

## Insegnamento delle CAM nelle Università, un problema aperto

**Francesco Macrì**

Alcuni anni fa, alla “Sapienza” di Roma, fu discussa una tesi di laurea in Medicina dal titolo “La terapia Omeopatica della tosse nel bambino”. La candidata ottenne la Laurea a voto pieno con lode, ma non è dato sapere se, in seguito, abbia tratto vantaggi dall’evento e non è dato sapere neanche se, nella sua attività di Medico, abbia poi deciso di professare la Medicina Omeopatica. Allora, in realtà, non era neanche abitudine dichiararlo, si decideva di essere un medico omeopata e bastava la decisione. In questi ultimi anni però, da Terni in poi, la pratica professionale delle principali Medicine Complementari (che chiameremo CAM), gradualmente ha conseguito una dignità assolutamente imprevedibile in passato. A Terni, nel marzo del 2009, infatti, la FNOMCeO stabiliva che:

**L'esercizio delle suddette medicine e pratiche non convenzionali è da ritenersi a tutti gli effetti atto medico e pertanto si ritiene:**

**essere le medicine esercitabili e le pratiche gestibili, in quanto atto medico, esclusivamente da parte del medico chirurgo ed odontoiatra in pazienti suscettibili di trarne vantaggio dopo un'adeguata informazione e l'acquisizione di esplicito consenso consapevole;**

**essere il medico chirurgo e l'odontoiatra gli unici attori sanitari in grado di individuare pazienti suscettibili di un benefico ricorso a queste medicine e pratiche, in quanto solo il medico chirurgo e l'odontoiatra sono abilitati all'atto diagnostico, che consente la corretta discriminante fra utilità e vantaggio del ricorso consapevole a trattamenti non convenzionali;**

**essere, in questa impostazione, il medico chirurgo e l'odontoiatra gli unici in grado di evitare che le medicine e pratiche non convenzionali vengano proposte e prescritte a pazienti senza possibilità di vantaggio, sottraendoli alle disponibili terapie scientificamente accreditate sulle quali dovrà essere sempre aggiornato attraverso l'ECM;**

**essere il medico chirurgo e l'odontoiatra gli unici soggetti legittimati ad effettuare diagnosi, e a predisporre il relativo piano terapeutico e a verificare l'attuazione dello stesso sul paziente**

Oggi i vari ordini dei Medici e Odontoiatri provinciali hanno allestito dei registri per alcune di queste discipline: Omeopatia, Fitoterapia, Agopuntura, Omotossicologia. I medici che hanno

conseguito un diploma presso scuole didatticamente accreditate, possono iscriversi a tali registri per avere una sorta di riconoscimento di qualità. La formazione ottenuta in queste scuole non è mai stata codificata fino al 2009. Da allora, prima la stessa FINOMCeO, poi la FISM (Federazione della Società Medico Scientifiche Italiane) e, recentemente, la Conferenza Stato/ Regioni hanno elaborato 3 diversi documenti dedicati alla codifica dei criteri da rispettare per una corretta formazione dei Medici e Odontoiatri nelle Medicine Complementari. I 3 documenti hanno una struttura simile ma si differenziano in parte per la ripartizione del monte ore, che comunque, in totale, nei 3 documenti, raggiunge il numero di 600 ( quello della Conferenza S/R lascia aperto il numero delle ore per l'attività individuale e quindi il monte ore totale potrebbe essere extrapolabile) , ma, soprattutto, per la presenza o meno della considerazione del possibile ruolo dell'Università. In realtà, tra i 3 documenti, soltanto il documento prodotto da FISM recita: ... “E’ auspicabile che le Università, pubbliche e private, che hanno per definizione titolo all’attività formativa, prevedano rapporti di convenzione e collaborazione con le associazioni, le società scientifiche e gli enti privati di formazione accreditati, per la elaborazione di adeguati programmi didattici e per reperire personale docente idoneo”. Ma è giusto o no prevedere l’Università? E’ opportuno considerare che, se da una parte l’Università per tradizione è deputata alla formazione professionale, dall’altra, in questo ambito, ha inteso affermare, all’interno delle facoltà mediche, una posizione di netta distanza rispetto alla possibilità d’insegnamento delle CAM durante il percorso didattico dei medici, sia pre che post laurea. Ciò è dimostrato dalla presa di posizione da parte della Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea in Medicina (CPPCLM) che in due occasioni si è pronunciata in merito, nel 2004 e nel 2011. La presa di posizione del 2004, molto restrittiva, è riportata di seguito:

**Dalla CPPCLM del 2004 :“..possiamo quindi concludere sostenendo con chiarezza il non inserimento delle CAM come disciplina (o discipline) nel Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia, e neppure un loro surrettizio ingresso sotto altre forme didattiche (seminari, corsi elettivi). È invece indispensabile, per affrontare questo problema, il**

**potenziamento della formazione metodologica e relazionale dello studente, l'apprendimento di specifici strumenti per la ricerca, la comprensione, l'analisi critica delle informazioni"**

Nel 2011 la posizione è stata rivista lasciando, se non altro, degli spazi più ampi all'interno del Corso di Laurea, per dare modo di effettuare, nonostante tutte le restrizioni del caso e su base evidentemente autonoma e non strutturata per le singole sedi, un'attività di formazione/informazione relativa alle CAM.

**Dalla CPPCLM del 2011 :” L’acquisizione di competenze relative alle CAM non rappresenta un obiettivo didattico del CLM. Non possono essere quindi inseriti insegnamenti, oggettivati allo sviluppo di specifiche competenze od abilità, relativi ad alcun tipo di CAM in corsi integrati, discipline, moduli del CLM fin tanto che, entrando nel merito, non si disponga di evidenze scientifiche non ambigue.**

**- Nozioni relative alle CAM non debbono essere oggetto di un surrettizio ingresso negli obiettivi didattici professionalizzanti fin tanto che, entrando nel merito, non si disponga di evidenze scientifiche non ambigue.**

**- Lo studente dovrà essere stimolato a sviluppare una conoscenza critica sugli elementi essenziali caratterizzanti le più diffuse CAM, i loro effetti e i rischi, attraverso una riflessione orientata a comprendere le motivazioni al loro uso, l’assunzione di una posizione intellettualmente chiara al fine di fornire un’informazione equilibrata all’utenza sull’uso delle CAM.**

**- Andrà sviluppato l’impiego di strumenti didattici pertinenti al raggiungimento degli obiettivi, anche adottando nei corsi integrati più appropriati i summenzionati obiettivi didattici del *core curriculum* e collocando in specifici corsi integrati , maggiormente pertinenti, lo sviluppo di capacità di informazione/educazione del paziente su particolari aspetti delle CAM**

**La CPPCLM rileva peraltro la necessità di un ulteriore impegno didattico per rafforzare la componente metodologica e farmacologico-terapeutica, la valorizzazione del concetto di salute e del ruolo degli stili di vita nella formazione dello studente, lo sviluppo della capacità di cogliere le valenze socio-culturali e spirituali della persona, il cogliere le opportunità didattiche della medicina narrativa, l’implementazione delle capacità di ascolto, di instaurare una relazione di aiuto e di counseling”**

A fronte di questa presa di posizione, singole Facoltà Universitarie, negli anni recenti, hanno dato vita ad attività formative di vario livello e una indagine conoscitiva condotta nell’ambito del Master in “Sistemi Sanitari, Medicine Tradizionali e Non Convenzionali” dell’Università Milano- Bicocca pubblicata recentemente (M. Tognetti, A. Gentiluomo, P. Roberti di Sarsina su *Advanced Therapies*) segnala come, in base a dati raccolti da 37 Università pubbliche e 3 Università private, nei diversi CCL in Medicina e Chirurgia (anno di valutazione 2011-2012) sono state svolte attività

formative nell'ambito delle CAM, sia durante il corso di Laurea (Attività Didattica Elettiva- ADE; Attività Didattica Opzionale- ADO), che in fase post laurea (Master, Corsi di Perfezionamento), non essendo stati previsti né corsi di Alta Formazione, né Dottorati di Ricerca. In dettaglio ADO/ADE con argomenti riguardanti le CAM sono state svolte in 5 sedi (Torino, Milano-Bicocca, Brescia, Bologna, Modena, Reggio Emilia) con 7 corsi in totale. 7 Master di I Livello, con vario orientamento didattico in merito alle CAM, sono stati attivati in 7 sedi rispettivamente (Milano-Bicocca, Siena, Pisa, Firenze, Roma TorVergata, Napoli Federico II, Palermo) e 9 Master di II Livello in 8 sedi (Bologna, Siena, Roma Medicina e Farmacia, Roma Medicina e Psicologia, Roma Tor Vergata, Napoli Federico II, Messina, Sassari). Dati in parte discrepanti sono stati ottenuti in una recente indagine conoscitiva condotta all'interno della stessa CPPCLM (giugno 2013) dalla quale risulta che le sedi in cui è stata svolta attività formativa durante il corso di Laurea sono: Bologna, Roma Campus Biomedico, Catania, Foggia, Messina, Milano Bicocca, Modena-Reggio Emilia, Padova, Trieste. Master di II livello sono stati attivati a Bologna, Napoli, Trieste, Milano Bicocca, Siena, Roma Tor Vergata.

In pratica, nel momento in cui il documento sulla formazione prodotto dal gruppo interregionale della conferenza S/R sta per diventare attuativo, prevedendo come enti erogatori della formazione Società Scientifiche o Associazioni Private di Settore, in ambito universitario l'atteggiamento riduttivo, confermato anche in un recente documento a cura di Vantini e Caruso per la Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea in Medicina, che si limita a considerare soltanto la Fitoterapia e l'Agopuntura come possibili materie di insegnamento, potrebbe avere come conseguenza una gestione esclusiva della formazione del medico nell'ambito delle CAM, ai fini anche professionali, soltanto da parte di strutture (Società, Associazioni) di tipo privato.

L'Università ha, a mio parere, tre possibili scelte. La prima consiste nell'ignorare il problema, in pratica come è avvenuto finora, e sarebbe un atteggiamento non in linea con i tempi: oramai in varie parti del mondo, anche di quello Occidentale che culturalmente è più incline all'affermazione della

Medicina Galileiana, sono stati attivati dei percorsi formativi per medici riguardanti le CAM, vedi il Regno Unito (Faculty di Londra), la Germania(Università di Freiburg), gli USA (Consortium Interuniversitario) etc.. La seconda, che posso immaginare, per evidenti motivi, soltanto teorica, consisterebbe nell' introdurre nel proprio ambito attività formative dedicate alle CAM, secondo i criteri indicati nei documenti già prodotti in merito, quindi un monte ore di 1.200-1.300 ( poiché questi sono i numeri che, nella impostazione Universitaria, un'attività frontale di 400 ore prevede come computo totale di impegno didattico per lo studente) realizzabile soltanto attraverso l'istituto del Master, progetto talmente complesso da non poter consentire una realizzazione in tempi rapidi, rimarcando anche che il Master, per sua impostazione, deve consentire un approfondimento su argomenti già affrontati didatticamente, e non sono certo quelli relativi alle CAM, i quali, sicuramente, durante il corso di laurea, sono, al momento, praticamente ignorati.. La terza, attualmente più percorribile, consisterebbe nell'introdurre tali attività formative secondo propri criteri organizzativi, con una gradualità che possa consentire, in una fase iniziale, l'introduzione nel corso di laurea di spazi didattici di tipo informativo, dedicati alle discipline complementari che per diffusione nel territorio e per dignità metodologica lo stesso Ministero della Salute si appresta a normare: Fitoterapia, Agopuntura, Omeopatia, Omotossicologia, Antroposofia.

E' evidente che un'informazione generica dovrebbe essere fornita allo studente durante il corso di Laurea all'interno di corsi integrati di congrua affinità sull'argomento (Farmacologia e Tossicologia, Metodologia Clinica etc..). Tale attività dovrebbe avere carattere puramente informativo ed essere esplicitata con un numero di ore limitato per le caratteristiche stesse dei Corsi Integrati, ma avrebbe comunque lo scopo e, se ben gestita, anche il risultato, di fornire allo studente gli elementi critici di base per saper decidere se e fino a che punto vorrà dedicare attenzione a tali materie nel suo futuro professionale, sviluppando questa attenzione, nel periodo postlaurea, attraverso corsi accreditati erogati da strutture private oppure direttamente dall'Università, una volta che , dal punto di vista organizzativo, sarà resa realizzabile la ipotesi dell'insegnamento Universitario postlaurea (Master).

Non può certo sfuggire come la realizzazione anche di questo progetto di minima deve presupporre il superamento di alcune difficoltà, come il reperimento di personale docente in grado di affrontare questi argomenti, la definizione di programmi didattici adeguati, la indicazione di testi e materiale idonei per lo studente, etc...

Il percorso e' solo agli inizi, sicuramente complicato, ma per la prima volta, rispetto al passato, sembra esistano i presupposti per intaprenderlo.

## Insegnare nelle Università la Fitoterapia e l'Agopuntura?

Calogero Caruso (Palermo), Claudia Rizzo (Palermo), Italo Vantini (Verona)

### Abstract

*According to National Center for Complementary and Alternative Medicine (CAM) of NIH, the CAM terms are used to mean the array of health care approaches with a history of use or origins outside of mainstream medicine. Numerous surveys document high level of interest in use of CAM among the Western public, hence raising the matter of their study in the medical education. Several scientists have subjected CAM interventions to the same methodological scrutiny responsible for the progress of Western clinical medicine (that is evidence based), i.e. with the standard of randomized controlled trials. So, the purpose of this paper was to review the scientific evidences of two particular CAM, Phytotherapy and Acupuncture, to evaluate their possible involvement in the medical education.*

Il crescente attuale interesse verso quelle forme di medicina alternativa che coinvolgono medici e pazienti nella ricerca di rimedi terapeutici capaci di lenire le sofferenze, e la percezione che questo mondo al confine con la medicina tradizionale possa, talvolta, ingenerare false aspettative o, peggio ancora, cattiva gestione nell'approccio terapeutico di talune patologie, impone al mondo accademico una riflessione sull'opportunità di avvicinarsi a queste discipline alternative con quel rigore scientifico che vuole slatentizzare falsi miti, ma al tempo stesso esaminare la possibile validità di un approccio terapeutico che affonda le sue radici in tempi e culture molto lontane dalla nostra.

La medicina moderna ha prodotto i suoi eccezionali risultati grazie all'applicazione estensiva del metodo sperimentale: oltre un secolo di straordinari progressi hanno consentito di spiegare i meccanismi eziopatogenetici e fisiopatologici di diverse malattie e di svilupparne trattamenti terapeutici e preventivi.

L'approccio logico dei fondatori della medicina sperimentale era quello di ricondurre l'eziologia di ogni malattia ad un'unica causa, la cui rimozione avrebbe determinato la remissione dei sintomi e la guarigione della malattia. Tale approccio fu certamente facilitato dal fatto che la maggior parte delle malattie studiate erano di origine microbica e che, pertanto, era facile stabile un rapporto di causa-effetto con la malattia. Certamente questa modalità di rappresentare "l'evento malattia" non teneva conto dell'ingombrante presenza della variabilità biologica individuale che rappresenta l'espressione della natura storica degli organismi viventi, a lungo considerata alla stregua di un fastidioso "rumore di fondo". Tuttavia questa modalità di approccio fu un passaggio inevitabile perché la

medicina cominciasse a darsi una propria identità scientifica e con lo sviluppo della clinica e della genetica è stato più semplice dimostrare che la variabilità individuale è invece la "realtà" con cui non può non avere a che fare il medico.

La medicina moderna si è poi arricchita con il metodo statistico matematico che, applicato in ambito sanitario, ha permesso di ottenere un'osservazione epidemiologica complessa ed elegante che consente, attraverso trials clinici e meta-analisi, sia di ricercare le cause di malattia, sia di fornire una base obiettiva alle decisioni cliniche. Nella pratica medica, questo concetto ha favorito l'affermarsi della medicina basata sulle prove, EBM (*Evidence Based Medicine*) che mira a una standardizzazione e ottimizzazione delle procedure di scelta in medicina per cui risultati degli studi clinici, accessibili attraverso la letteratura, sono fondamentali per la valutazione degli interventi e della pratica medica in generale. Questo approccio consente inoltre di stimolare i medici e gli studenti ad un confronto risolutivo delle problematiche che vengono affrontate mediante l'utilizzo di banche dati disponibili sul WEB anche se, nella visione corrente dell'EBM, l'individualità dei pazienti tende a essere svalutata e pertanto l'obiettivo della pratica clinica si sposta irreversibilmente dalla cura degli individui a quella delle popolazioni. L'approccio medico più completo è pertanto quello che riesce fare convergere la dimensione sperimentale, che per sua natura tende a ignorare le dimensioni socio-culturali della malattia e la dimensione epidemiologica che tende invece a sminuire il valore del dato biologico ed a spersonalizzare il rapporto con il paziente.

Tale completezza ha una duplice connotazione: da una parte sta la consapevolezza che la medicina, pur avvalendosi dei metodi scientifici e matematici come logica di approccio, rimane una scienza capace di farsi carico dell'essere umano che difficilmente può essere "ingabbiato" in schemi e formule; dall'altra sta la percezione che l'individuo, in quanto paziente, riesce ad avere del medico cui si affida: paradossalmente, mentre la medicina scientifica raggiungeva nuovi traguardi e si spostava verso un approccio più preciso, sofisticato ed ultraspecialistico, essa era percepita dai pazienti come inefficace poiché, evidentemente, l'evoluzione scientifica ha finito per compromettere la relazione medico-paziente. La nascita delle specialità mediche sta infatti,