



AMCP

Associazione per la Medicina
Centrata sulla Persona **ONLUS**
ENTE MORALE

Bologna, 06.06.2017

Gent.mo Dr. Cesare Fassari
Quotidiano Sanità, Roma

Considerazioni sull'intervento del collega Marco Del Prete "Governo dia il via a corsi di aggiornamento seri per i medici che praticano la medicina complementare" e sua Lettera al Ministro Lorenzin.

Gentile Direttore,

ho letto l'intervento "[Governo dia il via a corsi di aggiornamento seri per i medici che praticano la medicina complementare](#)" che il collega Marco Del Prete, da inizio anno presidente dell'AMIOT, ha pubblicato sulla sua testata il 31 maggio scorso, unitamente alla [lettera da lui inviata al Ministro Lorenzin](#).

Sia il contenuto dell'intervento, sia il contenuto della lettera al Ministro Lorenzin richiedono/richiederebbero una adeguata, articolata e compiuta disamina, a partire dal piano epistemologico, dato che vengono affrontati molti argomenti e temi in modo non esaustivo, anche perché, erroneamente, termini come: "Medicine Tradizionali", "Medicine Complementari", "Medicine Non Convenzionali", "Medicine Complementari e Alternative", "Medicina Integrata/Integrativa" non sono equivalenti, né sinonimi, né tanpoco possono essere usati in modo de-contestualizzato e de-storicizzato.

Al contrario il termine CAM e gli altri termini sopraelencati possono essere usati correttamente e adeguatamente solo se adottati nel contesto appropriato, ad esempio: ricerca, formazione, sociologia della salute, sociologia delle medicine tradizionali e non convenzionali, politica sanitaria in quanto contesto-specifici.

In questa occasione circoscrivo le seguenti mie prime considerazioni riportando, il più concisamente possibile, stante la complessità e vastità della materia, documenti e dati elementari indispensabili per una disamina competenziale, rimandando per approfondimento ai riferimenti bibliografici essenziali, forniti in lingua italiana per comodità del lettore.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1972 ha istituito il *Dipartimento per le Medicine Tradizionali* e attivato i *Centri Collaboranti per le Medicine Tradizionali* in ogni continente (in Europa un centro in Norvegia e un centro in Italia) - definisce le CAM come segue:

"La Medicina Alternativa e Complementare si riferisce a un vasto insieme di pratiche di assistenza sanitaria che non fanno parte della tradizione propria di un paese e non sono integrate nel sistema

sanitario dominante. Altri termini usati per descrivere queste pratiche di assistenza sanitaria sono: "medicina naturale", "medicina non convenzionale" e "medicina olistica".

Nelle [General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine](#) (Ginevra, 2000) l'OMS afferma per la Medicina Tradizionale la seguente definizione:

"La Medicina Tradizionale ha una lunga storia. È la somma di conoscenze, competenze e pratiche basate su teorie, credenze ed esperienze indigene di diverse culture, siano esse spiegabili o meno, utilizzate per il mantenimento della salute, così come nella prevenzione, diagnosi, cura o miglioramento di malattie fisiche e mentali. In alcuni paesi, i termini "complementare/alternativa/non convenzionale" sono usati in modo intercambiabile con "medicina tradizionale" e si riferiscono a un ampio insieme di pratiche di assistenza sanitaria che non fanno parte della tradizione di quello stesso paese e non sono integrate nel sistema sanitario dominante."

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

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, con la delibera n. WHA56 31 del 28 Maggio 2003, invita gli Stati membri a formulare e attuare politiche e regolamenti nazionali sulle Medicine Tradizionali e Non Convenzionali, e a prestare particolare attenzione alla formazione degli operatori: stabilire una registrazione e una licenza per gli operatori; riconoscere il ruolo degli operatori delle MNC nell'assistenza sanitaria primaria; ottimizzare e aggiornare le competenze degli operatori delle MNC; sviluppare le linee guida di formazione per le terapie più comunemente utilizzate; rafforzare e incrementare l'organizzazione degli operatori delle MNC; rafforzare la cooperazione con gli altri operatori sanitari.

L'OMS, il giorno 8 novembre 2008, in occasione del **Congresso Mondiale sulla Medicina Tradizionale** tenutosi a Pechino, ha emanato la "[Dichiarazione di Pechino sulla Medicina Tradizionale](#)" in cui si richiede, tra l'altro, "la necessità di azione e cooperazione da parte della comunità internazionale, dei governi, nonché dei professionisti e degli operatori sanitari al fine di assicurare un utilizzo corretto della Medicine Tradizionali come componente significativa per la salute di tutti i popoli.."

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

L'Assemblea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dato mandato all'OMS di impegnarsi a promuovere la conoscenza, uso e diffusione delle Medicine Tradizionali a livello mondiale, anche in termini di sostenibilità e farmacoeconomia, quale componente essenziale delle Cure Primarie, dato che circa l'80% della popolazione mondiale che vive nei paesi del Terzo Mondo (oggi chiamati paesi in via di sviluppo per addolcire la coscienza dell'Occidente) dipende dai loro sistemi autoctoni tradizionali quali fonti primarie di cura.

In letteratura si tenta un chiarimento epistemologico al fine di contestualizzare la realtà italiana attuale. Il termine Medicine Non Convenzionali è la definizione più appropriata e che rispecchia la situazione italiana attuale e contingente per diversi motivi: innanzitutto è quella meno connotata ideologicamente e pertanto più neutrale dal punto di vista scientifico, contiene poi in nuce il carattere convenzionale della ortodossia medica

scientifico e il relativo processo di legittimazione; comprende poi una serie di sistemi di salute e cura su base antropologica la cui identità è espressa diversamente rispetto alla biomedicina. Sono infatti Medicine Tradizionali e Non Convenzionali su base antropologica escluse sia dal Sistema Sanitario Nazionale, sia dalla pressoché totalità dei Sistemi Sanitari Regionali e anche dall'insegnamento delle Facoltà di Medicina. Pertanto il termine non convenzionale serve per contestualizzare e ricordare il loro non attuale inserimento formale nel sistema sanitario dominante contemporaneo e nei programmi curriculari obbligatori del corso di laurea a ciclo unico in Medicina e Chirurgia in Italia. L'elemento di non ortodossia o alterità rappresenta uno degli aspetti di specificità, di forza e di innovazione delle Medicine Tradizionali e Non Convenzionali in quanto proprio in nome di questa ortodossia vengono utilizzate di volta in volta per il bisogno di salute delle singole persone, in linea con i principi della Medicina Centrata sulla Persona

2002

[Linee guida della Federazione Nazionale Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri FNOMCeO sulle Medicine e Pratiche Non Convenzionali](#)

A Terni il 18 maggio 2002 il Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) - viste la [Risoluzione n. 75 del Parlamento Europeo del 29 maggio 1997 "Sullo Status delle Medicine Non Convenzionali"](#) e la [Risoluzione n. 1206 del Consiglio d'Europa del 4 novembre 1999 "L'approccio europeo alle Medicine Non Convenzionali"](#) con cui, in sintesi, si chiedeva di "assicurare ai cittadini la più ampia libertà di scelta terapeutica e il più alto livello di informazione sull'innocuità, qualità ed efficacia di tali medicine, invitando gli Stati membri a regolarizzare lo status delle Medicine Non Convenzionali in modo da garantirne a pieno titolo l'inserimento nei Servizi Sanitari Nazionali" - riconobbe - **per il loro rilievo sociale** - nove Medicine Non Convenzionali: Agopuntura, Medicina Tradizionale Cinese, Medicina Ayurvedica, Medicina Omeopatica, Medicina Antroposofica, Omotossicologia, Fitoterapia, Chiropratica, Osteopatia.

Queste nove Medicine Non Convenzionali sono state riconosciute di esclusiva competenza e responsabilità professionale del medico chirurgo e dell'odontoiatra in quanto "a tutti gli effetti atto medico".

La posizione, espressa dal massimo organismo della professione medica in ambito deontologico, ribadisce che le uniche figure abilitate ad esercitarle sono i medici chirurghi e gli odontoiatri, ([la FNOVI fece cosa analoga per i veterinari, cfr Art. 31 Codice Deontologico](#)), formati secondo gli ordinamenti didattici della medicina convenzionale e solo successivamente resi esperti attraverso rigorosi e specifici percorsi formativi definiti da istituzioni e soggetti pubblici e privati, a tale scopo accreditati. La Federazione, al fine di garantire la tutela della salute dei cittadini, nel completo rispetto del principio di libertà di cura, richiama i medici alla rigorosa osservanza del Codice di Deontologia, con particolare riferimento all'obbligo della corretta e completa informazione al paziente, all'acquisizione del consenso informato anche al fine di non sottrarlo alle cure di comprovata efficacia.

Il punto nodale è stato toccato: a) sono medici convenzionali coloro che esercitano queste Medicine, questi Sistemi di Salute su Base Antropologica; b) non si tratta di *una* medicina non convenzionale ma di *diverse e differenti* Medicine Tradizionali e Non Convenzionali, cioè di *diversi e differenti epistemi*, raccolte, spesso per mancata conoscenza, in un unico raccoglitore etichettato come "altro".

Anche se queste Medicine indicate dalla FNOMCeO sono state oggetto di diversi progetti di legge, non c'è stata una ricaduta positiva di informazione indirizzata alla classe medica.

Questo ha comportato da una parte il fatto che i pazienti, spesso vittime loro stessi di preconcetti, si informano autonomamente sui diversi metodi di cura; e, dall'altra, che i medici, non essendo a conoscenza di tutte le informazioni relative, rimangono intrappolati nel preconcetto di chi è favorevole e di chi è contrario, senza tener conto dei rischi reali che entrambe queste posizioni aprioristiche comportano.

Va tenuto presente che la FNOMCeO fino dal testo del Codice di Deontologia del 1998 prende in considerazione le Medicine Non Convenzionali. Cosa poi confermata nel Codice del 2006 e nel nuovo Codice in vigore dal 2014.

2003

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

Da quell'evento scaturì il 5 dicembre 2003 la costituzione del [Comitato Permanente di Consenso e Coordinamento per le Medicine Non Convenzionali in Italia](#), (associazione no-profit legalmente costituita) aperto a tutte le componenti sanitarie, nelle sedi rappresentative della professione medica, alle Istituzioni della Repubblica sia nazionali che regionali e territoriali, nonché nei confronti delle associazioni dei cittadini per tutelare le MNC e promuoverne il riconoscimento sulla base del Documento di Terni.

Il Comitato fu audito il 18 giugno 2004 innanzi al plenum del Comitato Nazionale per la Bioetica.

Il Comitato è componente del Consorzio Europeo (FP7) CAMbrella - a Pan-european Research Network for Complementary and Alternative Medicine.

2009

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

Il nuovo piano dedica un capitolo specifico alle "Medicine e Pratiche Non Convenzionali di Riferimento", che così recita: *"L'ente accreditante all'atto della presentazione del piano formativo da parte del provider che contenga eventi compresi nelle Medicine Non Convenzionali, procederà alla valutazione dei singoli eventi di Medicine Non Convenzionali ai fini della loro congruità rispetto agli indicati obiettivi formativi. La Fitoterapia, la Medicina Omeopatica, l'Omotossicologia, l'Agopuntura, la Medicina Ayurvedica e la Medicina Antroposofica sono riservate in via esclusiva, ai fini ECM, alle professioni di medico, odontoiatra, veterinario, farmacista nell'ambito delle rispettive competenze professionali.*

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

Il 12 dicembre 2009 il Consiglio Nazionale della FNOMCeO emanò le **"Linee Guida per la Formazione nelle Medicine e Pratiche Non Convenzionali riservate ai Medici-Chirurghi e Odontoiatri"**.

Dell'elenco del 2002 rimangono di esclusiva competenza del medico-chirurgo e dell'odontoiatra: Agopuntura, Medicina Tradizionale Cinese, Medicina Ayurvedica, Medicina Omeopatica, Medicina Antroposofica, Omotossicologia, Fitoterapia.

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

2010

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

2013

In assenza di una legge quadro nazionale di regolamentazione sulle Medicine Non Convenzionali, stante la totale latitanza del Parlamento (basti pensare che il primo disegno di legge in materia risale alla XIII Legislatura), la Conferenza Stato-Regioni emana il 7 febbraio 2013 l' *“Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente i criteri e le modalità per la certificazione di qualità della formazione e dell'esercizio dell'agopuntura, della fitoterapia, dell'omeopatia, da parte dei medici chirurghi, degli odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti, stipulato in data 7 febbraio 2013 (Rep. Atti n. 54/CSR)”*.

2014

Il 24.07.2014 il Dr. Giovanni Leonardi, allora Direttore della Direzione Generale delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del Servizio Sanitario Nazionale del Ministero della Salute, invia agli Assessori alla Sanità delle Regioni e delle Province Autonome una *Nota di Chiarimenti* in ordine all'applicazione del suddetto Documento Stato-Regioni.

2016

Il 29 settembre 2016 si è tenuto in Senato il Simposio Nazionale *“[Le Medicine Tradizionali, Complementari e Non Convenzionali nel Servizio Sanitario Nazionale per l'uguaglianza dei diritti di salute oltre le esperienze regionalistiche: Salutogenesi e Prevenzione, Formazione a Profilo Definito, Buona Pratica Clinica, Ricerca Clinica No-Profit. Criticità, esigenze sociali, prospettive future: un confronto interdisciplinare](#)”*, organizzato dall'[Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona ONLUS-Ente Morale](#) di Bologna, promosso dal [Sen. Dott. Maurizio Romani, Vice Presidente della Commissione Sanità del Senato](#).

Senza ombra di dubbio è stato il momento unitario più alto che ha riunito gli esponenti più qualificati di tutte le varie Medicine Tradizionali e Complementari in Italia dai tempi della [Conferenza di Consenso del 2003](#).

Ci si immagina che la posizione ufficiale del sistema universitario verso le Medicine Tradizionali, Complementari e Non Convenzionali sia coerente e al passo con i tempi e la storia.

Ebbene sulla rivista "[Medicina e Chirurgia](#)" organo ufficiale delle Conferenze Permanenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, si trova ben altra posizione ufficiale sulle Medicine Non Convenzionali, emanata e confermata per ben tre volte, nell'anno **2004**, nel **2011** e in ultimo nel **2013**, qui di seguito riportata, con i relativi riferimenti bibliografici:

La posizione ufficiale dell'Università verso le Medicine Non Convenzionali Conferenza Permanente dei CLM in Medicina e Chirurgia del 2004, 2011, 2013

[Lechi A, Vantini I. Riflessioni sulle Medicine Alternative e Complementari ed il Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia. Conferenza congiunta dei Presidi di Facoltà di Medicina e Chirurgia e dei Presidenti di Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia, Alghero, 2 maggio 2004. Medicina e Chirurgia 2004;24:919-923.](#)

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

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

[Vantini I, Caruso C, Craxì A. Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia. L'insegnamento delle Medicine Alternative e Complementari \(CAM\) nel Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia. Posizione della Conferenza Permanente dei Presidenti dei CLM. Genova 1 luglio 2011. Medicina e Chirurgia 2011;53:2331-2332.](#)

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

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

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

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

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

La CPPCLM rileva peraltro la necessità di un ulteriore impegno didattico per rafforzare la componente metodologica e farmacologico-terapeutica, la valorizzazione del concetto di salute e del ruolo degli stili di vita nella formazione dello studente, lo sviluppo della capacità di cogliere le valenze socio-culturali e spirituali della persona, il cogliere le opportunità didattiche della medicina narrativa, l'implementazione delle capacità di ascolto, di instaurare una relazione di aiuto e di counselling." (pag. 2332)

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

[Caruso C, Rizzo C, Vantini V. Conferenza Permanente dei CLM in Medicina e Chirurgia. Insegnare nelle Università la Fitoterapia e l'Agopuntura? Medicina e Chirurgia 2013;60:2668-2678.](#)

Agopuntura

Visto il ristretto ambito specialistico, è impensabile che nel Corso di Laurea si debba dare spazio all'insegnamento dell'Agopuntura, che esula dallo scopo formativo del Corso di Laurea, ma se ne dovrebbe discutere, insieme con le altre opzioni per il trattamento del dolore nei Corsi di Anestesia e Rianimazione.

Lo scopo del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia è quello di formare un medico a livello professionale iniziale con una cultura biomedico-psico-sociale, che possieda una visione multidisciplinare ed integrata dei problemi della salute e della malattia, con una educazione orientata fundamentalmente alla promozione della salute, e con una cultura umanistica nei suoi risvolti di interesse medico.

Fitoterapia

La formazione dello studente in medicina deve basarsi sull'acquisizione di metodologie e contenuti che hanno solide basi scientifiche, con costante riferimento alla Medicina Basata sulle Evidenze, come più volte ribadito dalla Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia a proposito delle CAM. Lo studente in medicina deve esser consapevole del fatto che la medicina che è basata sull'uso di erbe medicinali (Fitoterapia) rappresenta una realtà alla quale dovrà essere in grado di fornire una risposta al paziente. Egli dovrà conoscerne i principi fondanti, ed essere dotato di alcune informazioni fondamentali sulla sicurezza dei trattamenti, i rischi e le interazioni con altri farmaci, ed acquisire la capacità di rilevare nella raccolta anamnestica l'uso di erbe medicinali e fitoterapici.

La formazione dello studente, che prevede in 6 anni l'acquisizione di una mole rilevante di conoscenze, non può contenere negli obiettivi del core curriculum la conoscenza della fitoterapia in misura tale da sviluppare capacità prescrittive (la mole di conoscenze interdisciplinari che uno studente dovrebbe acquisire rende impercorribile lo studio specifico della Fitoterapia, a fronte di un'utilità assai limitata) quanto per gestire con appropriatezza il paziente che usa prodotti naturali, per fornirgli una corretta informazione, renderlo consapevole dei potenziali rischi e delle interazioni - talora rilevanti - con farmaci, oltre che della intrinseca distanza che distingue un trattamento vagliato dalle Autorità regolatorie europee e nazionali, sotto regole definite e assai rigorose, da altri trattamenti, pur di lunga tradizione e non privi di una certa ricerca scientifica in anni più recenti, ma che sono molto meno sottoposti ad un controllo così puntuale e capace di fornire tutte le garanzie possibili di efficacia e sicurezza per il cittadino.

L'obiettivo didattico è quello di fornire allo studente in medicina innanzitutto la consapevolezza di un'area della farmacologia-terapia che si avvale di erbe e piante, delle dimensioni della questione, la capacità di percepire l'uso di questi prodotti nel paziente, di apprezzarne e comprenderne le

motivazioni, di identificare la tipologia del prodotto (eventualmente richiedendo di vedere la confezione), gli scopi terapeutici, gli effetti, i rischi, le modalità ed i contesti prescrittivi, l'origine del prodotto (se da una moderna industria di prodotti fitoterapici o di provenienza popolare o da paesi esotici orientali), di identificare la fonte prescrittiva e/o il circuito informativo cui egli ha accesso (es: siti Internet), di gestire un dialogo rispettoso, ma rigoroso con il paziente, fornirgli le informazioni relativamente al contesto clinico entro il quale il fitoterapico viene usato, di rassicurare il paziente sull'assenza di rischi e sui possibili benefici, ma anche cautela fino alla sospensione se si ravvisino potenziali rischi o se il loro uso appare alternativo a trattamento più efficaci e sicuro, soprattutto in presenza di malattie gravi e soprattutto di patologia oncologica.

Una trattazione sulla Fitoterapia, dedicando una lezione od una discussione di uno o più casi clinici emblematici nell'ambito della disciplina Farmacologia, potrà fornire allo studente le informazioni essenziali su questo metodo di terapia per il raggiungimento degli obiettivi formativi già menzionati.

A ciò si aggiunge che il "core curriculum" dei corsi di laurea in Medicina <http://presidenti-medicina.it/core-curriculum/> Area di apprendimento: Scienze Cliniche Integrate, Diagnostiche, Mediche e Chirurgiche ha i codici 1625 e 1627 dedicati alle MNC predisposti dalla Conferenza dei Presidenti di Corsi di Laurea in Medicina, il cui contenuto è il seguente:

1625: *Discutere criticamente la problematica generale delle medicine complementari o alternative, individuando le responsabilità professionali e i comportamenti adeguati del medico curante.*

1627: *Elencare i rischi che corre il paziente che si affida alle medicine alternative o complementari.*

A fronte di questa posizione autarchica, anacronistica e autoreferenziale dell'establishment universitario italiano di netta chiusura, di totale rifiuto anche della richiesta da parte degli studenti e dei neolaureati, e di apodittica non considerazione dello stato dell'arte medica sia dal punto di vista dell'esperienza clinica sul campo, sia dal punto di vista delle acquisizioni della ricerca scientifica clinica internazionale sulle Medicine Tradizionali, Complementari e Non Convenzionali, e non considerazione della realtà universitaria internazionale degli ultimi trenta anni in tale ambito, ci si aspetterebbe di conseguenza che l'offerta formativa universitaria italiana sia nel corso di laurea, sia post-laurea in ambito medico e sanitario non preveda affatto le Medicine Tradizionali, Complementari e Non Convenzionali.

Al contrario - in drammatica contraddizione con se stessa - nell'università italiana c'è un fiorire entropico, e sovente di scarsa qualità e originalità, di corsi e master, come è dimostrato dalla prima rilevazione scientifica effettuata su tutto il territorio nazionale.

Tale ricerca è stata condotta nel 2012 nell'ambito del [Master in Sistemi Sanitari, Medicine Tradizionale e Non Convenzionali dell'Università di Milano-Bicocca](#) (giunto quest'anno alla quinta edizione).

[Tognetti Bordogna M, Gentiluomo A, Roberti di Sarsina P. Post-graduate Education in Traditional and Non Conventional Medicines: Italy poised between National Guidelines and Regional Variants. Alternative & Integrative Medicine 2013;2:8.](#)

[Tognetti Bordogna M, Gentiluomo A, Roberti di Sarsina P. Education in Traditional and Non Conventional Medicine. A Growing Trend in Italian Schools of Medicine. Alternative & Integrative Medicine 2013;2:7.](#)

Conclusioni

Nella popolazione italiana si consolida un'ampia realtà sociale di scelte terapeutiche di prestazioni sanitarie e di salute di Medicine Tradizionali e Non Convenzionali ma le istituzioni sanitarie e statuali non hanno finora voluto né sono state capaci di mettersi al passo di questa realtà sociale ampiamente diffusa nel mondo, disattendendo dalla [Risoluzione del Parlamento Europeo del 1997](#), dalla [Risoluzione del Consiglio d'Europa del 1999](#), non adottando il [primo piano strategico sulle MNC dell'Organizzazione Mondiale della Sanità \(2002\)](#), né quello successivo [WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2020](#).

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

Esistono numerose esperienze accademiche in questo senso, che corrispondono a segni concreti della fase di maturità e di consolidamento che oggi in Italia le Medicine Tradizionali e Non Convenzionali devono compiere, in nome di un contributo dialettico e democratico alla salute individuale e collettiva, anche in termini di emancipazione culturale, libertà di scelta, salutogenesi e sostenibilità.

I Sistemi di Salute e Cura su Base Antropologica dette Tradizionali, Complementari e Non Convenzionali condividono l'impegno alla diffusione, educazione, studio della "salutogenesi" che si occupa di studiare le fonti della salute fisica, psichica e spirituale come responsabilità etica e sociale, consapevoli della necessità di maggiore responsabilità ed emancipazione sociale, ponendo al centro ogni singola Persona

Per produrre prove di efficacia delle MNC sono ovviamente necessarie risorse per la ricerca di qualità. E' paradossale che l'establishment accademico e istituzionale chieda alle Medicine Tradizionali e Non Convenzionali prove di efficacia (meglio conosciuta come Evidence-based Medicine) quando non esistono fondi statali erogati a tale scopo in Italia.

Vi è necessità di nuovi paradigmi nel pluralismo della scienza: è la sfida per il futuro non solo della Biomedicina, quale sistema dominante (come dice l'Organizzazione Mondiale della Sanità).

Vi è un vuoto nella comunicazione sulle Medicine Tradizionali e Non Convenzionali da parte delle autorità sanitarie: basti pensare che il Ministero della Salute ha omesso di diffondere il [Documento Strategico pluriennale che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha emanato sulle Medicine Tradizionali](#), non ha diffuso i [dati](#) riguardanti 2 Consorzi per la ricerca in ambito delle Medicine Tradizionali e Non Convenzionali - in particolare il [Consorzio CAMbrella](#) (partecipato anche dall'Italia) - che la Commissione Europea ha finanziato nell'ambito del Settimo Programma Quadro per la Ricerca e lo Sviluppo dell'Unione Europea, a fronte del fatto che in Europa non meno di 100 milioni di cittadini si curano con Medicine Tradizionali e Non Convenzionali.

Inoltre il Ministero della Salute in Italia non ha diffuso gli esiti della [Task Force Integrative Medicine Interventions for Military Personnel](#), istituita dalla NATO, peraltro [anche in questo](#)

[caso partecipato dall'Italia](#) (oltre il 50% della popolazione militare utilizza questo paradigma di cura).

L'unica illuminata iniziativa in tale ambito si deve all'ex Ministro della Salute Livia Turco che durante il suo mandato istituì un Ufficio per le Medicine Non Convenzionali affidandolo all'ex deputato Vasco Giannotti e [nominò anche per la prima volta nel 2006 un Esperto per le Medicine Non Convenzionali per il Consiglio Superiore di Sanità](#).

[Esperienza continuata dal Ministro Ferruccio Fazio](#).

Il Ministro della Salute che seguì eliminò tale percorso virtuoso e collaborativo.

Da quanto sopraesposto possiamo riassumere alcuni punti chiave:

1. Emerge in tutta evidenza il divario tra il "*sistema sanitario*" e il "*sistema di salute*" che si vuole considerare per affrontare e riprogrammare la sanità alla luce anche delle sempre maggiori difficoltà economiche della nazione.
2. Il sistema sanitario infatti non esaurisce tutto l'ambito tematico proprio della salute.
3. Si devono invece prendere in considerazione tutti i fattori che sono gli elementi significativi e significanti di un sistema di salute.
4. E' ineludibile l'interazione tra diversi modi di intendere la medicina.
5. E' indispensabile l'interazione tra la biomedicina e le medicine su base antropologica anche in termini di equilibrio sostenibile e di farmacoeconomia.
6. Sul territorio si ha sempre più la presenza di popolazioni migranti con bisogni complessi che portano differenti saperi di salute.
7. E' pressante la richiesta sociale di umanizzazione della medicina, minori effetti iatrogeni, più informazione corretta e innalzamento dell'etica e affidabilità delle pubblicazioni scientifiche (il complesso sanitario industriale da cui passa la maggior parte delle risorse sanitarie incide molto spesso in modo pericolosamente negativo sull'autonomia e i risultati della ricerca); rispetto del diritto di libera scelta dei percorsi di salute.
8. Non è più sufficiente conoscere e studiare la "patogenesi"
9. Le Medicine Tradizionali e Non Convenzionali condividono l'impegno alla diffusione, educazione, studio della "salutogenesi" che si occupa di studiare le fonti della salute fisica, psichica e spirituale come responsabilità etica e sociale, consapevoli della necessità di maggiore responsabilità ed emancipazione sociale.
10. Per produrre prove di efficacia delle Medicine Tradizionali e Non Convenzionali sono ovviamente necessarie risorse per la ricerca di qualità. E' paradossale che l'establishment accademico e istituzionale chieda alle Medicine Tradizionali e Non Convenzionali prove di efficacia (EBM) quando non esistono in Italia fondi statali erogati a tale scopo.
11. Vi è necessità di nuovi paradigmi nel pluralismo della scienza
12. Va quindi riconosciuta la "doppia libertà", di scelta terapeutica del singolo e di cura da parte dei medici, adempiendo compiutamente allo spirito dell'art. 32 della Costituzione.
13. E' urgente e indifferibile l'intervento legislativo del Parlamento al fine dell'approvazione della legge quadro nazionale di regolamentazione sulle Tradizionali Medicine e Non Convenzionali, tenendo conto delle esperienze da anni in atto in vari paesi dell'Unione Europea, degli Stati Uniti, Canada e Australia, oltre che in India, Cina, Korea e Giappone.
14. Per superare ogni dualismo contrappositivo va adottato il Paradigma della Medicina Centrata sulla Persona, per una riformulazione epistemologica della

Medicina e del Concetto di Salute, per una lettura e comprensione diacronica della realtà bio-psico-spirituale e della sofferenza degli esseri senzienti e la loro cura.

Bibliografia essenziale in italiano

[Roberti di Sarsina P, Alivia M, Tassinari M. \(a cura di\). Atti del Simposio Nazionale: "Le Medicine Tradizionali, Complementari e Non Convenzionali nel Servizio Sanitario Nazionale per l'uguaglianza dei diritti di salute oltre le esperienze regionalistiche: Salutogenesi e Prevenzione, Formazione a Profilo Definito, Buona Pratica Clinica, Ricerca Clinica No-Profit. Criticità, esigenze sociali, prospettive future: un confronto interdisciplinare". Senato della Repubblica, Roma, 29 settembre 2016. Advanced Therapies-Terapie d'Avanguardia 2017;\(VI\):10.](#)

[Roberti di Sarsina P, Tassinari M. La Medicina Centrata sulla Persona. Che cosa è e che cosa non è: introduzione al Paradigma. Homeopathy and Integrated Medicine 2016;1:4-6.](#)

[Tassinari M, Alivia M, Poma L, Roberti di Sarsina P. \(a cura di\). Il documento sulle Terapie Complementari e Alternative del Comité Permanent de Medecins Europeens \(CPME\) commentato dalle società scientifiche italiane del settore. Advanced Therapies-Terapie d'Avanguardia 2016;9:2-16.](#)

[Tognetti M, Gentiluomo A, Roberti di Sarsina P. La formazione post laurea in Medicine Tradizionali e Non Convenzionali, fra indicazioni nazionali e specificità regionali: il caso italiano. In Gensini GF, Roberti di Sarsina P, Tognetti Bordogna M. \(a cura di\) La Formazione nelle Medicine Tradizionali e Non Convenzionali in Italia. Attualità, esigenze, criticità e prospettive. P. 13-33. FrancoAngeli, Milano, 2015. ISBN: 9788891705945.](#)

[Gensini GF, Tognetti M, Roberti di Sarsina P. Alcune note inerenti la postfazione a firma dei Proff. C. Caruso, I. Vantini, A. Lenzi. In Gensini GF, Roberti di Sarsina P, Tognetti Bordogna M. \(eds\) La Formazione nelle Medicine Tradizionali e Non Convenzionali in Italia. Attualità, esigenze, criticità e prospettive. page 242-248. FrancoAngeli, Milano, 2015. ISBN: 9788891705945.](#)

[Tassinari M, Alivia M, Poma L, Roberti di Sarsina P. \(a cura di\). Le ultime rilevazioni demografiche sulle Medicine Non Convenzionali in Italia commentate dalle società scientifiche del settore. Tavola rotonda a cura dell'Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona ONLUS-Ente Morale. Advanced Therapies- Terapie d'Avanguardia 2015;4\(8\):3-16.](#)

[Roberti di Sarsina P. Consorzio Europeo CAMbrella. Settimo Programma Quadro per la Ricerca e lo Sviluppo \(FP7\) dell'Unione Europea. La Medicina Biologica 2015;3:23-33.](#)

[Roberti di Sarsina P, Alivia M, Guadagni P, Iseppato I, Tassinari M, Fossati EM, Poma L. Biomedicina, Medicine Non Convenzionali e Medicina Centrata sulla Persona. Advanced Therapies-Terapie d'Avanguardia 2014;5:20-26.](#)

[Tognetti M, Gentiluomo A, Roberti di Sarsina P. L'offerta formativa di Medicine Tradizionali e Non Convenzionali nelle Facoltà di Medicina in Italia. Un trend in espansione. Advanced Therapies-Terapie d'Avanguardia 2013;2:12-26.](#)

[Roberti di Sarsina P, Morandi A, Alivia M, Tognetti M, Guadagni P. Medicine Tradizionali e Non Convenzionali in Italia. Considerazioni su una Scelta Sociale per la Medicina Centrata sulla Persona. Advanced Therapies-Terapie d'Avanguardia 2012;1:3-29.](#)

[Roberti di Sarsina P, Iseppato I. Le politiche sanitarie e formative delle MNC nell'Unione Europea. In Cipolla C, Roberti di Sarsina P. \(a cura di\) Le Peculiarità Sociali delle Medicine Non Convenzionali. p. 40-58. FrancoAngeli, Milano, 2009. ISBN: 9788856804331.](#)

[Roberti di Sarsina P. L'offerta di MNC tra SSN e mercato e le sue forme organizzative e di coordinamento. In Giarelli G, Roberti di Sarsina P, Silvestrini B. \(a cura di\) Le Medicine Non Convenzionali in Italia. Storia, problemi e prospettive d'integrazione. p. 88-137. FrancoAngeli, Milano, 2007. ISBN: 9788846484598.](#)

[Roberti di Sarsina P. Conferenza di Consenso sulle Medicine Non Convenzionali in Italia. XLIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria, Bologna, 2003. In La Conoscenza e la Cura. CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2003.](#)

Dott. Paolo Roberti di Sarsina, Presidente dell'Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona Onlus-Ente Morale di Bologna; Coordinatore del Master in Sistemi Sanitari, Medicine Tradizionali e Non Convenzionali dell'Università di Milano-Bicocca.