



Presidenza del Consiglio dei Ministri

COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA

LE MEDICINE ALTERNATIVE E IL PROBLEMA DEL CONSENSO INFORMATO

Approvato dal Comitato Nazionale per la Bioetica all'unanimità
nella seduta Plenaria del 18 marzo 2005

PRESENTAZIONE

Tra la medicina “scientifica” e le c.d. medicine “non convenzionali” è in atto, da decenni e decenni (o forse da sempre?), una controversia che resta dura ed aspra, per quanto si cerchi, da parte di alcuni studiosi, di addolcirla e di raffreddarla. L’opinione comune ritiene, erroneamente, che la controversia abbia per oggetto l’efficacia della medicina in generale e delle terapie alternative in particolare: chiunque abbia partecipato a un dibattito tra i cultori dell’una e delle altre scuole avrà registrato come inevitabilmente, per quanto iniziato su toni elevati, esso finisca per condensarsi in una serie di testimonianze (negative, cioè di fallimenti, per gli uni, positive, cioè di trionfi terapeutici, per gli altri). Testimonianze a volte generiche, ma a volte anche incredibilmente precise; a volte inconcludenti, ma a volte inoppugnabili, tutte quasi sempre affascinanti sul piano dell’esperienza comune per il portato di “passione” che da esse inevitabilmente viene ad emergere (e come potrebbe essere diversamente, in una causa che non altro oggetto possiede se non quello del binomio salute/malattia, il binomio più coinvolgente e conturbante della nostra esperienza?), tutte però epistemologicamente stonate, dato che da nessuna di esse può emergere alcunché in merito al punto nodale della questione, che non è fattuale (se così fosse, una ben concatenata serie di

testimonianze potrebbero definitivamente dipanarlo), ma di principio. E' che il cuore della questione non concerne la medicina come pratica sociale, bensì lo statuto della medicina come scienza. Ed è evidente che non si diventa scienziati attraverso la vox populi, bensì attraverso forme di riconoscimento istituzionale, che l'epoca moderna ha giuridicizzato, dando alle scuole mediche uno statuto pubblico e legale. Il tentativo, tipico degli ultimi anni, di far rientrare le medicine non convenzionali nell'alveo istituzionale della medicina scientifica possiede non irrilevanti motivazioni pragmatiche, ma è fragile dal punto di vista teorico, come lo sono in genere tutti i tentativi di mediazione fondati più sulla convergenza di interessi, che sul rispetto della coerenza intellettuale.

Non spetta naturalmente al Comitato Nazionale di Bioetica erigersi ad arbitro di dispute di tale complessità, che è giusto restino affidate ai soli esperti di epistemologia. Esiste però un profilo, inerente alla pratica delle medicine non convenzionali, quello del consenso informato, la cui valenza etica è estremamente rilevante. Con questo tema il CNB si è confrontato fin dal 1992, col documento Informazione e consenso all'atto medico. Se da allora ad oggi si è ormai definitivamente affermata la consapevolezza che il fondamento dell'eticità di ogni pratica medica non può che essere (tranne che in casi estremi) quello dell'accordo dialogico e competente tra il paziente e il terapeuta, non per questo si deve ritenere che quello del consenso informato del paziente sia un problema facilmente gestibile: sia la categoria del consenso, che ancor più quella dell'informazione sono estremamente complesse e non di rado ambigue. Nel caso delle medicine non convenzionali ai comuni problemi che queste tematiche fanno sorgere se ne aggiungono altri, più specifici e forse ancor più sottili, in parte toccati nel documento Scopi limiti e rischi della medicina del 14 dicembre 2001. La sollecitazione definitiva perché il CNB si facesse carico del tema è venuta nel settembre del 1992, quando Girolamo Sirchia, ministro della salute, incluse il tema del Consenso informato nella medicina con particolare riguardo alla medicina non tradizionale nel novero degli argomenti che egli portò all'attenzione del CNB perché li affrontasse e li discutesse. Il Comitato, nella seduta plenaria che si tenne il 20 settembre 2002, varò un Gruppo di lavoro, affidandolo al coordinamento del Prof. Giovanni Federspil. Al gruppo afferirono molti membri del CNB, a riprova di come il tema fosse ritenuto essenziale ed urgente: Dario Antiseri, Mauro Barni, Luisella Battaglia, Sergio Belardinelli, Paola Binetti, Adriano Bompiani, Cinzia Caporale, Isabella Maria Coghi, Lorenzo d'Avack, Giuseppe Del Barone, Luisa Di Pietro, Angelo Fiori, Carlo Flamigni, Renata Gaddini, Laura Guidoni, Gianfranco Iadecola, Vittorio Mathieu, Demetrio Neri, Pasqualino Santori, Michele Schiavone, Bruno Silvestrini, Giancarlo Umani-Ronchi. I lavori del gruppo si sono protratti dal 20 marzo 2003 al 16 dicembre 2004 e si sono avvantaggiati di una audizione, svoltasi il 18 giugno 2004 durante la quale sono stati ascoltati medici e studiosi rappresentanti di diversi orientamenti nell'ambito delle medicine non convenzionali. La bozza del documento, elaborata dal coordinatore

del gruppo Giovanni Federspil col contributo essenziale di Dario Antiseri, e di Angelo Fiori e Mauro Barni per la parte relativa al consenso informato, è stata successivamente rivista da chi scrive; portata infine all'attenzione del Comitato, riunito in seduta plenaria, dopo vivaci discussioni è stata approvata, all'unanimità, il 18 marzo 2005.

Prof. Francesco D'Agostino

Presidente del Comitato Nazionale per la Bioetica

Le medicine alternative e il problema del consenso informato

1. In questo testo si adotta – *senza pretendere che sia in assoluto la più corretta* – la dizione *medicine alternative*, per designare quelle pratiche diagnostico-terapeutiche, *poste in essere da medici*, che si basano su concetti, teorie e principi attualmente irriducibili alle conoscenze scientifiche consolidate nella e dalla tradizione epistemologica occidentale e le cui pretese di efficacia e di sicurezza, pur ampiamente rivendicate e da molti in diverso modo argomentate, non sono sostenute a parere della maggioranza dei membri del CNB (o comunque non sono sostenute in modo soddisfacente) da prove effettuate con metodologie rigorose e sperimentalmente attendibili. Scegliendo la dizione *medicine alternative* il CNB è peraltro ben consapevole che ne esistono altre, che pur potrebbero utilmente essere usate, come ad es. *medicine complementari, parallele, dolci, naturali, olistiche, integrate, verdi, non convenzionali, non scientifiche, “altre”, ecc.*, dizioni tutte, in un modo o nell'altro, espressive di aspetti significativi di un diverso modo di pensare la medicina. Anche l'aggettivazione cui si usa comunemente ricorrere per qualificare (a volte antagonisticamente) la medicina da cui la medicina alternativa si vuole differenziare e distanziare può essere molto diversificata: si parla di medicina *scientifica, ufficiale, convenzionale, accademica, ortodossa*; ma per alcuni sarebbe opportuno abbandonare ogni aggettivazione e limitarsi a parlare *tout court* di *medicina*. In questo testo verrà utilizzata, come già ha fatto il Comitato in altre occasioni e comunque per le ragioni che sotto saranno indicate, l'espressione *medicina scientifica*.
2. Con l'espressione *medicine alternative* il CNB si riferisce in questo documento esclusivamente a pratiche la cui efficacia non è accertabile con i criteri adottati dalla medicina scientifica, quali la pranoterapia, la medicina ayur-vedica, la medicina antroposofica, l'omotossicologia, l'omeopatia, la medicina tradizionale cinese e quella tibetana, la cromoterapia, i fiori di Bach, il Rei-ki, l'iridologia, ecc. Il CNB ritiene invece opportuno denominare non alternative, bensì *empiriche* altre pratiche terapeutiche, come l'agopuntura riflessologica, la fitoterapia o la medicina manuale, che appaiono in casi determinati benefiche per i pazienti e che non sono sostanzialmente lontane da altre forme di terapia fisica (fangoterapia, crenoterapia, radarterapia, diatermia, massoterapia, ecc.). Le considerazioni svolte in questo testo non fanno riferimento alle medicine empiriche, sulle quali il CNB si riserva di intervenire in altra occasione, e intendono, più in generale, essere una ripresa e un approfondimento delle tematiche sviluppate

in particolare nel § 4 del documento *Scopi, limiti e rischi della medicina*, approvato dal CNB il 14 dicembre 2001.

3. Il CNB è consapevole che l'imponente e crescente diffusione nel mondo occidentale del ricorso alle medicine alternative (fenomeno sociale che non può essere in quanto tale oggetto di studio da parte del CNB) dipende anche (e per alcuni soltanto) dal fatto che molti pazienti trovano *soggettivamente* beneficio da tali indicazioni terapeutiche: *queste esperienze meritano comunque attenzione e rispetto*. Il diritto all'autonomia ed alla libertà di cura è infatti un diritto primario di tutti i cittadini, esercitato non solo da parte di coloro che abitualmente o occasionalmente, ma comunque consapevolmente, individuano come medico curante un cultore di medicine alternative, ma anche da parte di tutti i pazienti che con pari consapevolezza decidono di disattendere le prescrizioni della medicina scientifica.
4. Il CNB rileva comunque che il primario diritto del paziente all'autonomia e alla libertà di cura, sia che s'indirizzi verso la medicina scientifica, sia che si concretizzi nel ricorso a trattamenti alternativi, non può mai sostanzarsi in pretese incompatibili con la dignità e i diritti della persona assistita e con il rispetto dovuto alla posizione professionale del medico: costui, nelle società complesse, è eticamente, deontologicamente e giuridicamente garante della salute, oltre che della propria professionalità, e non può essere vincolato alla mera e passiva esecuzione della volontà del paziente.
5. A fronte del beneficio riscontrato soggettivamente dai molti pazienti che ricorrono alle medicine alternative, si rilevano significativi e preoccupanti casi in cui il loro uso deve essere qualificato come obiettivamente e specificamente *nocivo*. Inoltre, ben può darsi il caso che un paziente venga concretamente leso dal ricorso a tali pratiche, per il fatto che l'uso di diagnostiche e di terapie alternative può ritardare inutilmente e a volte purtroppo *irrimediabilmente* il ricorso a più rigorose ed efficaci diagnosi e terapie di carattere scientifico. I membri del CNB insistono nel sottolineare questa evenienza, nella quale ravvisano uno dei più gravi problemi di eticità con cui devono confrontarsi i fautori e i cultori di tali pratiche.
6. Le Istituzioni pubbliche nazionali e regionali, le Università, gli Ordini dei medici e i Collegi delle professioni sanitarie ed anche le Società medico-scientifiche accreditate hanno, anche sotto il profilo bioetico, il dovere di informare i cittadini non solo sulla pericolosità di ogni automedicazione e di ogni ricorso ad esercenti abusivi della medicina, ma anche sulla validità,

sui limiti e sui rischi che porta inevitabilmente con sé *qualsiasi* pratica –“scientifica” o “alternativa”- che si prefigga finalità diagnostiche e terapeutiche. In particolare, il CNB richiama il ruolo essenziale della *sanità pubblica* (stabilito e regolato da direttive europee e nazionali) in ordine alla sperimentazione dei farmaci e alla farmacovigilanza. Il ritiro non infrequente dal commercio di farmaci inizialmente ritenuti benefici, ma in seguito risultati rischiosi o sicuramente dannosi, o inefficaci, rappresenta un esempio tipico dell’esercizio degli obblighi pubblici che incombono sull’Autorità sanitaria. La stessa suddivisione ufficiale dei farmaci in classi, ai fini della loro rimborsabilità, indica -attraverso la distinzione tra farmaci indispensabili ed altri ritenuti meno essenziali- come anche in quest’ambito la medicina scientifica riplasma continuamente le proprie nozioni e le regole di condotta che ne derivano.

7. A parere del CNB è bioeticamente e deontologicamente doveroso che nessuna pratica medico-terapeutica si sottragga all’obbligo di una sperimentazione sistematica, attuata secondo protocolli rigorosi, metodologicamente corretti e vincolanti, in nome del diritto costituzionale alla salute. E’ inoltre da esigere che ogni sperimentazione vada sottoposta a controlli pubblici, attuati per opera di esperti, terzi e indipendenti. Tale dovere incombe, a giudizio del CNB, su ogni pratica medica, *quindi anche su quelle riconducibili alle medicine alternative*. E’ essenziale che si richieda ai rimedi utilizzati dalle medicine alternative la medesima rispondenza agli standard di efficacia richiesta ai farmaci della medicina scientifica, non essendo accettabile l’istituzionalizzazione di un *doppio standard* per il mercato farmaceutico.

8. E’ peraltro da rilevare come alcune medicine alternative non accettino di essere sottoposte ai protocolli di verifica sperimentali comunemente adottati dalla medicina scientifica e rivendichino spesso peculiarità che dovrebbero esentarle o che renderebbero non praticabili tali controlli a loro carico. Su questo punto il dibattito epistemologico è particolarmente vivace e certamente non appare destinato a soluzioni rapide e condivise. Il CNB non ritiene di propria competenza prendere posizione su questioni puramente epistemologiche e metodologiche, ma non può non dare il giusto peso alle preoccupate prese di posizione in materia di numerose Società Scientifiche e Facoltà mediche e avverte comunque il disagio che tali controverse questioni suscitano in chi sia chiamato ad elaborare valutazioni bioetiche. Molti membri del CNB sono del parere che poiché la fragilità epistemologica (almeno di gran parte) delle medicine alternative appare a loro avviso attualmente dimostrata, essa debba comportare a carico dei medici che ad esse fanno ricorso, responsabilità particolari ed ulteriori, rispetto a

quelle che normalmente vanno attribuite ai medici che applicano esclusivamente le metodiche, le Linee-Guida e i protocolli propri della medicina scientifica.

9. All'opinione pubblica deve essere necessariamente e prioritariamente data l'informazione fondamentale che la medicina che si pratica in modo prevalente nel mondo è la *moderna medicina scientifica*. Bisogna riconoscere (senza peraltro indulgere a trionfalismi, dato che numerosi sono gli errori e a volte le tragedie attivate da pratiche della medicina scientifica) che la diffusione su scala mondiale di questa medicina, assieme all'ulteriore fondamentale fattore delle mutate condizioni di igiene, di alimentazione e in genere di vita di molte popolazioni, ha consentito l'aumento della vita media, la corretta diagnosi, la cura ottimale e spesso la guarigione di un gran numero di malattie (tra cui in particolare quelle epidemiche e infettive). Ed è sullo sviluppo di tale medicina che si basano le speranze di trattamenti risolutivi di patologie oggi infauste, come molte malattie oncologiche, l'AIDS o il morbo di Alzheimer. La medicina scientifica è quella che, a partire dall'adozione del metodo sperimentale, si basa sull'insieme di quelle conoscenze relative alla struttura e alle funzioni del corpo umano che possono essere elaborate grazie all'interazione e all'integrazione di diverse discipline metodologicamente fondate, quali ad esempio la fisica, la chimica, la biologia e in particolare la biologia molecolare, la genetica, la fisiologia, l'anatomia, la patologia generale, la psicologia. Questa medicina, che giorno per giorno aumenta le proprie conoscenze grazie alle ricerche di innumerevoli studiosi, merita altresì di essere definita *scientifica*, perché è capace, grazie a un dibattito pubblico che esclude di principio ogni settarismo ed ogni esoterismo, di autocorreggersi e di modificare i propri concetti e le proprie prassi con grande flessibilità, in base all'esperienza degli errori compiuti e all'elaborazione di sempre nuovi paradigmi.
10. Come è doveroso, ad avviso del CNB, che i cittadini siano informati sullo statuto, sui progressi, sui successi e sui fallimenti della medicina scientifica, è altrettanto doveroso informarli che le medicine alternative –indipendentemente dai successi affermati dai loro cultori e che il CNB non intende nel contesto di questo documento revocare in dubbio- non possiedono uno statuto epistemologico caratterizzato da un analogo rigore. Molte di esse si configurano come elaborazioni filosofiche e/o spirituali a volte anche molto suggestive, ma irriducibili ad ogni controllo empirico. Alcune giustificano la loro efficacia non col riferimento a un *corpus* dottrinale *pubblico*, che possa essere insegnato, appreso e quindi *trasmesso*, ma a facoltà o a *poteri* congeniti, *privati*, ipotizzati come presenti nel terapeuta e di cui lo stesso terapeuta non è in grado di indicare la causa o la fonte obiettiva. Altre, come molte forme di medicina *popolare*,

etnica o tradizionale, non hanno conosciuto alcun evidente progresso documentabile nella storia, come risulta evidente dal fatto che appaiono cristallizzate nei loro concetti e nelle loro prassi ataviche centenarie o addirittura millenarie (come ad es. la medicina ayur-vedica o quella tibetana). Altre ancora si impegnano nel ricercare conferme facendo riferimento a comuni nozioni delle scienze fisico-chimiche, senza riuscire mai però a stabilire alcun collegamento reale delle loro pratiche e delle loro pretese con quelle proprie delle scienze dotate di statuti metodologicamente consolidati. E non va sottaciuto come molte medicine alternative non solo assumano atteggiamenti antagonisti, a volte anche molto aspri e ingenerosi, rispetto alla medicina scientifica, ma siano reciprocamente irriducibili, basandosi su principi radicalmente alternativi tra loro e come sia quindi logicamente impossibile difenderle e giustificarle contemporaneamente *per la contraddizione che nol consente*.

11. Quanto detto non comporta, come già si è osservato, che in un significativo numero di casi, grazie al ricorso alle medicine alternative, non si ottenga per molti pazienti il lenimento di loro disturbi (solo però – si osserva da più parti – quando questi sono di lieve rilevanza). E' anche ben noto che i fautori di alcune medicine alternative insistono nel sottolineare come il loro massimo contributo consista nel trattamento sintomatico di casi cronici, difficili da trattare con i metodi scientifici. Molto più controverso è invece l'accertamento della *reale* efficacia delle medicine alternative quando siano attive nei pazienti patologie particolarmente severe o a rapido decorso e per le quali non si possono ipotizzare cause o concause psico-somatiche. Ad avviso di alcuni membri del CNB, l'efficacia delle medicine alternative, quando viene rilevata, troverebbe una spiegazione nel ben noto effetto *placebo*, nonché al maggiore impegno che in genere (*e lodevolmente*) i cultori di queste pratiche dedicano alla cura e al conforto di ogni singolo loro paziente. E' infatti noto che alcuni cultori della medicina scientifica trascurano le esigenze psicologiche della *persona malata*, nella ricerca della corretta diagnosi e terapia della *malattia*, mentre in genere i cultori delle medicine alternative più frequentemente attivano nei confronti dei malati una prossimità che talora è assente nelle pratiche della medicina scientifica.
12. E' opinione unanime del CNB che sia bioeticamente doveroso che tutti questi aspetti delle *medicine alternative* –nelle loro dimensioni positive, come in quelle negative- siano resi noti a tutti cittadini e in particolare ai pazienti. E' doveroso altresì che questi aspetti siano ben conosciuti anche dai medici: essi devono essere sempre in grado di fornire una leale ed onesta informazione sull'efficacia e sui limiti delle prestazioni fornite da qualsiasi prassi medica e quindi anche da quelle non scientificamente o non ancora scientificamente fondate.

13. Al *dovere del medico* di fornire al paziente tutte le informazioni indispensabili perché egli possa assumere in piena autonomia le proprie decisioni si affianca, come è noto, *l'onere del paziente* di fornire al medico tutte le informazioni possibili in suo possesso per garantire una corretta diagnosi e un'adeguata indicazione terapeutica. Nel campo delle medicine alternative questo dovere del paziente assume un rilievo cruciale in relazione alle possibili interazioni tra le sostanze prescritte secondo i paradigmi delle medicine alternative e quelle prescritte in base ai protocolli della medicina scientifica: tali interazioni possono impedire ai medici di effettuare una diagnosi corretta e di indicare la terapia ottimale per il paziente. Spesso il paziente è portato a sottovalutare il dovere di fornire queste informazioni, sia perché ignora i possibili effetti dei prodotti farmaceutici (che a volte assume autonomamente, senza il controllo medico), sia per una indebita, ma a volte insuperabile forma di "pudore" nel riferire al medico che lo ha in cura la propria (a volte occasionale) adesione a un modello di medicina che egli sa da lui non condiviso. Da indagini attendibili risulta che in particolare i pazienti che fanno uso di antidepressivi regolarmente prescritti spesso, agendo di propria iniziativa, aggiungono coadiuvanti alternativi, ignorando che i prodotti naturali contro ansia e depressione possono avere effetti pericolosi se assunti contestualmente ad altri farmaci. Il CNB, nella consapevolezza della dimensione di questo problema, insiste sull'importanza di far comprendere all'opinione pubblica la necessità di fondare il rapporto medico-paziente su una reciproca e leale informazione quale elemento imprescindibile per la realizzazione di una vera "alleanza terapeutica".
14. E' da ritenere scontato che il dovere di ogni clinico sia quello di comportarsi, di fronte al proprio paziente, *secondo scienza e coscienza*. Questo antico motto lega insieme due entità diverse – la scienza e la coscienza – in un *unicum* professionale e vincola il medico –in quanto titolare di un titolo di studio *pubblico* e di una *abilitazione pubblica* all'esercizio della medicina– a seguire nel trattamento del paziente non le proprie intuizioni soggettive e private, anche se suggestive, ma ciò che è dettato dalle conoscenze scientifiche pubblicamente convalidate in ogni singolo momento storico. Il CNB riconosce come spetti ad ogni singolo medico la c.d. *libertà di cura* (in cui anzi è da vedere uno dei fattori del progresso della medicina); ma tale libertà deve necessariamente esercitarsi nella prospettiva fondamentale della tutela della salute del malato e quindi prevedere *in primis* la proposta al paziente dell'applicazione di rimedi di comprovata efficacia. Solo quando questi mancassero del tutto o si rivelassero nel caso concreto inefficaci (o comunque a minima probabilità statistica di efficacia) o comportassero contro-indicazioni

vistose, o venissero comunque rifiutati espressamente dal paziente adeguatamente informato, potrebbe apparire lecito, col necessario consenso di questo, il passaggio verso altre terapie, purché però mai frutto di scelte soggettive e/o arbitrarie del terapeuta: *è principio bioetico essenziale quello per il quale la libertà di cura debba sempre coniugarsi con la posizione di garanzia che l'ordinamento assegna al medico rispetto al paziente assistito.*

15. E' comunque indubbio, a parere del CNB, che in alcune circostanze (in particolare nel caso di forme morbose non gravi o di pazienti ipocondriaci o in fase di terapia palliativa) appaia giustificato ricorrere alla somministrazione di sostanze o all'esecuzione di pratiche scientificamente non convalidate, *a condizione che il paziente, competente e informato, lo richieda espressamente.* Il CNB unanime ribadisce però che *nel caso di situazioni morbose sicuramente gravi, per le quali esistono rimedi conosciuti ed efficaci, non appare in alcun caso lecito, né giuridicamente, né deontologicamente, né bioeticamente che il medico non effettui gli accertamenti indicati dalla medicina scientifica e non ponga in essere ogni sforzo per chiarire al paziente le conseguenze di un suo eventuale rifiuto di quelle cure che tale medicina giudica utili o addirittura indispensabili.* Il CNB è quindi unanime nel ritenere che *in tali casi le pratiche mediche non fondate scientificamente non possano sostituire quelle della medicina scientifica.*
16. Il CNB è dell'opinione che, se un paziente, adeguatamente informato, intende espressamente rinunciare alle terapie della medicina scientifica e ritiene piuttosto di avvalersi delle indicazioni terapeutiche di una medicina alternativa prescrittagli da un medico, i costi delle preparazioni e delle prestazioni fornite non debbano essere posti a carico del Servizio Sanitario Nazionale.
17. Particolare attenzione i medici dovrebbero riservare all'uso delle medicine alternative qualora i pazienti siano minori o incapaci, anche nel caso in cui esse vengano richieste da parte dei loro genitori o tutori. Se si escludono le patologie di minimo rilievo, che potrebbero anche suggerire l'ipotesi di non procedere a trattamenti terapeutici, nell'attesa di una più che probabile guarigione spontanea da parte del malato, i medici devono prescrivere sempre il ricorso a terapie scientificamente convalidate.
18. E' auspicabile che le Università e più in generale tutti gli enti di ricerca nella loro autonomia sviluppino programmi di ricerca sulle medicine alternative, sulla loro storia, sulla loro diffusione, sulla loro plausibilità epistemologica, sui risvolti sociologici del loro impiego e su

qualsiasi altro loro aspetto che sia rilevante ai fini della diffusione e dell'incremento del sapere. L'insegnamento o gli insegnamenti che abbiano per oggetto tali aspetti della medicina devono essere mirati a far conoscere agli studenti una problematica di grande rilievo nell'ambito della sanità contemporanea, ma non a veicolare in essi l'idea, epistemologicamente non giustificabile e non coerente col prestigioso valore *legale* dell'*unitario* titolo di studio rilasciato dall'Università, che il pluralismo *nella* scienza equivalga a un pluralismo *delle scienze*. Né è accettabile che l'insegnamento di tali aspetti della medicina possa avere una valenza professionalizzante particolare, spendibile sul mercato diversamente da quella di cui ordinariamente gode ogni medico.

19. E' infine essenziale che l'insegnamento relativo alle medicine alternative venga affidato a studiosi individuati secondo le ordinarie modalità di reclutamento dei docenti universitari, senza concedere poteri decisionali (che acquisterebbero il carattere di indebiti privilegi) alle associazioni di riferimento delle medicine alternative (e questo in piena analogia con quanto avviene per le società medico-scientifiche, che, per quanto grande possa essere il loro prestigio, non hanno e non devono avere il potere di individuare formalmente i docenti universitari delle loro discipline di riferimento). Ogni medico (e non un medico *ad hoc*) deve ottenere negli anni della sua formazione una conoscenza adeguata delle ragioni che militano a favore e di quelle che militano contro le pretese delle medicine alternative. Il CNB su questo punto conferma l'avviso a suo tempo manifestato con la *Mozione su medicine e pratiche non convenzionali*, approvata il 23 aprile 2004.

POSTILLA

Alcuni membri del CNB ritengono opportuno precisare meglio, nei seguenti termini, la loro posizione. Le cure mediche vanno innanzitutto valutate in funzione della loro efficacia e sicurezza, documentate in accordo con i criteri consolidati ed irrinunciabili dettati dal metodo scientifico. Le basi teoriche e la spiegazione del meccanismo d'azione delle cure sono la guida della pratica medica, ma la loro mancanza non esclude il ricorso a cure documentate in maniera ineccepibile dal punto di vista dell'efficacia e sicurezza. Va rilevato, d'altronde, che molti farmaci della moderna medicina scientifica sono stati introdotti in terapia senza conoscerne il meccanismo d'azione.

In base a questi principi, codificati dalla cosiddetta "medicina dell'evidenza", si ritiene che anche le medicine alternative, o non convenzionali, vadano giudicate innanzitutto in base alla documentazione, fornita con criteri metodologicamente corretti, dell'efficacia e sicurezza delle cure. I principi ispiratori delle medicine alternative, o non convenzionali, possono avere un valore culturale, ed essere oggetto dei corsi sulla storia della medicina, ma sono secondari dal punto di vista della pratica medica corrente e dell'interesse del paziente.

In conclusione, appare condivisibile il parere del Direttore del Centro delle Medicine Complementari ed Alternative dell'NIH-National Institutes Health, secondo il quale le medicine alternative, o non convenzionali, offrono molte interessanti opportunità, che vanno valutate in "maniera appropriata", dove il termine appropriata va riferito al rispetto del metodo scientifico.

Prof. Bruno Silvestrini

Prof. ssa Luisella Battaglia

Prof.ssa Cinzia Caporale

Prof. ssa Isabella Coghi

Prof. ssa Renata De Benedetti Gaddini

Prof. Giuseppe Del Barone

Prof. Carlo Flamigni

Prof. Enrico Garaci

Dr.ssa Laura Guidoni

Prof. Demetrio Neri

Prof. Pietro Rescigno

Dr. Pasqualino Santori

POSTILLA

Nell'approvare il documento, il prof. Demetrio Neri ha espresso una riserva sul contenuto del paragrafo 4, che viene qui riproposto nella versione per lui accettabile: "Il CNB rileva comunque che il primario diritto del paziente all'autonomia e alla libertà di cura, sia che s'indirizzi verso la medicina scientifica, sia che si concretizzi nel ricorso a trattamenti alternativi, deve coniugarsi col rispetto dovuto alla posizione professionale del medico: costui, nelle società complesse, è eticamente, deontologicamente e giuridicamente garante della cura della salute, oltre che della propria professionalità, e può legittimamente rifiutare prestazioni che contrastino con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico."

Prof. Demetrio Neri

POSTILLA

Nel testo, al n. 17, a proposito di “pazienti minori o incapaci” si sostiene che “...l'impossibilità di ottenere o, comunque, di considerare valido il consenso a tali pratiche da parte di tali pazienti dovrebbe indurre i medici a suggerire sempre il ricorso a terapie scientificamente convalidate”.

E' vero: gli adulti possono valutare rischi e vantaggi, possono rifiutare ciò che, a loro avviso, non è utile e che, in quanto tale, non vale il disagio o la sofferenza che comporta, e i bambini no. E' vero, ma si sa che i bambini, fin quasi all'adolescenza, pensano attraverso i genitori. Se il medico cui essi li hanno affidati è un medico che ha fiducia nelle medicine alternative, perché non ammettere che queste vengano usate anche per i bambini? Riflettendo su questo punto, mi sono chiesta perché non abbiano anch'essi il diritto di fruire della medicina in cui i genitori hanno riposto la loro fiducia e che vedono da loro usare?

Una delle accuse che viene fatta alle medicine alternative è di non avere dimostrabili basi scientifiche. Ma per avere basi scientifiche occorrono ricerche e finanziamenti di natura la più diversa, dalle industrie private agli organismi pubblici statali, cui le medicine alternative finora non hanno avuto se non limitato accesso. Ma i bambini ritengono che è valido (buono) solo quello che vedono fare dai genitori e, pur avendo la capacità di avere un proprio consenso informato, fanno proprio quello dei genitori e accettano con maggiore fiducia le medicine alternative che vedono da essi usare che non quelle prescritte da un medico diverso, anche se “scientifiche”.

Prof. ssa Renata De Benedetti Gaddini

APPENDICE

I CONCETTI FONDAMENTALI DELLE PRINCIPALI MEDICINE ALTERNATIVE

Non può essere certamente facile riassumere in poche pagine i concetti e le tesi fondamentali che costituiscono l'ossatura teorica delle principali 'Medicine Alternative'. Qui verranno tratteggiate le idee di base di alcune di queste 'medicine', idee dalle quali sono state derivate le prassi diagnostiche e/o curative che vengono applicate nell'esercizio clinico quotidiano.

Per quanto nel linguaggio corrente con i vari nomi ('Agopuntura', 'Omeopatia', 'Omotossicologia', ecc.) vengano indicate le pratiche cliniche, prima di iniziare queste brevi esposizioni appare indispensabile precisare che, in termini rigorosi, le 'medicine alternative' sono costituite prima di tutto dalle loro teorie e non dalle prassi terapeutiche realizzate al letto del malato. Le tecniche curative e i loro effetti, infatti, non sono altro che eventi empirici che possono essere interpretati in vario modo; ciò che identifica una specifica medicina alternativa è l'insieme delle entità che questa postula e le relazioni che intercorrono fra queste. Queste entità e queste relazioni, infatti, permettono di formulare le diagnosi, di prospettare le spiegazioni dei fenomeni patologici, di prevedere che certi provvedimenti terapeutici avranno o non avranno un effetto benefico in un certo paziente.

Così, per esemplificare, l'infissione di un ago in un certo punto della cute per ottenere un effetto terapeutico non identifica di certo l'agopuntura cinese. Ciò che connota l'agopuntura cinese è una complessa rete di concetti (vedi avanti) dalla quale si può inferire che l'infissione verticale dell'ago nel punto IT1 (piccolo stagno, palude) 2 mm laterali e prossimali al *sulcus matricis unguis* esterno del mignolo, si otterranno effetti sulle difficoltà visive, sull'occhio velato, sulla rinite con naso ostruito, sull'epistassi, sulla rigidità nucale, sulle mastiti, sull'ipogalattia, sulla tosse e sul tinnito. Qui "secondo la tradizione avviene il passaggio dell'energia dal meridiano cardiaco al meridiano dell'intestino tenue" (Sembianti 1980, pag. 173). Analogamente, l'infissione verticale di un ago nel punto R2 (valle illuminante, sorgente del serpe) del meridiano del rene che si trova sulla parte interna del piede, poco al di sotto della prima Tuberositas dell'osso navicolare in un piccolo avvallamento" (Sembianti 1980, pag. 228), regola la sudorazione ed è indicata nei disturbi della coagulazione, nella tumefazione e dolore dell'orofaringe, nel diabete mellito, nelle nefropatie, nelle uretriti, nella spermatorrea, nei dolori allo scroto, nelle vaginiti, nella sterilità, nei disturbi reumatici agli arti inferiori e negli ascessi cutanei di tutti i tipi. Il meridiano del rene era tradizionalmente considerato "l'organo di potenziamento della forza che controlla la volontà, il regolatore del sonno

invernale e il fondamento della costituzione congenita” (Sembianti 1980, pag. 223). Attualmente viene considerato un meridiano catabolico (Sembianti 1980, pag. 223).

Poiché una trattazione anche superficialissima di tutte le ‘medicine alternative’ sarebbe un’impresa assolutamente impossibile, qui tratteremo alcuni gruppi di queste dottrine legate a una prassi terapeutica, riunite, dove possibile, sulla base delle loro affinità storiche e/o geografiche e/o teoriche.

Le Medicine dell’Asia

a) La medicina tradizionale cinese

Questa prassi si presenta sotto due forme diverse: a) la medicina popolare, che è un misto di ricette e di tradizioni familiari e di pratiche magiche e religiose basate sul buddismo e sul taoismo (Huard 1981, pag. 97), b) la medicina classica che è costituita da un corpo imponente di trattati canonici, molti dei quali anteriori all’era cristiana, per i quali esistono rilevantissime difficoltà di traduzione e di comprensione nelle lingue occidentali.

Il cosmo, nel quale l’uomo è incluso, ”procede ritmicamente da un principio immutabile ed eterno (tao) che si manifesta con due aspetti: lo Yin e lo Yang”. Lo Yin e lo Yang non sono definibili in sé, ma sono entità o concetti relativi l’uno all’altro: ad esempio, Yang è ciò che sta in alto in relazione a ciò che sta in basso; ciò che è più caldo, più asciutto, più vivo, più a destra, mentre lo Yin è ciò che è più freddo, meno asciutto, meno vivo, più a sinistra. Così, la cintola è Yang in rapporto ai piedi ma è Yin in rapporto al capo, e pertanto tutto è contemporaneamente Yin e Yang.

Il cosmo è percorso da un’energia universale che penetra l’organismo umano e lo attraversa percorrendo un sistema di particolarissimi canali non osservabili (i Tching o ‘meridiani’). Questi canali interni affiorano alla superficie cutanea in specifici punti che sono appunti i ‘punti’ utilizzati nell’agopuntura tradizionale cinese. L’energia che circola nell’organismo è solitamente in uno stato di equilibrio che corrisponde alla salute; ogni alterazione di questo equilibrio energetico dà origine ad uno stato patologico che corrisponde ad un eccesso o ad un difetto energetico di uno o più organi. L’agopuntore, che trae il suo giudizio diagnostico dall’esame dei polsi o dall’auricolo-diagnostica, si propone di ristabilire l’equilibrio dell’energia cosmica circolante mediante la puntura di specifici ‘punti’. Pertanto, egli pungerà questo o quel ‘punto’ allo scopo di disperdere (diminuire) o di tonificare (aumentare) l’energia che circola sul meridiano corrispondente e quindi su un organo specifico e sugli altri organi collegati a questo secondo due cicli: il ciclo creativo (o ciclo Cheng) e il ciclo distruttivo” (o ciclo K’eu).

b) La medicina tibetana

La medicina tibetana o lamaista, diffusa nel Tibet e nell'Asia centrale, deriva principalmente dalla medicina buddista ed indiana ed è fondata sulla dottrina dei tre 'umori': la bile, l'aria e il flemma. Con questi nomi, però, non si indicano i tre composti così denominati in Occidente, ma tre principi fondamentali: la mente, l'energia e la materia inerte (Burang 1976, pag. 9). La sede principale della bile è collocata al centro del corpo, quella della flemma nella parte superiore e quella dell'aria nella parte inferiore. Le malattie sono provocate da un'espansione eccessiva di uno di questi tre principi 'umori'. Mentre gli antichi indiani, essendo inclini alla spiritualizzazione e alla meditazione, erano esposti alle malattie da eccesso di aria, gli occidentali sono oggi esposti alle malattie dovute ad un eccesso di bile e/o di flemma. (Burang 1976, pag. 11). Le malattie si dividono anche in 'calde' e in 'fredde' e mentre le prime sarebbero dovute ad un'espansione del sangue le seconde sarebbero causate da un'espansione del flemma. La sede delle malattie è localizzata il più spesso all'interno o in prossimità di quattro organi: lo stomaco, il fegato, la parte superiore e la parte inferiore dell'intestino.

La diagnostica tibetana è piuttosto semplice: un'urina torbida indica un eccesso di bile, se il colore è giallo-rossiccio significa che si tratta di una malattia 'calda' dovuta alla bile. Un'urina molto schiumosa denota un eccesso di aria e se è del tutto inodore, di flemma. Infine, anche l'aspetto della lingua (giallastra, ruvida e secca, o bianchiccia) indica che l'alterazione è dovuta rispettivamente alla bile, o all'aria o al flemma (Burang 1976, pag.15).

Secondo la medicina tibetana, accanto al corpo materiale esiste "un secondo corpo" che è "il corrispondente sottile del grossolano guscio umano", attraversato da un numero grandissimo di canali (secondo alcuni sarebbero 1.000, secondo altri, invece, sarebbero 10.000), che permettono la circolazione del "corrispondente sottile dell'aria" (Burang 1976, pag. 20).

Quelli esposti fin qui sono soltanto alcuni dei concetti-base della medicina tibetana. Su altri, come la connessione tra corpo materiale e secondo corpo, il sistema circolatorio della forza vitale, l'esame della pupilla, l'interpretazione diagnostica dei sogni, l'esame delle pulsazioni, la dottrina dei tre canali principali del secondo corpo i sette centri dell'energia vitale (*khorlo*) (Burang1976, pag. 21-22), la manipolazione del corpo da parte del guaritore dotato di *prana*, non è possibile trattenersi in questa sede.

Vale la pena di ricordare che lo studio della medicina tibetana viene considerato estremamente difficile e che prima di iniziare qualunque specifico corso medico sono richiesti tredici anni di studio dei fondamenti della materia (Burang 1976, pag.34); inoltre, il medico

tibetano, prima di essere considerato un valido guaritore deve fare venti anni di apprendistato” (Burang 1976, pag.15).

I rimedi usati nella medicina dei Lama sono numerosissimi e vengono tratti in maggior parte dal regno animale e da quello vegetale; essi supererebbero i diecimila preparati (Burang 1976, pag. 39). Nelle malattie cardiache vengono impiegati l’oro in polvere, la noce moscata, l’asa foetida, e una mistura di zucchero, canfora, nying-sho-sha, e bile di orso e il chu-gang tibetano. Per le malattie epatiche vengono usati la rigger di ferro, il chiodo di garofano, il cinabro e il rame in polvere. Oltre ai farmaci il guaritore tibetano considera anche la necessità di rimuovere “l’orgoglio spirituale del malato” (Burang 1976, pag. 49), la prescrizione di esercizi fisici, il salasso (che viene praticato in 77 punti distinti) e la somministrazione di sostanze che provocano gli starnuti (Burang 1976, pag. 51). In particolare, a volte si ricorre all’agopuntura cinese o alla moxa, ma, a volte, anche a trattamenti estremamente crudeli come il versare olio bollente in un’incisione effettuata vicino alla zona malata (Burang 1976, pag. 54-55).

c) La medicina ayur-vedica

La medicina ayur-vedica è la medicina tradizionale dell’India, coltivata dai bramini, ed il suo nome sanscrito significa ‘scienza della vita’ o ‘scienza della longevità’. Essa è stata praticata nell’intero ambito di influenza della civiltà indiana, dalla Persia a Giava, da Ceylon alla Mongolia. Le prime tracce di una medicina vedica risalgono al periodo che va dal 1000 al 500 a.C. L’ayur-veda come sistema medico coerente si è costituito 700-800 anni prima della nascita di Cristo. Secondo la dottrina ayur-vedica l’arte medica sarebbe stata creata da Brahma; essa è contenuta in due trattati scritti rispettivamente da due grandi medici, Caraka e Susruta: la Carakasamhita e il Susutasamhita.

Secondo la dottrina ayur-vedica ogni essere vivente è dotato di intelligenza ed ogni cosa esistente possiede un certo grado di spiritualità. La materia del corpo umano, come quella del mondo, è costituita da cinque elementi fondamentali, chiamati ‘*dhatu*’: il vento, il vuoto, il fuoco, l’acqua e la terra. Questi si combinano tra loro e formano così altri sette ‘*dhatu*’: il chilo, il sangue, la carne, il grasso, le ossa, il midollo e lo sperma. L’organismo è caratterizzato da tre categorie di condotti organici: i *dhamani*, i *sira* e gli *srotas*; i primi due partono dall’ombellico e sono rispettivamente in numero di 24 e di 700 (Huard 1981, pag. 21-22). Nell’organismo vi sono poi 107 ‘punti vulnerabili’ che sono considerati come le sedi dell’energia vitale.

Le varie funzioni del corpo e dello spirito sono regolate da alcuni principi che vengono chiamati *Doshas*. Il principale fra questi è il soffio vitale, o *prana*,; gli altri sono il *pitta*, che risiede nell’intestino tenue e presiede alla digestione e alla temperatura corporea, e il *vata* che si trova nel

colon e fornisce l'energia necessaria per la volontà e la respirazione, il *kapha* rappresenta la coesione e l'equilibrio dei fluidi.

Le malattie sono dovute o a cause accidentali o a una perturbazione dell'equilibrio tra gli elementi responsabili del buon funzionamento dell'organismo (Huard 1981, pag. 27). L'alterazione di uno dei tre *Doshas* trascina con sé l'alterazione delle azioni degli altri due, dando così luogo a un gran numero di combinazioni patologiche, che, secondo un noto testo, sarebbero 62 (Huard 1981, pag. 27). La diagnosi viene posta mediante un esame attento del malato che prevede d'annusarne gli odori, di assaggiarne l'urina e di ascoltare il rumore della respirazione, i borborigmi, gli scricchiolii delle articolazioni, le alterazioni della voce. Dall'esame dei polsi, che è differente da quello praticato nella medicina cinese, il medico indiano vuole riconoscere le perturbazioni nell'equilibrio del *prana*, della bile, e del flegma (Huard 1981, pag.31). La prognosi sul decorso delle malattie ha l'aspetto di un'arte divinatoria poiché ritiene di poter predire lo svolgimento di una malattia dai vestiti della persona venuta a chiedere del medico o dalla direzione del vento che soffiava al suo arrivo (Huard 1981, pag.33). Nell'Ayur-veda l'igiene e la profilassi sono particolarmente sviluppate: le unzioni, i massaggi, la pulizia orale, l'igiene sessuale sono raccomandati e descritti con cura. Anche la dieta ha ricevuto una grande attenzione: sono raccomandati l'orzo, il grano, il riso rosso, il fagiolo mango, le lenticchie (Huard 1981, pag.37), gli oli vegetali e le materie grasse di origine animale. Il latte, infine, avrebbe la caratteristica di placare i tre *Doshas* (Huard 1981, pag. 39).

Data l'unitarietà fondamentale della natura, la dottrina ayur-vedica ritiene che anche le piante possiedano un certo grado di coscienza attraverso la quale si mettono in comunicazione con l'intero universo. Nel corpo, poi, esisterebbe un principio organizzativo centrale, detto '*Aghi*', che è presente anche nel resto della natura e soprattutto nelle piante; questo principio controlla la funzione digestiva ed il metabolismo e, attraverso queste funzioni, conferisce la salute del corpo. Quando il cibo non viene adeguatamente digerito per la presenza di un '*Aghi*' debole, si formano tossine (*Ama*) che danno origine alle malattie. Le erbe medicinali curano l'organismo malato trasmettendogli il loro '*Aghi*' e con questo la capacità di digerire le sostanze che prima non potevano venire interamente trasformate e assimilate.

Scopo principale della terapeutica ayurvedica è di ristabilire l'equilibrio fisiologico, ripristinando l'equilibrio dei *doshas*. Per raggiungere questo scopo i medici ayurvedici impiegano molti tipi di trattamenti: la dieta, l'esecuzione di esercizi, massaggi con olio medicamentoso, trattamenti di colore, la somministrazione di erbe e tecniche mentali, fra le quali la principale è la meditazione trascendentale.

d) Il Reiki

Il Reiki è una tecnica di guarigione e di autoguarigione che si attua con l'imposizione delle mani su varie parti del corpo; essa sarebbe capace di guarire attivando ed amplificando l'energia vitale che è presente negli esseri viventi. Lo scopritore del Reiki è stato un monaco cristiano vissuto in Giappone nel XIX secolo che avrebbe ripreso un antichissimo sistema di guarigione naturale risalente a Buddha. Il Reiki viene appreso mediante un'iniziazione che si realizza l'acquisizione di tre diversi livelli di conoscenza.

Durante il trattamento del Reiki questo agirebbe sui quattro 'corpi' principali della nostra esistenza: il corpo fisico, il corpo emozionale, il corpo mentale e il corpo spirituale "che è la parte di noi che ricerca il Divino ed è anche la capacità di amare se stessi e gli altri" (Ancona 1996). Durante il trattamento avverrebbe lo sblocco emozionale: infatti, secondo il Reiki "la vera causa dei nostri problemi fisici e psichici sarebbero carenze affettive antiche, che si somatizzano nel nostro corpo". I trattamenti del Reiki si attuano applicando le mani sui luoghi dei sette *chakra* principali del corpo, attraverso i quali l'energia entra ed esce dalla nostra aura e dal nostro corpo fisico"(Ancona 1996).

Le Medicine Europee

a) L'omeopatia

E' la dottrina medica concepita da un medico nato a Meissen, Samuel Hahnemann (1755-1843). Questi concepì l'idea che i pazienti dovessero essere trattati con quei farmaci che nel soggetto sano producevano i sintomi che essi lamentavano. Il principio-base di questa medicina era quindi sintetizzato nel motto «similia similibus curentur» e si opponeva al principio sostenuto da Galeno «contraria contrariis curentur»; per questa ragione Hahnemann chiamò la propria medicina «omeopatia» e la contrappose alla terapeutica a quell'epoca in vigore, che chiamò «allopatia». A questo principio il medico sassone ne fece seguire un secondo: poiché l'azione dei farmaci aumentava con il diminuire della dose, i medicamenti dovevano venire diluiti fino a concentrazioni bassissime (principio delle diluizioni infinitesimali) e somministrate ai pazienti in quantità piccolissime. Nella preparazione dei rimedi la soluzione doveva venire agitata manualmente secondo certe regole specifiche perché queste scosse avrebbero 'dinamizzato' il rimedio risvegliando ad attività le forze dormienti e aumentando enormemente le capacità terapeutiche.

Secondo la dottrina omeopatica di Hahnemann l'organismo umano agisce in quanto è animato da 'un'energia vitale immateriale' che ne informa tutte le parti. La malattia, poi, sarebbe

uno stato in cui “questa ‘forza vitale’ indipendente e presente ovunque nell’organismo e immateriale è perturbata dall’azione di qualche agente patogeno”,. In altre parole, “le malattie non sono alterazioni meccaniche o chimiche della materia vivente e non dipendono da un agente patogeno materiale, ma sono soltanto una perturbazione spirituale e dinamica della vita” (Organon pag. 30). “Ogni malattia è – insomma - l’effetto di una potenza immateriale, nemica, che disturba il principio vitale, dominante, misterioso in tutto l’organismo” (Organon, pag.99).

Quanto alle specie delle malattie, il medico tedesco rifiutò la nosografia allora esistente e ridusse le malattie croniche (i miasmi) a tre: la psora, la sicosi e la lue. Secondo la dottrina omeopatica “la psora è la causa fondamentale, vera determinante di quasi tutte le altre forme morbose, frequenti e innumerevoli, che figurano in patologia come entità proprie, chiuse, che vanno sotto il nome di nevrasenia, mania, melanconia, epilessia, convulsioni di ogni specie, scrofola, scoliosi e cifosi, cancro, varici, gotta, emorroidi, itterizia, cianosi, idropisia, amenorrea, emorragia gastrica, nasale, polmonare, emicrania, sordità calcolosi renale, ecc.” I farmaci, poi, non agirebbero in virtù delle loro caratteristiche chimiche, ma grazie ad una “forza spirituale” che è “insita nella loro intima essenza”. “La triturazione e la succussione, infatti, - ha scritto Hahnemann - sviluppano le energie terapeutiche interne e quasi spirituali delle sostanze grezze” (Organon, pag. 148). Così, “tutte le medicine guariscono senza eccezione le malattie che hanno i sintomi simili più vicini, e che nessuna di dette malattie lasciano non guarita”.

Dopo la morte di Hahnemann la sua dottrina medica subì fasi alterne di fortuna e la sua diffusione si associò ad accesi contrasti ed alla nascita di scuole diverse. Nonostante questi dissidi tutti gli omeopati hanno sempre riconosciuto la validità sostanziale dei principi enunciati dal fondatore: la legge dei simili, la diluizione infinitesimale, la dinamizzazione.

Per quanto non sia possibile seguire le numerose ramificazioni dottrinali dell’omeopatia, è opportuno ricordare James Tyler Kent, un medico statunitense, che ha approfondito la teoria del fondatore, sostenendo che “l’uomo, sarebbe formato da una triade di elementi: la volontà e l’intelletto, che costituiscono un’unità, la forza vitale [che è] ministra dell’anima, e infine, il corpo materiale” (pag. 49). Inoltre, “ogni vera malattia procede dall’interno dell’organismo verso l’esterno poiché l’uomo è immune da ciò che procede dall’esterno verso il centro e quindi il movimento centripeto è impossibile” (pag. 49).

Leo Vannier è stato invece il fondatore dell’indirizzo costituzionalistico omeopatico. A suo giudizio gli uomini sarebbero classificabili, sulla base delle loro proporzioni corporee e delle loro caratteristiche psichiche, in tre tipi fondamentali: a) la costituzione carbonica, b) la costituzione fosforica, c) la costituzione fluorica.

In tempi più recenti sono stati proposti altri indirizzi omeopatici: l'indirizzo di O.A. Julian ispirato al materialismo dialettico, la scuola argentina di T.P. Paschero e la scuola tomista di A.E. Masi. Altri hanno poi tentato di valorizzare, all'interno della medicina omeopatica, i concetti della medicina psicosomatica ed hanno invocato le recenti acquisizioni scientifiche della psico-neuro-immuno-endocrinologia per giustificare le teorie hanemanniane (Masci 1993). Altri ancora hanno cercato di trovare relazioni fra l'omeopatia e la psicoanalisi o hanno invocato nozioni delle scienze fisico-chimiche (la fisica quantistica, la nozione di complessità) o una supposta crisi teoretica della medicina per dare ragione delle teorie di Hahnemann.

Per quanto non sia questa la sede per un'analisi adeguata dell'omeopatia, è opportuno ricordare che, sul piano puramente scientifico, le teorie proposte da Samuel Hahnemann a cavallo fra XVIII e XIX secolo sono in evidente contrasto con le più consolidate conoscenze della chimica e con quelle della fisiologia, della patologia e della farmacologia attuali. Sul piano clinico, poi, i lavori presenti nella letteratura medica internazionale che mostrano una certa efficacia dei rimedi omeopatici sono in numero ridottissimo e molti di questi peccano di evidenti difetti metodologici. Una recente rivista dei lavori pubblicati, curata da un'azienda che produce medicinali omeopatici (Guna S.r.l., Milano), ha elencato soltanto 98 studi clinici controllati che danno informazioni definite 'valide ed inequivocabili' sugli effetti dei rimedi omeopatici. Di questi studi ben 59 provengono da riviste pubblicate in ambiente omeopatico (riviste o abstracts di Congressi omeopatici) o da tesi di laurea non pubblicate, e solo 39 provengono da riviste accreditate dalla comunità medico-scientifica. Di questi 39, ben 12 riguardano situazioni patologiche di scarsissima rilevanza clinica, nelle quali è difficile obbiettivare reali risultati clinici, come riniti, sindromi influenzali, fibromiositi, distorsioni, colon irritabile, faringiti, diarree del bambino, vertigini. All'opposto, non viene riportato alcun lavoro negativo nei riguardi delle terapie omeopatiche (Milani 2002).

b) La omotossicologia

L'omotossicologia è una dottrina derivata dall'omeopatia e concepita negli anni 30 del XX secolo dal medico tedesco Hans Heinrich Reckeweg. Questi ha tentato di aggiornare la dottrina di Hahnemann rendendola compatibile con i concetti della biologia moderna, e in particolar modo dell'immunologia. Reckeweg è partito dal concetto di '*omotossine*', intendendo con questo termine qualunque molecola capace di provocare un danno all'organismo.

Secondo i concetti di Reckeweg le malattie sono dovute all'accumularsi nei tessuti di sostanze tossiche della natura più varia, interne o esterne all'organismo (omotossine). In particolare, alcune di queste sostanze si legano con altre molecole prodotte dall'organismo formando

macromolecole che si depositano nel tessuto connettivo determinando nel tempo danni tissutali o, a volte, la formazione di complessi antigene-anticorpo. Solitamente queste omotossine possono venire eliminate attraverso gli emuntori o grazie ad un insieme di fenomeni chiamati ‘sistema della grande difesa’. In questi casi è opportuno che il medico applichi il principio di Hahnemann e somministri la stessa omotossina o un omeoterapico ‘simile’ in forma diluita, anche se in misura inferiore a quanto prescritto dall’omeopatia classica. L’antiomotossico agirebbe come stimolo, privo però di ogni effetto tossico, e mobiliterebbe meccanismi difensivi addizionali che si rivolgono dapprima contro la nuova tossina e in seguito contro le omotossine naturali (John 1989).

La prescrizione dell’omotossina appropriata presuppone che il medico abbia formulato una diagnosi ed abbia giudicata la reattività del singolo individuo. Reckeweg ha anche prospettato un approccio semplificato proponendo sia medicinali composti di più farmaci diluiti, sia l’uso contemporaneo in uno stesso preparato di più diluizioni associate di uno stesso rimedio.

Appare in modo evidente che l’omotossicologia ha voluto riprendere il pensiero di Hahnemann combinandolo con alcune nozioni scientifiche attuali e semplificando la prassi clinica. Tuttavia, appare altrettanto evidente che i concetti esposti da Reckeweg sono del tutto generici e non sono supportati da prove empiriche adeguate. Inoltre, i termini impiegati dal medico tedesco sono soltanto in apparenza sovrapponibili ai concetti scientifici (tossina, antigene, anticorpo, reazione di difesa, ecc.) che portano lo stesso nome; i processi a cui l’omotossicologia fa riferimento hanno solo una lontana analogia con i reali fenomeni di cui parlano la biochimica e l’immunologia. Infine, come per l’omeopatia, gli studi clinici effettuati finora sono carenti sul piano metodologico e sono stati pubblicati solo sulle riviste dedicate alle medicine alternative.

c) La terapia con fiori di Bach

La ‘terapia con fiori di Bach’ è un sistema terapeutico derivato dal pensiero omeopatico e concepito nel 1930 dal medico britannico Edward Bach (1880-1936). Bach era un medico batteriologo ed omeopata che sulla base dell’ipotesi che tutti i disturbi sorgessero per uno squilibrio interiore che genera reazioni emotive negative, propose un sistema curativo basato sulla somministrazione di 38 fiori. La teoria patologica sulla quale si è basato Bach è strettamente spiritualista ed è stata esposta dal suo autore con queste parole: “La malattia non è né una crudeltà in sé, né una punizione, ma solo ed esclusivamente un correttivo, uno strumento di cui la nostra anima si serve per indicarci i nostri errori, per trattenerci da sbagli più gravi, per impedirci di suscitare maggiori ombre e per ricondurci sulla via della verità e della luce, dalla quale non avremmo mai dovuto scostarci”.

Per guarire le malattie non bisogna combatterne i sintomi, ma inondarle di vibrazioni energetiche, armoniche superiori, che avrebbero dissolto gli stati d'animo negativi come neve al sole. "Fiori cespugli e alberi di ordine superiore – ha scritto Bach – hanno grazie alla forza delle loro vibrazioni, la capacità di aumentare le nostre e di aprire i nostri canali di comunicazione col nostro Io Spirituale; di inondare la nostra spiritualità con le virtù di cui abbiamo bisogno e di purificare con ciò le carenze caratteriali che sono all'origine delle nostre sofferenze". Bach identificò per via intuitiva 38 piante che corrispondevano a 38 concetti spirituali dell'uomo e che erano dotate di virtù guaritrici divine (Scheffer, 1997, pag. 17). Queste piante devono venire raccolte allo stato selvatico e in luoghi non contaminati dall'uomo, di mattina e in un giorno di sole. Dopo essere stati raccolti i fiori devono essere sottoposti a cottura, filtrati più volte e trasferiti in bottiglie con alcool dove saranno conservati.

d) La medicina antroposofica

La Medicina Antroposofica è una dottrina elaborata nel secolo scorso dal pensatore austriaco Rudolf Steiner (1861-1925). Per comprendere bene questa medicina è indispensabile possedere le nozioni principali della dottrina filosofica e pedagogica sulla quale questa si basa: l'Antroposofia. Per Steiner tutto ciò che esiste è in qualche misura spirituale: lo spirito, infatti, non si limita all'uomo o eventualmente agli animali, ma è presente anche nelle piante e nei minerali.

Nelle piante agiscono forze speciali, che l'antroposofia chiama '*forze eteriche*' o '*forze plasmatrici*', che non avrebbero nulla a che fare con la forza vitale dei vitalisti ottocenteschi e che si manifesterebbero soltanto in presenza di acqua. Queste forze formerebbero il '*corpo eterico*' che non è accessibile ai nostri sensi ma che è intimamente unito al *corpo fisico*. Negli animali, poi, comparirebbe durante lo sviluppo embrionale, a partire dalla gastrulazione, una forza nuova – l'interiorizzazione – che costituisce un terzo elemento il '*corpo psichico*' o '*corpo astrale*', che può agire solo per mezzo dell'elemento gassoso, cioè dell'aria. Infine, l'uomo, per la sua capacità di avere coscienza di sé stesso, è formato di un'altra entità che è lo '*spirito umano*' legato materialmente a un substrato materiale che è '*l'organismo di calore*'. L'uomo, insomma, ha in comune con il regno minerale il corpo fisico, con il regno vegetale il corpo eterico, con il regno animale il corpo astrale, ma è il solo a possedere un Io o '*spirito umano*' (Bott 2000, pag. 17). Il corpo fisico e il corpo eterico formano il complesso inferiore, mentre il corpo astrale e lo spirito umano formano il complesso superiore.

Nell'uomo si constata – secondo la medicina antroposofica – una tripartizione dell'organismo. Questo, infatti, mostra una polarità che va dall'alto in basso, che divide il corpo in un polo superiore o cefalico in cui si concentrano luce, suoni, aria, in un polo inferiore o degli arti e

in una regione intermedia, costituita dal torace, che, per i movimenti degli organi che vi sono contenuti, prende il nome di ‘*regione ritmica*’ ed è lo strumento dei sentimenti e dell’affettività.

Lo stato di salute implica l’equilibrio fra polo superiore e polo inferiore e, se uno dei due tende a prevalere, l’equilibrio viene ripristinato dal sistema ritmico e soprattutto dal cuore che “percepisce ciò che viene dall’alto e ciò che viene dal basso, e agisce come uno sbarramento che orienta e canalizza il flusso sanguigno al fine di armonizzare le due tendenze” (pag. 24).

Lo stato di malattia, secondo la medicina antroposofica, è sempre caratterizzato da modificazioni dello stato di conoscenza, mentre lo stato di salute è caratterizzato dall’assenza della coscienza di ciò che ha luogo negli organi. Le cause di malattia non possono essere individuate dallo studio dei cadaveri effettuato dall’anatomia patologica, poiché “la malattia appare come uno spostamento, come una preponderanza delle forze astrali sulle forze eteriche” (pag. 29). Quando questa azione del corpo astrale si prolunga e giunge a colpire il corpo fisico, vi produce delle ‘*deformazioni*’ che sono appunto le alterazioni rivelate dall’autopsia. Se, però, le forze eteriche restano inutilizzate possono provocare spinte vegetative anormali, proliferazioni, formazioni tumorali” (pag. 30).

Quanto, poi, alla terapia farmacologica, le sostanze introdotte non agiscono da se stesse, ma attraverso le forze di cui essere sono vettrici, alle quali l’organismo deve opporre le proprie forze. Affinché una sostanza agisca è necessario che l’organismo la faccia propria” (pag. 181); per giungere a ciò l’organismo deve opporre una reazione (pag. 181) ed “è proprio distruggendo le sostanze, opponendosi alle loro forze, che esso si fortifica” (pag. 184). Secondo le parole di Rudolf Steiner l’organismo *omeopatizza* il farmaco ed è solo nella misura in cui esso è capace di realizzare quest’omeopatizzazione che vi è azione terapeutica (pag. 185).

e) La pranoterapia

Questa terapia è difficilmente classificabile e consiste nell’imposizione delle mani sulla parte del corpo in cui il malato percepisce dolore.

Coloro che praticano tale tecnica terapeutica vengono chiamati spesso *guaritori* o *pranoterapeuti*. Essi agirebbero “con mezzi personali, derivanti da facoltà congenite, naturali, attraverso l’imposizione delle mani e con altri sistemi, trasmettendo anche a distanza, un fluido terapeutico prodotto da radiazioni fisico-psichiche” (Racanelli 1973, pag. 35). In altre parole, la capacità di guarire attraverso l’imposizione delle mani sarebbe *un dono* che alcune persone possiedono e che non è in alcun modo comunicabile ad altri: esso esiste e non può essere insegnato né appreso.

Secondo un'interpretazione, “la terapia bioradiante“ sarebbe “un trasferimento di energia biofisica, biopsichica o biospirituale fra due stazioni umane” (Racanelli 1973, pag. 68) e potrebbe quindi essere fatta risalire al *magnetismo animale* invocato da Franz Anton Mesmer (1734-1815). Naturalmente nessuna di queste *energie* ha mai ricevuto la benché minima prova sperimentale.

Secondo un'interpretazione del tutto diversa, gli effetti descritti dai pranoterapeuti non sarebbero affatto dovuti ad un fluido magnetico, ma sarebbero attribuibili soltanto ad un effetto psicocinetico determinato dal rapporto interpersonale, inconscio che si viene a creare fra il guaritore e il malato (Pavese 1990, pag. 182).

Le Medicine empiriche

a) La fitoterapia

Secondo la definizione datane da Fabio Firenzuoli “la fitoterapia consiste nella cura delle malattie con le piante medicinali e loro derivati, considerando premessa necessaria e indispensabile la ricerca fitochimica e farmacologica” (Firenzuoli 1993, pag. 5).

In tesi generale, la fitoterapia non mostra caratteristiche tali da indurre a considerarla una ‘medicina alternativa’ come, ad esempio, l’omeopatia o la medicina tibetana’. Essa applica metodiche di studio e di controllo che non si discostano di molto da quelle della medicina scientifica e non fa uso di concetti privi di riscontro empirico. In effetti, in passato la medicina ha sempre adoperato prodotti naturali provenienti dal regno vegetale e solo nella prima metà dell’800 con gli studi di Francois Magendie e di Claude Bernard dalla fitoterapia si è staccata la farmacologia scientifica (Federspil e Berti 1998, pag. 299). Nella sua versione ortodossa la fitoterapia ritiene che “le piante medicinali agiscano in quanto contenenti sostanze chimiche naturali farmacologicamente attive”. Inoltre, molte ricerche biochimiche hanno chiarito la composizione chimica delle piante e in molti casi hanno mostrato l’attività farmacologica e clinica delle sostanze estratte dalle piante stesse. Naturalmente questo lavoro di ricerca e di progressiva spiegazione dei meccanismi d’azione dei prodotti vegetali è tutt’altro che completato e pertanto la fitoterapia mostra ancora in moltissimi casi di trovarsi ancora in una fase di sostanziale empirismo (Murray 2003).

E’ però necessario a questo punto dire chiaramente che, accanto a questa fitoterapia ortodossa, ne esiste un’altra di natura molto diversa, che fa appello sistematico pseudospiegazioni e/o a spiegazioni e a sistemi di pensiero che non hanno nulla in comune con il sapere scientifico. Ad esempio in una recente trattazione dedicata alla ‘Fitoterapia comparata’ si fa riferimento alla fitoterapia tradizionale cinese affermando che lo scopo generale della terapia è: a) riacquistare

l'equilibrio nelle funzioni Zang Fu e b) riacquistare l'equilibrio dello Yin-Yang, e che ogni malattia manifesta una tendenza specifica: a) verso l'altro (singhiozzo, tosse), b) verso il basso (diarrea), c) verso l'esterno (sudorazioni), d) verso l'interno (sintomi di superficie) (pag. 83). In questa trattazione si suggerisce di integrare l'impostazione Costituzionalistica della Medicina Tradizionale Cinese e la Psiconeuroimmunoendocrinologia. Ciò permette di individuare cinque costituzioni fondamentali: Legno, Terra, Fuoco, Metallo, Acqua, che risponde a definite caratteristiche psiconeuroimmunoendocrine (pag. 99). Così, ad esempio, il soggetto Fuoco Yang "ha carattere passionale, emotivo, estroverso, è rosso in viso con sguardo fiero, dominante, è un idealista ispirato, nell'infanzia può aver sofferto di convulsioni, febbre, epistassi o epilessia; le sue malattie sono acute per non dire esplosive" (Di Stanislao et al. 2001. pag. 108).

Allo stesso modo, un'altra trattazione si prefigge di integrare le conoscenze delle piante medicinali di occidente con la medicina cinese e ayur-vedica. In base alla medicina cinese essa classifica le piante medicinali in base alle quattro nature, ai cinque sapori, alle quattro direzioni e ai meridiani coinvolti. In base all'ayur-veda, invece, essa classifica le piante in base all'energia (Virya), ai Sapori (Rasa), all'effetto post-digestivo (Vipaka) e alla Potenza Specifica (Prabbava) (Tierra. 1995. pag. 37).

Appare evidente che fino a che non si sia ben distinta la «fitoterapia» ortodossa da quelle che si mischiano con altre medicine alternative, sarà necessario mantenere un atteggiamento estremamente prudente nel valutare le varie prassi che adottano questa denominazione.

b) La medicina manuale

Con questa espressione si indica un gruppo di tecniche diverse basate sostanzialmente sulla stimolazione dell'organismo dall'esterno per mezzo di modalità meccaniche, come il massaggio, la spinta, il rotolamento, la pressione, ecc. Molte tecniche terapeutiche vengono indicate con il nome di '*lavoro sul corpo*' (bodywork) ed agiscono migliorando il tono muscolare, la circolazione dei liquidi, la postura. In linea di massima si tratta di tecniche non invasive e sicure che agiscono verosimilmente anche generando uno stato di rilassamento psichico che migliora l'umore del paziente. Dato il gran numero delle tecniche che vengono usate è difficile dare un giudizio analitico su ciascuna di esse. Merita però di essere sottolineato che molti cultori della medicina manuale lavorano con tecniche miste e che applicano insieme modalità diverse di terapie alternative: così, ad esempio, accade che una seduta di shiatsu venga completata con qualche minuto di cromopuntura, cioè di stimolazione con luci colorate dei punti riflessogeni (Speciani et al. 2001, pag. 90).

Inoltre, i medici che eseguono la terapia manuale tendono ad applicare l'una o l'altra tecnica sulla base dei principi delle medicine orientali. Lo *shiatsu*, ad esempio, è un massaggio giapponese

che utilizza pressioni su centinaia di punti per stimolare “il flusso dell’energia lungo i meridiani allo scopo di accrescere i naturali poteri di autoguarigione del corpo umano” (Speciani et al. 2001, pag.91). *L’automassaggio orientale* è volto a riequilibrare l’energia vitale dell’organismo. Il *massaggio cinese «tuina»* viene effettuato in zone cutanee corrispondenti ai canali di agopuntura: così, per esemplificare, la manipolazione sul punto 20 BL Pishu agirebbe sul sistema milza-stomaco per elaborare e assimilare l’energia acquisita. Le indicazioni di queste tecniche sono vastissime: per dare un esempio il massaggio cinese agirebbe sui seguenti disturbi: nevralgia, raffreddore, gastroptosi, ipertensione, depressione, diabete, diarrea, stipsi, enuresi, ernie, obesità, cefalea, vertigini, lombalgie, periartrite scapolo-omerale, amenorrea, mestruazioni irregolari, pertosse, vomito, orzaiolo, acufeni, epistassi, congiuntivite, mastiti, sterilità, distorsioni, emiplegia, ecc. (Corbellini 1999).

Altre tecniche che agiscono all’esterno dell’organismo sono la chiropratica e l’osteopatia. La *chiropratica* è una manipolazione che tende a correggere il malposizionamento dei muscoli e delle vertebre, poiché tale malposizionamento “può interferire con i normali impulsi nervosi e disturbare la trasmissione di energia dal cervello alle altre parti del corpo”. L’*osteopatia* è basata sull’ipotesi che “le posture scorrette aumentano la possibilità di creare squilibri alla colonna vertebrale e, attraverso le innervazioni che fuoriescono da questa, a tutti gli organi collegati”. L’opera dell’osteopata si prefigge perciò di ripristinare, con particolari tecniche manipolative, l’equilibrio strutturale perduto.

Queste ultime tecniche non fanno riferimento a teorie esoteriche o non controllabili e, pertanto, per quanto non abbiano ancora solidi fondamenti scientifici, sono da considerare pratiche empiriche.

BIBLIOGRAFIA

AA.VV., *Altra medicina: pratica complementare o alternativa alla medicina?*, Riunione di Studio del Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Roma 26 ottobre 1996, Edizioni Grafiche Manfredi, Roma, 1996 (edizione fuori commercio a cura della F.N.O.M.C.eO.);

AA.VV., *La professione medica e le medicine non convenzionali: rischi ed opportunità*, Atti del Convegno Nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Terni 17 maggio 2002, Arte della Stampa, Roma, 2002 (edizione fuori commercio a cura della F.N.O.M.C.eO.);

AA.VV., *Etica della Salute e 'Terapie non Convenzionali'*, Giannini Editore, Napoli, 2002;

AGAZZI E., *Il bene, il male e la scienza*, Rusconi, Milano, 1992;

ANCONA E., *I trattamenti del Reiki*, in 'Reiki'. Riza Scienze, n.106, 33, 1996;

ANTISERI D., *Teoria unificata del metodo*, Liviana, Padova, 1981;

ANTISERI D., *Prova di una teoria ed educazione al riconoscimento dell'errore*, in *Medicina nei Secoli*, 1976, 2: 307-364;

ANTISERI D., *Trattato di metodologia delle scienze sociali*, UTET Libreria, Torino, 1996;

ANTISERI D., FEDERSPIL G., SCANDELLARI C., *Epistemologia, clinica medica e la questione delle «medicine eretiche»*, Rubbettino Editore, Soveria Mannelli, 2003;

ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA DI OMOTOSSICOLOGIA, *Omeopatia: gli studi scientifici che ne provano l'efficacia*, Guna Editore, Milano, 2002;

AZZONE G.F., *Biologia e medicina. Tra molecole, informazione e storia*, Laterza, Roma-Bari, 1991;

BACH E., *Guarire con i fiori*, Nuova Ipsa Editore, Palermo, 2004;

BACH E., *I fiori che guariscono l'anima*, TEA, 2003;

BALDINI, *Epistemologia contemporanea e clinica medica*, Città di Vita, Firenze, 1975;

BARBIERO A., *Riflessoterapia personalizzata sui punti dolorosi*, Editrice Società Cooperativa Tipografica, Padova, 1994;

BAUM M. *An open letter to the Prince of Wales: with respect, your highness, you've got it wrong*, in *Brit Med J.*, 2004, 329: 118;

BELLAVITE P. ET AL. (a cura di), *Le medicine complementari. Definizioni, applicazioni, evidenze scientifiche disponibili*, UTET, Torino, 2000;

BERNARD C., *Introduzione allo studio della medicina sperimentale*, Piccin, Padova, 1994;

- BOIRON C., *Il futuro dell'omeopatia*, Tecniche Nuove, Milano, 2004;
- BOTT V., *Medicina Antroposofica*, Nuova Ipsa, Palermo, 1999;
- BRELET-RUEFF C., *Le arti mediche sacre dall'antichità a oggi*, Sperling e Kupfer Editori, Milano, 1994;
- BURANG T., *L'arte di guarire nella medicina tibetana*, Astrolabio, Roma, 1976;
- CAGLIANO S., *Guarire dall'Omeopatia*, Marsilio, Venezia, 1997;
- CAMPANINI E., *Dizionario di fitoterapia e piante medicinali*, Tecniche Nuove, Milano, 2004;
- CARREL A. (a cura di), *Medicina ufficiale e medicine eretiche*, Bompiani, Milano, 1950;
- CASPANI F., *Teoria e pratica del micromassaggio estremo orientale. L'equilibrio della circolazione energetica*, Red Editore, Como, 1982;
- CASSOLI P., *I guaritori. I protagonisti dell'altra medicina*, Armenia Editore, Milano, 1983;
- CASSOLI P., IANNUZZO G., *Ricerca sulla pranoterapia e sui guaritori. La pratica e i risultati valutati dalla scienza*, Red Edizioni, Como, 1983;
- CASTIGLIONI A., *Storia della Medicina*, Mondadori, Milano, 1948;
- CLARK L., *Cromoterapia*, Red edizioni, Como, 1991;
- COLOMBO E., REBUGHINI P., *La medicina che cambia. Le terapie non convenzionali in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2003;
- COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Scopi, limiti e rischi della medicina*, Presidenza del Consiglio dei Ministri. Dipartimento per l'informazione e l'editoria, Roma, 2001;
- COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Mozione del Comitato Nazionale per la Bioetica su Medicina e Pratiche Non Convenzionali*, Roma, 23 aprile 2004, (reperibile all'indirizzo internet http://www.governo.it/bioetica/testi/medicine_non_convenzionali.pdf);
- COX P.A., BALICK M.J., *La ricerca di nuovi farmaci con metodi etnobotanici*, *Le Scienze* 312: 62-68, 1994;
- CROCELLA C. (a cura di), *Le medicine non convenzionali*, Camera dei Deputati, Roma, Quaderni della Documentazione, 1991;
- D'AGOSTINO F., *Bioetica*, Giappichelli Editore, Torino 1998;
- DI STANISLAO C., *Le metafore del corpo*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2004;
- DI STANISLAO C., GIANNELLI L., IOMMELLI O., LAURO G., *Fitoterapia comparata*, Massa Editore, Napoli, 2001;
- DONDEN Y., *La salute mediante l'equilibrio. Un'introduzione alla medicina tibetana*, Ubaldini, Roma, 1988;
- EISENBERG D., DAVIS R., ETTNER S. ET AL., *Trends in Alternative Medicine Use in the United States*, *Journal of the American Medical Association*, 280 (18): 1569, 1998;

- ENGELHARDT TR. JR., *Manuale di bioetica*, Il Saggiatore, Milano, 1999;
- FASOLI M., *Reiki. L'energia vitale che guarisce*, Brancato Editore, Messina, 2002;
- FEDERAZIONE ITALIANA DELLE SOCIETÀ DI AGOPUNTURA, *Agopuntura. Evidenze cliniche e sperimentali, aspetti legislativi e diffusione in Italia*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2000;
- FEDERSPIL G., *Medicina Alternativa* (voce), in Enciclopedia Medica Italiana Aggiornamento, I, USES Edizioni Scientifiche, Firenze, 1991;
- FEDERSPIL G., *Il problema dell'Omeopatia nella medicina contemporanea*, Ann Ital Med Int, 14: 172, 1999;
- FEDERSPIL G., *Logica clinica. I principi del metodo in medicina*, Mc Graw-Hill, Milano, 2004;
- FEDERSPIL G., BERTI T., *Le strategie terapeutiche*, in M.D. GRMEK (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale*, Vol. 3, *Dall'età romantica alla medicina moderna*, Laterza, Roma-Bari, 1998;
- FEDERSPIL G., PRESOTTO F., VETTOR R., *A Critical Overview of Homeopathy*, (Letter to the Editor), Ann Intern Med, 2003, 139 (8): W75;
- FEDERSPIL G., SCANDELLARI C., *Medicina scientifica e medicina alternativa*,
I Parte Medicina. Rivista E.M.I. 4: 433, 1984;
II Parte. Medicina. Riv. E.M.I. 5: 89, 1985;
- FEDERSPIL G., SCANDELLARI C., *L'omeopatia. Esposizione e valutazione critica*, Federazione Medica, 1: 18, 1993;
- FEDERSPIL G., SICOLO N., VETTOR R., *Teorie e Pratiche Mediche Alternative*, Medic, 9:17, 2001;
- FEDERSPIL G., VETTOR R., *Can scientific medicine incorporate alternative medicine?*, J Altern Complement Med, 2003, 6: 241;
- FEDERSPIL G., VETTOR R., *Medicina scientifica e medicina alternativa. Il problema della demarcazione*, Ann. Ital. Med. Int., 2004, 19: 198-204;
- FINESCHI V., FRATI P., BARNI M., *La lunga marcia della medicina alternativa verso le categorie della scienza e della responsabilità*, Responsabilità Civile e Previdenza, LXIV (4-5) 1197, 1999;
- FIORI A., *Medicina legale e della responsabilità medica*, 2 Voll., Giuffrè Editore, Milano, 1999;
- FIORI A., *Il principe e la terapia di Gerson*, in Medicina e Morale, 2004, n. 4, (Editoriale);
- FIRENZUOLI F., *Fitoterapia*, Masson, Milano, 1993;

- FIRENZUOLI F., *Le insidie del naturale. Guida all'impiego sicuro e corretto delle piante medicinali*, Tecniche Nuove, Milano, 1996;
- FIRENZUOLI F., *Fitoterapia*, Masson, Milano, 2004;
- FRAGNAY P., *Iridologia*, Red Edizioni, Como, 1991;
- GARDNER M., *Nel nome della scienza*, Transeuropa, Ancona, 1998;
- GARDNER M., *Vero e falso nella scienza: la figura dello pseudo-scienziato*, Kos 1995, 115: 52-55;
- GAVA R., *L'uomo, la malattia e il suo trattamento*, Salus Infirmorum, Padova, 1996;
- GRACIA D., *Fondamenti di bioetica*, Edizioni San Paolo, Cinesello Balsamo, 1993;
- GRMEK M.D. (a cura di), *Storia del pensiero medico occidentale*, 1. *Antichità e Medioevo*, Laterza, Roma-Bari, 1993;
- HAN J.S., *Acupuncture and endorphins*, in *Neurosci Lett*, 2004, 361: 258-261;
- HAHNEMANN C.F.S., *Organon. Dell'arte del guarire*, Red edizioni, Como, 1989;
- HEMPEL C.G., *La formazione dei concetti e delle teorie nella scienza empirica*, Feltrinelli, Milano, 1970;
- HILL C., DOYON F., *Review of randomized trials of homoeopathy*, *Rev Epidemiol Santé Publique*, 38: 139, 1990;
- HUARD P., BOSSY J., MAZARS G., *Le medicine dell'Asia*, Dedalo Libri, Bari, 1981;
- KIENE H., *Medicina complementare & Medicina accademica. La controversia scientifica alla fine del XX secolo*, Nuova IPSA Editore, Palermo, 1997;
- INGLIS B., WEST R., *Guida alla medicina alternativa*, Mondadori, Milano, 1984;
- INTRONA F., *Tutela della salute. Medicine Alternative. Esercizio abusivo della professione sanitaria*, *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 3: 595, 1984;
- INTRONA F., *Le medicine non convenzionali si avviano al riconoscimento?*, *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 6: 1575, 2002;
- JANSE J., *Principles and Practice of Chiropratic National College of Chiropratics*, Lombard, Illinois;
- JOHN J., *Aspetti fondamentali di omotossicologia e della terapia antiomotossica*, *Rivista Italiana di Omotossicologia*, 7: (Suppl. n.2), 2, 1989;
- JONAS W.B., *Alternative Medicine. Learning From the Past, Examining the Present, Advancing to the Future*, *JAMA*, 1998, 280: 1616;
- JONAS W.B., KAPTCHUK T.J., LINDE K., *A critical overview of homeopathy*, *Ann Intern Med* 2003, 138: 393;

- KAPTCHUK T.J., *The Placebo Effect in Alternative Medicine: Can the Performance of a Healing Ritual Have Clinical Significance?*, Ann Intern Med, 2002, 136: 817-825;
- KENT J.T., *Lezioni di filosofia omeopatica*, Red edizioni, Como, 1991;
- KLEIJNEN J., KNIPSCHILD P., TER RIETE G., *Clinical trials of homeopathy*, Brit Med J, 302: 316, 1991;
- LAD V., FRAWLEY D., *Medicina Ayurvedica*, Red edizioni, 1996;
- LA PLANTINE F., RABEYRON P., *Les médecines parallèles*, Presses Universitaires de France, Paris, 1987;
- LARRE C., BERERA F., *Filosofia della medicina tradizionale cinese*, Jaca Book, Milano, 1997;
- LEWITH G.T., WATKINS A.D., HYLAND M.E., SHAW S., BROOMFIELD A., DOLAN G., HOLGATE S., *Use of ultramolecular potencies of Allergen to treat asthmatic people allergic to house dust mite: double blind randomised controlled clinical trials*, Brit Med J, 2002, 324: 520-530;
- LIN M.C., NAHIN R., GERSHWIN E., LONGHURST J., WU K.K., *State of Complementary and Alternative Medicine in Cardiovascular, Lung, and Blood Research. Executive Summary of a Workshop*, Circulation, 2001, 103: 2038-2041;
- LINDE K., CLAUSIUS N., RAMIREZ G. ET AL., *Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials*, Lancet, 2: 834, 1997;
- LIOTTI G., *Evoluzione storica della dottrina dei miasmi*, Proposta Omeopatica, 3: 3, 1984;
- LODISPOTO A., *Storia della Omeopatia in Italia*, Ed. Mediterranee, Roma;
- LODISPOTO A., *L'ecologia e l'altra medicina. L'Allopatia e l'Omeopatia*, Edizioni OMIT-Omeopatici Italia, 1984;
- LO RITO D., BIRELLO L., *Manuale di Iridologia di base*, Xenia Edizioni, 2004;
- LUNDBERG P., *Il nuovo libro dello shiatsu*, Red, Como, 2004;
- MAITLAND G.D., *Manipolazione periferica*, Piccin, Padova, 1998;
- MARCON G., GIUFFREDA M., CORRÒ P., *Medicina convenzionale e medicina non convenzionale*, Professione. Sanità Pubblica e Medicina Pratica, X (1), 31, 2002;
- MASCI V., *Omeopatia. Tradizione e attualità*, Edizioni Laboratori Dolisos-Italia, 1993;
- MASTERS P., *Osteopatia*, Red, Novara;
- MASUNAGA S., OHASHI W., *Zen Shiatsu. La terapia shiatsu secondo i principi dello Zen*, Edizioni Mediterranee, Roma;
- MEERSSEMAN J.P., *Chiropratica*, Red, Como, 2003;
- MENEGHETTI E., *Il rifiorire della medicina omeopatica e la scienza moderna*, Rassegna Medica, 5: 3, 1933;

- MILANI L. (a cura di), *Omeopatia: gli studi scientifici che ne provano l'efficacia*, Guna editore, Milano, 2002;
- MILLEA P.J., *Ethical issues in research in complementary and alternative medicine*, JAMA, 2004, 291: 2193-2194;
- MURRAY M.T., *Il potere delle Piante Medicinali*, CEC Editore, Milano, 2003;
- NEEDHAM J., *La medicina cinese*, Il Saggiatore, Milano 1982;
- NEGRO A., *Medicina Omeopatica*. Rapporti Istisan 85/11, Istituto Superiore di Sanità, Roma, Aprile 1985;
- NOGIER R., *Auricoloterapia*, Editrice Libreria Cortina, Torino, 2001;
- ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, *Il ruolo delle medicine tradizionali nel sistema sanitario. Valutazioni scientifiche e antropologiche*, RED Edizioni, Como, 1984;
- PAGANO M., *Risoluzione di un caso clinico di coma epatico in fase terminale non ulteriormente trattabile con mezzi terapeutici tradizionali*, Il Medico Omeopata, 9: 16, 1998;
- PASQUINELLI A., *Nuovi principi di epistemologia*, Feltrinelli, Milano, 1970.
- PAVESE A., *Guarire con la pranoterapia*, Piemme edizioni, Casale Monferrato, 1990;
- PEPEU G., *Il paziente fra scienza e tradizioni*, Sapere, giugno, 50, 2003;
- PERA M., *Apologia del metodo*, Laterza, Bari, 1982;
- PERA M., *Scienze alternative*, Scienza Duemila, ottobre 1983;
- PERICO G., *La pranoterapia e la medicina ufficiale. Problemi di etica sanitaria*, Editrice Ancora, Milano, 1985;
- PERLMAN A., *Complementary and Alternative Medicine*, The Medical Clinics of North America, 86 (1), 2002;
- POINCARÉ H., *Il valore della scienza*, Edizioni Dedalo, Bari, 1992;
- POLI E., *Homo Sapiens. Metodologia dell'indagine naturalistica*, Vita e Pensiero, Milano, 1972;
- POMERANZ B., STUX G. (a cura di), *Scientific Bases of Acupuncture*, Springer Verlag, Berlin, 1989;
- POPPER K., *Conoscenza oggettiva*, Armando, Roma, 1975;
- QUSAR N., SERGENT J., *Medicina tibetana e alimentazione*, Nuova Pratiche Editrice, Parma, 1996;
- RACANELLI F., *L'altra medicina*, Vallecchi, Firenze, 1973;
- RECKEWEG H.H., *Omotossicologia. Prospettiva per una sintesi della medicina*, Guna Editore, Milano, 2001;

- REILLY D., TAYLOR, BEATTIE N. ET AL., *Is evidence for homoeopathy reproducible?*, Lancet, 344: 1601, 1994;
- ROVETTA L., *Verso il naturismo scientifico*, A. Airolti Editore, Verbania, 1940;
- SALMANOFF A., *Segreti e saggezza del corpo*, Bompiani, Milano, 1963;
- SANKARAN R., *Lo spirito dell'Omeopatia*, Salus Infirmorum, Padova, 1996;
- SCARPA A., *Pratiche di Etnomedicina. I fattori psicosomatici nei sistemi medici tradizionali*, Red edizioni, Como, 1988;
- SCHEEN A., LEFÈVRE P., *L'Homéopathie est-elle supérieure au placebo? Controverse à propos d'une méta-analyse des études contrôlées*, Bulletin et Mémoires de l'Académie royale de Médecine de Belgique, 1999,154: 295-307;
- SCHEFFER M., *Terapia con i fiori di Bach*, Nuova Ipsa Editore, Palermo 1997;
- SCHULZ V., HAUSEL R., TYLER V., *Fitoterapia razionale*, Mattioli, Fidenza, 2003;
- SECONDULFO D., *La medicina di fronte alla crisi della modernità: uno sguardo sul pianeta delle 'terapie alternative'*, Sociologia, 1: 55-71,1999;
- SEMBIANTI G., *Trattato di Riflessoterapia Agopuntura. Basi scientifiche dell'agopuntura e dell'auricoloterapia*, Piccin, Padova, 1980;
- SHARMA H.M., TRIGUNA B.D., CHOPRA D., *La medicina ayurvedica*, JAMA, 1991, 3: 600;
- SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA INTERNA, *Medicine Alternative*, Bollettino della Società Italiana di Medicina Interna, 2000, 1: 17-18;
- SPECIANI A., FASANI G., SPECIANI F., *Medicina naturale. Il libro completo*, Fabbri Editori, Milano 2001;
- STEINER R., *La scienza occulta*, Editrice Antroposofica, Milano, 1976;
- STEINER R., *L'art de guérir approfondi par la méditation*, Editions Anthroposophiques Romandes, Genève, 1982;
- STEINER R., *Médecine et science spirituelle*, Editions Anthroposophiques Romandes, Genève, II ed., 1984;
- STEINER R., *Elementi fondamentali per un ampliamento dell'arte medica secondo le conoscenze della scienza dello spirito*, Editrice Antroposofica, Milano, 1977;
- STUX G., POMERANZ B., *Acupuncture. Textbook and Atlas*, Springer Verlag, Berlin, 1987;
- TIERRA M., *Grande Manuale di Erboristeria. Integrazione delle piante medicinali di Occidente con la Medicina cinese e ayur-vedica*, Edizioni Mediterranee, Roma, 1995;
- TUOMELA R., *Scienza, protoscienza e pseudoscienza*, in M. PERA, J. PITT (a cura di), *I modi del progresso. Teorie e episodi della razionalità scientifica*, Il Saggiatore, Milano, 1985;
- VAN ALPEN J., ARIS A., *Medicina orientale*, Zanfi Editori, Modena, 1998;

VELIMIROVIC B., *Definizioni e limiti della medicina alternativa*, Nuova Civiltà delle Macchine, 4: 56, 1988;

VISALLI N., PULCRI R., *Homeopathic treatment of 33 patients affected from Herpes Zoster*, Proceedings of the 51st LMHI International Congress, 1996 Oct 2-6, Capri, Istituto di Medicina Omeopatica, 1996;

ZAGATO F., *Trattato professionale di shiatsu*, Red, Novara.