



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 8

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**

141^a seduta: giovedì 17 gennaio 2008

Presidenza del vice presidente SILVESTRI

I N D I C E

Audizioni di rappresentanti dell'Associazione Legambiente, della Società italiana di omeopatia e medicina integrata (SIOMI) e dell'Associazione per le medicine non convenzionali in odontoiatria (AMNCO)

PRESIDENTE	Pag. 3, 9, 15 e <i>passim</i>	* BARDARO	Pag. 7, 15
BOSONE (<i>Aut</i>)	14	BERNARDINI	3, 15, 16
		VENTURI	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; Partito Democratico-L'Ulivo: PD-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-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-Partito Socialista: Misto-PS; Misto-Sinistra Critica: Misto-SC; Misto-Unione Democratica per i consumatori: Misto-UD-Consum; Misto Unione Liberaldemocratici: Misto-UL.

Intervengono il dottor Salvatore Bardaro, presidente dell'Associazione per le medicine non convenzionali in odontoiatria, la dottoressa Simonetta Bernardini, presidente della Società italiana di omeopatia e medicina integrata, e la dottoressa Lucia Venturi, componente della segreteria nazionale di Legambiente.

I lavori hanno inizio alle ore 14,05.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizioni di rappresentanti dell'Associazione Legambiente, della Società italiana di omeopatia e medicina integrata (SIOMI) e dell'Associazione per le medicine non convenzionali in odontoiatria (AMNCO)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulle terapie non convenzionali, sospesa nella seduta del 13 dicembre 2007.

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 dell'Associazione Legambiente, della Società italiana di omeopatia e medicina integrata (SIOMI) e dell'Associazione per le medicine non convenzionali in odontoiatria (AMNCO). Sono presenti il dottor Salvatore Bardaro, presidente dell'AMNCO, la dottoressa Simonetta Bernardini, presidente della SIOMI e la dottoressa Lucia Ventura, componente della segreteria nazionale di Legambiente, che saluto e ringrazio per aver aderito al nostro invito anche a nome del presidente Marino che, purtroppo, per precedenti impegni istituzionali, non potrà partecipare ai nostri lavori.

La presente audizione avviene nell'ambito della testé citata indagine conoscitiva, una volta conclusa la quale saremo chiamati a dare vita ad un testo normativo, il cui *iter* auspichiamo di poter avviare già dal prossimo mese. Do, quindi, subito la parola ai nostri ospiti.

BERNARDINI. A nome della Società italiana di omeopatia e medicina integrata (SIOMI) e dei nostri oltre 1.100 associati desidero porgere un sentito ringraziamento alla Commissione igiene e sanità del Senato della Repubblica per averci offerto l'opportunità di interloquire ed illustrare i temi rappresentati dalla nostra società medico-scientifica.

In premessa, vorrei segnalare che la SIOMI ha una struttura peculiare nel panorama italiano, in ciò differenziandosi completamente da altre as-

sociazioni mediche e società scientifiche. La nostra associazione è stata fondata circa dieci anni fa ed è costituita da medici prevalentemente impiegati nel Servizio sanitario nazionale, nelle università, negli ospedali e quindi sul territorio. Dunque possiamo dire che siamo medici del SSN esperti anche in medicina omeopatica.

È probabilmente per questa ragione che il linguaggio utilizzato dalla nostra società scientifica appare talvolta decisamente differente da quello promosso dalle associazioni che fanno riferimento alle medicine cosiddette «non convenzionali», ciò a partire dalla definizione stessa e quindi dal modo con cui a nostro avviso si debbono qualificare le medicine che in Italia e nel mondo sono sorte a fianco di quella accademica, altrimenti detta «biomedicina occidentale».

Fin dalla nostra fondazione abbiamo infatti scelto di adottare l'espressione «medicina complementare» e «medicina integrata»; ciò proprio a sottolineare che i nostri medici, prima di tutto quelli «classici», devono essere e rimanere esperti di medicina classica, ma anche che essi nel loro percorso culturale e professionale hanno fatto posto ed hanno accolto nel loro strumentario terapeutico un altro metodo di approccio al malato ed un altro strumento di cura, laddove per «altro» non si intende assolutamente che ci si pone in antitesi con la medicina classica.

In tal senso siamo stati nel tempo confortati dalla letteratura scientifica e dall'evoluzione di questo pensiero, tanto che in modo particolare negli Stati Uniti, ma ormai anche in Europa, il concetto di medicina integrata che noi riconosciamo e promuoviamo vuol dire scegliere senza pregiudizi e preclusioni di sorta, ma con competenza, conoscenza e coscienza, tra uno strumento di cura od un farmaco e un altro strumento di cura o un medicinale di tipo omeopatico a seconda della situazione che il medico si trova a dover affrontare.

Per questa ragione il nostro suggerimento è quello di voler considerare nell'ambito di un futuro progetto normativo la differenza profonda e sostanziale che vi è tra l'utilizzare per questa tipologia di medicine una espressione come «medicina non convenzionale» – che a nostro avviso finirebbe per mettere in contrapposizione due aspetti della medicina – oppure quella di «medicina complementare» con la quale si sottolinea invece come un medico debba professionalmente poter fare ricorso ad entrambi gli strumenti di cura e con la stessa competenza.

Da questo tipo di impostazione deriva anche la formazione del medico, compresa quella ECM, posto che in tema di aggiornamento del medico omeopata reputiamo opportuno che quest'ultimo sia tenuto ad aggiornarsi sia in medicina classica che in medicina omeopatica; al limite, la formazione in omeopatia dovrà costituire un 50 per cento. In ogni caso, visto che la medicina è in continua evoluzione, questo professionista sarà comunque tenuto ad aggiornarsi in quella prima medicina per la quale lo Stato italiano lo ha abilitato all'esercizio professionale.

Questo concetto, che pone la medicina omeopatica a fianco di quella classica nel rispetto l'una dell'altra è stato da noi riportato in un documento datato 2004, intitolato «Raccomandazioni per la pratica della medi-

cina omeopatica in medicina integrata» – che è allegato alla documentazione che abbiamo fatto pervenire alla Commissione – che abbiamo provveduto a consegnare ufficialmente alla FNOMCeO (Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri), che è stato successivamente pubblicato sull'organo ufficiale della FNOM «La Professione» e quindi è stato distribuito a tutti gli ordini dei medici italiani ed europei. Abbiamo ritenuto opportuno procedere in tale direzione ed allo stato siamo l'unica associazione che ha inteso disciplinare la materia sulla base di regole di comportamento professionale nei confronti del cittadino, in assenza sia di indicazioni da parte delle istituzioni, sia di altre forme di raccomandazione da parte delle associazioni europee.

Vi è poi un altro elemento fondamentale che scaturisce da questa concezione della medicina intesa nell'ambito di una alleanza, e giammai di una contrapposizione, tra medicina omeopatica e medicina accademica e che va sottolineato e tenuto in considerazione. Mi riferisco alla necessità che nel momento in cui saremo chiamati ad occuparci di formazione, sia quella affidata alle scuole di tradizione private che hanno portato avanti questa attività con sapienza, competenza e serietà, sia quella svolta nell'ambito delle università, si faccia estrema attenzione alle modalità con cui verrà normata la suddetta formazione.

Intanto, siamo assolutamente contrari a ratificare dei *master* di formazione annuali, visto che riteniamo che la medicina complementare abbia una sua peculiarità che richiede una sedimentazione delle conoscenze onde poter acquisire dimestichezza e conoscenza reale del metodo. Pertanto, il *master* universitario che nei fatti è riservato ad un sapere specialistico in una competenza che è già di livello superiore, non sarebbe affatto adatto ad una scuola di formazione primaria, di base, ma lo diventerebbe se dovesse essere concepito in un anno di formazione.

Riteniamo quindi che vada valutata l'ipotesi di una formazione che sia annuale e triennale e che sia necessario suddividere la formazione dei livelli successivi tra una formazione cosiddetta di base per i principianti ed una per specialisti.

Al riguardo vorrei inserire un altro concetto a nostro modo di vedere fondamentale sul quale vorrei richiamare la vostra attenzione: la medicina attuale è estremamente specialista perché il sapere relativo a questa disciplina è diventato così ampio, in particolare negli ultimi cento anni, da rendere necessaria la specializzazione della medicina in alcuni settori specifici. Quando parliamo di medicina omeopatica ci riferiamo ad un metodo diagnostico e terapeutico che si applica alla medicina interna, ovvero alla totalità delle patologie dell'uomo. Pertanto, se non si intende correre il rischio di licenziare, attraverso una legge nazionale che si occuperà anche di formazione, un omeopata tuttologo dobbiamo allora tenere ben presente che il sapere della medicina si è specializzato in diversi settori e conseguentemente prevedere che anche l'omeopatia venga applicata secondo le competenze e le specializzazioni della medicina.

Per esser più chiari, siamo dell'avviso che dovrebbe essere prevista la figura del pediatra omeopata, così come andrebbe definita una norma che,

in virtù del fatto che tutte le patologie della donna in gravidanza vengono affidate al ginecologo, prevedesse anche un ginecologo omeopata. In caso contrario ribadisco che il rischio è quello di licenziare un omeopata tutto-ologo, il quale o dovrà lavorare a fianco di uno specialista o, a nostro modo di vedere, non avrebbe affatto le competenze per lavorare.

Per questo motivo, ipotizziamo un percorso di formazione di base ed uno successivo, che porti il medico, a seconda delle proprie specializzazioni della medicina classica, all'interno dell'omeopatia di quel settore specialistico. Dico tutto ciò parlando, ovviamente, di un percorso di formazione che qualifichi il medico come esperto in medicina omeopatica, riaffermando peraltro – ma questa ritengo sia un'ovvietà – che la prescrizione dei medicinali omeopatici debba essere riservata a tutti i medici, così come accade per gli altri farmaci a disposizione della medicina moderna.

Un ultimo punto che vorrei affrontare è relativo ai percorsi formativi, non in senso di monte orario e di tipologie di formazione, come ho detto prima, ma di caratteristiche della formazione. Attualmente, dalle sue origini ad oggi, l'omeopatia ha seguito un'evoluzione e si è distinta in due correnti – molto nette e piuttosto differenti – di pensiero medico: una desidera qualificarsi come classica o unicista; l'altra, clinica o scientifica. È questa seconda che negli ultimi anni, in tutto il mondo, si è particolarmente adoperata per costruire regole che rispettino il più possibile la ricerca scientifica secondo l'EBM (*Evidence based medicine*), che appartiene ormai alla medicina.

Su questo tema specifico, la SIOMI ha redatto un documento (che ho con me e che consegno agli atti), che definisce l'omeopatia clinica come quella che intende integrarsi con la medicina accademica per svolgere un percorso di ricerca scientifica, pur sottolineando le peculiarità dell'omeopatia in generale (comunque, aderente quanto più possibile alle attuali regole dell'EBM). Ne deriva, di conseguenza, che quando ci si voglia occupare di percorsi formativi in un progetto di legge – come del resto è sempre successo negli ultimi dieci anni a questa parte – è necessario che si contemplino le due correnti di pensiero omeopatico, classico e clinico e deve essere prevista la presenza dei referenti rispettivamente delle due scuole di formazione e delle società scientifiche delle due correnti di pensiero.

Per quanto riguarda il monte orario di formazione, riteniamo corretto aderire alle indicazioni delle società europee di omeopatia, riunite nella nostra federazione europea (*l'European Committee of Homeopathy*), coerenti con i criteri adottati dalla *Faculty of Homeopathy* di Londra. Questi riconoscono un monte orario di formazione di base pari a 350 ore, alle quali – come dicevo prima – riteniamo debba essere fatto seguire un secondo livello di formazione, secondo le specializzazioni nelle quali si è attualmente suddiviso il pensiero della medicina omeopatica.

L'ultimo concetto che vorrei richiamare – implicito in quanto ho detto finora – è che, quando ci si occupa di formazione, è importante prevedere continui riferimenti alla nostra medicina accademica e agli strumenti da essa usati, in maniera da poter scegliere, per confronto e con competenza, le cure migliori.

Infine, vorrei comunicare a questa Commissione una notizia di cui credo abbia già ricevuto avviso: il 4 dicembre, nella Regione Toscana, la maggioranza delle società di medicine complementari d'Italia si è riunita, insieme ad alcune Università, alla Federazione degli ordini dei medici, dei veterinari e dei farmacisti della Regione Toscana e ad alcuni assessorati alla salute, in una Consulta per la medicina integrata. A partire da tale data, abbiamo iniziato a lavorare tutti insieme, in alleanza, per produrre documenti che possono aiutare il Senato della Repubblica a portare avanti il proprio progetto di legge. La Consulta nazionale per la medicina integrata ha sede presso il Consiglio sanitario della regione Toscana.

BARDARO. Signor Presidente, onorevoli senatori, vi ringrazio per l'opportunità, data all'Associazione che rappresento, di apportare il contributo del proprio pensiero in questa fase di indagine conoscitiva per il raggiungimento di un testo unico di legge sulle medicine attualmente dette non convenzionali (MNC). Riteniamo, infatti, il varo di tale legge non più procrastinabile, per cui giudichiamo importantissimo il lavoro di consultazione che state compiendo, per il quale vi ringraziamo ulteriormente.

Premetto che appoggiamo *in toto* tutti i punti esposti dalla dottoressa Bernardini. Facciamo parte anche noi della Consulta nazionale per la medicina integrata, che abbiamo fondato il 4 dicembre scorso a Firenze nella sede del Consiglio regionale della regione Toscana.

Una legge è necessaria – e, auspichiamo, in tempi brevi – per tutti i motivi che ben conoscete, che quindi non starò qui a ripetervi.

Nel vuoto legislativo attuale, perciò, accade che si evidenzino dissonanze o contraddizioni che una legge finalmente dovrebbe appianare, uniformando a livello nazionale le discrepanze sorte.

Ed è proprio una situazione contraddittoria, causata da questo vuoto legislativo, che vorrei portare alla vostra attenzione.

Io rappresento l'AMNCO (associazione per medicine non convenzionali in odontoiatria), costituitasi nel 2003, di cui ho allegato statuto e attività svolte nella memoria depositata. Abbiamo sentito, allora, la necessità di dare uno spazio specifico agli aspetti delle MNC che riguardano l'odontoiatria, in quanto è innegabile che la creazione di un corso di laurea in tale materia, separato da quello in medicina, ha dato luogo a fraintendimenti ed interpretazioni restrittive delle competenze dell'odontoiatra stesso, che mal si sposano con la visione olistica propria degli approcci di cui parliamo. Questa, però, è sempre più testimoniata dagli orientamenti della medicina cosiddetta ufficiale, sulla base delle più recenti acquisizioni scientifiche, che prevedono appunto di lavorare in un ambito strettamente specialistico, ma con riverberi su tutto l'organismo.

Ricordiamo che attualmente, in Italia, esistono figure di diversa formazione, legittimate ad operare come odontoiatri, il cui numero si attesta a poco più di 50.000 unità.

Il 28 gennaio 1980 fu creato, con il DPR n. 135, il corso di laurea in odontoiatria e protesi dentaria, separato da quello in medicina e chirurgia, e nel 1985 la legge n. 409 ha istituito la professione sanitaria di odontoiatra.

Quindi, in questo preciso momento storico – questo è il punto che tendo a mettere in evidenza – può legittimamente esercitare l'odontoiatria: il laureato in odontoiatria e protesi dentaria, il laureato in medicina e chirurgia (con o senza specializzazione in odontostomatologia, purché immatricolato prima del 28 gennaio 1980), il laureato in medicina e chirurgia immatricolato dopo il 1980 in possesso di titolo di specializzazione o riabilitato – *ex lege* n. 471 del 1988 – previo superamento della prova prevista dal decreto legislativo n. 386 del 1998. Ciò significa che oggi tutti questi 50.000 soggetti devono essere iscritti obbligatoriamente all'albo degli odontoiatri, altrimenti non possono esercitare l'odontoiatria, anche perché è stata abolita la Scuola di specializzazione in odontostomatologia per medici.

Questa situazione di convivenza di più figure di diversa formazione è naturalmente transitoria, data l'intenzione di separare le due professioni, confermata anche dalle proposte pervenute da parte degli ordini professionali. Da detta intenzione deriva la necessità di delineare in modo preciso il campo di attività degli odontoiatri stessi, i cui confini di competenza sono definiti dall'articolo 2 della suddetta legge n. 409 del 1985, che così recita: «Formano oggetto della professione di odontoiatra le attività inerenti alla diagnosi e alla terapia delle malattie ed anomalie congenite ed acquisite dei denti, della bocca, delle mascelle e dei relativi tessuti, nonché alla prevenzione ed alla riabilitazione odontoiatriche. Gli odontoiatri possono prescrivere tutti i medicinali necessari all'esercizio della loro professione».

Talvolta tale articolo di legge viene interpretato in maniera restrittiva, intendendo limitare topograficamente al distretto oro-dentale il luogo dello studio e dell'operato dell'odontoiatra stesso. A ben vedere, invece, non si evince da tale articolo alcuna limitazione anatomico-topografica, se non nella finalità dell'intervento dell'odontoiatra, che si deve estrinsecare nella prevenzione e cura delle malattie dell'apparato stomatognatico. Non risulta che l'odontoiatra non possa – se tale è il fine del suo operato – avvalersi di tecniche o conoscenze mediche che coinvolgano l'intero organismo o distretti anatomici al di fuori di quello oro-dentale. La parola chiave ci pare essere «inerenti», che leggiamo, secondo la sua derivazione latina come «connesse a», comprese cioè in uno specifico ambito di rapporti che sono le interrelazioni e interdipendenze tra organi e apparati. Correlazioni peraltro evidenziate ancor più dal concetto di olistico sotteso alle medicine non convenzionali-complementari, che contrasta evidentemente con il «tecnicismo» a cui si vorrebbe da taluni limitare l'intervento dell'odontoiatra. Quest'ultimo è un medico; è, etimologicamente parlando, il «medico dei denti» (*odonton iatròs*).

Tutto questo si semplifica rammentando che l'atto medico è prerogativa di due sole figure, medico-chirurgo e odontoiatra, che dunque hanno pari dignità professionale seppur diverse finalità operative.

Quindi, siamo qui a testimoniare la necessità di prevedere specificamente nella stesura del testo di legge in oggetto la figura del laureato in odontoiatria e protesi dentaria, affinché innanzitutto sia possibile l'accesso anche al suddetto laureato ai corsi di formazione nelle varie medicine non

convenzionali che saranno regolamentati e quindi il conseguimento del titolo di «esperto» o «competente» in quella certa medicina non convenzionale, presupposto essenziale per la pratica e per una pari rappresentatività rispetto al laureato in medicina e chirurgia nelle varie forme e sedi previste dalla legge in esame.

Ci teniamo a sottolineare che l'eventuale esclusione di questa figura medica comporterebbe in primo luogo un innegabile danno ai pazienti, per i quali si verrebbe ad interrompere, proprio per le cure oro-dentali quel percorso terapeutico liberamente e legittimamente scelto, perché non troverebbero odontoiatri preparati, esperti nelle MNC, e nemmeno in grado di collaborare in un piano terapeutico interdisciplinare. Questa opportunità sarebbe perduta proprio per patologie come quelle relative all'apparato stomatognatico ove le medicine non convenzionali-complementari risultano oltremodo immanenti e trovano sempre maggiore affermazione. Tutto ciò assume maggior rilievo se pensiamo che statisticamente la prevenzione e le cure odontoiatriche sono quelle a cui ogni paziente ha necessità di ricorrere maggiormente nell'arco della sua vita.

Inoltre, siamo qui per richiedere che venga concessa audizione alla Consulta nazionale per la medicina integrata (CoNMI), che ha già predisposto una specifica area di attenzione per la professione odontoiatrica al pari di quella medica, chirurgica, veterinaria e dei farmacisti.

Infine, invito tutti membri della Commissione che volessero parteciparvi, come ho già invitato il senatore Bosone, al convegno che si svolgerà il 22 febbraio, presso la sala conferenze dell'Ordine dei medici di Roma, dal titolo «Odontoiatria unica», da me organizzato come responsabile scientifico dell'Ordine per le medicine non convenzionali. Si tratta di un incontro tra discipline non convenzionali e odontoiatria accademica. Vi parteciperanno anche altre autorità, tra cui il presidente della CoNMI, il professor Luciano Fonzi, prorettore dell'Università di Siena.

PRESIDENTE. La ringraziamo per l'invito, che trasmetteremo senz'altro a tutti i componenti della Commissione.

I nostri gentili ospiti mi perdoneranno se, dando la parola alla dottoressa Lucia Venturi, componente della segreteria nazionale di Legambiente, avendo trascorso diverso tempo insieme alla dottoressa Venturi nell'ambito della splendida iniziativa «Festa Ambiente» nel Parco dell'Uccellina, le rivolgo un saluto ancora più caloroso in ricordo di quegli anni.

VENTURI. Ringrazio il Presidente Silvestri per le bellissime parole in ricordo dei tempi passati. Vorrei ringraziare inoltre il presidente Ignazio Marino e i membri di questa Commissione per avermi invitato a nome di Legambiente, l'associazione che qui rappresento, a dare un contributo in merito al tema delle cosiddette terapie non convenzionali.

Sono ormai diversi anni che esiste un animato dibattito sulle reali evidenze cliniche di efficacia delle medicine non convenzionali. Dibattito che spesso è reso impari dal calibro e dall'autorevolezza delle persone e degli organi che vi partecipano, il cui parere ha in genere maggiore visi-

bilità sui media rispetto a quello di altri, che più sommestamente cercano di restituire pari dignità alle scelte terapeutiche individuali. È stato il caso della ricerca pubblicata qualche anno fa su «Lancet» – l'autorevole rivista di riferimento del mondo medico e scientifico – che riconosceva all'omeopatia il solo effetto placebo; ricerca che è stata proposta nuovamente poco tempo fa sugli organi di stampa.

È il caso della presa di posizione del gruppo Galileo 2001, l'associazione che lanciò in quell'anno un appello contro la cultura dell'ambientalismo attribuendole la responsabilità della ventata di oscurantismo e di irrazionalismo che, secondo loro, stava minacciando la libertà degli scienziati. Galileo 2001, in un documento presentato in occasione del convegno «La scienza e le medicine alternative» (dove già nel titolo si sottolinea un'antitesi già acquisita tra le due), mette in discussione la possibilità di erogazione delle terapie non convenzionali da parte del Servizio sanitario nazionale. Il motivo che adducono è l'assoluta mancanza di prove scientifiche riguardo all'efficacia terapeutica di queste terapie, mentre il Sistema sanitario nazionale deve garantire solo interventi di provata efficacia e sicurezza.

Le modalità di azione delle medicine non convenzionali sono difficilmente spiegabili attraverso i canoni classici e i protocolli *standard*, ma è innegabile che abbiano dato risultati positivi ed è difficile ipotizzare – ad esempio – un solo effetto placebo, quando queste vengono utilizzate con successo sugli animali.

Del resto va anche ricordato che spesso i farmaci utilizzati nelle terapie convenzionali, sono responsabili di manifestazioni avverse (oltre 6.500 segnalate nel 2006) e lo stesso Silvio Garattini, presidente dell'Istituto Mario Negri, sostiene che «oltre 6 su 10 nuovi farmaci immessi sul mercato sono assolutamente superflui e che solo lo 0,7 per cento è davvero di grande rilevanza». È sempre lo stesso Garattini a sostenere che «Su un totale di circa 500 *trials* clinici condotti ogni anno in Italia per sperimentare un nuovo farmaco sui pazienti, se ne salva al massimo il 10 per cento mentre gli altri rischiano di non produrre reali benefici per i malati».

Ci sarebbe a questo punto molto da discutere su cosa è da considerarsi di provata efficacia e sicurezza e sulle modalità per raggiungere tali certezze. Ma credo che l'obiettivo di questa indagine conoscitiva esuli dal dibattito elettivo riguardo a questo punto, e vorrei quindi soffermarmi su un altro aspetto della questione, che ci pare di altrettanta importanza, ovvero la libertà di scelta terapeutica, nell'assoluta garanzia da parte del paziente che colui al quale affida la propria salute ha le conoscenze per poterlo guidare nel percorso che ha preferito intraprendere.

Il diritto di scelta, riconosciuto ad ogni persona come punto focale di ogni moderna considerazione di rispetto della volontà individuale nei confronti del proprio stato di salute e malattia, è stato implicitamente già espresso e si è concretizzato con il ricorso, da parte di sempre più ampi strati della popolazione, ad alcune discipline e pratiche terapeutiche note con il termine complessivo di «medicine non convenzionali» (ma anche a me piace parlare di medicine complementari).

La libertà di scelta terapeutica deve però avvenire nell'assoluta garanzia da parte del paziente della preparazione di base del medico che lo indirizza verso queste terapie.

C'è poi un dato da sottolineare ed è relativo al fatto che alle terapie non convenzionali si rivolge ormai un'ampia fetta della popolazione anche perché si fa sempre più pressante la richiesta da parte dei pazienti ad avere trattamenti più centrati sulla persona e maggiori informazioni e garanzie sulle medicine non convenzionali e su chi le pratica. Inoltre si è accresciuta la consapevolezza dei problemi ambientali e dello stretto legame dell'uomo con la natura che lo circonda e dell'importanza di tutelare l'ambiente in cui l'uomo vive come principale elemento di prevenzione riguardo la sua salute. Da qui pare opportuna una rivalutazione degli approcci diagnostici e terapeutici non convenzionali, che proprio a questi aspetti hanno sempre prestato particolare attenzione. In parte questi approcci, come la fitoterapia, l'omeopatia, la medicina antroposofica, sono propri della tradizione culturale europea; in parte, invece, come ad esempio l'agopuntura, la medicina tradizionale cinese, la medicina indiana, provengono da altri ambiti culturali, ma rappresentano ormai un'alternativa riconosciuta e garantita come libertà di cura, in gran parte dei Paesi europei, mentre altrettanto non si può dire del nostro Paese, quando anche secondo le linee guida del Consiglio nazionale della Federazione nazionale degli ordini dei medici (FNOMCeO), l'esercizio delle suddette medicine e pratiche non convenzionali è da ritenersi a tutti gli effetti un atto medico.

Va poi evidenziato il fatto che in genere chi pratica medicine non convenzionali, avendo come prioritario obiettivo il benessere dell'individuo nella sua totalità, ha più propensione ad utilizzare la propria conoscenza medica e preparazione farmaceutica in maniera molto meno esclusiva di chi è convinto che solo la medicina e farmacopea convenzionale dà garanzia di risultati.

Legambiente ritiene che sia arrivato il momento di dare una concreta risposta all'esigenza espressa dai cittadini del nostro Paese ad avere il diritto di scelta terapeutica nell'ambito di un sistema di garanzia della propria salute.

La situazione italiana evidenzia, infatti, che la popolazione ricorre sempre più frequentemente a prestazioni sanitarie di medicine non convenzionali, ma il quadro di riferimento del nostro Paese non è attualmente al passo di questa realtà sociale ampiamente diffusa.

Gli italiani che utilizzano regolarmente le medicine non convenzionali, secondo l'indagine ISTAT relativa agli anni 1996-99, sono circa 9 milioni, ossia il 15,5 per cento della popolazione, e il 23 per cento nel 2003, secondo l'ultima indagine DOXA. Il 31,7 per cento vi ha fatto ricorso almeno una volta; il 23,4 per cento le utilizza regolarmente (FORMAT 2003) e ben il 65 per cento della popolazione ha dimestichezza col termine medicine non convenzionali e le conosce (ISPO 2003).

Restringendo il campo alla sola medicina omeopatica diventano circa 11 milioni gli italiani che vi ricorrono, 12.000 i medici che prescrivono farmaci omeopatici e 7.000 le farmacie dotate di un settore per questi

tipi di medicine. E da un'indagine del CENSIS risulta che poco meno del 50 per cento degli italiani considera utili le medicine non convenzionali, più del 70 per cento vorrebbe che fossero rimborsate dal servizio sanitario nazionale e il 65 per cento circa vorrebbe un maggior controllo da parte delle autorità sanitarie.

Quindi, da questi dati si deduce che sono ormai molti i cittadini che fanno ricorso a terapie medicine non convenzionali, ma le informazioni sulle modalità con le quali le medicine non convenzionali sono state integrate nelle varie strutture ed istituzioni medico-accademiche sono ancora molto frammentarie e generalmente scarse e la formazione medica *post-laurea* per le medicine non convenzionali è lasciata per lo più ad enti privati, senza che vi sia quindi un protocollo unico di riferimento.

Tutte le metodiche terapeutiche e di intervento sanitario sulla persona non possono derogare dalla necessità di una preliminare diagnosi clinica, di esclusiva pertinenza del medico che ne abbia specifica competenza, il quale può utilizzarle come parte integrante della medicina secondo quattro parametri: scienza, coscienza, competenza e perizia. Questo deve avvenire in un quadro di riferimento normativo certo.

Nel resto d'Europa si sono fatti passi avanti in questa direzione: in Germania esiste una legislazione che sancisce il principio del pluralismo scientifico in medicina e nessuno di essi, per quanto maggioritario, ha il diritto di discriminare gli altri. I medicinali propri dell'omeopatia, della medicina antroposofica e della fitoterapia vengono rimborsati, sia pure con vari criteri, dal loro sistema sanitario; esistono e sono operanti ospedali e cliniche propri della medicina antroposofica e fanno parte integrante del servizio di sanità pubblica. Analoga situazione in Svizzera, mentre il Belgio si è dotato già nel 1999 di una legislazione in materia.

In genere si può rilevare una diffusa evoluzione delle legislazioni nazionali tendente a favorire l'esercizio delle medicine non convenzionali come forme di integrazione della medicina convenzionale. È diffuso l'approccio di integrazione piuttosto che di contrapposizione: questo è l'aspetto davvero interessante che non può che contribuire allo sviluppo della medicina e del benessere della persona complessivamente. Un approccio di integrazione che sarebbe auspicabile anche all'interno dell'ampio e variegato mondo delle terapie e medicine non convenzionali, che troppo spesso invece indulge a divisioni e a specialismi, non certo utili a far emergere un approccio che è comune e condiviso riguardo alla visione olistica dell'individuo e in stretta relazione all'ambiente in cui vive.

Anche in Italia vi sono diverse realtà regionali che hanno realizzato aperture diagnostiche e terapeutiche: in Toscana il piano sanitario regionale 2005-2007 si pone, tra gli altri, «l'obiettivo di garantire l'integrazione definitiva all'interno del sistema sanitario regionale di quelle medicine non convenzionali che presentino sufficiente livello di evidenza scientifica, da definirsi, quindi, quali medicine complementari» (agopuntura, omeopatia, fitoterapia, medicina manuale) dimenticando purtroppo l'antroposofia. Per alcune di tali tecniche (agopuntura, fitoterapia, omeopatia) ne ha anche previsto l'inserimento nei livelli essenziali di assistenza regionali

per quanto riguarda la Toscana. Questo significa che sono assicurate presso le strutture sanitarie pubbliche con la richiesta del medico e dietro pagamento di un *ticket*.

Esistono ormai strutture del servizio sanitario diffuse in molte altre Regioni (Lombardia ed Emilia Romagna per citarne alcune) che assicurano prestazioni di medicine non convenzionali, presso ambulatori o ospedali, al fine di garantire il fondamentale diritto alla libertà di scelta terapeutica, nel totale rispetto della sicurezza degli utenti.

Legambiente ritiene che sia maturo quindi il tempo per garantire a tutti i cittadini italiani – al pari di quelli europei – il diritto di libertà nella scelta della terapia e al tempo stesso al medico il diritto della libertà di cura, all'interno di un libero rapporto consensuale informato, tema al quale abbiamo dedicato un convegno organizzato proprio qui in Senato nel giugno dello scorso anno (di cui vi allego il programma).

Questo significa fornire un quadro normativo che, prevedendo una formazione di base nelle università e nelle scuole specializzate, dia le necessarie garanzie di professionalità a tutti i cittadini che si rivolgono a questi indirizzi terapeutici.

Legambiente ritiene che i criteri che questo quadro normativo dovrebbe seguire, ispirandosi ai principi fondamentali del pluralismo scientifico come fattore essenziale per il progresso della medicina, della libertà di scelta terapeutica del paziente e della libertà di cura da parte del medico, siano i seguenti: individuazione di un nucleo organico di norme che assicuri il riconoscimento giuridico delle principali terapie e medicine non convenzionali esercitate da medici e veterinari, tra cui l'agopuntura, la fitoterapia, l'omeopatia, l'omotossicologia, la medicina antroposofica, la medicina tradizionale cinese, la medicina ayurvedica, la chiropratica e l'osteopatia, ovvero quelle indicate come rilevanti da un punto di vista sociale, sia sulla base delle indicazioni della risoluzione n. 75 del Parlamento europeo del 29 maggio 1997 e della risoluzione n. 1206 del Consiglio d'Europa del 4 novembre 1999, sia sulla base della maggiore frequenza di ricorso ad alcune di esse da parte dei cittadini, oltre che degli indirizzi medici non convenzionali affermatasi in Europa; dare concreta applicazione ai principi della libertà di scelta terapeutica del paziente e della libertà di cura del medico, all'interno di un libero rapporto consensuale informato; prevedere una formazione di base nelle università e nelle scuole specializzate per dare le necessarie garanzie di professionalità a tutti i cittadini che si rivolgono a questi indirizzi terapeutici; istituire appositi registri dei medici e dei veterinari esperti nei corrispondenti indirizzi terapeutici, stabilendo che ad essi si possano iscrivere soggetti laureati in medicina e in veterinaria e in possesso di apposito diploma di specializzazione nelle terapie non convenzionali, rilasciato dalle università o da istituti privati riconosciuti.

Legambiente, non intendendo operare una scelta verso l'una o l'altra pratica medica e terapeutica, ma propendendo per la possibilità di dare libera scelta al cittadino e al medico, auspica che si possa giungere presto alla definizione di un testo normativo di riferimento, per dare anche al no-

stro Paese una legislazione in materia di medicine non convenzionali e garantire così ai cittadini che intendono avvalersi di queste terapie e ai medici che intendono professare questa scelta o che vogliono avere la possibilità di integrare le terapie sulla base delle proprie conoscenze scientifiche, la libertà di poterlo fare con la garanzia della tutela della salute pubblica.

BOSONE (*Aut.*). Non ho particolari domande da rivolgere ai nostri ospiti se non la richiesta di un piccolo chiarimento al dottor Bardaro in ordine sia alle discipline non convenzionali in odontoiatria, sia al numero di pazienti che vi ricorrono. Dopodiché vorrei svolgere solo alcune brevi considerazioni, posto che più volte abbiamo avuto modo di incontrarci e di dibattere su questi terreni.

Innanzitutto ritengo che i medici, nello specifico gli odontoiatri che utilizzano le medicine non convenzionali, debbano senz'altro essere inclusi tra coloro che sono autorizzati a praticare questo tipo di discipline, così come del resto i veterinari; riguardo a questi ultimi vale peraltro la pena di ricordare come il ricorso a medicine non convenzionali, ed in particolare all'omeopatia, in questo ambito abbia dimostrato di avere straordinaria efficacia.

Nel merito del percorso formativo sarebbe a mio avviso più utile che queste discipline fossero intraprese da medici già specializzati, ginecologi, odontoiatri e via dicendo, e che quindi il percorso di base e quello di ulteriore specializzazione fossero dati già per acquisiti nell'ambito della propria area di specializzazione. Ciò garantirebbe, a mio parere, una maggiore specializzazione oltre a chiarire la questione della complementarità e dell'integrazione delle medicine. Le medicine che a questo punto sarebbe ormai bene definire «complementari» o «integrative», più che «non convenzionali», debbono poter rappresentare un'opzione, una scelta per i pazienti nell'ambito di una medicina complessiva, di una medicina per l'appunto «integrata».

Ho apprezzato anche quanto è stato detto a proposito dell'esigenza di valutare l'efficacia della medicina convenzionale sulla base dell'*evidence based medicine* (EBM): è infatti evidente che l'efficacia di queste terapie debba essere vagliata in riferimento ad una diagnosi medica, posto che non esistono patologie per le medicine non convenzionali e patologie che prevedano l'uso di quella tradizionale, ma solo la necessità di curarle.

Da questo punto di vista, ritengo che se una terapia complementare, cosiddetta «non convenzionale», risulta utile per curare una determinata patologia debba anche essere garantita al paziente che ne è affetto la possibilità di sceglierla. Sappiamo anche che l'evidenza in medicina la si raggiunge non attraverso *trials* randomizzati in doppio e triplo cieco ma proprio nella sperimentazione «caso-controllo». Si è riscontrato che alcune medicine tradizionali risultano efficaci rispetto a determinate patologie; non sappiamo il perché, ma abbiamo comunque testato la loro efficacia, posto che effettuando banalmente dei confronti abbiamo empiricamente verificato che la patologia del paziente cui abbiamo somministrato quel determinato farmaco migliora (anche se – lo ripeto – non siamo in grado di dire il perché).

Tanto per fare un esempio, pare che i dati evidenziano che nel caso della medicina tradizionale cinese ci siano alcune patologie di tipo osteotrico che possono essere curate con successo. Non comprendo quindi la ragione per cui non dovrebbe essere data la possibilità di utilizzare in modo ampio anche questo tipo di tecniche che magari in alcuni frangenti possono risultare migliori, anche se ovviamente vanno effettuati dei confronti. Del resto l'*evidence based medicine* serve proprio a questo, ovvero a capire quale sia lo strumento migliore per curare una certa patologia.

In tal senso credo che si stia intraprendendo un percorso sicuramente nuovo ed interessante, ma non vorrei che alcune forme di scientismo esasperate invece che allargare i confini e gli orizzonti del sapere finissero per restringerli all'interno di recinti di carattere più che altro personale. Ritengo infatti che dobbiamo avere il coraggio di aprirci a nuove forme di conoscenza e capire come queste possano integrarsi con quelle ormai consolidate per garantire la migliore cura al paziente che è poi il nostro obiettivo principale, quello dei medici, ma anche quello dei politici che sono tenuti a tenere conto sia della salute dei pazienti che delle casse del Servizio sanitario nazionale. È evidente che quest'ultimo è tenuto ad intervenire laddove una cura risulta sicuramente efficace, efficacia che credo oggi possa essere facilmente dimostrata.

PRESIDENTE. Prima di lasciare la parola ai nostri ospiti per la replica desidero aver un chiarimento su una diatriba che riguarda la definizione delle medicine oggetto della nostra analisi, per le quali alcuni utilizzano l'espressione «non convenzionali» ed altri quella «integrative»; mi risulta in proposito che a livello internazionale la dicitura di riferimento sia la prima.

BERNARDINI. Sì.

BARDARO. In risposta alla richiesta di chiarimento del senatore Bosone, posso dire che il mio osservatorio è particolare perché chiaramente i miei pazienti si rivolgono al mio studio specificatamente per cure odontoiatriche che utilizzino le medicine complementari. L'odontoiatria è del resto il terreno in cui la medicina integrata si afferma maggiormente, né potrebbe essere diversamente, considerato che in questo ambito si fa ricorso a materiali, metodiche e strumentazioni che appartengono comunque alla odontoiatria classica.

Tengo tuttavia a segnalare che sono sempre di più le persone che si avvicinano a queste tipologie di medicina e che soprattutto manifestano la disponibilità a farsi curare con metodiche non convenzionali e complementari. Parlerei di un dato percentuale che si attesta attorno al 20-25 per cento ed aggiungo che la percentuale è la stessa di quelle che si ritrovano nella medicina accademica. Tale percentuale ovviamente aumenta in ambito odontoiatrico, posto che – come già sottolineato nel corso della mia esposizione – se non sempre nella propria vita si ha l'esigenza di consultare un cardiologo, spesso ciò invece si verifica rispetto alle prestazioni odontoiatriche.

Ritengo che il dato percentuale richiesto dal senatore Bosone si aggiri intorno al 20-25 per cento; quello di cui però sono certo è che persone che magari hanno solo sentito parlare di medicina complementare, manifestano comunque grande disponibilità – stante il consenso informato, ovvero previa illustrazione della terapia classica di base – a farsi curare con le medicine non convenzionali.

BERNARDINI. Ringrazio in primo luogo il senatore Bosone che da medico credo abbia dimostrato di aver ben compreso tutti i temi che abbiamo posto. Condivido anche quanto da lui affermato a proposito della formazione specialistica. Credo in proposito vada tenuto presente che la maggior parte dei medici francesi e inglesi utilizzano anche la medicina omeopatica, a cui anche la loro letteratura scientifica fa riferimento.

Insisto dunque sulla necessità di prevedere un livello di formazione di base che valga per tutti, senza discriminazioni riguardo all'accesso. Conseguentemente bisogna stabilire sia un monte ore congruo che permetta ad ogni medico del Servizio sanitario nazionale di poter avere una formazione anche in medicina omeopatica, sia un secondo livello specialistico da riservare agli specialisti della medicina classica affinché diventino specialisti esperti anche in omeopatia.

Per quanto riguarda la delucidazione richiesta dal Presidente, desidero sottolineare che l'espressione *conventional medicine* viene utilizzata dal Parlamento europeo, ma che è riferita agli anni Novanta, pertanto essa è ormai in disuso negli atti istituzionali sia europei che americani. A livello culturale, ad esempio sulle riviste scientifiche, questa espressione non viene assolutamente utilizzata, ma si privilegia l'uso dell'acronimo internazionale CAM (*complementary and alternative medicine*), adottato anche dall'Organizzazione mondiale della sanità. Inoltre, ben 36 università americane (che fanno riferimento a 36 Stati dei 50 che compongono gli Stati Uniti) si sono associate all'interno di un consorzio che si occupa di *integrative medicine* e dove si parla di medicine integrative, di medicina integrata e di complementarietà in medicina. Dunque, credo che il termine *unconventional*, oggi nel 2008 sia ormai storia e, pertanto, non sia nemmeno più proponibile.

PRESIDENTE. Ringrazio gli auditi per il loro prezioso contributo fornito ai lavori della nostra Commissione, nonché i colleghi per aver presenziato alla seduta, e dichiaro conclusa l'audizione odierna.

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

I lavori terminano alle ore 15.