

# **Emilia Romagna – Per un programma sperimentale regionale sull'integrazione delle medicine non convenzionali nei percorsi assistenziali del SSN**

**Guido Giarelli\* Francesco Cardini\***

Sin dai suoi esordi negli anni '90, l'utilizzo del termine "integrazione" per delineare l'articolazione delle medicine non convenzionali con la biomedicina (1) ha sofferto di una fondamentale ambivalenza sul piano concettuale, che si è riflessa poi inevitabilmente anche sul piano operativo.

Già nella sua definizione, infatti, il concetto di "medicina integrata" non appare chiaro e univocamente definito. Vi è chi ritiene che la medicina integrata (o integrativa, come viene definita negli Stati Uniti) consista nel praticare la medicina in un modo che selettivamente incorpori elementi della medicina complementare e alternativa entro programmi terapeutici comprensivi accanto ai metodi di diagnosi e terapia solidamente ortodossi (Rees, Weil, 2001). Così delineata, la medicina integrata/integrativa sembrerebbe dunque una forma di incorporazione selettiva di elementi delle MNC all'interno di una biomedicina rigidamente fondata sull'ortodossia evidence based. Si tratta di una strategia di cooptazione (Kelner et al., 2004) o di inclusione subordinata come è stata definita da altri (Colombo, Rebughini, 2006) che non rimette in discussione il sapere e la pratica clinica biomedica convenzionali e che riduce le medicine non convenzionali a strumento complementare (Giarelli, 2005).

L'accezione di medicina integrata a cui si fa riferimento in questo documento non è semplicemente un sinonimo di medicina complementare, ma ha un significato e una missione più ampi, i cui punti di forza sono:

- la considerazione del paziente come un'unità inscindibilmente mente-corpo, e l'inclusione di entrambe queste dimensioni nella diagnosi e nel trattamento;
- la massima individualizzazione dell'approccio alla persona, considerata nella sua integrità bio-psichica;
- il focus sulla "salutogenesi" oltre che sul trattamento della malattia; pazienti e medici sono coinvolti nel lavoro di mantenimento della salute prestando attenzione al sostegno alle risorse biologiche e psichiche della persona in cura e ai fattori legati agli stili di vita come la dieta, l'esercizio fisico, la qualità del riposo e del sonno, e la natura delle relazioni sociali (Rees, Weil, 2001);
- l'attenzione alle preferenze del paziente, ai fattori culturali e di contesto;
- la complessità dell'intervento, non riconducibile esclusivamente al trattamento farmacologico.

È evidente come questa seconda accezione risulti profondamente diversa e in sostanziale contraddizione con la precedente: anziché ridursi a incorporazione selettiva e subordinata di elementi complementari alla biomedicina evidence based, qui la medicina integrata diviene l'occasione per un ripensamento e una rimessa in discussione del sapere e della pratica medica che coinvolgono l'approccio al malato, il suo ruolo così come quello del terapeuta e la natura stessa dell'incontro terapeutico (vedi anche Roberti di Sarsina, 2011).

È necessario sottolineare che i punti di forza elencati poco sopra non sono una caratteristica esclusiva degli approcci non convenzionali, ma costituiscono tendenze presenti anche in

campo biomedico, particolarmente in settori quali le cure primarie, l'assistenza a patologie croniche e l'oncologia. Infatti l'approccio olistico (detto di volta in volta anche sistemico, connessionista, o umanizzante delle cure) è possibile a prescindere dal paradigma medico o dall'ambito disciplinare del professionista della cura. Esso rappresenta un requisito della buona medicina in generale, in contrapposizione all'approccio "riduzionistico", tendente alla cura della parte malata e favorito dalla superspecializzazione del professionista e dal sovra-utilizzo della tecnologia sia per la diagnosi che per la terapia.

Nel contesto delle società cosiddette affluenti, il modello dominante è oggi quello di una medicina farmaco-dipendente e tecno-dipendente, che tende a concepire la salute come ottimizzazione del rischio (Illich, 1999) e che, di conseguenza, punta in modo esplicito all'industrializzazione delle cure. Con il supporto di gran parte dell'apparato mediatico, essa alimenta nel pubblico l'illusoria aspettativa che qualsiasi limite di efficacia della prevenzione e della cura possa essere superato (Bobbio, 2010).

Questo modello vive una duplice crisi: di sostenibilità economica (argomento che non verrà approfondito in questa sede) e di valori, primo fra tutti il mancato riconoscimento che la cura è prima di tutto una relazione umana, e che sulla qualità di questa relazione si basa buona parte della sua efficacia. Va qui sottolineato come la tendenza all'industrializzazione della medicina ha come prima vittima il tempo della cura, progressivamente ridotto e frammentato, a danno non solo del paziente ma anche dell'agente della cura, e (ovviamente) della relazione tra i due.

È indubbio che, in tale contesto, le MNC sono state e sono portatrici di visioni e di messaggi controcorrente, quali la riconciliazione con i ritmi (i tempi!) e le inevitabili esigenze della natura, la restituzione alla relazione medico-paziente di un ruolo centrale nella cura, la promozione della

salute mediante azioni positive sugli stili di vita e il contrasto all'attuale dannoso, oltre che costosissimo, sovrautilizzo delle tecnologie.

Tuttavia, la crescente diffusione dell'utilizzo di medicine non convenzionali nelle società occidentali in questi ultimi decenni ha portato alla luce anche alcuni limiti loro propri, primo fra tutti la scarsa propensione a sottoporsi a valutazione di efficacia. Ciò purtroppo tende a verificarsi anche nelle rarissime e fortunate occasioni in cui si sono offerte condizioni ottimali per tale valutazione, cioè quando sono disponibili risorse sufficienti e metodologie di ricerca appropriate per valutare outcome complessi, salvaguardando nel contempo l'autenticità e l'integrità dei trattamenti in esame. Questa scarsa propensione (per la verità non egualmente distribuita nel vasto e molto variegato arcipelago delle MNC) rappresenta una palla al piede rispetto alla possibilità di compiere il salto decisivo da fenomeno con impatto prevalentemente culturale – filosofico – ideologico, a fenomeno in grado di irrompere nella pratica della medicina con le sue provocanti novità, conquistandosi gli spazi che merita e rinunciando a quelli che non merita affatto. A tutt'oggi infatti, data la relativa scarsità delle evidenze disponibili, non si ha ancora un'idea chiara di quale sia lo spazio che le pratiche delle MNC possano/debbero occupare (indicazioni, controindicazioni, limiti nel loro utilizzo) e ciò non può che dare ampio spazio all'autoreferenzialità degli esperti e alla proliferazione delle pratiche più fantasiose nei campi più vari, a danno di quel paziente che tutti affermano di voler mettere al centro della propria azione di prevenzione e cura.

È da segnalare a questo punto quanto breve sia la distanza tra autoreferenzialità e concezione paternalistica della cura. Quest'ultima a sua volta è funzionale alla riduzione della salute a merce (piuttosto che alla sua elevazione a diritto) e, di conseguenza, alla conferma delle disuguaglianze

nell'accesso alle cure. È evidente come il campo delle MNC sia tutt'altro che esente da queste problematiche, sulle quali, negli ultimi decenni, il dibattito è stato invece assai serrato (anche se con esiti assai incerti) in campo biomedico.

È altrettanto evidente da queste considerazioni come nessun modello possa rivendicare una totale verginità, o peggio il ruolo salvifico di "nuovo" in contrapposizione al "vecchio". Al contrario, premessa indispensabile perché un processo di integrazione possa innescarsi è la condivisione dell'idea che ogni modello presenta aspetti positivi e utili, ma anche carenze e difetti. L'integrazione non potrà svilupparsi a partire da auto-referenzialità, auto-promozione, lotta tra modelli esclusivi, difesa a oltranza del proprio orticello, sia esso convenzionale o non convenzionale. Al contrario, è necessario unire le energie, valorizzare tutte le risorse disponibili, promuovere competizioni virtuose, conservare e trasmettere ogni preziosa differenza e specificità, ma anche – nel disegno dei percorsi assistenziali e dei pacchetti di cura – essere pragmaticamente disponibili alla contaminazione e selezionare il meglio.

Chiariti questi aspetti, possiamo tornare ai concetti di partenza e approfondire ulteriormente l'analisi: se l'accezione di "medicina complementare" non appare particolarmente problematica per la biomedicina, perché lascia sostanzialmente inalterato il sistema sanitario, quella di "medicina integrata" diventa davvero una sfida potenzialmente in grado di ridisegnarne i contorni (Maizes, Caspi, 1999). Infatti, laddove la prima accezione tende a ridursi a un problema di razionalizzazione dell'esistente, di assimilazione (2) delle MNC al linguaggio e al modus operandi biomedici, in fondo, banalizzandola, la seconda accezione consiste in un processo sincretico e, come tale, sostanzialmente creativo. Essa non può essere semplicemente il risultato della combinazione o giustapposizione dell'esistente:... la medicina combinatoria (le medicine alternative e complementari aggiunte

a quella convenzionale) non è integrativa. La medicina integrativa costituisce un sistema di ordine superiore dei sistemi di cura che enfatizza il benessere e la guarigione dell'intera persona (nelle sue dimensioni bio-psico-sociali e spirituali) come obiettivi primari, attingendo sia dagli approcci convenzionali che da quelli alternativi e complementari, nel contesto di una relazione medico-paziente di sostegno ed efficace (Bell et al., 2002).

Il problema quindi è quello del superamento di un'ambivalenza costitutiva, in quanto tale di difficile risoluzione: quello di una intrinseca dialettica tra pluralismo e incorporazione. Si tratta di un trade off tra due polarità difficilmente conciliabili. Privilegiando il polo del pluralismo si tende a creare un settore parallelo e separato delle MNC, a tutto discapito di una effettiva integrazione. Privilegiando il polo dell'incorporazione, si tende a inglobare in forme omologanti le MNC nel sistema di medicina convenzionale, a tutto discapito del mantenimento della loro peculiare differenza identitaria.

La medicina integrata come processo sincretico apre dunque un orizzonte di ridefinizione del paradigma biomedico che costituisce l'ipotesi di lavoro sulla quale questo progetto intende muoversi, considerando l'incontro con le MNC lo stimolo e l'occasione per un suo ripensamento profondo nella direzione di una medicina centrata sulla persona e sulla relazione di cura (care) (vedi anche Roberti di Sarsina, 2010). Su questa strada, è possibile individuare i tre nodi fondamentali del processo di integrazione stesso, "i tre livelli-problema" dell'integrazione (Giarelli, 2005):

- al livello micro – è la dimensione clinica dell'integrazione ad essere messa a fuoco, consentendo di ripensare lo stesso incontro terapeutico nelle sue caratteristiche più assodate: dalle modalità diagnostiche al percorso terapeutico, dalla relazione medicopaziente al problema della malpractice e della gestione del rischio clinico;

- al livello meso – è la dimensione organizzativa dell'integrazione a innescare una revisione profonda della tradizionale divisione gerarchica di tipo professionale del lavoro sanitario e dell'attuale tendenza all'industrializzazione della cura; l'espansione del continuum dell'assistenza sanitaria consente infatti di includere in esso forme di lavoro sanitario non biomedico secondo una logica funzionale di tipo multiprofessionale e interdisciplinare e riporta al centro dell'attenzione il problema del tempo della relazione e della cura;

- al livello macrosociale – è la dimensione strutturale dell'integrazione a consentire di interrogarci sulle nuove modalità di interazione che i diversi attori collettivi coinvolti – professioni sanitarie, Stato, opinione pubblica, complesso sanitario-industriale – mettono in atto nell'ambito di un sistema sanitario che sembra tornare ad essere pluralista, anche se in un senso probabilmente diverso da quello che aveva prima del lungo periodo di egemonia biomedica.

A ciascuno dei tre livelli-problema è necessario individuare i nodi critici e, conseguentemente, i metodi e gli strumenti più opportuni che consentano di affrontarli in maniera adeguata. A livello micro-clinico, sono il lavoro clinico e il rapporto con il paziente le due variabili fondamentali che possono consentire di analizzare come cambiano le modalità diagnostiche, terapeutiche e inferenziali del lavoro clinico, nonché le principali caratteristiche della relazione terapeutica quale conseguenza della scelta di integrazione: che cosa significa realmente una medicina olistica centrata sul paziente nella concretezza del lavoro clinico quotidiano? quali nuove modalità diagnostiche e terapeutiche comporta? come cambia la logica inferenziale del ragionamento clinico in conseguenza di una comprensione più globale del problema di salute del paziente? e quale nuovo ruolo il paziente stesso è chiamato davvero a svolgere, al di là di ogni appello

retorico, nella relazione terapeutica?

A livello meso-organizzativo, un processo di integrazione di tipo sincretico e centrato sul paziente (de Bruyn, 2003) dovrebbe implicare un approccio che rimetta in discussione il tradizionale modello di organizzazione del lavoro sia di tipo gerarchico-verticale che funzionale-specialistico, per costruire forme di collaborazione orizzontale nelle quali i diversi professionisti operano in équipe con modalità paritarie e disciplinarmente integrate (Giarelli, 2005; Leach, 2006): le diverse forme di équipe multiprofessionale e interdisciplinare possono assumere varie modalità a seconda dei casi trattati e dei contesti organizzativi, disponendosi lungo una sorta di continuum che va da forme di tipo semplicemente consultivo-collaborativo a forme di effettiva integrazione interdisciplinare (Boon et al., 2004).

Infine, a livello macro-strutturale, sono le problematiche di regolamentazione/autoregolamentazione, accreditamento, formazione, organizzazione professionale oggi tanto discusse a costituire il quadro di riferimento istituzionale indispensabile per definire la cornice entro cui la medicina integrata possa operare in maniera legittimata.

Lo spazio concreto reso disponibile a tutt'oggi dalle politiche relative alle medicine non convenzionali deliberate dalla Regione Emilia-Romagna consente di sperimentare modelli di integrazione relativamente ai primi due livelli-problema, con l'obiettivo di mettere a disposizione dei decisori istituzionali concrete esperienze che orientino le future scelte del livello macro-strutturale.

## **Note**

1. In questo documento il termine "biomedicina" è sinonimo di "medicina convenzionale" ed intende indicare il modello scientifico di medicina oggi dominante.



2. Colombo e Rebughini (2006, p. 69-72) ben analizzano alcune delle strategie di assimilazione più diffuse: come quella di “traduzione” nel linguaggio della biomedicina delle tecniche e dei concetti delle MNC (come è il caso dell’agopuntura, dell’osteopatia, della fitoterapia e di molte tecniche di massaggio), o come quella della “ridefinizione e declassamento” di un sistema di medicina a semplice insieme di tecniche specifiche di intervento estraibili e utilizzabili senza più riferimento al contesto culturale originario (come è il caso sempre dell’agopuntura, ma anche di altre componenti della medicina tradizionale cinese come la sua farmacopea, lo shiatsu e la tuina, o lo yoga nell’ambito della medicina ayurvedica).