

**Alma Mater Studiorum – Università di Bologna**

**FACOLTÀ di SCIENZE POLITICHE**

**Dottorato di Ricerca in Criminologia - XVIII ciclo**

Settore Scientifico Disciplinare SPS/12

***LA GESTIONE DELL'INCERTEZZA***

***E***

***IL CONSENSO INFORMATO***

***IN UNA PROSPETTIVA MEDICA INTEGRATA***

**COORDINATORE:**

Chiar.mo Prof. Augusto Balloni

**RELATORE:**

Chiar.mo Prof. Costantino Cipolla

**CANDIDATO:**

Stefania Florindi

Anno Accademico 2006/2007

## *Indice*

<b>Presentazione</b>	3
<b>1. La biomedicina tra incertezza e rischio clinico</b>	
1.1 Ascesa e declino del paradigma biomedico nei sistemi sanitari occidentali	7
1.2 L'evoluzione del rapporto medico-paziente: una crisi di fiducia?	19
1.3 Incertezza, pericolo e rischio	26
1.4 Errore, colpa e danno al paziente: dall' <i>arte della cura</i> alla medicina difensiva	35
<b>2. Il consenso informato</b>	
2.1 Cos'è il consenso informato?	38
2.2 Cenni storici	41
2.3. Quale informazione per quale consenso? Informazione, comunicazione e consapevolezza	46
<b>3. Le medicine “non convenzionali” e il consenso informato</b>	
3.1 L'universo delle medicine non convenzionali	50
3.2 <i>CAM appeal</i> : ovvero uno sguardo nell'affascinante mondo delle medicine non convenzionali attraverso le caratteristiche e le motivazioni dei suoi utilizzatori	69
3.2.1 <i>Profili di prevalenza</i>	77
3.2.2 <i>Modelli di comportamento</i>	81
3.2.3 <i>Motivazioni della scelta e patologie di riferimento</i>	87
3.2.4 <i>Modalità d'uso e valutazione dei risultati</i>	92

3.3 Il consenso informato e le MNC	95
3.3 Una valutazione critica: possibilità e limiti	99
<b>4. Dalle MNC verso una “medicina integrata”?</b>	
4.1 Che cos’è la medicina integrata?	101
4.2 Esempi di integrazione a livello ospedaliero	104
4.3 Esempi di integrazione a livello di servizi territoriali	108
4.4 Problemi e prospettive dell’integrazione	114
<b>5. La ricerca regionale sulla tutela del paziente</b>	
5.1 Introduzione: cenni sulla situazione europea e italiana	122
5.2 L’Osservatorio Regionale per le Medicine non Convenzionali (OMNCER) della Regione Emilia-Romagna	127
5.3 L’indagine regionale sulla tutela del paziente e il consenso informato	131
5.3.1 <i>Finalità e obiettivi</i>	134
5.3.2 <i>Metodologia e strumenti</i>	136
5.3.3 <i>Analisi dei risultati</i>	137
<b>Conclusioni. Quali sfide per la gestione dell’incertezza secondo la prospettiva della medicina integrata?</b>	140
<b>Bibliografia</b>	143
<b>Allegati</b>	152

## *Presentazione*

*Quod optimum medicus  
sit quoque philosophus<sup>1</sup>*

Galeno (Pergamo, Turchia, 129 D.C.-200 D.C.)

Quotidianamente il medico si trova di fronte alla necessità di dover prendere decisioni e compiere delle scelte a partire da informazioni parziali, in maniera più intuitiva che razionale. Quotidianamente inoltre trova seduto di fronte a sé un individuo che gli chiede ragione di quelle stesse decisioni e di quelle stesse scelte. Un paziente che desidera, a volte pretende, di essere informato circa il suo stato di salute/malattia, le possibilità terapeutiche, i possibili effetti collaterali di quella specifica terapia e gli eventuali rischi che si corrono ad intraprendere oppure a non intraprendere affatto un determinato percorso terapeutico o un intervento chirurgico.

Il processo comunicativo appare allora l'elemento fondamentale se non addirittura fondante di una relazione che necessariamente, per il raggiungimento dello scopo che si è prefissata (la guarigione o il recupero di uno stato di salute accettabile per l'individuo), deve essere condivisa, co-gestita, co-reinterpretata ogni qual volta la situazione lo richiedesse.

Da quanto emerge da tutta la letteratura nazionale ed internazionale sull'argomento, la realtà sembra però essere molto diversa da quanto finora descritto: quotidianamente i mass-media ci danno notizia di qualche caso di *malpractice* legata a qualche atto medico e tutti gli studi che in questi ultimi anni si sono moltiplicati in questo ambito di ricerca hanno rilevato ed evidenziato che la maggior parte delle azioni rivendi-

---

<sup>1</sup> «È chiaro che il miglior medico è sempre anche filosofo».

cative da parte dei pazienti, al di là dell'entità del danno subito, hanno come fonte principale proprio una mancata o inadeguata comunicazione tra medico e paziente.

Cosa accade allora quando l'oggetto della comunicazione riguarda (o dovrebbe riguardare) anche le cosiddette Medicine Non Convenzionali (MNC)? Nell'ambito della "neonata" Medicina Integrata, che pone al centro della sua attenzione il benessere della persona da raggiungere attraverso l'adozione appunto integrata di tutte quelle pratiche e modalità, siano esse convenzionali oppure no, in grado di produrre un qualche benefico effetto sulla salute delle persone, quale tipo di informazione risulta necessaria?

Se l'incertezza è parte integrante della pratica medica convenzionale, pur con tutte le sue "certezze", le sue "prove di efficacia", i suoi "esperimenti randomizzati e controllati", allora cosa succede nella pratica quotidiana di una disciplina, come quella della Medicina Integrata, che non presenta dati certi, quantificabili, misurabili dal metodo scientifico di tipo sperimentale imperante?

C'è chi, dal paravento della tutela della salute del cittadino, sostiene la necessità di sottoporre a prove scientifiche rigorose le differenti pratiche terapeutiche non convenzionali, così come chi ritiene indispensabile fare rientrare le MNC tra le materie oggetto di consenso informato.

Nel presente lavoro di ricerca abbiamo cercato di fornire una risposta, sicuramente non esaustiva ma quanto meno critica e ragionata a tutte queste domande.

Nel primo capitolo abbiamo ripercorso le tappe che hanno portato all'attuale declino del paradigma biomedico nell'ambito dei sistemi sanitari occidentali. Secondo quest'ottica abbiamo poi cercato di capire come si è trasformato il rapporto tra medico e paziente per tentare di individuare le ragioni alla base di quella che appare sempre di più come una reale crisi di fiducia, che ha portato ad una vera e propria esplosione del fenomeno della *malpractice*.

Il secondo capitolo è invece interamente dedicato all'istituto del consenso informato: abbiamo cercato di delineare una sua definizione a cavallo tra giurisprudenza e sociologia, ne abbiamo raccontato l'evoluzione storica dalla sua nascita ad oggi, tentando di arrivare ad una valutazione critica circa le sue possibilità euristiche ed applicative.

All'interno del terzo capitolo abbiamo cercato di rappresentare le caratteristiche salienti di quello che è stato definito l'*universo polimorfo* delle MNC attraverso una disamina delle peculiarità dei suoi fruitori, delle modalità di utilizzo e della valutazione rispetto ai risultati attesi ed ottenuti.

Qui abbiamo anche cercato di capire come e fino a che punto l'istituto del consenso informato possa e debba essere applicato anche nell'ambito delle MNC attraverso una valutazione critica delle sue possibilità ma anche dei suoi evidenti limiti.

Il quarto capitolo è dedicato alla cosiddetta Medicina Integrata, che prende le mosse dal fenomeno del riemergere delle MNC, ma che non può e non deve essere confusa con un contenitore di pratiche convenzionali e non. La Medicina Integrata è infatti un diverso modo di considerare la salute e la malattia che prevede un diverse modalità di intervento. Per dirla in termini sociologici, la Medicina Integrata è supportata da una diversa epistemologia della persona, della salute e della malattia ed utilizza differenti, a volte innovative, modalità pratiche di azione. Abbiamo quindi cercato di capire quali possono essere i problemi e le prospettive di integrazione che tale impostazione può offrire, anche e soprattutto rispetto al tema della comunicazione ed informazione al paziente, volta ad una ridefinizione dello stesso rapporto di fiducia tra medico e paziente, tra professionista e cittadino.

Per fare questo, oltre a consultare la bibliografia, soprattutto internazionale, a disposizione sull'argomento, abbiamo tentato di delineare i profili di un uso appropriato del consenso informato nell'ambito delle MNC, attraverso un'indagine regionale relativa alla tutela del paziente

nel ricorso alle pratiche e discipline non convenzionali. La ricerca, promossa dall'Osservatorio Regionale per le Medicine non Convenzionali dell'Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia Romagna, ha come obiettivo principale quello di verificare da un lato l'uso che viene fatto del consenso informato. La domanda alla quale abbiamo cercato di rispondere è la seguente: il consenso informato nell'ambito della medicina integrata è un ennesimo fardello burocratico, che in prospettiva andrà a rendere le MNC sempre più simili alla medicina scientifica occidentale convenzionale, oppure rappresenta l'occasione di ripensare ed eventualmente rifondare su basi nuove e feconde la relazione medico-paziente?

## *1. La biomedicina tra incertezza e rischio clinico*

### **1.1 Ascesa e declino del paradigma biomedico nei sistemi sanitari occidentali**

Il paradigma biomedico<sup>1</sup> ha rappresentato per lungo tempo, nell'ambito dei paesi occidentali, il principale riferimento per tutte le attività connesse alla cura e alla guarigione dalle malattie, che ha profondamente permeato ed influenzato il carattere stesso dei cosiddetti sistemi sanitari occidentali. Non solo, ma la biomedicina e con essa la sua espressione esecutiva, rappresentata dalla professione, hanno di fatto monopolizzato non soltanto l'ambito strettamente legato alle attività sanitarie, ma anche la cultura in generale, facendo passare l'idea secondo la quale solo ciò che era da esse esplicitamente approvato poteva essere considerato scientifico, quindi valido, perciò utile e sicuro. Tutto il resto, tutte le pratiche terapeutiche e le teorie della malattia non derivanti dal modello biomedico erano, ed in qualche caso restano, pure fantasie, eredità di un sapere popolare più o meno lontano e anacronistico, «considerate alla stregua di mere “sopravvivenze”<sup>2</sup> del passato o di curiosità esotiche» [Giarelli 2005: 44].

---

<sup>1</sup> Con il termine *biomedicina* si fa qui riferimento alla medicina occidentale, cosiddetta scientifica, basata sulle scienze biologiche e chimico-fisiche, così come noi oggi siamo abituati a vederla e considerarla, che ha dominato negli ultimi due secoli la cultura e i sistemi sanitari occidentali.

<sup>2</sup> Virgolette dell'Autore.



La domanda da porsi a questo punto è la seguente: ma la biomedicina è sempre stata l'elemento dominante nel vasto mondo dei saperi, delle attività e delle pratiche che hanno a che vedere con la salute e la malattia delle persone? Ad un'attenta analisi della nascita e delle trasformazioni dei sistemi sanitari nelle società industriali, si può notare come la risposta a tale interrogativo non possa che essere negativa: il paradigma biomedico non ha sempre rivestito una posizione dominante. Secondo la vasta letteratura internazionale sull'argomento la variabile attraverso cui poter rileggere in maniera più adeguata la storia dei sistemi sanitari occidentali, e quindi anche la storia della biomedicina e quella ad essa strettamente legata della professione medica, è rappresentata dal cosiddetto *pluralismo sanitario* [Giarelli 2005].

Giarelli ci presenta una lettura delle trasformazioni dei sistemi sanitari occidentali attraverso l'individuazione di quattro periodi storici distinti: il primo è rappresentato da quello che l'Autore chiama il periodo *pluralistico competitivo*, che storicamente si colloca entro un arco temporale che va dalle grandi rivoluzioni della fine del XVIII secolo fino alla metà del XIX; il secondo periodo è quello della emergenza della biomedicina, verificatasi tra la metà del XIX secolo e la prima Guerra Mondiale; il terzo periodo coincide con il momento definito di massimo splendore e di egemonia della biomedicina, tra gli anni '20 e gli anni '60-'70 del XX secolo; il quarto periodo, infine, è quello che a partire dagli anni '80 del secolo scorso stiamo ancora vivendo oggi nella società contemporanea e che viene da più parti definito come l'epoca di crisi profonda della egemonia del paradigma biomedico.

Fino alla metà del XIX secolo possiamo considerare i sistemi sanitari occidentali, europei e nordamericano, caratterizzati da un forte pluralismo in cui si trovavano ad operare diversi paradigmi di cura e intervento sulla salute. La medicina derivante dalla tradizione ippocratico-galenica era appannaggio esclusivo di una ristretta parte della società rappresentata dalle classi urbane dominanti. Negli Stati Uniti, in parti-

colare, il settarismo prevalente in ambito sanitario ha dato vita ad una situazione di vero e proprio pluralismo fortemente competitivo tra le varie sette che vantavano una specifica ed esclusiva attività terapeutica, che le distingueva da tutte le altre, e che quindi si battevano per conquistare il mercato sanitario. È questa l'epoca in cui nascono e si sviluppano forme di lettura ed intervento sui temi della salute/malattia anche piuttosto differenti tra di loro, più o meno lontani da quella che era considerata la medicina regolare, a volte anche piuttosto originali sia nei paradigmi eziologici di riferimento sia nella conseguente proposta di terapie. Facciamo riferimento al sistema di medicina botanica ideato e sviluppato da Samuel Thomson (movimento thomsoniano), che si fondeva sulla convinzione che ogni malattia avesse un'unica causa generale e che poteva essere trattata efficacemente con un unico rimedio generale sempre e soltanto di origine vegetale. Tra i movimenti, o vere e proprie sette, nati e sviluppatisi negli USA in questo stesso periodo, ricordiamo il Grahamismo, l'idropatia, la Chiesa Avventista del Settimo Giorno e lo Spiritualismo<sup>3</sup>. Grande diffusione trova contemporaneamente la cosiddetta medicina popolare caratterizzata dalla presenza di tutta una serie di figure di guaritori profani, non in possesso di specifica formazione, tra cui levatrici, erbalisti, conciaossa, venditori di rimedi per le più svariate patologie ed *indian doctors*<sup>4</sup>.

Nello stesso periodo, in Europa, la situazione si presenta alquanto articolata senza però raggiungere il grado di competitività della realtà nordamericana. Assistiamo qui alla nascita e alla diffusione di nuove dottrine come il Brownismo, l'Omeopatia ed il Mesmerismo, in alternativa alla cosiddetta medicina regolare, senza però che in questi casi si

---

<sup>3</sup> Per una più dettagliata descrizione dei movimenti si rimanda a Giarelli [2005: 45-48].

<sup>4</sup> Sempre nel testo già citato, l'Autore riporta che la medicina indiana e la farmacopea ad essa relativa erano allora guardate con un certo interesse ed un certo grado di approvazione dato che venivano identificate con la buona salute dei nativi americani [ivi: 46].

possa parlare del raggiungimento di un vero e proprio livello di indipendenza dal controllo esercitato da quest'ultima.

Nel secondo periodo storico ricordato, quello dell'emergenza della biomedicina, per quanto riguarda gli Stati Uniti due sono gli episodi che segnano la storia del rapporto tra medicina regolare e pratiche alternative: la Guerra Civile degli anni 1861-1865, che porta ad una radicale trasformazione del clima politico e l'istituzione, nel 1847, dell'*American Medical Association* (AMA). Questa associazione, in particolare, si fa paladina della necessità e dell'urgenza di fondare una ortodossia medica contro le pratiche e gli operatori eterodossi. L'AMA riuscì a fare in modo che, nei vari stati, si costituissero commissioni di abilitazione, quasi tutte composte di medici regolari, che avevano il compito di esaminare e successivamente certificare gli aspiranti medici, cominciando a restringere in tal modo le possibilità di esercizio legale della professione ai soli possessori del titolo di abilitazione.

Inoltre, come descrive Giarelli,

La competizione con le sette eterodosse si fece sentire anche nel campo della formazione: l'AMA tentò ripetutamente di standardizzare le diverse scuole mediche imponendo dei requisiti d'accesso, con però scarso successo. Sempre l'AMA mise poi a punto un codice deontologico che proibiva la consultazione dei professionisti eterodossi. Tuttavia, la situazione era tale da non consentire ancora all'AMA di stabilire un monopolio vero e proprio sull'esercizio della professione medica: molte sette continuavano a prosperare e, al massimo, la posizione della medicina regolare può esser vista ancora, nella seconda metà del XIX secolo, come una sorta di *primus inter pares* in un contesto tutto sommato ancora pluralistico [ivi: 52].

La principale sfida alla medicina regolare statunitense dell'epoca è rappresentata dal movimento omeopatico e da quello degli eclettici. La medicina omeopatica, giunta negli Stati Uniti a seguito delle ondate di immigrazione provenienti dal nord Europa ed in particolare dalla Ger-

mania<sup>5</sup>, dopo una timida accoglienza, trova ampia diffusione soprattutto a partire dal 1850, data di nascita del primo college omeopatico a Cleveland. A partire da quel momento il consenso per la medicina omeopatica si fa sempre più diffuso, grazie anche ai numerosi medici regolari che cominciano ad interessarsi a questa nuova disciplina e a praticarla, continuando comunque a considerare se stessi come esponenti della medicina regolare e non di quella eterodossa. Questa commistione tra ortodossia medica ed eterodossia non piace ovviamente ai medici regolari ortodossi, che cercano in tutti i modi di tenere le due aree separate addirittura arrivando a chiedere l'espulsione dei medici omeopati dalla professione.

Tra gli anni '50 e gli anni '80 lo scontro fu piuttosto duro tra i due campi: i medici regolari cercarono di negare ai loro colleghi omeopati l'accesso a tutti gli incarichi pubblici ed ogni associazione con la professione. Essi rifiutarono di lavorare fianco a fianco con gli omeopati negli ospedali e per trent'anni furono in grado di escluderli dalle istituzioni comunali di grandi città come New York e Chicago. Durante la Guerra Civile, i regolari dominarono i corpi sanitari militari escludendone gli omeopati [ivi: 53].

Questa ostilità insieme alle contraddizioni interne alla stessa disciplina omeopatica<sup>6</sup> possono essere considerate la ragione del declino dell'omeopatia americana alla fine del XIX secolo. A questo aspetto poi è possibile associare una più generale tendenza delle sette e delle

---

<sup>5</sup> È un medico danese, Hans Gram, che introduce l'Omeopatia negli USA nel 1825; successivamente altri medici immigrati tedeschi diffusero questo tipo di medicina in Pennsylvania e nel Midwest [ibidem].

<sup>6</sup> Contraddizioni che vedono contrapporsi due gruppi: da un lato i cosiddetti "puristi" e dall'altro i "miscelatori": «I primi, detti anche omeopati "alti", ritenevano che soltanto un dosaggio altamente diluito potesse risultare efficace; mentre i secondi, detti omeopati "bassi", utilizzavano anche dosaggi concentrati di medicinali allopatrici e altre tecniche (elettroterapia, irrigazioni di acqua fredda, bagni, ipnosi e non credevano più nella forza vitale di Hahnemann, considerata non scientifica. Quando i miscelatori divennero la maggioranza all'interno dell'*American Institute of Homeopathy* (AIH), la loro associazione professionale, i puristi se ne andarono per formare la *International Hahnemann Association*. I miscelatori divennero progressivamente dominanti anche all'interno dei college medici e degli ospedali omeopatici: ciò favorì il progressivo venir meno delle ostilità (oltre che delle differenze) con la medicina regolare allopatrica.» [ivi: 54].

pratiche eterodosse alla istituzionalizzazione, quindi alla omologazione nei confronti della medicina regolare, della quale vengono anche a poco a poco incorporati alcuni aspetti.

Tale tendenza spiega e giustifica l'insorgenza di nuove sette eterodosse che cercano di portare e sottolineare nuovi elementi di differenziazione, quando non di vera e propria rottura, rispetto alla medicina regolare ortodossa: è questo il caso della *Christian Science*, dell'Osteopatia e della Chiropratica. Mentre la prima dottrina, che con alterne vicende e nuovi segni distintivi è arrivata fino ai giorni nostri, non è stata fortemente attaccata né osteggiata dalla medicina regolare, in quanto i suoi adepti credevano nella capacità della mente di guarire anche il corpo attraverso il potere spirituale ma non si occupavano di intervenire sul corpo del paziente, né tanto meno di prescrivergli farmaci o rimedi, entrambe la Chiropratica e l'Osteopatia rientrano nell'ambito della cosiddetta "medicina manipolatoria", che, come si intuisce anche dalla definizione, si caratterizza per un intervento diretto, più o meno invasivo, sul corpo del paziente.

In Europa, durante la seconda metà del XIX secolo, la situazione appare alquanto differente rispetto a quella statunitense contemporanea e soprattutto è caratterizzata dalle grandi scoperte scientifiche in ambito biomedico. È questa infatti l'epoca delle grandi scoperte che portano ad una vera e propria rivoluzione nella disciplina e nella pratica medica: la patologia cellulare di Rudolf Virchow (1858), il metodo scientifico sperimentale di Claude Bernard (1865) e la cosiddetta rivoluzione batteriologica, con la teoria dei microbi di Louis Pasteur (1857) ed il bacillo della TBC scoperto da Robert Koch (1882), insieme alla precedente introduzione di nuovi strumenti ed innovative modalità diagnostiche, come lo stetoscopio inventato da René Théophile Hyacinthe Laënnec (1816)<sup>7</sup>, l'auscultazione cardiologica di Jean-Nicolas Corvisart<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> L'invenzione rivoluzionaria dello stetoscopio porta con sé un nuovo modo di intendere la malattia, che «diventa una lesione interna locale – una mortificazione locale

e la fisiopatologia dei tessuti di François Xavier Bichat, sono testimonianza della nascente biomedicina o medicina scientifica e consolidano nell'opinione pubblica l'idea della medicina come vera e propria scienza e non più come un'arte della guarigione<sup>9</sup>.

Il terzo periodo indicato da Giarelli è quello che va dagli anni '20 agli anni '60-'70 del XX secolo e che sono stati da più parti definiti come l'epoca d'oro della biomedicina. Le differenze tra la situazione di pluralismo sanitario che fino a questo momento ha caratterizzato la storia della medicina degli Stati Uniti e quella Europea maggiormente legata a e definita dal processo di professionalizzazione ed istituzionalizzazione della cosiddetta medicina scientifica si fanno via via più indistinte. Negli USA, infatti, l'alleanza che si viene a costituire tra l'AMA, la classe capitalistico-industriale del paese e lo stato<sup>10</sup> consente alla emergente biomedicina di avere la meglio sulle altre medicine eterodosse.

Ma l'egemonia della biomedicina non riuscirà ad essere totale: anche se alcune medicine eterodosse scompariranno, altre sopravvivranno, sia pure in posizione marginale; mentre altre nuove sorgeranno o arriveranno dall'esterno. Alcuni gruppi di professionisti eterodossi riusciranno così ad ottenere legittimazione divenendo un vero sistema parallelo a quello biomedico (gli osteopati) focalizzato sull'assistenza primaria. Altri avranno comunque la possibilità di riconoscimento

---

interna alla vita – decifrabile per mezzo di una *analyse* comparata, fondata su una duplice *observation*, anatomica e clinica, quest'ultima mediata non più solo dalla vista e dal tatto, cioè dall'ispezione e dalla palpazione, ma ora anche dall'udito, rivalutato sullo sfondo culturale della filosofia sensista, a base sensoriale della percussione e dell'auscultazione» [Cosmacini 1987: 273].

<sup>8</sup> Nel 1801 divenne medico di Napoleone, allora primo console, che ne apprezzava la semplicità di diagnosi e la logica del ragionamento, tanto da affermare: "Io non credo alla medicina, ma credo in Corvisart". Quando Bonaparte divenne imperatore, Corvisart fu nominato chirurgo generale e primo medico di corte. Pochi anni dopo fu fatto barone ed entrò all'Accademia delle scienze.

<sup>9</sup> Franco Voltaggio chiama *arte magica della guarigione* quell'insieme di conoscenze e quelle pratiche appartenenti alle culture cosiddette primitive non letterate che, attraverso un lento e progressivo processo di trasformazione, hanno posto le basi della medicina occidentale [Voltaggio 1992].

<sup>10</sup> Anche se il ruolo dello stato negli USA risulta molto meno evidente e rilevante se confrontato a quello dello stato nel contesto europeo, data soprattutto la natura essenzialmente privatistica del sistema sanitario statunitense.

dell'esercizio della professione, divenendo sistemi professionalizzati eterodossi (i chiropratici, i naturopati e gli agopuntori) [ivi: 65].

Il quarto periodo individuato, che comincia dagli anni '60-'70, è quello della cosiddetta crisi del paradigma biomedico che cercheremo di comprendere alla luce dell'analisi proposta dallo stesso Autore relativamente a quelle che egli definisce le *quattro grandi sfide* che le società postindustriali, attraverso le profonde trasformazioni che hanno comportato, hanno posto nei confronti dei sistemi sanitari improntati sulla egemonia del modello biomedico<sup>11</sup>.

La prima sfida è quella della *iperspecificità*: il riferimento è agli innegabili ed inarrestabili sviluppi scientifici e tecnologici che hanno accompagnato la disciplina e la pratica medica negli ultimi decenni. Il risultato è stato un incremento del processo di iperspecializzazione medica che ha condotto, a livello micro-clinico, ad una sempre maggiore attenzione alla parte (organo e/o tessuto malato) piuttosto che al tutto (la persona nella sua inscindibile unità mente-corpo) a discapito naturalmente della qualità di quel rapporto fiduciario tra professionista e paziente attorno al quale ruota tutto l'impianto dell'arte e della scienza medica. A livello macro-strutturale inoltre si è verificato un connubio sempre più stretto tra scienza, tecnologia e potere, che ha dato vita a ciò che da più parti viene definito come un vero e proprio complesso sanitario-industriale, rintracciabile ormai nella maggior parte delle società postindustriali, prime fra tutte gli Stati Uniti. Come specifica lo stesso Autore,

La iperspecializzazione del sapere e delle tecnologie mediche produce quindi quella sfida dell'iperspecificità il cui risultato è una crisi di alienazione relativa alla connessione ecologica che lega il sistema sanitario alla natura esterna, nel momento in cui la gran parte delle risorse sanitarie si concentra sempre più nelle mani

---

<sup>11</sup> Per una trattazione più esaustiva e sistematica di tali *sfide* rinviamo ai testi in cui l'Autore ha introdotto questo tipo di lettura sulla trasformazione dei sistemi sanitari in epoca contemporanea [Giarelli 1998, 2003 e 2005]. In questa sede ci limiteremo ad una breve presentazione.

di pochi grandi attori istituzionali e professionali sulla base di una divisione del lavoro sanitario di tipo iperspecifico [Giarelli 1998: 147-152; 2005: 75].

Questa situazione è stata denunciata anche da uno studioso come I-van Illich che, in un suo ormai famoso e pluricitato testo dal titolo *Nemesis medica. L'espropriazione della salute*, ha introdotto il concetto di iatrogenesi per spiegare le conseguenze negative prodotte da questi processi in ambito sanitario, sociale e culturale [1991]<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Illich parla di tre diversi tipi di iatrogenesi:

«La *iatrogenesi clinica* è l'insieme dei danni prodotti dai medici, dagli ospedali e dall'industria farmaceutica nel momento in cui il loro intervento non è più collegato in maniera significativa ad una diminuzione della morbosità generale e ad un aumento della speranza di vita. L'efficacia delle terapie biomediche, da assioma riconosciuto anche nel senso comune fondato su di una cultura ancora in larga parte positivista, è da tempo divenuto un problema degno di essere esaminato con occhio critico, specie quando alla semplice inefficacia si sostituiscono una serie di effetti collaterali decisamente patogeni quando non mortali: complicazioni conseguenti ad una farmacoterapia, interventi chirurgici non necessari, casi di *malpractice*, infezioni ospedaliere, ecc. [...] la *iatrogenesi sociale* che si verifica quando “la pratica medica promuove malessere rafforzando una società morbosa che spinge la gente a diventare consumatrice di medicina curativa, preventiva, del lavoro, dell'ambiente, eccetera”. È la *medicalizzazione della vita* come insieme di cambiamenti socio-economici prodotti dalla organizzazione sociale della medicina: “La iatrogenesi sociale designa una categoria eziologica che abbraccia molteplici manifestazioni. Insorge allorché la burocrazia medica crea cattiva salute aumentando lo stress, moltiplicando rapporti di dipendenza, che rendono inabili, generando nuovi bisogni dolorosi, abbassando i livelli di sopportazione del disagio e del dolore, riducendo il margine di tolleranza che si usa concedere all'individuo che soffre, e addirittura abolendo il diritto di salvaguardarsi. La iatrogenesi sociale agisce quando la cura della salute si tramuta in un articolo standardizzato, un prodotto industriale; quando ogni sofferenza viene “ospitalizzata” e le case diventano inospitali per le nascite, le malattie e le morti; quando la lingua in cui la gente potrebbe far esperienza del proprio corpo diventa gergo burocratico; o quando il soffrire, il piangere e il guarire al di fuori del ruolo di paziente sono classificati come una forma di devianza”. La medicalizzazione di sfere sempre più ampie della vita un tempo estranee alla medicina produce così una crescente *espropriazione della salute* dei profani, che divengono sempre più inermi di fronte ad una dipendenza terapeutica che tende a permeare tutte le relazioni sociali.

La *iatrogenesi culturale* costituisce il terzo livello di negazione della salute da parte della medicina: “essa ha inizio quando l'impresa medica distrugge nella gente volontà di soffrire la propria condizione reale. [...] La medicina organizzata professionalmente è venuta assumendo la funzione di un'impresa morale dispotica tutta tesa a propagandare l'espansione industriale come una guerra contro ogni sofferenza. Ha così minato la capacità degli individui di far fronte alla propria realtà, di esprimere propri valori e di accettare il dolore e la menomazione inevitabili e spesso irrimediabili, la decadenza e la morte”. È l'effetto negativo più profondo, d'ordine culturale, che si verifica quando le istituzioni mediche distruggono la capacità potenziale dei soggetti di far fronte in modo personale e autonomo alla propria umana debolezza e vulnerabilità, di reagire alla sofferenza, all'invalidità e alla morte» [Giarelli: 2003: 78-79].



La seconda sfida considerata è quella *inflattiva*, strettamente interconnessa alla precedente, che riguarda la crescita esponenziale di costi e della spesa sanitaria nelle società postindustriali evidentemente causata anche dall'uso di strumenti e tecnologie sempre più sofisticate (come ricordato a proposito della sfida dell'i-perspecificità). Tale situazione è ben evidenziata dai dati disponibili relativi all'andamento della spesa sanitaria degli USA e dei paesi OCSE tra gli anni '80 e la prima metà degli anni '90, cresciuta ad un tasso annuo rispettivamente del 9,3% e del 7,5% [Giarelli 2005: 75].

Possiamo quindi affermare che la sfida inflattiva ha prodotto come risultato una crisi fiscale, relativa a quella connessione strutturale che lega il sottosistema sanitario agli altri sottosistemi sociali, con i quali entra inevitabilmente in competizione per ottenere la propria quota parte del PIL, oltre ad altre risorse scarse [...] [ivi: 76].

La sfida *consumerista* è invece quella che nasce da un più generale movimento sociale e culturale strettamente legato alla crescente possibilità di accesso alle informazioni anche di carattere scientifico da parte della popolazione, alle innovative modalità e tecnologie comunicative che “sparano” quotidianamente tutta una serie di informazioni e dettagli relativi alla diagnosi e alla cura delle più svariate tipologie. Questo costante flusso di notizie ed informazioni di pubblico dominio ha sicuramente contribuito ad un aumento della cultura e della conoscenza medica anche a favore dei “non addetti ai lavori”, dei cosiddetti “profani” (anche se molto ci sarebbe da dire sull'uso non controllato di tale flusso “non filtrato” di informazioni). Le persone oggi hanno acquisito una maggiore consapevolezza dei propri diritti e dei propri bisogni, anche in ambito sanitario, e rivendicano dunque una maggiore partecipazione diretta ed indiretta ai percorsi di cura.

## Tale sfida

ha dunque come portato una crisi di fiducia, relativa a quella connessione fenomenologica che lega il sistema sanitario all'esperienza della malattia esplicita dai soggetti nelle loro relazioni di mondo vitale: essa necessita della ricerca di nuove forme di integrazione fra tali vissuti esperienziali di salute e malattia e l'ambito istituzionale sanitario, in grado di produrre una costruzione culturale della malattia dotata di senso empatico [ibidem].

La quarta ed ultima sfida, *della transizione epidemiologica*, deriva dalle profonde trasformazioni in atto nelle società postindustriali come diretta conseguenza delle caratteristiche demografiche della popolazione. L'aumento della speranza di vita ed il calo generalizzato dei tassi di natalità hanno portato ad un progressivo aumento della popolazione anziana, che ha determinato un incremento dell'insorgenza delle malattie cosiddette cronico-degenerative e delle disabilità ad esse più o meno direttamente collegate, che di fatto pongono nuove sfide e nuovi dilemmi alla scienza medica, soprattutto nei termini di una presa in carico di lunga durata. La medicina contemporanea, infatti, possiamo dire nata e cresciuta sul modello eziologico di tipo infettivologico, per cui ad una determinata singola causa corrisponde un singolo effetto, si è trovata impreparata ad affrontare patologie ad eziologia multipla e multifattoriale il più delle volte senza nemmeno alcuna possibilità di arrivare ad una completa guarigione.

Quella che abbiamo definito la sfida della transizione epidemiologica ha prodotto come risultato una crisi della connessione biopsichica che interconnette il sistema sanitario alla natura interna dei soggetti umani in quanto persone dotate di corpo-cervello-mente. Si tratta di una crisi di efficacia dei sistemi sanitari di dimensioni tali da costringere a ripensare l'intero nesso medicina-società-salute: è stato l'ultimo, decisivo colpo assestato a quel castello che la biomedicina, con tanta fatica, era riuscita ad edificare a partire dalla metà del XIX secolo ed i cui fasti sembravano dover durare a lungo durante l'epoca d'oro dell'egemonia biomedica ormai consolidata. Invece, la crisi è arrivata colpendo proprio il cuore di quel ca-

stello, ovvero quello stesso paradigma biomedico che pure tanti successi aveva conseguito nella lunga lotta contro le malattie infettive [ivi: 77].

Due sono stati i tentativi di risposta alla crisi di efficacia del modello biomedico. Il primo può essere identificato con il riemergere, durante gli anni '90, di un paradigma neo-scientista come espressione della sempre più forte interconnessione tra comunità biomedica e complesso sanitario-industriale. Traendo forza e legittimazione da parte degli innegabili sviluppi della medicina e dei suoi campi di intervento<sup>13</sup>, il modello neo-scientista, invece di tentare di risolvere le conseguenze della crisi di efficacia, paradossalmente le inasprisce portando fino alle estreme conseguenze il carattere manipolatorio del sistema sanitario e della medicina nei confronti dell'organismo umano.

Il secondo tentativo di risposta è quello che è stato variamente definito "movimento per la salute olistica", che ha origine dai movimenti sociali degli anni '60 e '70, si sviluppa nel corso degli anni '80 e che fa riferimento ad un paradigma olistico di salute come critica, quando non di vera e propria opposizione, al tradizionale modello biomedico.

Secondo tale impostazione,

La salute viene concepita sia come un valore in sé sia come una prassi di partecipazione attiva del soggetto al suo mantenimento. La concezione solistica presuppone una unità inscindibile di mente-corpo e spirito, che produce due conseguenze fondamentali per il rapporto con la bio-medicina: la prima è la critica al dualismo occidentale cartesiano mente-corpo su cui anch'essa si fonda, che porta al riconoscimento delle reciproche influenze derivanti invece dalla loro interazione costante; nonché alla reintroduzione anche di elementi di spiritualità in opposizione al materialismo positivistic della bio-medicina. La seconda è una visione della malattia come qualcosa di più che un semplice fatto fisico-chimico, dal momento che essa implica dimensioni che trascendono la pura realtà biologica [ivi: 79].

---

<sup>13</sup> Il riferimento qui è a tutti quei nuovi sviluppi applicativi della biomedicina, che vanno dalla microchirurgia, alla telemedicina, ai trapianti d'organo per arrivare fino alla genomica ed alle terapie geniche.

Nell'ambito di tale impostazione olistica ed alternativa all'imperante paradigma biomedico, si colloca il modello di medicina bio-psico-sociale proposto da Engel, che può essere considerato come momento riunificatore di due differenti correnti storiche, come *trait d'union* «[...] tra il riemergere delle MNC quale parte integrante dei nuovi movimenti sociali e di contestazione degli anni '60 e '70 da una parte e la parte più sensibile della comunità medica dall'altra: anche se questa “doppia anima” – popolare-profana e professionale-specialistica - continuerà a rappresentare in qualche modo una linea di demarcazione interna mai del tutto scomparsa [...]» [ivi: 81].

Alla luce di questo percorso storico-sociologico sull'ascesa e il declino del paradigma biomedico, è possibile ritenere che il riemergere dell'interesse e la diffusione delle cosiddette *Medicine non Convenzionali*, così come della proposta avanzata da più parti a favore della cosiddetta *Medicina Integrata*, sia una delle conseguenze dirette della crisi dei sistemi sanitari delle società post-industriali. Un tentativo di risposta a quelle crisi di connessione del sottosistema sanitario con il sistema sociale globale.

## **1.2 L'evoluzione del rapporto medico-paziente: una crisi di fiducia?**

Curare le persone è un po' come cercare di svuotare il mare con un secchiello: solo i bambini pensano che sia possibile. Le malattie sono infinite, così come le persone che si ammalano, e per questo appare forse un po' infantile l'attitudine del medico che si ritiene soddisfatto quando riesce a curare un paziente ma non pensa agli altri mille che seguiranno.

Eppure, chi decide che da grande farà il medico quasi sempre è motivato da una forte spinta ideale e crede nelle immense possibilità del curare e di sconfiggere le malattie, di eliminare la sofferenza.

[...] Chi decide di fare il medico, inoltre, aderisce all'idea di mettersi al servizio del prossimo per cercare di alleviare le sue sofferenze, con il sincero desiderio di cambiare in meglio la vita delle persone [Marino 2005: 13-14].

Così si apre il capitolo dal titolo “Il mestiere del medico, tra missione e disincanto” di un interessante volume, di piccole dimensioni ma ricco di riflessioni, intitolato *Credere e Curare*, scritto recentemente da un noto chirurgo specialista in trapianti d’organo, Ignazio R. Marino<sup>14</sup>.

Queste poche frasi nella loro semplicità ed immediatezza sono sembrate le più adatte, a chi scrive, per introdurre un tema delicato come quello del rapporto tra medico e paziente. La relazione medico-paziente costituisce probabilmente e realisticamente l’elemento centrale di tutta la disciplina e la pratica medica, il fulcro attorno al quale ruota qualsiasi analisi, studio, riflessione sui temi della salute e della malattia. Un rapporto dialettico, unico nel suo genere, che si caratterizza a seconda del contesto storico, sociale e culturale di riferimento in cui è profondamente inserito e dal quale è profondamente influenzato e plasmato. Possiamo infatti affermare che il tipo di relazione che si viene ad instaurare tra il medico ed il paziente può essere considerato come l’espressione quotidiana del più ampio rapporto tra medicina e società.

La scienza medica è sempre stata considerata dai più, dalle persone comuni, dai profani, con rispetto e contemporaneamente con timore, così come i medici sono sempre stati guardati con ammirazione e circondati quasi da un alone di mistero in quanto depositari del sapere relativo a temi importanti come la vita e la morte. A ben guardare molto spesso, soprattutto nelle tradizioni e nelle culture popolari, medicina e magia oppure medicina e religione vanno di pari passo e di conseguenza si modella il particolare rapporto tra colui che possiede la conoscenza

---

<sup>14</sup> Ignazio R. Marino ha studiato all’Università Cattolica di Roma. Oggi vive negli Stati Uniti dove, nella città di Philadelphia, dirige il centro trapianti della Thomas Jefferson University.

In *Credere e Curare* propone una attenta riflessione, realistica e non priva di dolore, ma aperta alla speranza, sugli scopi della medicina, sul ruolo del medico nella società, sui limiti di una professione in piena crisi di identità, che non riesce più a vedere chiaramente se stessa così come “l’altro da sé”, il paziente, la persona, il soggetto sofferente che è anche il principale destinatario della sua attenzione e della sua competenza.

za e colui che, in stato di sofferenza e necessità, ricorre pieno di speranza e paura a tale sapere.

Come afferma Marino,

[...] l'associazione tra religiosità e medicina nel mondo e nella cultura occidentali può essere colta nell'atteggiamento dei pazienti che si rivolgono al medico con grandissime aspettative, per cercare un sollievo alle proprie sofferenze fisiche, un po' come si fa con la divinità per chiedere aiuto e conforto di fronte a situazioni di particolare disagio. Il modo in cui un ammalato chiede aiuto al medico non è cambiato con il passare degli anni, o meglio dei secoli, e la debolezza davanti alla malattia è sempre rimasta invariata così come la paura del dolore o l'angoscia di perdere la propria forza fisica.

Quello che invece è cambiato radicalmente è l'atteggiamento il ruolo dei professionisti della medicina, non i luminari ma le migliaia di medici che un tempo rappresentavano un punto di riferimento importante per la società, mentre oggi appaiono spaesati, disorientati e confusi di fronte ai profondi cambiamenti che hanno investito la sanità e la sua organizzazione negli ultimi cinquant'anni [ivi: 6-7].

In questa sede non è nostra intenzione ripercorrere le tappe storiche che hanno portato al tipo di relazione medico-paziente che caratterizza oggi la società contemporanea, quanto piuttosto cercare di individuare le ragioni profonde della peculiarità e della complessità che modella tale rapporto.

I numerosi ed importanti progressi tecnici e scientifici, avvenuti durante l'Ottocento e nel corso del Novecento, hanno, senza ombra di dubbio, fatto compiere un grande salto in avanti alla scienza medica in generale ed alla professione medica in particolare. Esiste però un rovescio della medaglia: se da un lato le tecniche e gli strumenti utilizzati hanno consentito ai medici di conoscere e scrutare in maniera sempre più approfondita la condizione umana, alla ricerca delle cause di sofferenze e malattie, dall'altro hanno prodotto un inarrestabile processo di separazione, di distanziamento, un vero e proprio iato tra medico e paziente, come afferma ad esempio un noto studioso di storia della medi-

cina, nonché medico lui stesso, ed autore di numerose pubblicazioni al riguardo Giorgio Cosmacini:

Mentre il medico si *avvicinava* sempre più alla realtà fisiopatologica della malattia per mezzo dell'apparato tecnologico di cui disponeva, questo stesso apparato *allontanava* sempre più la realtà antropologica del malato dall'attenzione e considerazione del medico" (*corsivo dell'Autore*) [Cosmacini 2000: 140].

Dall'epoca del contatto fisico tra medico e paziente siamo progressivamente passati all'epoca in cui «l'*antropologia* medica del malato cede gradatamente il passo alla *tecnologia* medica della sua malattia (*corsivo dell'Autore*) [Cosmacini 1987: 419]». Questo scollamento tra professione e professionismo tecnico-scientifico da un lato e soggettività del vissuto quotidiano di salute e malattia comporta poi tutte le ben note accuse di tecnicismo, di settorializzazione della medicina, nonché di spersonalizzazione e disumanizzazione delle cure e dei servizi alla persona che caratterizzano il rapporto tra cittadini e medicina e che, probabilmente, possono fornire, anche se non l'unica, almeno una delle possibili chiavi di lettura del fenomeno relativo al "riemergere delle medicine non convenzionali".

Di questo avviso è anche il chirurgo Ignazio Marino, quando afferma che:

La tendenza a mettere a fuoco il particolare annebbia tuttavia la visione d'insieme al punto che non è raro, oggigiorno, imbattersi in professionisti esperti in procedure chirurgiche assai complesse, come il trapianto di cuore, che si trovano in difficoltà di fronte alla diagnosi di un'ernia inguinale. È un processo ormai molto diffuso nella società e nella cultura nordamericana ma che si sta espandendo molto rapidamente alla più classica e tradizionale Europa. I medici studiano le patologie, valutano gli esami, prescrivono le terapie, operano, e in molti casi contribuiscono alla guarigione dei pazienti, tuttavia non riescono ad avere un quadro complessivo dei problemi delle persone. Per non parlare dell'ormai generalizzata incapacità di riconoscere il disagio globale di un paziente, che ha sempre una componente fisica e una psicologica, entrambe pressanti nel momento in cui si chiede l'aiuto del medico. L'approccio è esattamente contrario rispetto a quello delle me-

dicine tradizionali molto diffuse e solidamente radicate in tutti i paesi dell'Oriente. Per la medicina tibetana come per quella cinese o l'ayurveda, le malattie vanno considerate come problemi complessivi della persona legati alla perdita di equilibrio con la natura, alla mancanza di armonia con se stessi e con l'universo, allo smarrimento della simmetria tra la mente e il corpo e via di seguito [Marino 2005: 8-9].

Oggi giorno quindi il rapporto tra medico e paziente si è arricchito di sfumature che lo hanno profondamente modificato, a partire da entrambe le parti, entrambi i termini della relazione.

Da un lato troviamo il medico che appare sempre più spaesato e confuso di fronte alle molteplici richieste che gli vengono portate dai pazienti, dalle istituzioni, dalla società nel suo complesso. Esempio è a questo proposito l'analisi che lo stesso Autore fa della situazione del medico ospedaliero statunitense, dove pare che questo senso di inadeguatezza e di smarrimento del proprio ruolo abbia raggiunto dimensioni davvero importanti:

Il sistema è perverso. Il rendimento infatti non si valuta su quanti pazienti vengono curati e guariscono, ma sul numero di cartoncini verdi che si consegnano all'amministrazione alla fine del mese. Più numerose saranno le *billing cards* accumulate e più saranno cospicui gli incentivi economici legati allo stipendio, le promozioni, i fondi per la ricerca, ecc. Nessuno si chiede come stanno i pazienti, se sono guariti o se invece sono morti e alla fine chi si interessa di questi "dettagli" sono solo i malati e i loro familiari che, è comprensibile, non sviluppano un senso di empatia con questi medici, bravi ed esperti ma umanamente distanti, e sono pronti invece a denunciarli non appena viene a galla il benché minimo problema.

Il rapporto tra il medico e il paziente è praticamente inesistente ed è sorprendente come tutto questo abbia assunto ormai una valenza positiva, soprattutto tra i più giovani i quali, data la carenza di modelli diversi a cui ispirarsi, attribuiscono alla perdita di umanità e alla meccanicità mascherata da efficienza un valore aggiunto [ivi: 19].



Un professionista, il medico contemporaneo dunque, che pare aver smarrito la sua reale e più profonda identità.

Dall'altro lato, per quanto riguarda il secondo termine della relazione, la persona che si rivolge al professionista per un problema più o meno grave di salute, la maggior parte degli studiosi del settore, così come la maggior parte dei medici, è concorde nell'affermare che i pazienti contemporanei sono molto diversi dal passato. In primo luogo, i pazienti di oggi sembrano più adeguatamente informati sui problemi di salute, sulle malattie, sulle terapie e sulle eventuali cure, siano esse convenzionali o non convenzionali, da seguire. Il paziente contemporaneo si rivolge al suo medico aspettandosi di ricevere risposte puntuali e precise ai propri problemi, che spesso non sono soltanto di carattere fisico. Il medico, dal canto suo, non può più arroccarsi su posizioni anacronistiche di supremazia ed asimmetria, che per lungo tempo hanno caratterizzato il paradigma biomedico.

Quella che Giarelli definisce la *sfida consumerista* delle società contemporanee ai sistemi sanitari<sup>15</sup>

è rappresentata dal peso crescente che i cittadini singoli o associati in movimenti e organizzazioni hanno acquisito nelle società postindustriali anche grazie all'aumentato accesso ai mezzi di comunicazione di massa, agli accresciuti livelli medi di istruzione e al diffondersi di conoscenze sulla medicina e sulle sue effettive possibilità terapeutiche. Nel momento in cui il cittadino diviene maggiormente consapevole delle possibilità a disposizione del sapere e delle tecnologie biomediche, anche le sue aspettative aumentano e la sua domanda diviene più esigente, meglio informata e meno disponibile ad accontentarsi delle risposte talora evasive fornite dai professionisti dall'alto della loro autorità [Giarelli 2003: 74].

Il *sick role* di parsonsiana memoria è ormai lontano anni luce dalla realtà quotidiana della pratica medica. Il modello *paternalista* di relazione medico-paziente, caratterizzato dalla passività e dalla dipendenza del paziente nei confronti del medico che poggia su una fiducia incon-

---

<sup>15</sup> Cfr. paragrafo precedente.

dizionata del primo nella capacità ed autorità professionale del secondo, non trova più espressione nella società contemporanea. Il cittadino, grazie anche al ventaglio di modalità e possibilità informative a sua completa disposizione, non è più disposto a giocare il ruolo di termine passivo della relazione. Il paziente non ci sta più ad accettare acriticamente, a seguire inerme tutto ciò che gli viene indicato dal medico.

È proprio questo rapporto di fiducia ad entrare in crisi, come segno di disaffezione del pubblico nei confronti di un modello di assistenza sanitaria che non appare più così onnipotente come aveva promesso: il ricorso ad altri tipi di medicina che si ritenevano, come abbiamo visto, ormai “marginali” o in rapido declino e che oggi appaiono invece più che mai sulla breccia dell’onda assieme al numero crescente di reclami e di casi di contenzioso sanitario sono due segni evidenti di questa crisi di fiducia [ivi: 76].

Sembra dunque che il tradizionale rapporto medico-paziente, caratterizzato dalla sottomissione e dalla deferenza del secondo nei confronti del primo, abbia lasciato il posto ad un nuovo tipo di relazione, più simmetrica e paritaria. Quello che viene definito il *paziente esigente* [Cavicchi 1998: 232-234] non si accontenta più del ruolo passivo, di acritica accettazione, che gli è stato tramandato nel corso dei secoli. È sicuramente diverso dal tradizionale paziente, titolare di quello che viene definito un diritto passivo, che lo relega all’interno di un modello comportamentale di apatica accettazione della propria condizione di malato e di quanto viene detto e consigliato, se non imposto, dal medico. Sostenitore di una nuova visione della vita e della morte, questo nuovo soggetto rifiuta la semplice constatazione dello stato patologico e di sofferenza e la sottomissione allo stesso in quanto espressione della ineluttabilità del destino. Si tratta di un nuovo tipo di soggetto etico e sociale, portatore di un altrettanto nuovo diritto attivo alla salute e al benessere.

Il rapporto medico-paziente, così come quello più ampio tra servizi sanitari e cittadino, non deve più essere vissuto come una relazione di

tipo unilaterale in cui il professionista impartisce determinate indicazioni al paziente, che si limita ad eseguirle. Il processo comunicativo deve essere improntato allo scambio e alla co-produzione delle informazioni e per questa ragione si insiste da più parti sulla necessità di tornare ad investire in un tipo di relazione intima e confidenziale, che ruota attorno alla persona.

### **1.3 Incertezza, pericolo e rischio**

*Il problema principale della medicina – quello che rende la posizione del paziente così dolorosa, quella del medico così difficile e far parte di una società che paga i conti così frustrante – è l'incertezza. Con tutto quello che sappiamo oggi sul corpo umano, sulle malattie e su come diagnosticarle e curarle, è difficile capirlo, è difficile cogliere la profondità dell'incertezza. Ma noi medici siamo consapevoli del fatto che, se vogliamo curare qualcuno, dobbiamo fare i conti più con quello che non sappiamo che con quello che sappiamo. La condizione normale della medicina è l'incertezza. E la saggezza – sia da parte dei pazienti sia da parte dei medici – sta nel modo di affrontarla [Gawande 2005: 244].*

L'incertezza sembra essere la condizione naturale della medicina contemporanea. È come se ci trovassimo di fronte ad un paradosso: da un lato la biomedicina, e con essa i suoi strenui sostenitori, compie ogni sforzo per dimostrare al mondo intero, ma forse più che altro a se stessa, la sua pretesa/presunta scientificità, il suo essere assoggettata a leggi, siano esse naturali o scientifiche, vale a dire sia che rientrino in quello che può essere definito l'ordine naturale delle cose sia invece che facciano parte di tutto ciò che viene sinteticamente, rigidamente e asetticamente riprodotto in laboratorio, a regolamenti e a procedure standardizzate che lasciano poco spazio all'individualità, persino alla fantasia, se ci è concesso spingerci così oltre (quella della natura, ovviamente). Dall'altro, al contrario, si pone la complessità del reale, l'individuo (sano o malato che sia), che per quanto la medicina e i medici si sforzino di ricondurre ad una qualche semplificazione statistica,

ad un qualche percorso rigidamente strutturato, ad un qualche gruppo di *similes* (almeno gli appartenenti allo stesso tipo di patologia) – anche se la teoria sociologica ci fa riflettere sul fatto che ogni individuo è in realtà irriducibile alle caratteristiche del gruppo sociale di appartenenza, così come, allo stesso modo, lo stesso gruppo sociale non può essere semplicemente definito dalla somma delle caratteristiche dei suoi singoli componenti – sfugge di continuo a tutti questi processi di standardizzazione.

La complessità del reale dunque è già di per sé fonte di incertezza: da più parti, anche a livello di senso comune, si sente spesso dire che i processi di ipermodernizzazione che caratterizzano ogni ambito della nostra vita, così come la tendenza generale alla globalizzazione, oltre ad aver innegabilmente ampliato le possibilità di conoscenza, hanno inevitabilmente portato con loro tutta una serie di interrogativi, oppure ne hanno fatti sorgere altri, che lasciano gli individui di fronte ad una realtà di cui difficilmente è possibile comprendere appieno il significato. Anche la scienza e la pratica medica non sfuggono a tale destino: è davvero possibile trovare delle risposte certe e puntuali ad ogni domanda relativa allo stato di salute/malattia? Non ci troviamo piuttosto di fronte a quotidiani tentativi – nella maggior parte dei casi anche giustificati e ovviamente condivisibili – di attribuzione di senso laddove questo pare continuamente sfuggire a qualsiasi tentativo di comprensione, di interpretazione e di sistematizzazione?

Pensiamo ad esempio a come avviene abitualmente la presa in carico di un paziente da parte del medico. Al primo incontro, il professionista chiede alla persona che ha di fronte di raccontargli i sintomi che lo hanno condotto al suo ambulatorio. Da qui nasce un processo narrativo<sup>16</sup>, più o meno discorsivo, più o meno sollecitato e incoraggiato dallo stesso medico, più o meno esaustivo, che riguarda non soltanto i sinto-

---

<sup>16</sup> Per un maggiore approfondimento sull'uso della narrazione in medicina si rinvia alla lettura dei testi di Good [1999] e di Giarelli *et al.* [2005a].

mi attuali ma anche qualcosa di più profondo che ha a che vedere con l'esperienza personale e soggettiva della malattia, del corpo e della relazione con il sé e con l'altro da sé. Ed è proprio questa forse, a ben vedere, la ragione della irriducibile complessità del reale, in questo caso dell'esperienza umana: nessun individuo, per quanto sintomi simili possano ricondurre ad altrettanto simili patologie, farà mai la stessa esperienza di malattia di un altro individuo. Le variabili in gioco sono tante: le caratteristiche anagrafiche, quelle socio culturali, l'ambiente, lo stato psico-emotivo in cui si trova la persona in quel preciso momento, la possibile concomitanza di altre patologie e/o altri sintomi, per citarne solo alcune. Tutte queste variabili, proprio per il loro carattere di mutevolezza, fanno sì che il mondo dell'incertezza si schiuda in tutta la sua evidenza di fronte al medico.

A questo punto cosa è chiamato a fare il medico? Dovrebbe forse arrendersi a tale complessità e all'incertezza che ne deriva senza riuscire a trovare una risposta di senso adeguata? È ovvio che non è così. Il medico, dal canto suo, cerca, per quanto gli è possibile e concesso dalle sue conoscenze, dalla sua esperienza e dalla sua abilità, di trovare un senso alle sofferenze del suo paziente e possibilmente un rimedio. Il suo compito si complica ulteriormente perché non soltanto ha di fronte una persona "complessa" nel senso sopra esplicitato, ma anche perché il bagaglio di conoscenze professionali, culturali ed esperienziali da cui attingere è esso stesso fonte di incertezza.

La medicina, a partire dalle grandi scoperte della seconda metà dell'Ottocento, ha fatto notevoli passi avanti. Sono state individuate le cause di numerose malattie, molte delle quali sono state debellate nella maggior parte del mondo; sono stati introdotti strumenti e tecnologie sempre più sofisticate per indagare in profondità non soltanto il corpo umano e tutti i suoi organi e tessuti, ma anche ogni più piccolo organismo nel quale ci si è imbattuti; si è persino arrivati a tentare di decifrare il codice genetico dell'essere umano in una sorta forse anche di delirio

di onnipotenza o quantomeno di competizione con l'incommensurabile, se vogliamo il divino<sup>17</sup>.

La corsa contro il tempo, il desiderio di riuscire ad individuare non soltanto le cause certe di determinate patologie, ma anche le eventuali predisposizioni genetiche alla possibile insorgenza di malattie più o meno conosciute e riconosciute animano la ricerca medico-scientifica contemporanea e, se vogliamo anche paradossalmente, aumentano il grado di incertezza, quella vera e propria vertigine scaturita dall'incontro con ciò che non si conosce e che forse in fondo un po' si teme. È innegabile, infatti, che il fastidio che si prova di fronte all'incertezza nasca proprio da un sentimento di paura nei confronti di tutto ciò che non si conosce, di tutto ciò che sfugge a qualsiasi tentativo di conoscenza ed interpretazione.

Come afferma Spinsanti in un editoriale della rivista *Janus*,

Quando parliamo di medicina predittiva l'incertezza subisce un aumento esponenziale. La medicina predittiva va oltre la capacità di diagnosticare una malattia presente, anche in grado iniziale, così da non essere ancora accompagnata da sintomi e percepita dalla persona malata. È la medicina che apre una finestra sulla malattia che verrà (forse...). Ed è quindi accompagnata da una incertezza all'ennesima potenza [Spinsanti 2005: 5].

---

<sup>17</sup> Non facciamo qui nessun riferimento ad una specifica dottrina religiosa quanto piuttosto una semplice riflessione sul fatto che sempre più spesso oggi, basti guardare la televisione e leggere i giornali, la scienza medica e soprattutto la ricerca scientifica in ambito medico-sanitario sembrano dirigersi verso una generale tendenza alla manipolazione, alla correzione nel tentativo (sempre giustificabile?) di andare oltre la vita in sé probabilmente in risposta all'atavico desiderio di superare l'incertezza legata alla mortalità dell'essere. Ma siamo sicuri che il compito della medicina sia proprio quello di generare in qualche modo una vita "migliore", sicuramente "diversa", piuttosto che quello di considerare e agire se stessa come una scienza, o un'arte (a seconda della connotazione che le si vuole attribuire) al servizio della vita stessa? Il riferimento è ovviamente a tutte quelle scoperte in ambito genetico che stanno facendo la fortuna della cosiddetta "medicina predittiva" che, nella speranza di trovare forse le risposte alle domande prima ancora che queste vengano effettivamente poste (l'eventuale insorgenza di una determinata patologia a determinate condizioni, che potrebbero però anche non verificarsi, così come, allo stesso modo, qualora si fossero effettivamente verificate potrebbero anche non generare quella stessa patologia...), in realtà aumenta il ventaglio di possibilità e quindi di incertezza entro cui la medicina ed il medico quotidianamente si muovono.

E ancora lo stesso Autore,

La possibilità di ottenere informazioni sul destino genetico degli individui è considerata dall'opinione pubblica comune uno degli sviluppi più promettenti della medicina. Già la qualifica di "predittiva" applicata a questo tipo di medicina rivela che in essa si riversano non solo le attese razionali, ma anche quelle mitiche dell'umanità: la capacità di conoscere e svelare ciò che ci capiterà in futuro sembra passare dagli indovini [...] agli scienziati in camice bianco. La transizione a cui stiamo assistendo è anche descritta come il passaggio della genetica alla "genomica", ovvero dalla genetica di tradizione mendeliana, che disponeva unicamente di previsioni statistiche, alla genetica di tipo molecolare, capace di identificare le alterazioni presenti nel patrimonio genetico ereditario dell'individuo che predispongono all'insorgenza di specifiche malattie tendenti a manifestarsi in età adulta [ivi: 6].

La direzione da prendere appare a questo punto una soltanto: non più il tentativo di ridurre l'incertezza – sarebbe un'impresa titanica – quanto piuttosto una lucida accettazione della stessa, come parte integrante della realtà e dunque anche della pratica medica. Il problema, infatti, la vera sfida non è tanto trovare il modo per colmare né tanto meno arginare tale situazione generalizzata di incertezza, quanto piuttosto individuare un modo sensato di affrontarla. E forse, senza però voler necessariamente arrivare ora a conclusioni che potrebbero rivelarsi un tantino affrettate e superficiali, un uso consapevole dell'istituto del consenso informato e delle sue potenzialità, per entrambi i soggetti della relazione ad esso sottesa: il medico da un lato ed il paziente dall'altro, potrebbe essere riconsiderato alla luce di queste riflessioni.

Incertezza e dubbio, quindi, come elementi naturali e caratteristici della scienza e della pratica medica che aprono la strada al cosiddetto *rischio clinico*, che può essere inteso come diretta conseguenza della ricaduta operativa dei primi due. La medicina, infatti, o meglio la biomedicina, il paradigma imperante nei paesi industrializzati dell'Occidente, nonostante le pretese di esattezza e di scientificità, derivanti da una secolare storia di affermazione e progressiva istituzionalizzazione a

scapito anche di realtà, modalità e discipline che potremmo definire “altre”, non è una scienza esatta e tanto meno infallibile.

L’origine del rischio clinico risiede proprio in quell’area di incertezza connaturata alla medicina ed il suo prendere forma è oggi regolarmente documentato dalla eco e dai clamori suscitati, sulle prime pagine dei giornali, dalla presentazione di denunce per errori o danni subiti dai pazienti all’interno dei percorsi di cura.

Si tratta sicuramente di un tema molto delicato da affrontare, anche perché riguarda e coinvolge diverse categorie di persone, portatrici di interessi diversi e “colpite” in diversa misura dal danno individuato. In primis, i pazienti che, trovandosi in uno stato di particolare necessità e sofferenza fisica e/o psichica, si affidano alle cure mediche non avendo sempre piena coscienza dei rischi e dei pericoli che i percorsi di cura possono comportare. Nell’immaginario collettivo, dopo tutto, le cure servono proprio per guarire o almeno per recuperare uno stato di salute accettabile e difficilmente si pensa ad eventuali conseguenze negative per la salute stessa provocate proprio dai percorsi di cura.

In secondo luogo, il tema del rischio clinico risulta alquanto delicato anche per l’altro termine della relazione, la controparte dei pazienti, in altre parole i professionisti. Nel corso degli ultimi anni, in effetti, anche a fronte di una crescita esponenziale delle denunce per errore in ambito sanitario, i medici hanno progressivamente assunto un atteggiamento sempre più guardingo, di chiusura, sulla difensiva, presi dalla paura che si verifichi la possibilità, poi non così remota a ben guardare, di commettere errori, di provocare danni più o meno gravi e di essere quindi denunciati. Di queste ripercussioni, però, parleremo in maniera più approfondita in un altro paragrafo appositamente dedicato al tema del danno al paziente.

Infine, ma non per questo meno rilevanti, sono le ripercussioni del rischio clinico sulla organizzazione delle stesse strutture sanitarie, dove gli amministratori, anche a fronte dell’aumento vertiginoso dei premi



assicurativi, si trovano costretti a cercare un modo possibile per tenere il fenomeno almeno sotto controllo.

Nel 1997 è stato pubblicato un rapporto dal titolo *The Goals of Medicine* in cui sono raccolti i risultati di un'indagine promossa dallo Hastings Center<sup>18</sup>, coordinata da Daniel Callahan<sup>19</sup>, che affrontava il tema degli scopi, dei rischi e dei limiti della medicina. Lo studio, internazionale e multicentrico, si è occupato di indagare le diatribe e le controversie sorte nei più svariati ambiti della pratica medica. La pubblicazione del rapporto è stata accompagnata anche dall'uscita di un volume realizzato dallo stesso Callahan, che si intitola *False Hopes*, in cui l'Autore indica tre caratteristiche negative della medicina scientifica occidentale: il tentativo di dominare la natura, l'assunzione di orizzonti pressoché illimitati, la generale tendenza alla medicalizzazione di ogni aspetto della vita umana.

Sulla scia di queste pubblicazioni, il 14 dicembre 2001, il Comitato Nazionale per la Bioetica (C.N.B.)<sup>20</sup> del nostro paese ha pubblicato il proprio parere su *Scopi, rischi e limiti della medicina* [2001]. Questo documento, frutto di un'attenta riflessione condotta da un gruppo di lavoro appositamente costituito che si è avvalso della partecipazione di esponenti del Comitato stesso e di esperti esterni di cui era stata richie-

---

<sup>18</sup> *The Hastings Center* è un istituto per la ricerca bioetica, indipendente e senza scopo di lucro, fondato nel 1969 allo scopo di esplorare fondamentali ed emergenti questioni in ambito medico, sanitario e delle biotecnologie.

La maggior parte del lavoro di ricerca del centro riguarda temi di bioetica in tre ampie aree: assistenza ed aspetti decisionali alla fine della vita; priorità di sanità pubblica; nuove ed emergenti tecnologie. Sito web: [www.thehastingscenter.org](http://www.thehastingscenter.org)

<sup>19</sup> Daniel Callahan è stato uno dei fondatori di The Hastings Center ed ha ricoperto la carica di Presidente dalla sua stessa istituzione, nel 1969, fino al 1996. Attualmente è Direttore dell'International Program e si occupa prevalentemente di politica sanitaria con un'attenzione speciale ai temi relativi all'equità ed alla spesa sanitaria.

È inoltre Senior Fellow presso la Harvard Medical School ed anche a Yale, così come Honorary Faculty Member della Charles University Medical School a Praga, nella repubblica Ceca.

<sup>20</sup> L'istituzione del Comitato nazionale per la Bioetica (C.N.B.) ha fatto seguito alla risoluzione n. 6-00038, approvata il 5 luglio 1988 dall'Assemblea della Camera dei Deputati al termine di un dibattito "sui problemi della vita", nella quale il governo veniva impegnato a promuovere un confronto, anche a livello internazionale, sullo stato della ricerca biomedica e dell'ingegneria genetica nella prospettiva del rispetto della libertà e dignità umana. Sito web: <http://www.governo.it/bioetica/compiti.html>

sta la collaborazione, affronta un ampio ventaglio di argomenti che vanno dagli scopi della medicina, al concetto di malattia, al dibattito tra quelle che vengono definite “medicina scientifica” e “cure alternative”, al rapporto tra costi e benefici, alla sperimentazione sull’uomo, alla relazione medico paziente e a quella di più ampia portata tra medicina e società e si propone di apportare il proprio contributo al tentativo di chiarire quale è o quale dovrebbe essere la posizione della medicina e del medico nella società contemporanea. Poiché, si dice nel testo,

Questa centralità della medicina nell’attuale società non ha tuttavia chiarito appieno la posizione che il medico vi occupa, connotata da ambiguità che non solo non si sono dissipate nel corso dei secoli ma stanno anzi accentuandosi alla fine di questo secolo prospettando scenari futuri ancora più eterogenei e complessi a causa, principalmente della convivenza della medicina scientifica con quella extra-scientifica, peraltro molto richiesta e praticata anche nelle società economicamente più sviluppate [ibidem].

È la peculiarità della medicina, del suo oggetto di studio ed intervento pratico, l’essere umano, che è contemporaneamente un soggetto della relazione, dotato della capacità di intendere e di agire, al quale viene riconosciuta la piena libertà decisionale<sup>21</sup>, che si presta all’insorgenza di eventuali rischi; è connaturato alla sua specificità. A tale proposito, lo stesso citato documento del C.N.B. afferma,

Se ogni attività umana svolta nel contesto di gruppi sociali – qualunque ne sia la dimensione – si sostanzia in mutui scambi di prodotti e servizi che la società industriale ha moltiplicato in misura straordinaria, appare di tutta evidenza la peculiarità di un’attività dell’uomo nei confronti del corpo e della mente dei suoi simili, che è finalizzata all’accertamento ed al trattamento di stati di malattia. Questa peculiarità appare della massima evidenza quando si consideri l’aggressione chirurgica delle malattie, che comporta lesioni fisiche, spesso profonde e demolitive,

---

<sup>21</sup> Fatta ovviamente eccezione per quei casi particolari espressamente previsti dalla legge, come ad esempio i minori, a favore dei quali viene esercitata la patria potestà da parte dei genitori o di coloro che ne fanno le veci; gli infermi di mente ed altre situazioni alle quali, però, non ci occuperemo nel presente lavoro e rinviando alla esaustiva bibliografia giurisprudenziale facilmente reperibile sull’argomento.

inferte al paziente. Solo partendo da questa elementare constatazione si può realizzare una lettura della lunga storia della medicina e del suo presente, nel quale i benefici appaiono aver raggiunto i più alti livelli, ma i rischi, di frequente tradotti in costi personali reali, sono correlativamente elevati per numero assoluto, quota percentuale e qualità, essendo maggiori di quanti si possano riscontrare in altre attività umane a rischio, come, ad esempio, i danni connessi ai mezzi di trasporto e le malattie del lavoro. Pertanto il problema del rapporto rischi/benefici – nei singoli individui e nella società intera – stimato in base alla verifica a posteriori del rapporto costi/benefici – finisce per diventare bioeticamente cruciale implicando quello dei limiti della medicina applicata ed anche di quella sperimentale sull'uomo e, in una visione doverosamente ecologica, anche sugli animali [ibidem].

Tutto questo discorso, partito dalla definizione dell'incertezza in ambito medico e della assunzione del rischio che ad essa consegue, non vuole essere una semplicistica riduzione della complessità del reale del tipo “le cose stanno così e noi non possiamo fare altro che adeguarci”. È vero che l'incertezza è strettamente legata, connaturata, potremmo dire *embedded*, alla stessa pratica medica; è vero anche che le possibilità che si verifichino dei rischi e degli errori sono molto alte, ma questo non deve lasciare spazio all'indifferenza, alla giustificazione di fronte all'incapacità/impossibilità di fare altrimenti. Gli errori comunque accadono e i danni spesso sono irreversibili.

Occorre allora cominciare da una reale presa di coscienza da parte di tutti, professionisti da un lato e cittadini dall'altro, di quelle che sono le possibilità della medicina, ma anche i suoi limiti ed i rischi ad essa connessi. Lo stesso discorso vale ovviamente per le cosiddette medicine non convenzionali (MNC), ma affronteremo l'argomento più avanti nel testo.

#### **1.4 Errore, colpa e danno al paziente: dall'*arte della cura alla medicina difensiva***

Errore deriva da errare e rappresenta una sorta di allontanamento dal vero, di un vagare senza una luce precisa, di una scorrettezza compiuta a danno di qualcuno per colpa più o meno grave o per dolo chiaramente voluto [Cipolla 2004: 16].

Dalla attenta osservazione di questa prima definizione, vediamo come i tre termini indicati nel titolo del presente paragrafo siano intrinsecamente interconnessi: l'errore presuppone la colpa che inevitabilmente, a sua volta, implica un danno.

Oppure, invertendo il percorso, ogni qual volta ci troviamo di fronte ad un danno, indipendentemente dall'entità dello stesso, è sempre possibile ravvisare la colpa di qualcuno o di qualcosa che ha commesso o che ha provocato l'errore.

Se, come affermava il titolo di un ormai noto rapporto dell'Institute of Medicine (IOM) dedicato ai risultati della ricerca sul tema degli errori nella pratica medica e sulle loro conseguenze sui cittadini, pubblicato nel 2000, *To Err is Human*, questo è ancora più vero in ambito medico-sanitario.

Come argomentato nel paragrafo precedente, la medicina, data la sua inevitabile incertezza, rappresenta uno degli ambiti in cui la possibilità di errore è molto alta e quando l'errore si verifica e si produce un danno questo è solitamente talmente ben visibile da fare notizia. Sono molteplici da parte dei mass media le indicazioni, spesso quotidiane, del verificarsi di eventi e di azioni in ambito medico-sanitario che hanno come diretta conseguenza un effetto negativo (quando non addirittura fatale) sullo stato di salute (o sulla vita) delle persone.

Quali sono allora le reazioni dei due soggetti in relazione, professionista da un lato e paziente dall'altro, di fronte all'eventualità del verificarsi di un danno?

È cosa nota ormai che il paziente non accetta più di rivestire un ruolo passivo, anonimo e acritico nel momento in cui decide di consultare un medico o si trova nella necessità di farlo. Il medico, dal canto suo, è sempre più preoccupato della possibilità di incorrere in situazioni potenzialmente rischiose in quanto possibili portatrici o creatrici di danno e cercano di mantenere una posizione che solitamente viene definita difensiva.

Dove porta allora questa crisi di fiducia che permea di sé entrambi i soggetti della relazione? È possibile che la relazione medico-paziente abbia intrapreso una deriva che la allontanerà definitivamente dalla *mission* più profonda dell'arte medica, cioè la possibilità di aiutare chi soffre, per approdare nel mare magnum della giurisprudenza, i cui codici e norme servono sì da riferimento all'azione lecita ma rappresentano anche un importante vincolo all'azione umana nel suo complesso, che inevitabilmente trasforma il professionista in un burocrate più interessato alla propria tutela che allo stato di salute e/o malattia di chi gli sta di fronte?

Il complesso percorso evolutivo che ha accompagnato la storia della medicina in quanto *arte della cura* sfocerà inevitabilmente nella impossibilità di dialogo, di comunicazione, quindi di comprensione che caratterizza la cosiddetta "medicina difensiva", oppure sono ravvisabili strade differenti che, partendo da presupposti diversi (ad esempio una differente visione dell'uomo e del suo stato di salute/malattia) ed utilizzando approcci e pratiche non convenzionali, possono indicare la strada da intraprendere per una riqualificazione del rapporto che sta alla base della medicina e ne costituisce il fondamento e la legittimazione, vale a dire la relazione tra medico e paziente?

Cercheremo di fornire una risposta plausibile, seppur consapevoli della sua non esaustività, a tali interrogativi, affrontando dapprima una analisi delle caratteristiche del consenso informato per arrivare a vedere se, nella sua applicazione alla cosiddetta Medicina Integrata, possa in

qualche modo trasformarsi in strumento trainante per un ripensamento dell'intero modello teorico e pratico della disciplina medica nel suo complesso.

## 2. *Il Consenso informato*

### 2.1 **Che cos'è il consenso informato?**

Il tema del consenso<sup>1</sup> informato è probabilmente oggi uno degli argomenti più discussi e dibattuti in ambito medico, giuridico ed anche popolare. Non stupisce infatti che, a fronte di un crescente interesse per tutto ciò che riguarda in particolare l'attività clinica ed il rapporto interpersonale che ne sta alla base, quello tra il medico ed il paziente, numerosi siano gli interventi, i pareri ed i commenti espressi non solo da esponenti del mondo scientifico e giuridico in quanto direttamente interessati all'argomento ed alle sue implicazioni, siano esse appunto di tipo scientifico (risvolti in termini di salute o malattia, recupero dello stato di benessere, esiti negativi se non addirittura nefasti come la perdita del paziente, ...) o di carattere giuridico (individuazione delle responsabilità civili e penali della condotta del medico, tutela del paziente, libertà di scelta, libertà di autodeterminazione, diritto alla salute, ...) ma anche le argomentazioni adottate da chi non appartiene alle catego-

---

<sup>1</sup> Consenso come: «Assenso espresso in maniera più o meno razionale. Conformità manifestata nei confronti delle idee altrui. Investimento emotivo di auto che va nella stessa direzione di quello di etero. Giudizio che approva un altro giudizio. Accettazione non sempre e solo passiva. [...] Fornire la propria adesione. Manifestare il senso dell'accordo. Esprimere l'intrinseca solidarietà interna. [...] Esplicitare intenzionalmente la propria opinione favorevole. Cedere ad altri la responsabilità personale con diritto di revoca.» [Cipolla 1997: 522].

rie professionali di riferimento, medici e giuristi in primis. Si fa riferimento alla gente comune, a chi, di volta in volta, si trova a dover indossare le vesti di paziente, o eventualmente di *caregiver*, e che può di fatto trovarsi nelle condizioni di doversi confrontare con il cosiddetto consenso informato.

Ciò che si vuole sottolineare è dunque una certa trasversalità dell'interesse suscitato dall'argomento in discussione che quindi può essere osservato ed analizzato da punti di vista differenti, a seconda della disciplina di riferimento o del ruolo sociale ricoperto e agito in quel dato momento.

Al di là di quelle che possono essere le opinioni e le posizioni nei confronti del consenso informato tenteremo ora di capire che cos'è, cercando di individuare una definizione il più possibile esaustiva, ripercorrendo le tappe principali del percorso effettuato dalla sua comparsa ai giorni nostri.

Il consenso informato può essere indicato come quello specifico istituto giuridico che si pone come fondamento del processo di cambiamento, innovazione ed anche di rifondazione culturale della relazione medico-paziente. Una relazione di tipo interpersonale in cui si trovano ad interagire due soggetti, anzi due persone, il medico ed il paziente appunto, ed in cui arrivano ad incontrarsi, se non a volte e più di quanto si sia portati a pensare, a scontrarsi il principio di *autolegittimazione* del professionista ed il principio di *autodeterminazione* della persona malata. Da un lato ci troviamo di fronte al professionista chiamato a rispondere a quelli che sono i bisogni di salute della persona che ha di fronte, il quale, forte anche del titolo professionale in suo possesso, legalmente riconosciuto, attribuito dopo uno specifico percorso formativo, sente, è convinto di avere le conoscenze scientifiche adeguate per poter offrire risposte precise a determinati problemi di salute o quantomeno per far intraprendere al paziente un iter diagnostico-terapeutico efficace; dall'altro lato si trova invece il paziente, con il suo stato di sa-



lute, più o meno compromesso, che oltre a desiderare, a volte in realtà a pretendere<sup>2</sup>, risposte puntuali e risolutive è comunque titolare del diritto di libertà di scelta, che in alcuni casi può anche esternarsi come un atteggiamento negativo di vero e proprio rifiuto.

Il consenso informato allora riconosce, o almeno dovrebbe riconoscere, al paziente la possibilità di decidere liberamente ed in maniera del tutto consapevole del proprio stato di salute, in fin dei conti di tutto ciò che riguarda la propria persona. Questo diritto all'autodeterminazione del paziente, però, si scontra con la scelta e la professionalità del medico che ha, anche dal punto di vista deontologico, il dovere di prestare cure a chi ne ha bisogno senza per questo avere l'obbligo di sottostare esclusivamente alle scelte del paziente.

A questo punto possiamo domandarci che posto ricopre realmente il consenso informato nella pratica clinica quotidiana. Qual è l'atteggiamento dei medici nei suoi confronti? E quale quello dei pazienti che si sottopongono alle cure mediche, siano esse più o meno invasive, routinarie o sperimentali? La situazione appare ancora lontana da una soluzione chiara, univoca e definitiva. Sembra che, a fronte di un dibattito sempre più acceso e di un vero e proprio riconoscimento formale e giuridico dell'istituto del consenso informato, non si sia ancora consolidata una vera e propria cultura del consenso informato. Santosuosso [1996] afferma che nel nostro paese ad esempio i medici tendano ad informare meno i propri pazienti di quanto non farebbero invece in altri contesti nazionali. Ancora, sempre secondo l'Autore, sembra che in Italia sopravviva una generale tendenza da parte dei medici a giustificare il proprio operato in assenza di un esplicito consenso del paziente in nome della deontologia professionale, del dovere di memoria ippocratica di agire per il bene del paziente.

---

<sup>2</sup> Qui il riferimento esplicito è a quella figura di "paziente esigente" che Ivan Cavicchi ben descrive nel testo *La medicina della scelta*.

Da questo contrasto particolarmente intenso deriva la tendenza dei medici a considerare il consenso informato come un corpo estraneo e ostile, fonte solo di intralcio nella pratica quotidiana e di negative conseguenze sul piano della responsabilità professionale. Alla fin fine viene visto come qualcosa di cui si farebbe volentieri a meno, se non da rigettare del tutto [ivi: IX].

Come afferma il medico e studioso di storia della medicina Giorgio Cosmacini, nella Prefazione al testo di Giovanni Giacomo Pasinelli, dal titolo *Il consenso informato. Una svolta nell'etica medica* [2004],

Il **consenso** da parte dell'assistito dev'essere dato, e ottenuto dal medico, dopo l'assolvimento da parte di questi dell'impegno a un rapporto globale; non dev'esser dato e ottenuto prima, in modo burocratico, tramite un'affrettata richiesta e una altrettanto affrettata apposizione di una firma. Il **consenso informato**<sup>3</sup> è un atto etico finalizzato alla tutela dei bisogni e dei diritti dell'assistito, non all'auto-tutela di una medicina corporativa preoccupata dell'eventuale contenzioso giuridico. [ivi: 13]

## 2.2 Cenni storici

L'espressione consenso informato relativa al rapporto medico-paziente nasce negli Stati Uniti, dove nel 1957 il termine *informed consent* viene introdotto in una sentenza di tribunale durante un processo tenutosi nello stato della California, il famoso e pluricitato "caso Salgo"<sup>4</sup>, quando per la prima volta l'aggettivo *informato* viene associato al sostantivo *consenso*, sottolineando il dovere, tra l'altro non nuovo, per il medico di svelare al paziente il tipo di trattamento proposto, le sue conseguenze, i rischi connessi al trattamento stesso e le alternative possibili, in modo che il paziente, dal canto suo, sia messo nelle condizioni di prendere una decisione consapevole sulla strada da percorrere. Tale consapevolezza infatti è possibile raggiungerla esclusivamente a fronte di adeguate informazioni e spiegazioni che soltanto il professionista at-

---

<sup>3</sup> I corsivi sono della stesso Autore.

<sup>4</sup> Il "caso Salgo" riguardava l'informazione al paziente sull'eventuale rischio di paralisi conseguente all'esecuzione di un esame di aortografia trans lombare.

tento e preparato è in grado di offrire. Solo la piena comprensione di ciò che viene detto esplicitamente dal medico consente al paziente di operare una scelta, di cui resta comunque l'unico titolare, l'unico avente diritto di espressione in tal senso; ma tale diritto può essere compiutamente esercitato se, e solo se, avviene quel mutamento nell'atteggiamento del medico che trasforma il rapporto con il paziente da relazione fiduciaria di tipo paternalistico, unidirezionale nel senso che il medico, in quanto tale, sa perfettamente quale sia la strada migliore da percorrere per il cosiddetto "bene del paziente", a relazione interpersonale tra due soggetti autonomi che, seppur da posizioni e con conoscenze differenti, agiscono entrambi verso un unico scopo: il benessere della persona malata.

Ciò che il caso Salgo sottolinea con forza e che costituisce la novità rispetto al già esistente obbligo per il medico di informare il paziente sulla natura del trattamento e sulle sue conseguenze è l'affermazione che il consenso debba comunque essere informato e rimanda ovviamente al tipo di informazione che può e deve essere fornita al paziente.

Prendere il 1957 come data di nascita del *consenso informato* non significa affermare l'esistenza di un vuoto comunicativo/relazionale nel rapporto medico-paziente rispetto a tale tema relativamente al periodo precedente. Già alla fine del XVIII secolo, infatti, in ambito anglosassone J. Gregory ed il suo allievo B. Rush teorizzano la necessità e l'opportunità di informare il paziente allo scopo di trarne quello che è stato definito come un "beneficio terapeutico" [Pasinelli 2004]. In realtà, dunque, la ragione della necessità di informare il paziente non risiedeva affatto nel riconoscimento dell'autonomia del paziente e del suo diritto di autodeterminazione, quanto piuttosto nel tentativo di convincere il paziente ad accettare, grazie anche alla comprensione di ciò che il medico gli aveva detto e spiegato, la proposta diagnostico-terapeutica uniformandosi ad essa e quindi, di fatto, sottomettendosi alla professionalità del medico. Si tratta qui di sottolineare ancora una volta la asim-

metria che sta alla base della relazione medico-paziente, dove uno dei due termini della relazione, nella fattispecie il medico, si trova in una posizione di assoluta dominanza rispetto al secondo, il paziente, al quale non resta che l'obbligo, per certi versi anche morale, di accettare passivamente l'operato del medico.

Questa disparità di posizione e di importanza nella relazione ha origini antiche ed è rimasta tale per molti secoli fino ad arrivare pressoché intatta ai nostri giorni. La convinzione che comunque il medico, il cui dovere morale è quello di aiutare il paziente e di non arrecargli alcun danno, possiede tutti gli elementi per poter agire nell'esclusivo interesse del suo assistito, si ritrova già nel testo classico di medicina, il *Corpus Hippocraticum*, in cui trova espressione e, allo stesso tempo, giustificazione il diritto-dovere per il medico di non rivelare nulla al paziente riguardo alla sua condizione patologica e alle cure a cui è sottoposto in modo tale da proteggerlo da una eventuale ulteriore sofferenza che l'informazione avrebbe potuto produrre, dato che comunque il medico è il depositario della scienza medica e quindi sa esattamente quale iter percorrere per aiutare la persona sofferente e bisognosa d'aiuto.

Questo paradigma di tipo paternalistico ha profondamente influenzato la pratica medica nelle epoche successive ed anche la stesura di quei primi codici medici, apparsi durante il medioevo e l'inizio dell'epoca moderna, dove non vi era alcun reale riferimento all'autodeterminazione ed al consenso da parte dei pazienti [ibidem].

Nel 1847 l'*American Medical Association* (AMA) pubblicò il *Code of Medical Ethics*, in cui si sottolinea la necessità di informare il paziente, sostenendo però quel principio di "benevolent deception"<sup>5</sup> già introdotto da Thomas Percival nel suo *Medical Ethics* del 1803 [ibi-

---

<sup>5</sup> Con il termine di "benevolent deception" ("inganno benevolo") si fa qui riferimento alla scelta del medico che, a fronte del diritto del paziente ad essere informato sul proprio stato di salute e sul percorso di cura intrapreso, in tutta autonomia decide di svelare soltanto ciò che ritiene necessario svelare per la salvaguardia della salute del suo assistito.

dem]<sup>6</sup>. Sempre intorno alla metà del XIX secolo, ci furono medici, come W. Hooker nello stato del Connecticut e R.C. Cabot, professore di medicina dell'Università di Harvard, che, in contrapposizione al modello di “*benevolent deception*”, si adoperarono per vedere riconosciuti i diritti dei pazienti all'informazione. Ma, ancora una volta, il diritto di informazione del paziente non ha nulla a che vedere con la necessità di ottenerne il consenso preventivo al trattamento, quanto piuttosto quello di ottenere il “permesso” da parte del paziente come forma di tutela contro le possibili denunce di negligenza e cattiva pratica sempre in agguato. Alla luce di quanto argomentato, possiamo affermare che nel periodo in esame si comincia a prendere in seria considerazione l'informazione data dal medico al paziente non tanto però come espressione del riconoscimento a quest'ultimo dei suoi diritti di libertà, compreso quello di decidere autonomamente per la propria salute, quanto piuttosto come garanzia di autolegittimazione per il medico.

È a partire dal XX secolo che comincia a delinearsi una vera e propria dottrina legale del consenso in medicina anche per effetto del susseguirsi di casi che lo contemplano tra i quali il più famoso e citato è sicuramente il caso Schloendorff del 1914, dove il giudice B. Cardozo affermò che «ogni essere umano in età adulta e mente sana ha il diritto di determinare che cosa debba essere fatto con il proprio corpo» e che «un chirurgo che esegue un'operazione senza il consenso del paziente commette una violenza personale (assault) per la quale egli è incriminabile per danni. Ciò è vero eccetto che nei casi di emergenza quando il paziente è privo di coscienza e quando è necessario operare prima che il consenso sia ottenuto» [Katz 1984].

Successivamente, intorno agli anni '50 e '60, l'obbligo per il medico di ottenere il consenso preventivo del paziente viene unito all'obbligo di fornire al paziente stesso le necessarie informazioni e l'esempio e-

---

<sup>6</sup> Il *Code of Medical Ethics* è stato sottoposto a successive modifiche nel 1903, nel 1912, ma soltanto nel 1957 e, in maniera più sistematica, nel 1980 è stato introdotto il termine di *informed consent*, così come lo intendiamo oggi.

splicito di questa nuova tendenza è rappresentato dal già ricordato caso Salgo.

Nel 1960, nel caso Natason v. Kline, la suprema corte del Kansas si pronuncia a favore del principio di *autodeterminazione*, vale a dire del diritto di ciascun singolo individuo di poter scegliere in maniera autonoma e consapevole. Ai medici dunque viene fatto obbligo di mettere al corrente i pazienti relativamente ai rischi collegati al trattamento proposto ed anche in merito alle caratteristiche delle alternative eventualmente esistenti.

Nonostante questa presa di posizione dei giudici a favore del diritto di autodeterminazione del paziente, nel periodo successivo ai casi Salgo e Natason, l'atteggiamento legale e professionale non ha avuto una direzione univoca: se da un lato, infatti, poteva sembrare anacronistico non salvaguardare la libertà e il diritto di ogni persona a poter scegliere in maniera del tutto autonoma del proprio corpo e del proprio stato di salute/malattia<sup>7</sup>, dall'altro non si voleva certo andare a scalzare l'autonomia e la libertà professionale del medico. Tra i medici inoltre vi era chi non era assolutamente interessato alle procedure del consenso informato in quanto le considerava inutili e chi aveva invece cominciato a porsi il problema ma per una ragione quasi esclusivamente di carattere legale. Bisognerà aspettare gli anni '70 del XX secolo affinché i medici comincino a considerare il consenso informato non soltanto come un dovere ed un obbligo legale, ma anche e soprattutto come un dovere ed un obbligo morale [Pasinelli 2004].

---

<sup>7</sup> Ricordiamo che la libertà di scelta non è necessariamente positiva, ma può anche manifestarsi nella forma di un rifiuto ad esempio a sottoporsi ad uno specifico trattamento, oppure ad un intervento chirurgico o a quei tentativi che oggi sono accorpati sotto la denominazione di pratiche di "accanimento terapeutico".

### 2.3 Quale informazione per quale consenso? Informazione, comunicazione e consapevolezza.

Dopo aver percorso a grandi passi il processo storico di sviluppo del consenso e del consenso informato in medicina, cercheremo ora di analizzarne il contenuto e le sue caratteristiche principali.

L'informazione, dal punto di vista linguistico e comunicativo, è il passaggio di notizie da una fonte emittente ad una fonte ricevente. Non è detto che le due fonti interagiscano tra di loro, nel senso che ci sia una retroazione nel passaggio di informazioni e che si trasformi in un vero e proprio processo comunicativo che, al contrario, per essere definito tale, necessita della reciprocità che si viene ad instaurare tra gli almeno due soggetti in interazione comunicativa.

Nella *Prefazione* scritta dal medico e storico della medicina Giorgio Cosmacini al testo di Pasinelli, *Il consenso informato. Una svolta nell'etica medica* [2004], l'Autore ci propone un'interessante disamina della evoluzione del concetto di informazione nel rapporto medico-paziente. Fin dai tempi dell'antica medicina greco-romana, l'informazione è stata identificata secondo due tipi paralleli di trasmissione verbale di contenuti: da un lato, si fa riferimento al racconto verbale che il malato fa al medico del suo vissuto di malattia ; dall'altro, alla risposta che il medico elabora in virtù della speranza di guarigione del paziente. La prima, identificabile con la procedura dell'*anamnesi*, può altresì essere definita come informazione *dal* malato al medico; la seconda, chiamata *prognosi*, è invece la trasmissione di contenuti dal medico *al* malato. A questi due tipi di informazione, sottolinea sempre l'Autore, con la scoperta ed il conseguente e crescente utilizzo di nuove e sempre più sofisticate tecnologie, si è storicamente aggiunto un altro tipo di informazione, quella *sul* paziente, che tecnicamente prende il nome di *diagnosi* e che probabilmente segna e conferma in qualche

modo quel processo di allontanamento, denunciato da più parti, tra la figura del medico e quella del malato.

Aggiunge allora Cosmacini,

L'informazione **per** il malato è un altro tipo di trasmissione del messaggio: essa, non riducibile al solo consiglio, alla sola prescrizione o, peggio, a una comunicazione impersonale distante, attiene alla risposta da dare, oggi, a un interlocutore fattosi "impaziente" ed esigente<sup>8</sup> [Cosmacini 2004].

Di fronte alla nuova ed attuale presa di coscienza della propria autonomia da parte del paziente ed al proprio diritto di decidere liberamente per la propria salute, il medico non può più pensare di essere il solo depositario delle decisioni in merito al percorso diagnostico-terapeutico proposto al paziente. Il medico, infatti, ha oggi il dovere, prima di tutto morale, di informare la persona che si trova di fronte nella sua pratica clinica relativamente alle caratteristiche della patologia di riferimento, ai vantaggi e agli eventuali effetti collaterali del trattamento proposto, alle eventuali conseguenze derivanti dal rifiuto di procedere con il trattamento, fino alle alternative disponibili per quello specifico caso. Soltanto così tra il medico ed il paziente potrà instaurarsi quel rapporto di fiducia e rispetto anche delle rispettive posizioni che non può che andare a vantaggio del percorso di guarigione/benessere della persona malata. Prosegue infatti lo stesso Cosmacini affermando che

Oggi il medico deve tener nel debito conto il nuovo ruolo dell'assistito, deve tendere a un approccio che coinvolga quest'ultimo in modo globale: l'antico "stare e restare accanto" (**adsistere**) deve modificarsi nel senso di comprendere anche una corretta ed esaustiva **informazione** data all'assistito circa il suo stato di salute, circa le offerte della scienza e della tecnica a suo vantaggio, circa il tasso d'incertezza e i rischi possibili, insiti nel trattamento o nella rinuncia al trattamento. Il **consenso** da parte dell'assistito dev'essere dato, e ottenuto dal medico, dopo l'assolvimento da parte di questi dell'impegno a un rapporto globale; non dev'essere dato e ottenuto prima, in modo burocratico, tramite un'affrettata richie-

---

<sup>8</sup> Il grassetto e le virgolette sono dello stesso Autore.



sta e una altrettanto affrettata apposizione di una firma. Il **consenso informato** è un atto etico finalizzato alla tutela dei bisogni e dei diritti dell'assistito, non all'auto-tutela di una medicina corporativa preoccupata dell'eventuale contenzioso giuridico<sup>9</sup> [ibidem].

Relativamente al contenuto dell'informazione, si aprono una serie di interrogativi ai quali non è facile trovare una risposta adeguata. Che cosa significa ad esempio, come alcuni professionisti ancora oggi ritengono e ripetono, che il paziente ha il diritto ad essere informato “quanto basta”? Chi decide a cosa corrisponde esattamente il “quanto basta”? Quali sono i principi e, se vogliamo, le giustificazioni che il medico può adottare rispetto alla sua decisione di *dire, non dire, oppure dire solo parzialmente* al paziente? È ancora giustificabile oggi questo tipo di atteggiamento?

A fronte della vasta eco prodotta dal tema del *consenso informato* e nonostante un generale riconoscimento formale di tale istituto, non sembra che si sia instaurata una coerente cultura dello stesso. Osservando quanto spazio abbia il *consenso informato* nella pratica clinica quotidiana, sembra che i medici abbiano colto soltanto la parte più formale e quindi riduttiva di questo strumento. Secondo quest'ottica il consenso informato assume le sembianze di un freddo modulo che deve essere fatto compilare e sottoscrivere dal paziente, pena la possibilità di andare incontro ad esiti negativi qualora si verificassero eventi avversi durante le procedure diagnostiche, il trattamento o l'intervento a carattere invasivo.

Ma questo non è il significato profondo che il *consenso informato* sottende. Il consenso, in questo caso, non è e, di fatto, non può più essere la semplice accettazione di ciò che viene deciso altrove, da qualcun altro.

---

<sup>9</sup> Grassetto e virgolette dell'Autore.

Come afferma Pasinelli,

L'informazione non è uno strumento per ottenere "assenso". Non è un mero dato di conoscenza utile e funzionale, fornito attraverso moduli incomprensibili. È base preliminare, semplice "presupposto" di una relazione duale effettiva, nella quale uno (il medico che sa e propone) coinvolge l'altro (il paziente che ha bisogni e aspettative) [2004: 64] .

Ed ancora, specificando meglio la natura della comunicazione e del rapporto medico-paziente, aggiunge

Nel consenso informato l'atto informativo si deve inserire in una dimensione comunicativa. Nell'informazione la partecipazione è assente e il messaggio (verbale) unidirezionale tra emittente e ricevente può essere vero o falso, completo o parziale. Nella comunicazione vi è partecipazione emotiva e il messaggio (verbale e non verbale) che viene scambiato tra due o più persone è bidirezionale, rassicurante o preoccupante, accogliente o rifiutante. La comunicazione è molto più ricca di una "trasmissione di messaggi" ed è presente in ogni contesto in cui ha luogo un'interazione.

L'informazione, la comunicazione e la relazione dovrebbero essere contenute una nell'altra: l'informazione nella comunicazione e, questa, nella relazione. La presenza di tutte e tre dovrebbe caratterizzare il rapporto medico-paziente [ibidem].

### 3. Le medicine “non convenzionali”<sup>1</sup> e il consenso informato

#### 3.1 L’universo delle medicine non convenzionali (MNC)

Nel capitolo introduttivo di questo lavoro abbiamo cercato di illustrare il più ampio quadro di riferimento storico, sociale e culturale in cui si sono progressivamente diffuse (come abbiamo visto con alterne vicen-

---

<sup>1</sup> Abbiamo scelto di utilizzare e mantenere costante nel testo, a rischio anche forse di una certa ridondanza, la definizione di *medicine non convenzionali* in quanto, in accordo anche con il pensiero di vari autori che si sono espressi sul tema [Colombo e Rebughini 2003 e 2006; Giarelli 2003 e 2005; Giarelli *et al.* 2007], ci è sembrata più appropriata e meno specificatamente connotata, certamente espressione di una posizione più neutrale rispetto agli aggettivi *alternative* e *complementari*, per indicare un insieme di paradigmi di cura estremamente varia e differenziata. In questo discostandoci dalla definizione utilizzata ad esempio dal Comitato Nazionale per la Bioetica che, in un suo documento relativo ad una profonda ed articolata riflessione sugli scopi e sui limiti della medicina, affronta anche il tema di quelle che chiama *Medicine o Pratiche di Cura Alternative*: «La denominazione *Medicine Alternative* viene tuttavia considerata più valida dagli studiosi i quali ritengono non appropriato definire la *Medicina Scientifica* “convenzionale” perché ciò potrebbe indurre all’erronea idea che essa sia frutto di un accordo tra coloro che la praticano definendone le regole. Pertanto il definire le *Medicine Alternative* come “non convenzionali” potrebbe ridurre la loro differenza rispetto a quelle scientifiche ad una semplice scelta soggettiva, il che impedirebbe di invocare il noto principio di falsificabilità di Popper quale elemento di demarcazione tra scienza e pseudo-scienza. Neppure viene accettato il requisito della complementarietà. [...] Esse si presentano come un’eterogenea costellazione di sistemi dottrinali e di rimedi a sé stanti che, per vari motivi ed in misura diversa da paese a paese, non hanno una adeguata legittimazione da parte delle istituzioni pubbliche preposte al settore sanitario. Ciononostante, milioni di persone, anche di buon livello culturale, le guardano con favore ed interesse e non si può ritenere che lo facciano solo perché si ritengono deluse da altre soluzioni o perché convinte della loro efficacia. Le *Medicine Alternative* si confrontano con la medicina ufficiale, detta anche scientifica, ortodossa, occidentale o, più semplicemente “la medicina”, che è una costellazione di dottrine e rimedi ugualmente eterogenea, ma basata sempre più su presupposti, e su rigorose verifiche, attuate con criteri scientifici, sia dei successi ottenuti, sia degli insuccessi. Allo stato attuale non si può porre in discussione la constatazione che i progressi della medicina sono esclusivamente dovuti alla *Medicina Scientifica*, mentre le *Medicine Alternative* rappresentano un’area essenzialmente statica. » [CNB 2001].

de) le cosiddette medicine non convenzionali. Prima di procedere però e addentrarci in quello che rappresenta il cuore di questa analisi relativa alla diffusione delle MNC nella società contemporanea ma soprattutto a quelle che possono essere considerate le potenzialità ed anche i limiti di un approccio medico integrato, letto a partire dalla relazione con il paziente ed in particolare all'uso del consenso informato come strumento di tutela del cittadino e come punto di partenza di quel percorso particolarmente significativo, in quanto ricco di attese, speranze, significati appunto, sia da parte del medico sia da parte del paziente, di *partnership terapeutica*, è necessario definire ciò di cui stiamo parlando.

A che cosa ci riferiamo esattamente quando parliamo di «medicine non convenzionali»? La risposta non è affatto così semplice o così immediata come potrebbe sembrare. Quello delle cosiddette *medicine non convenzionali* costituisce un universo variegato dai confini non ben definiti e delineati che, a seconda del sistema di riferimento/osservazione, assumono dimensioni e caratteristiche differenti.

Se per un determinato fenomeno sociale è difficile trovare una definizione univoca, si tratta già di un preciso indicatore non solo di complessità semantica e strutturale ma anche, probabilmente, di una pluralità di valenze soggettive ad esso attribuite. [...] Quando gli aggettivi sovrabbondano rivelano il tentativo più o meno manifesto di chi li utilizza di voler imporre la propria definizione del fenomeno, spesso più ideologica che reale: chi le chiama “medicine naturali” o “dolci” intende sottolinearne la presunta valenza non iatrogena, meno rischiosa rispetto alla medicina ufficiale; chi preferisce definirle “olistiche” sembra scordarsi che, forse, non tutte poi lo sono davvero e, soprattutto, che almeno una parte della medicina di origine biomedica ormai si considera tale; chi utilizza l'espressione “non scientifiche” tradisce il proprio intento derogatorio e l'assunzione etnocentrica che la biomedicina costituisca l'unica forma possibile di medicina scientifica nelle società tardoindustriali [Giarelli 2007: 13-14].

Quelle che qui vengono definite MNC sono da sempre parte integrante del patrimonio culturale della generale pratica di cura variamente utilizzata dall'uomo per recuperare o migliorare il proprio stato di salute. Ci sono state ovviamente nel corso del tempo molte e più o meno profonde trasformazioni all'interno dei vari sistemi di cura, dei differenti paradigmi di riferimento e nell'ambito delle metodologie e delle tecniche utilizzate, ma possiamo affermare che:

Le medicine considerabili come non convenzionali, o comunque parallele alla medicina ufficialmente riconosciuta, sono dunque sempre esistite e l'emergere della loro visibilità e del loro successo commerciale, non può essere considerato in sé come una caratteristica specifica del nostro tempo, ma piuttosto come una generica relazione tra medicina ufficiale e medicina «altra» che si è storicamente riprodotta in forme diverse nel corso dell'evoluzione della scienza medica [Colombo e Rebughini 2003: 74-75].

La ormai vasta letteratura di riferimento indica l'esistenza di almeno tre differenti definizioni convenzionalmente riconosciute sia a livello nazionale sia a livello internazionale.

La prima è quella di “*Complementary and Alternative Medicine*” (CAM), utilizzata per la prima volta nel 1997 durante la Conferenza dell'*Office of Alternative Medicine* statunitense<sup>2</sup> e che indica:

La Medicina Complementare e Alternativa (CAM) costituisce un esteso ambito di risorse per la guarigione che abbraccia tutti i sistemi sanitari, le modalità e le pratiche e le teorie e le credenze ad esse relative, considerati altri rispetto a quelli intrinseci al sistema sanitario politicamente dominante in una particolare società o cultura in un dato periodo storico [O'Connor 1997: 50].

Secondo Giarelli, che riporta e commenta tale definizione [2007: 14], in realtà essa non è completamente adeguata a rappresentare com-

---

<sup>2</sup> Si tratta di un ente di ricerca al quale il governo statunitense ha assegnato il compito di studiare la realtà delle MNC. Nel 1998 l'Office è divenuto il *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) e parte integrante dei *National Institutes of Health* di Bethesda.

piutamente l'universo delle MNC per almeno due ragioni principali: da un lato, parlando di sistemi "altri" sembra fare riferimento prevalentemente a quei modelli e quelle pratiche che si pongono in alternativa al paradigma dominante all'interno di una determinata cultura e società, tralasciando in realtà le caratteristiche di complementarità che, di fatto, spesso assumono; dall'altro, la definizione "Medicina Complementare e Alternativa", sottolineando il carattere singolare della definizione stessa, racchiude un indistinto insieme di pratiche e discipline il cui unico tratto distintivo sembra essere semplicemente l'esclusione dall'ambito della medicina allopatrica.

La seconda definizione è quella di "*Medicina Tradizionale*" utilizzata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità:

La Medicina Tradizionale ha una lunga storia. Rappresenta la somma totale del sapere, delle abilità e delle pratiche basate su teorie, credenze ed esperienze indigene alle differenti culture, sia esplicabili che non, utilizzate per il mantenimento della salute come pure per la prevenzione, la diagnosi, il miglioramento o il trattamento delle malattie fisiche o mentali [WHO 2000: 4].

Il problema relativo a questa seconda definizione, ci suggerisce sempre Giarelli, nonostante essa possa essere facilmente adattata alla maggior parte delle medicine "altre" non occidentali, in realtà la sua applicazione risulta alquanto ambigua nel contesto occidentale, dove tra le pratiche "indigene" potrebbe essere inclusa anche la stessa biomedicina<sup>3</sup> [Giarelli 2007: 15].

La terza definizione è quella di "*Medicine Non Convenzionali*" (MNC) che ormai viene prevalentemente usata nel contesto europeo<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> Non a caso, infatti, molto spesso proprio la biomedicina viene definita, soprattutto in ambito occidentale, "medicina tradizionale", nel senso di medicina di uso comune e convenzionale.

<sup>4</sup> Si vedano, ad esempio, le deliberazioni del Parlamento Europeo in materia – Risoluzione n. 75/1997 – e del Consiglio d'Europa – Risoluzione n. 1206/1999. Nel nostro paese è la definizione riportata nel Documento di Terni della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, Chirurghi e Odontoiatri [FNOMCeO 2002] ed inoltre è stata ripresa nel Documento costitutivo e nella stessa denominazione del Co-

Come afferma lo stesso Autore, questa definizione è preferibile alle altre utilizzate perché:

è quella che appare meno carica di valenze ideologiche sia positive che negative e, quindi, più scientificamente neutrale; ha il pregio di ricordare, per converso, il carattere convenzionale della ortodossia medica ufficiale e del suo processo storico di legittimazione; definisce in modo dinamico e relativo una serie di medicine la cui identità non può che essere indicata in maniera negativa rispetto alla medicina convenzionale. Si tratta infatti di medicine *al momento* escluse dall'organizzazione formale dei servizi sanitari e dall'insegnamento delle facoltà di Medicina e, in questo senso, il "non convenzionale" è sinonimo di "non ortodosso" e di "altre" rispetto all'identità della biomedicina [ibidem].

Oltre alle difficoltà descritte nel ricercare una definizione universalmente accettata e valida per indicare il variegato mondo delle MNC, non meno arduo appare il compito di tentare una qualsiasi categorizzazione di tutte le discipline e pratiche che appartengono a questo universo polimorfo. Individuare delle categorie non significa necessariamente voler a tutti i costi sistemare e inquadrare tutte queste diverse pratiche in un rigido schematismo fatto di confini netti ed invalicabili, quanto piuttosto un tentativo di fare un po' d'ordine nella varietà e molteplicità della realtà delle MNC con l'obiettivo di analizzarne in maniera articolata e sistematica le principali caratteristiche, gli elementi che ne influenzano la domanda e l'offerta, la loro posizione rispetto al paradigma biomedico, il posto occupato all'interno della società.

Pienamente consapevoli dunque, dei rischi e dei limiti connessi a qualsiasi proposta di individuazione di tipi, categorie o classi di appartenenza, convinti del fatto che comunque qualsiasi tentativo di sintesi classificatoria è una mera riduzione di complessità del reale, che in quanto tale rifugge da ogni tipo di standardizzazione, di etichetta, ciò non ci esime dalla possibilità di tentare almeno una lettura, se non esaustiva almeno adeguata, della realtà che ci circonda.

---

mitato di Consenso e di Coordinamento delle MNC in Italia, che è stato istituito a Bologna nell'ottobre 2003.

Il *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) definisce quelle che chiama *Complementary and Alternative Medicine* (CAM) come

un insieme di differenti sistemi medici e di cura, di pratiche e prodotti che attualmente non sono considerati parte della medicina convenzionale. La medicina convenzionale è la medicina così come viene praticata da chi possiede il titolo di M.D. (dottore in medicina) o di D.O. (dottore di osteopatia) e dagli altri professionisti della salute che collaborano con loro, come ad esempio terapisti fisici, psicologi ed infermieri registrati [il riferimento è ovviamente agli USA, *NdA*]. Alcuni professionisti praticano sia le CAM sia la medicina convenzionale. Mentre esistono alcune evidenze scientifiche riguardanti alcune terapie di CAM, per la maggior parte di loro restano interrogativi per i quali non è ancora stata trovata una risposta attraverso studi scientifici di rilievo – interrogativi che riguardano il grado di sicurezza di queste terapie e la loro possibilità di intervenire positivamente sulle malattie o sulle condizioni mediche per le quali sono utilizzate [NCCAM 2007].

E propone una distinzione tra cinque categorie di CAM (*Complementary and Alternative Medicine*) [ibidem]:

- i sistemi di medicina alternativa (*Whole Medical Systems*): si tratta di sistemi completi di teorie e pratiche che si sono sviluppate in maniera del tutto indipendente oppure parallela alla medicina allopatrica convenzionale. In molti casi si tratta di sistemi tradizionali di medicina che vengono praticati da specifiche culture nel mondo. Tra i maggiori sistemi medici orientali troviamo la Medicina Tradizionale Cinese (MTC)<sup>5</sup> e la Medicina Ayurvedica in-

---

<sup>5</sup> La *Medicina Tradizionale Cinese* (MTC) è un complesso sistema di cura integrale che può essere fatto risalire al periodo intorno al II secolo a.C. e si sviluppa in particolare tra il II-III secolo a.C. Secondo l'approccio della MTC, il corpo è un delicato equilibrio tra due forze opposte ed allo stesso tempo inseparabili: *Yin* e *Yang*, le due manifestazioni dell'universo. *Yin* rappresenta il freddo, la lentezza, l'umidità, il principio passivo; è associato all'essere femminile, al buio della notte ed alla luna. *Yang*, al contrario, è il caldo, il movimento, il principio attivo; è associato all'essere maschile, alla luce del giorno ed al sole.

La salute dunque deriva dal mantenimento del corpo in uno stato di equilibrio tra questi due principi; mentre la malattia è evidentemente causata da uno squilibrio interno di *Yin* e *Yang*. Questa disarmonia porta ad un blocco del flusso dell'*energia vi-*



diana<sup>6</sup>. Tra quelli occidentali troviamo invece l'Omeopatia<sup>7</sup> e la Naturopatia<sup>8</sup>;

- la medicina mente-corpo (*Mind-Body Medicine*): è quella disciplina che si concentra sulle interazioni esistenti tra cervello, mente, corpo e comportamento ed anche sugli effetti attraverso i quali i fattori emotivi, mentali, sociali, spirituali e comportamentali possono esercitare un'influenza diretta sullo stato di salu-

---

*tale (qi)* e del sangue lungo alcuni canali chiamati *meridiani*. Gli operatori di MTC, attraverso particolari modalità diagnostiche modellate sulle caratteristiche personali dei pazienti, generalmente utilizzano erbe e tecniche quali l'agopuntura ed il massaggio per aiutare a sbloccare il *qi* ed il sangue nel corpo delle persone sofferenti per ricondurlo ad uno stato di benessere ed armonia.

<sup>6</sup> Il significato letterale del termine *Ayurveda* è "scienza della vita". La Medicina Ayurvedica si presenta come un sistema di cura comprensivo che pone sullo stesso piano il corpo, i sensi, la mente e lo spirito. Il suo obiettivo principale è quello di riportare l'individuo al suo innato e naturale stato di benessere e armonia. I trattamenti ayurvedici comprendono una specifica dieta, prodotti a base di erbe, esercizio fisico, meditazione, massaggi, esposizione alla luce solare e tecniche di controllo del respiro, *yoga*.

<sup>7</sup> L'Omeopatia (dal greco *hómoios* = simile e *pathos* = malattia, da cui deriva *malattia simile*) è un sistema integrato di teoria e pratica ideato dal medico e chimico tedesco, di Lipsia, Christian Friedrich Samuel Hahnemann (1755-1843) e fondato appunto sulla "legge dei simili" (*similia similibus curantur*) e su quello delle diluizioni infinitesimali sottoposte a dinamizzazioni. L'idea di fondo infatti è che ogni malattia può essere curata attraverso l'uso in forma ultramolecolare ed dinamizzata la sostanza che, sperimentata sull'individuo sano, è in grado di provocare una patologia simile e sintomi simili.

Secondo la Medicina Omeopatica la malattia è una alterazione dello stato di salute della persona, coinvolta in tutto il suo essere, che si manifesta attraverso sintomi fisici e mentali peculiari ad ogni persona.. Non esiste, secondo questa impostazione, un rimedio uguale per tutti in quanto non esiste una unica manifestazione di malattia. Ogni terapia proposta e adottata dal medico omeopata è completamente personalizzata e adattata al paziente.

<sup>8</sup> La *Naturopatia* è un sistema di cura che nasce in Europa durante il secolo XIX. Si tratta di una disciplina che studia le alterazioni di carattere psicobiologico in senso bioenergetico partendo dalla considerazione in senso solistico e globale del paziente e della patologia. Secondo questa impostazione, la malattia viene considerata come il risultato di una alterazione dell'equilibrio causato dall'azione e dalla combinazione di differenti agenti che vanno dall'inquinamento ambientale, allo stress, alle intolleranze alimentari fino agli errati stili di vita tipici delle società industrializzate dell'Occidente. È possibile ripristinare lo stato di equilibrio attraverso l'uso di tecniche e trattamenti naturali, dolci, non invasivi.

La filosofia che sta alla base della Naturopatia riconosce il primato curativo della natura e l'innata capacità del corpo e dell'essere umano di tornare da sé allo stato di equilibrio, una volta rimosse le cause che ne impediscono il processo di autoguarigione. La componente essenziale dell'attività del naturopata è dunque anche quella di educare il paziente, ma anche le persone "sane", che non presentano particolari disturbi, alla salute ed al benessere, aiutando e promuovendo la assunzione da parte del soggetto della piena responsabilità nei confronti dello stile di vita adottato.

te/malattia. Questo tipo di approccio tende a rispettare e sviluppare le capacità di conoscenza di sé e di autocura di ciascun individuo attraverso l'utilizzo di tecniche di rilassamento, l'ipnosi, il *biofeedback*, il *tai chi*, il *qi gong*, lo *yoga* e la meditazione, per citarne alcuni;

- le pratiche a base biologica (*Biologically Based Practices*): che comprendono una serie eterogenea di pratiche, interventi e prodotti come diete speciali, fitoterapia, terapie ortomolecolari (concentrati chimici di vitamine, magnesio e melatonina, ad esempio) e biologiche (come la cartilagine di squalo ed il polline d'api);
- le pratiche manipolative e basate sul corpo (*Manipulative and Body-Based Practices*): si tratta di un insieme composito ed eterogeneo di pratiche e terapie che comprendono Chiropratica<sup>9</sup> e Osteopatia<sup>10</sup>, il massaggio terapeutico, *Tui Na*, la Riflessologia, il

---

<sup>9</sup> Il termine *Chiropratica* (dal greco *cheir* = mano e *praktikós* = che agisce, da cui "agire con le mani") indica una tecnica di manipolazione della colonna vertebrale. La manipolazione della schiena è una tecnica antica di cui si trova traccia presso tutte le civiltà: Ippocrate di Còs, nel 400 a.C. insegnava rachiterapia, cioè la manipolazione della colonna vertebrale. Bisognerà aspettare però il XIX secolo per trovare un fondamento scientifico a tali tecniche di tipo tradizionale, grazie alle intuizioni dello studioso statunitense Daniel David Palmer (1845-1913), che nel 1898 istituì il Palmer College of Chiropractic nella città di Davenport, nello stato dell'Iowa, per diffondere le sue idee e la sua tecnica e formare dunque nuovi terapeuti.

Secondo questa disciplina, ognuno di noi ha una "intelligenza innata" in grado di mantenere il corpo in buona salute. Nella maggior parte dei casi, lo stato di malattia si sviluppa a causa di impedimenti del flusso degli impulsi nervosi che procedono dal cervello al resto del corpo determinati da "sublussazioni" spinali. Queste vengono oggi definite come «un complesso di mutamenti articolari funzionali e/o strutturali e/o patologici che compromettono il sistema nervoso e può influenzare il sistema degli organi e la salute generale» [Giarelli 2005: 297]. Il chiropratico quindi, attraverso una pressione manuale specifica, procede alla mobilizzazione rapida, breve e controllata di un'articolazione ritenuta sublussata o fuori asse con lo scopo di correggere il mal-funzionamento spinale, eliminando ogni interferenza e portando come risultato forza, vitalità ed infine guarigione.

<sup>10</sup> Il termine *Osteopatia* (dal greco *ostéon* = osso e *pathos* = sofferenza) fu introdotto da Andrew Taylor Still (1828-1917) ad indicare un nuovo sistema di cura da lui stesso ideato e ondato sulla credenza in un sistema innato di autoguarigione che l'osteopata ha il compito di stimolare. È il sistema muscolo-scheletrico l'asse portante del corpo e della corretta funzionalità di tutti gli altri sistemi. Diverse sono le tecniche utilizzate dagli osteopati per riportare il corpo in equilibrio: «fra queste, la manipolazione dei tessuti molli (è una forma di massaggio che può essere superficiale o profondo, veloce o lento, in base a ciò che il terapeuta sente sotto le mani). Si usa questa tecnica quando il problema ha origini muscolari (e come preparazione per altri tratta-

Rolfing, il Metodo Feldenkrais, la Tecnica di Alexander ed altri, che hanno come comune denominatore l'attenzione alle strutture ed ai sistemi del corpo umano, incluse ossa ed articolazioni, i tessuti molli ed i sistemi circolatorio e linfatico.

- le terapie energetiche (*Energy Medicine*): che comprendono pratiche che pongono al centro dell'attenzione i campi energetici, che sono essenzialmente di due tipi. Da un lato i campi energetici che possono essere misurati e «che utilizzano vibrazioni meccaniche (come ad esempio il suono) e forze elettromagnetiche, incluse la luce visibile, il magnetismo, la radiazione monocromatica (come ad esempio i fasci laser) e raggi provenienti da altre parti dello spettro elettromagnetico. Esse comprendono l'uso di specifiche e misurabili lunghezze d'onda e frequenze per trattare i pazienti.» [ibidem]. Dall'altro i cosiddetti "biocampi", che si fondano sull'idea che gli essere umani siano costituiti anche di una sottile forma di energia, che assume nomi diversi a seconda della cultura di riferimento: è il *qi* della MTC, il *ki* giapponese, i *doshas* della Medicina Ayurvedica, *mana*, *prana*, risonanza omeopatica, solo per citare alcuni esempi. Gli operatori di queste discipline affermano l'esistenza di tale forza vitale che attraverserebbe il corpo di ogni essere umano, anche se non è mai stato possibile

---

menti), le tecniche articolatorie (per aumentare la flessibilità di muscoli e altri tessuti molli e per favorire la libertà di movimento, in quanto inducono il movimento passivo delle articolazioni), le tecniche ad alta velocità (sono le manipolazioni con spinte rapide e repentine che vengono usate soprattutto sulla colonna vertebrale, ma anche sulle articolazioni periferiche), le tecniche di energia muscolare (vengono utilizzate per aumentare il raggio di movimento di un'articolazione) e, infine, le tecniche di rilascio (esse sono simili alle precedenti, tranne che qui paziente rimane passivo e tenta di rilassarsi completamente). La sua filosofia, dunque, parte dal concetto base secondo il quale, affinché un sistema di cura sia completo, omnicomprensivo, deve andare oltre la funzione di curare sindromi o di rimuovere organi malati. L'interesse maggiore è rivolto alla integrità del sistema nervoso perchè esso coordina e integra tutte le funzioni principali del corpo in risposta a modificazioni interne ed esterne. Struttura e funzione nel corpo umano sono interdipendenti, quindi l'osteopatia non si occupa esclusivamente della spina dorsale, ma di tutte le parti dell'organismo, specie della mobilità della gabbia toracica e dei diaframmi toracico e pelvico, motivo frequente di molte turbe respiratorie e digestive.» [Giarelli 2005: 289].

misurarla attraverso i normali strumenti a disposizione dei ricercatori.

Dato che questa classificazione è nata e viene utilizzata negli USA con uno scopo specifico, vale a dire quello di assegnazione dei fondi che il NCCAM stanziava per la ricerca scientifica e la sperimentazione delle diverse MNC, risulta di scarsa utilità per una lettura articolata dell'insieme delle caratteristiche delle differenti MNC.

Un altro tentativo di classificazione è quello adottato dalla *House of Lords* britannica che, muovendo da una logica fondata sul grado di standardizzazione e di istituzionalizzazione professionale di ciascuna disciplina considerata, propone una tripartizione a partire dalla quale imposta poi le sue raccomandazioni relative all'uso/domanda di tali discipline e delle pratiche ad esse correlate (Fig.1).

Il primo gruppo così individuato riguarda le *terapie alternative organizzate professionalmente*, in quanto già professionalizzate (Chiropratica e Osteopatia) oppure in fase di prossima professionalizzazione (Agopuntura, Fitoterapia e Omeopatia). Il secondo gruppo comprende le *terapie complementari*, vale a dire un insieme composito e variegato che va dalla Tecnica di Alexander, ai Fiori di Bach, allo Shiatsu per arrivare fino allo Yoga, passando attraverso altre pratiche più o meno distanti tra loro e per le quali la Camera dei Lords si limita a raccomandare il rispetto per standard minimi di qualità, come del resto per qualsiasi altra attività medica.

Infine il gruppo delle cosiddette *discipline alternative*, che è a sua volta suddiviso in due sottogruppi: da un lato, troviamo i "sistemi di assistenza sanitaria di antica tradizione" (Medicina Antroposofica, Medicina Ayurvedica, Medicina erboristica cinese, Medicina orientale *Tibb*, Naturopatia e Medicina Tradizionale Cinese); dall'altro, le "altre discipline alternative" (Cristalloterapia, Iridologia, Kinesiologia, Radionica). Le discipline e le pratiche appartenenti a questi due sottogruppi sono quelle considerate più "lontane" rispetto alla biomedicina, mag-

giormente caratterizzate dall'alterità rispetto al paradigma scientifico dominante e per le quali la Camera dei Lords chiede comunque la introduzione di forme di autoregolamentazione professionale.

*Fig.. 1 – La classificazione delle medicine complementari e alternative proposta dalla House of Lords*

---

<i>Gruppo 1: Terapie alternative organizzate professionalmente</i>	Agopuntura Chiropratica Fitoterapia Omeopatia Osteopatia
<i>Gruppo 2: Terapie complementari</i>	Tecnica di Alexander Aromaterapia Fiori di Bach Massaggi e altre terapie del corpo Terapia dello stress con counselling Ipnositerapia Meditazione Riflessologia Shiatsu Guarigione Medicina Ayurvedica Maharishi Medicina Nutrizionale Yoga
<i>Gruppo 3: Discipline alternative</i>	<i>3a: Sistemi di assistenza sanitaria di antica tradizione</i> Medicina antroposofica Medicina ayurvedica Medicina erboristica cinese Medicina orientale ( <i>Tibb</i> ) Naturopatia Medicina tradizionale cinese  <i>3b: Altre discipline alternative</i> Cristalloterapia Iridologia Kinesiologia Radionica

---

*Fonte:* House of Lords Select Committee on Science and Technology 2000, in Giarelli [2005: 32]

Anche questa seconda classificazione, però, non sembra apportare un aiuto significativo per un'analisi approfondita delle differenti caratteristiche delle MNC.

Dopo aver passato in rassegna le classificazioni utilizzate al livello internazionale, consideriamo un più utile tentativo in questo senso effettuato da Colombo e Rebughini in occasione di una recente indagine sulla diffusione delle MNC in Italia [2003]. I due Autori<sup>11</sup> utilizzano due criteri principali di distinzione del complesso mondo delle MNC: il primo è quello dell'origine culturale ed il secondo è quello delle caratteristiche empiriche della terapia. A partire dal primo principio, essi fanno una distinzione tra il "paradigma orientale" (Medicina Tradizionale Cinese – MTC – Medicina Ayurvedica, Medicina Tibetana) e la "medicina occidentale non allopatica"<sup>12</sup> (Erboristeria, Fitoterapia, Omeopatia).

In base al secondo principio, distinguono tra:

- le "pratiche mediche magico-carismatiche" (che comprendono le attività svolte da sciamani, guaritori, pranoterapeuti, guide spirituali,...): si tratta di tutte quelle attività che, pur se con origini e peculiarità differenti, condividono l'interesse e l'attenzione per il

---

<sup>11</sup> Che definiscono «[...] l'universo delle medicine non convenzionali [...] come un insieme estremamente eterogeneo di pratiche con tradizioni e tecniche molto differenti, accomunate dall'approccio olistico e da un'attenzione particolare per l'individualità del paziente, nonché per le caratteristiche della relazione tra quest'ultimo e il terapeuta.

Al fine di rendere intelligibile questo universo di pratiche in continua evoluzione e di comprendere che cosa contiene, è necessario proseguire costruendo categorie e tipologie, tenendo conto che non si tratta di confini definiti e che ciascuna pratica può far parte o sconfinare in più di una categoria» [ivi: 91].

<sup>12</sup> «Contemporaneamente alla medicina meccanicistica biomedica si sono quindi affermate altre pratiche mediche che in parte recuperavano, riorganizzandole, le cure tradizionali e in parte proponevano principi nuovi, contrari alla nascente chimica, e ispirati invece alle filosofie naturaliste dell'epoca inaugurate da Rousseau e da Goethe. Nel XVIII secolo nascono e si sviluppano dunque due binari paralleli della medicina occidentale quello, trionfante, della medicina biomedica allopatica e quello, condannato a rimanere minoritario, della medicina non allopatica rappresentata innanzi tutto dall'omeopatia e dalla naturopatia. La medicina non allopatica si basa su principi olistici simili a quelli della medicina orientale, sull'idea che l'organismo umano possiede le energie e le risorse necessarie per reagire autonomamente alla malattia, e sull'idea filosofica che la natura è "buona" e che tutto ciò che proviene integro dalla natura (non trasformato o contaminato dalla chimica) può esserci di valido aiuto. [...] La medicina non allopatica costituisce insomma un binario parallelo rispetto alla medicina biochimica che sta acquistando una crescente visibilità e un evidente successo di pubblico, molto spesso caratterizzato da un certo "fai da te" e da un atteggiamento curioso e sperimentale» [ivi: 97-100].

soprannaturale, la presenza e l'uso di forze ed energie di cui comunque non si riesce a dare una spiegazione<sup>13</sup>;

- il “Bodywork”, che include le pratiche manipolatorie e di lavoro sul corpo (Chiropratica, Osteopatia, Rolfing, Tecniche cranio-sacrali, Shiatsu) e le tecniche di lavoro autonomo sul corpo (ginnastiche psicosomatiche, Metodo Feldenkrais, Yoga, Bioenergetica, Tai Chi). Si tratta di un insieme di pratiche corporee, che si rifanno ad antiche tradizioni orientali, cinesi o indiane, oppure ad “invenzioni” occidentali più recenti e che sono accomunate da un’attiva e consapevole partecipazione o azione individuale ed autonoma del paziente in cui l’attenzione è posta principalmente sulla consapevolezza del proprio corpo:

La guarigione viene ottenuta attraverso un’azione e un lavoro fisico sul corpo, attuato in prima persona o con l’aiuto di un terapeuta a cui è richiesta una specifica abilità manuale [ivi: 102].

- le “terapie al confine tra cura del corpo e cura della mente” (Aromaterapia, Cromoterapia, Fiori di Bach e Musicoterapia, tutte pratiche con una forte componente psicologica)<sup>14</sup>.

---

<sup>13</sup> Gli operatori che, a vario titolo, svolgono le differenti attività che possono essere riconducibili all’etichetta di “pratiche mediche magico-carismatiche”, sono solitamente depositari di un sapere e di conoscenze di cui non offrono mai una spiegazione di tipo razionale: «Il guaritore, lo sciamano o il pranoterapeuta possiede un suo sapere, rivendica abilità particolari, ma non fornisce spiegazioni o giustificazioni specifiche alle sue capacità. È proprio questo alone di mistero, questo riferimento implicito al soprannaturale, che attira il potenziale paziente, il quale può giungere con le motivazioni più diverse, con una sua speciale fiducia nei confronti di questo tipo di pratiche o, più spesso, dopo essere stato deluso o disilluso dai risultati della medicina biomedica o dalla stessa medicina non convenzionale» [ivi:101].

<sup>14</sup> «Chiave di volta di tutto questo sistema è, ancora una volta, la *responsabilità individuale*, ognuno è responsabile della propria crescita, psichica e spirituale, così come del proprio benessere somatico. A questo scopo diventa indispensabile l’acquisizione della “saggezza”, intesa non solo come felicità, serenità emozionale e pace interiore, ma anche come una coscienza di sé, un’auto-coscienza che significa anche acquisizione di potere, di controllo sulle proprie scelte di vita e sul proprio contesto sociale» [ivi: 107].

I due Autori aggiungono inoltre una ulteriore categoria che riguarda quelli che vengono considerati come tentativi di sintesi culturale e terapeutica (Antroposofia<sup>15</sup>, Naturopatia e Psicosomatica).

Secondo quanto argomentato da Giarelli [2005 e 2007], per dare conto di tutte le complesse ed articolate relazioni di interconnessione esistenti all'interno del variegato mondo delle MNC, bisognerebbe andare oltre la semplice e semplicistica dicotomia, di matrice etnocentrica, tra convenzionale e non convenzionale ed uscire quindi dagli angusti confini classificatori tra ciò che è e ciò che non è biomedicina. Per fare questo l'Autore propone una nuova lettura del fenomeno attraverso un approccio pluralista di analisi dei sistemi sanitari che trae spunto dal modello proposto da Kleinman all'inizio degli anni '80<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> «La Medicina Antroposofica, intesa come ampliamento della medicina convenzionale, ha la sua origine storica nella Sezione di Medicina Antroposofica della Libera Università di Scienza dello Spirito, fondata a Dornach in Svizzera nel 1923-24. Venne inaugurata dal Dott. Rudolf Steiner in collaborazione con la Dott.ssa Ita Wegman e con altri medici [...]ciò la Medicina Antroposofica elabora mezzi diagnostici e terapeutici entro il tessuto storico ed istituzionale della medicina occidentale. Perciò opera in modo da rispettare:

- la dignità individuale e l'unicità del paziente ed il suo ruolo attivo nella relazione col medico, già nella sua scelta;
- l'idea che il senso della malattia interseca più orizzonti, da quello biografico a quello comunitario ed epocale, e non è solo un evento casuale od ostile;
- l'idea che tra esseri della natura ed esseri umani vi è un nesso che non solo spiega l'azione dei farmaci sull'uomo, in quanto hanno una stessa origine e un'evoluzione parallela, ma anche l'azione delle forze morali su quelle naturali, forze morali a cui è affidato il futuro» [Buccheri 2007: 271].

<sup>16</sup> Kleinman individua tre sfere principali all'interno di un sistema sanitario:

- la *sfera popolare*, che comprende tutti i saperi e le pratiche non professionali, non specialistiche, profane, adottate su base individuale, familiare e sociale per fronteggiare la malattia in un determinato contesto socio-culturale;
- la *sfera folk*, che riguarda quei saperi e quelle pratiche specialistiche ma non professionali e non istituzionalizzate, che appartengono a tradizioni culturali endogene, di tipo magico-rituale (lo sciamanesimo ne è un esempio) e mondano (verbalismo, trattamenti manipolatori, ...);
- la *sfera professionale*, che comprende la biomedicina, per le società occidentali, e i grandi sistemi di medicina professionalizzati nelle altre società orientali (è il caso della Medicina Tradizionale Cinese in Cina e della Medicina Ayurvedica in India) [Giarelli 2005: 33].



Giarelli dunque propone<sup>17</sup> un modello a quadranti (Fig. 2) costruito a partire dall'incrocio tra due assi: quello verticale del grado di specializzazione professionale, con i due estremi rappresentati dalla specificità e dalla diffusione; quello orizzontale relativo al grado di legittimazione istituzionale (minimo/massimo) di ogni paradigma considerato.

Nel primo quadrante in alto a sinistra, troviamo allora tutti quei saperi e quelle conoscenze relative alla salute/malattia con un alto grado di diffusione ed un grado minimo di legittimità: si tratta delle varie forme della cosiddetta medicina popolare e delle pratiche terapeutiche magico-carismatiche; all'interno del secondo quadrante, in alto a destra, sono poste quelle che vengono definite pratiche medicalizzanti di massa «che sono in gran parte spesso il frutto iatrogeno dell'industria farmaceutica e della sua capacità di generare consumi farmaceutici indotti» [Giarelli 2007: 20]; nel terzo quadrante, in basso a sinistra, si colloca la maggior parte delle MNC: «da quelle pratiche di bodywork e di manipolazione corporea meno professionalizzate ma con un grado maggiore di legittimità (Yoga, Chiropratica, vari tipi di massaggio), alle diverse forme di medicine orientali e di medicine occidentali non allopatiche e psicosomatiche che presentano un maggior grado di professionalizzazione ma un minor grado di legittimità istituzionale» [ibidem]; nel quarto ed ultimo quadrante infine, in basso a destra, troviamo le medicine con il più alto grado di professionalizzazione e legittimazione: ovviamente la biomedicina, ma anche le sue due recenti varianti la medicina genica e quella bio-psico-sociale.

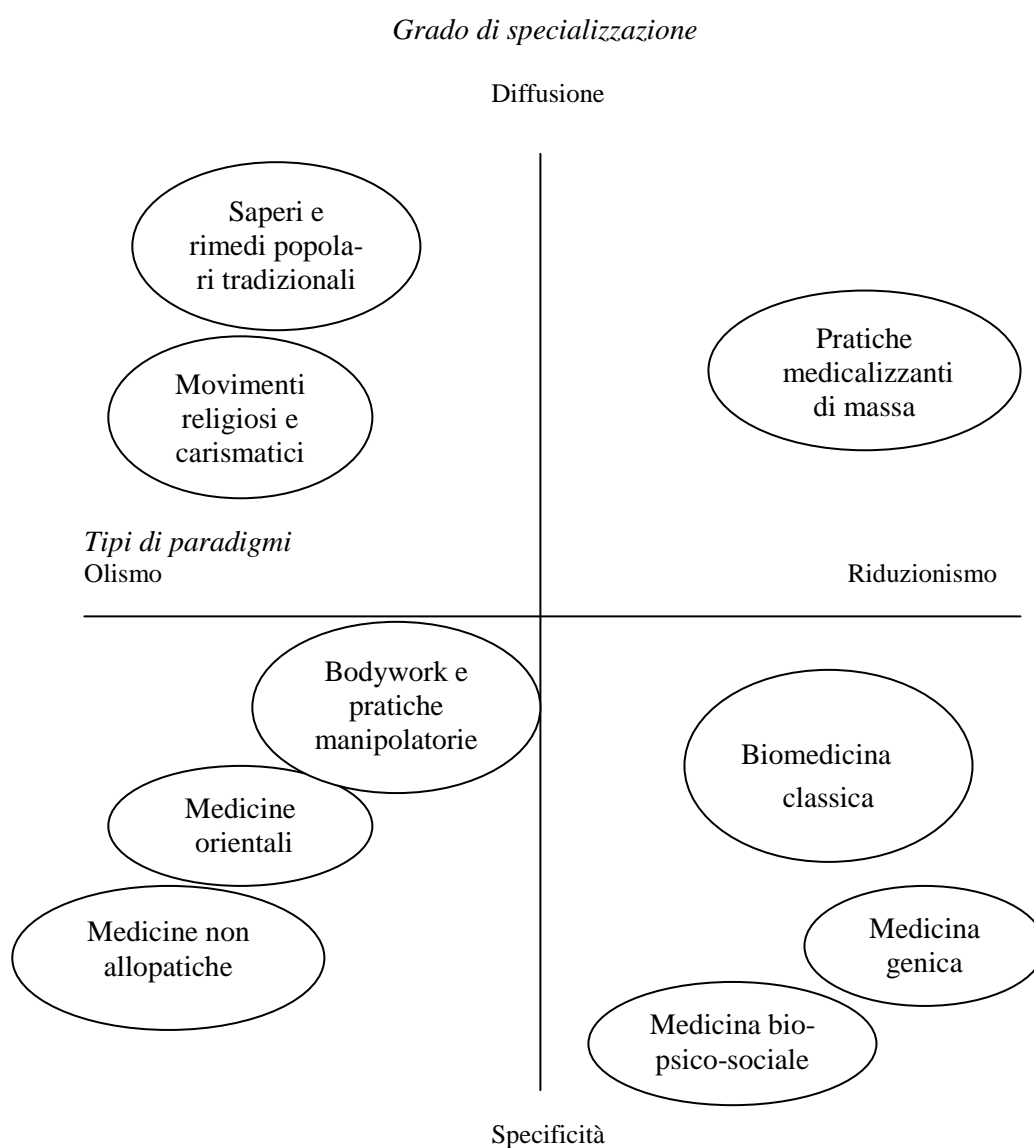
Il valore euristico di tale impostazione risiede nella possibilità di considerare i vari approcci alla salute non più solo ed esclusivamente a partire dal rapporto di vicinanza/lontananza dal paradigma biomedico,

---

<sup>17</sup> In una versione modificata rispetto al modello presentato precedentemente, dove gli assi su cui si regge il quadrante rappresentavano: quello verticale il grado di specializzazione del lavoro sanitario analizzato sul continuum diffusione/specificità; quello orizzontale, relativo ai paradigmi medici considerati rispetto al loro grado intrinseco di comprensività basato sul continuum olismo/riduzionismo [ivi: 34-35].

come se la biomedicina fosse l'unico termine di paragone per valutare tutti gli altri sistemi, il paradigma dominante e di indiscussa validità, ma ci consente di analizzare qualsiasi approccio considerato in relazione agli altri, biomedicina compresa, secondo il grado di specializzazione ed istituzionalizzazione dei paradigmi di riferimento in un'ottica pluralista dei sistemi sanitari.

Fig. 2 – Un modello a quadranti di sistema sanitario pluralista per la classificazione dei diversi tipi di medicina



Fonte: Giarelli [2007: 19]

Con le parole dello stesso Autore possiamo affermare che:

Il modello a quadranti proposto permette così di definire quale sia il grado di pluralismo effettivo di un determinato sistema sanitario sulla base di quanti e quali tipi di medicina esso includa come istituzionalmente legittimi nei due quadranti di destra, anche se con gradi diversi di specificità professionale; mentre, viceversa, sarà tanto più esclusivo quanto più tenda a relegare gran parte delle medicine nei due quadranti di sinistra. Nel caso dei sistemi sanitari delle società postindustriali contemporanee cui l'abbiamo applicato, è abbastanza evidente anche graficamente come il modello non consenta di parlare di sistemi "pluralisti", dal momento che essi tendono più ad escludere che ad includere al proprio interno i diversi tipi di medicina [ibidem].

Alla luce di quanto fin qui descritto è comunque possibile riuscire ad individuare un comune *leit-motiv* che segna e caratterizza il contemporaneo successo delle MNC nella loro capacità di rispondere a quelle sfide<sup>18</sup> che gli attuali sistemi sanitari si trovano a dover fronteggiare senza, pare, avere gli strumenti più adeguati per farlo.

Alla prima sfida individuata, quella della *iperspecificità*, ed alla *crisi di alienazione* da essa prodotta, le MNC rispondono con il loro carattere essenzialmente *olistico*. Al di là infatti delle caratteristiche peculiari di ogni singolo paradigma considerato, generalmente le MNC propongono una lettura globale della persona nella sua unità di corpo, mente e spirito che supera il tradizionale dualismo cartesiano su cui si fonda il paradigma biomedico. Questo approccio all'unità, alla persona in quanto soggetto considerato nella sua interezza di essere umano, sociale ed anche spirituale<sup>19</sup>, ricomponne quella parcellizzazione e frammentazione operata dal sapere scientifico occidentale e biomedico in particolare.

---

<sup>18</sup> Sfide di cui abbiamo già parlato nel primo capitolo.

<sup>19</sup> Il concetto di spirituale qui è inteso in senso ampio e con esso si fa riferimento a quella parte, più o meno variamente definita, dell'esistenza che ha a che vedere con l'extracorporeo, l'immanente ed il metanaturale.

Nel campo della medicina si attua una prima convergenza su questi punti, essa deriva dallo spostamento dell'attenzione dalla malattia al *wellbeing*. Si tratta di uno spostamento verso la medicina non più intesa come cura di una specifica malattia, individuata dall'esperto – il medico – che sa interpretare il male e possiede gli strumenti per eliminarlo, ma come ottenimento di uno stato complessivo di benessere. In questa prospettiva non solo è necessaria la partecipazione attiva del malato, ma è il soggetto stesso che decide il tipo e il grado di benessere da lui desiderato e che giudica dei risultati ottenuti, in base a criteri da lui soggettivamente stabiliti [Guizzardi 2005: 33].

Il carattere prevalentemente *salutogeno* [ivi: 24] delle MNC rappresenta la risposta alla *sfida inflattiva* ed alla *crisi fiscale* ad essa correlata. In un momento<sup>20</sup> di pesanti ripercussioni economiche causate dall'impostazione tipicamente biomedica di cura delle malattie piuttosto che di prevenzione (anche se è effettivamente in atto, molto più spesso soprattutto a parole e buone intenzioni che ad effettiva implementazione di strategie in tal senso), le MNC, tradizionalmente e tipicamente orientate ad un'impostazione che privilegia la prevenzione e quindi il mantenimento di un buono, almeno accettabile, livello di salute, offrono una possibile via d'uscita a tale crisi.

Anche se è opportuno considerare il fatto che

Vi sono evidentemente implicazioni profonde e rischi latenti [...] nel passaggio da un'idea di salute come diritto collettivo ad una di salute come responsabilità individuale: qui intendiamo sottolineare il carattere funzionale per la crisi fiscale dello stato sociale che l'orientamento salutogeno delle MNC presenta in termini di risparmio di risorse e di costi spesso più ridotti delle proprie pratiche rispetto a quelle della biomedicina [ivi: 25].

La risposta delle MNC a quella che è stata indicata come la terza sfida ai sistemi sanitari contemporanei, vale a dire la *sfida consumérista*, costituisce il carattere distintivo delle discipline e delle pratiche

---

<sup>20</sup> Il termine momento in realtà è riduttivo rispetto al perdurare nel tempo della situazione di grave crisi fiscale in cui versa la maggior parte dei sistemi sanitari dei paesi occidentali industrializzati.

non convenzionali. Sembra infatti che la proposta di queste ultime di riconsiderare il percorso di malattia, cura e guarigione del soggetto a partire dall'esperienza soggettiva ed individuale della persona stessa sia l'impostazione più adeguata per far fronte a quella *crisi di fiducia* che si genera proprio dalla tendenza squisitamente biomedica di considerare la malattia soltanto come fatto biologico e patologico da espungere, senza considerare le caratteristiche della persona, del suo vissuto esperienziale e dei significati ad esso attribuiti.

Come afferma Giarelli:

Il passaggio dalla concezione della cura centrata sulla terapia (farmacologia o chirurgica) all'idea di cura come percorso, esperienza soggettiva, consente alle MNC di ripensare a fondo anche la *relazione* ed il *sensò* dell'incontro terapeutico. Alla relazione spersonalizzata e burocratizzata che trasforma il paziente in numero ed etichetta diagnostica, esse rispondono infatti con una ridefinizione dei ruoli di *paziente* e *terapeuta* che fa del primo il soggetto principale, responsabile del suo percorso di guarigione e delle scelte conseguenti; e del secondo un orientatore ed un consigliere rispetto a quelle scelte che ritiene più adeguate al suo problema di salute. In questa nuova concezione della relazione terapeutica come protettiva e, allo stesso tempo, autonomizzante nei confronti del paziente, trova spazio e si produce anche una inedita creazione di senso, di significati da attribuire alla malattia e al percorso terapeutico in grado di offrire una spiegazione più adeguata alla domanda di senso del paziente sul proprio star male. Una domanda che spesso trascende il semplice "come?" relativo ai meccanismi che hanno prodotto la malattia, per investire il "perchè?" del suo prodursi qui ed ora cui il medico convenzionale non sa e non può offrire risposta [ibidem].

Alla quarta ed ultima *sfida della transizione epidemiologica* ed alla conseguente crisi di efficacia della biomedicina, le MNC rispondono con una varietà di approcci ed orientamenti che hanno come denominatore comune la considerazione di una multifattorialità causale alla base dell'insorgenza della malattia o comunque di uno stato di malessere, che va oltre la classica concezione causale unilineare e meccanica della medicina occidentale. Con ciò non vogliamo in nessun modo negare i

progressi scientifici in ambito medico sanitario favoriti proprio dalla adozione di tale modello meccanicistico di causalità lineare<sup>21</sup>, ma semplicemente sottolineare l'inadeguatezza dell'impostazione fin qui prevalentemente adottata nel rispondere alla sfida lanciata oggi dalle malattie cosiddette cronico-degenerative e dalle forme di malessere psicosociale e di disagio esistenziale che caratterizzano la società contemporanea. Non è possibile infatti comprendere e trattare tali "nuove patologie", queste differenti forme di espressione del malessere e del disagio, che investono profondamente i vari aspetti della vita personale, sociale e relazionale della persona, attraverso un modello che assegna una singola causa ad ogni effetto.

Esse richiedono uno spostamento significativo nella concezione eziologica delle malattie (e nella conseguente concezione di efficacia delle terapie) dagli oggetti alle relazioni tra questi, dalle loro proprietà intrinseche alle connessioni reciproche, dalla loro struttura alla rete di relazioni con il loro contesto di appartenenza. È quanto, sia pure in forma probabilmente imperfetta, molte MNC cercano di fare nella pluralità dei loro linguaggi offrendo comunque forme di conoscenza sintetica che trascendono la separazione cartesiana tra *res cogitans* e *res extensa* [ivi: 26].

### **3.2 CAM appeal ovvero uno sguardo nell'affascinante mondo delle medicine non convenzionali attraverso le caratteristiche e le motivazioni dei suoi utilizzatori**

Cercare di individuare le motivazioni profonde e personali che stanno alla base della fortuna incontrata dalle MNC negli ultimi decenni è impresa alquanto ardua poiché sembra che la risposta all'interrogativo "Perché le persone scelgono di curarsi con qualche terapia o pratica di MNC?" non possa essere univoca, pena la riduzione di un fenomeno così complesso ad una pura e semplice banalità.

---

<sup>21</sup> Facciamo contemporaneamente riferimento a tutti gli sviluppi, siano essi più remoti nel tempo oppure recenti, della microbiologia, della biochimica, della embriologia.

Come abbiamo già avuto modo di accennare nel precedente paragrafo, forse una delle ragioni principali che stanno alla base del successo del “ritorno” delle MNC risiede proprio nella capacità intrinseca di queste ultime di avvicinarsi ai concetti di salute e malattia attraverso una visione olistica della persona e del contesto socioculturale in cui essa è inserita, attraverso l’impostazione di una relazione fortemente empatica<sup>22</sup> tra medico (o qualsiasi altro operatore sanitario abbia a che fare direttamente con la persona sofferente) e paziente.

Molti studiosi appartenenti a diverse discipline hanno cercato di affrontare la questione, ognuno ovviamente dalla particolare prospettiva peculiare al proprio ambito di studio e di riferimento, così gli economisti hanno cercato di spiegare la propensione per l’utilizzo delle MNC come un’alternativa ai sempre più elevati costi della medicina convenzionale per i pazienti. Gli psicologi e gli psichiatri hanno puntato la loro attenzione sulle motivazioni soggettive e personali relative soprattutto al maggiore grado di soddisfazione e qualità percepite. Gli antropologi ed i sociologi hanno sottolineato invece l’importanza fondamentale delle variabili culturali e delle profonde trasformazioni sociali. I medici e gli epidemiologi infine hanno posto la loro attenzione sulle particolari modalità di anamnesi delle MNC e sulle caratteristiche della relazione medico-paziente [Giarelli 2005: 36].

Partendo da una ricognizione della ormai vasta letteratura di riferimento, Giarelli ci propone una prima suddivisione tra gli studi e gli autori che privilegiano una lettura dei cosiddetti “fattori di spinta” o *push factors* e coloro i quali enfatizzano soprattutto i “fattori di attrazione” o

---

<sup>22</sup> Con il concetto di *empatia* si fa riferimento alla disponibilità/capacità ad aprirsi all’altro, ad osservare attraverso il suo punto di vista, abbandonando, per quanto possibile i nostri modelli di riferimento.

Empatia è «Propensione ad identificarsi con le esigenze dell’altro. Non originario che si protende verso l’originario. Diversità che quasi viene annullata. Porsi secondo una prospettiva di affettività. Attenzione che coglie anche le sfumature. Essere o rendersi consapevoli di ciò che alberga nella mente di un altro individuo. Coinvolgere se stessi e gli altri. Vedere il mondo con gli occhi di colui che si ha di fronte. Vestire i panni del proprio interlocutore. Conoscere etero a partire da etero.»[Cipolla 1997: 894].

*pull factors*. I *push factors* sono quelli che tendono ad allontanare i pazienti dalla medicina convenzionale, come ad esempio la iperspecializzazione e ipertecnologizzazione della disciplina medica occidentale che, a fronte di considerevoli ed innegabili passi avanti nella ricerca, fa sorgere anche sempre più numerosi ed inquietanti interrogativi sui rischi ad essa correlati; i *pull factors* sono invece quelli che tendono ad avvicinare i pazienti alle MNC. Secondo la sociologa statunitense Barry Cassileth [1988; Giarelli 2005: 37], ad esempio, la fortuna ed il successo delle medicine non convenzionali è dovuta alla loro capacità di adattamento al contesto socioculturale contemporaneo ed indica cinque tendenze sociali principali come ragione della diffusione delle MNC:

- i numerosi movimenti sociali per l'ampliamento della sfera dei diritti, ivi compresi quelli dei pazienti;
- il movimento consumerista con la trasformazione del ruolo del paziente da soggetto passivo e subordinato a soggetto attivo e consumatore;
- il movimento per una medicina olistica;
- l'attenzione posta dalla società contemporanea al self-care ed al fitness;
- sfiducia e la disaffezione nei confronti delle medicina occidentale.

A questo punto Giarelli si chiede: «insoddisfatti o creativi? È la disillusione ed il disincanto con la medicina convenzionale (fattori di spinta) a spiegare maggiormente l'utilizzo delle MNC, oppure il fatto di appartenere al gruppo dei creativi culturali, il cui orientamento filosofico-valoriale risulta maggiormente congruente con i paradigmi olistici e spirituali su cui si fondano la maggior parte delle MNC (fattori di attrazione)?» [ivi: 40].

E la risposta più adeguata pare essere la seguente:



Quel che emerge è dunque una visione pluralista e integrata del sistema sanitario in cui i soggetti tendono a far fronte all'evento malattia o al problema del mantenimento della salute mediante le scelte che, di volta in volta, reputano più idonee senza particolari preclusioni ideologiche né nei confronti della medicina convenzionale né di quelle non convenzionali. Si tratta di un atteggiamento culturale fondamentale pragmatico, anche se non qualunquista [...] [ibidem].

Inoltre un tentativo concreto di lettura ed analisi del livello motivazionale che spinge le persone a rivolgersi alle MNC non può non tenere conto del fatto che probabilmente anche l'universo dei potenziali utilizzatori di medicine non convenzionali rispecchia la stessa peculiare variabilità e complessità che abbiamo visto caratterizzare lo stesso universo alle quali appartengono le differenti MNC e che abbiamo a ragione veduta definito polimorfo. Appare quindi forse fuori luogo ogni tentativo di categorizzazione di pazienti in quanto ognuno si differenzia per un proprio modo di approcciarsi alla vita ed ai temi della salute e della malattia, così ciò che emerge è senza dubbio una grande pluralità di motivazioni che spingono le persone a fare ricorso alle MNC che si intreccia con i differenti sintomi ed i diversi problemi di salute esperiti, nonché il soggettivo modo di leggere ed interpretare tale esperienza attraverso il proprio personale vissuto.

Cerchiamo ora di tracciare un profilo dei cittadini che scelgono di curarsi adottando anche e non soltanto in maniera esclusiva un approccio di tipo non convenzionale. Se diamo un'occhiata al fenomeno della domanda di MNC in Italia dobbiamo innanzi tutto notare che il tasso di prevalenza d'uso nel nostro paese è tra i più bassi d'Europa e del mondo occidentale.

In effetti, se lo confrontiamo con quello di altri paesi industrializzati, il tasso di prevalenza in Italia fa registrare la percentuale più bassa. La tabella riportata (Fig. 3) ci mostra una graduatoria dei tassi di prevalenza d'uso delle MNC nell'ambito dei cosiddetti paesi industrializzati: al primo posto troviamo gli Stati Uniti, con un tasso di prevalenza pari al

62%. Seguono, al secondo e terzo posto, paesi come l’Australia, la Francia e la Germania (rispettivamente con tassi di prevalenza pari al 49%, per i primi due, ed al 46%). Seguono Gran Bretagna e Belgio intorno al 30%; la Svezia con il 25%; la Danimarca con il 23,2% e l’Olanda. Con il 20%. Chiude la graduatoria all’ultimo posto l’Italia con soltanto il 15%.

*Fig. 3 – Tassi di prevalenza nell’utilizzo delle MNC nei paesi industrializzati<sup>23</sup>*

<i>Paese</i>	<i>Tasso di prevalenza (%)</i>
USA	62
Australia	49
Francia	49
Germania	46
Gran Bretagna	33
Belgio	31
Svezia	25
Danimarca	23,2
Olanda	20
Italia	15,6

Fonte: Giarelli [2007: 58]

Questo gap tra l’Italia e gli altri paesi occidentali, se comunque significativo, non deve però condurci a conclusioni affrettate. È possibile infatti rintracciare almeno due ordini di spiegazioni per tale differenza: una di tipo metodologico e l’altra di tipo storico-culturale [ivi: 58-59].

<sup>23</sup> «La tabella presenta una sintesi dei dati riportati nel *British Medical Journal* [Fisher e Ward 1994; Zollman e Vickers 1999a] e nel rapporto commissionato all’Institute of Medicine of the National Academies [2005] degli USA» [Giarelli 2007: 58].

Dal punto di vista metodologico, ad esempio, appare plausibile pensare che una parte di questa distanza sia dovuta al diverso uso del concetto di MNC nell'ambito delle varie e numerose indagini in differenti contesti nazionali.

È, in particolare, il *range* più o meno ampio di terapie incluse nel concetto di “non convenzionali” ad influenzare significativamente il risultato. Se si considera, ad esempio, il dato più elevato – quello degli USA - si scopre che esso è il risultato dell'inclusione tra le MNC delle “preghiere per la propria e l'altrui salute” (che risultano peraltro essere la forma più praticata), nonché dei “prodotti naturali” e degli “esercizi di respirazione profonda” [Barnes et al. 2004]. Si tratta dei risultati della *National Health Interview Survey* (NHIS) del 2002, che includeva un elenco di ben 27 tipi di MNC, 10 dei quali basati su di un erogatore professionale e 17 no. L'influenza che la definizione di MNC utilizzata (e, conseguentemente, il tipo e il numero di MNC incluse) comporta poi per i risultati di prevalenza ottenuti appare evidente se si considera che il precedente *National Health Interview Survey* del 1999, che includeva un elenco di soli 12 tipi di MNC, aveva documentato un tasso di prevalenza significativamente più basso del 28,9%. Al contrario, i tre più famosi *survey* sulle MNC realizzati negli USA nel corso degli anni '90, utilizzando definizioni più ampie che includevano un maggior numero di tipi di MNC, avevano ottenuto risultati più simili a quello del NHIS: le due inchieste del Center for Alternative Medicine Research and Education della Harvard Medical School condotte nel 1990 e nel 1997 con una lista di 16 tipi di MNC<sup>24</sup> avevano ottenuto rispettivamente il 33,8% ed il 42,1% di prevalenza [Eisenberg et al. 1993 e 1998]; mentre la *survey* realizzata dalla Stanford University School of Medicine di Palo Alto arrivava al 40% di prevalenza con una lista di 17 tipi di MNC [Astin 1998] [Giarelli: 58-59].

A fronte di questa variabilità nel decidere cosa includere tra le diverse MNC nelle indagini di preferenza e di uso da parte dei cittadini, se consideriamo che l'ISTAT, nella sua Indagine Multiscopo dal titolo *Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari*, svolta nel 1999-2000 che costituisce ad oggi una delle fonti più attendibili di dati relativi alla situazione italiana, include soltanto quattro tipi di MNC, in particolare

---

<sup>24</sup> Tra cui gli esercizi fisici, la psicoterapia ed i gruppi di *self-help*.

l'Agopuntura, la Fitoterapia, l'Omeopatia ed i trattamenti manuali (Chiropratica ed Osteopatia)<sup>25</sup>, possiamo facilmente comprendere dove risieda almeno una delle possibili cause del basso tasso di prevalenza citato. Se poi a questa aggiungiamo anche il fatto che, ad oggi, nel nostro paese viviamo ancora una situazione di, potremmo dire, confusione lessicale per la mancanza di una definizione condivisa di MNC, possiamo ragionevolmente diffidare in merito alla validità ed alla attendibilità di qualsiasi tipo di comparazione sul tema.

La ragione di tipo storico-culturale è relativa al fatto che, per quanto riguarda il nostro paese, il fenomeno della diffusione delle MNC è abbastanza recente, se paragonato all'evoluzione dello stesso negli altri paesi considerati, e certamente più contenuto anche se in progressivo aumento. Come risulta dal confronto con le indagini precedenti, degli anni 1991 e 1994, il numero di cittadini che in Italia si rivolgono alle MNC risulta quasi raddoppiato nel corso degli anni '90. Se si confrontano i dati nazionali messi a disposizione dall'ISTAT, è possibile notare che la quota di persone che ha utilizzato o si è rivolta almeno ad un tipo di MNC, nei tre anni precedenti le indagini, passa dal 7% del 1991 all'8,3% del 1994 ed al 15,5% nel 1999 (circa 9 milioni di persone).

*Fig. 4 – Popolazione che ha fatto uso di Agopuntura, Omeopatia e Fitoterapia nei 3 anni precedenti l'intervista (quozienti per 100 persone)*

	<i>Agopuntura</i>	<i>Omeopatia</i>	<i>Fitoterapia</i>
1991	2,1	2,5	3,6
1994	2,9	4,7	3,8
1999	2,9	8,2	4,8

*Fonte: Indagini Multiscopo Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari 1991, 1994 e 1999-2000, ISTAT, Roma [Giarelli 2007: 60]*

<sup>25</sup> Facendo confluire tutte le altre discipline ed i vari tipi di pratiche all'interno di una non meglio specificata voce "Altre terapie non convenzionali".

Se si pone l'attenzione sul tipo di MNC utilizzata, è possibile osservare che questo aumento riguarda principalmente una maggiore diffusione dell'Omeopatia, la cui quota di utilizzatori passa dal 2,5% del 1991, al 4,7% del 1994, fino ad arrivare, praticamente quasi triplicata, all'8,2% del 1999. Relativamente al ricorso delle altre due MNC prese in considerazione, si vede come anche la Fitoterapia sia in leggero aumento, passando da una quota pari al 3,6% nel 1991 ad una quota del 4,8% del 1999; la percentuale d'uso dell'Agopuntura invece sembra essere rimasta pressoché invariata (Fig. 4)<sup>26</sup>.

Parlare di un vero e proprio trend come fanno per gli USA i ricercatori di Harvard [Kessler *et al.* 2001] risulta altresì difficile, considerando l'assenza di dati e di metodologie di ricerca più sofisticate come quelle da essi applicate. Utilizzando i dati rilevati con la *survey* del 1997 [Eisenberg *et al.* 1998], essi hanno potuto infatti suddividere i rispondenti in 3 diverse coorti: gli appartenenti alla generazione *pre-baby boom* (i nati prima del 1945), la generazione del *baby boom* (i nati dal 1945 al 1964) e la generazione più giovane del *post-baby boom* (i nati dal 1965 al 1979). Grazie ad elaborate tecniche di regressione logistica e di rappresentazione grafica, le differenze tra le 3 coorti nei tassi di utilizzo delle MNC sono apparse evidenti: essi passano da 3 su 10 nella generazione *pre-baby boom*, a 5 su 10 nella generazione del *baby boom*, per arrivare a 7 su 10 nella generazione del *post-baby boom* all'età di 33 anni<sup>27</sup> [ibidem].

Anche se non è mai opportuno fare generalizzazioni, soprattutto in mancanza di dati ufficiali validi ed attendibili, possiamo ipotizzare con lo stesso Autore che probabilmente la diffusione del fenomeno MNC abbia avuto e mantenga ad oggi un andamento più tardivo nei paesi dell'Europa mediterranea (come ad esempio Grecia, Spagna e Portogallo) rispetto al resto d'Europa e del mondo occidentale. È comunque innegabile che, soprattutto a partire dagli anni '90, il fenomeno abbia fatto registrare un notevole e progressivo incremento, che molto probabilmente continuerà anche nei prossimi anni.

---

<sup>26</sup> I cosiddetti "trattamenti manuali", che includono le prestazioni di Chiropratica ed Osteopatia fanno registrare nel 1999 una percentuale pari al 7%.

<sup>27</sup> Considerata come l'età più anziana rappresentata in tutte 3 le coorti.

### 3.2.1. Profili di prevalenza

Guardando con una certa attenzione il ventaglio di dati nazionali ed internazionali disponibili, è possibile tracciare un profilo piuttosto articolato sull'utilizzatore tipo di MNC.

In primo luogo occorre precisare che non si tratta di “un utilizzatore” quanto piuttosto di “un'utilizzatrice”. Sono le donne (18%) infatti che generalmente si rivolgono alle MNC in percentuale maggiore rispetto agli uomini (12,9%)<sup>28</sup>.

Anche se questo dato va letto probabilmente non come specifico, ma iscrivendolo nel più generale maggior utilizzo da parte femminile dei servizi sanitari - già ampiamente analizzato nella letteratura medica e sociologica in materia con particolare riguardo alla longevità, ai modelli di morbilità, alle reazioni ai sintomi, allo stress psico-sociale e alle differenze di genere nell'erogazione dei servizi sanitari [MacIntyre *et al.* 1996; Mustard *et al.* 1998; Bertakis *et al.* 2000]. È possibile tuttavia ipotizzare una maggior consapevolezza femminile relativamente alla salute e ai suoi problemi, che porta ad un maggior investimento di tempo e di risorse rivolti agli aspetti preventivi e promozionali della salute [Hibbard e Pope 1983], così come una qualche connessione con il frequente ruolo assistenziale domestico e di gestione delle cure degli altri membri della famiglia [Michelson 1990; Umberson 1992] quali possibili predittori di utilizzo familiare delle MNC laddove siano le donne stesse a farne uso [Giarelli 2007: 61].

Per quanto riguarda le differenze di genere relativamente all'uso dei singoli rimedi considerati, si riscontra una netta differenza per l'Omeopatia, utilizzata dal 10,1% delle donne rispetto al 6,1% degli uomini e per la Fitoterapia, con il 5,9% delle donne ed il 3,7% degli uomini. Per l'Agopuntura e per i trattamenti manuali invece le percentuali d'uso ri-

---

<sup>28</sup> Questo trend di prevalenza femminile è confermato, oltre che dalle indagini I-STAT già citate, anche nella maggior parte delle ricerche riguardanti gli Stati Uniti, dove si registra una percentuale d'uso delle MNC tra le donne che varia dal 41% al 48,9% e tra gli uomini una percentuale che varia dal 37,8% al 39%, a seconda degli studi considerati [Eisenberg *et al.* 1998; Astin 1998].

Per quanto riguarda la Gran Bretagna, i dati a disposizione, relativi soprattutto alle indagini svolte da Ursula Sharma [1995] e dal Resaerch Council for Complementary Medicine [1998], risulta che la percentuale di donne che si rivolgono alle MNC varia dal 55% al 65%.

sultano rispettivamente pari al 3,3% delle donne contro il 2,3% degli uomini e pari al 7,7% delle donne contro il 6,3% degli uomini [ISTAT 2003: 35].

Il secondo fattore socio-demografico abitualmente indagato in questo tipo di ricerche è l'età. Analizzando i dati dell'Indagine Multiscopo ISTAT degli anni 1999-2000, risulta che le fasce d'età dei 35-44enni (22,7%; con il 26,4% delle donne ed il 19% degli uomini) e dei 45-54enni (19,4%; con il 22,3% delle donne ed il 16,5% degli uomini) sono quelle che ricorrono in maniera più significativa alle MNC; mentre la percentuale di utilizzatori di MNC tende a calare tra le fasce d'età anziane (con il 12% degli ultra sessantacinquenni)<sup>29</sup>.

Per quanto riguarda i bambini ed i ragazzi fino a 14 anni d'età, il 9,1% è stato sottoposto a trattamenti e terapie di tipo non convenzionale nei tre anni che hanno preceduto l'intervista. Il tipo di trattamento più utilizzato per questa fascia d'età risulta essere l'Omeopatia (7,6%). Pare inoltre che la maggior parte dei bambini sottoposti a cure omeopatiche appartenga alla classe d'età dai 3 ai 5 anni con una percentuale pari al 9,6%; mentre la percentuale d'uso tende a calare nella fascia d'età tra i 6 e i 10 anni (8,8%) ed in maniera significativa in quella 11-14 anni (5,7%).

Si è inoltre riscontrato che solitamente i bambini che sono stati sottoposti a trattamenti di MNC appartengono a contesti familiari in cui si fa abitualmente ricorso a tali terapie di tipo non convenzionale. Considerando, a titolo d'esempio, la percentuale di utilizzo dell'Omeopatia, è possibile a questo proposito notare che il 34,6% di bambini che hanno utilizzato rimedi omeopatici hanno entrambi i genitori che fanno ricorso allo stesso tipo di trattamenti; mentre il 67,5% dei casi presenta almeno uno dei genitori che ha utilizzato lo stesso tipo di trattamento (nella maggior parte dei casi si tratta della madre, a conferma, ancora

---

<sup>29</sup> Fatta eccezione per l'Agopuntura, che fa registrare un positivo utilizzo anche da parte degli ultra sessantacinquenni (3,3%) [ISTAT 2003].

una volta, della generale tendenza di un uso più significativo di MNC da parte delle donne rispetto agli uomini).

Un altro fattore preso in considerazione nelle *survey* sulla prevalenza d'uso delle MNC è rappresentato dal livello d'istruzione. Tutte le indagini sembrano rilevare una correlazione positiva tra un più elevato livello d'istruzione ed un maggiore uso di MNC. Eisenberg *et al.*, ad esempio, confermano che una percentuale pari al 50,6% di persone che utilizzavano MNC avevano un livello di istruzione superiore e universitario, rispetto al 36% di persone che erano in possesso di livelli di istruzione più bassi [1998, in Giarelli 2007: 62-63]. Anche Astin riporta una situazione simile a quella precedente, con una percentuale di utilizzo di MNC pari al 50% tra coloro che erano in possesso della laurea ed una percentuale pari al 31% tra gli intervistati che erano in possesso del diploma di scuola superiore o di livelli inferiori di istruzione [1998, in Giarelli 2007: 63], avanzando anche alcune ipotesi a spiegazione di questo tipo di associazione tra livello di istruzione e prevalenze d'uso di MNC [ibidem]:

Vi sono molteplici spiegazioni possibili per il ruolo dell'istruzione nell'indurre le persone all'uso delle medicine complementari e alternative. Essere più istruiti può rendere più probabile che le persone: 1) siano esposte a forme non tradizionali di assistenza sanitaria (ad es., mediante la lettura di libri accademici o divulgativi sull'argomento); 2) si informino sulle proprie malattie e la varietà di trattamenti disponibili per esse (sia convenzionali che non convenzionali); 3) mettano in discussione l'autorità dell'operatore tradizionale (ad es., esse meno probabilmente accetteranno semplicemente il sapere e l'esperienza del medico in fiducia); 4) abbiano accesso a maggiori risorse finanziarie che consentano loro di permettersi trattamenti terapeutici alternativi o complementari frequentemente non coperti dall'assicurazione. Quest'ultima spiegazione è improbabile, tuttavia, data l'incapacità del reddito di predire l'utilizzo delle medicine alternative e complementari [Astin 2000: 108].



Anche il reddito, quando considerato, risulta correlato alla tendenza all'uso di MNC: all'aumentare del primo aumenta infatti anche il ricorso a terapie non convenzionali [Giarelli 2007: 63]:

Considerati congiuntamente, i due fattori relativi al livello d'istruzione e di reddito sembrano dunque inequivocabilmente indicare una prevalenza di utilizzo delle MNC tra le classi sociali medio-alte, grazie sia ai più elevati livelli di istruzione che di reddito, che consentono loro di poter fruire di maggiori opportunità di accesso a queste opzioni terapeutiche alternative [ibidem].

I dati disponibili per il nostro paese paiono confermare questa correlazione positiva tra elevato titolo di studio e ricorso alle MNC: il 22,5% delle persone intervistate che ha conseguito una laurea oppure un diploma di scuola superiore ha fatto uso almeno una volta di terapie e pratiche non convenzionali, contro il 15,9% di coloro i quali hanno conseguito un diploma di scuola media inferiore ed il 10,7% di chi è in possesso soltanto della licenza elementare [ISTAT 2003: 36].

Rispetto a quanto riportato dalla letteratura internazionale, la situazione italiana, così come si presenta attraverso la lettura dei dati ad oggi disponibili, risulta caratterizzata da almeno altri tre elementi significativi:

- l'area di residenza: sembra che i cittadini italiani maggiormente propensi a ricorrere alle MNC sia residente nelle regioni settentrionali del paese con una percentuale rispettivamente del 24,1% per il Nord-Est e del 20,7% per il Nord-Ovest; al Centro invece la percentuale scende al 16,3% per poi abbassarsi al 9,3% nelle isole ed in maniera più significativa nell'Italia meridionale con il 6,5%. L'ipotesi avanzata per la spiegazione di tali risultati riguarda la «diversa distribuzione territoriale di servizi o strutture che offrono questo tipo di terapia» [Menniti-Ippolito *et al.* 2004: 457];
- il campione dell'Indagine Multiscopo ISTAT si compone di famiglie e non di individui che consente una possibile lettura del

profilo di prevalenza a livello familiare e non solo individuale: «sono soprattutto le famiglie con livello socio-culturale<sup>30</sup> medio (27,4%) e alto (39,6%), residenti nel Nord-Est (40,5%) e nel Nord- Ovest (32,6%), con risorse economiche ottime (33,5%) o perlomeno adeguate (29,9%) e appartenenti alla borghesia (39,7%) o alla classe media impiegatizia (36,1%) i maggiori fruitori di MNC nel nostro paese» [Giarelli 2007: 65];

- le dimensioni delle famiglie oggetto di indagine: dai dati raccolti, infatti, è possibile ipotizzare una correlazione negativa tra numero di componenti del nucleo familiare e ricorso alle MNC. In altre parole, per quanto riguarda il nostro paese, è possibile affermare che sono le famiglie poco numerose o i single a fare maggiormente uso di terapie e pratiche non convenzionali.

### 3.2.2 *Modelli di comportamento*

Le modalità di utilizzo delle MNC costituiscono forse uno dei temi più stimolanti per la ricerca sociologica sull'argomento, in quanto attraverso la loro osservazione e la loro analisi si può tentare di arrivare a definire un possibile percorso esplicativo ma anche forse predittivo del comportamento umano rispetto a situazioni così complesse come di fatto lo sono quelle che riguardano la salute e la malattia.

Come infatti argomenta Giarelli,

Se il profilo di prevalenza cerca di rispondere alla domanda “chi?” utilizza le MNC, il modello di utilizzo costituisce invece uno strumento di analisi per cercare di rispondere a diverse domande inerenti il comportamento del soggetto: “perché?” le utilizza (le motivazioni soggettive e i fattori oggettivi); “per cosa?” le utilizza (i problemi di salute); “come?” le utilizza (frequenza, modalità, interazioni, ecc.); “cosa?” utilizza (quali tipi di MNC e di operatori); e con “quali risultati?” (la valutazione degli effetti) [ivi: 66].

---

<sup>30</sup> Definito in base al livello d'istruzione familiare.

*Fig..5 – Prevalenza d'uso delle MNC per caratteristiche delle famiglie [Menniti-Ippolito et al. 2004:457].*

<i>Caratteristiche delle famiglie</i>	<i>Prevalenza (x 100)</i>
<i>Totale famiglie</i>	28,0
<i>Status socioculturale</i>	
Alto	39,6
Medio	27,4
Basso	20,3
Indeterminato	13,4
<i>Ripartizione geografica</i>	
Italia meridionale	14,5
Italia insulare	19,2
Italia centrale	29,1
Italia Nord-Occidentale	32,6
Italia Nord-Orientale	40,5
<i>Risorse economiche</i>	
Insufficienti	20,4
Scarse	23,4
Adeguate	29,9
Ottime	33,5
<i>Classe sociale</i>	
Nessuno lavora	13,9
Classe operaia	21,3
Piccola borghesia	25,7
Classe media impiegatizia	36,1
Borghesia	39,7

Fonte: Giarelli [2007: 65]

Gli studi relativi alle diverse modalità di utilizzo dei servizi sanitari hanno portato alla costruzione di almeno cinque differenti tipi di modelli che, nonostante siano nati per rispondere alle domande relative all'uso della biomedicina e dei suoi servizi da parte della popolazione, potrebbero essere in qualche modo utilizzati anche per cercare di spiegare la scelta delle MNC.

Proviamo allora a delineare brevemente le caratteristiche di questi cinque modelli per vedere se ed in che misura possono essere utilizzati anche per gli studi relativi alle MNC<sup>31</sup>.

Il primo modello è quello “socio-comportamentale” (*socio-behavioural model*) costruito da Ronald Andersen verso la fine degli anni '60. Secondo tale modello tre sarebbero le categorie di fattori che spiegano l'utilizzo dei servizi sanitari:

- a. le *caratteristiche predisponenti* dei soggetti, che sono di tipo demografico (sesso, età), sociostrutturale (istruzione, occupazione, gruppo etnico) e culturale (atteggiamenti, valori, credenze relative alla salute);
- b. le *risorse abilitanti (enabling)* personali, familiari e comunitarie (reddito, assicurazione sanitaria, disponibilità di servizi, tempi di attesa), che consentono l'accesso alle cure;
- c. il *bisogno di salute*, sia in quanto percepito dal soggetto sia in quanto valutato dal professionista al quale si rivolge.

Dalla sua prima formulazione, questo modello si è poi arricchito di altri fattori considerati importanti per la influenza che possono esercitare sulle modalità di utilizzo dei servizi sanitari, come ad esempio: la *soddisfazione del paziente (consumer satisfaction)*, l'*ambiente esterno* (fisico, politico ed economico) e quelle che possono essere definite le personali pratiche di salute (esercizio fisico, dieta).

Come afferma lo stesso Giarelli, «L'applicazione di questo modello nella sua ultima versione al problema dell'utilizzo delle MNC appare piuttosto complessa, anche se non probabilmente impraticabile: esso richiede certamente un alto grado di creatività per la sua operazionalizzazione da parte del ricercatore, nonché studi di tipo longitudinale in gra-

---

<sup>31</sup> La descrizione che segue è una breve e sicuramente non esaustiva sintesi dell'analisi comparativa effettuata da Guido Giarelli, che appare nell'ultimo (in ordine di tempo) recentissimo testo sulle MNC curato insieme a Paolo Roberti di Sarsina e a Bruno Silvestrini, dal titolo *Le medicine non convenzionali in Italia*, che l'Autore ci ha gentilmente concesso di riprendere in questo lavoro.

do di dar conto dei processi dinamici e ricorsivi che i diversi *feedback* stanno ad indicare. [...] Pur restando quindi un modello probabilmente ineguagliato nella sua grande comprensività e complessità dei fattori considerati, esso rischia di risultare scarsamente utile per la specificità della questione in oggetto, ovvero la peculiarità dei fattori che possono spiegare la scelta delle MNC.» [Giarelli 2007: 67-68].

Il secondo modello preso in considerazione è quello chiamato *health belief model*, vale a dire delle credenze sulla salute, che tenta di fornire una spiegazione delle motivazioni che stanno alla base di certi comportamenti a partire dai differenti riferimenti culturali. Rosenstock e Becker, autori di tale modello,

Sulla base della teoria psico-sociale del campo<sup>32</sup> di Kurt Lewin [1951], essi pongono invece al centro del proprio modello la percezione del valore positivo di un'azione e la credenza di una persona che essa sortirà quel risultato positivo per arrivare a definire una sorta di equazione costi-benefici, nella quale entrano in gioco cinque fattori fondamentali: la predisposizione del soggetto alla malattia, la sua gravità, i benefici indotti dall'azione consigliata, gli ostacoli alla sua messa in atto e gli elementi di rinforzo sia interni (sintomi) che esterni (relazioni interpersonali, mass media). I fattori socio-demografici, pur inclusi nel modello, non vengono considerati cause dirette dell'azione intrapresa, in quanto fattori intervenienti che influenzano le credenze del soggetto, le quali a loro volta determinano il comportamento sanitario. [ibidem]

A ben vedere, in realtà, quello proposto da Becker appare più come un insieme di tre modelli:

- il primo può essere utile per spiegare i comportamenti sanitari di carattere preventivo;
- il secondo per i comportamenti messi in atto dopo l'insorgenza dei sintomi della malattia;

---

<sup>32</sup> Secondo la quale le persone vivono in uno spazio vitale composto da regioni con valenze sia positive che negative: mentre le prime attraggono, le seconde respingono i soggetti. Così il comportamento di una persona può essere visto come la risultante della ricerca di quelle regioni che presentano le valenze più attraenti.

- il terzo è volto ad analizzare il grado di *compliance* del paziente al programma terapeutico ricevuto dal professionista.

Forse la critica a questo tipo di modello non risiede tanto nella difficoltà di applicazione, data la sua complessa articolazione, quanto piuttosto nel suo dichiarato obiettivo di voler ricondurre a razionalità anche ciò che non appare tale, lasciando in disparte tutto ciò che non rientra nel puro calcolo razionale.

Il terzo modello è quello che fa riferimento alla cosiddetta “teoria dell’azione razionale” (*theory of reasoned action*), che pone la sua attenzione sulle motivazioni alla base delle opzioni disponibili relativamente alla scelta o meno di un certo percorso di tipo sanitario piuttosto che un altro, a fronte di un’attenta valutazione degli eventuali rischi accompagnata al desiderio di evitare qualsiasi conseguenza negativa sul proprio stato di salute. Alla base di questo modello è il presupposto che il soggetto in questione (che, ricordiamo, è affetto da qualche patologia oppure è preoccupato per le condizioni di salute di una persona cara) sia un attore sociale freddo e razionale in grado, in qualsiasi momento (anche di fronte alla malattia?), di valutare costi e benefici di ogni situazione e di operare scelte razionali al di là di qualsiasi forma di dubbio o incertezza.

La teoria dell’azione razionale è stata successivamente modificata e da questa trasformazione è stato teorizzato un quarto modello, quello del “comportamento pianificato” (*theory of planned behaviour*). Questo modello, a differenza del primo, riconosce che l’individuo non è un soggetto esclusivamente razionale, non ha sempre e necessariamente l’assoluto controllo della situazione e del proprio comportamento. A ciò si aggiunge anche il fatto che il comportamento di un individuo di fronte a situazioni di salute e malattia è fortemente condizionato anche dalle abitudini soggettive e dalle norme sociali percepite.

Entrambi questi due modelli appaiono tuttavia fortemente inadeguati nella loro applicabilità al problema dell'utilizzo delle MNC per la ragione che essi riducono sostanzialmente il tutto ad una questione di calcolo mentale individuale, conoide-  
rando il processo decisionale un problema di natura psicologico-economica su ba-  
se individuale, isolato dal contesto dei processi di interazione sociale in cui invece  
sempre si colloca. Il risultato è una innaturale separazione del comportamento sa-  
nitario dal resto della vita sociale, considerato in maniera astratta (così come il  
comportamento dell'*homo oeconomicus*) esclusivamente come il risultato di una  
scelta razionale fondata su di una decisione consapevole e volontaria [Giarelli  
2007: 70-71].

L'ultimo modello considerato è il *network-episode model*, elaborato  
da Bernice Pescosolido [2000], centrato sulla rete sociale e sull'episo-  
dio di malattia. Questo modello si fonda su te presupposti principali:

- una più articolata e complessa rappresentazione delle possibilità di scelte terapeutiche, che tiene conto della situazione di pluralismo sanitario che caratterizza le società contemporanee, occidentali e non;
- l'idea di *illness career* (“carriera nella malattia”) intesa appunto come processo dinamico attraverso il quale la persona elabora e mette in atto i comportamenti necessari per far fronte all'evento malattia;
- l'importanza attribuita alle reti sociali per comprendere l'influenza della struttura sociale e della cultura di appartenenza anche sulle scelte di carattere sanitario.

I tre concetti-chiave di questo approccio divengono così quelli di modello (*pattern*), percorso (*pathway*) e grado (*step*). Il concetto di *pattern* esprime la possibile combinazione di diverse opzioni terapeutiche da parte dei soggetti nel corso dell'episodio di malattia: *singola* (solo una fonte di cura) o *complessa* (due o più tipi di erogatori/pratiche). Il concetto di *pathway* esprime invece la sequenza secondo la quale le diverse opzioni terapeutiche vengono utilizzate: *diretta* (solo biomedicina) o *multipla* (anche rimedi profani e operatori alternativi delle MNC). Infine, il concetto di *step* rappresenta l'*ordine condizionale* che il soggetto stabili-

sce tra i diversi tipi di scelte terapeutiche e i fattori che lo influenzano (tipo/gravità della malattia, consigli dei profani/dei professionisti, ecc.) [Giarelli 2007: 72].

Valutando le possibilità di applicazione dei modelli presentati al fenomeno delle MNC, è possibile concludere che il *socio-behavioural model* ed *network-episod model*, in virtù del loro orientamento socio-strutturale, sembrano più adeguati a spiegare la molteplicità di fattori sociali che condizionano e favoriscono il ricorso alle MNC, mentre i modelli che si fondano sulla scelta razionale del soggetto (*l'health belief model*, la *theory of reasoned action* e la *theory of planned action*), ponendo l'accento sul calcolo razionale costi-benefici e sui fattori psico-culturali appaiono meno adatti allo scopo.

### 3.2.3 Motivazioni della scelta e patologie di riferimento

Alla luce di quanto argomentato nel paragrafo precedente, cercheremo di comprendere quali sono le motivazioni principali che indirizzano il comportamento e le scelte di coloro che fanno ricorso alle MNC.

Dalla lettura dei dati relativi alla situazione italiana<sup>33</sup>, la ragione principale di utilizzo delle MNC<sup>34</sup> sembra riguardare le cosiddette “sindromi dolorose”, al primo posto per le pratiche prese in considerazione fatta eccezione per la Fitoterapia. Infatti, quest'ultima assume una maggiore importanza non tanto nel trattamento di sindromi dolorose, quanto piuttosto relativamente ad un generale miglioramento della qualità della vita; in altre parole la Fitoterapia sembra essere utilizzata più a scopo preventivo che terapeutico.

---

<sup>33</sup> Qui il riferimento è sempre soprattutto alla già citata Indagine Multiscopo ISTAT, *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*, relativa al periodo 1999-2000.

<sup>34</sup> Ricordiamo, ancora una volta, che l'Indagine Multiscopo ISTAT prende in considerazione soltanto l'Agopuntura, l'Omeopatia, la Fitoterapia, i Trattamenti manuali e raggruppa altre tipologie di pratiche sotto la generica voce Altre terapie non convenzionali, senza ulteriori specificazioni.



Fig. 6 - Persone secondo i motivi per cui hanno fatto uso di terapie non convenzionali, negli ultimi 3 anni precedenti l'intervista, per tipo di trattamento (% di colonna).

Motivazioni	Agopuntura	Omeopatia	Fitoterapia	Trattamenti manuali	Altre terapie non convenzionali
Patologie acute	18.2	24.2	14.1	14	17.5
Sindromi dolorose	59.3	30.0	28.7	63.8	38.3
Problemi psicologici	2.5	5.5	4.2	1.0	3.1
Migliorare la qualità della vita	9.6	28.6	44.1	12.8	30.5
Malattie croniche	10.4	11.8	8.9	8.4	10.6

Fonte: Indagine Multiscopo, *Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari*, 1999-2000, ISTAT, Roma [in Giarelli 2007: 73]

Inoltre, a differenza di quanto è possibile riscontrare nell'ampia letteratura internazionale dove sono le patologie croniche insieme ai problemi di carattere psicologico a rappresentare due tra i più frequenti motivi di utilizzo delle MNC [Zollmann e Vickers 1999a], nel nostro paese sono soprattutto le patologie acute a costituire la ragione principale del ricorso alle MNC.

Se ci spostiamo ad analizzare le motivazioni soggettive che inducono le persone a rivolgersi alle discipline e pratiche di MNC, troviamo che il 39,8% delle persone intervistate per l'Indagine Multiscopo I-STAT, ha espresso un giudizio positivo in merito all'utilità anche soltanto di un tipo di terapia non convenzionale. Al contrario, il 23,1% degli intervistati considera le MNC inutili ed il 34,1% non esprime alcun giudizio.

Le motivazioni espresse da coloro i quali trovano utili le MNC riguardano prevalentemente la presunta minore tossicità rispetto alle terapie biomediche (71%); mentre il 22,6% pensa che esse rappresentino

l'unica possibilità di trattamento per alcuni tipi di patologie ed il 20,5% pensa che le MNC siano più efficaci delle terapie tradizionali.

Fig. 7 - Persone secondo il giudizio espresso sull'utilità delle terapie non convenzionali

Persone che ritengono utile almeno un tipo (a)	Motivi per cui si ritengono utili					Non ritengono utile nessun tipo (a)	Non sa esprimere alcun giudizio (a)
	Maggiore efficacia (b)	Minore tossicità (b)	Convinzioni culturali (b)	Miglior rapporto medico – paziente (b)	Unica alternativa (b)		
39.8	20.5	71.0	10.0	13.2	22.6	23.1	34.1

(a) per cento persone dello stesso sesso e classe di età

(b) per cento persone che ritengono utile almeno un tipo di terapia non convenzionale

Fonte: Indagine Multiscopo *Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari*, 1999-2000, ISTAT, Roma [in Giarelli 2007: 75].

In realtà, occorre poi andare oltre la semplice lettura del dato per evitare di arrivare a conclusioni affrettate ed errate. In questo caso, infatti, lo stesso Giarelli afferma:

Il problema di queste risposte, tuttavia, è duplice: da una parte, è difficile distinguere in esse l'eventuale *bias* tipico di ogni *survey* che tende a far coincidere motivazione e razionalizzazione, dal momento che rileva “ciò che la gente dice di fare o di pensare” e non ciò che effettivamente fa o pensa.

Dall'altra, esse appaiono quanto mai scarse se confrontate con la molteplicità di ragioni per l'utilizzo delle MNC rilevate dalla letteratura internazionale: un'ampia e variegata serie di motivazioni complesse, multidimensionali e mutevoli nel corso del tempo e dello stesso episodio di malattia che spesso è possibile ricollegare anche a diverse tipologie di utenti (fig. 8). Ciò suggerisce un altro punto fondamentale: non è possibile trattare gli utenti delle MNC come un gruppo omogeneo, trascurando il legame esistente tra le differenze di motivazione e le diverse tipologie di utente, senza rischiare di ingenerare stereotipi semplicistici e privi di realtà. Gli utenti reali delle MNC tendono ad impersonare diversi ideal-tipi di utente nei diversi momenti della loro vita e ad essere influenzati da una molteplici-

cità di differenti motivazioni in diversi momenti. Una modalità di ricerca più sofisticata dovrebbe quindi poter distinguere tra diverse tipologie di motivazioni in corrispondenza a diverse tipologie di utenti, anziché trattarli come un gruppo omogeneo e indistinto [ivi: 74-75].

*Fig. 8 – Motivazioni con le quali i diversi tipi di soggetti utilizzano le MNC in diversi momenti della loro vita [adattato da Institute of Medicine 2005: 52-54].*

<i>Tipologia di utente</i>	<i>Motivazioni per l'utilizzo delle MNC</i>
Sperimentatore aperto a nuove esperienze	Provare e vedere, nulla da perdere, può almeno migliorare l'atteggiamento
Chi è fortemente influenzato dalla mercificazione della salute	Risponde alle proposte di salute delle MNC non diversamente da come risponde ad altri prodotti salutisti; per mantenersi sano deve consumare prodotti sanitari
Utilizzatore frequente di tutti i sistemi di medicina e i tipi di operatori	È molto consapevole della salute, oppure ricava vantaggi secondari dal cercare aiuto, oppure può utilizzare la ricerca di cure come un idioma di sofferenza o come una modalità per mobilitare supporti
Utilizzatore illuminato delle MNC	Abbraccia i principi soggiacenti l'etnomedicina o sottoscrive ad essi al punto che essi influenzano lo stile di vita come pure il trattamento di determinate malattie; l'ideologia del sistema di MNC può essere assunta come una forma di pratica spirituale (o materialista spirituale) o come una filosofia
Chi è alla ricerca di nuove cure per un vecchio problema persistente	La medicina convenzionale non funziona bene per il problema
Chi è afflitto da una malattia o disabilità cronica	Le MNC permettono al paziente di svolgere un ruolo più attivo e partecipativo nelle cure, di assumere maggiore responsabilità e di acquisire un maggior senso di controllo; forniscono una nuova definizione diagnostica più in linea con la concezione di malattia del paziente, che offre legittimazione per un problema non diagnosticato dalla biomedicina; il paziente è alla ricerca di altri modi di comprendere la malattia che rendano più coerente la sua esperienza; un mutamento di significato implica un mutamento nel senso di responsabilità; riduzione degli effetti collaterali della medicina convenzionale; per prevenire recidive della malattia e migliorare la qualità di vita

Chi ha perso la fiducia nel sistema sanitario e guarda al di fuori di esso nel proprio interesse in un periodo di taglio dei costi e di austerità	Mancanza di fiducia e disincanto con il sistema di assistenza sanitaria che non ha soddisfatto le aspettative
Chi ha una visione cinica delle possibilità della biomedicina di curare o di gestire una determinata condizione	Insoddisfazione nei confronti dei risultati dei precedenti trattamenti basata sull'esperienza pregressa
Chi è insoddisfatto della relazione medico-paziente per il tipo d'interazione, la mancanza di comunicazione e/o la scarsità di tempo	Ricerca di un approccio più centrato sul paziente al trattamento della malattia che adatti le cure alla vita del paziente e a ciò che egli considera degno di valore; di una relazione operatore-paziente più attenta e prossima, che consenta un'attenzione alla persona
Chi è interessato a promuovere il proprio benessere	Utilizzo delle MNC per promuovere energia, ristabilire un senso di equilibrio o un ritmo, migliorare la resistenza e l'immunità e ridurre lo stress
Utente per la "riduzione del danno"	Riduzione dei danni prodotti da ambienti di lavoro, contesti ambientali e stili di vita malsani
Utente che "non può permettersi di ammalarsi"	Le MNC sono un aiuto promozionale o preventivo per la salute per evitare la malattia, specie quando ci si sente vulnerabili
Chi è in grado di mobilitare un supporto sociale	Grazie all'uso delle MNC amplia, consolida o mobilita la propria rete di supporto
Chi è incoraggiato da amici o familiari a provare le MNC	Per l'influenza diretta e indiretta delle persone che hanno sentito che le MNC possono essere d'aiuto
Chi è in grado di ritagliarsi un tempo personale mediante l'uso delle MNC	Mediante il <i>self-care</i> si ha la possibilità di focalizzarsi su di sé e di garantirsi un tempo personale
Chi dichiara un determinato stile di vita	L'uso delle MNC fa parte di un contesto e di un'identità più ampi
Chi combatte l'invecchiamento cercando di restare giovane	L'uso delle MNC fa parte di un ampio spettro di finalità che vanno dal mantenimento/miglioramento della bellezza e dell'elasticità all'aumento della vitalità, alla rimozione delle tossine associate con il processo d'invecchiamento
Chi è scettico verso le MNC	L'utente non ha aspettative positive, ma prova comunque; talvolta mantiene aspettative negative in attesa che

Chi è inconsapevole di utilizzare le MNC	esse vengano confutate  Molti consumatori di integratori alimentari inconsapevoli che ciò che stanno assumendo non è una medicina prescritta o approvata dalla medicina convenzionale
--	---

### 3.2.4 Modalità d'uso e valutazione dei risultati

Relativamente alle caratteristiche dei percorsi di cura intrapresi dalle persone che fanno ricorso alle MNC, è interessante soffermarsi anzi tutto sulle modalità di avvio di tale percorso di cura. In altre parole, ci si può chiedere quale sia la fonte di informazione e consiglio all'uso di terapie e pratiche non convenzionali. Sempre secondo i dati disponibili dell'Indagine Multiscopo ISTAT, sembra che l'iniziativa sia del singolo individuo nel 27,2% dei casi (fig. 9) e che sia stato seguito il consiglio di parenti e amici nel 30,9% dei casi. Da questa stessa lettura è inoltre possibile rilevare l'importanza attribuita al consiglio di un professionista della salute, un medico in particolare, che viene seguito nel 38,0% dei casi. Più della metà del campione intervistato (59,6%) dichiara di aver messo al corrente il proprio medico di famiglia relativamente al ricorso di pratiche non convenzionali e all'assunzione di preparati ad esse relativi.

Se ci si sofferma sul tipo di terapia e/o trattamento di MNC più utilizzati, risulta che l'Omeopatia è quella più diffusa (8,2%) del campione, con una prevalenza tra le donne (10,2%). A seguire, si trova un 7% di persone che fa ricorso ai cosiddetti trattamenti manuali (Chiropratica, Osteopatia, massaggi); mentre Fitoterapia e Agopuntura sono utilizzati rispettivamente dal 4,8% e dal 2,9% della popolazione intervistata<sup>35</sup>.

---

<sup>35</sup> È sempre da rilevare una maggiore prevalenza d'uso tra le donne rispetto agli uomini.

Fig. 9 - Persone che hanno fatto uso di almeno un tipo di terapie non convenzionali, secondo il soggetto che ha fornito l'indicazione

Soggetto che ha fornito l'indicazione	%
Su consiglio di un medico	38,0
Su consiglio di altro personale sanitario	10,7
Su indicazione di altre persone (familiari, amici)	30,9
Di propria iniziativa	27,2
Su iniziativa dei genitori	5,5
Sulla base di informazioni dei mass-media	4,6
Non so	0,7
Il medico di famiglia è informato	59,6

Fonte: Indagine Multiscopo *Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari*, 1999-2000, ISTAT, Roma [Giarelli 2007: 80].

Tra coloro che fanno ricorso alle MNC, la tendenza prevalente è quella di affidarsi ad un solo tipo di trattamento, come dichiara il 65,5% di persone intervistate. Il 22% del campione dichiara invece di aver utilizzato due tipi diversi di MNC: a questo proposito, le combinazioni più frequenti sembrano essere quelle tra Omeopatia e trattamenti manuali (5,6%) e tra Omeopatia e Fitoterapia (5,4%). Il 2,8% di intervistati afferma di aver utilizzato tutti i diversi tipi di MNC. In particolare sono le donne appartenenti alla fascia d'età 35-44 anni ad avere la tendenza a combinare differenti tipi di terapie non convenzionali (il 37,7% delle donne contro il 27,8% degli uomini).

Fig. 10 - Persone che nei 3 anni precedenti l'intervista hanno fatto uso di almeno un tipo di terapie non convenzionali

Sesso	Almeno un tipo	Agopuntura	Omeopatia	Fitoterapia	Trattamenti manuali	Altre terapie non convenzionali
Maschi	12.9	2.3	6.1	3.7	6.4	1.2
Femmine	18.2	3.5	10.2	5.9	7.6	1.5
TOTALE	15.6	2.9	8.2	4.8	7.0	1.3

Fonte: Indagine Multiscopo *Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari*, 1999-2000, ISTAT, Roma [Giarelli 2007: 81].

Questi dati sulle differenti ed articolate modalità di utilizzo delle MNC da parte della popolazione, con le peculiarità riscontrate sia per quanto riguarda il genere degli utilizzatori sia per la appartenenza ad una determinata classe d'età, lasciano alcuni importanti interrogativi senza risposta. Infatti, come ci fa notare Giarelli:

Questi dati sollevano il problema delle possibili interferenze sia tra i diversi tipi di terapie non convenzionali, sia tra questi e le terapie biomediche: una questione sulla quale non disponiamo però di elementi informativi utili, nonostante la sua evidente importanza per la sicurezza del paziente e l'efficacia delle terapie stesse. Così come restano ignote le possibili *sequenze (pathways)* e l'*ordine condizionale (step)* che i soggetti utilizzano per stabilire le priorità tra le diverse scelte terapeutiche a disposizione: tutti ambiti sui quali non possiamo che auspicare futuri approfondimenti di ricerca anche nel nostro paese.

[...]Altrettanto importante sarebbe poter verificare in che misura sussista per le MNC un problema di *compliance* o di aderenza analogo a quello della biomedicina; e se il loro uso in qualche modo interferisca con la *compliance* nei confronti delle prescrizioni biomediche. Sappiamo quanto una terapia considerata efficace possa non più esserlo se assunta scorrettamente; poco sappiamo invece degli eventuali effetti iatrogeni prodotti dall'interferenza tra i diversi tipi di terapie [Giarelli 2007: 81].

L'ultimo, ma non per questo meno importante, tema di riflessione riguarda il risultato del ricorso alle MNC. Quando si parla degli effetti delle cure e delle terapie non convenzionale, due sono gli aspetti da prendere in considerazione: da un lato la dimensione oggettiva della valutazione di efficacia, quella del professionista; dall'altro, la dimensione soggettiva così come viene percepita dal soggetto.

Rispetto alla valutazione dell'efficacia delle terapie di MNC da parte del paziente, i dati relativi al nostro paese mostrano che ben il 70% della popolazione si dichiara soddisfatto per aver ottenuto dei benefici dal ricorso alle MNC. I più soddisfatti risultano essere quelli che si sono sottoposti ai trattamenti manuali (77,6%), così come le persone che hanno fatto ricorso alla Fitoterapia (74,6%) ed alla Omeopatia (72,9%).

I meno soddisfatti sembrano essere quelli che si sono sottoposti a trattamenti di Agopuntura: il 10,6% degli intervistati ha dichiarato infatti di non aver riscontrato alcun beneficio da questo tipo di trattamento.

### **3.3 Il consenso informato e le MNC**

Come abbiamo già avuto modo di considerare nei capitoli precedenti, il consenso informato, se utilizzato in maniera appropriata e quindi se davvero viene considerato un elemento di promozione e tutela della salute del cittadino, può svolgere una importante funzione nella riqualificazione del rapporto medico-paziente e per la riorganizzazione dei servizi sanitari.

Relativamente al fenomeno di diffusione delle MNC, crediamo che il consenso informato assuma una duplice valenza. Da un lato si tratta di uno strumento di tutela del paziente e della sua libertà di scegliere in maniera consapevole cosa fare del proprio stato di salute e malattia. Dall'altro rappresenta allo stesso tempo l'espressione di un dovere del medico (il fatto di informare il paziente circa il ventaglio di possibilità, convenzionali e non, a disposizione per affrontare il suo percorso terapeutico di guarigione o quanto meno di recupero di un livello accettabile di qualità della vita) ma anche di un diritto, nel senso che nel momento in cui il paziente sottoscrive in piena libertà e a fronte di tutte le indicazioni ricevute il proprio consenso ad un determinato tipo di trattamento o prestazione, il medico è tutelato dalla assunzione della completa responsabilità del percorso intrapreso. È come se attraverso l'uso di tale istituto si venisse a formalizzare una sorta di patto, di alleanza tra medico e paziente che sono così pervenuti insieme alla definizione dell'intero percorso e dei relativi passaggi.

Se quanto veniamo ad affermare è vero per la biomedicina, lo è certamente ancora di più per il settore delle MNC, dove l'incertezza rispetto alla validità o meno di determinati interventi terapeutici è innegabile,



dove il rischio di un uso scorretto dei prodotti prescritti non è poi così lontano dalla realtà, dove imbattersi in persone che approfittano della ingenuità di chi sta in quel momento soffrendo è più facile di quanto si creda.

A proposito della valenza del consenso informato in medicina e della importanza della sua applicazione all'ambito delle MNC, il Comitato Nazionale di Bioetica, nella Presentazione del documento dal titolo *Le medicine alternative e il problema del consenso informato*, approvato nella seduta plenaria del 18 marzo 2005, si è espresso in questo modo:

[...]il fondamento dell'eticità di ogni pratica medica non può che essere (tranne che in casi estremi) quello dell'accordo dialogico e competente tra il paziente e il terapeuta, non per questo si deve ritenere che quello del consenso informato del paziente sia un problema facilmente gestibile: sia la categoria del consenso, che ancor più quella dell'informazione sono estremamente complesse e non di rado ambigue. Nel caso delle medicine non convenzionali ai comuni problemi che queste tematiche fanno sorgere se ne aggiungono altri, più specifici e forse ancor più sottili [CNB 2005].

Il CNB, nel proprio documento, rileva e sottolinea l'importanza dell'autonomia e della libertà di cura del paziente, sia che si rivolga alla medicina scientifica tradizionale sia che decida di optare per un percorso che lo stesso Comitato definisce *alternativo*<sup>36</sup>.

Sottolinea inoltre l'importanza di fornire al paziente in particolare e al cittadino in generale tutte le informazioni relative agli aspetti rilevanti, positivi e negativi, delle MNC. Così come risulta indispensabile e do-

---

<sup>36</sup> Il CNB distingue tra:

- *medicine alternative* indicandole come «pratiche la cui efficacia non è accertabile con i criteri adottati dalla medicina scientifica» e che comprendono Pranoterapia, Medicina Ayurvedica, Medicina Antroposofica, Omotossicologia, Omeopatia, Medicina Tradizionale Cinese e Medicina Tibetana, Cromoterapia, Fiori di Bach, Reiki, iridologia, per citarne alcune
- *medicine empiriche*, cioè quelle «altre pratiche terapeutiche, come l'agopuntura riflessologica, la fitoterapia, la medicina manuale, che appaiono in casi determinati benefiche per i pazienti e che non sono sostanzialmente lontane da altre forme di terapia fisica (fangoterapia, crenoterapia, radarterapia, massoterapia, ecc.)» []

veroso per il medico essere informato sulla efficacia e sui limiti di tutte le prestazioni, siano esse scientificamente fondate oppure no.

*Al dovere del medico* di fornire al paziente tutte le informazioni indispensabili perché egli possa assumere in piena autonomia le proprie decisioni si affianca, come è noto, *l'onere del paziente* di fornire al medico tutte le informazioni possibili in suo possesso per garantire una corretta diagnosi e un'adeguata indicazione terapeutica. Nel campo delle medicine alternative questo dovere del paziente assume un rilievo cruciale in relazione alle possibili interazioni tra le sostanze prescritte secondo i paradigmi delle medicine alternative e quelle prescritte in base ai protocolli della medicina scientifica: tali interazioni possono impedire ai medici di effettuare una diagnosi corretta e di indicare la terapia ottimale per il paziente [ivi: 9].

È ancora una volta il dialogo ad essere messo al centro dell'attenzione; un dialogo improntato alla sincerità, alla fiducia nella prospettiva di intraprendere un percorso adeguato allo stato di salute del cittadino.

Ad un certo punto del suo documento, il CNB prende in considerazione la possibilità per il paziente di ricorrere a pratiche alternative, ma, partendo dal concetto di *libertà di cura* del medico afferma che:

[...] tale libertà deve necessariamente esercitarsi nella prospettiva fondamentale della tutela della salute del malato e quindi prevedere in primis la proposta al paziente dell'applicazione di rimedi di comprovata efficacia. Solo quando questi mancassero del tutto o si rivelassero nel caso concreto inefficaci (o comunque a minima probabilità statistica di efficacia) o comportassero contro-indicazioni istosse, o venissero comunque rifiutati espressamente dal paziente adeguatamente informato, potrebbe apparire lecito, col necessario consenso di questo, il passaggio verso altre terapie, purché però mai frutto di scelte soggettive e/o arbitrarie del terapeuta: è principio bioetico essenziale quello per il quale la libertà di cura debba sempre coniugarsi con la posizione di garanzia che l'ordinamento assegna al medico rispetto al paziente assistito [ibidem].

E conclude dicendo:

È comunque indubbio, a parere del CNB, che in alcune circostanze (in particolare nel caso di forme morbose non gravi o di pazienti ipocondriaci o in fase di terapia palliativa) appaia giustificato ricorrere alla somministrazione di sostanze o all'esecuzione di pratiche scientificamente non convalidate, *a condizione che il paziente, competente e informato, lo richieda espressamente*. Il CNB unanime ribadisce però che *nel caso di situazioni morbose sicuramente gravi*, per le quali esistono rimedi conosciuti ed efficaci, *non appare in alcun caso lecito, né giuridicamente, né deontologicamente, né bioeticamente che il medico non effettui gli accertamenti indicati dalla medicina scientifica e non ponga in essere ogni sforzo per chiarire al paziente le conseguenze di un suo eventuale rifiuto di quelle cure che tale medicina giudica utili o addirittura indispensabili*. Il CNB è quindi unanime nel ritenere che in tali casi le pratiche mediche non fondate scientificamente non possano *sostituire* quelle della medicina scientifica [ivi: 10].

Tendenzialmente a proposito della possibilità di rendere le MNC una delle materie oggetto di consenso, è possibile riscontrare due diversi ed opposti atteggiamenti tra i medici. Il primo è quello di chi si esprime negativamente e sottolineano la mancanza di evidenze scientifiche sufficienti e di un generale e condiviso consenso medico a supporto di un uso regolare delle MNC.

Si tratterebbe, per il medico, di mantenere fede al giuramento ippocratico di “non fare del male” offrendo al paziente false speranze basate su di un'informazione irresponsabile o incompleta; rischiando anche di distogliere il paziente dal trattamento convenzionale necessario per terapie potenzialmente inefficaci e pericolose [Giarelli 2005: 151-152].

Il secondo è quello che appartiene forse alla frangia più aperta della professione:

Chi invece risponde positivamente tende invece a privilegiare l'autonomia del paziente: è lo stesso presupposto del consenso informato – il paziente ha il diritto

di accedere a tutto il materiale informativo rilevante per la propria decisione terapeutica – a fondare il diritto del paziente all'integrità del proprio corpo e a determinare cosa sarà fatto con esso, comprese eventuali terapie non convenzionali ancora non condivise dalla maggioranza della comunità medica e non pienamente supportate da un corpo di evidenze scientifiche credibile. Attendere che tali terapie ricevano il consenso generale della maggioranza dei medici prima di richiederne l'inclusione nel consenso informato equivarrebbe quindi a precluderne l'accesso per molti pazienti. Ampliando il consenso informato sino ad includere le MNC si otterrebbe un doppio risultato: si supererebbe la storica opposizione della biomedicina verso forme terapeutiche non convenzionali e si filtrerebbe l'accesso a queste ultime da parte del paziente attraverso il suo medico. In questo modo il consenso informato diverrebbe una sorta di "cavallo di Troia" della medicina integrata, grazie alla discussione che esso innescerebbe tra medico e paziente su tutte le varie opzioni terapeutiche possibili [ivi: 152].

### **3.4 Una valutazione critica: possibilità e limiti**

Da quanto argomentato finora risultano chiare le implicazioni di una eventuale adozione del consenso informato nell'ambito delle prestazioni di MNC.

La puntuale, corretta ed esaustiva informazione al paziente è un dovere per il primo ed un diritto per il secondo e questo non è in discussione. Ma informazione rispetto a che cosa? Se riguarda il ventaglio di possibilità terapeutiche "altre", il medico dovrebbe essere messo in grado di approfondire determinate conoscenze, per non escludere a priori certe informazioni. Se l'informazione è centrata sugli effetti, glie eventuali rischi ed i limiti scientifici delle MNC, qui la questione si fa complicata.

Nell'ambito della ricerca medico scientifica occidentale, viene ritenuto valido ed efficace soltanto ciò che ottiene risultati positivi a seguito di rigorosi trials randomizzati e controllati alle cui logiche molto spesso le MNC non sono così facilmente riconducibili. Ma chi ci assi-

cura che questi tipi di sperimentazioni siano le uniche in grado di fornirci risposte circa la validità o meno di un certo tipo di trattamento?

Un altro punto di riflessione riguarda proprio la forma del consenso informato così come oggi viene utilizzato: una sorta di contenitore per la valutazione costi-benefici rispetto ad un trattamento. Ma come è possibile che le MNC, che il più delle volte sfuggono dal modello costi-benefici in quanto fanno riferimento ad altri tipi di logiche, ad altri linguaggi, possano adeguatamente rientrare nell'ottica del consenso informato?

Sono domande alle quali non è facile rispondere. Certo è che nella pratica si può tentare di modificare il modello prevalente attualmente in uso per rendere il consenso informato uno strumento di dialogo e di alleanza tra cittadino ed operatore sanitario.

## 4 Dalle MNC verso una medicina integrata?

### 4.1. Che cos'è la medicina integrata

Il concetto di medicina integrata non corrisponde ad una chiara ed univoca definizione universalmente accettata e condivisa. Nonostante questa difficoltà allo stesso tempo di tipo denotativo e connotativo, con i termini di *integrated medicine* (in Gran Bretagna) e di *integrative medicine* (in USA) si usa indicare una recente modalità di pratica medica che cerca appunto di “integrare” tra loro elementi, tecniche e strumenti propri della biomedicina con quelli propri delle cosiddette medicine non convenzionali (MNC).

Tale prospettiva nasce sicuramente dall'esigenza di trovare risposte adeguate ad una crescente domanda di salute e benessere da parte della popolazione, con una particolare attenzione a quelle che possono essere definite le strategie di *empowerment*, di coinvolgimento del cittadino all'interno dei processi di scelta e decisione relativi al proprio percorso di cura.

Questa tendenza è confermata dalla letteratura internazionale, in special modo di origine anglosassone, e da un crescente numero di ricerche che testimoniano un'incessante ascesa del ruolo delle *Complementary and Alternative Medicines* (CAM) nei percorsi di cura. C'è chi addirittura parla di “CAM mania” («Cam “craze”») [Coulter and Willis 2004: 588], prendendo spunto da alcune ricerche governative che affermano che, ad esempio, in Australia il 42% della popolazione ammette di utilizzare trattamenti e rimedi non convenzionali e di rivolgersi ad

esperti di medicine complementari e alternative. In particolare, un'indagine relativa all'area meridionale del paese mette in luce che, nel corso dell'anno 2000, gli Australiani hanno speso circa 2.3 bilioni di dollari in CAM, con un incremento del 62% dal 1993. Simili risultati sono stati evidenziati da altre ricerche effettuate ad esempio negli Stati Uniti ed in Gran Bretagna [ibidem].

La *medicina integrata*, dunque, si riferisce a quel tentativo di combinare il ventaglio di terapie mediche occidentali con terapie non convenzionali per le quali siano state identificate importanti evidenze scientifiche di sicurezza ed efficacia per i pazienti. Diverse sono le modalità e possibilità di implementazione di tale processo di integrazione. Generalmente gli stessi medici possono intraprendere percorsi di formazione sull'uso delle CAM (negli USA, ad esempio, la maggior parte dei medici che decide di iniziare tale percorso è prevalentemente interessata a pratiche come l'Agopuntura, l'Omeopatia, la Medicina Tradizionale Cinese e la Medicina Ayurvedica); altrimenti ci possono essere casi di inserimento di coloro che praticano terapie non convenzionali all'interno di centri medici tradizionali (è il caso di esperti in Chiropratica, Naturopatia, Omeopatia e Agopuntura), sempre che si tratti di soggetti autorizzati o registrati; infine, i medici potrebbero cercare di imparare quanto più possibile sulle CAM in modo tale da poter offrire informazioni utili e precise ai pazienti che fossero interessati anche a questo tipo di pratiche e trattamenti, recuperando inoltre quella apertura al dialogo che, forse, una certa ottusa chiusura nei confronti di ciò che non è convenzionale e ortodosso aveva forzato aumentando ancora di più l'innegabile allontanamento e la separazione tra la figura del medico e quella del paziente.

Andando oltre quelle che possono essere considerate le generali linee di tendenza ed i trend evolutivi della medicina integrata, allo scopo di delinearne un profilo più dettagliato evitando il rischio di considerare tale disciplina una sorta di contenitore nel quale far rientrare anche ciò

che medicina integrata non è, è possibile innanzi tutto indicare una data di nascita convenzionale, il 23-24 gennaio 2001, in cui i principali rappresentanti statunitensi della nuova disciplina si sono riuniti e confrontati con i colleghi britannici in occasione di una conferenza organizzata a Londra congiuntamente dal *National Center for Complementary and Alternative Medicine* di Bethesda e dal *Royal College of Physicians*<sup>1</sup> dal titolo eloquente: “Può la medicina alternativa essere integrata nell’assistenza convenzionale?”.

Questa conferenza è stata in qualche modo salutata e introdotta dalla pubblicazione, la settimana precedente, di un articolo sul *British Medical Journal*, una delle più autorevoli riviste medico-scientifiche a livello internazionale, dal titolo appunto “Integrated Medicine”.

I due autori dell’articolo, il Dott. L. Rees ed il Dott. A. Weil<sup>2</sup>, affermano che:

La medicina integrata non è semplicemente un sinonimo di medicina complementare. La medicina complementare si riferisce a trattamenti che possono essere utilizzati in aggiunta al trattamento convenzionale e non sono solitamente insegnati nelle facoltà mediche. La medicina integrata ha un significato ed una missione più ampi, poiché si focalizza sulla salute e sulla guarigione piuttosto che sulla malattia e sul trattamento. Considera i pazienti come persone integrali con mente e spirito così come corpo e include queste dimensioni nella diagnosi e nel trattamento. Essa coinvolge anche pazienti e medici nel lavoro di mantenimento della salute prestando attenzione a fattori legati agli stili di vita come la dieta, l’esercizio fisico, la qualità del riposo e del sonno, e la natura delle relazioni sociali [Rees e Weil 2001: 119].

Questa definizione sottolinea il fatto che la medicina integrata non è semplicemente il risultato di un processo di assimilazione o di integrazione selettiva e comunque subordinata di elementi complementari alla *Evidence Based Medicine*.

---

<sup>1</sup> La più antica istituzione della professione medica inglese, fondata dal Re Enrico VIII nel 1518.

<sup>2</sup> Il Dott. Rees è *director of education* del Royal College of Physicians ed il Prof. Weil è dell’Università dell’Arizona.



[...] qui la medicina integrata diviene l'occasione per un profondo ripensamento ed una rimessa in discussione del sapere e della pratica biomedica che coinvolgono l'approccio stesso al malato, il suo ruolo così come quello del terapeuta e la natura stessa dell'incontro terapeutico [Giarelli 2007: 44].

La medicina integrata allora viene a configurarsi come un processo sincretico di apertura e proposizione per la trasformazione del paradigma biomedico dominante.

#### **4.2 Esempi di integrazione a livello ospedaliero**

Facendo riferimento al contesto statunitense, è possibile osservare alcune esperienze di integrazione a livello ospedaliero e territoriale del tentativo di tradurre in esperienza pratica la filosofia e l'impianto teorico della medicina integrata.

A seguito della ormai certa e indiscussa crisi dell'egemonia biomedica, che inevitabilmente colpisce anche quella che potrebbe essere definita la sua istituzione cardine, vale a dire l'ospedale, a seguito anche della ridefinizione in atto del sistema di finanziamento<sup>3</sup>,

[...] per poter sopravvivere economicamente, gli ospedali hanno dunque cercato di aprire nuovi mercati e di differenziare la propria offerta di servizi. Molti di essi ormai rientrano in un continuum allargato dell'assistenza sanitaria<sup>4</sup> che si è espanso sino ad includere anche servizi preventivi, di promozione della salute (fitness) e di MNC, oltre a quelli classici di assistenza agli acuti e di riabilitazione: la maggior parte dei quali sono a pagamento diretto da parte dell'utenza, per il fatto che non sono rimborsati dalle assicurazioni [Giarelli 2006: 97].

---

<sup>3</sup> Nel contesto statunitense il sistema di finanziamento degli ospedali è basato principalmente sul meccanismo dei rimborsi dei ricoveri ad opera di un "terzo pagante", in particolare le assicurazioni private e il governo federale (MEDICARE e MEDICAID). Negli ultimi anni, entrambi questi paganti hanno cercato di contenere il più possibile i propri rimborsi tramite politiche basate sui Diagnosis Related Groups (DRGs) e i pagamenti prospettici a quota capitaria.

<sup>4</sup> Cfr. 5.2.

Ecco allora che probabilmente si spiega la ragione dell'interesse che in ambito ospedaliero sta suscitando la possibilità di sperimentare alcune modalità di MNC (soprattutto Agopuntura, Chiropratica e differenti tecniche di massaggio, in quanto forse più facilmente integrabili nel modello tradizionale di erogazione dei servizi sanitari tipico di un ospedale occidentale) che i cittadini sono disponibili a pagare direttamente.

Non si tratta ovviamente di un tentativo diffuso, ma di esperienze limitate a qualche realtà clinica, a qualche servizio, centro o programma all'interno del contesto ospedaliero di tipo tradizionale, ma che comunque possono essere presi in considerazione per l'innovazione portata a livello di ridefinizione della *mission* dell'istituzione ospedaliera, che viene dunque a configurarsi non più (almeno non più soltanto) come luogo della iperspecializzazione tecnico-scientifica, della frammentazione della persona considerata solo in base alla patologia o all'organo malato, della disumanizzazione della relazione medico-paziente o altro operatore sanitario-paziente, della *iatrogenesi* denunciata da Illich, ma soprattutto come istituzione orientata alla promozione della salute.

A chiusura di quanto argomentato finora dedichiamo riportiamo alcuni esempi di implementazione di tale processo di integrazione tra biomedicina e MNC, presentati nel volume *Medicine non convenzionali e pluralismo sanitario* dall'antropologo e sociologo della salute Guido Giarelli, che ha studiato in maniera sistematica il fenomeno, e a cui rinviamo per ulteriori approfondimenti.

Il Servizio di Medicina Integrativa del *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center* (MSKCC) è nato nel 1999 con lo scopo di ampliare la varietà di opzioni disponibili per i pazienti in grado migliorare la qualità della vita attraverso l'adozione di MNC in maniera complementare con le cure convenzionali.

Come afferma in un'intervista la direttrice del centro, Barrie Cassileth, sociologa,

i termini *medicina complementare* e *medicina alternativa* sono spesso usati come sinonimi ma, di fatto, esistono distinzioni assai importanti tra i due. Le terapie alternative, tipicamente, vengono promosse come opzioni terapeutiche praticabili, alternative alle terapie convenzionali come la chemioterapia, le radiazioni e la chirurgia. I programmi alternativi non sono dimostrati, sono costosi e potenzialmente dannosi. Il Servizio di Medicina Integrativa del Memorial Sloan-Kettering fornisce terapie complementari, ma nessuna terapia alternativa. Nel trattare la malattia, le terapie complementari non sono sostituti delle cure mediche convenzionali; esse vengono utilizzate di concerto con la terapia medica per aiutare ad alleviare lo stress, ridurre il dolore e l'ansia, gestire i sintomi e stimolare un sentimento di benessere [Intervista n. 4 in Giarelli 2005: 105].

Il Servizio si compone di tre settori: clinica, ricerca e formazione. A proposito dei servizi clinici, le MNC vengono offerte in aggiunta alle cure convenzionali prevalentemente allo scopo di ridurre il dolore, la depressione e la fatica che spesso si accompagnano alle patologie oncologiche ed ai loro percorsi terapeutici.

I servizi clinici si articolano in tre unità operative. La prima è rivolta ai ricoverati del MSKCC e prevede agopuntura, massaggi, terapie mente-corpo e musicoterapica. Le prestazioni sono gratuite e la prescrizione avviene ad opera di uno dei membri dell'équipe sanitaria o su richiesta del paziente stesso o di un suo familiare. Qui gli operatori delle MNC fanno parte integrante dello staff ospedaliero: valutano dalle cartelle cliniche le terapie non convenzionali più appropriate per il paziente e ne discutono con i colleghi medici e infermieri, documentando poi le terapie erogate ed i risultati ottenuti nella cartella stessa. Tutti hanno una abilitazione dello Stato di New York ed almeno cinque anni di esperienza. Molti degli operatori delle MNC sono medici o operatori sanitari di altro tipo divenuti esperti di uno più tipi di MNC [ibidem].

[...]La seconda unità operativa clinica ha sede a poca distanza dall'ospedale al Rockefeller Outpatient Papillon: essa si rivolge invece ai pazienti esterni e a coloro che ritornano per periodici controllo di follow-up. L'Integrative Medicine Center costituisce la terza unità operativa clinica ed è considerato un po' il gioiellino del Servizio. La struttura ove ha sede assomiglia più ad un centro termale che ad un ambulatorio: è un ampio ambiente ben decorato ed elegante che offre un'ampia serie di servizi a pagamento, dal massaggio svedese allo shiatsu, dalla ri-

flessologia al reiki, dal counseling nutrizionale all'agopuntura, dalla meditazione all'ipnosi, dalla musicoterapia all'arteterapia. Esso offre anche corsi di yoga, Tai chi, tecnica di Alexander e danza. Benché focalizzati nel campo delle terapie oncologiche, questi servizi sono aperti anche alla popolazione e a persone con altre diagnosi, come problemi di stress; come pure al personale ospedaliero del MSKCC, a costi ridotti per aiutarli ad affrontare lo stress connesso con il loro lavoro quotidiano di operatori sanitari [ivi: 105-106].

Oltre ai servizi clinici troviamo anche un centro di ricerca diretto dal Dott. Vickers, che svolge un'importante ed intensa attività di ricerca clinica sulle MNC in ambito oncologico.

Per quanto riguarda la programmazione, si è optato per l'adozione di modalità di implementazione flessibili per adattarsi meglio alle esigenze dei singoli pazienti.

Una particolare attenzione viene posta alla integrazione degli operatori delle MNC nel contesto di un'istituzione come quella ospedaliera: poiché molti di loro provengono dall'ambito privato, nel quale sono abituati ad operare individualmente, hanno necessità di conoscere le procedure di budget, le politiche del personale e le altre procedure e vincoli presenti in un contesto organizzativo complesso come quello ospedaliero e, soprattutto, l'impatto che questi hanno sull'erogazione del loro lavoro. Da questo punto di vista, i sistemi di comunicazione interna sono fondamentali: incontri di orientamento, regolari riunioni di staff, workshop di costruzione dell'équipe, assieme alla formazione sul lavoro sono strumenti fondamentali di socializzazione interna di questi professionisti non convenzionali nell'ambito istituzionale e organizzativo ospedaliero. L'affiancamento di un tutor individuale per lo sviluppo delle competenze cliniche e interpersonali e la supervisione da parte del manager di riferimento sulle tecniche utilizzate completano il quadro.

La filosofia di fondo è quella di far sì che gli operatori delle MNC possano quindi operare adeguatamente all'interno del modello biomedico: quest'ultimo non viene quindi rimesso in discussione, sono gli operatori non convenzionali che, dovendo operare nell'ambito di servizi clinici definiti da medici e da manager, debbono allineare il proprio lavoro secondo gli standard ed i protocolli convenzionali. In questa logica, un ruolo fondamentale viene assunto dalla componente manageriale, che costituisce una presenza costante in grado di monitorare e supportare il personale non convenzionale ai diversi livelli: essa comprende un portavoce per la co-

municazione interprofessionale con gli altri operatori convenzionali; un manager che presiede alla politica di integrazione, gestisce lo staff e definisce il programma del Servizio; e un supervisore front-line che gestisce le problematiche del lavoro e delle relazioni quotidiane [ivi: 106-107].

### 4.3 Esempi di integrazione a livello di servizi territoriali

Partendo ancora una volta dall'analisi del contesto statunitense, Lo stesso Autore rileva l'esistenza di almeno quattro differenti forme organizzative di medicina integrata a livello territoriale:

- *network* di medici e operatori delle MNC che, pur restando indipendenti, si associano in reti o organizzazioni;
- centri di medicina integrata di tipo poliambulatoriale;
- programmi di *disease management* integrato ospedale-territorio con inclusione anche delle MNC;
- programmi di prevenzione e di promozione della salute con la costruzione di sistemi di servizi integrati inclusivi anche delle MNC [ivi: 110].

Un esempio della prima forma organizzativa delineata è rappresentato dai *Complementary Healthcare Plans dell'Oregon*. Si tratta di una struttura costituita da una rete di operatori di MNC, nata a Portland nello stato dell'Oregon, derivata dall'espansione di una rete di medici chiropratici istituita nel 1989 (*ChiroNet*), che aveva la peculiarità di contrattare le tariffe delle proprie prestazioni con diverse assicurazioni e datori di lavoro, che si è sviluppata fino a diventare una PPO<sup>5</sup> efficiente in grado di fornire prestazioni di qualità.

---

<sup>5</sup> Le *Preferred Provider Organizations* (PPO) sono organizzazioni di operatori selezionati che erogano prestazioni di qualità a costi contenuti grazie ad una modalità di contrattazione diretta con le assicurazioni e all'adozione di sconti sui pagamenti in cambio della garanzia di un determinato volume di lavoro, cosicché queste possono offrire ai propri assicurati premi a prezzi ridotti. Si differenziano dalle *Independent Practice Associations* (IPA), che sono invece reti di ambulatori indipendenti, solitamente composte da operatori della medesima specia-

Agli originari 260 chiropratici di *ChiroNet* si sono così aggiunti nel 1998 altri tre *networks* composti da operatori di agopuntura (*AcuMedNet*), naturopatia (*NatureNet*) e massaggio (*CHP Massage Therapy Network*). L'originario modello organizzativo di PPO si è così espanso, pur mantenendo l'originaria *vision* che comportava il tentativo di integrare un'attività clinica di qualità con un *management* fondato sul rapporto costo-efficacia delle prestazioni erogate: il che si è cercato di ottenere integrando le attività cliniche degli operatori con l'attività organizzativa dei manager professionali che operano nell'organizzazione. [ivi: 111].

Per quanto riguarda le modalità di reclutamento dei cittadini,

I CHP prevedono l'accesso libero e diretto del paziente assicurato alla propria rete di operatori senza necessità di riferimento da parte di un medico di medicina generale con funzione di filtro (*gatekeeper*): è stato possibile così eliminare la necessità, spesso problematica, della autorizzazione preliminare al trattamento grazie al coinvolgimento dei *network* di operatori nella condivisione del rischio finanziario con le assicurazioni con cui vengono stipulati i contratti. Vengono attuate, a questo scopo, forme di valutazione tra pari (*peer review*) che consentono di definire tra operatori che condividono esperienze simili quali sono i trattamenti più appropriati per ciascuna patologia, la loro durata e le eventuali eccezioni.

Altre strategie di *utilization management* supervisionate dal direttore sanitario del *network* con il supporto di un comitato composto da operatori sono l'introduzione di forme di co-pagamento da parte dei pazienti<sup>6</sup>, l'utilizzo del processo di accreditamento per la selezione di operatori i cui profili corrispondano alla politica del *network*<sup>7</sup>, il monitoraggio costante degli operatori mediante la redazione di profili di *performance* relativi alle loro pratiche cliniche, l'utilizzo del sistema informativo per raccogliere i dati clinici ed economici relativi alle prestazioni ed un *management* della qualità fondato sul rapporto diretto tra direttore sa-

---

lità (es. chiropratici). Gli operatori che ne fanno parte contrattano collettivamente con diverse assicurazioni le tariffe delle proprie prestazioni, che possono poi essere remunerate a onorario o a quota capitarla [ivi: 110-111].

<sup>6</sup> Generalmente tra i 10 e 15 \$, considerate un deterrente efficace all'utilizzo di prestazioni non necessarie.

<sup>7</sup> Gli operatori del *network* aderiscono agli standard previsti dalla *National Commission on Quality Assurance* (NCQA) che prevedono l'utilizzo di tre profili dell'operatore: uno della filosofia professionale, uno delle competenze pratiche ed uno economico. In aggiunta, i CHP effettuano visite dirette sul luogo di attività dell'operatore. Una volta ammessi nel *network*, gli operatori lavorano collegialmente e a pieno titolo con i colleghi ed i manager: un indicatore di successo di tale rapporto di *partnership* viene considerato il fatto che, dalla sua fondazione nel 1989, il *network* ha avuto un turnover degli operatori di meno del 2% [ivi:346].

nitario e operatori di tipo persuasivo anziché fondato su pratiche amministrative<sup>8</sup>. Anziché puntare, come altre PPO di tipo convenzionale, su forti sconti per attrarre gli assicurati, si preferisce quindi puntare sulla qualità delle prestazioni erogate anche grazie al coinvolgimento diretto degli operatori. I CHP hanno avuto un'eccellente valutazione da parte di un'agenzia indipendente<sup>9</sup> nel 1998: sulla base delle risposte fornite dai propri operatori, *ChiroNet* è stato giudicato la miglior organizzazione di chiropratici negli USA con l'89% di valutazioni "eccellente". Anche il tasso di reclami è piuttosto basso, pari allo 0,6 per mille assicurati.

Il *Kent Community Health Center*<sup>10</sup> rappresenta invece un esempio di centro di medicina integrata di tipo poliambulatoriale:

Vi operano, oltre a medici e infermieri, osteopati, naturopati e agopuntori, tutti provvisti di abilitazione e con la supervisione clinica di un direttore sanitario esperto di MNC. Una particolare attenzione viene posta sulla collaborazione e comunicazione interdisciplinare tra gli operatori convenzionali e non, che si riuniscono regolarmente a scadenza mensile per discutere i problemi clinici sorti quotidianamente. Vengono anche tenuti incontri formativi sul lavoro relativi ai bisogni di particolari tipologie di pazienti, specifici approcci e terapie non convenzionali e questioni di politica sanitaria più generali.

Il Centro eroga normalmente prestazioni di medicina generale: l'utilizzo di MNC è una questione di scelta da parte del paziente. La clinica ha comunque una lista di patologie per quali viene considerata obbligatoria la visita preliminare di un medico di medicina generale<sup>11</sup>; gli operatori riferiscono anche esternamente i pazienti sia a ospedali e specialisti medici che a operatori non convenzionali (chiropratici e massaggiatori). Le patologie prevalenti sono comunque in maniera rilevante quelle cronico-degenerative, in particolare diabete, asma e malattie cardiovascolari.

Periodicamente, vengono svolte indagini di soddisfazione dei pazienti, anche da parte di MEDICAID, i cui risultati positivi hanno indotto il *management* a proporre l'estensione delle MNC anche agli altri centri dell'organizzazione. Dato il profi-

---

<sup>8</sup> Comune è il ricorso, nell'ambito della *managed care* statunitense, a pratiche amministrative di tipo sanzionatorio nei confronti degli operatori per scoraggiarli da un eccesso di prestazioni, come tagli ai rimborsi e risoluzione dei contratti.

<sup>9</sup> La *Performance Marketing* di Vancouver.

<sup>10</sup> Il *Kent Community Health Center* è parte dei *Community Health Centers* della Contea di King, nello Stato di Washington, una organizzazione *non-profit* composta da sei centri di salute comunitaria che erogano assistenza primaria rivolta prevalentemente alla popolazione deprivilegiata [ivi]

<sup>11</sup> Si tratta di patologie particolarmente acute e che normalmente risultano in una ospedalizzazione.

lo sociale atipico degli utenti del Centro per le MNC, un particolare rilievo ha la questione del loro rimborso: circa la metà dei pazienti sono infatti persone a basso reddito con nessuna copertura assicurativa, mentre l'altra metà o sono coperti da MEDICAID oppure hanno una copertura molto limitata fornita da programmi assicurativi per persone a basso reddito sponsorizzati dallo Stato di Washington [ivi: 111].

I programmi di *disease management* rappresentano la modalità di integrazione tra il livello territoriale di intervento ed il livello ospedaliero. La loro organizzazione ed implementazione costituisce un tentativo di risposta alla gestione delle patologie croniche che rappresentano una caratteristica ormai importante e sempre più diffusa delle società contemporanee e che costituiscono una vera e propria sfida al ruolo che un sistema sanitario, orientato per sua natura a ricercare e favorire il benessere della popolazione, si trova oggi ad affrontare.

Il ruolo che le MNC possono giocare a questo livello è esemplificato dall'*Ornish Program*, un progetto pilota avviato nel 1993 e rifinanziato dal governo federale nel 1999 per sperimentare la possibilità di un programma comprensivo di modificazione degli stili di vita come alternativa efficiente ed efficace ai trattamenti medici convenzionali previsti per i pazienti cardiovascolari in carico a MEDICARE. Il programma, denominato *Multicenter Lifestyle Demonstration Project*, ha interessato 333 pazienti nel programma originario e 1.800 pazienti in quello successivo, selezionati tra quelli in carico a MEDICARE con gravi patologie coronariche, che hanno accettato di seguire il percorso proposto dal dott. Dean Ornish<sup>12</sup> per le patologie cardiovascolari. Fondato sull'idea di creare un'alternativa alla chirurgia del *bypass* e all'angioplastica, si tratta di un programma comprensivo che include modificazioni nello stile di vita e nell'alimentazione, una terapia farmacologica di riduzione dei lipidi, un intervento chirurgico parziale di *bypass* ileale e la nutrizione parenterale: il che dovrebbe consentire di rendere reversibile o, almeno, di bloccare la progressione dell'aterosclerosi coronarica [Ornish *et al.* 1990]. Il programma pilota originario del 1993 prevedeva che una serie di *équipe*

---

<sup>12</sup> Professore di Medicina all'Università di California, San Francisco, fondatore e presidente del *Preventive Medicine Research Institute* di Sausalito, in California, fondatore dell'*Osher Center for Integrative Medicine* della medesima Università, autore di vari bestseller sull'efficacia degli interventi preventivi nelle patologie cardiovascolari, già consigliere medico del presidente Clinton.



multidisciplinari in 16 diversi ospedali del paese fossero formate da personale del *Preventive Medicine Research Institute* di Sausalito per apprendere come motivare i propri pazienti a seguire il programma comprensivo proposto dal dott. Ornish in alternativa alla rivascolarizzazione. Le *équipe* comprendevano cardiologi, dietologi, fisiologi, psicologi, infermieri, cuochi, esperti di gestione dello stress e personale amministrativo: esse si incontravano con i propri gruppi sperimentali di pazienti tre volte alla settimana per 12 settimane, più una volta alla settimana per ulteriori nove mesi. Le sessioni, della durata media di 4 ore, prevedevano: un'ora di esercizi, una di tecniche di gestione dello stress, una di supporto di gruppo ed una di consumo di un pasto.

Una serie di gruppi di controllo composti da pazienti con caratteristiche similari sottoposti a rivascolarizzazione da circa un mese vennero selezionati da un'assicurazione, la *Mutual* di Omaha, per confrontare i risultati sotto il profilo del costo-efficacia<sup>13</sup>. I risultati del progetto pilota risultarono confortanti: dei 194 pazienti del gruppo sperimentale, 150 (77,3%) furono in grado di evitare la rivascolarizzazione (angioplastica o *bypass*) contro il 100% di interventi nel gruppo di controllo<sup>14</sup>, senza che per questo la frequenza di eventi cardiaci avversi<sup>15</sup> aumentasse. Inoltre, il costo medio per ciascun paziente di questo intervento comprensivo fu di \$ 7.000, comparato al costo medio per un'angioplastica di \$ 31.000, o di un'operazione di *bypass* di \$ 46.000. Il che ha consentito di considerare il programma non soltanto come equivalente per sicurezza ed efficacia terapeutica, ma anche migliore in termini di valutazione costi-efficacia rispetto agli interventi tradizionali di rivascolarizzazione effettuati nei pazienti con gravi patologie coronariche. Nonostante questi risultati, soltanto circa 40 compagnie assicurative offrono il rimborso del programma di Ornish (e spesso soltanto parzialmente) in alternativa a interventi di rivascolarizzazione, in quanto lo considerano semplicemente come un intervento di prevenzione e non anche terapeutico<sup>16</sup>.

Anche se il ruolo delle MNC in questo programma può apparire di per sé limitato (in quanto relativo soltanto alle diete alternative proposte nell'alimentazione), il suo significato più generale può essere considerato rilevante, dal momento che

---

<sup>13</sup> Dei 333 pazienti complessivamente coinvolti, 194 furono inclusi nel gruppo sperimentale e 139 nel gruppo di controllo.

<sup>14</sup> Dei 139 pazienti del gruppo di controllo, 66 furono sottoposti ad angioplastica e 73 a *bypass*.

<sup>15</sup> Come infarto miocardico, *stroke*, mortalità per cause cardiache e non.

<sup>16</sup> I pazienti con problemi cardiovascolari incontrano grosse difficoltà ad ottenere copertura sanitaria adeguata dalle assicurazioni negli USA, dati gli alti costi sanitari che questi pazienti comportano, rendendoli assai poco remunerativi dal punto di vista di quest'ultime: lo dimostra anche l'alto tasso di *turn over* di questi pazienti, che ormai raggiunge circa il 20-30% di pazienti che debbono cambiare assicurazione ogni anno.

dimostra che una nuova medicina integrata, orientata alla salute mediante interventi di prevenzione terziaria fondati sulla modificazione degli stili di vita può costituire, almeno in certi casi, un'alternativa valida a una medicina convenzionale orientata alla malattia e fondata su interventi di tipo chirurgico [ivi: 116-118].

L'ultima forma organizzativa della medicina integrata a livello territoriale presa in considerazione, vale a dire i programmi di prevenzione promozione della salute attraverso la costruzione di sistemi di servizi integrati, che prevedono anche l'adozione di MNC, può essere esemplificata dall'*Akron General Health System*, che comprende tre ospedali, numerosi ambulatori medici e diversi centri di salute comunitaria.

Un esempio di questo possibile incontro tra MNC e nuovi programmi di promozione della salute è costituito dall'*Akron General Health System*, che include tre ospedali, numerosi ambulatori medici e vari centri di salute comunitaria. Tra questi, l'*Akron General Health and Wellness Center* aperto nel 1996 nella Contea di Summit (Houston), comprende un'ampia serie di servizi diagnostici, ambulatoriali, chirurgici, riabilitativi e di medicina fisica e servizi di promozione del benessere. Il Centro comprende anche una unità di fitness, *Lifestyles*, premiata nel 1997 dalla Medical Fitness Association come miglior centro di fitness degli USA e riservata esclusivamente ai suoi 2.600 iscritti, orientata alla prevenzione mediante l'attività fisica e l'intervento sugli stili di vita connessi alle malattie. Molti dei pazienti sottoposti a trattamento riabilitativo che necessitano di programmi di prevenzione terziaria si iscrivono così a *Lifestyles* per completare il loro continuum assistenziale sottoponendosi alle circa duecento diverse attrezzature computerizzate per esercizi cardiovascolari, ai sei circuiti completi di attrezzature di rafforzamento e resistenza muscolare o ai gruppi di esercizi nell'acqua svolti nella piscina, inclusa quella terapeutica riscaldata. Vi sono anche corsi di gruppo sul controllo del peso centrati su diverse tecniche, tra cui il T'ai chi; ed una palestra utilizzata per programmi di riabilitazione cardiorespiratoria e di terapia fisica per l'analisi del cammino ed un programma di fitness rivolto ai bambini dai 6 ai 12 anni (*Kidstyles*). Un centro per conferenze, un ristorante naturista e un centro termale con fanghi, idroterapia e copertura con alghe marine completano il quadro dei servizi di promozione della salute offerti dal Centro.

Il Centro viene riconosciuto come il primo ad aver tentato con successo la strada della costruzione di un servizio riabilitativo integrato con un programma di pre-

venzione fondato sull'iscrizione volontaria ad un centro di fitness. Anche sul piano economico, la razionalità di quest'approccio fondato sulla espansione del continuum sanitario si evidenzia nella sua capacità di evitare sprechi di risorse dovuti a duplicazioni, come quella tra le attrezzature destinate alla terapia fisica e quelle proprie del fitness center per la riabilitazione cardiorespiratoria. Anche buona parte dello staff, oltre alle attrezzature, è in comune all'interno degli stessi spazi senza barriere: fisiatristi, infermiere specializzate in riabilitazione cardiorespiratoria, fisioterapisti e formatori atletici. Pazienti con bombole d'ossigeno o in carrozzina o con le stampelle si ritrovano quindi fianco a fianco con membri iscritti al centro di fitness anche assolutamente sani, grazie al fatto che l'enfasi non è tanto sulla prestazione fisica quanto sulla promozione ed il mantenimento della salute. L'età media dei membri di Lifestyles risulta attorno ai 48 anni, più elevata di quella tipica dei centri non medici di fitness (32 anni); molti di loro non sono mai stati iscritti prima ad un centro di questo genere.

Il Centro ha in programma la costituzione di una unità vera e propria di MNC con agopuntura, chiropratica e prodotti nutritivi naturali [ivi: 118-119].

#### **4.4 Problemi e prospettive dell'integrazione**

Quello della sicurezza e dell'efficacia per i cittadini rappresenta sicuramente uno degli ambiti più controversi nell'acceso dibattito sulle CAM ed uno dei maggiori terreni di scontro tra i sostenitori della medicina ortodossa e coloro che praticano le CAM. Secondo i primi, in effetti, la non serietà e la potenziale pericolosità delle medicine non convenzionali sarebbe da rintracciare proprio nella mancanza di evidenze scientifiche comparabili a quelle delle pratiche della medicina occidentale. Anche se, a ragion del vero, queste affermazioni sono effettuate in un periodo, come appunto quello contemporaneo, in cui proprio la medicina occidentale, convenzionale, ortodossa, basata sulle evidenze (*Evidence Based Medicine: EBM*) è più che mai nell'occhio del ciclone, chiamata a difendersi da continui attacchi contro la sua presunta e/o reale nocività.

In risposta all'aumento della diffusione del ricorso a pratiche e terapie tipiche delle medicine complementari e alternative, molti governi

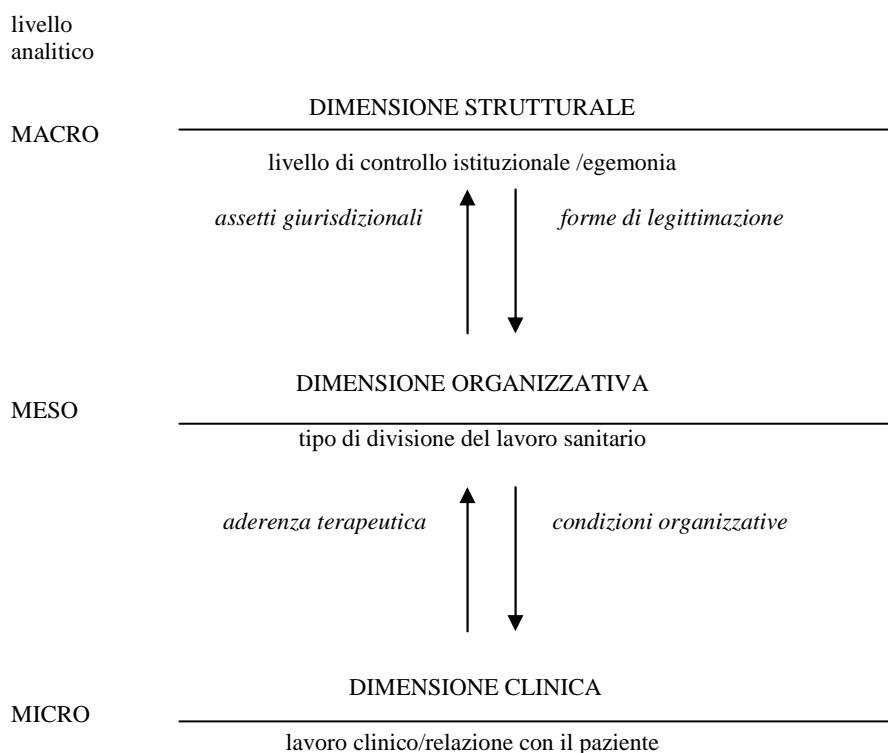
stanno cercando valide modalità per garantire la sicurezza dei pazienti e per rispondere adeguatamente ai casi di reclamo e contenzioso. Nel 2002, ad esempio, il Primo Ufficiale Sanitario (*Chief Health Officer*) del New South Wales ha diffuso un documento in cui viene sottolineata la necessità di una regolamentazione di coloro che praticano le CAM. Punto di partenza delle argomentazioni di tale documento è l'affermazione che, nonostante l'attuale mancanza di standard, regolamentazione e sorveglianza sulle CAM porti a considerarle poco rischiose, in realtà esistono rischi reali associati al loro uso. Rischi che possono essere di carattere specifico o generico, come ad esempio il rischio, non di poco conto, che un paziente ha di essere in qualche modo "allontanato" da un appropriato percorso medico terapeutico, oppure la incapacità del terapeuta non convenzionale di effettuare una corretta diagnosi relativamente ad una grave patologia mettendo così in serio pericolo la vita del paziente.

Come valutare quindi tutto ciò alla luce di una possibile e forse auspicabile integrazione tra biomedicina e medicine complementari e alternative? Quali possono essere gli strumenti e le modalità più adatte a rispondere, da un lato, alla crescente richiesta di salute e benessere da parte dei cittadini e, dall'altro, alla innegabile e non trascurabile esigenza di garantirne la sicurezza?

La risposta non è semplice ed implica il coinvolgimento di almeno tre livelli di intervento. A livello *macro*, l'obiettivo potrebbe essere rintracciato nella necessità di un dialogo aperto tra approccio biomedico classico, occidentale, dualista (fondato sul binomio cartesiano della distinzione tra mente e corpo) ed approccio olistico delle MNC (fondato sulla visione e sulla considerazione dell'essere umano nella sua unità di corpo mente e spirito); a livello *meso*, si possono indicare le differenti modalità di attuazione pratica e di spendibilità della integrazione culturale appena descritta; a livello *micro*, fondamentale appare il coinvolgimento di tutti gli attori che, a vario titolo, operano nel vasto universo

socio-sanitario, senza dimenticare il ruolo non secondario del cittadino, che, da paziente passivo e remissivo, è oggi più che mai soggetto attivo e portatore di interessi che non possono più essere ignorati oltre.

Fig. 11 – Un modello connessionista e multidimensionale per l'analisi dei tre livelli-problema dell'integrazione



Fonte: Giarelli [2005: 123]

Ma quali sono allora i rischi che l'adozione di una medicina integrata può comportare? Come si pongono di fronte a tale eventualità strutture, medici e pazienti? Qual è la posizione del medico che decide di adottare e praticare alcune forme e modalità di MNC (o CAM) in maniera complementare all'uso di tecniche di diagnosi e terapia di tipo convenzionale, oppure che rinvia i propri pazienti ad operatori del settore? E, di contro, qual è la posizione del paziente nella eventualità che si verificano errori e danni a seguito di percorsi di cura fondati sulle MNC? La risposta a tali interrogativi rinvia sicuramente a tutta una serie di questioni sia di natura giuridica sia di natura deontologica, che

però non hanno ancora trovato un trattamento soddisfacente né in ambito giurisprudenziale né tantomeno in relazione agli esistenti codici deontologici.

Non esistono o sono molto scarsi i riferimenti normativi e giurisprudenziali che consentano una definizione puntuale e precisa delle modalità di applicazione delle norme riguardanti la cosiddetta *malpractice* ai medici che adottano una qualche forma di MNC. Anzi, dal punto di vista giurisprudenziale, sembrerebbe che i medici che decidono di praticare un tipo di medicina integrata, ampliando in tal modo il proprio ambito di intervento professionale, possano andare incontro a maggiori rischi di *malpractice* rispetto agli operatori di MNC non medici. È quanto confermato da uno studio effettuato negli Stati Uniti, dove, a fronte di un'analisi relativa alla responsabilità per *malpractice* dei medici e degli operatori non medici di CAM, è risultato che i casi di chiropratici denunciati per *malpractice* rappresentavano, in rapporto al loro numero complessivo, circa un terzo di quello dei medici tradizionali.

Le ragioni di tale situazione dovrebbero essere già rintracciate nella stessa definizione giuridica di *malpractice*: una «pratica non competente che non si conforma ad uno standard assistenziale della professione e risulta in un danno al paziente» [Cohen 1988: 56]. Secondo tale definizione, allora, il cosiddetto “medico integrato” sarebbe colpevole di *malpractice* già soltanto per il semplice fatto di aver integrato la propria attività professionale con elementi derivanti dalle MNC, allontanandosi così facendo da quelli che sono considerati e accettati come standard assistenziali convenzionali della pratica biomedica, o meglio da una lettura degli stessi di tipo conservatrice.

Due appaiono, dunque, le questioni principali sollevate dalla appena ricordata definizione di *malpractice* dal punto di vista giuridico: quella relativa agli standard assistenziali ed alla loro interpretazione conservatrice; e quella relativa al tema del danno al paziente, con le conseguen-

ze di carattere non solo giuridico, ma anche deontologico ed etico, che ne derivano.

Per quanto riguarda gli standard assistenziali, è necessario a questo punto precisare che non si tratta di norme fissate per sempre ed immutabili, ma, più semplicemente, di un punto di riferimento per la pratica medica rinvenibili in linee guida formulate da associazioni professionali, società scientifiche, agenzie governative, istituzioni ospedaliere, come risultato di un dibattito tra pari (*peer discussion*) che vede l'accordo e il consenso della comunità scientifica di riferimento e che evolve di pari passo con le trasformazioni di quest'ultima e del pensiero scientifico. Alla luce di quanto argomentato è possibile comprendere alcune ragioni del rifiuto spesso acritico ed automatico della maggior parte dei trattamenti appartenenti alle CAM, considerati al di fuori degli standard assistenziali consolidati in quanto non ritenuti efficaci e sicuri dalla comunità scientifica internazionale.

Di fronte a tale situazione di incertezza normativa e giuridica e di fronte alla già accennata definizione alquanto riduttiva di *malpractice*, due sono le linee difensive solitamente adottate negli USA relativamente ai casi di *malpractice* sull'uso della medicina integrata: quella della "minoranza rispettabile" e quella della "innovazione clinica" [ivi: 26-28].

La prima linea difensiva, chiamata anche "delle due scuole di pensiero", prevede che un medico non sia responsabile per *malpractice* nel caso in cui decida di utilizzare tecniche e/o trattamenti non appartenenti alla conoscenza e alla pratica biomediche ma che verrebbero comunque adottate, in casi simili, anche da una minoranza rispettabile interna alla professione. Quindi, un medico è libero di scegliere di adottare approcci alternativi alle consolidate attività di diagnosi e di terapia, se questi

sono condivisi da una scuola di pensiero interna alla comunità scientifica di riferimento, anche se minoritaria<sup>17</sup>.

La seconda linea difensiva giustifica l'uso di procedure terapeutiche *innovative* soltanto in relazione a particolari pazienti o a situazioni senza alcuna speranza. L'*innovazione*, quindi, non è e non deve essere considerata sinonimo di *sperimentazione*, poiché in tal caso verrebbe violata la normativa esistente che tutela e protegge il paziente dal divenire oggetto ignaro di sperimentazioni e ricerche scientifiche.

Per quanto riguarda il secondo ambito d'analisi, quello del danno al paziente, qual è, alla luce di quanto argomentato finora, la posizione del cittadino che si trova di fronte alla possibilità di intraprendere un percorso di cura non convenzionale e/o integrato? In questo caso qual è il comportamento che il medico deve tenere: consigliare al paziente di fare ricorso alle MNC, rischiando in tal modo, in caso di esito negativo della evoluzione della patologia, di essere passibile di citazione in giudizio per *malpractice*; oppure rifiutare a priori di farsi carico della responsabilità di un percorso di cura alternativo e/o integrato lasciando il paziente e la sua malattia a se stesso o eventualmente ad altri erogatori?

Il confine tra giurisprudenza e deontologia appare sempre più sfumato. Si sente parlare spesso di “medicina difensiva”, proprio in riferimento a quello che sembra oggi l'atteggiamento prevalente all'interno della professione medica: i medici oggi sembrano, infatti, sempre più preoccupati di ed occupati ad evitare situazioni che, in qualche modo, possano metterli in una posizione dubbia rispetto al proprio operato ed alla conseguente necessaria giustificazione. Che fine fa allora il paziente? O meglio, che ne è di quel rapporto di fiducia, empatico, personale, intimo, che è alla base della cosiddetta “buona pratica medica”?

Certo la “colpa”, in questo caso, non è tutta dalla parte dei professionisti, ma anche della situazione di incertezza giuridica e normativa

---

<sup>17</sup> In realtà, anche in questo caso, non esiste una univoca interpretazione di ciò che si deve intendere per “minoranza rispettabile” all'interno della professione e questo ha dato adito a varie e differenti interpretazioni dei tribunali statunitensi.



che abbiamo delineato: negli USA, ad esempio, relativamente ai rari casi che si sono verificati, i tribunali, ravvisando un abuso di fiducia dei pazienti da parte di quei medici che hanno loro proposto l'adozione di trattamenti e percorsi al di fuori del modello biomedico occidentale, hanno espresso giudizi non sempre a favore degli stessi professionisti.

A tale proposito, la terza linea difensiva adottata è quella definita di "assunzione del rischio", che prevede che il medico non possa essere accusato di *malpractice* qualora il paziente si assuma la piena responsabilità del percorso terapeutico intrapreso. I tribunali statunitensi generalmente distinguono tra "assunzione espressa del rischio" "assunzione implicita del rischio": nel primo caso il medico è del tutto esonerato da ogni responsabilità, dato che è lo stesso paziente ad assolverlo dal dovere di curarlo secondo gli standard riferibili alla comunità scientifica; nel secondo caso, si parla invece di "negligenza comparativa", dove la responsabilità del medico si riduce a fronte della responsabilità del paziente [ivi: 27].

La adozione delle tre linee difensive indicate, comunque, non costituisce una completa ed esaustiva modalità difensiva nei confronti di un'accusa di *malpractice* relativamente all'adozione di una medicina integrata. Ne deriva la assoluta necessità, non soltanto negli USA ma anche nella maggior parte degli altri paesi industrializzati dove si registra un crescente aumento del ricorso alle CAM e la adozione di modalità che integrano medicine non convenzionali e approccio biomedico, di politiche che vadano nel senso di una rielaborazione anche normativa che riesca a colmare quel vuoto legislativo che oggi si registra e che impedisce una corretta e puntuale implementazione di percorsi sanitari anche non convenzionali, sempre nel rispetto della efficacia dei trattamenti e della sicurezza per le persone.

Secondo Cohen, tre sono i fattori che tale normativa in materia di CAM e medicina integrata dovrebbe prendere in considerazione: il rischio legato ad una particolare e specifica terapia (dato che ognuna pre-

senta un grado di rischio differente ed alcune rischi che sono ancora poco conosciuti o difficilmente definibili in termini scientifici ortodossi); il grado di probabilità di esito infausto della patologia indipendentemente dall'uso di tecniche e terapie complementari e alternative; in che misura l'abbandono dell'assistenza di tipo convenzionale a favore dell'adozione di terapie complementari e alternative sono state la causa diretta ed effettiva del danno subito dal paziente [Cohen 2000: 34-35].

La adozione della cosiddetta medicina integrata, dunque, deve essere letta, da un lato, come una ulteriore opportunità di rispondere alle richieste di salute dei cittadini, soggetti sempre più attivi ed autodeterminati, pronti a voler agire in primis le decisioni e le scelte relative ai propri percorsi di cura e, dall'altro, come ulteriore possibilità per quei medici che vogliono e sono interessati a sperimentare nuove forme e percorsi di cura nel tentativo di rispondere in maniera sempre più adeguata ai bisogni di salute espressi dalla popolazione.

Integrazione, quindi, come sfida per la riqualificazione del rapporto medico-paziente nella dimensione clinica, attraverso l'instaurazione di una relazione egualitaria tra medico e paziente, e come sfida per la ridefinizione dei sistemi sanitari e socio-sanitari nella dimensione organizzativo-strutturale. In effetti, è proprio a partire da una relazione di co-produzione di senso, fondata empaticamente, che pare possibile delineare possibili scenari futuri di gestione dell'incertezza e del rischio clinico.

Fare propria e accettare la consapevolezza della impossibilità di annullare l'incertezza o di eliminare definitivamente il rischio e gli errori in ambito medico sanitario non significa assumere un atteggiamento rinunciatario a priori della possibilità di riduzione degli stessi. Molto può essere fatto in questo senso, a patto di un totale coinvolgimento, senza riserve, di tutti gli attori coinvolti, siano essi singoli individui, istituti o organizzazioni.

## *5 La ricerca regionale sulla tutela del paziente e il consenso informato*

### **5.1 Introduzione: cenni sulla situazione europea e italiana**

Nel nostro paese, nonostante l'interesse crescente e la mobilitazione di operatori, forze politiche e cittadini, l'iter per il riconoscimento legislativo delle MNC non ha ancora prodotto i risultati da più parti auspicati. Questa disomogeneità rispetto a quanto, ad esempio, accade in altri paesi non è affatto una peculiarità tutta italiana, quanto piuttosto lo specchio della varietà e della articolazione della situazione delle MNC in Europa.

A fronte di un sempre maggiore ricorso alle pratiche ed alle terapie non convenzionali da parte di fasce sempre più ampie della popolazione ed in seguito alla sentita necessità da parte degli stati di mettere un po' d'ordine nell'universo delle MNC avendo come principale obiettivo (dichiarato) la sicurezza e la tutela della popolazione, il Parlamento Europeo già nel 1992 aveva emanato una direttiva che aveva i seguenti obiettivi:

- favorire la libera circolazione dei medicinali omeopatici all'interno della Comunità Europea;
- garantire l'accesso alle terapie da parte dei pazienti;
- offrire garanzie di qualità e sicurezza dei prodotti, prevedendo una procedura semplificata per l'immissione in commercio di questi farmaci [Rossi e Di Stefano 2007: 139].

Inoltre la successiva Risoluzione del Parlamento Europeo del 29 maggio 1997, in risposta alla progressiva ed inarrestabile diffusione delle MNC tra la popolazione, poneva l'accento sulla necessità di «garantire ai cittadini la più ampia libertà possibile di scelta terapeutica, assicurando loro anche il più elevato livello di sicurezza e l'informazione più corretta sull'innocuità, la qualità, l'efficacia di tali medicine» [ibidem].

Nel 1999, in Italia, l'allora Ministero della Sanità ha costituito una Commissione di studio per le MNC, presso il Dipartimento delle professioni sanitarie, delle risorse umane e dell'assistenza sanitaria, con il preciso compito di rilevare i diversi tipi di terapie e pratiche non convenzionali in modo tale da poter predisporre tutte le misure eventualmente necessarie a garantire la sicurezza e la tutela dei cittadini che ad esse fanno ricorso.

La Commissione doveva inoltre verificare l'efficacia, l'appropriatezza e il rapporto fra costi e benefici; elaborare apposite linee guida per le pratiche di MNC eventualmente riconosciute; definire i criteri di accreditamento dei percorsi formativi per l'esercizio delle MNC, in modo da assicurare al medico un'adeguata professionalità e garantire all'utenza un'appropriata e corretta informazione, nonché elaborare apposite procedure per la rilevazione del consenso da parte dei soggetti interessati [ibidem].

Nel mese di giugno dello stesso anno viene inoltre approvata una legge, il D. Lgs. 229, che per la prima volta in assoluto nel nostro paese introduce le MNC nel proprio dispositivo di programmazione definendole prestazioni “integrative”<sup>1</sup> delle cosiddette prestazioni sanitarie “essenziali”.

Nel novembre del 2001, però, la promulgazione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (D.P.C.M.), che definisce i cosiddetti LEA, i livelli essenziali di assistenza, di fatto causa una immediata bat-

---

<sup>1</sup> Nel comma 4, lettera a, della citata legge, sono infatti indicate tra le prestazioni integrative anche quelle di medicina non convenzionale, anche se erogate al di fuori del SSN presso strutture comunque accreditate.

tuta d'arresto di quello che era sembrato a tutti come un primo significativo passo del percorso, sicuramente non immediato, verso il riconoscimento di almeno alcune pratiche molto diffuse di MNC anche nel nostro paese. Negli allegati del decreto, infatti, vi è un elenco di tutte le prestazioni sanitarie totalmente o parzialmente escluse dal Servizio Sanitario Nazionale o per le quali sarebbe necessario individuare più appropriate modalità di erogazione. Più precisamente, nell'Allegato 2° si afferma che, fra le prestazioni espressamente e totalmente escluse dai LEA, si trovano le pratiche di MNC: l'Agopuntura, eccezion fatta per l'utilizzo in ambito anestesiológico, la Fitoterapia, la Medicina Antroposofica, la Medicina Ayurvedica, l'Omeopatia, la Chiropratica e l'Osteopatia.

Negli ultimi vent'anni, il tentativo di arrivare all'approvazione di una legge nazionale, ha dato vita ad una lunga serie di proposte e di progetti di legge presentati al Parlamento italiano per il riconoscimento e la regolamentazione delle medicine e delle pratiche non convenzionali.

Per rendere brevemente l'idea dell'iter lungo e tortuoso di questi tentativi, proponiamo una sintesi delle proposte più recenti [ivi: 140-143]:

- XIII legislatura: proposta di legge "Disciplina delle terapie non convenzionali esercitate dai medici" (N. 3891) – relatore On. Paolo Galletti. Il testo unico, dopo essere stato licenziato, nel luglio 2000, dalla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, è passato al vaglio di varie commissioni competenti in materia ed ha ottenuto un parere favorevole con l'indicazione di qualche emendamento; il testo emendato, però, non è riuscito ad essere nuovamente discusso dalla Commissione Affari Sociali a causa dello scioglimento delle Camere e della fine della legislatura.
- XIV legislatura: presentazione di più di venti proposte di legge per la regolamentazione dell'esercizio delle MNC. La Commis-

sione Affari Sociali della Camera ha nominato come relatore l'On. Francesco Paolo Lucchese che, dopo una lunga serie di audizioni che hanno visto la partecipazione di numerose associazioni, scuole e società scientifiche, ha proposto un testo unico di legge nel maggio 2003. Tale testo unico, che si configurava come una vera e propria legge quadro per l'intero settore, comprendeva quattro titoli: le disposizioni generali, le norme per l'esercizio delle varie discipline da parte di medici, chirurghi, veterinari ed odontoiatri, le norme per gli operatori provvisti di laurea specialistica (chiropratici ed osteopati)<sup>2</sup> e quelle relative agli operatori non medici. Il testo della proposta di legge, frutto di una serie di rielaborazioni ed accordi tra più parti (associazioni mediche e non, società scientifiche, scuole, enti ed istituzioni) ha poi seguito un lungo iter di audizioni in Parlamento, che ha condotto ad un'altra serie di emendamenti. In particolare, è stata oggetto di dubbi e critiche la definizione di "sanitarie" attribuita dallo stesso relatore alle pratiche non convenzionali. A fronte quindi delle perplessità mosse sia dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri (FNOMCeO), soprattutto sulle possibilità di sovrapposizione professionale tra professionisti medici ed operatori sprovvisti della laurea in Medicina e Chirurgia, sia dagli stessi operatori non medici, in particolare riguardo all'eventuale espropriazione dell'insegnamento delle varie discipline da parte dell'Università a discapito di scuole ed associazioni professionali attive da molto tempo nel settore. Il testo unificato, che nell'impostazione del Capo IV introduce la denominazione di "discipline bionaturali", che comprende le pratiche di carattere non sanitario<sup>3</sup>, è stato presentato nel gennaio 2005, ma non

---

<sup>2</sup> È opportuno ricordare che in Italia l'esercizio della Chiropratica e dell'Osteopatia non riconosciuto e regolamentato benché tollerato.

<sup>3</sup> Queste pratiche comprendono lo *Shiatsu*, la Reflessologia Plantare e la Naturopatia, che non possono essere effettivamente definite sanitarie ma che comunque ven-

è riuscito a concludere il proprio iter prima della conclusione della XIV legislatura.

- XIV legislatura: sono state depositate numerose proposte di legge in materia<sup>4</sup>. Inoltre, nel mese di luglio 2006, la Regione Emilia-Romagna ha approvato un disegno di legge, avvalendosi per la prima volta dell'art. 121 della Costituzione<sup>5</sup>, che è in pratica una proposta di legge al Parlamento, presentata dal consigliere regionale Gianluca Borghi e che riguarda la regolamentazione delle sole discipline mediche, le nove riconosciute dalla FNOMCeO e la Medicina Tradizionale Tibetana.

A conclusione di questo breve rendiconto sulla situazione nazionale per quanto riguarda la regolamentazione delle MNC, che si inserisce all'interno di un complesso ed articolato movimento che caratterizza la maggior parte dei paesi europei, possiamo comprendere come, di fronte a questo innegabile e, per il momento, irrisolto vuoto normativo a livello nazionale, le Regioni abbiano deciso di muoversi in maniera autonoma attraverso la promozione di differenti iniziative normative regionali che vedono, in primo luogo, l'inserimento di capitoli riguardanti le MNC all'interno dei Piani Sanitari Regionali (PSR).

---

gono utilizzate per migliorare il benessere e la qualità della vita delle persone attraverso la stimolazione delle risorse naturali dello stesso individuo.

<sup>4</sup> «Più precisamente da parte dell'On. F. Grillini - Ulivo (n. 1590), dell'On. F.P. Lucchese - UDC (n. 874), del Sen. G. Silvestri - Verdi (n. 478), del Sen. P. Massidda - Forza Italia (n. 447), dell'On. T. Pellegrino - Verdi (n.1709). A queste occorre aggiungere una proposta che riguarda esclusivamente l'Omeopatia presentata dall'On. G. Stucchi - Lega Nord (n. 996), una dedicata allo Shiatsu, dell'On. L. Zanella - Verdi (n. 258) e una volta a normare le "discipline olistiche per la salute", dell'On. T. Pellegrino - Verdi» [ivi: 143].

<sup>5</sup> L'art. 121 della Costituzione della Repubblica Italiana, Titolo V "Le Regioni, le Province, i Comuni", afferma: «Il Consiglio regionale esercita le potestà legislative attribuite alla Regione e le altre funzioni conferitegli dalla Costituzione e dalle leggi. Può fare proposte di legge alle Camere».

## **5.2 L'Osservatorio per le Medicine non Convenzionali (OMNCER) della Regione Emilia-Romagna**

La Regione Emilia-Romagna ha iniziato il suo cammino ed il suo impegno nell'ambito delle medicine non convenzionali con il Piano Sanitario Regionale 1999-2001 in cui si trova un capitolo specifico dedicato alle MNC:

### *Le Medicine non Convenzionali*

La visione globale di promozione della salute e di continuo miglioramento della qualità impongono la consapevolezza che la sola attenzione alla appropriatezza delle cure prestate e dell'uso delle strutture sanitarie, in modo efficace ed efficiente, non è sufficiente a garantire la positiva e soddisfatta percezione da parte degli utilizzatori. Del resto, non tutte le pratiche cliniche finora adottate dalla medicina "convenzionale" possono definirsi di provata efficacia e grande sarà l'impegno di tutti per ampliare il ventaglio delle conoscenze nei diversi campi della sanità in tema di medicina basata sull'evidenza.

L'attuale logica di programmazione richiede inoltre di tenere conto delle esigenze espresse dalla popolazione assistita, anche quando queste non siano ritenute di provato valore scientifico, classicamente inteso. Né si può ignorare che un numero crescente di cittadini ricorre spesso a pratiche e terapie non convenzionali per problemi attinenti il proprio stato di salute e che sul mercato è rilevante la quota di prodotti utilizzati a questo scopo. Non sono estranee a questa diffusione le diverse iniziative editoriali e dei mass media, sulla cui veridicità dell'informazione sono scarse le garanzie di correttezza ed appropriatezza.

Anche nella nostra Regione alcuni medici e veterinari, sensibili alla necessità di ridurre il ricorso ai farmaci tradizionali e di rivalutare i metodi di trattamento più naturali e rispettosi della qualità di vita, hanno già inserito nella loro pratica clinica e nelle loro prescrizioni alcune attività di tipo "non convenzionale" (omeopatia, agopuntura, etc.) ed alcune Aziende sanitarie hanno già avviato progetti sperimentali per mettere a confronto ed integrare alcune di queste pratiche con i tradizionali metodi della medicina occidentale.

La risoluzione del Parlamento Europeo del 29 maggio 1997 ha invitato gli stati membri ad affrontare i problemi connessi all'utilizzo di medicine non convenzionali (MnC), al fine di garantire un'ampia libertà di scelta contestualmente ad un buon livello di informazione e sicurezza.

Si ritiene opportuno acquisire dati certi sulle diverse tipologie di "medicine alternative", affinché sia possibile fornire la più corretta ed appropriata informazione sia ai potenziali utilizzatori sia al personale sanitario coinvolto (medici di medicina generale, pediatri, riabilitatori, etc.). Sarà quindi avviato un "tavolo di lavoro", con il mandato prioritario di approfondire i temi dell'utilizzo delle medicine non convenzionali, valutare gli aspetti di efficacia, anche derivati dal confronto con la medicina tradizionale, nella consapevolezza che anche le medicine "complementari" possono essere studiate secondo i canoni scientifici, senza preconcetti, in modo obiettivo e determinato. Nell'ambito dell'Area Logistica Regionale, il Ce.V.E.A.S. (Centro per la Valutazione della Efficacia della Assistenza Sanitaria) si attiverà, coinvolgendo gli esperti dei diversi settori delle MnC, per definire i confini di ciò che è sicuramente accertato e ciò che appartiene alle opinioni o alle intuizioni non verificate.



Al “tavolo di lavoro” è demandato di:

- analizzare la domanda di MnC nella Regione, attraverso la definizione di idonei strumenti di rilevazione delle principali realtà operanti in Emilia-Romagna;
- valutare le proposte di studi e ricerche nel settore delle MnC, tenendo anche conto di quanto previsto al punto 4 della risoluzione 29.5.97 del Parlamento Europeo, nel rispetto delle regole comunitarie sulla sperimentazione sull'uomo;
- individuare eventuali strategie di possibile integrazione delle MnC alla Medicina tradizionale, anche in campo veterinario;
- promuovere iniziative per la definizione di “codici” che regolamentino le diverse pratiche di MnC, anche attraverso la collaborazione con i soggetti istituzionalmente competenti (Ordine dei Medici, dei Veterinari, etc.), a tutela della professionalità e della trasparenza nei confronti dell'utenza [Piano Sanitario Regionale dell'Emilia-Romagna 1999-2001].

Nel 2003, l'Agenzia Sanitaria della Regione Emilia Romagna, in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ha pubblicato un opuscolo dal titolo *Medicine non Convenzionali*<sup>6</sup>, allo scopo di fornire un primo strumento di orientamento nell'ambito delle MNC ad uso dei medici di medicina generale (MMG) e degli altri operatori sanitari.

Inoltre nel 2004, con un atto deliberativo di Giunta (n. 297 del 23.02.04)<sup>7</sup>, è stato istituito, presso la sede dell'Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia-Romagna, un *Osservatorio regionale per le Medicine non Convenzionali* (OMNCER) allo scopo di promuovere l'avvio di progetti sperimentali relativi alle pratiche di Agopuntura, Omeopatia e Fitoterapia, nell'ambito delle attività delle varie Aziende Sanitarie della Regione, individuando anche eventuali forme di integrazione delle MNC con la biomedicina. L'Osservatorio è composto da esperti di MNC, rappresentanti degli Ordini dei Medici, dell'Agenzia Italiana del Farmaco e del Servizio Sanitario Regionale, che sono stati confermati in carica fino al 31 marzo 2008.

«L'obiettivo principale dell'Osservatorio», si legge sul sito web dello stesso, «è quello di valutare, selezionare, valorizzare quelle pratiche che, per evidenza scientifica e per rilevanza sociale, possono essere

---

<sup>6</sup> L'opuscolo può essere scaricato gratuitamente dal sito internet [www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan](http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan)

<sup>7</sup> Cfr. Allegato 5.

sperimentate nell'ambito del Servizio sanitario regionale nella prospettiva di offrire ai cittadini un sistema integrato e più efficace di servizi per la salute»<sup>8</sup>. L'Osservatorio ha anche il compito di promuovere la collaborazione con le principali con le più importanti Organizzazioni scientifiche, come ad esempio l'OMS (o WHO) a livello internazionale e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) a livello nazionale, e con i soggetti istituzionalmente competenti (Ordini dei Medici, Ordini dei Veterinari, ...) al fine di promuovere un percorso di autoregolamentazione e di adeguata informazione volto a garantire la tutela e la sicurezza dei cittadini nonché la competenza professionale degli operatori.

A seguito delle numerose proposte di progetti sperimentali presentate dalle varie Aziende Sanitarie ed approvate dall'OMNCER, la Giunta regionale, con atto deliberativo n. 334/05, ha approvato la prima stesura del Programma sperimentale regionale sulle MNC, che è stata successivamente sviluppata con il Programma sperimentale 2006-2007, approvato con la delibera della Giunta regionale n. 779/06<sup>9</sup> ed ulteriormente modificata ed approvata in maniera definitiva con atto deliberativo n. 1693 del 26 ottobre 2006<sup>10</sup>.

---

<sup>8</sup> Il sito web dell'Osservatorio (che può essere consultato al seguente indirizzo: <http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/mnc/index.html>) è stato concepito disegnato ricalcando l'immagine del Teatro di Epidauro nella Grecia classica. La motivazione alla base di tale scelta è spiegata nel sito stesso: «Teatro, dal verbo greco *θεομαι*, significa *luogo da cui guardare*. Il teatro di Epidauro aveva, inoltre, un significato particolare perché si trovava in un'area sacra ad Esculapio, dio della medicina, dove gli infermi si recavano alla ricerca della guarigione. Per curare si utilizzavano pratiche diverse: il sonno, la chirurgia, le diete, i bagni, le erbe terapeutiche. E si raccoglievano anche dati clinici, che oggi troviamo nelle iscrizioni che sono rimaste». Il sito rappresenta un'importante ed autorevole fonte di informazione e documentazione dell'Osservatorio e da esso è possibile accedere ad una serie di documenti che comprendono sia gli Atti dell'Osservatorio sia le Pubblicazioni dell'OMS (o WHO, World Health Organization); alla principale produzione normativa inerente le MNC, a livello europeo, nazionale e regionale; ad una serie di link alle pagine web dei siti delle Istituzioni pubbliche, delle Università e degli istituti di ricerca internazionali, dei centri internazionali di documentazione scientifica più autorevoli, delle società scientifiche di ricerca a livello nazionale ed internazionale, nonché agli istituti ed alle riviste più accreditate in tema di MNC.

<sup>9</sup> Cfr. Allegato 6.

<sup>10</sup> Cfr. Allegato 7.

Il Programma sperimentale definitivo risulta così attualmente composto di 28 progetti che si trovano in fase di avvio e/o realizzazione da parte delle Aziende che li hanno proposti, dopo aver ottenuto il necessario parere favorevole dei rispettivi Comitati Etici e che godranno anche di un finanziamento integrativo regionale.

Oltre ai progetti, il Programma dell'OMNCER comprende anche le quattro seguenti azioni regionali, ognuna delle quali è coordinata da un referente componente dell'Osservatorio e da un coordinatore scientifico esterno<sup>11</sup>:

1. Iniziative di formazione continua per operatori sanitari ed esperti coinvolti nel Programma, secondo tre principali filoni di studio e ricerca:

- percorso formativo rivolto agli sperimentatori nell'ambito delle MNC, volto ad approfondire i principi della Evidence Based Medicine per la selezione e l'analisi di evidenze scientifiche utili allo sviluppo delle ricerche nel campo oggetto di studio;
- corso sperimentale per MMG nel settore delle MNC, con l'obiettivo di migliorare ed approfondire la conoscenza dei MMG nel campo delle pratiche non convenzionali al fine di orientare in maniera adeguata i propri pazienti;
- stage formativi allo scopo di promuovere la progettazione e la realizzazione di ricerche e studi collaborativi, partecipare ad incontri scientifici, implementare sistemi di documentazione ed informazione sulle MNC.

2. Raccolta e diffusione delle informazioni agli operatori sanitari, attraverso la costituzione, presso l'Agenzia Sanitaria, di un nu-

---

<sup>11</sup> Attualmente i responsabili delle quattro azioni regionali sono:

- per l'azione 1 – Dr. Annunzio Matrà (referente OMNCER, MMG ed esperto di Agopuntura) e Dr. Danilo Di Diodoro (coordinatore didattico, responsabile formazione AUSL di Bologna);
- per l'azione 2 – Dr. Marco Biocca (referente OMNCER, responsabile dell'Osservatorio) e Dr. Francesco Cardini (coordinatore scientifico, ginecologo ed esperto di Agopuntura);
- per l'azione 3 – Dr. PierAntonio Muzzetto (referente OMNCER, Ordine dei Medici di Parma) e Prof. Giorgio Cocconi (coordinatore scientifico, AUSL Parma);
- per l'azione 4 – Prof. Guido Giarelli (referente OMNCER, professore associato all'Università della Magna Graecia, Catanzaro) e Dr.ssa Thérèse Gregori (coordinatore scientifico, U.O. Farmacia Azienda USL di Piacenza).

cleo di competenze nel settore delle MNC e attraverso la implementazione di azioni volte alla diffusione delle informazioni ed allo sviluppo del confronto sul tema oggetto di interesse.

3. Indagine regionale sugli orientamenti e sulla pratica di MNC da parte dei medici, attraverso la ripetizione di uno studio realizzato dall'Ordine dei Medici di Parma e l'allargamento su scala regionale con la collaborazione degli Ordini dei Medici dell'Emilia-Romagna.
4. Indagine regionale sul tema della tutela del paziente e del consenso informato per un utilizzo appropriato e sicuro delle MNC (di cui tratteremo in maniera più approfondita nel prossimo paragrafo) [OMNCER 2006].

### **5.3 L'indagine regionale sulla tutela del paziente e il consenso informato**

Abbiamo già avuto modo di argomentare riguardo alla necessità di studiare ed implementare strumenti di informazione e tutela a favore della sicurezza dei pazienti che si rivolgono alle medicine ed alle pratiche cosiddette non convenzionali. Così come abbiamo già avuto occasione di ricordare la crescente e fondata preoccupazione delle istituzioni, OMS compresa ed in prima linea, relativamente all'aumento dei casi di effetti avversi che negli ultimi anni sono più che raddoppiati a causa di un utilizzo probabilmente non pienamente consapevole dei prodotti non convenzionali e della loro ampia diffusione e reperibilità senza alcun obbligo di prescrizione per l'acquisto.

Ma, come si sente ripetere spesso, "naturale" non significa necessariamente "innocuo", "sicuro", "privo di effetti collaterali". Sono ormai numerosi gli studi che mettono in evidenza gli effetti indesiderati di alcune sostanze naturali, sia per proprietà intrinseche da cui la necessità che a prescriberne l'uso sia comunque un professionista preparato ed in grado di fornire tutte le informazioni necessarie al paziente, sia per eventuali effetti incrociati derivanti dalla contemporanea assunzione di più preparati di sostanze che interagiscono in maniera negativa o di

farmaci convenzionali il cui effetto potrebbe essere potenziato o annullato dal principio attivo del preparato non convenzionale.

Non mancano nemmeno le indagini che mettono in rilievo come l'insorgenza di effetti avversi sia da attribuirsi ad un uso scorretto delle medicine non convenzionali da parte dei consumatori, ad esempio attraverso l'assunzione di dosi eccessive di prodotto, l'uso non consapevole di prodotti non certificati, oppure dal sottoporsi a terapie erogate da operatori non qualificati<sup>12</sup>.

Si spiega in tal modo il sempre maggiore interesse per la questione da parte di chi, a vari livelli, si occupa di salute. Non è un caso, infatti, se negli ultimi anni sono state avanzate da più parti, e sicuramente anche per ragioni diverse non sempre immediatamente riconducibili alla filantropica preoccupazione sugli effetti e gli eventuali rischi per la salute dei cittadini<sup>13</sup>, proposte di emanazione di leggi istituzionali che facciano chiarezza nel variegato universo delle MNC.

---

<sup>12</sup> Si pensi, a titolo d'esempio, ai frequenti traumi accidentali causati da operatori sedicenti esperti di tecniche di massaggio corporeo, manipolazione vertebrale o muscolare, che non sono in possesso di alcun titolo che certifichi la loro effettiva capacità ed esperienza nel settore, nonché l'idoneità a svolgere quel determinato tipo di trattamento in quanto non ancora espressamente regolamentata.

<sup>13</sup> È infatti impensabile poter soltanto immaginare una convergenza di interessi tra attori tanto diversi tra loro come quelli che è possibile individuare nell'ambito delle MNC: ci sono gli operatori di MNC che, se da un lato sono sicuramente desiderosi di vedersi riconoscere a livello giuridico ed istituzionale in qualità di professione, anche per avanzare diritti legalmente riconosciuti e difendersi dai sempre più frequenti tentativi di indebita appropriazione ed usurpazione del "titolo" di esperto in qualsivoglia tecnica o pratica esotica, dall'altro appaiono un po' restii e preoccupati di fronte alle possibili restrizioni ed irrigidimenti che un processo di professionalizzazione, di istituzionalizzazione e di legalizzazione inevitabilmente comporta.

Ci sono infatti anche le istituzioni, in primis lo Stato che, in quanto garante della tutela e della sicurezza della salute dei cittadini, non può chiudere gli occhi di fronte ad un fenomeno così evidente come quello della rapidissima diffusione delle MNC e del dibattito da essa innescato anche a livello politico.

Ovviamente bisogna considerare anche i cittadini in quanto utilizzatori e fruitori di questo tipo di servizi, ed il loro innegabile diritto ad operare consapevolmente ed in sicurezza le scelte relative al proprio stato di salute/malattia.

Da ultimo, ma certamente non per importanza, occorre considerare anche il cosiddetto complesso sanitario-industriale, che ha cercato e cerca tuttora di ritagliarsi uno spazio di azione sempre più ampio, come ad esempio le grandi case produttrici di farmaci convenzionali e non.

Molte sono le strade che possono e forse, nell'ottica di uno Stato che abbia a cuore la salute dei propri cittadini e che si arroga anche il ruolo di promotore e tutore della stessa, devono essere intraprese per arrivare ad una maggiore consapevolezza nell'utilizzo delle MNC, affinché vengano provati e diffusi i benefici per la salute e contemporaneamente minimizzati i rischi. Diversi sono i soggetti, istituzionali e non, che, a vario titolo, possono essere parte integrante e giocare un ruolo attivo nel percorso riconoscimento ed implementazione di un utilizzo appropriato e sicuro delle MNC. Ed è proprio in questo contesto che si inserisce allora il Programma sperimentale per la valutazione della possibilità ed opportunità di integrazione delle medicine non convenzionali nel Servizio Sanitario dell'Emilia-Romagna ed in particolare l'azione regionale volta ad indagare le modalità di tutela e salvaguardia del cittadino.

Una delle strade percorribili nel senso precedentemente indicato riguarda la possibilità di rendere il consenso informato uno strumento di reale tutela del paziente per garantire un uso appropriato delle MNC: l'eventuale inclusione di tali discipline e pratiche non convenzionali tra le materie oggetto di consenso informato potrebbe comportare un obbligo da parte del medico di presentare al paziente anche tutto un ventaglio di opzioni alternative per affrontare il suo problema di salute/malattia.

Non si tratta qui di limitare il discorso alla necessità di erogare una informazione completa e puntuale al paziente. Quello che si vuole sottolineare è invece l'importanza di rendere il paziente effettivamente e realmente consapevole anche delle possibilità "altre" che può avere a disposizione per poter decidere in maniera autonoma e senza costrizioni rispetto ai propri percorsi di cura e trattamento.

Ne consegue quindi anche la trasformazione del ruolo del medico che da soggetto che spesso unilateralmente decide il tipo di percorso diagnostico-terapeutico da affrontare diventa invece persona/professionista

nista in grado di esplorare “insieme al” proprio paziente ed ai suoi familiari un ventaglio di possibilità, valutando insieme rischi e benefici, limiti ed opportunità di ciascuna, per arrivare alla attivazione di un percorso e/o alla scelta di un trattamento che è il risultato di un profondo rapporto di dialogo, di vera e propria negoziazione. Il consenso informato applicato alle MNC potrebbe in tal modo diventare lo strumento che facilita l’emergere della partnership quale caratteristica fondante di un rinnovato rapporto medico-paziente.

Nell’ambito della sperimentazione messa in atto dall’Osservatorio regionale per le medicine non convenzionali al fine di valutare la possibilità e la opportunità di integrazione di tre tipologie di MNC (Agopuntura, Omeopatia e Fitoterapia) nel contesto del Servizio Sanitario Regionale, si è deciso di implementare il progetto che veniamo a presentare, al fine di rilevare e analizzare nei Progetti inclusi nel Programma le modalità di informazione del paziente circa i trattamenti di MNC utilizzati e di consenso informato adottate, anche al fine di mettere a punto linee guida specifiche e di monitorare eventuali effetti non desiderati.

### *5.3.1 Finalità e obiettivi*

È possibile individuare almeno due ordini di finalità del progetto di *Tutela del paziente e consenso informato per un utilizzo appropriato e sicuro delle MNC*. La finalità immediata è quella di utilizzare i progetti che prevedono un’indagine di tipo sperimentale sulle persone (escludendo quindi i progetti di *survey* e di taglio puramente informativo/conoscitivo) come un campione significativo dal quale rilevare le modalità utilizzate di informazione al paziente e di raccolta del suo consenso all’uso di pratiche e/o prodotti di MNC per valutarne l’adeguatezza e l’opportunità, nonché il loro impatto sulle scelte del paziente e sul contesto clinico di riferimento.

La finalità secondaria riguarda invece, alla luce di quanto emerso dalla rilevazione precedentemente descritta, la possibilità di offrire ai

professionisti sanitari un insieme di linee guida, appositamente studiate ed elaborate, su quelle che potrebbero essere le modalità più adeguate ed opportune di informazione al paziente e di raccolta del consenso informato. Linee guida che potrebbero poi essere successivamente adottate come uno degli elementi indispensabili per un possibile (e forse per certi versi auspicabile?) processo di integrazione delle MNC nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale.

Allo scopo di pervenire ai risultati auspicati, gli obiettivi specifici del progetto di ricerca sono:

- a. la rilevazione e l'analisi delle modalità di informazione del paziente relativamente ai trattamenti di MNC utilizzati nel progetto al quale è stato chiesto di partecipare, della tipologia e del grado di informazioni fornite e del loro livello di comprensione ed uso da parte del paziente in relazione alla sua conoscenza pregressa sull'argomento in questione;
- b. la rilevazione e l'analisi delle modalità di consenso informato adottate, dei contenuti presentati, dell'oggetto specifico su cui viene richiesto l'esplicito consenso da parte del paziente;
- c. la valutazione del grado di adeguatezza e delle modalità informative e di consenso informato adottate in ciascun progetto considerato al fine di garantir la tutela del paziente, attraverso la messa a punto di una apposita griglia di analisi e dei criteri relativi;
- d. la valutazione dell'impatto che le modalità descritte al punto precedente hanno avuto sia sulle scelte del paziente, anche in relazione alla sue conoscenze pregresse ed al suo atteggiamento nei confronti delle MNC, sia delle caratteristiche peculiari della relazione terapeutica instaurata con i professionisti sanitari;
- e. la messa a punto di una serie di linee guida rivolte ai servizi ed ai professionisti sanitari (sia che erogino prestazioni di MNC sia che erogino soltanto prestazioni di medicina convenzionale) relative alle modalità più opportune d adottare in presenza di de-



terminate condizioni patologiche al fine di fornire una informazione chiara, puntuale ed il più possibile esaustiva al paziente e di raccogliere il suo consenso (davvero) informato relativamente all'eventuale ricorso alle MNC proposte.

### 5.3.2 Metodologia e strumenti

Il progetto di ricerca, la cui realizzazione è curata dallo stesso Osservatorio Regionale per le Medicine non Convenzionali, in collaborazione con il Dipartimento di Sociologia dell'Università degli Studi di Bologna e con le società scientifiche delle tre MNC oggetto della sperimentazione, si avvale di una metodologia di ricerca integrata qualitativa che prevede l'uso di specifici strumenti di rilevazione ed analisi così articolati:

- a. *analisi documentaria*<sup>14</sup> di tutte le schede di progetto inviate all'Osservatorio da parte di ciascuno dei Progetti sperimentali inseriti nel Programma regionale per le MNC, per rilevare le modalità, così come sono indicate, di informazione al paziente e di raccolta del consenso informato, nonché l'analisi della eventuale documentazione allegata alla scheda allo scopo di poter procedere ad una prima classificazione delle modalità adottate;
- b. *sopralluogo* dei progetti ed *osservazione*<sup>15</sup> delle effettive modalità di informazione al paziente e di raccolta del consenso informato precedentemente indicate;
- c. *survey con questionario*<sup>16</sup> di un campione rappresentativo di pazienti per ciascun progetto secondo le caratteristiche sue proprie, per rilevare la percezione e gli atteggiamenti del paziente nei confronti delle MNC in generale e dello specifico trattamento ricevuto e delle modalità terapeutiche instaurate;

---

<sup>14</sup> Cfr. Allegato 1: Scheda di analisi.

<sup>15</sup> Cfr. Allegato 2: Griglia di osservazione.

<sup>16</sup> Cfr. Allegato 3: Questionario per i pazienti.

- d. *interviste semistrustrate*<sup>17</sup> ai professionisti (medici, ostetriche, infermiere, ...) maggiormente coinvolti nella realizzazione di tali progetti sperimentali, con particolare riferimento alle modalità di informazione del paziente e di raccolta del consenso informato adottate e al loro eventuale impatto sulla relazione terapeutica e sulla prassi diagnostico-terapeutica;
- e. elaborazione di *linee guida* rivolte ai servizi ed ai professionisti sanitari relative alle modalità più adeguate ed opportune da adottare a fronte di determinate condizioni patologiche per fornire al paziente tutte le informazioni necessarie e per la raccolta del suo consenso all'eventuale ricorso a forme di MNC.

### 5.3.3 *Analisi dei risultati*

Allo stato attuale dell'avanzamento della ricerca gli unici dati disponibili sono quelli relativi alla scheda di analisi documentaria relativamente alle modalità di informazione al paziente e di raccolta del consenso informato descritte nelle schede di progetto inviate all'Osservatorio.

In primo luogo, occorre precisare che dei 24 progetti attualmente in corso, 6<sup>18</sup> non sono stati oggetto di analisi documentaria in quanto non si tratta di studi sperimentali sull'uomo.

L'analisi documentaria relativa alle schede dei restanti 18 progetti, che prevedono invece una sperimentazione sull'uomo (e per i quali, ricordiamo, sono stati necessari il vaglio e l'approvazione del Comitato Etico di riferimento per l'Azienda Sanitaria proponente) e quindi l'adozione di modalità di informazione e raccolta del consenso informato, ha prodotto risultati non proprio confortanti.

Per quanto riguarda le modalità indicate di raccolta del consenso informato, per tutti i progetti è prevista la consegna di un modulo per il

---

<sup>17</sup> Cfr. Allegato 4: Scaletta intervista semistrustrata per i professionisti sanitari.

<sup>18</sup> Cfr. Scheda di analisi (Allegato 1).

consenso informato (soltanto 3 schede di progetto sono corredate del relativo fac simile allegato): in 6 casi il modulo per l'espressione o il diniego del consenso informato viene consegnato insieme ad un modulo informativo sul progetto sperimentale (allegato soltanto in 2 casi su 18). Soltanto in quattro casi si afferma di fornire un'informazione verbale dettagliata circa gli obiettivi e le modalità dello studio sperimentale, contestualmente alla consegna del modulo informativo e di consenso informato. In tre casi viene indicata la programmazione di un incontro ad hoc per fornire le informazioni necessarie al gruppo di pazienti che si intenderebbe arruolare, durante il quale viene consegnato il modulo per il consenso informato.

In un caso è segnalata e allegata una lettera informativa al MMG, al fine di presentare il progetto sperimentale al professionista e di comunicare al medico curante la partecipazione della propria paziente allo studio.

Relativamente all'indicazione dell'operatore cui è affidato il compito di raccogliere il consenso informato, nella maggior parte dei casi (9) non è specificato; in cinque schede viene indicato il ricercatore ed in due casi il medico sperimentatore.

In nessuna scheda analizzata è fornita l'indicazione relativa al luogo in cui avviene la raccolta del consenso informato.

Per quanto riguarda la tipologia di strumento utilizzato, ovunque è indicato l'uso di un modulo pre-stampato da compilare a cura del paziente e da firmare. Soltanto in due casi il modello è allegato alla scheda. Due progetti infine prevedono l'adozione di due tipi di moduli per il consenso informato a seconda che si tratti di pazienti maggiorenni oppure minorenni, con la necessità quindi della firma da parte di chi esercita la patria potestà sul minore.

Nessuno dei progetti, almeno per quanto è dato rilevare a partire dalle schede consegnate, prevede modalità specifiche di trattamento dei rifiuti del consenso informato, nonché delle relative motivazioni.

Alla luce di quanto analizzato e descritto, sembra che la strada da percorrere ai fini di un più adeguato ed opportuno utilizzo del consenso informato come un vero e proprio strumento di tutela del paziente sia ancora molto lunga. Lo scopo comunque di tale progetto di ricerca è anche quello di promuovere la consapevolezza della soluta necessità di una corretta e puntuale informazione al paziente, perché soltanto in questo modo è possibile pervenire a quella alleanza terapeutica tanto auspicata, a quella partnership di intenti ed obiettivi comuni volti al miglioramento dello stato di salute del paziente, chiunque esso sia ed indipendentemente dal tipo di patologia, che passa anche dal definitivo superamento dell'istituto del consenso informato e della sua trasformazione da mero mezzo di tutela del professionista e del servizio a strumento di co-progettazione ed elemento qualificante di un rinnovato rapporto medico-paziente.

## *Conclusioni.*

### *Quali sfide per la gestione dell'incertezza secondo la prospettiva della medicina integrata?*

L'adozione della Medicina Integrata, così come è stata definita nel presente progetto di ricerca, quindi l'implementazione dei suoi modelli teorici, epistemologici e pratici costituisce forse una delle sfide più attuali ed incipienti per la società contemporanea.

Non si può più restare arroccati dietro anacronistiche posizioni di chiusura nei confronti di tutto ciò che non rientra e non appartiene al modello biomedico classico usando come paravento i discorsi sulla validità, sull'efficacia degli interventi terapeutici e sulla necessità di tutelare il paziente.

Se di tutela del paziente si vuole argomentare, allora è arrivato il momento di togliersi la maschera e di lasciarsi alle spalle il travestimento del modello di tipo paternalistico che ha caratterizzato fino ad oggi la relazione medico paziente, come fosse l'unico in grado di trovare i percorsi più adeguati da seguire per il recupero della salute.

Ogni individuo ha il diritto di decidere del proprio corpo e quindi sui trattamenti e gli interventi che ad esso si rivolgono, secondo le proprie idee, i propri sentimenti e la propria volontà. Non è più sufficiente fornire risposte alla malattia o al paziente orientate esclusivamente alla razionalità scientifica. Occorre quindi spostarsi dall'ottica egocentrica del paradigma biomedico ed osservare anche il ventaglio di modalità altre che sono attualmente disponibili, cercando ovviamente di valutare attentamente rischi e benefici e cercando di venire incontro anche a quelle che sono le necessità e le richieste di senso avanzate dai cittadini.

Come afferma Amedeo Santosuosso, giudice presso il Tribunale di Milano ed autore di numerose pubblicazioni relative al consenso informato in medicina e alla libertà di cura,

Nel caso della richiesta di terapie alternative è sufficiente una risposta in soli termini di razionalità scientifica? Per una parte sicuramente lo è, ma non sempre e totalmente. Anche nel caso in cui si abbia la disponibilità di dati scientifici corretti e precisi, siamo sicuri che lo scopo della medicina sia semplicemente quello di somministrare qualcosa che sia stato valicato attraverso modalità rigorosamente scientifiche? Probabilmente no, [...]: per la frantumazione dell'orizzonte morale nelle moderne società, per la presa d'atto del fatto che anche rispetto al proprio corpo è possibile un esercizio di libertà da parte del singolo, per il fatto che ormai la medicina, sia nei campi di frontiera, sia nel proprio campo tradizionale non può non fare i conti con le esigenze del singolo paziente che si rivolge al medico o alle strutture sanitarie. [...] La sfida da qui in avanti è quella di trovare delle modalità chiare e corrette secondo le quali porre a confronto i dati oggettivi che sono disponibili, esponendosi quindi a un giudizio di verificabilità (sia la medicina ufficiale sia quella alternativa), con il mondo dei bisogni dei pazienti. Questa è una grande sfida perché è chiaro che assumere come termine di confronto il singolo paziente con il suo orizzonte culturale, morale, i suoi criteri di attribuzione di senso, è terribilmente complesso, ma è questa la sfida che abbiamo davanti. Dal punto di vista dell'evoluzione sia giuridica che etica questo è un punto di non ritorno. Di fronte a qualsiasi insorgenza di richieste che possono sembrare, o realmente siano, irrazionali, la risposta non può essere puramente e semplicemente il contrapporre un modello di astratta razionalità scientifica. Bisogna elaborare qualcosa in più nella medicina [Santosuosso 1999: 549].

L'approccio medico integrato potrebbe essere forse una strategia di risposta a questa necessità di cambiamento.

Forse, se non è troppo azzardato, potremmo dire che si tratta di un approccio che si è in qualche maniera riappacificato con l'ineluttabile incertezza della conoscenza e della pratica medica. La Medicina Integrata in effetti è lungi dal voler trovare una risposta univoca e determinata ad ogni problema, quanto piuttosto una delle sue peculiarità risiede proprio nella considerazione in cui mette l'individuo, la persona nel suo

complesso, con le sue caratteristiche che non saranno mai identiche a quelle di un altro e che come tali devono essere rispettate.

Così come deve essere rispettata la libertà di scelta del paziente relativamente alla possibilità di intraprendere, nonché di rifiutare, un determinato percorso terapeutico. Ma, affinché ogni individuo possa esercitare pienamente quello che è il suo diritto al cosiddetto principio di autodeterminazione, è necessario che sia posto nelle condizioni più adeguate per farlo.

Torna qui dunque il discorso relativo al consenso informato, vale a dire a quello strumento di tutela del cittadino che gli consente di aderire o meno ad un determinato percorso terapeutico. Strumento che, come abbiamo visto, nel corso del tempo si è un po' snaturato rispetto agli obiettivi iniziali per trasformarsi in semplice formalità burocratica, l'ennesima per il professionista, quasi più a tutela dello stesso che del paziente.

Per quanto attiene alla possibilità di fare del consenso informato il punto di partenza per l'avvio del tanto auspicato percorso di riqualificazione del rapporto medico-paziente, attraverso la ricostituzione di quella fiducia che sta alla base di una corretta e sincera comunicazione, bisognerà attendere il prosieguo del presente progetto di ricerca, quando, dopo aver valutato l'uso effettivo che viene fatto del consenso informato anche nel settore delle MNC, dopo aver raccolto le testimonianze di pazienti ed operatori del settore, cercheremo di redigere delle linee guida di orientamento ed implementazione del consenso informato nell'ambito della medicina cosiddetta integrata.

## *Bibliografia di riferimento*

- A.A.V.V. (2000), "Reducing errors, improving safety", *BMJ*, vol. 321: 19-26.
- A.A.V.V. (2001), "Integrated Medicine", *BMJ*, vol. 322:1484.
- AA.VV. (1998), Enhancing the accountability of alternative medicine,  
Milbank Memorial Fund, New York.
- AA.VV. (2001), Professional guide to complementary & alternative therapies,  
Springhouse Corp., Springhouse (PA).
- Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia-Romagna e OMS (2003), *Medicine non Convenzionali*, Zadig, Milano  
([www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan](http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan))
- American Association for Holistic Health (1997), Wellness for life!, The  
Official Newsletter, Spring Issue.
- American College of Physicians (1998), "Ethics manual. Fourth edition",  
*Annals of Internal Medicine*, 128, 7: 576-594.
- Andersen R.M. (1968), Behavioral model of families' use of health services,  
Research Series n.25, Center for Health Administration Studies,  
University of Chicago, Chicago.
- (1995), "Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does  
it matter?", *Journal of Health and Social Behaviour*, 36, 1: 1-10.
- Astin J.A. (1998), "Why patients use alternative medicine. Results of a na-  
tional study", *Journal of the American Medical Association*,  
279:1548-1553.
- (2000), "The characteristics of CAM users: A complex picture", in Kelner  
M. e Wellman B. (a cura di), *Complementary and Alternative  
Medicine: Challenge and change*.
- Becker M.H. (1974), The health belief model and personal health behavior,  
Society for Public Health Education, San Francisco.
- (1979), "Psychosocial aspects of health-related behavior", in Freeman H.E.,



- Levine S. e Reeder L.G. (eds.), *Handbook of medical sociology*, Prentice Hall, Englewood Cliffs (NJ).
- Bertakis K.D. et al. (2000), "Gender differences in the utilization of health care services", *Journal of Family Practice*, 49, 2: 147-152.
- Berliner H. (1975), "A larger perspective on the Flexner Report", *International Journal of Health Services*, 5: 573-592.
- Baer H.A. (2001), *Biomedicine and alternative healing systems in America. Issues of class, race, ethnicity and gender*, The University of Wisconsin Press, Madison.
- Baer H.A. et al. (1998), "The Holistic Health Movement in San Francisco", *Social Science and Medicine*, 47: 1495-1501.
- British Medical Association (1986), *Report of the Board of Science and Education on alternative therapy*, BMA, London.
- (1993), *Complementary Medicine: New approaches to good practice*, Oxford University Press, Oxford.
- Buccheri G. (2007), "La medicina antroposofica", in Giarelli *et al.*, *Le medicine non convenzionali in Italia*, op.cit.
- Cavicchi I. (1999), *La medicina della scelta*, Bollati Boringhieri, Milano.
- Cipolla C. (1997) *Epistemologia della tolleranza*, 5 voll., Angeli, Milano.
- (a cura di) (2004), *Il contenzioso socio-sanitario. Un'indagine nazionale*, FrancoAngeli, Milano.
- Cipolla C. e Giarelli G. (2000), "Epistemology", in Borgata E.F. e Montgomery R.J.W. (a cura di), *Encyclopedia of Sociology*, Revised edition, vol.2, Mac Millan, New York: 818-825.
- Comitato Nazionale per la Bioetica (C.N.B.) (2001), *Scopi, rischi e limiti della medicina*, 14 dicembre (<http://www.palazzochigi.it/bioetica/>).
- (2005), *Le medicine alternative e il problema del consenso informato*.
- Cohen M. (2004), "Legal and ethical issues in complementary medicine: a United State perspective", *MJA*, 181: 168-169.
- Colombo E. e Rebughini P. (a cura di) (2003), *La medicina che cambia. Le terapie non convenzionali in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- (2004), "Un diverso sapere medico: le terapie non convenzionali tra conoscenza ed esperienza", in Guizzardi, G. (a cura di), *Star bene*.

*Benessere, salute, salvezza tra scienza, esperienza e rappresentazioni pubbliche*, Il Mulino, Bologna: 73-119.

- (2006), *La medicina contesa*, Carocci Editore, Roma.
- Cosmacini G. (1997), “E dietro il computer ci deve essere Ippocrate”, in *Te-  
lèma* 9, Estate.
- (1998), “La medicina è una tecnica che richiede sapere e filosofia”, in *Te-  
lèma* 13, Estate
- (2000), *Il mestiere di medico. Storia di una professione*, Raffaello Cortina  
Editore, Milano
- (2004), Prefazione, in Pasinelli 2004: 11-13.
- Coulter I.D. e Willis E.M. (2004), “The rise and rise of complementary and  
alternative medicine: a sociological perspective”, *MJA*, 180: 587-589.
- Del Vecchio M. e Cosmi L. (a cura di) (2003), *Il risk management nelle  
aziende sanitarie*, Mcgraw-Hill, Milano.
- Eisenberg D.M. *et al.* (1993), “Unconventional medicine in the United States.  
Prevalence, costs, and patterns of use”, *The New England Journal of  
Medicine*, 328:246-252.
- (1997), “Advising patients who seek alternative medical therapies”, *Annals  
of Internal Medicine*, 127: 61-69.
- (1998), “Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997.  
Results of a follow-up national study”, *Journal of the American  
Medical Association*, 280:1569-1575.
- (2002), “Credentialing complementary and alternative medical providers”,  
*Annals of Internal Medicine*, 137:965-973.
- Ernst E. (1995), “Competence in complementary medicine”, *Complementary  
Therapies in Medicine*, 3:6-8.
- (2000), “Assessing the evidence base for CAM”, in Kelner M. e Wellman  
B. (a cura di) , *Complementary and alternative medicine: challenge and  
change*, cit.:165-173.
- (a cura di) (1996), *Complementary medicine. An objective appraisal*,  
Butterworth-Heinemann, Oxford.
- Ernst E. e Pittler M.H. (1999), “Experts' opinions on complementary/alter-  
native therapies for low back pain”, *Journal of Manipulative and  
Physiological Therapeutics*, 22, 2: 87-90.

- Ernst E. e Resch K.L. (1995) 'Concept of true and perceived placebo effects',  
BMJ, 311:551-3
- Ernst E., Resch, K.L. e Mills, S. (1995), "Complementary medicine – a  
definition", British Journal of General Practice, 45: 506.
- Ernst E., Willoughby M. e Weihmayr T. (1995), "Nine possible reasons for  
choosing complementary medicine", Perfusion, 8:356-359.
- Faas Nancy (editor) (2001), *Integrating Complementary Medicine into Health  
Systems*, Aspen Publishers Inc., Gaithersburg, Maryland.
- Gawande A. (2005), *Salvo complicazioni*, Fusi orari, Roma.
- Giarelli G. (1998), *Sistemi sanitari. Per una teoria sociologica comparta*,  
FrancoAngeli, Milano.
- (2003), *Il malessere della medicina*, FrancoAngeli, Milano.
  - (2005), *Medicine non convenzionali e pluralismo sanitario*, FrancoAngeli,  
Milano.
  - (2007a), "Introduzione. Verso una "medicina integrata"? Lo stato dell'arte e  
un'ipotesi di lavoro", in Giarelli *et al.*, *Le medicine non convenzionali in  
Italia*, FrancoAngeli, Milano;
  - (2007b), "La domanda di MNC in Italia: profili di prevalenza e modalità di  
utilizzo", in Giarelli *et al.*, *op.cit.*
  - *et al.* (2005a), *Storie di cura*, FrancoAngeli, Milano.
  - *et al.* (2007), *Le medicine non convenzionali in Italia*, FrancoAngeli, Milano.
- Goldstein M. (1992), *The health movement: promoting fitness in America*,  
Twayne Publishers, New York.
- (1999), *Alternative health care. Medicine, miracle, or mirage?* Temple  
University Press, Philadelphia.
  - (2000), "The Growing Acceptance of Complementary and Alternative  
Medicine", in Bird C.E., Conrad P. e Fremont A. (a cura di) (2000),  
*Handbook of Medical Sociology*. Fifth Edition, Prentice Hall, Upper Sadle  
River (NJ):284-297.
- Good B.J (1999), *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto  
medico-paziente*, Edizioni di Comunità, Milano.
- Gordon J.S. (1996), *Manifesto for a new medicine*, Addison-Wesley, Reading  
(Mass.).

- Gordon R.J., Nienstedt B.C. e Gesler W.M. (a cura di) (1998), *Alternative therapies. Expanding options in health care*, Springer, New York.
- Gorski T.N. (2002), "The Eisenberg data: Flawed and deceptive", [www.quackwatch.org/11Ind/eisenberg/.html](http://www.quackwatch.org/11Ind/eisenberg/.html).
- Groves R.M. e Couper M.P. (1998), "Societal environmental influences on survey participation", in id., *Non response in household interview surveys*, John Wiley & Sons, London.
- Guizzardi G. (a cura di) (2004), *Star bene. Benessere, salute, salvezza tra scienza, esperienza e rappresentazioni pubbliche*, Il Mulino, Bologna.
- (2005), "Medicine altre: che fare? Dibattiti, soluzioni, trasformazioni", *Medicina/Medicine*, cit.: 25-48.
- Gusfield J.R. (1994), "The reflexivity of social movements", in Larana E., Johnston H. e Gusfield J. (a cura di), *New social movements*, Temple University Press, Philadelphia: 58-78.
- Heron J. (1986), "Critique of conventional research methodology", *Complementary Medical Research*, 1, 1: 12-22.
- Holland W.W. (1985), *La valutazione dell'assistenza sanitaria*, La Nuova Italia Scientifica, Roma (ed.orig.: 1984, *Evaluation of Health Care*, Oxford University, Press, Oxford).
- House of Lords Select Committee on Science and Technology (2000), *Complementary and alternative medicine: session 1999-2000. 6th Report*, Stationery Office, London.
- Illich I. (1991), *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Red Edizioni, Como (ed orig.: 1976, *Limits to Medicine. Medical Nemesis: the Expropriation of Health*, Boyars, London).
- Institute of Medicine of the National Academies (2005), *Complementary and Alternative Medicine in the United States*, The National Academies Press, Washington, D.C.
- ISTAT (2001), *Indagine Multiscopo "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari" 1999-2000*, ISTAT, Roma.
- Istituto Superiore di Sanità (ISS) (1999), *Una riflessione multidisciplinare sul fenomeno "Terapie Non Convenzionali"*, *Annali dell'ISS*, vol 35.
- Kasl S.V e Cobb S. (1966), "Health behavior, illness behavior, and sick role

- behavior. Health and illness behavior”, *Archives of Environmental Health*, 12: 246-266
- Katz J. (1987), “Informed Consent in Therapeutic Relationship”, *Law and Ethics*, 5: 767-773, in Pasinelli, 2004: 25-26.
- Kerridge I.H. e McPhee J.R. (2004), “Ethical and legal issues at the interface of complementary and conventional medicine”, *MJA*, 181: 164-166.
- Kessler R.C. *et al.* (2001), “Long-term trends in the use of complementary and alternative medical therapies in the United States”, *Annals of Internal Medicine*, 135: 262-268.
- Kleinman A. (1978), Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems, “*Social Science and Medicine*”, 12: 85-93.
- (1980), *Patients and healers in the context of culture*, University of California Press, Berkeley.
- Koestler A. e Smithies J.R. (eds.) (1969), *Beyond reductionism: New perspectives in the life sciences*, Hutchinson, London.
- Kuhn T. (1969), *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino, (ed. orig.: 1962, *The Structure of Scientific Revolutions*, University of Chicago Press, Chicago).
- Lalli P. (1988), *L'altra medicina e i suoi malati*, Clueb, Bologna.
- Lanzetti C. (2006), “La posizione dei Medici di medicina generale nei confronti delle terapie non convenzionali: un problema di tutela, formazione e metodo di ricerca”, in Cipolla C., Corposanto C. e Tousjin W. (a cura di) (2006), *I Medici di medicina generale in Italia*, op. cit.: 235-253.
- Larson M.S. (1977), *The Rise of Professionalism*, University of California Press, Berkeley.
- Leslie C. (1980), “Medical pluralism in world perspective”, *Social Science and Medicine*, 14B: 191-195.
- Lewin K. (1951), *Field theory and social sciences*, Haepers and Brothers, New York.
- Lewith G.T. e Bensoussan A. (2004), “Complementary and alternative medicine – with a difference”, *MJA*, 180: 585-586.

- MacIntyre S., Hunt K. e Sweeting H. (1996), "Gender differences in health: Are things really as simple as they seem?", *Social Science and Medicine*, 42, 4: 617-624.
- Mackenzie E.R. *et al.* (2003), "Ethnic minority use of complementary and alternative medicine (CAM): A national probability survey of CAM users", *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 9, 4: 50-56
- Mant J. e Gatherer A. (1994), "Managing clinical risk", *BMJ*, 308: 1522-1523.
- Marino I.R. (2005), *Credere e curare*, Giulio Einaudi Editore, Torino.
- Menniti-Ippolito F. *et al.* (2002), "Use of unconventional medicine in Italy: a nation-wide survey", *European Journal of Clinical Pharmacology*, 58: 61-64.
- (2004), "Caratteristiche individuali e familiari degli utilizzatori di terapie non convenzionali in Italia", *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 40, 4: 455-461.
- Myers S.P. e Cheras P.A. (2004), "The other side of the coin: safety of CAM", *MJA*, 181: 222-225.
- National Institutes of Health (1994), *Alternative medicine: Expanding medical horizons. A report to the National Institutes of Health on alternative medicine systems and practices in the United States*, NIH Publication n. 94-066, Bethesda (Washington, DC).
- NCCAM (2007), fact sheet, "What is complementary and alternative medicine?", (<http://www.nccam.nih.gov>).
- Ultima consultazione 26/02/2007.
- background paper, "Whole Medical Systems: An Overview";
  - background paper, "Mind-Body Medicine: An Overview";
  - background paper, "Biologically Based Practices: An Overview";
  - background paper. "Manipulative and Body-Based Practices: An Overview";
  - background paper, "Energy Medicine: An Overview".
- O'Connor B. (1997), "Defining and describing complementary and alternative medicine", *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 3, 2: 49-57.

- Olshansky S.F. e Ault A.B. (1986), "The fourth stage of the epidemiological transition: the age of delayed degenerative diseases", *The Milbank Quarterly*, 64: 355- 391.
- OMNCER (2006), *Rapporto 2006. Integrazione delle medicine non convenzionali nel Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna: valutazione delle proposte e dello stato di avanzamento dei progetti inclusi nel Programma sperimentale 2006-2007*, (in fase di pubblicazione sul sito web dell'OMNCER).
- Organizzazione Mondiale della Sanità (2004), *Linee guida per lo sviluppo dell'informazione al consumatore sull'utilizzo appropriato della medicina tradizionale, complementare e alternativa*, versione italiana a cura della Regione Lombardia, Milano.
- Parker M.H. (2003), "The regulation of complementary health: sacrificing integrity?", *MJA*, 179: 316-318.
- Pasinelli G.G. (2004), *Il consenso informato. Una svolta nell'etica medica*, FrancoAngeli, Milano.
- Pescosolido B. (1992), "Beyond rational choice: The social dynamics of how people seek help", *American Journal of Sociology*, 97, 4: 1096-1138.
- (2000), "Rethinking models of health and illness behaviour", in M. Kellner e B. Wellman (a cura di) (2000), *Complementary and alternative medicine: challenge and change*, Harwood Academic Publ., Amsterdam.
- Reed L.S. (1932), *The healing cults. A study of sectarian medical practice: Its extent, causes and control*, University of Chicago Press, Chicago.
- Rees L. e Weil A. (2001), "Integrated medicine", *British Medical Journal*, 322: 119- 120.
- Research Council for Complementary Medicine (1998), *Public usage of complementary medicine: an overview*, RCCM, London.
- Rosenstock I.M. (1966), "Why people use health service", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44: 94-127.
- Rossi E. e Di Stefano M. (2007), "Regolamentazione statale, politiche regionali e ruolo degli ordini professionali", in Giarelli *et al.*, *op. cit.*
- Santosuosso A. (1996), *Il consenso informato. Tra giustificazione per il medico e diritto del paziente*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

- (1999), "La libertà di cura", *Una riflessione multidisciplinare sul fenomeno "Terapie Non Convenzionali"*, Annali dell'ISS, vol 35.
- Sharma U. (1995), *Complementary medicine today: practitioners and patients*, Routledge, London.
- Sirois F.M. e Gick M.L. (2002), "An investigation of the health beliefs and motivations of complementary medicine clients", *Social Science and Medicine*, 55, 6: 1025-1037.
- Spinsanti S. (2005), "Editoriale", *Janus*, n. 18, Zadig, Roma.
- Toscano G. (2006), *Informazione consenso e responsabilità sanitaria*, Giuffrè Editore, Milano.
- Umberson D. (1992), "Gender, marital status and the social control of health behaviour", *Social Science and Medicine*, 34, 8: 907-917.
- Vincent C. (1997), "Risk, safety and the dark side of quality", *BMJ*, 314: 1775;
- (1998), "Framework for analysing risk and safety in clinical medicine", *BMJ*, 316: 1154-1157;
- et al. (2000), "How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management protocol", *BMJ*, 320: 777-781.
- Voltaggio (1992), *L'arte della guarigione nelle culture umane*, Bollati Boringhieri, Milano.
- Wenstein N. (1993), "Four competing theories of health protection behavior", *Health Psychology*, 12: 324-333.
- West E. (2000), "Organisational sources of safety and danger: sociological contributions to the study of adverse events", *Quality in Health Care*, 9: 120-126.
- Zborowski M. (1952), "Cultural components in response to pain", *Journal of Social Issues*, 8: 16-30.
- Zola I.K. (1966), "Culture and symptoms: An analysis of patients presenting complaints", *American Sociological Review*, 31: 615-630.
- Zollman C. e Vickers A. (1999a), "Users and practitioners of complementary Medicine", *British Medical Journal*, 319: 836-838.
- (1999b), "ABC of complementary medicine. What is complementary medicine?", *British Medical Journal*, 319: 693-696.



*Allegato 1*

*Scheda di rilevazione*

*Allegato 1*

*Scheda di rilevazione*

Regione Emilia-Romagna – Agenzia Sanitaria Regionale  
 Programma sperimentale 2006-2007 per l'integrazione delle medicine non convenzionali  
 nel Servizio Sanitario dell'Emilia-Romagna

*Analisi documentaria*

ID	Azienda Sanitaria / Resp. Progetto / Progetto	Modalità di raccolta del consenso informato	Operatore che ha il compito di raccogliere il consenso informato	Luogo in cui avviene la raccolta del consenso informato	Tipologia di strumento utilizzato	Modalità di trattamento dei rifiuti del consenso informato	Motivazione rifiuti
<b>1</b> <b>(accorpato a 2)</b>	AUSL BO / Dr. G.C. Caruso <i>Utilizzo dell'agopuntura nel trattamento del dolore da malattie osteoarticolari</i>	Consegna di un foglio informativo al pz (non allegato) e del modulo per il consenso informato	Non specificato	Non specificato	Modulo da compilare e firmare	Non prevista	/
<b>2</b> <b>(accorpato a 1)</b>	AUSL BO / Dr. U. Mazzanti <i>Utilizzo dell'agopuntura nel trattamento del dolore da malattie osteoarticolari</i>	Consegna di un foglio informativo al pz (non allegato) e del modulo per il consenso informato	Non specificato	Non specificato	Modulo da compilare e firmare	Non prevista	/

ID	Azienda Sanitaria / Resp. Progetto / Progetto	Modalità di raccolta del consenso informato	Operatore che ha il compito di raccogliere il consenso informato	Luogo in cui avviene la raccolta del consenso informato	Tipologia di strumento utilizzato	Modalità di trattamento dei rifiuti del consenso informato	Motivazione rifiuti
3	AUSL BO / Dr. G. Lesi <i>Studio prospettico sull'impiego dell'agopuntura per il controllo dei sintomi della sindrome climaterica in donne che non possono fare terapia ormonale sostitutiva (TOS)</i>	Informazione dettagliata, scritta (modulo allegato) e verbale, degli obiettivi e delle modalità dello studio Previsto un incontro ad hoc di presentazione dello studio sperimentale e di consegna del modulo per il consenso informato	Ricercatore	Non specificato	Modulo da firmare (allegato)	Prevista scheda per la registrazione dei soggetti eleggibili ma non arruolati	Prevista una voce "Perché?" nella scheda di cui al punto precedente
4	AUSL BO / Dr. G. Lesi <i>Indagine sull'uso delle MNC nelle donne tra i 45 e i 65 anni afferenti ai consultori</i>  (Survey con questionario)	/	/	/	/	/	/
5	AUSL BO / Dr. G. Lesi <i>Valutazione preliminare dell'iniezione di Vit. K nel punto di agopuntura San Yin Jiao per il trattamento della dismenorrea primaria severa</i>	Colloquio preliminare consegna di foglio informativo (manca allegato)	Ricercatore	Non specificato	Modulo da compilare e firmare (manca allegato)	Non prevista	/

ID	Azienda Sanitaria / Resp. Progetto / Progetto	Modalità di raccolta del consenso informato	Operatore che ha il compito di raccogliere il consenso informato	Luogo in cui avviene la raccolta del consenso informato	Tipologia di strumento utilizzato	Modalità di trattamento dei rifiuti del consenso informato	Motivazione rifiuti
6	AUSL BO / Prof. P.Cortelli <i>Studio prospettico sull'utilizzo dell'agopuntura nella profilassi della cefalea</i>	Foglio informativo sulle modalità e finalità dello studio sperimentale	Non specificato	Non specificato	Modulo da compilare e firmare (manca allegato)	Non prevista	/
7	AUSL FC / Dr. P. Tolomei <i>Istituzione di un Osservatorio aziendale sull'uso delle MNC</i>  (No studio sperimentale sull'uomo)	/	/	/	/	/	/
10	AUSL MO / Dr. L. Scaltriti <i>Agopuntura cinese tradizionale come "supportive care" in corso di Chemioterapia Antiblastica Sistemica</i>	Consegna modulo per il consenso informato (N.B. Lettera di presentazione del progetto sperimentale al MMG e di comunicazione della partecipazione allo studio del paziente)	Non specificato	Non specificato	Modulo da firmare (allegato)	Non prevista	/

ID	Azienda Sanitaria / Resp. Progetto / Progetto	Modalità di raccolta del consenso informato	Operatore che ha il compito di raccogliere il consenso informato	Luogo in cui avviene la raccolta del consenso informato	Tipologia di strumento utilizzato	Modalità di trattamento dei rifiuti del consenso informato	Motivazione rifiuti
12	AUSL MO / Dr. T.Lasagna <i>Utilizzo dell'agopuntura nel trattamento del dolore da malattie osteoarticolari</i>	Consegna foglio informativo	Medico sperimentatore	Non specificato	Modulo da firmare (manca allegato)	Non prevista	/
13	AUSL PR / Dr. M.Impallomeni <i>Indagine sull'uso di alcune medicine non convenzionali da parte della popolazione femminile afferente al centro salute donna dell'AUSL di Parma</i> (No studio sperimentale sull'uomo)	/	/	/	/	/	/
14	AUSL PC / Dr. A. Botti <i>Trattamento con moxibustione ed agopuntura per la correzione della presentazione podalica</i>	Lettera di informazione	Medico sperimentatore /	Non specificato	Modulo per consenso informato	Non prevista /	/
15	AUSL PC / Dr. A. Botti <i>Progetto per l'uso di metodiche di agopuntura tradizionale cinese in pazienti con sindrome menopausale, non compatibili con l'utilizzo di terapia ormonale sostitutiva</i>	Informazione dettagliata, scritta (modulo allegato) e verbale, degli obiettivi e delle modalità dello studio	Ricercatore	Non specificato	Modulo da firmare (allegato)	Non prevista	/
16	AUSL PC / Dr. T. Gregori	/	/	/	/	/	/

	<i>Servizio di documentazione dell'Osservatorio regionale per le medicine non convenzionali: studio di fattibilità</i> (No studio sperimentale sull'uomo)						
<b>ID</b>	Azienda Sanitaria / Resp. Progetto / Progetto	Modalità di raccolta del consenso informato	Operatore che ha il compito di raccogliere il consenso informato	Luogo in cui avviene la raccolta del consenso informato	Tipologia di strumento utilizzato	Modalità di trattamento dei rifiuti del consenso informato	Motivazione rifiuti
<b>17</b>	AUSL PC / Dr. T. Gregori <i>Progetto pilota sull'impiego di preparati di medicina non convenzionali</i>  (No studio sperimentale sull'uomo)	/	/	/	/	/	/
<b>18</b>	AUSL RA / Dr. V. Ricci <i>Trattamento preventivo con l'agopuntura della nevrite post erpetica</i>	Consegna modulo	Non specificato	Non specificato	Modulo da firmare (manca allegato)	Non prevista	/
<b>19</b>	AUSL RA / Dr. M. Morelli <i>Trattamento con la fitoterapia occidentale e secondo MTC della menopausa</i>	Consegna modulo	Non specificato	Non specificato	Modulo da firmare (manca allegato)	Non prevista	/
<b>20</b>	AUSL RA / Dr. V. Ricci <i>Trial nel trattamento con l'agopuntura delle malattie reumatiche</i>	Consegna modulo	Non specificato	Non specificato	Modulo da firmare (manca allegato)	Non prevista	/
<b>21</b>	AUSL RN / Dr. F. Desiderio	Lettera informativa al	Ricercatore	Non specificato	Modulo da	Non prevista	/

	<i>Trattamento con l'omeopatia dei sintomi menopausali in pazienti operate per tumore alla mammella</i>	paziente			firmare		
<b>ID</b>	Azienda Sanitaria / Resp. Progetto / Progetto	Modalità di raccolta del consenso informato	Operatore che ha il compito di raccogliere il consenso informato	Luogo in cui avviene la raccolta del consenso informato	Tipologia di strumento utilizzato	Modalità di trattamento dei rifiuti del consenso informato	Motivazione rifiuti
<b>22</b>	AUSL RN / Dr. F. Desiderio <i>Modello formativo per operatori sanitari su obiettivi, finalità e prove di evidenza della medicina alternativa</i>  (No studio sperimentale sull'uomo)	/	/	/	/	/	/
<b>24</b>	Manca scheda						
<b>25</b>	Manca scheda						
<b>26</b>	AOSP MO / Prof. F. Facchinetti <i>Efficacia del trattamento di agopuntura associata a moxibustione versus moxibustione semplice e rivolgimento per manovre esterne per ridurre il numero di presentazioni podaliche alla nascita</i>	Consegna modulo	Non specificato	Non specificato	Modulo da firmare	Non prevista	/



27	AOSP MO / Prof. F. Facchinetti, Dr. I. Neri <i>Efficacia ed accettabilità dell'agopuntura per l'analgesia in travaglio di parto (studio prospettico controllato randomizzato)</i>	Consegna modulo	Non specificato	Non specificato	Modulo da firmare	Non prevista	/
<b>ID</b>	Azienda Sanitaria / Resp. Progetto / Progetto	Modalità di raccolta del consenso informato	Operatore che ha il compito di raccogliere il consenso informato	Luogo in cui avviene la raccolta del consenso informato	Tipologia di strumento utilizzato	Modalità di trattamento dei rifiuti del consenso informato	Motivazione rifiuti
28	I.O.R. / Dr. A. Longhi <i>Valutazione dell'intervallo libero da malattia nei pazienti on sarcomi a cellule fusate dell'osso in Remissione Completa dopo chirurgia per la seconda ricaduta in trattamento con Etoposide vs Viscum Album Pini</i>	Consegna modulo	Non specificato	Non specificato	Modulo per consenso informato per adulti e minori (manca allegato)	Non prevista	/
29	AOSP RE / Prof. La Sala <i>Influenza dell'agopuntura sulla percentuale di gravidanze in pazienti sottoposte a PMA: studio prospettico randomizzato controllato su 300 pazienti</i>	Informazione scritta e verbale alle pz durante un incontro ad hoc	Ricercatore	Non specificato	Modulo per consenso informato (manca allegato)	Non prevista	/
	<b>25 progetti (1 e 2 accorpati) = 24</b>						

*Allegato 2*

*Griglia di osservazione*

Regione Emilia-Romagna – Agenzia Sanitaria Regionale  
Programma sperimentale 2006/2007  
Per l'integrazione delle medicine non convenzionali  
nel Servizio Sanitario dell'Emilia-Romagna

**Tutela del paziente e consenso informato  
Per un utilizzo appropriato e sicuro delle MNC**

**Indagine regionale**

*Griglia di osservazione*

<b>Progetto</b>	<b>Modalità di informazione del paziente e di richiesta del suo consenso</b>	<b>Contesto nel quale l'informazione viene data ed il consenso del paziente richiesto</b>	<b>Personale sanitario coinvolto</b>	<b>Reazioni del paziente alla richiesta di consenso informato</b>	<b>Tipologia generale di comunicazione osservata</b>



## *Allegato 3*

Regione Emilia-Romagna – Agenzia Sanitaria Regionale  
Programma sperimentale 2006/2007  
Per l'integrazione delle medicine non convenzionali  
Nel Servizio Sanitario dell'Emilia-Romagna

### **Tutela del paziente e consenso informato Per un utilizzo appropriato e sicuro delle MNC**

#### **Indagine regionale**

##### Questionario per i pazienti

1) **Sesso**

- F
- M

2) **Età**

- 18-25
- 26-35
- 36-45
- 46-55
- 56-65
- 66 e oltre

3) **Stato civile**

- Nubile/Celibe
- Convivente
- Coniugata/o
- Separata/o – Divorziata/o
- Vedova/o

4) **Titolo di studio**

- Licenza elementare
- Licenza media
- Diploma di scuola superiore
- Laurea
- Altro (specificare .....)

**5) Professione attuale**

- Impiegata/o
- Operaia/o
- Commerciante
- Insegnante
- Libero professionista (specificare .....)
- Pensionata/o
- Disoccupata/o

**6) Aveva mai sentito parlare prima delle medicine non convenzionali?**

- Sì
- No

**7) Se sì, in quali occasioni?**

- Mi ero già sottoposta/o ad alcuni trattamenti di medicina non convenzionale: specificare quali

.....  
.....  
.....  
.....

Sono stato consigliato da:

- Medico di base
- Specialista (specificare .....)
- Altri operatori sanitari (specificare.....)
- Parenti
- Amici
  
- Ho letto libri e/o articoli sull'argomento
- Ho visto la pubblicità
- Ho fatto ricerca su Internet
- Altro (specificare .....)

**8) Chi le ha proposto questo trattamento?**

- Ho scelto io
- Medico di base
- Medico specialista (specificare .....)
- Altro (specificare .....)

**9) Come definirebbe il Suo atteggiamento nei confronti delle medicine non convenzionali?**

- Curiosità
- Scetticismo
- Attrazione
- Indifferenza
- Altro

**10) Ha già ricevuto informazioni relative al progetto sperimentale al quale sta partecipando?**

- Sì
- No

**11) Se sì, in che modo le sono state date le informazioni?**

- Mi hanno letto un foglio prestampato contenente le informazioni
- Mi hanno consegnato un foglio prestampato contenente le informazioni
- Mi hanno letto e consegnato un foglio prestampato contenente le informazioni
- Altro (specificare.....)

**12) Chi le ha dato le informazioni?**

- Medico specialista (specificare .....
- Infermiere/a
- Ostetrica
- Altro operatore sanitario (specificare .....
- Non ho ricevuto informazioni da nessuno

**13) Ritieni che le informazioni ricevute sul Suo trattamento siano state :**

- Del tutto insufficienti
- Insufficienti
- Abbastanza esaustive
- Completamente esaustive

**14) Le hanno consegnato anche un modulo per il consenso informato?**

- Sì, me lo hanno consegnato
- Sì, me lo hanno letto e consegnato
- No

**15) Chi le ha consegnato il modulo per il consenso informato?**

- Medico specialista (specificare .....
- Infermiere/a
- Ostetrica
- Altro operatore sanitario (specificare .....
- Nessuno

**16) Le hanno spiegato di cosa si trattava?**

- Sì, mi hanno spiegato tutto nei minimi dettagli
- Sì, mi hanno dato qualche informazione
- No, mi hanno solo chiesto di firmare il consenso

**17) Da quanto tempo ha iniziato il trattamento di medicina non convenzionale?**

- Una settimana
- Un mese
- Più di un mese

**18) Quante applicazioni ha ricevuto?**

(oppure, nel caso di omeopatia e fitoterapia, specificare il tipo di preparato con il nome commerciale e la posologia con quantità e dosaggio assunto ogni giorno)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**19) Ritieni che le Sue condizioni di salute siano migliorate a seguito del Trattamento ricevuto? (oppure del/dei preparato/i assunto/i)**

- Sì, decisamente migliorate
- Sì, abbastanza migliorate
- Non ho notato alcun cambiamento
- No, sono peggiorate

**20) Durante il trattamento (oppure durante l'assunzione del preparato omeopatico o fitoterapico) ha notato qualche effetto non previsto?**

- Sì
- No

**21) Se sì, l'effetto rilevato era già descritto nel modulo informativo e/o di Consenso informato?**

- Sì
- No

**22) Assumeva contemporaneamente altri farmaci?**

- Sì (specificare cosa e per quale disturbo.....)
- No

**23) Ha informato il medico dell'accaduto?**

- Sì
- No (specificare perché .....



**24) Se sì, è stato soddisfatto delle spiegazioni che le hanno dato?**

- Sì, abbastanza soddisfatto
- Sì, molto soddisfatto
- No, poco soddisfatto
- No, assolutamente insoddisfatto

**25) Come valuta complessivamente questa sua esperienza in relazione all'uso di MNC?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Allegato 4*

Regione Emilia-Romagna – Agenzia Sanitaria Regionale  
Programma sperimentale 2006/2007  
Per l'integrazione delle medicine non convenzionali  
nel Servizio Sanitario dell'Emilia-Romagna

**Tutela del paziente e consenso informato  
Per un utilizzo appropriato e sicuro delle MNC**

**Indagine regionale**

Intervista semi-strutturata agli operatori sanitari direttamente coinvolti nella somministrazione di trattamenti e/o preparati di MNC

Parte I - Il Progetto e il suo contesto istituzionale

**1. Titolo del progetto**

---

---

**2. Azienda sanitaria**

---

---

**3. Dipartimento/Unità Operativa/Servizio**

---

---

**4. Responsabile del progetto** (nome, cognome, professione e ruolo nel Servizio)

---

---

**5. Nome e cognome, professione e ruolo nel Servizio dell'intervistato** (se diverso dal responsabile del progetto)

---

---

---

**6. Origini del progetto: quali fattori interni/esterni all'Azienda ne hanno stimolato l'adozione?**

---

---

---

**7. Quali reazioni ha suscitato il progetto nel management organizzativo (responsabili di Servizio/U.O./Dipartimento) e nella direzione aziendale?**

---

---

---

**8. In precedenza erogava già prestazioni di MNC? Se sì, quali?**

---

---

---

**9. Per quali tipologie di utenti e patologie?**

---

---

---

**10. Per quanto tempo e con quali risultati? (allegare eventuale documentazione interna o pubblicata)**

---

---

---

**11. Ha frequentato corsi relativi alle MNC? Se sì, quali, organizzati da chi e con quale durata?**

---

---

---

## Parte II – Struttura del progetto

**12. Obiettivi del progetto**

---

---

---

**13. Quale/i tipo/i di prestazione/i di medicina non convenzionale viene/vengono erogato/i nel progetto?**

---

---

---

**14. Per quale tipologia di utenti e di patologie?**

---

---

---

**15. Dove: in contesto ospedaliero o di servizio territoriale?**

---

---

---

**16. Come? (prestazione ordinaria o intramoenia)**

---

---

---

**17. Numero, tipologia e tempo di lavoro (full time/part time) di tutti i professionisti coinvolti nelle prestazioni previste nel progetto**

---

---

---

Parte III – Il processo di erogazione

**18. Modalità di accesso alla prestazione di MNC**

---

---

---

**19. Modalità operative di erogazione della prestazione di MNC (singolo operatore, in équipe, ecc.)**

---

---

---

**20. Eventuali modalità di coordinamento e integrazione con gli altri servizi aziendali**

---

---

---

**21. Tipi di reazioni dei colleghi del suo stesso servizio che non praticano le medicine non convenzionali al progetto**

---

---

---

Parte IV – Risultati attesi

**22. Cosa si aspetta di diverso rispetto alla medicina convenzionale dalla scelta delle medicine non convenzionali?**

---

---

---

**23. Principali risultati sin qui ottenuti dal progetto**

---

---

---

**24. Si ritiene soddisfatto dei risultati sin qui ottenuti? Se no, perché?**

---

---

---

**25. Quali ritiene che siano i maggiori punti di forza e di debolezza del progetto?**

---

---

---

Parte V - L'informazione al paziente ed il consenso informato

**26. Modalità di promozione del progetto presso i cittadini potenziali utenti**

---

---

---

**27. Quanti pazienti ad oggi sono entrati in trattamento nel progetto sperimentale?**

---

---

---

**28. Con quali modalità di reclutamento (è il paziente che si autopropono? Se no, chi lo propone?)**

---

---

---

**29. Quali sono le modalità di informazione al paziente adottate? (verbali, scritte, altro)**

---

---

---

**30. Chi fornisce le informazioni al paziente?**

---

---

**31. Come viene richiesto il consenso al trattamento?**

---

---

**32. Come considera l'atteggiamento dei pazienti rispetto alla richiesta di consenso informato?**

---

---

**33. Quanti pazienti ad oggi hanno rifiutato la proposta di entrare in trattamento? Perché?**

---

---

**34. Quanti pazienti sino ad oggi si sono ritirati dal progetto? Per quale motivo?**

---

---

**35. Ha notato qualche effetto avverso durante la sperimentazione? SE sì, descrivere l'effetto, il grado di severità, la diagnosi eventuale ed il relativo trattamento).**

---

---

**36. Quali sono stati i tempi di risoluzione (o mancata risoluzione) dell'effetto avverso?**

---

---

**37. Il trattamento è stato poi sospeso? ("dechallenge"); se sì, l'effetto avverso è migliorato dopo tale sospensione?**

---

---

**38. Successivamente il trattamento è stato ripreso? ("rechallenge") Cosa è accaduto?**

---

---

**39. Modalità di documentazione degli effetti avversi adottate (esami di laboratorio, referti specialistici, ecc.)**

---

---

**40. È stata trasmessa una relazione sul/i caso/i di effetto avverso? Se sì, a chi? (Comitato etico di riferimento, altri centri in cui si svolge la ricerca se si tratta di una sperimentazione multicentrica, all'Osservatorio regionale sulle MNC, all'Istituto Superiore di Sanità (in caso di progetti di Omeopatia o Fitoterapia)**

---

---

---

**41. Eventuali considerazioni conclusive e proposte per il futuro**

---

---

---