



Risposta al documento degli scienziati italiani sulle MNC

"La libertà è la base di uno stato democratico"
Aristotele

"Gli spiriti della verità e della libertà sono i pilastri della società"
Henrik Ibsen

"L'amore della libertà è amore degli altri; l'amore del potere è amore di se stessi"
William, Hazlitt

La Società Italiana di Medicina Interna, congiuntamente all'Associazione Galileo 2001 e al Gruppo 2003 (associazioni in cui confluisce il fior fiore della medicina scientifica italiana, a partire da Veronesi e Garattini), ha pubblicato, il 18 aprile scorso, un duro documento sulle MNC in cui si afferma che *"Le medicine alternative, in cui rientrano l'agopuntura e l'omeopatia, non devono essere equiparate alla medicina ufficiale"* e, ancora, *"Nonostante sia "irrinunciabile la necessità di una loro dimostrata efficacia, non hanno invece alla base alcuna evidenza scientifica"*.

A parte la posizione ridicolmente tautologica della seconda affermazione (se non hanno fondamento a priori, quale scientificità potrà mai essere dimostrata?), vale la pena fare altre considerazioni sull'intero documento, sui suoi probabili motivi di fondo e sull'atteggiamento, in generale, della cosiddetta scienza medica erudita nel nostro paese.

In primo luogo voglio ricordare (come ho già scritto il 16 aprile sul Nuovo Medico d'Italia), che, in medicina, la formulazione di una decisione diagnostica e/o terapeutica è presentata come derivante da regole oggettive. Tuttavia i medici, con la loro annosa pratica, applicano un bagaglio di conoscenze soggettive che comportano una sorta di "tacita" conoscenza individuale. La stessa medicina delle evidenze si dichiara incapace di descrivere il processo tacito e professionale del giudizio esperto. Le sensazioni personali, dopo anni di pratica, possono essere la base portante per arguti sviluppi futuri¹. Poiché la scelta è una questione di vita cosciente e la medicina è sempre disciplina cosciente, ridurre i margini di libertà individuale significa appiattare, contrarre, ridurre le facoltà e possibilità autentiche dell'intervento medico.

Ora, affrontare il tema della scelta significa porre, innanzitutto, il problema della libertà, senza la quale non ha senso parlare di scelte di alcun tipo. Persino quando si dice che qualcuno si è trovato di fronte a "una scelta obbligata" s'intende, sotto sotto, che restava un margine, seppure infinitesimo oppure fatale, per sottrarsi a quell'obbligo.

Ma oggi siamo davvero preoccupati nel registrare, con l'appiattimento della disciplina e il susseguirsi linee-guida, che anche nel mondo del "naturale" prende piede la Evidence Based Medicine che, puntando tutto sui protocolli, priva il medico della sua libertà di scegliere in autonomia una determinata cura per quel paziente in quel preciso momento della sua vita.

Gli scienziati promulgatori del citato documento (che viene buon ultimo dopo quelli del 2005-2006, dello stesso tono, della Società Italiana di Medicina Interna e del Comitato Nazionale di Bioetica), sono invece persuasi che si debba rinunciare ai principi di libertà di scelta terapeutica del paziente e di libertà di cura del medico, radicati nel convincimento che esista un unico protocollo terapeutico scientificamente valido, costituito dalla cosiddetta Medicina Scientifica o

¹ Tonelli MR: The physiological limits of evidence-based medicine, Acad Med, 1998, 73: 1234-1240

Convenzionale². Atteggiamento che si rivela frutto di una ingiustificata presunzione nella convinzione di essere gli unici depositari dell'unica, incontrovertibile verità.

Questa scienza che non dialoga e non si apre è la stessa che ha prodotto una classe di medici tecnocrati, ma molto distanti dalle reali esigenze dei pazienti.

Sono convinto che l'efficacia diagnostica e quella terapeutica raggiunte dalla medicina contemporanea non rivestono solo un significato organizzativo, economico e politico, ma anche un profondo significato culturale. E' una tesi che non si applica alla sola medicina, ma a tutto l'apparato tecnico-scientifico, in cui tuttavia la medicina assume un ruolo privilegiato, in quanto scienza globale dell'uomo, e come tale posta a cavaliere fra le scienze cosiddette umane e quelle cosiddette esatte.

Alcune caratteristiche della medicina contemporanea meritano di essere sottolineate:

- essa ha raggiunto inefficacia diagnostica e terapeutica al prezzo di un grande e sofisticato contenuto tecnico e organizzativo (da assistenziale essa si è fatta diagnostica e curativa);
- vi è stato un conseguente progressivo distacco delle specialità dal corpo centrale della medicina generale, ma contemporaneamente la tendenza delle stesse specialità alla settorializzazione centrifuga e antiunitaria;
- alcune malattie, in particolare quelle cardiovascolari, hanno assunto una grande e crescente diffusione sostituendosi all'epidemie del passato;
- si presenta frequentemente la necessità (e la possibilità) di una soluzione rapida o addirittura di emergenza, con il conseguente grande impegno organizzativo (come nelle Unità di terapia intensiva cardiologica);
- al polo opposto vi è la tendenza di alcune malattie alla cronicizzazione, con i conseguenti problemi organizzativi ed etici (basterà qui citare la sindrome dell'insufficienza cardiaca).

Quali le problematiche che emergono alla medicina e alla società da questo stato di cose, che, come ho detto, è comune a quella parte della medicina contemporanea che è progredita fino all'efficacia?

Possono essere riassunte (o limitate) in alcuni punti, che forniranno altrettanti spunti di riflessione:

- l'apparente progressivo distacco dalla sfera della cultura, quale prezzo dell'inserimento protagonista nella sfera della civilizzazione;
- la derubricazione della figura del medico a quella di operatore sanitario, di artigiano della salute, e il degrado della figura del paziente a utente più che ad ammalato, ad oggetto più che a persona;
- la trialettica apparentemente insanabile fra medicina generale, specialistica e sottospecialistica;
- la dipendenza dalle strutture e dall'organizzazione, ma anche l'interesse dei cittadini verso un campo a così alto contenuto di denaro, potere e valori e quindi di così grande importanza sociale. Di conseguenza la dialettica fra pubblico e privato, e l'evoluzione del concetto di professionalità;
- il carattere sempre più professionalizzante assunto dall'insegnamento della medicina. Ciò pone in particolare evidenza la questione dei rapporti fra Università e Sistema Assistenziale, ma più in generale pone il problema se la Facoltà medica abbia ancora diritto di cittadinanza nel grande corpo dell'Università, o debba costituirsi a sé, come "Scuola di Medicina";
- nella stessa linea, la necessità di finalizzare la ricerca a scopi eminentemente pratici e il carattere sempre meno individuale che compete alla ricerca stessa;
- infine, a una medicina apparentemente senza frontiere tecniche, si pone il problema delle frontiere etiche, se cioè uno sviluppo apparentemente inarrestabile, debba e possa trovare un limite al di fuori di sé.

Queste che ho enunciato sembrano problematiche particolari, ma in realtà rivestono significati più generali e si dilatano per centri eccentrici fino a sfiorare i massimi sistemi e di questi, non di medicine e pratiche che ignorano, i maestri della formazione e della ricerca dovrebbero

² A.P.O.: La risposta dei pazienti omeopatici al documento che critica le discipline complementari, Hoecity-newsletters, 19 aprile 2006.

occuparsi.

La tesi di fondo è sempre la stessa: ossia che il mondo della tecnoscienza e quello della medicina in particolare, risentono dell'evoluzione generale della società, della politica e anche del pensiero, ma contribuiscono pure a generare quest'evoluzione in un rapporto bidirezionale. Come è noto, l'interpretazione moderna della società, (la teoria "struttural-funzionale") si basava sul binomio tutto/parte che è un binomio implicitamente gerarchico. Il progressivo adattamento per differenziazione si è rivelato tuttavia sempre meno compatibile con una struttura gerarchicamente stratificata in termini binari a uno sviluppo via via dicotomico: sopra-sotto; centro-periferia.

Ciò a cui abbiamo assistito non è dunque solo una crescente differenziazione, ma un mutamento delle forme della differenziazione; dal paradigma tutto/parte siamo passati a quello sistema/ambiente.

In altre parole, da una differenziazione stratificata si sta andando verso una differenziazione funzionale, descrivibile in termini di processo più che di stato, di relazioni piuttosto che di cose, di percorsi piuttosto che di luoghi, di mezzi piuttosto che di fini, di potere riflessivo e circolare piuttosto che transitivo; di potere informale piuttosto che formale.

E' una società non lineare, in cui la semantica dell'individuo si è spostata dall'inclusione all'esclusione.

Sono cambiamenti a cui è stato sinteticamente attribuito la definizione di "perdita dei centro".

Le relazioni sociali sono divenute mere comunicazioni, di cui il soggetto è divenuto semplice destinatario, addirittura prodotto risultante.

La storia non sembra più camminare con le gambe degli uomini ma questi paiono divenuti oggetti passivi della dinamica sociale. L'identità personale, l'individualità, si sposta dai tradizionali strati e contesti di appartenenza, verso una continua, variabile, adattabilità funzionale.

Ogni sistema sociale (anche il nostro microcosmo cardiologico) tende così a ricreare indefinitivamente al suo interno ulteriori differenziazioni funzionali, per autoreferenza.

E questo spiega l'atteggiamento non solo dei firmatari del documento che ha mosso la nostra penna, ma anche lo scandalizzato "stracciarsi delle vesti" di altri esponenti del mondo scientifico internazionale³.

Questo atteggiamento rivela una sospetta disinformazione⁴ e delinea un futuro scenario, come ha scritto Gino Santini⁵, come quello drammaticamente immaginato da Ray Bradbury nel suo "Fahrenheit 451", dove le autorità non ammettono altra informazione se non quella, falsamente tranquillizzante e addomesticata, del potente di turno, che manda al rogo tutto quanto non si allinea con essa. Ma andiamo ancora avanti.

Nell'Università tardo ottocentesca il fine di formazione professionale (fine manifesto), era secondario rispetto al fine latente (ma primario) di formazione delle classi dirigenti. Questo rapporto si sta invertendo. Da agenzia di selezione l'università si è dapprima trasformata in agenzia di socializzazione (esercitando una funzione " tampona" che si è andata saturando) ma tende ora a divenire una semplice agenzia di professionalizzazione (o, addirittura, di collocamento). E ciò non solo a causa dell'invadenza delle tecnoscienze, dell'industria, dell'economia e della politica, e a causa della formazione ormai policentrica della ricerca, ma, soprattutto, per il profondo cambiamento di quell'assetto sociale, di cui l'Università dell'800 era a un tempo prodotto e matrice.

La trasformazione della società stratificata in società funzionale, la promozione e l'integrazione delle classi inferiori, ma soprattutto l'incorporazione dei ceti sociali superiori come forza-lavoro nel grande meccanismo razionale, hanno tolto la sua principale ragione d'essere alla vecchia Università humboldtiana. La quale è sottoposta a forze tangenziali esterne e interne che

³ Qui mi riferisco al farmacologo David Colquhoun che si scaglia contro le Università britanniche, colpevoli secondo lui di rilasciare lauree in materie come agopuntura e omeopatia che di scientifico avrebbero ben poco. Una presa di posizione che ha suscitato enorme clamore anche a livello internazionale, essendo stata lanciata dalle colonne di Nature. La critica, a ben vedere, è circoscritta principalmente alla mancanza di scientificità che caratterizzerebbe la stragrande maggioranza delle discipline complementari le quali, secondo Colquhoun, sarebbero oltretutto praticate da medici che non accettano l'evidenza scientifica così come viene comunemente intesa a livello accademico, rifiutando qualunque forma d'integrazione.

⁴ Vi sono centinaia di lavori ogni mese, su riviste indicizzate, sulla efficacia di Agopuntura, Omeopatia e, soprattutto fitoterapia, ed esperti di ricerche e metanalisi dovrebbero saperlo.

Si vedano, a titolo di esempio, nccam.nih.gov/camonpubmed/ e www.agopuntura.org/html/tesoro/t01.html

⁵ Santini G.: Accademia troppo "aperta": Nature insorge, Il Nuovo Medico D'Italia, 16 aprile 2007.

tendono a trasformarla da struttura propositiva in struttura adattativa, correndo essa il rischio di perdere per opportunismo i motivi stessi della propria esistenza (propter vitam, vitae perdere causam).

Universitas o multiversitas? Istituzione o organizzazione? Comunità scientifica o Scuola professionale? Sistema od organizzazione? E quindi funzione generale o assemblaggio di prestazioni?

E' quanto si chiedono i professori di materie cliniche, sottoposti alla pressione di esigenze assistenziali e di insegnamento pratico, sempre più totalizzanti e opprimenti.

In linea più generale la tendenza "professionalizzante" della Facoltà Medica può essere anche stimata eritropica, e suscitare il timore che si traduca in una costrizione dei respiro intellettuale e in una sofferenza del cervello metodologico generale della Facoltà stessa, e che il docente di medicina si trasformi nel semplice fruitore e trasmettitore di una cultura degradata a dato acquisitivo, al solo presupposto della professione.

In altre parole, che il Maestro si trasformi in insegnante e poi fatalmente in semplice istruttore.

E' un timore che investe più in generale il ruolo e la collocazione della ricerca, come presupposto indispensabile all'insegnamento, e più in particolare della ricerca di base, la differenza fra questa e la ricerca applicata essendo, appunto, identificabile con quella che esiste fra funzione e prestazione.

E' un timore al quale ci si oppone ricorrendo al modello sociologico generale che ho prima valorizzato, e richiamando fideisticamente l'incontenibile creatività dei soggetti e la forza emergente delle identità individuali.

In questo senso, i problemi della Facoltà Medica si intersecano con quelli generali dell'Università e dei ruoli svolti in essa dalla ricerca.

Si avverte sempre più la necessità non di opporre, ma di comporre la concezione della ricerca come mestiere con quella intesa come vocazione, la sua pianificazione collettiva con l'estrosità dell'intuizione individuale, il suo ruolo pratico con quello formativo.

Viene alla mente a questo proposito, il compito svolto un tempo dall'istituto della libera docenza nella formazione di quadri apicali ospedalieri, ruolo che non ha ancora trovato un succedaneo.

Queste problematiche, lungi dal ridurre, hanno amplificato il ruolo dell'Università, sempre più identificabile come un'agenzia di acculturazione per l'uomo contemporaneo, che proprio perché uomo senza certezze, non chiude mai la sua partita con il sapere.

L'Università si presenta come il luogo elettivo dove si realizza il processo di sintesi fra i vari aspetti della ricerca, quelli oggettivi e quelli vocazionali, che ho sopra menzionato.

In particolare è all'Università che spetta il compito, in un momento in cui vi è la tendenza politica a richiedere la finalizzazione della ricerca di base, di fornire motivazioni intellettuali alla ricerca applicata.

È un processo di acculturazione, quello sopra richiamato, che, come tale, non può prescindere dal corpo storico in cui si sviluppa, e quindi dai grandi fenomeni macrosocietari cui abbiamo assistito in questi ultimi anni.

L'impatto dirompente delle integrazioni multinazionali e della mondializzazione scientifico-mercantile ha diluito o, addirittura, a volte frantumato le integrazioni nazionali e sta esaltando gli ambienti locali come luogo privilegiato d'identificazione. Si è così fatta strada una "cultura dell'autonomia" che sta interessando in senso formativo e normativo anche l'Università.

In definitiva, una medicina che voglia essere "a misura d'uomo" deve tener conto che questa misura è l'infinito, questo appunto essendo l'orizzonte cui tende l'ansia esistenziale dell'uomo.

Senza tale consapevolezza, gli uomini di scienza, e in particolare gli operatori della medicina tecnico-specialistica, pur avvolti nei parametri pomposi della verità, rischiano di divenire null'altro che funzionari di un apparato spiritualmente svuotante, proprio mentre si offrono loro formidabili strumenti per contribuire non solo a una maggiore vitalità, ma anche a una maggiore libertà in favore dell'uomo.

E all'interno di questo contenuto (basato sulla necessità di riconoscere al lavoro professionale un significato universale, di tessitura non solo immanente ma anche trascendente della vita umana e sociale) occorre precisare il ruolo delle diverse figure sanitarie-professionali (medico di famiglia, ospedaliero, universitario), per dare certezza di ruoli, competenze e intenti e ottenere il massimo di successo con il migliore impiego delle risorse.

Ma gli esimi professori firmatari del documento, preferiscono occuparsi di MNC, che non

conoscono, piuttosto che affrontare questi vitali problemi.

Non potendo negare la realtà del fatto che milioni di pazienti trovano beneficio nel ricorso alle medicine non convenzionali le si degradano a un effetto suggestivo, laddove è evidente che il superamento dello stato di malattia o c'è o non c'è, indipendentemente dalla dimostrazione (spesso in fieri) del meccanismo d'azione. E, soprattutto, non si tiene conto della visione diversa, umanizzata, non più tecnocratica, da empatica e diretta fra curatore e paziente.

Il vero nodo è questo, non voler riconoscere che hanno ragione quelle arti mediche che, pur tenendo conto dei dati strumentali e di laboratorio, ascoltano l'individuo, dialogano con le sue esigenze. Non lo sparpagliano attraverso mille, specialistiche competenze.

Ma vediamo allora, da una tabella sinottica, di riassumere la vera questione, che riguarda il diverso atteggiamento d'approccio sul paziente fra Medicina Scientifica e Medicine Non Convenzionali^{6 7}.

APPROCCIO SANITARIO MEDICINA UFFICIALE	APPROCCIO SANITARIO MEDICINE NON CONVENZIONALI
frammentazione dell'individuo	visione globale dell'individuo
ricerca della struttura molecolare dei sistemi superspecialistici	visione dinamica in rete di una complessità di sistemi
quantitativo	qualitativo
privilegia l'intervento esterno, la ricerca di terapie appropriate	favorisce le difese interne, attiva le capacità endogene per curare le patologie
determina effetti collaterali talora gravi	generale scarsità di effetti collaterali
ha insuccesso in patologie molto diffuse anche se non molto gravi	ha successo in queste patologie
lascia poco spazio alla storia personale del paziente	lascia molto spazio alla storia personale del paziente
ruolo centrale per gli strumenti tecnologici	ruolo centrale della visita medica e dell'esame obiettivo
non rende attivo il paziente nella cura	sviluppa le capacità di autocura
non cambia gli stili di vita	stimola a stili di vita vantaggiosi
è in genere esclusivamente curativo	ha carattere sia preventivo che curativo

Ciò che i firmatari del documento sopraccitato sembrano temere è la prospettiva, indicata dalle MNC, di indicare alla medicina clinica l'impegnativa opportunità di risalire dal dato della corporeità, per via empatica al Lebenswelt, al mondo della vita, e di qui a quell'oggettività intersoggettiva (il paradosso è di Husserl) su cui occorre basare la rifondazione del sociale.

Questa riflessione investe gli elementi di formazione del discorso sociologico, un discorso ambivalente che arriva a comprendere, da un lato i grandi costruiti sistemici, collettivi, carichi di condizionamenti e di determinismi sui singoli attori sociali, ma dall'altro anche le libere azioni intenzionali degli operatori.

Carlo Di Stanislao

⁶ Di Stanislao C.: Argomenti di Medicina. Il dialogo e l'integrazione fra culture e modelli, Ed. Fondazione Silone, L'Aquila-Roma, 2005.

⁷ Baccetti S.: Non possiamo ignorare le Medicine non Convenzionali: Agopuntura, www.airone-team.it/convegni/2001/baccetti.htm, 2001.