

ALLEGATO B

**PARERE DEL COMITATO REGIONALE DI BIOETICA
SULLE COSIDDETTE "MEDICINE ALTERNATIVE"**

Premessa

Con questo documento il Comitato Regionale di Bioetica intende esprimere le considerazioni maturate nel corso di numerose sedute dedicate alle attività diagnostiche e terapeutiche che si pongono al fuori della tradizione e del metodo della medicina scientifica. Esse comprendono un gruppo estremamente differenziato di pratiche e trattamenti che hanno riferimenti culturali e fondamenti antropologici molto diversi tra loro. Un'analisi dettagliata e una definizione specifica di ognuna di tali pratiche esula dallo scopo di questo documento che si limita comunque a sottolineare la necessità di non ignorare le cospicue differenze tra le varie prassi e ad evitare di accomunarle in maniera acritica. Resta comunque certo che ciò che le caratterizza è il porsi al fuori del metodo e del contenuto della medicina scientifica e, almeno fino a tempi recenti, di quella che oggi è indicata come evidence based medicine.

Anche a causa della loro eterogeneità, risulta difficile poterle ricomprendere sotto un'unica definizione. Vengono frequentemente chiamate *medicine alternative*. Nel dibattito attuale l'uso di tale termine appare controverso ed è stato proposto di sostituirlo con il termine *medicine complementari* o, come suggerito dalla Federazione degli Ordini dei Medici¹, con la dizione *medicine non convenzionali*. La scelta della denominazione non è, tuttavia, indifferente. Il termine *alternativo* si riferisce alla dottrina scientifica e alla prassi scientificamente fondata della medicina. Chiamandole *medicine complementari* si attribuisce loro una collocazione diversa, non contrapposta alla medicina ufficiale ed anzi tale da consentire un positivo sinergismo. Con la dizione di *medicine non convenzionali*, infine, ci si limita a prendere atto che esse non rientrano (o non rientravano, fino ad ora) nell'ambito della tradizione medica

¹ Il Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri ha approvato il 18 maggio 2002 a Terni un documento ("Linee guida della FNOMCeO sulle medicine pratiche non convenzionali") nel quale, con riferimento ad alcune pratiche che definisce "Medicine non convenzionali", dichiara che le stesse sono "da ritenersi a tutti gli effetti atto medico" e pertanto sono "esercitabili esclusivamente da parte del medico chirurgo ed odontoiatra". Le pratiche indicate sono le seguenti: Agopuntura, Fototerapia, Medicina Ayurvedica, Medicina Antroposofica, Medicina Omeopatica, Medicina Tradizionale Cinese, Omatossicologia, Osteopatia, Chiropratica.

Direzione Regionale Piani e Programmi Socio-Sanitari

Piazz. Molin - S. Polo, 2514 - 30125 Venezia

tel. 041/279250 (4 linee) fax 041/2792599

Allegato alla dgr

n. 4049 del 22 DIC. 2004



(per lo meno occidentale) e tuttavia non si può ignorare che aggettivare quest'ultima come "convenzionale" può lasciare intendere una valutazione negativa. Oltre alle diverse aggettivazioni, anche l'impiego del sostantivo "medicine" può suscitare qualche perplessità, in quanto sembra attribuire a tali pratiche una scontata legittimazione, non priva di importanti conseguenze. Qualora, infatti, si dovesse accettare (per tutte o per alcune) che si tratti di pratiche rientranti nell'attività medica (o sanitaria) che, come tale, ha competenza nella diagnosi e cura, si dovrebbe anche prospettare l'ipotesi di reato prevista dall'art. 648 c.p. (abusivo esercizio di professione) per chi le dovesse esercitare senza essere in possesso della prevista abilitazione. Una volta richiamata tale importante implicazione sotto il profilo giuridico, il Comitato intende evidenziare come le finalità di questo documento si propongano essenzialmente di analizzare gli aspetti di pertinenza etica del problema.

Di seguito, per praticità, verrà impiegato il termine *medicine alternative* senza tuttavia che esso possa essere inteso come scelta preferenziale da parte del Comitato.

Dobbiamo sottolineare che il ricorso alle *medicine alternative* appare un fenomeno in costante crescita in Europa e degli Stati Uniti dove addirittura la spesa ha superato quella per le ospedalizzazioni. Non solo il ricorso a tali pratiche si sta sempre più diffondendo nella popolazione, ma la medicina alternativa trova un numero sempre maggiore di medici interessati alla sua applicazione. Tali dati trovano conferma anche nel nostro paese, tanto da indurre l'attenzione sia della Federazione degli Ordini dei Medici che del potere legislativo nazionale e regionale.

Il fenomeno ha assunto proporzioni così estese che da più parti si sente la necessità di sottoporre le *medicine alternative* ad una verifica di efficacia e di qualità: impresa che appare piuttosto ardua sia per il pluralismo degli approcci che per il fatto che molte *medicine alternative* rifiutano di accettare le regole metodologiche universalmente adottate; vi è inoltre il serio dubbio di poter sottoporre le *medicine alternative* alla prova della esperienza a causa dei numerosi bias presenti nelle loro osservazioni e non facilmente eliminabili. Le *medicine alternative* originano frequentemente da culture diverse da quella occidentale e talora si fondano su una tradizione empirica, spesso molto antica. Un'ulteriore considerazione critica nasce dall'attuale assenza di rigorosi percorsi formativi con una verifica oggettiva delle competenze acquisite per coloro che desiderino applicarsi a tali medicine. Risulta così difficile valutare l'adeguatezza di pratiche di diagnosi e cura prive di oggettivi e quantificabili strumenti di verifica dei risultati e spesso praticate da persone le cui competenze appaiono non suffragate da percorsi formativi certificati.

Allegato alla dgr Direzione Regionale Piani e Programmi Socio-Sanitari
P.zzo Molin - S. Polo, 2514 - 30125 Venezia

n. 4049 del 22 DIC. 2004



Da queste necessariamente sintetiche constatazioni iniziali emergono alcune considerazioni di carattere etico che il Comitato Etico della Regione Veneto, nella specificità del suo ruolo, intende sottoporre a tutti gli interessati.

ASPETTI ETICI

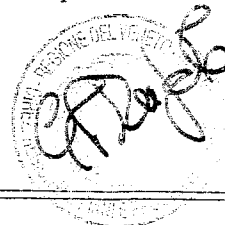
La diffusione e la pratica delle *medicines alternative* solleva la necessità di riflettere su quali valori sia necessario vengano tutelati per garantire una corretta relazione tra i professionisti della salute e i cittadini potenziali pazienti.

- 1) In base al *principio di non-maleficenza* si sottolinea la necessità di garantire ai cittadini il diritto di essere sottoposti a quelle procedure diagnostiche e terapeutiche che riducano al minimo i rischi insiti nelle procedure stesse; tale sicurezza è garantita non solo dall'esperienza degli operatori ma anche dalla validità delle procedure sperimentata e accettata dalla comunità scientifica internazionale. Risulta quindi inaccettabile l'applicazione di procedure di diagnosi e cura che non abbiano dimostrato, alla luce dei criteri attualmente applicati, un'accettabile rapporto rischio/beneficio.
- 2) Il *principio di beneficalità* ci induce a sottolineare che i cittadini hanno diritto ad usufruire di procedure diagnostiche e terapeutiche oggettivamente riconosciute come adeguate allo scopo preposto. Al di fuori della fase di sperimentazione quindi, ogni procedura può essere applicata solo quando ha dimostrato la sua reale efficacia e adeguatezza.
- 3) Il rispetto del *principio di autonomia della persona* chiede che ogni cittadino sia necessariamente informato sulle procedure diagnostico-terapeutiche alle quali è chiamato a sottoporsi in modo che possa esprimere consapevolmente il proprio consenso. Risulta evidente che è eticamente non corretto chiedere un consenso per procedure che non abbiano scientificamente dimostrato sicurezza ed efficacia nella loro applicazione. In caso contrario viene richiesto al paziente un atteggiamento radicalmente fideistico, che contraddice il principio di autonomia inducendo un ritorno a quegli atteggiamenti totalmente paternalistici nel rapporto medico-paziente che, nella sensibilità culturale attuale, non sono auspicabili.
- 4) Il *principio di autonomia della persona* riconosce ad ogni cittadino la libertà di scegliere la propria cura dopo adeguata ed oggettiva informazione; il problema diventa più complesso quando la cura

Allegato alla Delib.

Direzione Regionale Piani e Programmi Socio-Sanitari
P.zzo Molin - S. Polo 2514 - 30125 Venezia

n. 4049 del 22 DIC. 2004



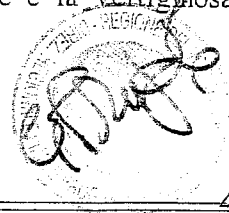
viene erogata dalle strutture del sistema sanitario nazionale e/o regionale dove i costi sono a carico della comunità. E' evidente che la limitatezza delle risorse e la conseguente applicazione del *principio della giustizia distributiva*, costringe a garantire l'erogazione gratuita solo per quelle procedure che la comunità scientifica internazionale ha riconosciuto e comprovato come realmente efficaci. Il solo desiderio del paziente o la sola argomentazione economico-sociale non è sufficiente a motivare nel medico il ricorso a procedure diagnostiche e terapeutiche.

La diffusione delle *medicines alternative* offre l'occasione di ritornare a riflettere su alcuni ulteriori importanti aspetti etici della pratica sanitaria attuale. Da più parti si è sottolineato come il ricorso alle *medicines alternative* sia talora vissuto come il recupero di un'antica saggezza che arrechi sollievo alla sofferenza; tale considerazione fa nascere il sospetto che stia crescendo un atteggiamento di diffidenza verso la medicina scientifica che viene accusata di essere indifferente ai bisogni della persona. Questa constatazione riapre la necessità di sottolineare come ogni pratica sanitaria debba essere sempre aperta alla globalità della persona nella sua multidimensionalità. Ogni volta che l'approccio diagnostico e terapeutico si riduce a parcellizzare la persona e a considerarne solo alcuni aspetti si opera una sorta di mutilazione antropologica che crea ulteriore sofferenza. L'attenzione ai bisogni della persona, peraltro auspicata fin dagli albori dell'*ars medica*, rimane elemento centrale di ogni professione sanitaria. Ciò richiede che ogni medico sappia costruire una stretta relazione personale con il paziente basata sul dialogo individuale aperto all'ascolto dell'evoluzione dei bisogni del malato nel decorso della malattia. Se la pratica medica si riduce alla semplice applicazione delle procedure tecnologiche il paziente viene privato della realtà personale e il medico diviene un semplice ingranaggio della macchina medico-tecnologica. Come già sottolineato da Jaspers, il medico non è più espressione della sue qualità professionali, ma costituisce una semplice "funzione" intercambiabile. Il grande aiuto che la tecnologia ha portato ai progressi della medicina moderna rischia di essere vanificato da questo distruttivo riduzionismo. Tale rischio di deprivazione della realtà personale può dilatarsi nel vissuto del paziente, soprattutto laddove le esigenze organizzative vengano costantemente proiettate in primo piano, sotto l'incalzare di ritmi particolarmente accelerati; il paziente può, a volte, sentirsi sovrastato da istanze economiche ed organizzative prioritarie, ridotto a numero od appiattito sui dati della sua cartella clinica. La minaccia alla medicina della persona non viene oggi solo dal rischio della predominanza della tecnologia sulla clinica, ma anche dai pur necessari processi di razionalizzazione e di contenimento della spesa sanitaria. La progressiva diffusione delle procedure diagnostico-terapeutiche e la vertiginosa

Direzione Regionale Piani e Programmi Socio-Sanitari

Allegato alla dgr P.zzo Molin - S. Polo 2514 - 30125 Venezia

n. 4049 del 22 DIC. 2004



accelerazione dei costi della sanità ha generato la necessità di introdurre il costante monitoraggio della spesa sanitaria e misure strutturali che ne prevedano il contenimento. Da tale esigenza sono talora emerse misure restrittive che hanno fortemente condizionato la possibilità di garantire al paziente una relazione stabile ed individualizzata con il medico, infondendo sentimenti di sfiducia e di abbandono nel malato. La opportuna preoccupazione per il contenimento dei costi non può trasformarsi in misure che minaccino l'identità professionale del medico e riducano il malato a semplice *oggetto*. Le medicine alternative, a modo loro, colgono – con varie procedure (ampiezza dell'anamnesi, attenzione al vissuto corporeo) – la natura relazionale dell'atto terapeutico, ed il bisogno del paziente, spesso assai acuto, d'essere trattato non come cosa, bensì come persona.

L'organizzazione delle strategie di diagnosi e cura deve garantire ad ogni cittadino malato quella relazione professionale personalizzata che ha fondato nella millenaria tradizione della medicina l'alleanza terapeutica fra il medico e il paziente, sorgente di fiducia e affidamento. L'attenzione alla rigurosità scientifica delle procedure e al contenimento dei costi non giustificati o non sostenibili si deve accompagnare ad un'altrettanto rigorosa attenzione per il rispetto della centralità e della globalità della persona del malato.

CONCLUSIONI

Il diffondersi di un sempre maggiore ricorso alle *medicine alternative* da parte dei cittadini solleva complessi problemi di carattere culturale, scientifico ed etico sui quali è auspicabile aprire un ampio confronto a tutti i livelli necessari. La loro diffusione solleva delicate questioni che riguardano la definizione di "atto medico", il concetto di terapia, o più radicalmente, il ruolo e l'identità della figura professionale del clinico. La società nel suo complesso è chiamata a prendere coscienza dell'emergere di tali questioni che coinvolgono l'importante tema della salvaguardia della salute dei cittadini. Al proposito, sia pur di sfuggita, si può osservare come si presenti particolarmente utile l'acquisizione del punto di vista antropologico, capace di raccordare le tecniche terapeutiche alternative con i complessi presupposti – filosofici, a volte anche teologici – nei quali tali tecniche si radicano; in un tempo di globalizzazione culturale, e di vivace dialogo interculturale, la conoscenza – anche sommaria – di tali



presupposti può far capire più profondamente l'altrui mentalità ed il fascino crescente esercitato dalle medicine alternative.

Se da una parte la diffusione delle *medicine alternative* può essere interpretata come l'affermarsi di un atteggiamento talvolta irrazionale, dall'altra non può essere trascurato il fatto che essa è anche espressione del bisogno di una maggiore attenzione alla persona e al soggetto che non raramente le *medicine alternative* promuovono. Ciò deve indurre la medicina scientifica e le strutture sanitarie nelle quali viene praticata ad una promozione dei processi di umanizzazione e personalizzazione che la tecnologia applicata alla medicina tende a svuotare. L'umanizzazione delle strutture sanitarie e dei processi diagnostico-terapeutici sono un problema ineludibile e quanto mai urgente di fronte ad un progressivo inaridimento delle relazioni umane e alla crescita della sfiducia e della conflittualità dei cittadini nei confronti delle strutture sanitarie. L'umanizzazione richiede investimenti culturali e di formazione che siano capaci di integrare nella pratica sanitaria il rispetto e la promozione dei valori della persona nella sua globalità, per non lasciare che la medicina scientifica rimanga una rigida e arida applicazione di tecnologie.

Altrettanto irrinunciabile, per la difesa dell'interesse e della salute dei cittadini, è la necessità di indirizzare le *medicine alternative* verso il rispetto delle regole metodologiche che costituiscono la medicina scientifica. Proprio l'enorme diffusione delle più diverse *medicine alternative* pone con urgenza il problema della difesa della salute e dell'interesse del cittadino. E' infatti del tutto evidente che quest'ultimo non può possedere la preparazione necessaria per giudicare le varie prassi terapeutiche delle quali viene a conoscenza e che deve essere adeguatamente salvaguardato dal commettere scelte ed errori che potrebbero compromettere irrimediabilmente la salute.

Un atteggiamento di ostracismo preventivo e globale nei riguardi delle varie *medicine alternative* non sarebbe giustificato sul piano culturale, ed è auspicabile che queste vengano studiate, analizzate criticamente sul piano concettuale e, là dove possibile, sottoposte a controllo secondo le norme universalmente accettate dalla sperimentazione clinica. Si potrà così da un lato valorizzare ciò che vi può essere di valido delle varie prassi terapeutiche alternative e dall'altro sgombrare il terreno dalle teorie irrazionali e dalle pratiche terapeutiche non controllabili. Con tale impostazione, non si assume un paradigma chiuso ed esclusivista, ma si raccomanda, al contrario, un atteggiamento curioso, aperto ad ogni verifica, in una parola davvero scientifico.

Allegato n. 4049 del

Direzione Regionale Piani e Programmi Socio-Sanitari
P.zzo Molin - S. Polo, 2514 - 30125 Venezia

n. 4049 del

22 DIC. 2004



Le *medicines alternative* non possono ignorare o contrapporsi alle conoscenze scientifiche convalidate e devono accettare di essere sottoposte alle verifiche del metodo scientifico; solo così potranno essere rispettose dei criteri etici che regolano la relazione medico-paziente e assumere il diritto ad integrare la medicina ufficiale. Al di fuori di questa logica la loro pratica non può essere considerata "atto medico" legittimo. Si ritiene ancora opportuno che la verifica dei percorsi formativi e dei risultati clinici ottenuti venga affidata a soggetti terzi, non riconducibili ai centri che promuovono lo sviluppo delle *medicines alternative*, e ciò per evitare il rischio dell'autoreferenzialità. Si auspica che anche in sede istituzionale si possa aprire un confronto culturalmente e scientificamente corretto in modo da offrire ai cittadini strumenti legislativi adeguati a superare le difficoltà e incomprensioni finora emerse.

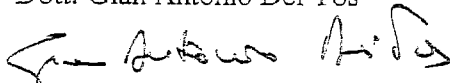
IL PRESIDENTE DEL COMITATO

Prof. Paolo Benciolini



L'ESTENSORE

Dott. Gian Antonio Dei Tos



Allegato alla Dgr

n. 4049 del 22 DIC. 2004



Direzione Regionale Piani e Programmi Socio-Sanitari
P.zzo Molin - S. Polo, 2514 - 30125 Venezia

