



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

n. 5

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

**12<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)**

**INDAGINE CONOSCITIVA SULLE TERAPIE NON  
CONVENZIONALI**

126<sup>a</sup> seduta: martedì 13 novembre 2007

Presidenza del presidente MARINO

## I N D I C E

## Audizione di rappresentanti del Comitato nazionale per la bioetica

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 8, 11	* BOMPIANI . . . . .	Pag. 5
BODINI ( <i>Ulivo</i> ) . . . . .	8	CASAVOLA . . . . .	3
* BOSONE ( <i>Aut</i> ) . . . . .	10		
VALPIANA ( <i>RC-SE</i> ) . . . . .	9		

---

**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 per il Comitato nazionale per la bioetica il Presidente, professor Francesco Paolo Casavola, e il Presidente onorario, professor Adriano Bompiani.*

*I lavori hanno inizio alle ore 15,20.*

*PROCEDURE INFORMATIVE*

**Audizione di rappresentanti del Comitato nazionale per la bioetica**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulle terapie non convenzionali, sospesa nella seduta dell'8 novembre scorso.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione del circuito interno e la trasmissione del segnale audio con diffusione 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 prevista l'audizione di rappresentanti del Comitato nazionale per la bioetica. A prescindere da quello odierno saranno sicuramente molti gli argomenti che questa Commissione e il Comitato nazionale per la bioetica dovranno condividere nei prossimi mesi e nei prossimi anni. Pertanto, rivolgo un sincero benvenuto al professor Casavola ed al professor Bompiani, che è sempre un grande onore e un grande piacere avere nostro ospite.

Il tema in discussione è noto. La 12<sup>a</sup> Commissione del Senato, con una ragionevole prudenza, ha voluto avviare un'indagine conoscitiva in merito alle terapie non convenzionali perché riteniamo che l'argomento sia molto delicato. L'avvio da parte di alcune Regioni di programmi, anche clinici, su tali terapie è per la Commissione elemento di sincera preoccupazione, ma anche di stimolo per approfondire il problema e comprendere quale debba essere, se ci deve essere, una legislazione in materia nel nostro Paese.

Ascoltiamo quindi molto volentieri i contributi dei nostri ospiti.

CASAVOLA. Signor Presidente, signori senatori, il 18 marzo 2005 il Comitato nazionale per la bioetica approvava all'unanimità un documento su «Le medicine alternative e il problema del consenso informato».

Per medicine alternative si intendono pratiche diagnostico-terapeutiche poste in essere da medici, fondate su concetti, principi, teorie non riconducibili alla scienza medica occidentale, quali la pranoterapia, la me-

dicina ayurvedica, quella antroposofica, l'omotossicologia, l'omeopatia, la medicina tradizionale cinese, quella tibetana, la cromoterapia, i fiori di Bach, il Rei-ki, l'iridologia ed altre. Da queste medicine alternative vanno però tenute distinte le medicine empiriche, pratiche terapeutiche come l'agopuntura, la fitoterapia, la fangoterapia, la crenoterapia, la radarterapia e la massoterapia.

La diffusione delle medicine alternative è dovuta al beneficio che soggettivamente molti pazienti credono di ottenerne.

Dato il principio espresso nell'articolo 32 della Costituzione della libertà di cura, queste esperienze meritano attenzione e rispetto. Il Comitato nazionale per la bioetica ribadisce però il limite della dignità del malato e della deontologia professionale del medico, che non può essere un mero esecutore della volontà del paziente.

Il Comitato nazionale per la bioetica sottolinea che l'eventuale provata nocività di tali pratiche pone un grave problema di eticità sia ai fautori sia ai cultori delle stesse. Ne consegue, sotto il profilo bioetico, il dovere delle istituzioni pubbliche nazionali e regionali, delle università, degli ordini dei medici, dei collegi delle professioni sanitarie, delle società medico-scientifiche di informare i cittadini non solo della pericolosità di ogni automedicazione e di ogni ricorso ad esercenti abusivi della medicina, ma anche sulla validità e sui limiti e rischi di qualsiasi pratica scientifica o alternativa che si prefigga finalità diagnostiche o terapeutiche. È perciò richiamato l'obbligo della farmacovigilanza a carico della sanità pubblica.

Il Comitato nazionale per la bioetica ritiene che l'obbligo della sperimentazione controllata dai poteri pubblici riguardi anche le medicine alternative. Dato che queste si sottraggono a protocolli di controllo, in virtù della peculiarità dei loro fondamenti epistemologici e metodologici, il Comitato nazionale per la bioetica ritiene che i medici che ad esse fanno ricorso vadano assoggettati a responsabilità particolari ed ulteriori rispetto a quelli che si attengono a metodiche, linee-guida e protocolli propri della medicina scientifica.

Il Comitato nazionale per la bioetica richiama la doverosità che l'opinione pubblica sia informata dei progressi della medicina scientifica e dei loro fondamenti epistemologici e sperimentali. Del pari, occorre informare che la medicina non scientifica fa riferimento o a postulati filosofico-spirituale o a facoltà e poteri personali del terapeuta, mai ad un *corpus* dottrinale pubblico che possa essere insegnato e trasmesso, oppure a credenze etniche e tradizionali, come nella medicina popolare. L'effetto placebo verificabile nel ricorso a medicine alternative è riferibile all'attenzione olistica e di conforto che i terapeuti riservano alla personalità dei pazienti, approccio trascurato nella medicina scientifica, che ne è impedita per la iperspecializzazione che pone in primo piano la riparazione dell'organo e non la persona.

Fermo restando il diritto del malato di scegliere la medicina alternativa, questa circostanza esige il dovere del medico di fornire una informazione corretta e, in reciprocità, l'onere del paziente di fornire al medico tutte le informazioni possibili sugli aspetti della propria salute.

Il Comitato nazionale per la bioetica ritiene che è principio bioetico essenziale che la libertà di cura debba sempre coniugarsi con la posizione di garanzia che l'ordinamento assegna al medico rispetto al paziente assistito. Ne consegue che in talune circostanze di forme morbose non gravi o di pazienti ipocondriaci o in fase di cure palliative si possano adottare terapie non scientifiche, a condizione che il paziente sia debitamente informato e dia il suo consenso. In casi gravi e con la disponibilità di farmaci sicuramente efficaci non appare lecito, né giuridicamente, né deontologicamente, né bioeticamente, che il medico ometta le indicazioni della medicina scientifica e non faccia ogni sforzo per chiarire al paziente le conseguenze del rifiuto di quelle cure che la medicina scientifica giudica utili o addirittura indispensabili.

I costi delle cure non scientifiche non dovrebbero essere a carico del Servizio sanitario nazionale.

Per i pazienti minori o incapaci i medici siano particolarmente cauti quando i genitori o tutori chiedano loro l'uso di medicine alternative. Salvo i casi di patologie lievi, per le quali è consigliabile addirittura l'attesa di guarigioni spontanee, i medici devono prescrivere sempre il ricorso a medicine scientificamente convalidate.

È auspicabile che siano coltivati studi sulle medicine alternative nell'ambito dell'allargamento del sapere, a cura di studiosi reclutati non diversamente dal personale docente universitario, e non per finalità professionalizzanti. Questo è tanto più indispensabile in società multiculturali, nelle quali si incontrano le esigenze di conoscenza di medicine lontane dalla tradizione occidentale.

*BOMPIANI.* Signor Presidente, ringrazio innanzitutto la Commissione per l'invito che ci è stato rivolto e saluto i colleghi presenti.

Sono naturalmente d'accordo con quanto già esposto dal presidente Casavola, anche perché ho partecipato alla redazione della precedente edizione del documento che oggi il Comitato nazionale per la bioetica vi ha voluto presentare, documento che certamente è stato molto sofferto in quanto numerose sono state le opinioni divergenti. Siamo però riusciti a dare una impostazione relativamente omogenea ad un argomento molto ampio.

Mi sono dedicato a cercare di capire il motivo che è alla base dell'aumento di attenzione alle medicine alternative che si registra in tutti i Paesi e in tutti i continenti e che, in virtù della globalizzazione e della facilità degli spostamenti da un emisfero all'altro, è ormai fortemente radicata anche in Europa e nel nostro Paese. Forse la spiegazione di questo fenomeno sta proprio nella volontà di tutelare con ogni mezzo la propria salute, che è un sentimento antropologico profondo presente in tutti gli uomini e che si fonda su tre etimi: il concetto di salute, che proviene dal termine latino *salvus*, cioè «essere salvato», «rimanere salvo»; il concetto di medico, che viene da una radice delle lingue indoeuropee che significa «modo», «meditare», «misurare» e che implica, quindi, l'azione di chi può fornire una indicazione per la tutela della salute (e ciò vale a riconoscere una respon-

sabilità, come sosteneva il presidente Casavola, e decidere sulle modalità da seguire); in ultimo, il concetto di cura, che, secondo Paolo Fabbri, deriva da «cur», un etimo che utilizziamo anche per comporre parole quali «curiosità», «sicurezza» ed altre ancora, che indicano il disporsi, «andare a vedere», per prestare aiuto. Sostanzialmente è un complesso in cui i concetti di salute, di medicina e di cura vanno di pari passo e non sono separabili.

Naturalmente ciascun popolo e ciascuna cultura hanno – nel corso della storia – elaborato modalità proprie. Anche nella medicina occidentale c'è stata l'epoca della magia, che lentamente si è avviata verso l'empirismo, per giungere poi all'epoca scientifica. Nelle culture orientali, nell'ambito delle cosiddette medicine tradizionali, ampiamente coltivate, c'è stato e c'è tuttora l'etimo filosofico legato alla loro concezione universale della vita: la vita di tutti gli esseri viventi (piante, animali, uomo) partecipa di questa vita universale e ciò vale per tutte le culture medico-applicative orientali basate sull'energia. Si tratta di un'energia cosmica, e non come la concepiamo noi, con caratteristiche proprie, presente in tutti gli organismi viventi secondo certi parametri inerenti alle attività metaboliche eccetera.

Occorre pertanto procedere alla distinzione, già fatta dal Comitato nazionale per la bioetica e ripresa oggi dal presidente Casavola, tra due diverse impostazioni di tecniche terapeutiche. Quando, nel 2000, elaborammo il primo documento sui compiti e sui limiti della medicina, distinguiamo le tecniche terapeutiche che hanno il significato di incrementare e tutelare la salute, direttamente esperibili dalla persona nel rapporto interpersonale semplice (antroposofia, auricoloterapia, medicina ayurvedica, cromoterapia, iridologia, hata-yoga, massaggio zonale del piede, pranoterapia, vegetarianismo e così via) da un secondo gruppo di tecniche che richiedono invece organizzazione, strutture e una formazione specifica. Questo gruppo ricomprende l'agopuntura cinese, l'argillo-terapia, il *bio-feedback*, la bioritmologia, la chiropratica, la macrobiotica, l'elettroagopuntura, la fitoterapia (che richiede sempre una manipolazione intermedia da parte di un esperto del prodotto), l'ipnosi (che implica la capacità mesmeriana di mettere in ipnosi una persona), l'idroterapia, la musicoterapia, l'omeopatia (che richiede una preparazione specifica in relazione ai composti), la riflessoterapia, il *training* autogeno (ampiamente sperimentato in Italia, ad esempio, per l'attenuazione dei dolori del parto con discreti risultati), lo yoga e così via.

Nel documento pubblicato nel 2005 è stata fatta una seconda classificazione, su basi diverse. In sostanza, in un primo gruppo vengono raggruppate le tecniche basate sulla «energia». Gran parte di queste tecniche terapeutiche hanno alle spalle questo principio filosofico e quindi seguono una certa ideologia con la quale danno un'interpretazione fisica di quanto accade nell'uomo e in natura. Per la maggior parte sono discipline orientali che si richiamano a questa oscura energia. L'omoterapia nell'Occidente si è associata a queste tecniche attraverso una strana forma di energia che deriverebbe dalla succussione violenta e dalla diluizione infinite-

simale di determinati agenti terapeutici, di per sé velenosi, ma che ridotti a certe quantità infinitesimali e a certe condizioni diventano curativi. Alla base dell'omeopatia, quindi, c'è anche il principio filosofico dell'equivalenza ippocratica fra medicamento e veleno.

Vi è poi un altro gruppo di tecniche che nel Regno Unito, correttamente, vengono denominate non «alternative», ma «complementari» (termine che potrebbe rappresentare una via di uscita di ordine tecnico-organizzativo) nella possibile disciplina giuridica della medicina scientifica. Mentre quest'ultima ha una epistemologia ben definita, queste tecniche non hanno un'epistemologia riconoscibile, eppure godono di maggiore consistenza empirica. In tale gruppo rientrano l'agopuntura riflessologica, la fitoterapia e la cosiddetta medicina manuale, che ricomprende vari operatori specializzati (tecnici, non medici) e vari settori: osteopatia, kinesiologia, mesoterapia, shiatzu, riflessologia. Tali funzioni sono strettamente equiparabili alle forme di terapia fisica medica previste dalla medicina occidentale, vale a dire fangoterapia, crenoterapia, radarterapia diatermia, massoterapia e così via. Su queste esiste la possibilità di dare un'indicazione peculiare rispetto alle altre, quelle filosofiche, da un lato, e quelle assolutamente soggettive, dall'altro. In ultima analisi, non hanno un'epistemologia ben definita, ma danno certamente risultati positivi.

Sarà poi la psicologia a studiare la ragione degli effetti positivi che – in taluni soggetti – si possono ottenere con l'ayurveda e la medicina cinese (non l'agopuntura, sulla quale c'è qualcosa di positivo da verificare) e verificare sul piano dell'ideologia del *Ying* e del *Yiang*, delle forze contrapposte, delle forze celesti e terrestri quanto c'è di terapeutico. Nel documento che ho consegnato agli uffici della Commissione, specificatamente nelle note relative al lavoro svolto nel 2005, troverete indicazioni più precise sui contenuti di queste filosofie. Certamente la psicologia e talvolta la psichiatria possono dare indicazioni precise sui meccanismi attraverso i quali si mettono in moto riflessi organici positivi, che possono verificarsi. In proposito c'è tutta la teoretica della produzione di cortisone, di prostaglandine o, viceversa, di sostanze calmanti (endorfine), la cui efficacia è ormai dimostrata con sicurezza.

Certo è che ho paura quando sento dire e vedo scritto (ci sono delle pubblicazioni in tal senso) che la polmonite può essere curata con l'omoterapia. Ripeto, mi fa paura. È vero che la polmonite può anche guarire da sola, ma con quale frequenza, con quale possibilità di previsione? Come diceva giustamente il Presidente, il malato deve essere informato: egli può anche scegliere nella sua libertà di cura, ma il medico non può trascurare di informarlo sul rischio di curare la polmonite con l'omoterapia. In particolare, penso alla cura dei bambini, se queste terapie possono essere usate o no in pediatria quando sono veramente malati. I medici che utilizzano tali tecniche a mio parere hanno una responsabilità addizionale.

Qual è allora, dal punto di vista unificante del «valore», del «credito» conseguito, la dote di queste tecniche terapeutiche in ambito occidentale? Essa risiede in quella empatia che si crea facilmente nel rapporto interpersonale, cioè nello stile narrativo con cui il paziente entra in contatto e

mantiene il rapporto con il medico. Sondaggi inglesi del 2007 – ma ce ne sono anche americani risalenti al 1997 – dimostrano che, nell'ambito delle terapie non convenzionali, il primo contatto tra medico e paziente avviene con 51 minuti di conversazione. Quando mai questo si verifica nella medicina occidentale? Nulla però vieta che accada, non vi sono impedimenti, tale forma di contatto non è originale ed unica delle medicine orientali. Si tratta allora di inserire con maggior forza questo criterio anche nell'organizzazione della medicina occidentale.

La letteratura fornisce dati molto interessanti. Da una larga casistica emerge che negli Stati Uniti nel 1990 il 33,8 per cento della popolazione adulta, pari a 60 milioni di persone, era entrato in contatto con la medicina alternativa e che nel 1997 la quota era salita al 42 per cento. E sono dati piuttosto vecchi. Alcuni studi inglesi si soffermano invece sul rapporto tra il numero dei praticanti di terapie alternative e quello degli abitanti, evidenziando, su 100.000 abitanti, il dato di 12,1 praticanti a fronte di 26,8 medici generalisti. Il rapporto è quindi di circa la metà, a testimonianza di una larga diffusione delle terapie non convenzionali.

La Commissione, stante la sua autorevolezza, ben potrebbe compiere un censimento con riguardo alla situazione italiana recente. Sugli argomenti trattati mi risulta infatti ci sia molta propaganda, ma nessun dato concreto.

PRESIDENTE. Ringrazio il professor Casavola e il professor Bompiani per il contributo che hanno offerto ai nostri lavori e per i documenti che hanno consegnato, che verranno distribuiti a tutti i senatori.

Di particolare interesse e meritevole di riflessione è l'indicazione molto chiara sulla suddivisione tra medicine empiriche e medicine che, con più difficoltà, possono essere valutate attraverso gli strumenti della scienza medica occidentale. Avrei diverse considerazioni da svolgere sul tema, ma mi astengo in ragione dei tempi assai contenuti che abbiamo a disposizione, visto l'imminente inizio dei lavori dell'Assemblea.

BODINI (*Ulivo*). Ringrazio i nostri ospiti per il contributo che hanno dato all'indagine conoscitiva sulle terapie non convenzionali. Ritengo che oggi i temi da approfondire dovrebbero essere più quelli di tipo etico che non quelli di carattere generale, anche se le sollecitazioni arrivate sono tante.

La prima è quella che chi, anche nell'ambito della medicina occidentale, si interessa di patologie che sfociano o che hanno ambiti di carattere psicosomatico, sa perfettamente – esistono studi abbondanti al riguardo – che ciò che guarisce il malato non è il farmaco, ma il tempo di colloquio. Tale assunto dovrebbe essere patrimonio di tutti e non soltanto della medicina orientale: il tempo speso a parlare con il paziente è tempo di cura. Quando i colleghi medici lo capiranno (anche se mi rendo conto che a volte è il poco tempo a disposizione che impedisce colloqui approfonditi) sarà sempre troppo tardi.



Voglio poi riferire un aneddoto che credo sia utile alla discussione sulla scelta della terapia per i minori e sull'etica dell'applicazione. Ricordo il caso di un ragazzo di 15 anni affetto da diabete mellito all'esordio; a causa delle grandi difficoltà di riequilibrio della prima fase di malattia, il padre perse fiducia perché vedeva che ogni giorno si cambiava dosaggio di insulina. Portò quindi il figlio da un omeopata, il quale, eliminata l'insulina, prescrisse l'acido acetico a piccole dosi; dopo quattro giorni il ragazzo entrò in coma chetoacidotico, salvandosi per puro miracolo. Ovviamente il medico fu denunciato. Questo per dire che l'etica non può abbandonarci e il medico non può seguire semplicemente ciò che il paziente chiede. L'etica deve essere, anzitutto, esclusione del danno: occorre cioè essere sicuri che ciò che si fa non provochi danno. In secondo luogo, occorre possibilmente essere sicuri che quel che si somministra abbia degli effetti; metto in secondo piano tale aspetto perché, tutto sommato, pur facendo una cosa che non serve, questa rende però il paziente contento. Bisogna tuttavia capire se tali scelte si fanno a spese private o a spese pubbliche.

Mi pare che il punto fondamentale emerso sia proprio questo: in primo luogo bisogna essere certi di non fare danni e, in secondo luogo, per ammettere qualunque terapia all'interno del finanziamento pubblico è necessaria la constatazione che essa arreca un beneficio. La dimostrazione deve avvenire con tecniche accettate da tutti e che però non tutti accettano. Se non si procede in questo modo, il rischio è di aprire il campo ad una congerie infinita di possibilità.

L'interesse ad approfondire la conoscenza delle terapie non convenzionali c'è, ma occorrono molta gradualità e grande prudenza nell'attribuire il marchio di efficacia, così da ammetterle nel Servizio sanitario nazionale. Credo sia un fatto superiore: ammettere al commercio prima e al rimborso poi.

VALPIANA (RC-SE). Signor Presidente, è davvero un peccato che, a causa dei lavori dell'Assemblea, il tempo a nostra disposizione non ci consenta di argomentare, riflettere e discutere in modo ampio su temi estremamente interessanti, che si ricollegano non solo alla disciplina che, da diverse legislature, stiamo faticosamente cercando di produrre, ma anche a principi e questioni molto più ampie.

Nel corso del suo intervento il professor Casavola ha affermato che ormai la medicina occidentale allopatrica si è ridotta a pensare alla riparazione dell'organo e non alla persona nella sua interezza. Credo che un'affermazione del genere, che ritengo molto seria e grave, dovrebbe indurre a riflettere, nel Comitato nazionale di bioetica così come nei lavori preparatori di una legge, sul significato di una medicina che funziona in questo modo, perdendo di vista completamente la persona umana per concentrarsi sull'organo. Tale approccio è scientifico, ma sappiamo che l'uomo non è solo scienza.

Piuttosto che discutere della validità delle altre medicine – che io preferisco chiamare complementari e non alternative – dovremmo forse

discutere a fondo del modo in cui la medicina allopatrica oggi si pone nei confronti della persona e della sua cura.

C'è un aspetto che mi sta molto a cuore in qualità sia di fruitrice di terapie complementari sia di legislatore: la libertà di scelta terapeutica in relazione al Servizio sanitario nazionale. La nostra Costituzione garantisce al cittadino la libera scelta dei trattamenti sanitari. Ritengo pertanto che sia il legislatore sia il Comitato nazionale per la bioetica non possano ignorare che alcuni cittadini italiani, pur contribuendo al Servizio sanitario nazionale attraverso il prelievo fiscale, non usufruiscono di cure e terapie convenzionate perché non le ritengono adatte a se stessi. Credo che questo argomento dovrebbe essere affrontato anche sotto un profilo etico. Il professor Casavola ha affermato che le terapie frutto di approcci non scientifici non dovrebbero essere inserite all'interno del Servizio sanitario nazionale, ma ritengo che la scelta soggettiva di preferire una cura non provata scientificamente debba essere comunque tenuta in considerazione.

Già nella scorsa audizione avevamo ribadito che non è possibile valutare con il metodo scientifico – di cui riconosco la validità perché è alla base della nostra organizzazione – filosofie, cure, metodologie che si rifanno ad altri principi, in quanto, così facendo, torneremmo indietro di 150 anni, a quando Hanneman, con l'intento di spiegare il funzionamento dell'omeopatia, scrisse un trattato di centinaia di pagine per dimostrare che è un altro il principio che la sottende, non assimilabile alla nostra scienza. Non è che ogni cento anni dobbiamo ripartire da zero.

Infine dobbiamo prestare particolare attenzione ai minori, aspetto in merito al quale credo sia giusto avanzare proposte che abbiano un fondamento di cura. Non capisco, però, per quale motivo i minori debbano sottostare alle opinioni generali e alle convenzioni stabilite dalla maggioranza. Io sono una madre vegetariana e ricordo a quante pressioni fui sottoposta per avere adottato questa scelta, ma se si verifica ciò che viene consigliato per l'alimentazione dei bambini sotto il profilo nutrizionale, ci si rende conto che una dieta equilibrata prevede una minore quantità di carne di quella che viene normalmente somministrata. Si colpevolizzano soggetti che operano una scelta diversa da quella della maggioranza anziché verificare nel concreto le scelte di quest'ultima.

BOSONE (*Aut*). I nodi etici che vengono posti alla nostra attenzione riguardano, innanzitutto, la certezza della formazione dei medici che devono somministrare le medicine alternative e, quindi, la certezza per il paziente di una disciplina seria e formata; in secondo luogo, il rapporto medico-paziente, nel quale si gioca tutta la serietà della professione medica e del medico formato su queste discipline e la libertà di cura che deve essere riconosciuta al paziente. Il medico, infatti, deve essere in grado di consigliare a chi si rivolge a lui la migliore terapia in termini di efficacia, convenzionale o non convenzionale che sia, per le condizioni di salute in cui il paziente si trova, nel rispetto della libertà di cura.

Penso che la formazione sia un dato essenziale e che la regolamentazione della materia nel nostro ordinamento sia ormai necessaria, proprio

per garantire la sicurezza del paziente. Ad ogni modo, ripeto, è nel rapporto medico-paziente che, come per tanti altri aspetti di natura etica, si gioca il nodo fondamentale.

PRESIDENTE. Se sulla base delle osservazioni svolte dai colleghi il professor Casavola e il professor Bompiani ritenessero di dover integrare la loro esposizione con un ulteriore documento scritto, la Commissione sarà ben lieta di riceverlo. La nostra intenzione è quella di procedere ad una regolamentazione della materia, ritenendo che in tale campo sia sbagliato abbandonare all'autonomia delle singole Regioni la scelta dei vari metodi di cura per i pazienti, determinando così una forte differenziazione a livello territoriale.

Ringrazio ancora i nostri ospiti per i contributi offerti.

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

*I lavori terminano alle ore 15,55.*

