



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 3

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**

117^a seduta (pomeridiana): giovedì 4 ottobre 2007

Presidenza del vice presidente SILVESTRI

I N D I C E

**Audizione di rappresentanti della Federazione italiana delle associazioni e dei medici omeopati (FIAMO)
e della Società italiana di medicina omeopatica (SIMO)**

PRESIDENTE	Pag. 3, 9, 11 e <i>passim</i>	BOVINA	Pag. 3, 12
BOSONE (<i>Aut</i>)	9, 10	RONCHI	6, 11
CURSI (<i>AN</i>)	10		

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-Costituente Socialista: Misto-CS; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-Italiani nel mondo: Misto-Inm; Misto-La Destra: Misto-LD; Misto-Movimento politico dei cittadini: Misto-Mpc; Misto-Partito Democratico Meridionale (PDM): Misto-PDM; Misto-Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur; Misto-Sinistra Critica: Misto-SC.

Intervengono la dottoressa Giuseppina Bovina, vice presidente della Società italiana di medicina omeopatica (SIMO), e la dottoressa Antonia Ronchi, presidente della Federazione italiana delle associazioni e dei medici omeopati (FIAMO).

I lavori hanno inizio alle ore 14,45.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di rappresentanti della Federazione italiana delle associazioni e dei medici omeopati (FIAMO) e della Società italiana di medicina omeopatica (SIMO)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulle terapie non convenzionali, sospesa nella seduta del 27 settembre scorso.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo 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.

E' oggi in programma l'audizione di rappresentanti della Società italiana di medicina omeopatica (SIMO) e della Federazione italiana delle associazioni e dei medici omeopati (FIAMO). Ringrazio la dottoressa Giuseppina Bovina, vice presidente della SIMO, e la dottoressa Antonia Ronchi, presidente della FIAMO, per aver accolto il nostro invito.

Mi scuso per la non eccessiva presenza dei miei colleghi senatori, ma contemporaneamente alla nostra sono in corso sedute presso altre Commissioni che richiedono anche la presenza del numero legale, come ad esempio la Commissione d'inchiesta sull'uranio impoverito, cui partecipa la senatrice Valpiana che si scusa di non poter esser presente. È con noi il senatore Bosone, che sarà relatore del disegno di legge su tale materia; sarà comunque nostra cura far pervenire a tutti i colleghi della Commissione gli atti della seduta odierna con il vostro contributo. Inoltre, tramite il circuito interno sarà possibile divulgare il vostro intervento.

Do immediatamente la parola alla dottoressa Bovina, vice presidente della Società italiana di medicina omeopatica.

BOVINA. Signor Presidente, in questa sede vorrei sottolineare alcuni punti importanti dei diversi disegni di legge presentati in materia, senza analizzarli nello specifico, perché uno studio approfondito è già stato svolto a Bologna dalla commissione per le medicine non convenzionali

dell'ordine dei medici. Pertanto, un'analisi più dettagliata dei vari progetti potrà essere allegata agli atti.

In questa occasione mi preme, dunque, evidenziare alcuni aspetti che consideriamo qualificanti, come la formazione, un tema che di solito, nei vari disegni di legge, è trattato secondo vari aspetti: si registra infatti una grande disomogeneità nelle proposte formative per il medico omeopata.

Desidero sottolineare l'esperienza maturata in questi anni dagli istituti privati che hanno portato avanti la formazione, precisando che con questo termine di solito ci riferiamo ai contenuti dell'insegnamento. In Italia esiste già un programma didattico dal 1997. Lascero' agli atti della Commissione, pertanto, il testo nel quale è contemplato il programma didattico approvato dalle scuole indipendenti e da quelle che dipendono dalle aziende, cioè dalla Dolisos, dalla Boiron e dalla IMO.

Questo programma d'insegnamento ha ottenuto il consensus di tutti quanti e fa emergere – tanto per chiarire un altro punto molto disomogeneo nei disegni di legge – che esiste una sola omeopatia: non ci sono diversi indirizzi omeopatici, alcuni con percorsi formativi abbreviati ed altri, invece, prolungati.

L'omeopatia è una e noi riteniamo che il medico debba conoscere l'insieme delle conoscenze omeopatiche, come qualunque medico conosce l'insieme della medicina e poi le varie correnti di pensiero. Tutto questo per garantire al cittadino che il medico omeopatico possa scegliere lo strumento migliore (uno, più farmaci, nessuno o altri presidi). Ma per valutare quale sia la scelta migliore da effettuare per il paziente in quel momento occorre che il medico sia preparato su tutto e che, quindi, sia in grado di scegliere. Se, invece, il medico avesse una preparazione limitata non potrebbe scegliere ed applicherebbe le poche nozioni che ha. Dunque riteniamo che una legge debba garantire, anche in termini contenutistici, che il futuro della formazione sia il più possibile vincolato a quello che l'esperienza ha finora dimostrato.

Per quanto riguarda il numero delle ore di lezione e di pratica clinica i disegni di legge contengono molte disomogeneità. Fino al 1990, 350 ore erano già garantite da tutte le scuole, almeno da quelle autonome, mentre quelle aziendali si sono sempre tenute a livelli molto più bassi. Dal 1990 ad ora sono stati fatti molti progressi e si è visto che 350 ore forniscono un'informazione, ma non una vera e propria formazione. Pertanto, in accordo con i suggerimenti del comitato europeo, proponiamo che si arrivi alle 600 ore di studio previste, di cui almeno un terzo siano dedicate alla pratica clinica (se poi sono di più è meglio); essa, inoltre, deve essere certificata e deve essere utilizzabile dallo studente per diventare sempre più autonomo nella professione.

Per la pratica clinica è poi necessaria la presenza di docenti qualificati. Solo un disegno di legge però prevede la qualificazione degli insegnanti, che a nostro parere rappresenta un altro punto nodale da sottolineare, perché senza docenti preparati non si possono avere delle buone scuole. Per insegnare la medicina omeopatica non è sufficiente tenere una lezione accademica; è necessario formare il medico a dare una buona

prestazione omeopatica. Allora occorre che almeno i docenti delle materie fondamentali siano medici clinici, quei medici cioè che operano tutti i giorni nel loro studio e per questo insegnano qualcosa che trova fondamento nella loro esperienza pratica, oltre che nelle loro conoscenze. Oggi esiste già un registro dei docenti, perché le scuole sono attive dalla fine degli anni Ottanta; alcuni medici hanno insegnato e continuano a farlo, ovviamente, modernizzando l'insegnamento.

Adesso è necessario che la formazione del medico omeopata preveda anche una preparazione alla ricerca. Non è pensabile che i medici formati al giorno d'oggi non abbiano questo tipo di preparazione, perché ciò significa che non si potrà mai fare ricerca in omeopatia. Occorre, invece, personale istruito; pertanto nelle scuole stiamo prevedendo anche la formazione alla ricerca.

Desideriamo sottolineare questo tema perché sappiamo che l'Università comincerà a svolgere corsi in omeopatia. Finché si tratterà di corsi di informazione il problema non si pone; presuppone però che l'ateneo comincerà a tenere anche corsi professionalizzanti: non domani, ma nel tempo ciò avverrà. Siamo quindi dell'avviso che anche l'Università non possa esimersi dal garantire una buona competenza ai docenti cui affiderà i corsi d'insegnamento. Pertanto, reputiamo che anche l'Università debba attingere al registro docenti e, comunque, a insegnanti qualificati e riconosciuti tali dalle società scientifiche e non per autoacclamazione, dal momento che in omeopatia il sistema dell'autoreferenzialità è già stato notevolmente superato.

Il profilo professionale del medico omeopata competente deve saper trattare casi acuti e cronici, individualizzare la terapia, porre una diagnosi secondo i criteri convenzionali e omeopatici, come intervenire sui pazienti che sono stati politrattati farmacologicamente; deve conoscere i limiti dell'intervento omeopatico, la letteratura e l'indice di rischio del suo intervento; deve avere competenza nella ricerca, sia per poter attingere dati dalla letteratura che per partecipare a progetti di ricerca; deve anche conoscere tutte le proprietà dei medicinali che utilizza.

È chiaro che tutto ciò non è frutto di un'improvvisazione; noi diamo molta importanza al fatto che una legge non rompa questo *iter* di qualità che le scuole finora hanno tentato di portare avanti. A questi fini noi riteniamo che si debba prevedere nella legge anche il riconoscimento di associazioni e società scientifiche che hanno operato in questo senso.

Infine, desidero sottolineare l'importanza di quei progetti che, tra i vari organi che si occuperanno di medicine non convenzionali, prevedono anche una commissione di coordinamento suddivisa in varie sottocommissioni tecniche separate, evitando così di riunire tutte le commissioni esistenti costituite dai rappresentanti di tutti gli aspetti della materia: sarebbe un calderone ingestibile e, soprattutto, inefficace.

L'esperienza della Commissione per i medicinali omeopatici presso il Ministero, costituita da diverse componenti, ha di fatto dimostrato tutte le sue diversità. Infatti, mentre il medicinale omeopatico è il farmaco diluito e dinamizzato, le professionalità che lavorano, quindi le metodologie cli-

niche, sono notevolmente diverse. Si tratta pertanto di medicine effettivamente diverse che andrebbero gestite da commissioni tecniche separate nelle quali decade il problema della presenza del medico unicista, pluralista, classico, clinico (e via dicendo con tutte le varie distinzioni che derivano dal *marketing*): tutte le componenti sarebbero comunque rappresentate.

RONCHI. Signor Presidente, sono qui come rappresentante della FIAMO, la Federazione italiana delle associazioni dei medici omeopati, fondata nel 1990. Lascerò poi agli atti della seduta il curriculum della nostra Federazione, con l'indicazione delle sue competenze specifiche.

Intendo anch'io illustrare pochissimi punti che consideriamo molto importanti per la stesura di una legge in materia di medicine non convenzionali. Una delle priorità che abbiamo voluto evidenziare è la necessità di una definizione chiara delle medicine in generale e di tutte le medicine non convenzionali contemplate nel disegno di legge, riprendendo a tal proposito la classificazione di Terni relativa ad un gruppo di medicine che ormai sono state dichiarate atto medico dalla FNOMCEO. Questa richiesta potrebbe essere considerata superflua per determinate discipline, per le quali non si pone alcuna difficoltà nel fornire un'identificazione precisa e l'identità delle quali è quindi scontata, ma si presenta indispensabile per la medicina omeopatica. Infatti, come sosteneva la dottoressa Bovina, l'omeopatia assume come punto di partenza il medicinale omeopatico in quanto questo è l'aspetto già regolamentato, prima a livello europeo e poi a livello nazionale. Stiamo parlando di un medicinale prodotto con modalità omeopatiche, cioè in base a diluizioni successive alternate a succussioni. È questa, quindi, una definizione solo di tipo farmaceutico, di preparazione, e non si riferisce assolutamente all'uso del medicinale stesso, dato di per sé alquanto improprio perché qualunque farmaco viene definito in base all'uso terapeutico. Nella medicina convenzionale una certa sostanza diventa farmaco quando essa viene abbinata ad un uso terapeutico. In omeopatia, invece, non sussistendo l'identità tra sostanza ed uso terapeutico specifico, la situazione si presenta ibrida: il medicinale omeopatico è svincolato dal suo uso terapeutico ed è collegato soltanto alla modalità di preparazione.

Il medicinale omeopatico, però, può essere prescritto, come già affermato dalla dottoressa Bovina, secondo una serie di metodologie, cioè le omeoterapie. Tra queste alcune necessitano effettivamente di una formazione professionale, a differenza di altre. A tale proposito sin dal 1994 la FIAMO ha proposto una classificazione delle omeoterapie (che poi lascerò agli atti) da cui risulta che medicina omeopatica, medicina antroposofica e medicina omotossicologica necessitano di una specifica preparazione professionale, al contrario di altri usi delle medicine omeopatiche. Ad esempio, nella medicina convenzionale il medico generico prescrive beta'bloccanti anche se non è cardiologo o prescrive ansiolitici anche se non è specializzato in neurologia, ma la competenza ad utilizzare queste sostanze in determinate situazioni cliniche è delegata allo specialista che

usa strumenti a disposizione anche di altri medici. Non è lo strumento che fa la specialità, ma la competenza ed il grado di responsabilità che il medico si assume nei confronti del paziente. Questo, secondo noi, rappresenta un aspetto centrale.

Bisogna uscire da questa confusione proprio perché il termine «omeopatia» o «medicina omeopatica» di fatto è inflazionato e purtroppo lo è diventato a causa di una spinta di mercato, dovendosi ampliare il più possibile l'utilizzo di queste medicine. Cinquant'anni fa gli omeopati erano pochi e non c'era alcuna confusione in materia; successivamente si è esercitata una spinta, più o meno apprezzabile, a diffondere l'uso del medicinale omeopatico, ma questo è avvenuto a scapito di una effettiva professionalità.

Pertanto, utilizzando il termine «omeopatia» per definire qualsiasi prescrizione di medicinali omeopatici, non si distingue la prescrizione realmente professionale del medico adeguatamente formato da prescrizioni generiche non professionali. Ciò va a svantaggio del cittadino-utente, è contro il principio del consenso informato (non è sufficiente recarsi da un medico che prescrive un medicinale omeopatico per essere stati curati da un omeopata), è contro il principio della qualità della prestazione professionale e quindi contro la dignità dei medici realmente formati. Questo aspetto è per noi assolutamente centrale.

I disegni di legge in corso di esame in Commissione riconoscono figure professionali specifiche. Ricordo, che del disegno di legge presentato dall'onorevole Lucchese avevo contestato il principio del riconoscimento della figura professionale che noi già rappresentiamo in quanto medici. Sarebbe invece opportuno attribuire la qualifica di esperto piuttosto che definire una diversa figura professionale che richiederebbe, peraltro, anche un altro ordine professionale. Pertanto sarebbe opportuno, nell'ufficializzare la definizione di «medicina omeopatica», istituire la figura di esperto medico omeopata.

La FIAMO ha da tempo formulato tale definizione, successivamente perfezionata e accolta anche in ambienti professionali, ad esempio dal Regolamento del registro dei medici esercitanti medicine non convenzionali degli ordini dei medici di Perugia e Terni, indi dell'intera Umbria.

Viene definita «medicina omeopatica» un metodo clinico, diagnostico e terapeutico, formulato alla fine del XVIII secolo dal medico tedesco Samuel Hahnemann, basato sulla «legge dei simili» che afferma la possibilità di curare un malato somministrandogli una o più sostanze che in una persona sana riprodurrebbero i sintomi rilevanti e caratteristici del suo stato patologico, sulla prescrizione di medicinali omeopatici strettamente personalizzata sul paziente e sull'uso esclusivo di medicinali omeopatici unitari (monocomponente) prodotti tramite successive diluizioni e succussioni. Chiediamo che tale definizione sia direttamente inserita nel testo del disegno di legge, evitando di delegare la sua formulazione a commissioni o sottocommissioni da istituire successivamente all'approvazione della legge stessa, cosa che potrebbe stravolgere il senso della normativa che è quello di garantire tale professionalità.

Un secondo aspetto molto importante – mi riallaccio a quanto detto dalla dottoressa Bovina, considerato che le nostre associazioni lavorano insieme e il registro degli omeopati qualificati è stato redatto congiuntamente – è l'alta qualità della formazione. Si tratta di un obiettivo comune che da sempre impegna la FIAM, organizzazione che ha, infatti, al suo interno, un dipartimento per l'insegnamento, la scuola e la formazione che è stato istituito nel 1999 e ha portato a compimento l'esperienza di molte scuole degli anni precedenti. Le scuole di omeopatia attualmente sono quattordici, sono indipendenti e perseguono gli obiettivi formativi dell'ECH (*European committee for homeopathy*), l'organismo europeo che raggruppa le associazioni omeopatiche. Alcune di queste scuole, in particolare, hanno ottenuto l'approvazione dell'ECH e il diploma che rilasciano è riconosciuto a livello europeo. Quest'ultimo – sempre in tema di competenza – è uno degli obiettivi prioritari della FIAM.

L'annosa questione del monte ore su cui ci siamo scontrati aspramente nel corso di molte audizioni, anche nella precedente legislatura, ad avviso della FIAM è un falso problema. L'obiettivo di questa legge è garantire una competenza professionalizzante. Dobbiamo rifarci a modelli che consentano di raggiungere questa formazione e che sono rinvenibili nell'ordinamento universitario. Il cardiologo, alla stregua del neurologo o del ginecologo, ha seguito un certo *iter* di studio che gli attribuisce quella data competenza. E' assurdo che per diventare omeopata sia sufficiente invece seguire un percorso di studio raffazzonato. Deve essere prevista una formazione specifica. Attualmente, l'università identifica nel *master* lo strumento più idoneo per una formazione professionalizzante.

Il problema è legato al numero di anni in cui dovrebbe esplicarsi il monte ore necessario affinché un medico, che proviene da sei anni di studi di medicina, spesso da una specialità convenzionale, acquisisca la mentalità confacente alla pratica della medicina omeopatica. Si tratta di un vero e proprio cambio di mentalità. Al riguardo, allego alla presente relazione un documento a firma del Presidente dell'ECH, il dottor Nicolai, proprio sulla diversa concezione della salute in tutte le medicine non convenzionali e tradizionali, legata ad un approccio di tipo olistico, rispetto alla nostra medicina occidentale. Per ingenerare questo cambio di mentalità, un anno non è sufficiente e non permette un'acquisizione idonea. Il tempo necessario per una formazione adeguata solitamente è calcolato in un minimo di tre anni.

I due aspetti della qualità della formazione e della definizione di una legge potranno finalmente condurci ad un altro risultato che per noi è veramente importante: la revisione degli obiettivi formativi per l'ECM (educazione continua in medicina). Infatti, al momento, gli eventi di formazione professionale continua rispondono esclusivamente ad un obiettivo formativo, cioè alla valutazione dell'efficacia e dei fondamenti scientifici delle medicine non convenzionali. Diversamente, conferire dignità ad una data disciplina vuol dire riconoscere che, al suo interno, possano svolgersi approfondimenti che non necessariamente devono porsi – come accade adesso – in rapporto a determinati criteri.

Un altro aspetto importante è l'accesso alle risorse per la ricerca. Il VII Programma quadro dell'Unione europea ha stanziato fondi per le medicine non convenzionali. Solo pochi mesi fa il *past president* della Società italiana di medicina interna, il professor Mannucci, ha affermato che la ricerca per le medicine omeopatiche deve essere finanziata dalle aziende omeopatiche. Non si è chiesto però come faccia l'azienda omeopatica, quando deve fare ricerca su medicinali che non possono essere brevettati (perché per loro natura non vengono brevettati), a trovare le fonti finanziarie necessarie per sostenerla. È una ricerca che non può essere condotta con gli stessi parametri, anche di tipo economico, di una medicina convenzionale, perché relativamente a quest'ultima vi è il problema – come tutti ben sanno – del brevetto e di un certo tipo di introiti per le aziende.

Chiediamo quindi che la legge assicuri alle aziende omeopatiche la possibilità di fare ricerca; altrimenti è un cane che si morde la coda: veniamo accusati di non fare ricerca quando, in realtà, non abbiamo le strutture e i fondi per sostenerla.

Vorrei consegnare agli atti della Commissione la documentazione della FIAM contenente la classificazione delle omeoterapie e la succitata lettera del Presidente dell'ECH.

PRESIDENTE. Ringrazio la dottoressa Ronchi per il contributo fornitoci.

Prima di dare la parola al senatore Bosone, vorrei sottolineare come sia bello che questa nuova frontiera del benessere abbia voce di donna. Lo ritengo un segnale non indifferente ed è di buon auspicio per il futuro.

BOSONE (*Aut*). Ritengo anch'io che si apra una nuova frontiera dell'integrazione tra la medicina convenzionale e quella cosiddetta non convenzionale, per arrivare ad una medicina unica che scelga il meglio per il paziente. In questo processo di integrazione tra le due medicine dobbiamo essere rigorosi nel momento in cui ci occupiamo di regolamentazione legislativa, sia a garanzia del paziente, sia a garanzia di quei medici che si avventurano in una formazione professionale che non è semplice e la cui professionalità, una volta acquisita, deve essere tutelata.

In realtà, siamo solo all'inizio di un percorso, nonostante la medicina omeopatica da molto tempo operi in Italia e interessi milioni di italiani e migliaia di medici. Si è lamentato che non si lavora alla ricerca, ma ciò è anche dovuto al fatto che non ci sono reparti ospedalieri o ambiti universitari istituzionalizzati dove svolgerla. È obiettivamente difficile, anche se le vostre associazioni la promuovono, che in un ambulatorio privato si faccia ricerca. È ancora più difficile che un medico vada a formarsi in un ambulatorio privato.

Sarebbe più corretto che la formazione avvenisse in un ambito istituzionalizzato. Dobbiamo tuttavia recuperare il *gap* che ci divide dall'Europa. Il Programma quadro parla chiaro e alcune mi sembrano anche piuttosto intempestive. È chiaro che, così come si progredisce nell'ambito

della medicina tradizionale, è utile sostenere anche la ricerca all'interno delle medicine non convenzionali.

Per entrare nel merito delle questioni poste, è chiaro che vi sono delle differenze per quanto riguarda l'aspetto formativo. Mi pare, però, che su questo punto tutti i colleghi siano d'accordo. Vedo qui presente anche il senatore Corsi.

CURSI (AN). Considerato che il testo di un provvedimento è ad opera nostra, spero che il collega Bosone ne tragga qualche spunto.

BOSONE (Aut). Una intenzione abbastanza maturata e *bipartisan* è quella di avviare un processo serio per quanto riguarda la formazione professionale. Sia che si tratti di *master*, sia che si tratti di formazione superiore, i criteri guida devono essere omogenei, codificati, accreditati e uguali in tutta Italia, possibilmente affini a quelli europei. Ormai è chiaro che queste materie non sono più di pertinenza regionale o nazionale, ma europea. Il fatto che alcune Regioni stiano legiferando in maniera alquanto autonoma, ciascuna legando la produzione normativa al territorio e alle proprie esigenze, non è positivo, né utile, perché si dà luogo ad una frammentazione soprattutto in ambito formativo.

L'obiettivo sicuramente è quello di consentire con questa legge una formazione seria e non quello di delegare poi ad un decreto un regolamento attuativo. Infatti, la mia pur breve esperienza parlamentare – speriamo che duri ancora qualche mese – mi insegna che è già difficile approvare una legge, ma la cosa peggiore è il tempo che si perde dopo. Delegare al Ministero o ad altre Commissioni la regolamentazione significa perdere un anno, perché intervengono sempre altre emergenze, per non parlare di tutte le lentezze insite nel meccanismo ministeriale. Forse l'idea è quella di delineare meglio il disegno di legge, definendone circostanze e ambiti formativi nel modo più dettagliato possibile.

Questo vale per la formazione come per la ricerca, rispetto alla quale desidero porvi qualche domanda. A mio avviso è importante legare la specificità di queste omeoterapie all'evidenza clinica, in quanto ciò aiuterebbe a fare entrare i medicinali omeopatici nell'ambito del sistema sanitario nazionale in termini di medicina istituzionale. In Europa e negli Stati Uniti gli ospedali dispongono di reparti omeopatici mentre in Italia si stanno muovendo i primi passi; certamente l'evidenza clinica aiuterebbe ad andare in questa direzione.

L'omeopatia negli anni ha prodotto evidenze cliniche piuttosto rilevanti, anche se con una ricerca tendenzialmente diversa da quella cui siamo abituati, trattandosi di medicina olistica. Quindi, i risultati attesi talvolta devono essere considerati in modo differente rispetto a quelli relativi ai controlli classici. Ritengo tuttavia importante evidenziare le eccellenze, ovvero l'esistenza di ambiti elettivi in cui la medicina omeopatica presenta vantaggi inoppugnabili rispetto alla medicina convenzionale o perlomeno ottiene gli stessi risultati.

Nell'ambito di un'integrazione tra le due medicine, avere delle evidenze precise aiuterebbe a porre la centralità delle decisioni nel rapporto medico-paziente. Il medico di base, che il più delle volte non è un omeopata e che «distribuisce» i pazienti agli specialisti, deve sapere che per alcune patologie particolari esiste una cura elettiva ed utile nell'ambito della medicina omeopatica. Se il paziente avanza invece la richiesta specifica di accedere alla medicina omeopatica *tout court*, il medico deve saper indicare dei professionisti adeguatamente preparati e accreditati. In quel caso deve poter indirizzare il paziente alla medicina omeopatica piuttosto che a quella tradizionale per quel tipo di patologia o almeno offrire al paziente la possibilità di scegliere, dal momento che i risultati clinici sono ormai acquisiti dalla comunità scientifica internazionale.

Credo che questo sia un passaggio importante che le vostre associazioni debbono compiere a livello informativo. Così la Commissione potrà arrivare in modo convinto alla definizione di un disegno di legge in materia.

PRESIDENTE. Ringrazio il senatore Bosone per gli importanti quesiti sollevati, che costituiranno parte integrante del dibattito sulla materia quando, al termine delle audizioni, la Commissione inizierà a discutere la proposta di legge. Credo comunque che per rispondere alle sollecitazioni poste occorra un po' di tempo.

RONCHI. Il problema delle evidenze in omeopatia è importante. Esiste però un pregiudizio – non sono io a dirlo, ma il *National center for complementary and alternative medicine* (NCCAM), emanazione del Ministero della salute americano, che si occupa di medicine non convenzionali – che deriva dal fatto che l'omeopatia viene somministrata spesso in dosi non materiali e questo comporta uno scetticismo *a priori* nella comunità scientifica riguardo la sua efficacia. Nonostante ciò la letteratura medica attualmente registra un aumento sempre maggiore delle evidenze in questo campo.

Gli studi sull'efficacia dell'omeopatia riguardano principalmente tre aree di ricerca: il confronto tra medicine omeopatiche e placebo; gli studi sull'efficacia clinica dell'omeopatia in particolari condizioni cliniche e gli studi sugli effetti biologici dei prodotti in alte diluizioni. Quindi, non è possibile ridurre l'intera ricerca in questo campo soltanto ad un discorso clinico, perché dobbiamo innanzi tutto dimostrare che questi prodotti ultra diluiti comunque agiscono. Esistono studi sull'effetto di queste alte diluizioni dimostrati *in vitro*, su modelli vegetali e cellulari e abbiamo anche molti studi sull'efficacia clinica. In Germania, a Berlino, è stato effettuato uno studio osservazionale molto interessante che ha coinvolto 103 medici omeopati i quali hanno analizzato un totale di quasi 4.000 pazienti. Le conclusioni di detto studio hanno dimostrato che il ricorso alla medicina omeopatica ha determinato un miglioramento delle condizioni cliniche nella maggior parte dei pazienti. Inoltre, più la situazione clinica era importante, più giovani erano i pazienti e migliori erano i risultati.

Si tratta di uno studio valido e inoppugnabile sotto il profilo statistico, recentemente pubblicato e del quale depositerò agli atti della Commissione tutta la documentazione relativa. Pertanto, gli studi esistono, occorre solo andare a cercarli e non si può continuare ad affermare che in questo campo non si fa ricerca. Probabilmente la dottoressa Bovina è in possesso di una rassegna più ampia della letteratura in materia.

Dico ciò per ricordare che in questo campo occorre tener conto del pregiudizio molto forte che in omeopatia non si fa ricerca. In realtà invece questa viene fatta, ma presenta i limiti di una ricerca che risponde a requisiti diversi in cui manca la possibilità di abbinare semplicemente ad una patologia un determinato farmaco, e questo rappresenta un problema metodologico anche perché viene svolta da medici che non lavorano in strutture pubbliche. In Italia la ricerca viene realizzata da medici che hanno ambulatori pubblici nei quali è possibile valutare l'affluenza dei pazienti. Un collega che lavora nell'Ospedale Sacco di Milano sta portando a termine uno studio sui traumi distorsivi cervicali, ma può farlo proprio perché lavora in un Pronto Soccorso.

BOVINA. Abbiamo portato con noi una rassegna di studi, che metteremo a disposizione della Commissione, e abbiamo svolto un'indagine generica sulle prove di efficacia della medicina non convenzionale o complementare – come si preferisce chiamarla –, perché ci siamo resi conto che in letteratura esiste una mole notevole di risultati che vale la pena considerare. Successivamente abbiamo realizzato una rivisitazione di tutti gli studi, partendo dallo studio originale, rispetto alle patologie socialmente utili in cui la medicina omeopatica si è rivelata efficace. Pur sapendo di poter fare di meglio, questa ricerca l'abbiamo posta in essere soprattutto per stabilire quando si può cominciare a dire che l'omeopatia è utile non tanto nella cura del raffreddore quanto in situazioni dove anche la medicina convenzionale, ad esempio nelle fibromialgie, presenta delle difficoltà ad ottenere risultati.

Questa ricerca è nata anche perché, come sapete, la Provincia di Bolzano sta procedendo ad una programmazione di ambulatori pubblici a partire dalla formazione del personale. La nostra società è interessata perché, insieme ad una scuola di lingua tedesca (visto che c'è il bilinguismo), abbiamo il compito di preparare i medici.

In tale contesto è emersa la necessità di valutare, in una futura programmazione di ambulatori, quali siano le patologie su cui è meglio investire, ovvero dove il rapporto costo-beneficio è vantaggioso. Ovviamente, utilizzando l'omeopatia si realizza anche un risparmio, ma se risparmio significa mancanza di qualità ciò non ha significato.

In precedenza, ho dimenticato di dire che il registro dei medici omeopati è nato attraverso una dichiarazione volontaria con la quale i medici hanno espresso il loro *curriculum*. Si è così visto che i medici professionisti operanti come omeopati hanno un *curriculum* formativo che supera ampiamente le 600 ore; il medico da solo cerca di farsi una cultura dopo la formazione di base.

Lascero' agli atti anche il programma didattico nazionale a cui si e' riferita la dottoressa Ronchi. Esso deriva direttamente dall'*European committee for homeopathy* (ECH), un organismo costituitosi nel 1990 a Bruxelles che ovviamente opera su base volontaria, raggruppando gli omeopati di tutta Europa, e lavora attraverso sottocommissioni (politiche, formative, farmaceutiche, associazioni pazienti, documentazione). Il grosso del lavoro svolto nel campo della formazione e' stato proprio quello di arrivare ad un'unificazione del programma a livello europeo. Segnalo infine il documento «Omeopatia in Europa», che contiene le linee guida per questo programma recepito gia' a partire dal 1997.

PRESIDENTE. Concludo questa interessantissima audizione accogliendo la documentazione che i nostri ospiti desiderano lasciare agli atti: sar nostro compito farla pervenire a tutti i membri della Commissione. Considerato che l'esame di questa materia e' gia' stato avviato da due legislature, mi auguro che questa duri almeno cinque anni in modo da poter compiere questo lavoro ed arrivare all'approvazione di un valido provvedimento, senza che si debba ricominciare da capo nella prossima legislatura.

Ringrazio i nostri ospiti e dichiaro conclusa l'audizione odierna.

Rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 15,30.

