

Le medicine complementari ed alternative (CAM): la posizione della Conferenza permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia.

Calogero Caruso¹, Italo Vantini², Andrea Lenzi³

¹Università di Palermo, Coordinatore ad interim dei Gruppi di Studio della Conferenza sulle CAM e sul Core Curriculum; ² Università di Verona; ³La Sapienza Università di Roma, Presidente della Conferenza e del Consiglio Universitario Nazionale.

“There really is no such thing as alternative medicine-- only medicine that has been proved to work and medicine that has not.” Dr. Arnold Relman, editor in chief emeritus of The New England Journal of Medicine, 1995.

Le notevoli perplessità e resistenze alla introduzione delle CAM come insegnamenti nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, da parte della Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, non originano affatto da atteggiamenti conservatori o di pregiudiziale chiusura, ma da considerazioni più consistenti sulla natura stessa della formazione universitaria.

Un punto cruciale è che l'insegnamento universitario poggia su di un approccio critico alla conoscenza, supportato dalla ricerca, non come semplice citazione o pur approfondita conoscenza delle fonti, ma come attività continuativa, qualificante ed intrinseca dei docenti. Esso non può, sia in ambito biologico-propedeutico sia in ambito clinico, non mantenere costante e stretto il riferimento al pensiero logico ed al metodo empirico che guidano la conoscenza scientifica. Il Corso di Studio Magistrale in Medicina e Chirurgia deve formare un medico con competenze acquisite attraverso un percorso educativo coerente, caratterizzato da un approccio olistico ai problemi di salute. Negli obiettivi formativi della laurea in Medicina e Chirurgia si definisce come il laureato debba essere dotato delle basi scientifiche teorico-pratiche all'esercizio della professione medica ai sensi delle direttive europee che fanno riferimento alle relazioni tra metodo scientifico e clinica, alla Medicina Basata sulle Evidenze (EBM, forse meglio definibile come Medicina guidata dalle prove scientifiche) come strumento formativo, alle prove di efficacia dei trattamenti. I più recenti approcci epidemiologico-sanitari hanno valorizzato, infatti, l'applicazione delle tecniche di indagine statistica basata sugli studi (trials, prove) clinici e sulle meta-analisi¹ sia per ricercare le cause di malattia, sia per fornire una base obiettiva alle decisioni cliniche. A livello della pratica medica, questo concetto ha favorito l'affermarsi dell'EBM. Per l'EBM i risultati degli studi clinici, accessibili attraverso la letteratura, sono fondamentali per la valutazione degli interventi medici e della pratica medica in generale. In tal senso essa mira a una standardizzazione e ottimizzazione delle procedure di scelta in medicina e in sanità pubblica. I benefici dell'EBM consistono nello stimolare i medici e gli studenti a risolvere attivamente i problemi clinici utilizzando sistematicamente le banche dati disponibili sul WEB come risorsa. L'approccio basato sulle prove scientifiche, se applicato correttamente, non è né meccanicistico né riduzionistico e deve considerare l'individualità del paziente, la sua complessità ed il valore professionale dell'esperienza come componenti qualificanti. In aderenza a quanto descritto, tra le Unità Didattiche Elementari del core curriculum² elaborato dalla Conferenza sono presenti espliciti riferimenti a: metodo

¹ Analisi combinata di informazioni quantitative ottenute in studi indipendenti volti ad indagare uno stesso fenomeno, selezionati sulla base di criteri definiti,

² L'esigenza di definire e condividere i contenuti essenziali (“core curriculum”) alla formazione del Medico è sentita fortemente sia nelle scuole mediche italiane, sia in molti paesi europei. Il core curriculum dei Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia è il complesso di contenuti essenziali che tutti i neo-laureati devono aver acquisito in modo completo e permanente per l'esercizio della professione. Contiene 2048 Unità Didattiche Elementari (UDE, la

scientifico, relazioni tra metodo scientifico e metodo clinico, trials clinici, Evidence Based Medicine, prove di efficacia dei trattamenti, metanalisi, linee-guida, etc.

Le CAM sono un disomogeneo e non ben definito insieme di pratiche mediche e paramediche e di tecniche ed approcci alla salute ed alla malattia non integrate nel “corpus” delle conoscenze della medicina scientifica odierna. Hanno larga diffusione in molti paesi; 9-11 milioni di italiani le userebbero, sia pure occasionalmente e per lo più in modo “complementare”, di cui 6 milioni per la sola omeopatia, in realtà un miscuglio di pratiche di differente natura, per lo più di tipo fitoterapico; praticamente in tutte le farmacie sono visibili rimedi di carattere “naturale” come trattamenti o prodotto salutistici, più spesso classificati come “integratori” alimentari. Alcune, come la fitoterapia, sono in linea di principio assimilabili ed integrabili con la medicina classica (vedasi dopo), mentre molte altre ne sono radicalmente distanti per principi, metodologie, pratiche, modalità e canali di comunicazione. Altre ancora costituiscono un insieme di pratiche di tipo essenzialmente salutistico.

Comunque le CAM, pur nella loro diversità, presentano alcuni elementi in comune e cioè: tendono ad individualizzare il trattamento, enfatizzano il ruolo della prevenzione e dello stile di vita, aspirano a promuovere la corresponsabilità del paziente nella cura, promuovono il riconoscimento di aspetti spirituali della persona, ed anche una visione globale dell’individuo.

I presupposti teorici, i metodi, le prove, le modalità di interazione sono spesso incoerenti con i principi fondanti sia la conoscenza medica sia l’istruzione universitaria nell’ambito di un progetto di formazione medica. Le CAM non perseguono lo scopo fondamentale della scienza, non aspirano cioè a costruire un sapere consensuale, fondato sull’esperienza empirica e sulla discussione razionale, e costituiscono pertanto un’insieme di asserzioni e di pratiche non dimostrabili scientificamente, perché non falsificabili.³ Manca, od è carente, il concetto di condivisione culturale tra medicina e scienza.

L’acquisizione di specifiche competenze in questo settore non può rappresentare, quindi, un obiettivo didattico per lo studente di Medicina. Peraltro, la diffusione delle CAM impone che il laureato sia in grado di fornire informazioni sulle più comuni CAM al paziente, aiutandolo ad esercitare in modo consapevole il proprio diritto ad una libera scelta e, nello specifico contesto clinico, di delinearne limiti ed eventuali rischi. Per questo motivo, nel core curriculum è previsto che lo studente sia in grado di identificare su basi epistemologiche le differenze tra medicine alternative o non convenzionali e la medicina basata sulle prove, di apprezzare gli aspetti culturali e storici che favoriscono la diffusione delle CAM o la loro diffusione in alcune società, e di percepire l’impatto che le CAM possono avere sullo stato di salute. In atto ci sono 3 UDE nel Core Curriculum concernenti le CAM: i) individuare, anche su basi storiche, le differenze epistemologiche tra medicine alternative o non convenzionali e la medicina basata sulle prove; ii) esporre gli aspetti antropologici, sociologici, filosofici che hanno favorito lo sviluppo delle medicine alternative; iii) descrivere l’impatto delle medicine alternative sulla realtà sanitaria nazionale. Nel Core Curriculum, in atto in revisione, saranno inserite delle altre UDE che sollecitino una riflessione/discussione sulle CAM nell’ambito di corsi integrati a forte componente metodologico-epistemologica e terapeutico-farmacologica (storia delle medicine, metodologia clinica, medicina interna e terapia medica, farmacologia, anesthesiologia, neurologia, neurofisiologia, medicina palliativa, ed altri), attraverso anche didattica tutoriale, con l’obiettivo di fornire allo studente strumenti per sviluppare: i) una conoscenza critica delle principali CAM e dei

più piccola particella del sapere medico dettagliata e completa) che afferiscono a 15 ambiti culturali che volutamente ignorano i settori scientifici disciplinari per favorire l’integrazione orizzontale e verticale delle conoscenze e così far conseguire allo studente una visione multidisciplinare ed integrata dei problemi più comuni della salute e della malattia. Di ogni UDE viene definito il livello di conoscenza, competenza e di abilità.

³ Il criterio di falsificabilità sviluppato da Karl Popper asserisce che una teoria, per essere considerata scientifica, deve poter essere “falsificabile”: è impossibile controllare la validità di una teoria che non abbia questa proprietà. Un’ipotesi o una proposizione teorica che non possono essere falsificate, possono portarci a qualsiasi conclusione senza che possa essere confutata.

loro effetti e rischi; ii) la capacità di assumere una posizione intellettuale ed operativo-professionale chiara, non ambigua, equilibrata nei confronti delle principali CAM; iii) la capacità di informazione/educazione con l'utenza nei confronti delle CAM.

LE MEDICINE TRADIZIONALI ASIATICHE

Le Medicine Orientali non sono basate sull'empirismo scientifico, ma su presupposti filosofici e vedono sostanzialmente la salute come il risultato di un'armonia tra le funzioni corporee e tra il corpo e la natura. Gli uomini sono intesi come microcosmo del più grande universo, microcosmi interconnessi con la natura e soggetti alle sue forze. Quindi la salute e la malattia sono correlate all'equilibrio delle funzioni. Più in generale, si può riassumere che alla base delle teorie mediche delle culture cinese ed indiana ci sia l'idea della malattia come processo dovuto ad alterazione di equilibri armonici tra umori, elementi o componenti immateriali.

Anche nella medicina prescientifica occidentale ippocratica la malattia era considerata come una rottura dell'equilibrio armonico tra quattro umori, sangue, flegma, bile gialla e bile nera, individuati sulla falsariga dei quattro elementi della filosofia empedoclea, terra, aria, fuoco e acqua, e delle corrispondenti qualità, secco, freddo, caldo e umido. Nella concezione ippocratica si ha la malattia quando uno di questi principi è in difetto, in eccesso o, isolandosi nel corpo, non è combinato con tutto il resto. Il ciclo degli umori è sottoposto al ciclo delle stagioni ed è influenzato dall'ambiente inteso in senso lato, dal clima, alle abitudini alimentari, al regime politico. La dottrina medica ippocratica fu riorganizzata da Galeno, che per primo associò la malattia al malfunzionamento di particolari organi. In realtà già nell'antichità, le varie scuole mediche ridefinirono ed arricchirono il sapere empirico accumulato in migliaia di anni di pratiche sciamaniche attraverso un approccio naturalistico. Nasceva così il metodo clinico e l'insegnamento all'uso dell'osservazione dei singoli malati e del ragionamento fondato sul modello funzionale del corpo. Il passaggio alla medicina scientifica, cioè ad un concetto anatomo-fisiologico della malattia, fu un processo lento che abbisognò di molti secoli per svilupparsi e che ebbe bisogno di conoscenze anatomiche e fisiologiche di base sia degli animali ex vivo sia nell'uomo post-mortem, processo comunque facilitato dalla creazione degli ospedali pubblici.

Ci si potrebbe chiedere perché questa evoluzione si sia verificata in Europa e non in Asia, dove pure furono raggiunti risultati tecnologici notevoli (basti pensare alla bussola ed alla polvere da sparo): il Mediterraneo e l'Europa sono stati per secoli terre di contaminazione ed scambi culturali e soli gli scambi e le contaminazioni permettono il progresso della scienza.

OMEOPATIA

L'omeopatia è un settore controverso delle CAM perché i suoi concetti chiave sono privi di una base scientifica. In particolare, non è plausibile che quantità infinitesimali di un principio (od ingrediente) attivo possano avere degli effetti biologici. Le conoscenze scientifiche odierne sulla natura discontinua della materia ci indicano chiaramente come oltre un certo limite non abbia più senso procedere nelle diluizioni, semplicemente perché non vi è più nessuna traccia di soluto. Il tentativo di spiegare questo limite con gli esperimenti condotti sulla cosiddetta memoria dell'acqua è naufragato, perché non riproducibili. Del resto lo stesso principio che sta alla base dell'omeopatia, secondo il quale il simile cura il simile (*similia similibus curantur*) è un enunciato teorico, e come tale non falsificabile), elaborato in contrasto con le pratiche allopatriche del tempo, che erano pratiche cosiddette eroiche, ovvero aggressive e pericolose, basate su dosi massicce di preparati non solo inefficaci, ma in alcuni casi estremamente tossici, e ovviamente su salassi e purghe. Pertanto, parecchi rapporti di società scientifiche hanno sostenuto che non sia utile continuare lo studio scientifico dell'omeopatia e la sua pratica a carico dei Servizi Sanitari Nazionali. Basandosi su dati osservazionali ed aneddotici, i difensori dell'omeopatia sostengono che non dovrebbe essere respinta solo perché la scienza non è in grado di spiegarla. L'osservazione che alcuni pazienti migliorano dopo aver ricevuto il trattamento omeopatico può produrre il convincimento che il miglioramento possa essere causato dal trattamento. Questo convincimento, però, esemplifica un

errore che nasce dal fatto che i miglioramenti osservati potrebbero essere dovuti a molteplici fattori, diversi dalla efficacia del trattamento, quali il decorso benigno della patologia, l'attenuazione dei sintomi, la remissione spontanea della malattia, l'effetto placebo legato all'aspettativa di guarigione. L'approccio più rigoroso che consente di discriminare gli effetti veri di un trattamento è quello della sperimentazione clinica controllata (RCT, Randomised controlled trial) e delle relative meta-analisi che ne permettono un'analisi combinata e che nell'omeopatia hanno sempre dato risultati negativi.

Un recente documento elaborato dal "National Health and Medical Research Council" dell'Australia dimostra chiaramente che "non vi sono evidenze affidabili che l'omeopatia sia efficace per trattare condizioni di salute". Nessuno studio di buona qualità e ben costruito, con sufficienti partecipanti e risultati significativi, indica che l'omeopatia abbia prodotto miglioramenti di salute rispetto al placebo, o che l'omeopatia abbia prodotto miglioramenti pari a quelli di un altro trattamento. La conclusione è giunta da un comitato di medici incaricato di passare al vaglio studi sistematici sull'omeopatia, riguardanti 68 diverse condizioni e malattie fra cui asma, eczema, dolore lombare, nausea, depressione, malaria, colera, AIDS e tossicodipendenze.

AGOPUNTURA

E' fuor di dubbio che il trattamento con l'agopuntura sia di qualche utilità per i pazienti con alcuni tipi di dolore cronico resistente alla terapia, tant'è che negli Stati Uniti nelle linee guida per il trattamento della lombalgia, redatte dall'American College of Physicians e dall'American Pain Society, si consiglia di considerare l'agopuntura come una possibile opzione per i pazienti che non rispondano alla terapia convenzionale. Una meta analisi pubblicata nel 2012 su Archives of Internal Medicine, attraverso l'analisi di 29 trials (complessivamente 17922 pazienti) relativi al trattamento di vari tipi di dolore osteoarticolare o cefalea, ha dimostrato una certa efficacia dell'agopuntura sul dolore cronico, suggerendo che gli effetti benefici del trattamento siano la summa di due componenti: una maggiore che è l'aspettativa (speranza) di guarigione (effetto placebo, effetto contesto) ed una minore che è legata all'effetto specifico che la collocazione degli aghi e la loro profondità permette di evocare.

Allo scopo di comprendere i meccanismi neurofisiologici alla base di quest'effetto, una linea di ricerca si è dedicata principalmente agli effetti dell'agopuntura sui tessuti, in particolare sul tessuto connettivo. I meridiani, utilizzati dall'agopunturista per l'inserzione degli aghi in accordo con le teorie della Medicina Tradizionale Cinese, sono per lo più localizzati lungo i piani connettivali tra i muscoli o tra i muscoli e le ossa. Così gli aghi interagirebbero con il tessuto connettivo interstiziale, stimolando meccanicamente i fibroblasti: stimolazione avvertita dall'agopunturista come una reazione di restringimento dell'ago. Il conseguente rimodellamento del citoscheletro dei fibroblasti avrebbe effetti sulla trasduzione del segnale, sull'espressione genica, con rilascio di mediatori che possono interagire con le fibre nervose sensitive e con l'adesione alla matrice. In linea con gli effetti locali vi è il dato che l'anestesia locale ai siti dell'inserzione degli aghi blocca completamente gli immediati effetti analgesici dell'agopuntura, indicando che questi effetti dipendono dall'innervazione.

Quanto sopra suggerisce, quindi, che l'agopuntura, per alcuni tipi di dolore, potrebbe essere considerata un'opzione terapeutica. Visto il ristretto ambito specialistico, è impensabile che nel Corso di Laurea si debba dare spazio ad un 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.

FITOTERAPIA

La Fitoterapia comprende un mondo farmacologico-terapeutico assai complesso ed articolato, popolato anche di evidenze scientifiche, principi attivi identificati e con riconosciute proprietà farmacologiche, così come di tradizioni popolari, alcune anche di rilievo nella pratica quotidiana e in disturbi per così dire minori. Essa può esprimersi in un contesto culturale "popolare" e tradizionale nel quale la "naturalità" dell'approccio terapeutico, la presunta non nocività e non

“invasività” di ciò che è naturale e tradizionale si contrappone in varia misura con tutto ciò che è “artificiale”, “chimico”, in qualche modo estraneo al nostro organismo, anche perché nell’immaginario collettivo l’industria farmaceutica è diventata sinonimo di malvagità e sfruttamento, dimenticando, o ignorando, che l’innovazione farmaceutica ha contribuito all’allungamento dell’attesa di vita nei Paesi occidentali, ed alla riduzione della mortalità per cancro. In Occidente i farmaci sostengono concretamente anche la speranza di una vita qualitativamente apprezzabile per centinaia di milioni di malati. Esistono, comunque, presupposti concreti, di diversa natura, per una riflessione ponderata ed equilibrata, seria sulla Fitoterapia: le basi storiche e scientifiche di questa branca della farmacologia, il riconoscimento nelle piante di un gran numero di principi attivi utili ai fini terapeutici, la presenza di una ricerca in progressivo sviluppo, che trova a valle però un rilevante limite nelle procedure semplificate, di fatto elusive nei confronti della documentazione di efficacia e in qualche misura di sicurezza, per la commercializzazione, alcune consolidate conoscenze appartenenti alla tradizione ed alla consuetudine, specie per disturbi minori e molto comuni. Ciò non toglie tuttavia le numerosi incongruenze nell’uso pratico di innumerevoli preparati, miscele, cui vengono attribuiti effetti indimostrati, capacità di intervenire terapeuticamente su innumerevoli patologie, anche molto diverse tra di loro. La risposta non può stare in una semplicistica (e non vera) equazione di naturale = buono, sano, non dannoso o nella vaghezza equivoca che può derivare da un generico ed ingenuo atteggiamento “ecologico” nei confronti della terapia, né transitare attraverso un’informazione incontrollata, quale può esservi sul WEB.

Data la larga diffusione della Fitoterapia, facilmente percepibile dal diffondersi di Erboristerie e dalla quasi ubiquitaria presenza di prodotti fitoterapici in primo piano nelle farmacie, esiste, oltre ad un bisogno percepito da parte dell’utenza, un bisogno professionale quanto meno sui principi generali di Fitoterapia da parte del medico e, quindi, un bisogno formativo per lo studente di medicina, con costante riferimento alla Medicina Basata sulle Prove Scientifiche. Lo studente in medicina deve esser consapevole del fatto che la medicina che è basata sull’uso di erbe medicinali 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. Lo studente dovrà apprendere a gestire con appropriatezza il paziente che usa prodotti naturali, per fornirgli una corretta informazione, renderlo consapevole dei potenziali rischi e delle interazioni con farmaci, oltre che della intrinseca distanza che distingue un trattamento vagliato dalle Autorità regolatorie Europee e Nazionali, sotto regole definite e assi 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, 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 cautelare 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 qualche lezione o qualche 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.

CONCLUSIONI

Esiste una domanda di salute collocata in aree grigie del sapere medico, che non trova una risposta soddisfacente e basata sulle evidenze scientifiche; d'altro canto, nella pratica medica, gli aspetti relazionali possono soggiacere alla tecnologia, inducendo insoddisfazione nel paziente. La nascita delle specialità può infatti comporre la frammentazione della relazione con il medico curante (ossia del medico che si prende cura del paziente), in molteplici rapporti parziali con esperti in specifiche aree cliniche capaci di prescrivere cure. Il contributo tecnologico, d'altra parte, consente di affinare le indagini e rendere univoche le diagnosi, ma spersonalizza la relazione perché può ridurre significativamente il tempo dedicato all'anamnesi ed alla visita medica, sminuendo il valore della relazione interpersonale che nel corso dei millenni, è stata la pietra miliare del contributo terapeutico della medicina: dallo sciamano al clinico medico del novecento, l'attenzione all'essere umano è stata base e fondamento dell'atto medico.

La promozione di aspetti spirituali della persona, l'enfasi sugli stili di vita, la promozione della salute, la corresponsabilità del paziente, la personalizzazione del trattamento affermati e praticati da alcune CAM, sono considerati dai cultori delle CAM come valori ritenuti alternativi rispetto alla medicina scientifica e, in particolare, all'EBM. Pur recependo e condividendo il valore di questi principi, la Conferenza ritiene che si tratti in realtà di un malinteso nell'interpretazione della medicina quale si è sviluppata nella storia e viene sperimentata e praticata dai medici e dal personale sanitario. Il malinteso riguarda ancor più il concetto di EBM che non è affatto solo mero sapere scientifico, bensì sapere che è modulato dall'esperienza clinica e tiene conto dei diritti, delle volontà e preferenze del paziente, anche se nel suo utilizzo corrente l'individualità del paziente talora può risultare un po' svalutata, anche per colpa dell'eccessiva burocratizzazione del lavoro del medico dipendente o convenzionato con il SSN che toglie tempo al rapporto medico paziente. In realtà la Medicina guidata dalle prove scientifiche richiede un approccio che integra in modo giudizioso e responsabile tre elementi e cioè: i) la migliore evidenza scientifica esterna; ii) l'esperienza clinica individuale; iii) le preferenze e le scelte del paziente, oltre ai suoi diritti. Essa quindi riconosce che la cura della salute è individualizzata e coinvolge fatti, decisioni, ma anche incertezze e probabilità. Né l'evidenza scientifica né l'esperienza individuale da sole sono sufficienti in quanto la medicina ha una "doppia natura": i) una invariante (scienza dell'universale): leggi, teorie, meccanismi, etc.; ii) una variabile (scienza dell'individuale): la clinica.

La Conferenza ritiene che non siano accettabili procedure e trattamenti che non siano stati sottoposti al vaglio della sperimentazione rigorosa e di autorità regolatorie competenti ed indipendenti, responsabili verso la società. Come discusso, l'esplorazione con metodologia scientifica rigorosa sull'efficacia e la sicurezza di alcune CAM ha finora fornito non evidenze, prove inconclusive od ambigue o, al massimo, ha documentato l'equivalenza di pochissime pratiche "alternative" con ciò che offre la medicina convenzionale. Inoltre, non vi sono prove che trattamenti palliativi offerti dalla medicina non convenzionale siano superiori a quelli offerti da quest'ultima.

Non esistono più medicine, ma solo una medicina basata sulle prove scientifiche acquisite attraverso una metodologia appropriata che trova il suo fondamento nel metodo sperimentale e nel principio di falsificazione. Tutto ciò che risponde a questi principi entra a far parte della medicina e può non essere considerata alternativa. Si può quindi accettare ogni approccio purché: i) abbia come scopo primario la tutela della salute ed il rispetto dell'individuo, proponendo obiettivi realistici e condivisi; ii) consenta e non ritardi la diagnosi; iii) sia fondato sulla ricerca sperimentale-empirica; iv) sia esposto al libero consenso ed alla dialettica aperta ed universale; v) sia sottoposto al vaglio delle prove di efficacia e di sicurezza anche da parte di "terzi". Non si possono accettare invece trattamenti che non siano stati sottoposti al vaglio della sperimentazione rigorosa e di autorità regolatorie indipendenti e competenti, responsabili verso la società.

La missione specifica del Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia è finalizzata al reale sviluppo della "competenza professionale" e dei "valori della professionalità" negli studenti. Essa si fonda: i) sull'importanza dell'integrazione del paradigma biomedico del "curare la

malattia” con quello psicosociale del “prendersi cura dell’essere umano” pur nella “complessità della cura”; ii) sull’acquisizione di una formazione orientata alla prevenzione della malattia ed alla promozione della salute nell’ambito della comunità e del territorio; iii) sulla profonda conoscenza delle nuove esigenze di cura e di salute, incentrate non soltanto sulla malattia, ma, soprattutto, sull’essere umano ammalato, nella sua globalità di soma e psiche e specifico contesto sociale. La risposta alla disaffezione dei pazienti verso la Medicina Scientifica, accennata precedentemente, deve consistere nel rafforzare la formazione “umanistica” del medico, per poter cogliere le valenze socio-culturali, emozionali e “spirituali” delle singole persone. In realtà la medicina scientifica e la medicina umanistica devono essere due facce della stessa medaglia perché la relazione medico-paziente non è una relazione magica, ma una relazione interpersonale di per sé “terapeutica” “*terapeutica*” che affonda le sue radici evolutive nelle emozioni che si attivano quando un individuo chiede aiuto ed un altro accoglie questa richiesta. Lo studente deve essere sempre di più educato a comprendere quello che nella lingua inglese è definito come “illness” (piuttosto che disease che si riferisce ai segni e sintomi della malattia) e cioè il disagio del paziente per le alterate condizioni di benessere e le sue aspettative, ad ascoltare quindi la sua storia di malattia, il suo vissuto (Medicina Narrativa che non è per nulla in contrapposizione con l’EBM), implementando le capacità di ascolto e counselling per instaurare una relazione di aiuto, per comprendere quale sia la richiesta di aiuto che il paziente pone. Così potrà sempre di più considerare ogni paziente, non come un insieme di sintomi da chiamare con il nome di una malattia, ma un individuo unico per costituzione genetica e per esperienze di vita che cerca sollievo per il proprio disagio.

Bibliografia essenziale

Per la Storia della Medicina Scientifica e per l’Effetto Placebo e l’Aspettativa di Guarigione, il lettore troverà ulteriori informazioni rispettivamente nei libri di Gilberto Corbellini e di Fabrizio Benedetti, dai quali alcuni concetti sono stati ripresi:

Benedetti F. Il Cervello del Paziente. Le Neuroscienze della Relazione Medico-Paziente, Giovanni Fioriti, Roma, 2012.

Corbellini G. EBM, Medicina basata sull’Evoluzione, Laterza, Bari-Roma, 2007

Per la posizione ufficiale della Conferenza, il lettore troverà ulteriori informazioni in tre lavori della Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia (scaricabili online dal sito <http://presidenti-medicina.it/>).

Lechi A, Vantini I: Riflessioni sulle medicine alternative e complementari ed il corso di laurea specialistica in medicina e chirurgia. Med Chir 2004; 24: 919-923.

Vantini I, Caruso C, Craxì A: L’insegnamento delle Medicina Alternative e Complementari(CAM) nel Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia: Posizione della Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia (CPPCLM). Med Chir 2011; 53: 2331-2

Caruso C, Rizzo C, Vantini I. Insegnare nelle Università la Fitoterapia e l’Agopuntura? Med. Chir. 60. 2668-2678, 2013 (in quest’ultimo è riportata la Bibliografia sull’Agopuntura e sulla Fitoterapia).

Per le CAM ; è ricco di informazioni per il pubblico e per i sanitari, il sito dedicato del NIH. <http://nccam.nih.gov/>; sono dedicati all’omeopatia i due siti, <http://www.nhs.uk/conditions/Homeopathy/Pages/Introduction.aspx> (del NHS inglese), <http://consultations.nhmrc.gov.au/files/consultations/drafts/nhmrcdrafthomeopathyinformationpaper140408.pdf> (del NHMRC australiano).