due correnti culturali dell'omeopatia, classica e clinica, evitando di correre il rischio di una formazione inadeguata dal punto di vista dell'insegnamento fornito e influenzata da posizioni personali.

➔ Società Scientifica Italiana di Medicina Ayurvedica, SSIMA. www.ayurvedicpoint.it

Morandi Dott. Antonio, Presidente

1. Come interpreta il trend di accesso alle MNC da parte della cittadinanza?

Il trend di accesso della cittadinanza alle MNC evidenziato dalle statistiche è inquinato dalla recessione economica che porta verso una flessione. L'intenzione di cura è sicuramente in ascesa. Da verificare poi la qualità del servizio MNC offerto. Il problema epistemologico e della formazione è sempre molto presente e la percentuale dei professionisti che ibridano a piacere i propri interventi è sicuramente elevatissima.

2. Quali pensa siano le principali barriere all'accesso alle MNC per la cittadinanza, e quali gli strumenti adeguati per rimuoverle? (rispondere sia per le MNC in generale che per la propria specifica sigla di appartenenza) Attualità, esigenze, criticità e prospettive?

Le barriere sono l'ignoranza diffusa della popolazione e dei medici/operatori sulla MNC e l'aspetto economico. La pratica delle MNC privata comporta costi elevati per la popolazione. Costi che sarebbero minori per il SSN se le MNC fossero erogate dallo stesso rispetto ai costi della medicina convenzionale.

3. L'offerta formativa esistente (includendo Master di Università pubbliche e private, corsi di Laurea, etc) è adeguata a garantire risposte alle istanze di milioni di cittadini che accedono alle MNC? (se SI perché, se NO perché) Attualità, esigenze, criticità e prospettive.

Assolutamente non adeguati, soprattutto per la qualità. L'università non ha le competenze per fornire un'educazione adeguata che invece si sono storicamente formate e consolidate nel privato. I master universitari sono inutili.

4. Vede positivamente l'ipotesi di una Legge Quadro nazionale sulle MNC? (se NO perché, se SI perché).

Sì, soprattutto per regolare la formazione di medici e personale sanitario, parasanitario e non sanitario sulla MNC

5. Qual è la sua valutazione della Posizione Ufficiale della Conferenza Permanente dei Presidenti di Corsi di Laurea in Medicina?

È l'espressione di un misto fra incompetenza ed arroganza.

Bibliografia

1. "Documento di Consenso sulle Medicine Non Convenzionali in Italia". Conferenza di Consenso sulle Medicine Non Convenzionali in Italia. (XLIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria, Bologna, 20 ottobre 2003. In "La Conoscenza e la Cura", 130-139. CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2003).
2. Roberti di Sarsina P. 43rd National Congress of the Italian Psychiatric Association. Consensus Conference: Non-Conventional Medicines. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine 2005;2(2):233-235.
3. Carta di Firenze. Firenze, 2005.
4. Manifesto della Medicina Antroposofica in Italia. Società Italiana di Medicina Antroposofica, SIMA. Milano 2006.
5. Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona ONLUS-Ente Morale. Statuto. Bologna, 1 dicembre 2007.
6. Un Manifesto per la Medicina Integrata. Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata, SIOMI. Firenze, 2011.
7. Carta di Bologna per la Sostenibilità e la Salute. Rete Sostenibilità e Salute. Bologna, 2014.
8. Eurispes-Rapporto Italia 2010 - Capitolo: "Curarsi con le Medicine Non Convenzionali".
9. Indagine Osservatorio Gli italiani e l'omeopatia, Scienza Tecnologia e Società - Observa 2006.
10. Indagine sulle Medicine Non Convenzionali, FORMAT S.r.l. Repubblica Salute 27-11-03.
11. Caruso C, Rizzo C, Vantini V. Conferenza Permanente dei CLM in Medicina e Chirurgia: Insegnare nelle Università la Fitoterapia e l'Agopuntura? Medicina e Chirurgia, 2013;60:2668-2678.
12. Medicine Non Convenzionali in Italia - La cura e il ricorso ai servizi sanitari, ISTAT, anno 2013, condotta tra settembre 2012 e giugno 2013.
13. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", 1999-2000, ISTAT.
14. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari", 2005, ISTAT.
15. Indagine "Tutela della salute e accesso alle cure", 2013, ISTAT.
16. Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, "L'insegnamento delle Medicine Alternative e Complementari (CAM) nel Corso di Laurea Magistrale in

- Medicina e Chirurgia. Posizione della Conferenza Permanente dei Presidenti dei CLM”, Genova 1 luglio 2011, 53:2331-2332.
17. “L’omeopatia completa la medicina tradizionale?” in *Health Monitor*. Diamo voce alle opinioni dei medici (2012) I quaderni di medicina, CompuGroup Medical-Il Sole 24 Ore, pag. 86-88.
 18. “Le terapie non convenzionali in Italia. Statistiche in breve, 18 aprile 2001”, ISTAT.
 19. Wiesener S, Falkenberg T, Hegyi G, Hök J, Roberti di Sarsina P, Fønnebo V. Legal Status and Regulation of Complementary and Alternative Medicine in Europe. *Forschende Komplementärmedizin* 2012;19(Suppl.2):29-36.
 20. Roberti di Sarsina P, Iseppato I. Looking for a Person-centered Medicine- Non Conventional Medicine in the Conventional European and Italian Setting. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine* 2009, doi: 10.1093/ecam/nep048.
 21. Roberti di Sarsina P, Iseppato I. Non-Conventional Medicine in Italy. The present situation. *European Journal of Integrative Medicine* 2009;(1)2:65-71.
 22. Roberti di Sarsina P, Tassinari M. Person-centred healthcare and medicine paradigm: it’s time to clarify. *EPMA Journal* 2015;16(6):11.
 23. Roberti di Sarsina P, Iseppato I. Person-Centred Medicine. Towards a Definition. *Forschende Komplementärmedizin* 2010;17(5):277-8.
 24. Rapporto Italia 2012, Sei dicotomie per capire l’Italia: vita/morte, essere/avere, giustizia/ingiustizia, ragionevole/irragionevole, genitori/figli, sostenibile/insostenibile, Eurispes, Milano, 2012.
 25. Tognetti Bordogna M. Regional Health Systems and non-conventional medicine. The situation in Italy. *EPMA Journal* 2011;2(4):411-423.
 26. Roberti di Sarsina P, Iseppato I. Traditional and non-conventional medicines: the socio-anthropological and bioethical paradigms for person-centred medicine, the Italian context. *EPMA Journal* 2011;2(4):439-49.
 27. “Riflessioni sulle medicine alternative e complementari ed il Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia”, Conferenza congiunta dei Presidi di Facoltà di Medicina e Chirurgia e dei Presidenti di Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia, Alghero, 2 maggio 2004.
 28. Morandi A, Tosto C, Roberti di Sarsina P, Libera D. Salutogenesis and Ayurveda: indications for public health management. *EPMA Journal* 2011;2:459-65.
 29. Tassinari M, Roberti di Sarsina P. Sick or sickness? The importance of the person centred healthcare and medicine paradigm. *TANG (Humanitas Medicine, HTM)*. 2014;4:4-24.
 30. Barbieri C. The Italian Plan 2013-2016 to Develop the Official Plants Sector. *Med Aromat Plants* 2014;3:153.
 31. Roberti di Sarsina P. The social demand for a medicine focused on the person: the contribution of CAM to healthcare and healthgenesis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2007;4(S1):45-51.
 32. Alivia M, Guadagni P, Roberti di Sarsina P. Towards salutogenesis in the development of personalized and preventive healthcare. *EPMA Journal* 2011;2(4):381-384.
 33. Roberti di Sarsina P, Iseppato I. Traditional and non conventional medicines: the socioanthropological and bioethical paradigms for person-centred medicine: the Italian context. *EPMA Journal* 2011;2(4):439-49.
 34. Roberti di Sarsina P, Alivia M, Guadagni P. Traditional, complementary and alternative medical systems and their contribution to personalisation prediction and prevention in medicine—person centred medicine. *EPMA Journal* 2012;3(1):15.
 35. Roberti di Sarsina P, Alivia M, Guadagni P. Widening the paradigm in medicine and health: person centred medicine as common ground of traditional and non conventional medicine. In: Costigliola V, editor. *Healthcare overview: new perspectives*. Book Series ‘Advances in Predictive, Preventive and Personalised Medicine’, Series Ed. O. Golubnitschaja, EPMA/Springer Dordrecht Heidelberg New York London, 2012. p. 335-53, Springer XVIII. ISBN: 978-94-007-4601-5. doi: 10.1007/978-94-007-4602-2_18.

Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona ONLUS-Ente Morale
Via San Vitale 40/3a - 40125 Bologna
<http://www.medicinacentratasullapersona.org>
medicinacentratasullapersona@medicinacentratasullapersona.org