



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 1

N.B. I resoconti stenografici delle sedute di ciascuna indagine conoscitiva seguono una numerazione indipendente.

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

**INDAGINE CONOSCITIVA SULLE TERAPIE NON
CONVENZIONALI**

107^a seduta: giovedì 2 agosto 2007

Presidenza del presidente MARINO

I N D I C E

Audizione di rappresentanti della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO) e dell'Istituto superiore di sanità

PRESIDENTE	Pag. 3, 8, 11 e <i>passim</i>	* BIANCO	Pag. 3, 15, 19
BODINI (<i>Ulivo</i>)	11	GARACI	8, 19
* BOSONE (<i>Aut</i>)	12		
COLLI (<i>FI</i>)	12, 19		
SILVESTRI (<i>IU-Verdi-Com</i>)	14		
* VALPIANA (<i>RC-SE</i>)	13		

N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democrazia Cristiana per le autonomie-Partito Repubblicano Italiano-Movimento per l'Autonomia: DCA-PRI-MPA; Forza Italia: FI; Insieme con l'Unione Verdi-Comunisti Italiani: IU-Verdi-Com; Lega Nord Padania: LNP; L'Ulivo: Ulivo; Per le Autonomie: Aut; Rifondazione Comunista-Sinistra Europea: RC-SE; Sinistra Democratica per il Socialismo Europeo: SDSE; Unione dei Democraticicristiani e di Centro (UDC): UDC; Misto: Misto; Misto-Consumatori: Misto-Consum; Misto-Costituente Socialista: Misto-CS; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-Italiani nel mondo: Misto-Inn; Misto-Partito Democratico Meridionale (PDM): Misto-PDM; Misto-Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur; Misto-Sinistra Critica: Misto-SC.

Intervengono, per la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, il dottor Amedeo Bianco, presidente, e il professor Mauro Melato, presidente dell'Ordine dei medici di Trieste, e, per l'Istituto superiore di sanità, il professor Enrico Garaci, presidente.

I lavori hanno inizio alle ore 15,20.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di rappresentanti della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO) e dell'Istituto superiore di sanità

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'indagine conoscitiva sulle terapie non convenzionali.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4 del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso e la trasmissione radiofonica e che la Presidenza del Senato ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso. Se non si fanno osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

È oggi in programma l'audizione di rappresentanti della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO) e dell'Istituto superiore di sanità. Sono presenti, per la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, il dottor Amedeo Bianco, presidente, ed il professor Mauro Melato, presidente dell'Ordine dei medici di Trieste e, per l'Istituto superiore di sanità, il presidente, professor Enrico Garaci.

Mi scuso per il ritardo con cui ha inizio l'audizione, dovuto al prolungamento della seduta antimeridiana dell'Aula. Consideriamo l'argomento oggetto della nostra indagine estremamente serio ed importante; il Presidente del Senato ha convenuto con noi che il tema fosse così importante da richiedere lo svolgimento di un'indagine conoscitiva preliminare alla definizione e alla discussione di un testo di legge. Infatti, ci rendiamo assolutamente conto di quanto il tema sia delicato e debba essere trattato con rigore scientifico e, soprattutto, con grande trasparenza, senza necessariamente ricercare quei contrasti che, in una materia come la sanità, non rifletterebero gli interessi dei cittadini e dei pazienti.

Cedo ora la parola al dottor Bianco per svolgere una esposizione introduttiva sulle problematiche oggetto dell'interesse della Commissione.

BIANCO. Illustre Presidente, illustri senatori della Commissione, vorrei innanzitutto esprimere un sincero ringraziamento per questa audizione che segna l'avvio della discussione parlamentare in materia di disciplina delle medicine e terapie non convenzionali che ci auguriamo possa final-

mente consentire alle autorità competenti una regolamentazione efficace ed equilibrata di un fenomeno che – come ben sapete – ricerche in Europa e in Italia ci confermano essere in continua espansione tra i cittadini e gli stessi professionisti. Abbiamo predisposto e messo a disposizione della Commissione un documento che raccoglie in maniera organica le nostre valutazioni sull'argomento, nonché dei contributi documentali.

Mi scuso, ma mi corre l'obbligo di esordire con la richiesta di un'ulteriore audizione che ci possa consentire un più articolato contributo di osservazioni tecniche ai progetti di legge depositati in Commissione, in ragione delle risultanze di un gruppo di lavoro specifico della FNOMCeO, insediato circa due mesi fa e coordinato dal presidente Melato, che si è impegnato a consegnare le sue valutazioni entro metà ottobre.

Ovviamente, le questioni centrali e generali sottese a una disciplina di tale materia non sono certamente nuove e su questo ci esprimeremo fin da oggi con la massima precisione e chiarezza possibili, ma alcune novità hanno motivato ulteriori approfondimenti in corso d'opera ed è per questo che ci siamo permessi di auspicare una successiva audizione. Mi riferisco, in modo particolare, al decreto-legge n. 223 del 2006, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 248 del 2006 – il cosiddetto decreto Bersani – che, nel procedere ad una marcata liberalizzazione dei servizi professionali, ha altresì esteso la possibilità della comunicazione pubblicitaria dei propri servizi professionali, ivi compresi quelli afferenti alle medicine e pratiche non convenzionali.

È facile intuire come la tutela della veridicità e trasparenza del messaggio pubblicitario che la stessa legge Bersani pone in capo agli ordini necessiti di riferimenti regolatori certi e coerenti, in grado di garantire la qualità e sicurezza dei servizi offerti, a partire dalla formazione dichiarata per comprendere le specifiche attività svolte, le eventuali casistiche di casi trattati, le indicazioni terapeutiche prospettate e altro ancora. Questo è quanto ad oggi è possibile in una comunicazione pubblicitaria.

A tale scopo, la FNOMCeO, nell'ambito delle proprie funzioni di coordinamento e promozione delle attività degli ordini provinciali e sulla base di un documento votato dal consiglio nazionale, ha deliberato, nel febbraio di quest'anno, un atto di indirizzo relativo a: «Requisiti indispensabili per la pubblicità dell'informazione sanitaria relativa all'esercizio professionale non convenzionale: prima applicazione». È un documento che abbiamo allegato alla relazione e reca una prima regolamentazione di una fase transitoria, perché ci corre l'obbligo di verificare la veridicità e la trasparenza di un messaggio pubblicitario in cui, ad esempio, si dichiara di essere esperti in omeopatia o in agopuntura, senza indicare in ragione di quali criteri. Questo è un problema che ci siamo trovati di fronte e che abbiamo cercato di risolvere.

La seconda novità è costituita dalla legge regionale della Toscana n. 9 del febbraio 2007 intitolata «Modalità d'esercizio delle medicine complementari da parte dei medici e odontoiatri, dei medici veterinari e farmacisti», emendata in alcuni punti dalla successiva legge regionale n. 31 del maggio 2007, al fine di ricondurre l'insieme dei provvedimenti re-

gionali nell'alveo della legittimità costituzionale indicata dal nuovo Titolo V. Questo modello regolatorio prospetta, infatti, una soluzione fortemente incentrata sul ruolo delle Regioni e degli ordini professionali quali autorità garanti della formazione delle attività, limitatamente però ad alcune discipline (agopuntura, omeopatia e fitoterapia).

Risulta evidente che manca a tale normativa – di per sé, almeno a nostro giudizio, positiva ed equilibrata – quella cornice nazionale che impedisca la frammentazione dell'impianto regolatorio in tante differenti soluzioni regionali con il rischio di «*dumping* regolatori» o, peggio, di inconciliabilità di regole tra Regione e Regione. La reale portata e le ricadute pratiche di queste due novità non sono al momento completamente misurabili, ma certamente aggiungono nuovi elementi di confronto e soprattutto di stimolo in una materia già di per sé complessa.

Mi limiterò dunque ad alcune considerazioni che costituiscono, a nostro giudizio, le fondamenta su cui costruire un impianto regolatorio equilibrato ed efficace, che eviti cioè, da un lato, una radicalizzazione di posizioni non convenzionali – chiamiamole così – e, dall'altro, un pregiudizio ostile ed inconciliabile della cosiddetta medicina scientifica.

In una grave prolungata carenza di legislazione specifica, non senza una punta di orgoglio, crediamo di poter attribuire al nostro senso di responsabilità tecnico-professionale, etica e civile il buon governo di questo fenomeno, largamente presente tra i cittadini consumatori e tra gli stessi professionisti sanitari. Infatti, come certamente vi sarà noto, da diversi anni la posizione ufficiale della FNOMCeO sulle medicine e terapie non convenzionali, poi culminata nella delibera di Terni del giugno 2002, allegata alla documentazione, va nella direzione di un dialogo e confronto che ancor oggi è fonte di dissenso in alcune parti del nostro mondo professionale ed è particolarmente vivace in vaste aree dell'accademia. Questo approccio si è negli anni sostanziato nelle seguenti iniziative e prospetta l'affermazione dei seguenti principi:

a) In carenza di specifica regolamentazione delle autorità competenti, gli ordini professionali hanno provveduto ad indicare ed hanno assunto iniziative regolatorie ausiliarie. In questo contesto vanno infatti inserite le norme previste negli ultimi codici deontologici, in particolare quello del dicembre 2006. L'articolo 15, esplicitamente titolato: «Pratiche non convenzionali», così si esprime: «Il ricorso a pratiche non convenzionali non può prescindere dal rispetto del decoro e della dignità della professione e si esprime nell'esclusivo ambito della diretta e non delegabile responsabilità professionale del medico. Il ricorso a pratiche non convenzionali non deve comunque sottrarre il cittadino a trattamenti specifici scientificamente consolidati e richiede sempre circostanziata informazione e acquisizione del consenso. È vietato al medico di collaborare a qualsiasi titolo o di favorire l'esercizio di terzi non medici nel settore delle cosiddette pratiche non convenzionali».

Se questo articolo viene correlato con un comma dell'articolo 13, che è riferito all'appropriatezza diagnostico-terapeutica e che così recita:

«Sono vietate l'adozione e la diffusione di terapie e di presidi diagnostici non provati scientificamente o non supportati da adeguata sperimentazione e documentazione clinico-scientifica, nonché di terapie segrete», si ottiene una sorta di combinato disposto che, sotto il profilo deontologico e disciplinare, vincola i medici ad un uso efficace e sicuro delle medicine e terapie non convenzionali.

b) Queste considerazioni rafforzano la convinzione che il punto di equilibrio e di garanzia verso i cittadini non possa che essere la riconduzione ad atti medici e, più in generale, ad attività riservate alle professioni sanitarie, delle principali medicine e pratiche non convenzionali, esprimendo così, non una generica validazione scientifica di tali attività, ma richiamando alla responsabilità professionale civile, propria dei professionisti medici, odontoiatri, farmacisti e veterinari, l'uso più appropriato, efficace e sicuro possibile di tali attività, dalla diagnosi, alla terapia, alla preparazione e messa in commercio dei farmaci e rimedi. Una vasta giurisprudenza supporta queste convinzioni, così che la riconduzione ad atto medico ha il senso di offrire un'adeguata garanzia al diritto alla tutela della salute in ragione del bagaglio di conoscenze e competenze che lo Stato a questi professionisti prima richiede con un *iter* formativo universitario, poi verifica attraverso l'esame di Stato abilitante, infine controlla nel suo concreto esercizio con le funzioni ausiliarie attribuite agli ordini professionali.

c) In questo contesto vanno altresì definite quali medicine e quali terapie vadano ricondotte ad atti riservati. Su questo è in corso al nostro interno una riflessione sullo stesso documento di Terni, che elencava nove discipline; una questione – come voi certamente sapete – controversa, che registriamo come discordante negli stessi progetti di legge.

d) Sul piano epistemologico ci pare di non poter condividere l'approccio di molti progetti legislativi. Non siamo infatti dinanzi ad un problema di riconoscimento di pluralismo scientifico in senso stretto, ma ad un diverso sistema di conoscenze e competenze da valorizzare e, soprattutto, da garantire, nella sicurezza ed efficienza dei servizi offerti. Le principali medicine e pratiche non convenzionali non si riconoscono infatti nei principi e nelle procedure del metodo scientifico; hanno un altro linguaggio, un altro metodo di valutazione degli elementi patologici e dello stesso concetto di salute, quindi altri oggetti di ricerca e altri *standard* di misurazione degli esiti.

La scelta di un confronto e di un dialogo non ha dunque il significato, che spesso in modo ingeneroso ci viene rivolto, di negare o sminuire l'immenso valore della medicina scientifica quale straordinario motore di emancipazione dalle malattie per la salute, né del suo metodo, che ne consente il costante sviluppo, né delle sue metodologie di valutazione *evidence-based* poste alla base del criterio di appropriatezza. Non riteniamo che, al pari di ogni altra legittima considerazione, quali enti ausiliari dello Stato ci competa tutelare i cittadini ed i professionisti, contribuendo ad in-

dirizzare, governare e, se del caso, avversare con fermezza quei fenomeni che contrastino con un'efficace tutela del diritto alla salute, con la libertà di scelta dei cittadini e con un esercizio autonomo e responsabile delle nostre professioni.

e) Questo bisogno di regolazione delle medicine e terapie non convenzionali cresce in proporzione diretta con la crescita della domanda di questi servizi. Le soluzioni da offrire devono essere omogenee e coerenti su tutto il territorio nazionale. In altre parole, non riteniamo che si possa accertare una *deregulation* regionale di una doverosa regolamentazione coerente a livello nazionale ed europeo.

Come detto in premessa, auspichiamo che una successiva audizione ci consenta di rappresentare alla Commissione in modo più analitico e puntuale le nostre osservazioni ai vari schemi di governo del fenomeno prospettati nelle proposte di legge, anche alla luce del nuovo assetto – altro elemento di novità – degli enti e dei soggetti regolatori in ambito sanitario, così come previsto dal progetto del ministro Turco. E vedo qui con piacere il dottor Garaci.

I seguenti aspetti regolatori, però, ci paiono essere ineludibili e, come tali, riteniamo debbano assumere, sotto il profilo giuridico, le caratteristiche di principi fondamentali in capo alla legislazione nazionale.

Primo: individuare le attività specifiche riconducibili alle singole medicine e terapie non convenzionali ed inquadrarle come atti riservati alle professioni sanitarie di medico-chirurgo, odontoiatra, veterinario e farmacista.

Secondo: definire i criteri per l'adozione degli ordinamenti didattici che legittimino la qualifica di «Esperto in...», abilitante all'iscrizione negli appositi registri predisposti, aggiornati e validati dagli ordini professionali provinciali.

Terzo: definire i soggetti, i requisiti, i criteri e le procedure per l'accreditamento dei *provider* pubblici e privati di formazione, predisponendo elenchi dei docenti e dei centri di formazione accreditati.

Quarto: definire in una norma transitoria le modalità per il riconoscimento pieno o parziale della formazione svolta fino ad oggi ai fini dell'iscrizione nei registri, anche attraverso la valorizzazione delle attività professionali effettivamente svolte e documentate e/o la predisposizione di attività formative compensative. Sarà un problema enorme, perché oggi i regolamenti dei vari centri di formazione sono molto diversi, così come sono molto diversi i contenuti didattici e quelli formativi. Omogeneizzarli al ribasso, come troverete nella nostra delibera, ci porta a situazioni minime di formazione, tipo 150 ore per dichiararsi esperti in omeopatia.

Quinto: individuare nell'ambito delle istituzioni sanitarie già oggi presenti e operanti (AIFA, Istituto superiore di sanità, Commissione unica dei dispositivi medici, eccetera), ed eventualmente in altre vie di individuazione e/o ridefinizione – penso all'Agenzia nazionale dei servizi sanitari –, aree dedicate di interesse alla promozione della ricerca di base e applicata, secondo le regole di buona pratica clinica, nelle aree esclusive

e soprattutto in quelle integrate, favorendo così la conoscenza dei principi e dell'uso appropriato delle medicine e pratiche non convenzionali nella cultura medica, odontoiatrica, farmaceutica e veterinaria, avvalendosi di finanziamenti propri e provenienti da soggetti pubblici e privati in ambito nazionale ed europeo.

Sesto: individuare e allocare nelle sedi istituzionali e funzionali più opportune la funzione di Osservatorio sull'uso delle medicine e pratiche non convenzionali che svolga attività di monitoraggio e di informazione avvalendosi di relazioni semestrali e annuali alle istituzioni responsabili della tutela della salute, al fine di rendere sempre più efficace e sicuro il ricorso alle medicine e pratiche non convenzionali.

PRESIDENTE. La ringrazio, presidente Bianco, per il contributo che ha fornito ai nostri lavori. In qualità di Presidente, accolgo la sua richiesta di svolgere con voi una successiva audizione e ne parlerò con i membri della Commissione. Credo che comunque sia importante considerare l'ipotesi di una seconda audizione nel momento in cui la Commissione presieduta dal professor Melato avrà concluso i lavori del gruppo insediato due mesi fa in relazione a questo specifico tema.

Penso anche che l'impostazione che lei ci ha dato oggi sia assolutamente rigorosa e rilevante, e in particolare mi soffermerei brevemente sul fatto che lei ha sottolineato, e che ritengo molto importante, che non può esserci una *deregulation* regionale, perché stiamo parlando di sanità e quello che riconosceremo come importante dal punto di vista sanitario non può essere differente nelle nostre Regioni. Credo di interpretare lo spirito della Commissione dicendo che questa è una opinione assolutamente condivisa da tutti i suoi membri.

Lascio ora la parola al presidente Garaci, in modo da avere in questa prima fase di audizioni le valutazioni e le indicazioni istituzionali dei nostri medici e dell'organo tecnico del Ministero della sanità, il che sicuramente ci sarà di grande ausilio nel procedere con i nostri lavori.

GARACI. Ringrazio il Presidente ed i senatori per l'invito rivoltomi.

Ritengo che sia giunto il momento di arrivare ad una regolamentazione di questa materia, visti i tanti aspetti che sono stati messi in evidenza nella relazione del presidente Bianco e vista anche la divaricazione che si sta realizzando a livello di varie realtà regionali. Soprattutto in merito alle figure professionali cui faceva riferimento il presidente Bianco, credo che, ai fini solo dell'interesse e della tutela della salute del cittadino, vadano nella maniera più assoluta garantiti quei requisiti di professionalità essenziali per la diagnosi e la terapia, che quindi devono rimanere nell'ambito della professione medica e delle professioni sanitarie.

Credo che sia molto utile seguire le linee guida che ha stabilito con una sua documentazione molto precisa l'Organizzazione mondiale della sanità; in esse, si faceva riferimento ad una corretta informazione indirizzata al cittadino, che deve conoscere i benefici e i rischi di ciascun tipo di cura. L'OMS faceva riferimento anche ad aspetti importanti, con un invito

alle strutture governative di sviluppare filoni di ricerca in questo settore, i corsi di specializzazione per i medici, i controlli di qualità sulle numerose sostanze di origine vegetale, minerale e animale e soprattutto una possibile integrazione tra la medicina convenzionale e quella non convenzionale.

Una prima osservazione che vorrei fare e che riflette la posizione dell'Istituto è che, piuttosto che parlare di diverse medicine, noi preferiamo parlare di una medicina che è scientificamente provata rispetto ad una che non lo è. Questo significa che, senza nessun pregiudizio per tutte le esperienze che vengono anche da culture lontane dalla nostra, che molto spesso hanno una base empirica, si può trovare il modo di utilizzare anche differenti approcci, a condizione che siano scientificamente verificati.

Posso portare degli esempi, anche sulla base dell'esperienza che abbiamo avuto nel recente viaggio in Cina effettuato insieme al Ministro, e dire che la medicina ufficiale cinese accetta in pieno il connubio con la medicina occidentale; tant'è vero che abbiamo anche istituito un laboratorio congiunto fra l'Istituto superiore di sanità e l'università di Tianjin, proprio per studiare gli aspetti legati alla medicina tradizionale cinese. I primi studi che stiamo affrontando sono, per esempio, sul trattamento dei tumori, sulla chemioterapia antitumorale. La parte della università di Tianjin dedicata alla medicina tradizionale cinese ci metterà a disposizione (in pratica lo ha già fatto) circa 10.000 cartelle cliniche di pazienti che hanno subito operazioni o che sono stati sottoposti a chemioterapia e di altri pazienti che sono stati sottoposti a chemioterapia associata ad agopuntura. Si tratta di due situazioni, di due linee di una sperimentazione già effettuata in cui si analizzerà se l'agopuntura influisca in qualche modo non sull'efficacia antitumorale della cura, ma nel ridurre la tossicità della chemioterapia. Questo esempio dimostra che se si affronta con un approccio metodologicamente scientifico la materia, si possono benissimo accettare ed introdurre nei nostri protocolli terapeutici queste medicine.

Un altro esempio che potrei fare è quello dell'artemisina, un farmaco antimalarico molto efficace che viene estratto da piante e che si usava in Cina allo stato non di principio puro, ma come principio grezzo nella terapia della malaria. D'altra parte, questa è la strada sulla quale si è anche inserito il National Institute of Health, che addirittura ha realizzato un laboratorio sulla medicina complementare, ma sta sperimentando con dei *trials* l'efficacia dei trattamenti di medicina cosiddetta complementare; sono attualmente in atto ben 150 *trials*. Diciamo che questa è la via che deve essere seguita. A volte si portano esempi come quello dell'aspirina, il cui meccanismo d'azione non si conosceva all'atto della sua introduzione e si è scoperto solo tre anni dopo, ma l'efficacia dell'effetto dell'aspirina si conosceva già. Credo quindi che questi siano due requisiti importanti: o essere sicuri dell'efficacia di un farmaco o di un trattamento, oppure, se anche non se ne conosce l'efficacia, conoscere il meccanismo d'azione in base al quale esso agisce. In questo senso, ad esempio, molto spesso si parla di principi e di sostanze cosiddetti antiossidanti, ritenendo che questa espressione si basi più che altro sul senso comune, mentre ci sono dimostrazioni anche a livello molecolare del perché il resveratrolo

e i fenoli agiscono e in che maniera possono influire sull'equilibrio dell'organismo.

Questo è, pertanto, il principio alla base delle teorie dell'Istituto. Ovviamente, occorre mettere in evidenza, dalla lettura dei testi, in discussione l'enorme divaricazione esistente tra le normative adottate, in riferimento ai presidi terapeutici, dalla cosiddetta medicina ufficiale ai fini della commercializzazione di un farmaco, rispetto a quanto si vorrebbe introdurre per le terapie non convenzionali; infatti, oggi la commercializzazione di un farmaco chimico e biologico – come sapete benissimo – richiede studi di tossicologia e attività precliniche che si suddividono in tre fasi successive, nelle quali non è sufficiente una sola sperimentazione, ma ne servono numerose.

Questo processo implica dieci anni di lavoro e deve anche far riflettere: è vero che dobbiamo superare certe lungaggini nella registrazione di farmaci, o eccessive lungaggini e aggravii burocratici – che potrebbero, a mio avviso, spiegare il perché una parte della domanda si concentri su altri settori –, ma non è pensabile, come ho ricavato da alcuni testi, che una Commissione di esperti nelle varie medicine non convenzionali valuti l'ammissione di alcuni prodotti alla commercializzazione. Ritengo che tale previsione debba essere corretta, perché non è vero che i farmaci a base di principi vegetali siano sempre completamente atossici; non è un problema solo di nulla o scarsa efficacia, perché alcuni prodotti possono anche essere tossici. Teniamo presente che quelle che vengono somministrate sono spesso combinazioni di più fattori.

Non ho alcun pregiudizio per le terapie di combinazione. Un vecchio tabù di trent'anni fa della medicina ufficiale postulava il concetto: «una malattia, un farmaco» e questo creava dei problemi. Con il progresso, *in primis* con la terapia, si è sbloccata la situazione e i farmaci antiretrovirali hanno aperto la strada all'associazione di più farmaci, ma prima di allora la Food and Drug Administration era molto riluttante all'approvazione della combinazione di farmaci. Se vogliamo favorire – come credo sia positivo – un'integrazione tra medicina convenzionale e non convenzionale, dobbiamo cercare di ridurre queste distanze, andando ad incidere su alcuni fattori, tra i quali la comunicazione con il paziente.

Per fare un esempio pratico, presso un'ASL di Empoli stiamo portando avanti un'esperienza molto positiva, che consiste nel verificare l'influenza che l'attività fisica ha nella riabilitazione del *post-ictus*: è una ricerca cui collaborano anche esperti del National Institute of Health e i cui risultati sono molto interessanti: sembra che l'attività fisica svolta in un certo modo possa portare alla riabilitazione. Questo conferma che alcuni principi alla base della medicina non convenzionale possono essere presi in considerazione, ma a condizione che siano convalidati da una metodologia scientifica.

Signor Presidente, mi permetto di chiederle un'ulteriore, successiva audizione, anche per poter comunicare alla Commissione i risultati di gruppi di lavoro organizzati dall'Istituto, uno dei quali si è avvalso anche del contributo dell'ISTAT e si è occupato della prevalenza delle persone

che ricorrono in Italia alle terapie non convenzionali. Vi è anche allo studio un progetto che ha come obiettivo la creazione di un centro nazionale di riferimento. Trovo molto valida l'idea di avviare un'indagine conoscitiva. Il nostro Istituto auspica l'istituzione di un centro che sovrintenda al sistema informativo, alla banca dati sulla letteratura esistente e sulla legislazione e al coordinamento tra gli osservatori regionali, perché alcune Regioni sono dotate di osservatori regionali che, a nostro avviso, possono funzionare bene. A tal fine, penso che sia importante acquisire questi dati prima di arrivare alla definizione di una legge, che pure è necessaria.

PRESIDENTE. La ringrazio, presidente Garaci. Sarebbe molto utile se potesse inviarci la documentazione cui accennava, affinché ne possa disporre l'intera Commissione e valutare, anche sulla base di quel materiale, l'opportunità di una successiva audizione. Credo comunque che questa sua prima audizione sia per noi molto importante.

Personalmente, pur ritenendo che sia una strada da seguire – perché anche a livello europeo i dati di utilizzo di medicine non convenzionali sono tali da non poter continuare a non legiferare su questo aspetto della vita pubblica – sono convinto dei suoi richiami alla scientificità di quanto viene utilizzato. Mi è capitato poche volte, ma ho dovuto addirittura trapiantare pazienti affetti da una necrosi epatica acuta perché avevano assunto delle erbe di cui non si conosceva bene la natura. Sono perfettamente consapevole dei rischi che si corrono, ma sono anche molto interessato a percorrere una strada che ci porti a regolamentare il settore, perché sono convinto che vi siano aspetti di straordinaria utilità.

Invito ora i colleghi senatori che intendano porre domande o richieste di chiarimento ai nostri ospiti a prendere la parola.

BODINI (*Ulivo*). Mi associo a quanto diceva prima il Presidente, dal momento che anch'io mi avvicino al tema dei farmaci non convenzionali con quello scetticismo che tanti anni di ospedale e di medicina convenzionale mi portano ad avere, ma anche con spirito interessato a capire cosa si possa fare in tale ambito.

Rivolgo la mia prima domanda al presidente Bianco. Lei ha parlato della possibilità di ricondurre tutte queste tecniche, di fatto, nell'alveo delle figure professionali tradizionali: il medico, il veterinario, il farmacista, il chirurgo e l'odontoiatra. Ciò comporterebbe che qualunque tipo di prescrizione dovrebbe passare attraverso queste figure. Oggi, ad esempio, in linea con quanto diceva prima il Presidente, possiamo andare in erboristeria e acquistare tutto ciò che desideriamo senza passare attraverso il vaglio del medico. Ci sono però alcune forme di terapia non farmacologica, come la chiropratica, tanto per citare quella più evidente, che non necessariamente dovrebbero passare dalla classe medica. Ci sono aree delle medicine alternative che non condividono l'ipotesi di dover passare attraverso la medicina convenzionale per essere applicate, proprio perché ne contestano i principi e le basi. I musicoterapisti, per esempio, si affacciano sulla scena e parlano di basi scientifiche; mi sembra difficile che

debbano passare attraverso un medico che prescrive. Forse bisognerà pensare ad un allargamento in tal senso.

Professor Garaci, anch'io sono per il metodo scientifico, per *trial* controllati in doppio cieco e quant'altro, ma ce la facciamo? Lei ha parlato dei tempi, ossia dieci anni per partire da zero. Ci sono alcuni aspetti di queste medicine, per quel poco che ne so, che abbracciano un discorso olistico sulla persona e non si appuntano sulla singola malattia, cioè contestano alla radice la nostra impostazione, avversando la medicina settoriale e abbracciando la medicina globale.

Si potrebbe pensare ad un *trial* controllato che vada a verificare la qualità di vita. Per esempio, una persona può affermare di fare yoga perché le migliora la qualità della vita; allora lo si può considerare come una forma di fisioterapia. Ci sono dei metodi, però in genere sono limitati a campi specifici. È difficile riportare tutto nell'alveo della scientificità e dei *trial* controllati, perché si porrebbero enormi problemi. E nell'ambito della psicosomatica sapete quante sfaccettature ci possono essere.

Personalmente, concordo con l'idea dell'approccio scientifico e del *trial* controllato. Vedo però un'estrema difficoltà e un ambito molto vasto, per cui forse dovremo cercare di porre qualche tipo di frontiera diversa.

BOSONE (*Aut*). La prima domanda riguarda gli albi medici. Qualora noi, dovessimo prevedere nella legge una certa formazione, come dovrebbero essere inquadrati nell'ambito degli albi i medici formati alle medicine non convenzionali? Dovrebbero essere inseriti in categorie a parte, in categorie divise per specialità? Lo chiedo perché non si tratta di una scuola di specialità, ma di corsi di formazione, che poi dovremo vedere come accreditare. Comunque l'aspetto formativo è centrale e fondamentale in queste vicende.

C'è poi il problema degli osteopati e dei chiropratici, di cui parlava poco fa il collega Bodini. Visto che il Ministero sta cominciando rivedere i LEA, bisogna capire quali prestazioni, con qualche evidenza clinica, se non scientifica, è pensabile inserire nell'ambito dei LEA stessi.

Altra questione è quella scientifica. Noi sappiamo che sull'agopuntura ci sono moltissimi lavori scientifici controllati, ma anche tanti lavori di evidenza clinica. E uno degli aspetti importanti è quello dell'evidenza clinica, sulla quale gran parte della medicina moderna si è fondata. Facendo il neurologo, posso dire che ancora oggi applichiamo ai nostri pazienti farmaci approvati per altre patologie ma che sappiamo, dal punto di vista dell'evidenza clinica, funzionare anche per quel tipo di patologia (per fare un esempio, l'emicrania). Per cui, effettivamente, il tema di individuare criteri di evidenza clinica diversi da quelli convenzionali, o per lo meno di ritornare ad un visione più ampia nell'accezione dell'evidenza scientifica controllata, esiste.

COLLI (*FI*). Signor Presidente, intanto plaudo all'iniziativa di svolgere nella nostra Commissione un'indagine conoscitiva su questo argomento, il che dimostra grande sensibilità nei confronti di una medicina

che è stata molto penalizzata, e mi permetterei di aggiungere «ingiustamente», in questi anni.

Presidente Bianco, lei tra le medicine non convenzionali ha citato la fitoterapia, l'omeopatia e l'agopuntura. Altre invece, come la medicina ayurvedica e spagirica, sono state tralasciate. C'è un motivo particolare, oppure ciò è dovuto semplicemente al fatto che le prime tre sono quelle maggiormente diffuse e quindi offrono una maggiore possibilità di capirne gli effetti?

Per esempio, la medicina spagirica – e mi riallaccio a quanto diceva il dottor Garaci – è molto particolare, dato che se non si raccolgono le erbe ad essa necessarie all'alba, con la rugiada, probabilmente i medicinali non hanno gli stessi effetti. Ecco quindi che serve un'attenzione particolare nei confronti dell'attività di raccolta delle sostanze primarie necessarie.

Quanto alla formazione degli operatori del settore, l'argomento è già stato affrontato, e comunque avremo modo di tornarci dopo la pausa estiva.

Ringrazio ancora molto per questa stimolante iniziativa, che qualificherà il lavoro ed il ruolo della nostra Commissione. Visto che in Inghilterra ci sono cliniche di medicina non convenzionale che curano tutto, noi cominciamo con un passo importante.

VALPIANA (RC-SE). Signor Presidente, anch'io ringrazio molto dell'iniziativa e di questa prima audizione, pur resa difficile negli orari per gli impegni odierni del Senato, perché era importante iniziare l'indagine conoscitiva sulle terapie non convenzionali prima della pausa estiva.

A differenza di quasi tutti i colleghi che hanno parlato fino a questo momento, non sono di formazione medica. Sono però persona che nella propria vita ha scelto di non seguire la medicina allopatrica, e quindi sono la prova vivente dell'evidenza clinica delle «altre» medicine. Le chiamiamo così perché le specificità e gli approcci sono tanti e diversi. Credo però – e nel disegno di legge di cui sono prima firmataria mi sembra di aver cercato di evidenziarlo – che l'aspetto più importante nel nostro Paese sia quella della ricerca e che sia determinante dare certezza alle persone che scelgono di curarsi con una medicina alternativa (ma questo vale anche per la medicina tradizionale) della validità delle persone cui si rivolgono e dei rimedi da queste prescritti.

Ritengo comunque importante riservare la parte diagnostica a chi ha una preparazione specifica, quindi al medico, che può anche aver scelto una formazione di taglio diverso. Così, proprio per non fare confusione, nei nostri disegni di legge abbiamo scelto di dividere la formazione dei medici e i tipi di medicina da loro esercitati da altre terapie che possono essere esercitate anche da non medici.

Credo però che il problema principale che abbiamo di fronte (mi dispiace rivolgere a voi una domanda che riguarda specificamente il legislatore) sia quello di inserire all'interno del Servizio sanitario nazionale la libertà di scelta terapeutica del singolo cittadino, e questo evidentemente

ci porta ad un problema di costi, perché sappiamo che le risorse sono limitate. Personalmente ritengo invece che in un Paese civile le risorse dedicate alla sanità non vadano considerate spese, ma investimenti e quindi non dovrebbero essere limitate; ma come risolvere il problema e come dare al cittadino la possibilità di trovare nella medicina pubblica le necessarie risorse?

Bisogna anche ricordare che esistono nel nostro Paese dai 9 ai 10 milioni di cittadini che, pur pagando le tasse e contribuendo al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, da quest'ultimo non ricevono nulla e se comprano un rimedio omeopatico lo pagano, se si sottopongono ad agopuntura pagano, se si rivolgono al medico di medicina tradizionale cinese lo pagano. Credo che questa sia anche una questione di giustizia.

Un altro aspetto che vorrei approfondire, non necessariamente oggi, è quello, già accennato dalla collega Colli, dell'omogeneità normativa in Europa: nel momento in cui in altri Paesi europei (penso all'Inghilterra per quanto riguarda l'omeopatia, o anche alla Germania, per altri aspetti) troviamo che una persona può rivolgersi indifferentemente ad un tipo di medicina o all'altra, anche per il ricovero ospedaliero, credo che nel nostro Paese non possiamo rimanere indietro. Io peraltro vengo da una città, Verona, dove il dottor Camploy, luminare dell'800, aveva lasciato la propria eredità per la creazione di un ospedale omeopatico; ora in quello che è stato il suo palazzo c'è un bel teatro e le sue volontà testamentarie sono state bellamente disattese da tutte le amministrazioni comunali che si sono avvicendate dall'800 in poi. La sperimentazione di un ospedale omeopatico in Italia, credo, sarebbe una necessità.

Infine, il problema che vorrei porre è quello del metodo scientifico con il quale validare la efficacia dei rimedi, perché se ad essi si applicano criteri di tipo chimico è evidente che la ricerca non porterà a nulla o quasi, quindi è necessario valutare le singole medicine (penso, per esempio, alla medicina ayurvedica) a partire dalle filosofie che le sottendono e non da quelle che sottendono la medicina tradizionale occidentale. Credo infatti che sia arrogante da parte nostra voler dare validazione scientifica a medicine che da 6.000 anni hanno un'evidenza clinica data dai risultati. Credo che il vostro contributo di competenza e di esperienza sia indispensabile proprio per aiutarci a tracciare confini, ma anche a creare ponti.

Infine, vorrei chiedere al dottor Bianco se valuti positivamente la possibilità di aprire un discorso di medicina integrata, ad esempio inserendo nel corso di laurea in medicina e chirurgia convenzionale alcuni elementi di conoscenza di altre medicine.

PRESIDENTE. Nel dare la parola al senatore Silvestri, credo sia doveroso ricordare che egli ha fortemente voluto l'indagine conoscitiva che adesso stiamo svolgendo.

SILVESTRI (*IU-Verdi-Com*). Signor Presidente, registro la generosa disponibilità dei nostri ospiti a tornare di nuovo in questa sede per rispondere a domande alle quali, pertanto, non chiedo risposta immediata.

In primo luogo, plaudo anch'io all'avvio di questo percorso di indagine, anche perché vorrei ricordare che ci sono già stati, nelle passate legislature, due tentativi di approdare ad una normativa che almeno regolamentasse la questione e desse all'utente non solo la possibilità di accedere alle terapie non convenzionali, ma anche certezze e garanzie di sicurezza. Il fatto che questa indagine conoscitiva sia finalmente stata avviata credo significhi che tutti concordano sulla necessità di arrivare ad un provvedimento adeguato in materia. Penso anche – voglio dirlo per chiarezza ed onestà – che, se vogliamo raggiungere il risultato auspicato, ci si debba attenere a quelle branche della medicina non convenzionale che in larga parte sono già state riconosciute dalle norme europee, quelle che anche l'Ordine dei medici ha già sottoscritto. E questo non perché le altre non siano valide, ma perché credo si possa operare una differenziazione legislativa tra il pacchetto riconducibile all'interno delle scelte già operate e tutto il resto, che potrebbe (esiste una proposta di legge depositata alla Camera) essere visto sotto un altro aspetto e non all'interno di questa logica.

Pur riconoscendo la differenza tra salute e medicina (la salute è un concetto molto più ampio), e non volendo in questo momento esprimere giudizi, credo che per addivenire ad una normativa che dia certezze, garanzie e aiuti le persone (in realtà, ci sono più di 10 milioni di persone che si rivolgono a queste terapie, e forse qualche domanda sulla medicina ufficiale la pongono) questa Commissione debba svolgere un grande lavoro. Mi dichiaro già disponibile a qualsiasi negoziazione che parta dalle tre regole auree, che approvo decisamente: la sicura utilità ed efficacia della terapia e della medicina di cui parliamo, l'assoluta certezza della formazione e quindi della professionalità della persona che, come Sistema sanitario nazionale, riconosceremo in relazione al lavoro che farà, e l'informazione corretta, sia rispetto alla provenienza e sia rispetto ad ipotesi di altre terapie a cui l'utente debba sottoporsi.

Incontreremo di nuovo in questa sede i nostri ospiti per approfondire ulteriormente le questioni, e mi dichiaro veramente soddisfatto per l'avvio di questa indagine conoscitiva. È vero che la medicina ufficiale ha grandissimi meriti ed il rigore nell'approccio alla materia è dovuto proprio a tutela del malato, però forse la problematica relativa alla salute non è soltanto inerente allo star bene o meno, ma è anche una questione di qualità di vita, di ritmi di lavoro, di *stress*, di abusi; il farmaco, quindi, potrebbe rispondere ad un altro tipo di necessità, per cui probabilmente un diverso stile di vita potrebbe essere efficace di per sé, senza ricorrere né alla medicina convenzionale né a quella complementare.

BIANCO. Senatore Bodini, la scelta che ritroviamo nella delibera di Terni del 2002 si riassume fondamentalmente in un'assunzione di responsabilità, cioè a fronte di un fenomeno quale quello di una diffusione sempre maggiore di medicine e di pratiche, dovremmo metterci d'accordo su cosa si può definire medicina, e cosa è che possiamo definire pratica. Alcune pratiche si correlano ad un sistema medico, ad esempio la medicina cinese si avvale di attività manuali, tipo lo shiatsu, che altrove invece vive

per conto suo. È una materia estremamente complessa, che va indubbiamente ricomposta anche sotto il profilo tassonomico. In un momento in cui non si capiva chi facesse cosa – perché questo è il vero problema –, i medici italiani, ma anche i farmacisti, i veterinari e gli odontoiatri, chiesero che alcune delle attività di medicina non convenzionale (le principali, quelle che presupponevano quantomeno una diagnosi e un coerente atto terapeutico) fossero riconosciute come atto medico.

Si paventò allora un'invasione del mercato: l'accademia, il mondo universitario e illustri clinici, assieme alla Società italiana di medicina interna, gridarono (e gridano tutt'ora, per certi aspetti, anche se con toni meno concitati) al tradimento della medicina scientifica. Tuttavia si trattò di una scelta di responsabilità, compiuta affinché il cittadino che intendesse sottoporsi ad un certo tipo di un trattamento potesse riceverlo da una persona formata nel campo della medicina tradizionale. Era il massimo di garanzie che in quel momento si potesse fornire.

Vi ricordo che dinanzi ad alcuna commissione di disciplina non è mai convenuto un medico che abbia esercitato attività di omeopata, agopuntore o altro, tranne che per non aver rispettato i tre principi cardine che sono da sempre, o perlomeno negli ultimi tre codici, richiamati. Il primo principio cardine è la responsabilità diretta e non delegabile. Il secondo è il consenso informato: avrete notato che non è previsto un consenso scritto (come avviene in alcuni campi in sede di sperimentazione e per i cosiddetti trattamenti *off label*; anche questo è un aspetto che andrà affrontato, perché l'uso di un farmaco al di fuori del «bugiardino», cioè il foglietto illustrativo che accompagna i farmaci, presuppone un consenso scritto) perché se avessimo inserito nel codice tale previsione avremmo generato un problema non indifferente. Il terzo principio, che resta un baluardo di garanzia, anche se i confini sono difficili da definire, riguarda l'appropriatezza della terapia, dacché si prevede che non si debba comunque sottrarre il paziente a trattamenti scientificamente comprovati.

Senatrice Valpiana, le assicuro che è difficile trattare una banale occlusione intestinale con un rimedio omeopatico. Il problema è trovare un giusto equilibrio tra le diverse aree mediche e la ricerca deve essere supportata da elementi ricavati da un'osservazione dei fenomeni. La ricerca traslazionale solitamente è intesa in un senso, quello che va dai laboratori alla pratica clinica, ma può anche partire dalle evidenze empiriche e giungere alla ricerca nei laboratori.

A nostro giudizio, non si può parlare di pluralismo scientifico, perché si dà luogo ad un equivoco. C'è soltanto una medicina scientifica, che è definita tale perché usa un metodo che si chiama scientifico, che non produce verità, ma evidenze. In questo senso, non si può parlare di pluralismo scientifico, perché nella filosofia della scienza e nell'epistemologia la medicina scientifica è una e solamente una; è l'unica che si chiama così, mentre le altre sono definite diversamente. Faremmo un grave errore a voler ricondurre entro una metodologia scientifica chi non si riconosce in questo statuto.

Vi faccio un esempio, già noto al dottor Garaci: i *trials*, tipico metodo con il quale si attribuiscono casistiche in modo indistinto ad un gruppo di studio, sono negati alla radice dagli omeopati, i quali ritengono che la terapia ed il rimedio debbano essere personalizzati. Il criterio di attribuire casistiche a gruppi *standard* viene confutato, eppure i *trials* sono oggi riconosciuti dalla cosiddetta *evidence-based medicine* come strumento per fare confronti, valutare gli esiti di una terapia ed apprezzarli nel modo più coerente possibile.

Vi illustro un altro esempio: non sono omeopata, ma le diluizioni proposte da alcuni rimedi omeopatici superano il cosiddetto numero di Avogadro, fino al punto in cui non esiste più materia. Com'è possibile collocare sul banco della medicina scientifica presupposti siffatti? Dobbiamo chiamarli in altro modo. Dovremmo sforzarci di individuare la matrice con la quale queste terapie possono interfacciarsi e capire quali tra queste discipline (i fiori di Bach, l'ippoterapia, la musicoterapica, le cosiddette medicine bionaturali) possano relazionarsi con una domanda sanitaria sempre più diversa e articolata, conseguenza anche di una diffusa richiesta di benessere.

Per quanto riguarda l'iscrizione ai registri, si pone un problema. Bada, i registri vanno benissimo, ma mi chiedo se consentire la pratica esclusiva a cui si riferiscono non sarebbe un'anomalia costituzionale. Allora, che significato avrebbero? I registri avrebbero la funzione di certificare e fare trasparenza, a beneficio dei cittadini, circa tutti coloro che professano e praticano una specialità terapeutica e dimostrano di aver seguito un percorso di formazione. Sapete che oggi non è previsto l'obbligo di un elenco specialistico neppure per le specialità accademiche. Ad esempio, anche se sono un internista posso fare il trapiantologo ovunque tranne che nel Servizio sanitario nazionale. Non ho vincoli, pur non essendo specializzato in una determinata disciplina. I registri incentivano una formazione specifica e rappresentano uno strumento di trasparenza verso i cittadini, non ultimo dal punto di vista della comunicazione. Infatti, tali attività necessitano di una maggiore comunicazione pubblicitaria per affermarsi sul mercato.

È vero che dai 10 ai 12 milioni di italiani fanno uso di medicine non convenzionali, ma è altrettanto vero che non ne usufruiscono in modo esclusivo, bensì aggiuntivo. La popolazione italiana non è suddivisa in due insiemi, ovverosia 40 milioni di persone che usano terapie allopatiche e 10 milioni che utilizzano solo rimedi omeopatici. Gli italiani fanno con saggezza ciò che dovremmo regolamentare: si avvicinano, in particolari momenti o per specifiche esigenze, a trattamenti non convenzionali, come l'agopuntura, l'omeopatia o la fitoterapia.

Per quanto concerne un altro problema che avete opportunamente sollevato, esso è il motivo per cui abbiamo richiesto un'ulteriore audizione. Stiamo riflettendo su questi aspetti, senatrice Colli: ho citato quelle tre grosse discipline perché erano ricomprese nella legge regionale della Toscana, ma nella deliberazione di Terni ne abbiamo indicate nove. Anche in Europa c'è un problema: in molti Paesi il chiropratico e l'osteopata se-

guono corsi di laurea a parte ed è allo studio – ma al momento mi pare che sia dormiente – un progetto di laurea triennale per chiropratici che creerebbe ulteriore confusione; invece, mi pare che sia stato depositato alla Camera dei deputati un progetto di legge, a firma dell'onorevole Di-Virgilio, per istituire un corso di laurea quinquennale in osteopatia, come fu fatto anni fa per l'odontoiatria. Facciamo attenzione a iniziative che partono in modo non coordinato, che disegnano figure che operano in campi ristrettissimi e che spesso entrano in conflitto con la medicina più tradizionale, più storica – chiamiamola così –, disegnando limiti indistinti di competenze. Tanto per essere chiaro, se prevediamo una laurea in chiropratica o in osteopatia l'ernia del disco chi la cura, il chiropratico, l'osteopata o l'ortopedico? Ovviamente il riferimento è ad un'ernia che dà problemi, per la quale effettivamente l'osteopata non potrebbe intervenire.

Forse è un problema che esula, ma trovo che l'esperienza della definizione dei LEA sia stata un grande esercizio di governo clinico, perché nei LEA sono state individuate tutte quelle attività e tutti quei servizi a cui sono state riconosciute efficacia e appropriatezza. Voglio anche farvi presente che nei livelli essenziali di assistenza non abbiamo le cure odontoiatriche, che pure i livelli di appropriatezza e di evidenza li hanno tutti. Questo non vuol dire che non ci debbano entrare l'omeopatia o l'agopuntura, ma dobbiamo mettere in fila le esigenze e dare delle priorità.

Nel campo dell'agopuntura, di esperienze serie, validate, che consolidano il suo uso in settori molto precisi ce ne sono. Ricordo che a Torino, che è la mia città, il professor Rocca fu antesignano nel praticare parti con anestesia in agopuntura.

La fitoterapia non credo abbia bisogno di variazioni, bensì di regole, perché può anche essere pericolosa. L'efficacia delle erbe credo sia fuori discussione. Molti dei presidi storici della medicina tradizionale, dalla digitale, al chinino, ai salicilati, hanno una derivazione vegetale. Per cui il problema dei LEA è un problema di compatibilità, di efficacia e di risorse disponibili.

Senatrice Valpiana, qui va commisurata la libertà di scelta, che è giusta e da auspicare, salvaguardando però il cuore delle attività. È evidente che le risorse vanno indirizzate, e questo è un problema anche di etica professionale e della politica, dove è ragionevole attendersi il migliore rapporto costo-efficacia, quindi può starci di tutto. Credo che ci possa tranquillamente stare, e lo dice un convinto sostenitore della medicina scientifica, qualche pratica cosiddetta non convenzionale rispetto a qualche pratica cosiddetta convenzionale.

Omogeneità in Europa? Sarebbe utile ed importante, ma anche lì il panorama è abbastanza articolato.

Chiropratica ed osteopatia: creiamo dei corsi di laurea? No, facciamo dei *master*? La formazione spetta solo all'università o anche ad altri soggetti? L'università fino ad oggi si è disinteressata delle medicine non convenzionali, anche se, come giustamente ha detto il professor Melato, alcuni corsi di laurea, quindi formazione di base, prevedono un approccio

specifico sui principi che governano le medicine non convenzionali. Credo sia il caso dell'università di Trieste. Ma noi lo auspichiamo, perché si tratta di una sfida e di una richiesta che il professionista quotidianamente ha di fronte.

Ho già detto del metodo scientifico. Le pratiche di medicina non convenzionale, in base ad un recente inventario, superano le 300-350 e alcune sono strane e incredibili. Pensate solo alla pranoterapia o alla musicoterapia; è evidente che noi riconduciamo ad atti medici solo alcune di queste. In Parlamento era anche depositata una proposta di legge che prevedeva una commissione che valutasse la trasmissione del flusso. Ecco dunque che rispetto a certi fenomeni dobbiamo, con saggezza, tirare fuori il meglio.

Ultima considerazione. Ho colto in alcune osservazioni del senatore Silvestri e delle senatrici Valpiana e Colli, un aspetto importante. È vero, una delle energie più grandi di queste medicine è nella diversa attenzione che portano alla persona, al suo vissuto e alle sue relazioni. La nostra medicina ufficiale ha dimenticato la persona, le relazioni, le parole e i gesti.

COLLI (FI). Perché c'è un malato e non una malattia.

BIANCO. Esatto. Ha dimenticato il malato, quando è malato, per privilegiare i segni della malattia; spesso insegue la malattia e trascura il malato. Questo ci deve far riflettere e ragionare.

GARACI. Ho poche cose da aggiungere. Come è stato detto in alcuni interventi, ci sono dei determinanti di malattia che rappresentano un notevole fattore di rischio. Ricordo le situazioni legate alla povertà, allo *stress*, all'età avanzata, tutte ben documentate. Così, anche quando si procede a studi per valutare il rischio di certi impatti sanitari (penso, ad esempio, a fattori ambientali, o ai rifiuti), si opera una sottrazione dei fattori, per esempio, legati alla povertà o all'emarginazione. Questo dovrebbe indurre ad un atteggiamento – in proposito concordo con quanto detto – più globale sulla persona, cioè olistico.

Quindi – e mi riallaccio al discorso del presidente Bianco – l'importanza della comunicazione medico-paziente, che fa parte di questo sistema, influenza i meccanismi di regolazione dell'organismo che hanno a che fare con l'andamento della malattia. Noi sappiamo, per esempio, che la persona anziana può avere un *deficit* del sistema immunitario e quindi un rischio maggiore di contrarre malattie infettive. Per non parlare dell'importanza degli stili di vita, comprese attività fisica e corretta alimentazione, cui si è data grande attenzione negli ultimi anni, che incidono sulla salute della persona. Questo rappresenta un allargamento del rapporto, come si vedeva fino a poco tempo fa, paziente-farmaco-malattia, malattia delimitata su un organo e non su una situazione complessiva.

Certamente questa può essere l'occasione anche per riflettere e per colmare certe lacune della medicina occidentale. È stato pure detto che

è difficile arrivare ad una valutazione di efficacia di certi procedimenti, e confermo tale difficoltà perché molto spesso si tratta di protocolli che coinvolgono l'uso di più principi, di più sostanze. Posso anche capire che può mancare, nella validazione, uno studio preclinico, molecolare, che entri nel meccanismo d'azione; penso però che un discorso di evidenza clinica ci debba essere, cioè un parametro sulla base del quale stabilire la validità di un procedimento. Questa è la base anche, a mio parere, per il riconoscimento del rimborso della spesa, perché, in assenza di tale requisito certamente non possiamo accettarlo.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti per essere qui intervenuti, per gli elementi di conoscenza che hanno apportato alla nostra indagine e per la disponibilità a tornare in questa sede per approfondire ulteriormente l'argomento.

Dichiaro conclusa l'audizione e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 17.