

CATERINA DRIGO*

L'APERTURA DEI SISTEMI SANITARI ALLA DIVERSITÀ CULTURALE: QUALE SPAZIO PER LE MEDICINE “NON CONVENZIONALI”?

SOMMARIO: 1. La dimensione culturale del diritto alla salute. – 2. (*segue*): Quale spazio per le medicine “altre” e per la diversità culturale?. – 2.1. Profili concettuali e definitivi. – 2.2. Problemi epistemologici e giuridici sottesi all’integrazione di medicine e pratiche “non convenzionali”. – 3. Le politiche dell’Organizzazione mondiale della sanità e le tendenze di regolamentazione delle medicine non convenzionali nel contesto internazionale. – 4. Il contesto regionale europeo: fra diffidenza e tentativi di regolamentazione uniforme. – 5. Le medicine non convenzionali in Italia. – 6. (*segue*): Le Regioni e la sensibilità verso le medicine non convenzionali: un panorama a geometria variabile. – 6.1. Percorsi di riconoscimento articolati e differenziati. – 6.2. Le medicine non convenzionali nella Regione Emilia-Romagna. – 7. La “forma dell’acqua”: problemi aperti e spunti di riflessione.

1. LA DIMENSIONE CULTURALE DEL DIRITTO ALLA SALUTE

Per noi giuristi è acclarato che la salute sia un «fondamentale diritto» di ogni essere umano¹, la cui tutela è connessa a quella della dignità umana² e

* Saggio redatto nell’ambito del Progetto AlmaIdea 2017 “*La diversità culturale come cura, cura della diversità culturale*”, finanziato dall’Alma Mater Studiorum, Università di Bologna.

¹ Art 32 Cost. italiana, Per un commento dell’art. 32 Cost. *ex multis*: C. TRIPODINA, *Art. 32*, in S. BARTOLE-R. BIN (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, Padova, 2008; R. FERRARA, *Salute (diritto alla)*, in *Digesto (disc. pubbl.)*, III, Torino, 1997, 513 ss; L. MONTUSCHI, *Art. 32, 1° comma*, in *Commentario della Costituzione*, a cura di G. Branca, *Rapporti etico Sociali, art. 29-34*, Bologna, 1976, p. 146 ss.; C. MORTATI, *La tutela della salute nella Costituzione italiana*, in *Scritti*, II, Milano, 1972, p. 433 ss.; M. MAZZIOTTI, *Diritti sociali*, in *Enc. dir.*, XII, Milano, 1964, p. 802 ss.

Si vedano, altresì, il Preambolo della *Constitution of the World Health Organization* (*infra*, nota 3); l’art. 25 della *Universal Declaration of Human rights* («*Everyone has the right to a*

secondo l’OMS il «possesso del migliore stato di salute possibile» va garantito e tutelato «senza distinzione di razza, di religione, d’opinioni politiche, di condizione economica o sociale»³.

Tali concezioni “giuridiche” di salute presuppongono, a loro volta, un concetto di salute dalla natura intrinsecamente polisemantica ed eterogenea. La stessa idea di salute (e del suo contrario, la malattia) sono caratterizzate da intrinseca variabilità e aprono a diverse nozioni di medicina e di modelli di rapporto medico paziente⁴.

Il concetto di salute è anche fondamentale per individuare ciò che uno stato costituzionale può e deve garantire a ciascuno. Attesa la fluidità delle opzioni etiche, filosofiche e scientifiche, di partenza⁵, sono, quindi, le scelte politiche a determinare quelli che sono i presupposti giuridici e le cornici teoretiche di partenza.

standard of living adequate for the health and well-being of himself ...»); l’art. 35 della *EU Charter of Fundamental Rights* («*Everyone has the right of access to preventive health care and the right to benefit from medical treatment under the conditions established by national laws and practices. A high level of human health protection shall be ensured in the definition and implementation of all Union policies and activities*») o l’art. 11 dell’*European Social Charter*.

² La Corte costituzionale italiana ha definito «il bene della salute umana» quale «diritto primario e fondamentale che – per tali premesse – impone piena ed esaustiva tutela (sentenze n. 184 del 1986 e n. 559 del 1987)» (sent. n. 992/1988).

Inoltre, secondo un principio costantemente affermato dalla giurisprudenza costituzionale, «il diritto ai trattamenti sanitari necessari per la tutela della salute è “costituzionalmente condizionato” dalle esigenze di bilanciamento con altri interessi costituzionalmente protetti, salva, comunque, la garanzia di “un nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana, il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l’attuazione di quel diritto” (cfr., *ex plurimis*, le sentenze n. 509 del 2000, n. 309 del 1999 e n. 267 del 1998)» (sent. n. 252/2001 e, più di recente, anche sent. n. 5/2018).

³ Preambolo della *Constitution of the World Health Organization*. Documento adottato in occasione della *International Health Conference* di New York del 1946 ed in vigore dal 7 aprile 1948.

⁴ In campo etico-filosofico molteplici sono i modelli proposti: per maggiori approfondimenti si v. M. MORI, *The twilight of "medicine" and the dawn of "health care": reflections on bioethics at the turn of the millennium*, in *Journal of Medical Philosophy*, 25 (6), 2000, p. 723 ss. Si v., altresì, R. SEISING-M.E. TABACCHI (a cura di), *Fuzziness and Medicine: Philosophical Reflections and Application Systems in Health Care*, Springer, 2015.

⁵ Molteplici possono essere i concetti di salute e malattia, non solo in una prospettiva diacronica, ma anche nell’ambito delle società contemporanee. Per maggiori approfondimenti: E. COLOMBO, *Trasformazioni sociali e novi modi di pensare la salute e la malattia*, in E. COLOMBO-P. REBUGHINI (a cura di), *La medicina che cambia. Le terapie non convenzionali in Italia*, Bologna, 2003, p. 15 ss.; F. LELLI, *Medicine non convenzionali, Problemi etici ed epistemologici*, Milano, 2007, spec. p. 90 ss.

Secondo una visione riduttiva la nozione di salute si connette a quella di cura e, da una prospettiva giuridica, questo evoca l'autonomia del singolo, il principio di autodeterminazione, il diritto a ricevere prestazioni sanitarie, il diritto di rifiutare le cure o la possibile imposizione di trattamenti sanitari obbligatori, allorché ne ricorrano le condizioni, etc. ...

Ma la salute è anche qualcosa di più, è uno «stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia»⁶. Salute e medicina, quindi, sono concetti che non solo aprono ad una dimensione ad un tempo individuale e collettiva, ma anche ad una dimensione deontica connessa alle obbligazioni sanitarie e di servizio sociale, nonché ad una dimensione culturale.

Intendendosi per cultura un complesso di conoscenze, identità, tradizioni, competenze proprie di un certo ambiente o gruppo⁷, la *salute*, e le conoscenze e pratiche ad essa connesse, si compongono o comunque sono influenzate anche da un fattore culturale e possono esser parte del patrimonio culturale immateriale⁸.

In società sempre meno omogenee quali quelle odierne, pare opportuno verificare se, ed eventualmente in quale misura, con riferimento ai sistemi nazionali, si debba considerare e valorizzare, anche giuridicamente, la diversità culturale, tutelando le identità culturali dei gruppi che si trovano a coesistere in determinati territori, nel rispetto del principio di autodeterminazione, anche culturale⁹.

Si è stimato che nel 2020 ben il 3,5% della popolazione globale sia qualificabile come migrante internazionale (percentuale corrispondente a circa

⁶ Preambolo della *Constitution of the World Health Organization*.

⁷ Voce “*Cultura*” in dizionario Treccani. Si v. anche *infra*, nota n. 17.

⁸ Per *patrimonio culturale immateriale* «s'intendono le prassi, le rappresentazioni, le espressioni, le conoscenze, il know-how – come pure gli strumenti, gli oggetti, i manufatti e gli spazi culturali associati agli stessi – che le comunità, i gruppi e in alcuni casi gli individui riconoscono in quanto parte del loro patrimonio culturale. Questo patrimonio culturale immateriale, trasmesso di generazione in generazione, è costantemente ricreato dalle comunità e dai gruppi in risposta al loro ambiente, alla loro interazione con la natura e alla loro storia e dà loro un senso d'identità e di continuità, promuovendo in tal modo il rispetto per la diversità culturale e la creatività umana», art. 2 della *Convenzione per la salvaguardia del patrimonio culturale immateriale* sottoscritta nell'ambito della Conferenza UNESCO del 17 ottobre 2003.

⁹ Invero, il tema dell'accesso alle cure mediche per i migranti, anche irregolari, è ampiamente analizzato in dottrina e consolidato in giurisprudenza (si v. *ex multis*, di recente a G. CERRINA FERONI, *Sistemi sanitari e immigrazione: percorsi di analisi compattata*, Torino, 2019). Nel presente lavoro, invece, si intende indagare il diverso profilo della integrabilità di istanze di matrice anche culturale nel sistema sanitario nazionale e regionale.

272 milioni di persone, a fronte di soli 84 milioni nel 1970)¹⁰. Di questi, ben 82 milioni si troverebbero in Europa¹¹.

Specialmente in alcuni contesti geografici, quindi, le società sono sempre più innestate di fattori di diversità culturale che, se non integrati adeguatamente, portano a rotture, a ghettizzazioni, a incomprensioni, a malessere, e finanche a malattia. Diventa cruciale, quindi, promuovere il benessere e l'eguale accesso a servizi sanitari e sociali di qualità, accesso che per "gli altri" pare spesso limitato da una serie di fattori quali la presenza di barriere linguistiche, la difficoltà di relazionarsi e comprendere culture diverse, forme di povertà o esclusione sociale più o meno severa, la carenza di documenti e la difficoltà di interfacciarsi con gli apparati burocratici. Migranti vulnerabili e rifugiati costituiscono un gruppo eterogeneo (non riconducibile ad unità) che affronta innumerevoli sfide in materia di salute.

Ma lo studio delle richieste e prassi di cura e terapia delle persone migranti può anche aiutare nella comprensione degli effetti dei contatti culturali in dinamiche della conoscenza delle piante medicinali, dei differenti modi in cui le risorse terapeutiche vengono percepite e utilizzate dalle persone e dei contesti biologici e culturali che determinano il comportamento dei gruppi sociali¹².

In relazione alla definizione dei concetti di cultura e diversità culturale da tutelare e valorizzare il diritto sovranazionale e internazionale contribuiscono solo in parte.

¹⁰ Secondo le *Recommendations on Statistics of International Migration* delle Nazioni Unite, un «*international migrant*» è «*any person who has changed his or her country of usual residence, distinguishing between "short-term migrants" (those who have changed their countries of usual residence for at least three months, but less than one year) and "long-term migrants" (those who have done so for at least one year)*», così in *World Migration Report 2020*, curato dall'*International Organization for migration*, Ginevra. Testo reperito in https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020.pdf, p. 19-23.

¹¹ *World Migration Report 2020*, cit., p. 24.

¹² P. MUNIZ DE MEDEIROS-G. TABODA SOLDATI-N. LEAL ALENCAR-I. VANDEBROEK-A. PIERONI-N. HANAZAKI-U. PAULINO DE ALBUQUERQUE, *The Use of Medicinal Plants by Migrant People: Adaptation, Maintenance, and Replacement*, in *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2012, p. 1 ss.

È stato osservato, altresì, che «*medical anthropologists have shown that patients often hold different beliefs about disease than do health care providers and that the discontinuity may lead to problems in treatment related to inappropriate or incomplete reactions of health professionals, improper choice of therapy, or insufficient patient adherence to medical choices*», E.D. WHITAKER, *The Idea of Health: History, Medical Pluralism, and the Management of the Body in Emilia-Romagna, Italy*, in *Medical Anthropology Quarterly*, 17, 2003, p. 348 ss.

Se l'Unione Europea valorizza la diversità culturale laddove all'art. 3.3. del TUE stabilisce il dovere dell'Unione di rispettarla vigilando sulla salvaguardia e sullo sviluppo del patrimonio culturale europeo, non provvede, in parallelo, a fornirne alcuna definizione.

Parimenti, il diritto internazionale non definisce in modo chiaro il concetto in esame: la *diversità culturale* viene ritenuta «una caratteristica inerente all'umanità»¹³, la cui promozione e tutela presuppone «il rispetto dei diritti umani, delle libertà fondamentali»¹⁴. La *diversità culturale* «rimanda alla moltitudine di forme mediante cui le culture dei gruppi e delle società si esprimono. Queste espressioni culturali vengono tramandate all'interno dei gruppi e delle società e diffuse tra di loro [...] non è riflessa unicamente nelle varie forme mediante cui il patrimonio culturale dell'umanità viene espresso, arricchito e trasmesso grazie alla varietà delle espressioni culturali, ma anche attraverso modi distinti [...] di produzione, di diffusione, di distribuzione e di apprezzamento delle espressioni culturali, indipendentemente dalle tecnologie e dagli strumenti impiegati»¹⁵.

Secondo l'Unesco «[l]a cultura assume forme diverse nel tempo e nello spazio. La diversità si rivela attraverso gli aspetti originali e le diverse identità presenti nei gruppi e nelle società che compongono l'Umanità. Fonte di scambi, d'innovazione e di creatività, la diversità culturale è, per il genere umano, necessaria quanto la biodiversità per qualsiasi forma di vita. In tal senso, essa costituisce il patrimonio comune dell'Umanità e deve essere riconosciuta e affermata a beneficio delle generazioni presenti e future»¹⁶.

Il concetto stesso di *cultura*, sotteso e presupposto a quello di diversità culturale, appare di difficile delimitazione in campo giuridico, innestandosi di elementi metagiuridici che rendono complessa ogni riflessione giuridica sul tema. Manca una definizione giuridica vincolante e quanto indicato nel preambolo della *Universal Declaration on Cultural Diversity*, appare solo come una definizione aperta e vaga, che non consente l'individuazione di modelli riconducibili ad una tassonomia¹⁷.

¹³Preambolo della *Convenzione sulla protezione e la promozione della diversità delle espressioni culturali*, sottoscritta a Parigi il 20 ottobre 2005.

¹⁴Art. 2 della *Convenzione sulla protezione e la promozione della diversità delle espressioni culturali*.

¹⁵Art. 4 della *Convenzione sulla protezione e la promozione della diversità delle espressioni culturali*.

¹⁶UNESCO *Universal Declaration on Cultural Diversity* del 2 novembre 2001.

¹⁷Secondo l'UNESCO la cultura deve essere considerata come «l'insieme dei tratti distintivi spirituali e materiali, intellettuali e affettivi che caratterizzano una società o un grup-

Una prima difficoltà di fondo, per il giurista, è quindi rappresentata dal fatto che le riflessioni su cultura e diversità culturale aprono a concetti che, pur avendo rilievo giuridico-costituzionale, sono tuttavia definibili pienamente solo attingendo a discipline ulteriori a quella giuridica.

Con gli strumenti offerti dal diritto, cioè, non si riesce ad identificare e tutelare «una diversità che non è data dalla compresenza di entità o di identità chiaramente definibili, statiche e dai confini precisi, ma dalla coesistenza di processi complessi che nascono, si evolvono, muoiono attraverso dinamiche di contatti, integrazioni reciproche, contaminazioni di vario tipo»¹⁸.

Un elemento di complicazione è rappresentato dal fatto che, anche nel contesto della c.d. *western medicine*, il legame fra cultura e medicina presenta una serie di criticità intrinseche e ha portato allo sviluppo di modelli regolatori differenziati, specialmente in relazione a tematiche “sensibili” dal punto di vista etico-morale¹⁹. Ma un ulteriore elemento di complicazione è

po sociale e che essa include, oltre alle arti e alle lettere, modi di vita di convivenza, sistemi di valori, tradizioni e credenze. *Constatando* che la cultura si trova al centro dei dibattiti odierni sull'identità, la coesione sociale e lo sviluppo di un'economia basata sulla conoscenza», *Universal Declaration on Cultural Diversity* testo in italiano in http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/CLT/diversity/pdf/declaration_cultural_diversity_it.pdf.

¹⁸ M. PEDRAZZI, *Diversità culturale nel diritto internazionale*, in L. ZAGATO-M. VECCO (a cura di), *Le culture dell'Europa, L'Europa della cultura*, Milano, 2011, p. 15 ss. Si v., altresì, C. DE BEUKELAER-M. PYYKKÖNEN-J. SINGH, (a cura di), *Globalization, Culture and Development: The UNESCO Convention on Cultural Diversity*, London, 2015.

¹⁹ Quali esempi di tali criticità di possono citare le articolate, e spesso contrapposte, posizioni in merito alla fecondazione medicalmente assistita o alle sperimentazioni sugli embrioni umani (oggetto anche serie di decisioni della corte di giustizia dell'UE a partire dalla sent. *Oliver Brüstle contro Greenpeace e V.*, C-34/10 del 18 ottobre 2011, ma anche dalla sent. *International Stem Cell Corporation (ISCO)/Comptroller General of patents, designs and trademarks*, C-364/13 del 18 dicembre 2014).

In dottrina si v. già A. KLEINMAN, *Patients and healers in the context of culture*, University of California Press, 1980, ma si v. altresì B. PFLEIDERER-G. BIBEAU (a cura di), *Anthropologies of Medicine. A Colloquium on West European and North American Perspectives*, Springer, 1991; S.M. DI GIACOMO, *Can there be a 'cultural epidemiology'?*, in *Medical Anthropology Quarterly*, 13 (4), 1999, p. 436 ss., che si riferisce al concetto di «*health beliefs of western society*», fornendo una classificazione di tipo “antropologico” dell'approccio alla malattia e alle cure erogate nell'ambito dei sistemi sanitari occidentali. P. LYNN [*Medicine and culture*, USA, 1996] pochi anni prima, aveva sostenuto che anche nei Paesi occidentali «*while doctors regard themselves as servants of science, they are often prisoners of custom*». Si v., altresì, G. JUCKETT, *Cross-Cultural Medicine*, in 11 *American Family Physician* 72, 2005, p. 2267 ss.; D. LUPTON, *The cultural assumptions behind Western medicine*, in *The Conversation*, del 1° gennaio, 2013 <https://theconversation.com/the-cultural-assumptions-behind-western-medicine-7533>; R. OLOTEGUI-MARIÑO-J. GALVEZ-OLORTEGUI-D. PAREDES-AYRAC-M. VILLAFAN-BRONCANO, *Alternative, traditional, or complementary medicine: A*

rappresentato dal fatto che, quando viene in rilievo il diritto alla salute, la tutela della diversità culturale apre anche alla valorizzazione di “cure” e di approcci eterodossi rispetto alla medicina di matrice occidentale (o biomedicina). Non è un caso che l’Unesco abbia incluso alcune tipologie di medicine tradizionali nel patrimonio culturale immateriale dell’umanità²⁰.

La diversità culturale, quindi, deve essere necessariamente considerata anche nella dimensione della cura, nell’organizzazione dei sistemi sanitari, nazionali e territoriali (ove presenti) siccome anche integrati dal contributo oramai imprescindibile dei privati in un’ottica che valorizzi tanto la sussidiarietà verticale quanto quella orizzontale²¹. Siffatta integrazione potrà avvenire secondo dinamiche necessariamente diversificate in ragione della sussistenza di plurimi modelli di integrazione dei migranti in essere nei diversi ordinamenti e finanche in essere al loro interno se considerati secondo una prospettiva diacronico evolutiva.

2. (SEGUE): QUALE SPAZIO PER LE MEDICINE “ALTRE” E PER LA DIVERSITÀ CULTURALE?

2.1. *Profili concettuali e definatori*

Quando si fa riferimento a opzioni terapeutiche o a pratiche distinte dalla c.d. medicina tradizionale o “scientifica”, il panorama concettuale di riferimento è estremamente variegato ed articolato: «[l]a parola “Medicina” è diversa per ogni cultura e popolo che ne ha tratto beneficio; per cui esistono

perspective of intercultural therapeutic adherence, in 17 *Medwave* 15, 2017, in <https://www.medwave.cl/link.cgi/English/Perspectives/LettersToEditor/6977.act>.

²⁰ L’UNESCO ha incluso anche alcune medicine tradizionali nel patrimonio culturale immateriale: dal 2010 l’agopuntura e la moxibustione della medicina tradizionale cinese, dal 2018 le abluzioni terapeutiche della medicina tradizionale tibetana, dal 2019, il massaggio thailandese. Per approfondimenti sul patrimonio culturale immateriale dell’UNESCO, *ex multis*: C. BORTOLETTO, *Il patrimonio immateriale secondo l’Unesco. Analisi e prospettive*, Roma, 2008; F.H. CUNHA FILHO-T. SCOVAZZI, *Salvaguarda do patrimônio cultural imaterial: uma análise comparativa entre Brasil e Itália*, Brasile, 2020, testo in <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/32295/1/salvaguarda-do-patrimonio-cultural-imaterial-repositorio.pdf>.

²¹ Con riferimento al contesto italiano pare opportuno menzionare il contributo del c.d. Terzo settore nel fornire assistenza medica, psicologica o psichiatrica a stranieri, operando anche quale centro di mediazione culturale e di recepimento di istanze “altre” rispetto a quelle della maggior parte della comunità di determinati territori. Sia consentito rinviare al mio *Percorsi di integrazione e inclusione sociale dei migranti nella Regione Emilia-Romagna*, in *Le Regioni*, 5-6, 2019, p. 1753 ss. e alla bibliografia ivi indicata.

tanti sistemi di guarigione e cura quante culture esistono nel mondo»²².

Peraltro, il diritto pubblico tende a non occuparsi della nozione di *medicina*, tanto di quella di matrice occidentale, quanto di quella non convenzionale, lasciando, *ratione materiae*, la competenza al mondo scientifico, alla cultura medica.

Ma l'individuazione di cosa sia ascrivibile a *medicina* e a prassi terapeutica presenta rilevanti ricadute in campo giuridico, poiché concorre a delineare i contorni del diritto alla salute.

Nel mondo la c.d. biomedicina rappresenta tendenzialmente il pilastro dell'assistenza sanitaria anche se, specialmente in alcuni contesti, viene affiancata dalla medicina tradizionale o complementare.

A tal proposito l'OMS richiama una serie di concetti quali quelli di *traditional medicine*²³, di *complementary medicine*²⁴, di *herbal medicine*²⁵, che includono una serie di pratiche, credenze, teorie e terapie, o utilizzate in particolari contesti culturali o semplicemente non pienamente integrate nei sistemi sanitari di matrice occidentale perché esprimenti elementi eterodossi rispetto a questi, oppure medicine e farmaci che prevedono l'uso di piante o di loro componenti.

Nel presente scritto si farà riferimento ad esse con l'espressione omnicomprensiva di *medicine non convenzionali* (MNC), nella consapevolezza, tuttavia, che le articolazioni tassonomiche esistenti non sono riconducibili ad

²² P. ROBERTI DI SARSINA-A. MORANDI-M. ALIVA-M. TOGNETTI BORDOGNA-P. GUADAGNI, *Medicine Tradizionali e Non Convenzionali in Italia. Considerazioni su una scelta sociale per la Medicina Centrata sulla Persona*, in *Terapie d'avanguardia*, 2012, p. 6; L. OBADIA, *The Internationalisation and Hybridization of Medicines in Perspective? Some Reflections and Comparisons between East and West*, in *Transtext(e)s Transcultures 跨文本跨文化 Journal of Global Cultural Studies*, 5/2009, p. 1 ss.

²³ Secondo l'OMS: «*Traditional medicine has a long history. It is the sum total of the knowledge, skill, and practices based on the theories, beliefs, and experiences indigenous to different cultures, whether explicable or not, used in the maintenance of health as well as in the prevention, diagnosis, improvement or treatment of physical and mental illness*» (<http://www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/>).

²⁴ Secondo l'OMS: «*The terms "complementary medicine" or "alternative medicine" refer to a broad set of health care practices that are not part of that country's own tradition or conventional medicine and are not fully integrated into the dominant health-care system. They are used interchangeably with traditional medicine in some countries*» (https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab_1).

²⁵ Secondo l'OMS: «*Herbal medicines include herbs, herbal materials, herbal preparations and finished herbal products, that contain as active ingredients parts of plants, or other plant materials, or combinations*» (https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab_1).

unità in campo medico e clinico. Trattasi, infatti, di un complesso di pratiche, farmaci, cure, estremamente variegato ed articolato²⁶, che muove da diverse concezioni di salute e medicina, spesso risultando inscindibilmente connesse con pratiche culturali e religiose. L’approccio metodologico, quindi, non può prescindere da una adeguata considerazione del contesto di riferimento che, per quanto qui rileva, è quello giuridico.

L’attenzione verso la diversità culturale non implica necessariamente – o doverosamente integrare le medicine non convenzionali nei sistemi sanitari nazionali o territoriali. Essa implica, innanzitutto, attenzione verso i fattori di diversità culturale, apertura, comprensione, attitudine all’ascolto e al recepimento di istanze, secondo quella logica inclusiva che, nel nostro ordinamento, è sottesa all’art. 3 Cost., e implica anche un’attenzione verso il fattore religioso, a sua volta, spesso difficilmente scindibile da quello culturale²⁷.

Rispetto a quanto si registra in altri continenti, in Europa si riscontra una maggior diffidenza verso le medicine non convenzionali. In America Latina, Australia, Africa o Asia, maggiore è la sensibilità verso le MNC e il ricorso ad esse è maggiormente diffuso, maggiormente normato e, almeno in determinati contesti, oggetto di integrazione nei sistemi sanitari o di finanziamenti e ricerche pubbliche, anche significativi²⁸. E non è un caso che ciò si sia verificato in questi contesti. Le ragioni sono molteplici: o si tratta di aree ove insistono minoranze o popoli indigeni, o dove le migrazioni sono più radicate nel tempo, o dove medicine che per noi sono “altre”, sono in realtà quelle tradizionali e la “novità” è rappresentata dalla biomedicina. Ad esempio, in Cina, la medicina tradizionale è consolidata da almeno tre millenni, similmente in India, la medicina ayurvedica. E quindi, per gettare uno sguardo all’attualità, non pare un caso che proprio in Cina si siano incentiva-

²⁶ Per una panoramica delle principali medicine non convenzionali e dei profili clinico giuridici ad esse connesse si v. D. VASAPOLLO, *Tutela della salute e Medicine Non Convenzionali. Profili clinico-giuridici e problematiche medico legali*, Milano, 2014; C. CIPOLLA-P. ROBERTI DI SARSINA, *Le peculiarità sociali delle medicine non convenzionali*, Milano, 2009; G. GIARELLI-P. ROBERTI DI SARSINA-B. SILVESTRINI, *Le medicine non convenzionali in Italia. Storia, problemi e prospettive di integrazione*, Milano, 2007; D. SECONDULFO (a cura di), *Medicina e Medicine. Le cure “altre” in una società che cambia*, in *Salute e Società*, 3/2005, Milano; P. REBUGHINI, *Origini e contenuti dell’universo delle medicine non convenzionali*, in E. COLOMBO-P. REBUGHINI, *La medicina che cambia. Le terapie non convenzionali in Italia*, Bologna, 2003, p. 73 ss.

²⁷ Il tema è estremamente ampio. *Ex multis*, di recente si v. L.G. BEAMAN, *The Transition of Religion to Culture in Law and Public Discourse*, London, 2020.

²⁸ Per una panoramica si veda il *WHO Global Report on Traditional and Complementary Medicine 2019*, in <https://www.who.int/traditional-complementary-integrative-medicine/WhoGlobalReportOnTraditionalAndComplementaryMedicine2019.pdf?ua=1>.

ti trattamenti anti SARS-CoV2 che prevedono l'applicazione di trattamenti di medicina tradizionale secondo protocolli ad hoc promossi a livello istituzionale (ancorché siano ancora criticati dalla comunità scientifica internazionale in quanto non vi sarebbero sufficienti prove della loro reale efficacia)²⁹. Senza qui voler entrare nel merito delle scelte terapeutiche, pare significativo che, in quel contesto, il fattore culturale e il legame con la medicina tradizionale abbiano portato all'elaborazione di un siffatto protocollo, le cui evidenze scientifiche saranno ovviamente da verificare in modo rigoroso da parte delle autorità competenti.

2.2. Problemi epistemologici e giuridici sottesi all'integrazione di medicine e pratiche "non convenzionali"

Lo studio delle medicine non convenzionali apre a problematiche ulteriori rispetto a quelle connesse alla mera valorizzazione della diversità culturale. Si tratta di un tema che non solo presuppone l'analisi del rapporto fra scienza e diritto, ma anche una riflessione sul ruolo dello Stato di derivazione liberale, connettendosi al concetto di *welfare state*, concepibile anche sua evoluzione di *caring state*³⁰.

Lo Stato deve garantire l'accesso a cure alternative, a cure "altre"?

La risposta sarà diversa a seconda del contesto ordinamentale di riferimento e del quadro costituzionale e normativo ivi vigente.

Se consideriamo il nostro Paese, fermo il dovere costituzionale di garantire e tutelare la salute degli individui in una dimensione anche collettiva (art. 32 Cost.), può essere realmente imposto un modello di terapia e cura per via normativa? O, al contrario, la garanzia di un pluralismo terapeutico è sempre legittimata o esprime una sorta di relativismo culturale? Sono individuabili "più scienze" o la scienza è unica e il pluralismo non può includere anche la scienza, non esistendo più di una alternativa come nell'ambito delle scienze morali?

Si perviene, così, al tema dell'estensione del diritto della libertà di cura, concepito quale espressione del principio di autodeterminazione³¹. Quale

²⁹ <https://chinalink.it/wp-content/uploads/2020/03/Piano-di-diagnosi-e-trattamento-MTC-del-COVID-19.pdf>; <https://chinalink.it/wp-content/uploads/2020/03/Piano-di-diagnosi-e-trattamento-MTC-del-COVID-19.pdf>.

³⁰ K. HEE-KANH, *Caring State: A New Vision of Welfare State*, in *Journal of Governmental Studies*, 22/ 2016, p. 5 ss.; S. BAGNI, *Dal Welfare State al Caring State*, in AAVV., *Annuario italo-iberoamericano di diritto costituzionale*, Napoli, 2014, p. 325 ss.

³¹ P.K. FEYERABEND, *La scienza in una società libera*, Milano, 1981, spec. p. 18 ss.

spazio, quindi, vi può essere per la garanzia della possibilità di opzione e scelta in relazione a terapie e pratiche che non abbiano una base scientifica certa, ma che esprimano unicamente un'opzione culturale di matrice assiologica? E la libertà di scelta va garantita sempre e comunque o vi debbono essere dei limiti? La stessa libertà di scelta può essere efficacemente esercitata unicamente quando siamo messi in condizione di "scegliere" (e di comprendere gli effetti delle nostre scelte) e non semplicemente quando decidiamo di dissentire dai percorsi di cura e terapia ufficiali³².

Manca una chiara "mappa" che perimetri il territorio entro cui operare e quindi si può sostenere che, in assenza di coordinate sufficientemente determinate, sia arduo anche effettuare una vera e propria scelta. Come è stato sostenuto, «il percorso lo decidiamo noi, ma per farlo dobbiamo conoscere con esattezza il territorio in cui ci andremo a muovere, le sue caratteristiche, la presenza di pericoli o di passaggi già noti e sicuri»³³.

L'individuazione del ruolo da riconoscere agli esperti in un ambito sensibile quale quello della salute è uno degli snodi centrali delle riflessioni bioetiche riflettendosi anche nel concetto stesso di democrazia. Come sostenuto, «la revisione del contratto tra scienza e società è la nuova frontiera delle società democratiche: intendendosi qui per democrazia non tanto il prevalere di una maggioranza, bensì la visione politica che tende a non assumere come autoritativo nessun linguaggio (nemmeno quello della scienza), ma che predispone le modalità istituzionali per ricollocare nella vita civile il luogo per discutere e rinegoziare ogni forma di autorità»³⁴.

L'eventuale limitazione delle libertà, e quindi anche della libertà di scelta in campo medico, richiede una giustificazione pubblica e la garanzia di condizioni minime di salute (intese come mantenimento o ripristino del funzionamento normale dell'organismo), risponde all'esigenza di garantire a tutti le medesime opportunità e appare anche il presupposto necessario per esercitare pienamente i diritti di cittadinanza³⁵.

Se il fenomeno del ricorso alle medicine non convenzionali è oramai consolidato e appare irreversibile, è imprescindibile l'effettuazione di un delica-

³² F. LELLI, *Medicine non convenzionali, Problemi etici ed epistemologici*, cit., spec. p. 20 ss. e bibliografia ivi indicata.

³³ H.T. JR ENGELHARDT, *Manuale di bioetica*, Milano, 1999, p. 115.

³⁴ F. LELLI, *Medicine non convenzionali, Problemi etici ed epistemologici*, cit., spec. p. 70, ma si v. anche M. TALLACCHINI, *Democrazia come terapia: la governance tra medicina e società*, in *Politeia*, XXII, 81, 2006, p. 15 ss.; ID., *Bioetica & Democrazia*, in *Politeia*, XIX, 69, 2003, p. 93 ss.

³⁵ F. LELLI, *Medicine non convenzionali, Problemi etici ed epistemologici*, cit., spec. p. 70 ss.

to bilanciamento fra interessi e libertà di scelta dei singoli e dimensione pubblicistica del diritto alla salute.

Posto questo elemento, ci si deve chiedere se uno Stato che preveda la possibilità di optare per medicine non convenzionali debba anche eventualmente provvedere al loro finanziamento.

Anche in questo caso la risposta dipende dal contesto ordinamentale di riferimento e del quadro costituzionale e normativo vigente.

In uno stato costituzionale con una spiccata vocazione sociale la risposta potrebbe essere positiva, purché, nel rispetto delle risorse disponibili, si tratti di cure efficaci³⁶ e purché esse siano riconducibili, in una prospettiva multiculturali, all'appartenenza a certe culture, anche sanitarie, sia in senso etnico, sia in senso filosofico.

Le profonde differenze nella concezione di medicina e salute sottese alla *western medicine* e a molteplici medicine non convenzionali, rendono impossibile «appellarsi ad una oggettività trasversale» di siffatti concetti³⁷, conseguentemente, la logica che pare fruttuoso seguire è quella non di una fusione fra sistemi, spesso incompatibili fra loro, ma al più di integrazione, in cui «ciascuno continuasse ad evolversi nella propria direzione»³⁸. Ovviamente tale integrazione non può essere di ordine meramente teorico, «a causa delle diversità dei due ambiti, e a causa delle diverse richieste che il paziente può portare, a seconda delle sue esigenze, delle risposte di cui ha bisogno per il suo specifico stato di salute»³⁹.

Inoltre, come peraltro anticipato *supra* (par. 1), il modello di autonomia e di autodeterminazione del singolo dipende anche dalle nozioni di medicina, di salute e dalla concezione del “bene del paziente” in una prospettiva non solo individuale, ma anche collettiva: nella prospettiva del suo esser parte di una comunità⁴⁰. A tal proposito, pare manchi un modello universalmente valido che consenta di coniugare secondo coordinate uniformi tutti gli aspetti:

³⁶ Allorché ci si riferisce al confronto fra medicina c.d. ufficiale e medicine non convenzionali, però, la valutazione dell'efficacia non è il solo mezzo che si ha a disposizione. Il tema apre a problemi epistemologici rilevanti. Su punto, diffusamente, F. LELLI, *op. cit.*, p. 27 ss., ma si v. anche MORI, *op. cit.*, p. 738.

³⁷ F. LELLI, *Medicine non convenzionali, Problemi etici ed epistemologici*, cit., p. 36 ss.

³⁸ S. BRATMAN, *Guida critica alle medicine alternative. Manuale pratico per curarsi senza smarrirsi*, Milano, 1999, p. 270.

³⁹ F. LELLI, *Medicine non convenzionali, Problemi etici ed epistemologici*, cit., p. 36.

⁴⁰ In quest'ottica non tutte le decisioni del medico o del paziente risultano legittime, specialmente allorché determinano uno svantaggio economico nei confronti della comunità, come nel caso di terapie che determinano dei costi collettivi difficilmente sostenibili.

dimensione individuale e collettiva, scientifica e culturale. Ne consegue che, seppur in un'ottica plurale volta alla interculturalità – perché la dimensione multiculturale ed interculturale è ciò con cui le nostre società si devono confrontare⁴¹ – ciascun ordinamento procederà ad un delicato bilanciamento frutto di scelte politiche, auspicabilmente ponderate, e senza che si lascino lacune normative che giudici “supplenti” del legislatore debbano colmare.

3. LE POLITICHE DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ E LE TENDENZE DI REGOLAMENTAZIONE DELLE MEDICINE NON CONVENZIONALI NEL CONTESTO INTERNAZIONALE

L'OMS già nel 2000 ha elaborato un documento, intitolato *General guidelines for methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*, avente lo scopo di fornire una trattazione congiunta della metodologia di ricerca e della valutazione c.d. *evidence based* per le medicine non convenzionali (siano esse riconducibili alla medicina tradizionale o alle medicine complementari)⁴². Pochi anni dopo si invitavano gli Stati a formulare e

⁴¹ Sul punto la letteratura è sterminata. Sia consentito rinviare a J. RAWLS, *Il diritto dei popoli*, Torino, 2001; J. RAZ, *Multiculturalism: a Liberal Perspective*, in ID., *Ethics in the Public Domain: Essays in the Morality of Law and Politics*, UK, 1995; J. RAZ, *Multiculturalism*, in *Ratio Juris*, 11, 1998, p. 193 ss.; C. TAYLOR, *Multiculturalism*, US, 1994; W. KYMLICKA, *Multicultural Citizenship. A Liberal Theory of Minority Rights*, UK, 1995; J. TULLY, *Strange Multiplicity*, UK, 1997; M. NUSSBAUM, *Cultivating Humanity*, Cambridge, Mass., 1998; B. DE SOUSA SANTOS, *Toward a multicultural Conception of Human Rights*, in *Sociologia del diritto*, 1/1997, testo reperito in https://www.ces.uc.pt/bss/documentos/toward_multicultural_conception_human_rights.pdf; J. HABERMAS, *The Inclusion of Others*, Cambridge, Mass., 1998; G. BAUMANN, *The multicultural riddle*, New York, 1999; J. RAWLS, *The Law of Peoples*, Cambridge, Mass., 2001; S. BENHABIB, *The claims of culture*, US, 2002.; S. BENHABIB, *The rights of others*, Cambridge, Mass., 2004; F. LEVRAU, P. LOOBUYCKM, *Introduction, mapping the multiculturalism-interculturalism debate*, in *Comparative migration Studies*, 6,1\3, 2018, testo in <https://www.springeropen.com/collections/multiintercult>; R. KASTORYANA, *Multiculturalism and interculturalism: redefining nationhood and solidarity*, in *Comparative Migration Studies*. 6, 17, 2018, in <https://www.springeropen.com/collections/multiintercult>.

Se si considerano le posizioni di J. Raz [J. RAZ, *Multiculturalism* in *Ratio Juris*, cit., spec. p. 197 ss.], le “tradizioni” altre, nel contesto liberale, devono poter essere libere di esistere allorché non vadano contro il framework liberale, e siano qualificabili secondo l'ottica Rawlsiana della ragionevolezza (J. RAWLS, *Liberalismo politico*, Torino, 2012).

⁴² Testo in https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66783/WHO_EDM_TRM_2000.1.pdf;jsessionid=C72073B18444EA3F052BF052049BC421?sequence=1. Per un commento R. ROBERTI DI SARSINA-I. ISEPPATO, *Le politiche sanitarie e formative delle medicine non*

attuare politiche ad hoc sulle medicine non convenzionali con un programma triennale chiamato *Traditional Medicine Strategy 2002-2005*⁴³, che l'OMS è stato sollecitato ad aggiornare ed implementare a seguito della risoluzione dell'Assemblea Mondiale della Sanità sulla Medicina Tradizionale⁴⁴. Così, nel 2013 è stata lanciata la *Traditional Medicine Strategy 2014-2023*⁴⁵, documento che si pone quali obiettivi: a) quello di «sfruttare il potenziale contributo della MT (medicina tradizionale, nda) per il mantenimento della salute, per il benessere e per un'assistenza sanitaria incentrata sulla persona»; e b) quello di «promuovere l'uso sicuro ed efficace della MT attraverso la regolamentazione, la ricerca e l'integrazione nei sistemi sanitari dei suoi prodotti, dei suoi professionisti e delle sue pratiche, laddove appropriato»⁴⁶.

Grazie alla produzione di linee guida e di documenti di carattere tecnico, vengono, così, supportati gli Stati aderenti all'OMS nello sviluppo di politiche proattive e nell'implementazione di *action plans* che rafforzino, o consolidino, il ruolo delle medicine non convenzionali nel mantenere in salute la popolazione, focalizzandosi sull'organizzazione dei servizi e sistemi sanitari e promuovendo l'integrazione delle medicine tradizionali e complementari al loro interno, in un'ottica che almeno nelle intenzioni, possa progressivamente consentire agli utenti di scegliere fra un ventaglio di opzioni il più ricco possibile.

Quale “fotografia” della situazione globale e delle tendenze in atto, vi è il recente *Global report on traditional and complementary medicine* redatto dall'OMS nel 2019 con il contributo di quasi tutti gli Stati aderenti⁴⁷.

Ne risulta che le medicine non convenzionali, se di comprovata sicurezza, efficacia e qualità, sono una risorsa, e «contribuiscono all'obiettivo di garantire a tutte le popolazioni l'accesso alle cure». Per larghe fasce della popolazione mondiale, infatti, «le piante medicinali, i trattamenti tradizionali e i professionisti tradizionali sono la principale, e a volte l'unica, fonte di as-

convenzionali nell'Unione europea, in C. CIPOLLA-P. ROBERTI DI SARSINA (a cura di), *Le peculiarità sociali delle medicine non convenzionali*, Milano, 2009, p. 40 ss.

⁴³ Testo in <https://www.who.int/medicines/publications/traditionalpolicy/en/>.

⁴⁴ WHA62.13, adottata nel 2009.

⁴⁵ Testo in https://www.who.int/medicines/publications/traditional/trm_strategy14_23/en/.

⁴⁶ *Traditional Medicine Strategy 2014-2023*, cit., p. 11.

⁴⁷ E, in relazione al quale l'Italia brilla o per assenza o per una minima contribuzione a seconda degli aspetti. Testo del *Global Report* in: <https://www.who.int/traditional-complementary-integrative-medicine/WhoGlobalReportOnTraditionalAndComplementaryMedicine2019.pdf?ua=1>.

sistenza sanitaria. Questa assistenza è in loco, disponibile ed economicamente accessibile, oltre ad essere culturalmente accettata e a raccogliere la fiducia di un gran numero di persone. L'accessibilità economica della maggior parte delle medicine tradizionali ne motiva ancor più l'interesse in un periodo di costi sanitari crescenti e di austerità quasi generalizzata». Tali tipologie di medicine e pratiche, inoltre, si segnalano anche quale «strumento per far fronte all'aumento inarrestabile delle malattie croniche e non trasmissibili», contribuendo a garantire un adeguato e soddisfacente livello di qualità della vita⁴⁸.

Il dato che appare significativo è che, dei 179 Stati del mondo che hanno contribuito a fornire dati utili alla redazione del report del 2019, moltissimi hanno o significativamente incrementato, o comunque sviluppato, politiche nazionali su più medicine tradizionali e alternative: 98 Stati hanno posto in essere normative di rango legislativo o di rango regolamentare; e ben 124 stati hanno incrementato la normativa sulle *herbal medicines*. Sostanzialmente l'88% degli Stati membri dell'OMS riconosce e garantisce la pratica, seppur secondo modalità e tipologie differenti, delle medicine non convenzionali⁴⁹.

Un'analisi di questi dati secondo una prospettiva diacronica fa comprendere come, a livello globale, la tendenza sia verso un maggiore spazio, una maggior considerazione del possibile ruolo delle medicine non convenzionali anche in quei Paesi saldamente legati alla medicina di matrice occidentale, anche in quei Paesi, cioè, in cui le medicine non convenzionali non hanno un ruolo strettamente legato alla cultura dominante. Ciò non comporta che le medicine non convenzionali siano pacificamente un'opzione offerta dai vari servizi sanitari in termini alternativi rispetto alla biomedicina, al contrario. E ciò non solo, e non tanto, per ragioni di tipo culturale, ma, quantomeno con riferimento ai contesti liberal democratici, perché vengono in rilievo problematiche di tipo etico e bioetico, connesse al ruolo da riconoscersi all'autodeterminazione del singolo, alla sua effettiva libertà di scelta⁵⁰.

I diversi Paesi aderenti all'OMS si avvicinano in modo eterogeneo alle medicine non convenzionali: in alcuni casi sono presenti quadri normativi e regolatori ben dettagliati, in altri le MNC sono integrate nei servizi sanitari, in altri sono presenti politiche o azioni di tipo programmatico, in altri ancora

⁴⁸ Discorso pronunciato dal Direttore generale dell'OMS, Margaret Chan, in occasione della Conferenza Internazionale sulla Medicina Tradizionale per i Paesi del Sud-Est Asiatico. Nuova Delhi, India, 12-14 febbraio 2013.

⁴⁹ *Global Report*, cit., p. 11.

⁵⁰ V. *supra*, par. 2.2.

vengono finanziati a livello nazionale o territoriale centri di ricerca sia pubblici, sia privati⁵¹.

Se il contesto asiatico registra la maggior diffusione e pratica delle MNC, l'Europa si segnala per essere l'area con minor diffusione, anche se negli ultimi anni la tendenza è nel senso di una maggior considerazione, sia in virtù delle spinte verso l'armonizzazione promosse dall'UE, quantomeno in alcuni settori (prevalentemente quello dell'*herbal medicine*), sia in ragione dell'incremento costante del fenomeno migratorio e della conseguente disomogeneità culturale della società europea.

Un aspetto che pare significativo è rappresentato dalla sempre maggior connessione formale fra medicina e cultura, a livello di diritto positivo. Ad esempio, l'Ecuador si autoqualifica "*Stato Interculturale*" (art. 1 Cost.)⁵² e, nonostante non sia riconosciuta un'integrazione formale delle medicine tradizionali o complementari nell'ambito del sistema sanitario, a partire dal 2008, la vocazione interculturale del diritto alla salute è stata costituzionalizzata ed esplicitata (art. 358 Cost.)⁵³. Nel 2013, inoltre, è stata creata la *Dirección Nacional de Salud Intercultural* (nell'ambito del MoPH – *Ministerio de Salud Pública*) e sono state adottate sia una legge organica (*Ley Orgánica de Salud* [LOS]), sia un piano nazionale *ad hoc*, che riconoscono e valorizzano le medicine tradizionali (indigene) e alcune medicine complementari⁵⁴.

⁵¹ I contesti in cui si registra la maggior diffusione per le MNC sono quello asiatico, africano e anche latino americano. Ad esempio, nel Sud-Est asiatico vi sono vari casi di introduzione delle MNC anche negli ospedali, quale possibile approccio da applicare non in concorrenza, ma in sinergia con la medicina e tradizionale. Se consideriamo la presenza di programmi nazionali sulle MNC, il Sud-Est asiatico riporta la più alta percentuale di Paesi – ben il 91% – con un programma nazionale sulle medicine tradizionali complementari; la seconda Regione per diffusione di programmi nazionali in materia è l'Africa dove il 72% dei Paesi presenta tali programmi seguita dalla regione del pacifico, ove il dato si attesta al 41%; al 37% poi il continente americano, mentre l'*Eastern mediterranean region* si attesta al 19% e l'Europa è il contesto geografico dove il dato più basso perché si attesta solo al 13%. Per maggiori approfondimenti si veda il *Global Report*, cit.

⁵² Art. ai sensi del quale «*El Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico. Se organiza en forma de república y se gobierna de manera descentralizada*».

⁵³ Art. ai sensi del quale: «*El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional*».

⁵⁴ Per approfondimenti si v. il *Global Report*, cit., spec. p. 92 nonché D. HERRERA, F. HUTCHINS-D. GAUS-C. TROYA, *Intercultural health in Ecuador: an asymmetrical and incom-*

Similmente, in Colombia, Perù e Cile, è presente tale concezione interculturale del diritto alla salute⁵⁵. In quest'ultimo Paese, a partire dal 2012, è in vigore la legge 20.584, invero più volte emendata, che nel disciplinare «... *los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud*», all'art. 7 espressamente codifica il diritto dei popoli indigeni a ricevere assistenza sanitaria con “*pertinencia cultural*” in ossequio ad un modello di salute interculturale concertato con i rappresentanti delle comunità indigene⁵⁶. Si tentano di rispettare e proteggere, così, i sistemi ancestrali di cura e le pratiche religiose, culturali e spirituali, degli appartenenti a tali minoranze⁵⁷ anche se, purtroppo, nei Paesi in cui sono presenti popoli indigeni⁵⁸ gli appartenenti a queste comunità soffrono diseguaglianze nell'accesso a servizi sanitari di qualità e scontano una sorta di barriera culturale che rende loro difficile “fidarsi” e rivolgersi a sistemi sanitari che, dal canto loro, spesso non sono predisposti a comprenderne le esigenze, tenendo conto delle loro specificità culturali e delle loro medicine tradizionali. Un'adeguata integrazione di tali elementi nei sistemi sanitari generali e in meccanismi di cura consolidati potrebbe determinare un incremento della qualità del servizio sanitario che gli appartenenti a comunità indigene ricevono, anche in termini di prevenzione e di minor esclusione.

plete project, in *Anthropology & Medicine*, 2018, testo in <http://www.tandfonline.com/loi/canm20>.

⁵⁵ Per approfondimenti su alcuni casi latinoamericani: J. MIGNONE-J. BARTLETT-J. O'NEIL-T. ORCHARD, *Best Practices in Intercultural Health: Five case studies in Latin America*, in 3 (31) *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 2007.

⁵⁶ Testo aggiornato in <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348>. L'articolo menzionato recita «*En aquellos territorios con alta concentración de población indígena, los prestadores institucionales públicos deberán asegurar el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos originarios a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, lo cual se expresará en la aplicación de un modelo de salud intercultural validado ante las comunidades indígenas, el protección y fortalecimiento de los conocimientos y las prácticas de los sistemas de sanación de los pueblos originarios; la existencia de facilitadores interculturales y señalización en idioma español y del pueblo originario que corresponda al territorio, y el derecho a recibir asistencia religiosa propia de su cultura. cual deberá contener, a lo menos, el reconocimiento*».

⁵⁷ Per approfondimenti si v anche A. FERDINAND-A. OYARCE-M. KELAHER-I. ANDERSON, *Reflexiones sobre la ética de la investigación en salud indígena en Chile*, in *Revista Latinoamericana de Bioética*, 18/2018, p. 162 ss.

⁵⁸ Per il Brasile si v. A. MARTINS MENDES-M. SOARES LEITE-E.J. LANGDON, M. GRISOTTI, *The challenge of providing primary healthcare care to indigenous peoples in Brazil*, in *Panamerican Journal of Public Health*, 42/2018, p. 1 ss. in <https://www.paho.org/journal/articles/challenge-providing-primary-healthcare-care-indigenous-peoples-brazil>.

4. IL CONTESTO REGIONALE EUROPEO: FRA DIFFIDENZA E TENTATIVI DI REGOLAMENTAZIONE UNIFORME

Senza soffermarmi sull'analisi del diritto alla salute nel contesto dell'UE, che è oggetto di altro scritto di questo volume⁵⁹, nel presente paragrafo verrà tratteggiata la posizione dell'Unione europea e delle sue istituzioni in relazione alle *medicines non convenzionali*.

Infatti, a partire dalla metà degli anni Novanta del secolo scorso, le istituzioni europee hanno parzialmente individuato dei percorsi di riconoscimento e di adeguamento delle MNC a livello europeo⁶⁰.

Il 6 marzo del 1996 il Parlamento europeo ha pubblicato la *Relazione sullo statuto delle medicine non convenzionali*⁶¹, proponendo l'adozione di una risoluzione ad hoc (*Risoluzione sullo statuto delle medicine non convenzionali*) che è stata poi approvata nel 1997⁶². In tale secondo documento si prendeva atto del progressivo incremento nell'uso delle medicine non convenzionali a livello europeo e del fatto che sempre più medici aprissero ad una molteplicità di metodi di trattamento ed approcci complementari alla medicina "ufficiale". Si considerava espressamente «l'importanza, da un lato, di garantire ai pazienti la più ampia libertà possibile di scelta terapeutica – assicurando loro il più elevato livello di sicurezza e l'informazione più corretta sull'innocuità, la qualità, l'efficacia e il rischio eventuale delle cosiddette medicine non convenzionali – e, dall'altro, di proteggerli da persone non qualificate»; si dava atto, inoltre, della "confusione" rappresentata dall'eterogeneità «dei medici e delle discipline terapeutiche riuniti nella denominazione 'medicine non convenzionali'», sebbene per un «largo spettro di discipline» [come in particolare «la chiropratica, l'omeopatia, la medicina antroposofica, la medicina tradizionale cinese (compresa l'agopuntura), lo shiatsu, la naturopatia, l'osteopatia, la fitoterapia, ecc.]] esistessero forme di «riconoscimento giuridico in taluni Stati membri e/o ... una struttura organizzativa sul piano europeo (formazione di base comune, codice deontologico ...)». Alla luce di tali considerazioni il Parlamento Europeo ha chiesto alla

⁵⁹ Si v. lo scritto di B. BERTARINI, in questo volume, cap. 1.

⁶⁰ Anche se ad oggi si è lontani da un'uniformità regolatoria e ogni Stato membro, peraltro con rilevanti differenziazioni anche all'interno dei diversi contesti sub statali, fornisce un diverso riconoscimento giuridico alle MNC.

⁶¹ Testo in <https://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A4-1997-0075+0+DOC+XML+V0//IT>.

⁶² Testo in http://publications.europa.eu/resource/ellar/0ef9ed65-3d65-4a58-9cd3-68514737bd75.0003.01/DOC_1.

Commissione di dar avvio ad una serie di studi sull'«innocuità, l'efficacia, il campo di applicazione e il carattere integrativo o alternativo di ciascuna medicina non convenzionale», nonché di dar vita ad «uno studio comparativo dei sistemi giuridici nazionali esistenti cui sono soggetti coloro che praticano medicine non convenzionali». L'insieme di tali studi avrebbe dovuto rappresentare la base per «un processo di riconoscimento delle medicine non convenzionali», distinguendo in particolare «tra medicine non convenzionali a carattere “integrativo” e le cosiddette medicine “alternative”, vale a dire le medicine che si sostituiscono a quelle convenzionali».

Il Parlamento europeo, inoltre, ha chiesto alla Commissione di farsi promotrice di proposte di direttiva volte a regolamentare aree che spesso si collocano sul crinale fra la dimensione medica e quella dietetica: regolamentando una serie di integratori alimentari (prevalentemente prodotti con erbe quindi rientrando nella nozione di *herbal medicine* elaborata dall'OMS) che spesso sono prodotti ascrivibili ad una matrice culturale diversa da quella tradizionale europea. A partire dai primi Novanta, pertanto, l'Unione europea ha approvato una serie di direttive rivolte ai medicinali a base di erbe o omeopatici⁶³.

⁶³ Si può menzionare, innanzitutto, la Direttiva 92/73/CEE, che amplia il campo d'applicazione delle direttive 65/65/CEE e 75/319/CEE concernenti il ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative relative ai medicinali e che fissa disposizioni complementari per i medicinali omeopatici (Direttiva del Consiglio, del 22 settembre 1992, in <http://data.europa.eu/eli/dir/1992/73/oj>). Successivamente, il Parlamento ha approvato la *Risoluzione sulla relazione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio sull'attuazione delle direttive 92/73/CEE e 92/74/CEE concernenti i medicinali omeopatici* (COM(97)0362 – C4-0484/97 – Testo in <https://eur-lex.europa.eu/legalcontent/IT/TXT/?uri=CELEX%3A51998IP0378>) con cui si invitava la Commissione «a presentare una proposta di direttiva recante modifica della direttiva 92/73/CEE e una proposta di direttiva recante modifica della direttiva 92/74/CEE;» nonché le si chiedeva di «di appurare se e come, sulla base di norme coerenti e di criteri adeguati, debba essere elaborato un sistema di riconoscimento reciproco dei medicinali omeopatici;» e di «stabilire norme per la costituzione dei dossier di richiesta di registrazione che siano applicabili da tutti gli Stati membri e forniscano tutte le garanzie di qualità e innocuità». Solo alcuni anni dopo, con la Direttiva 2001/83/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 6 novembre 2001 è stato introdotto un *Codice comunitario relativo ai medicinali per uso umano* (varie volte emendata, da ultimo nel 2019) contenente alcune disposizioni inerenti i farmaci omeopatici. Nel 2004, poi, con la direttiva 2004/24/CE si era introdotta una procedura di registrazione semplificata per le medicine a base di piante negli Stati membri dell'Unione europea (Testo in <https://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2004:136:0085:0090:en:PDF>).

Più di recente si può menzionare la c.d. *Cross-border Healthcare Directive* 2011/24/EU che sottolinea il diritto dei pazienti a poter accedere a trattamenti sicuri e di qualità e a ricevere un equo rimborso per i costi sostenuti. Come rilevato da un recente studio, però, «i soggetti che praticano medicine non convenzionali *«have different levels of training as a basis*

Nel luglio del 1999, anche l'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa si è espressa in tema di medicine non convenzionali, approvando la Risoluzione n. 1206, intitolata *A European approach to non-conventional medicines*, con la quale si è ribadita l'importanza delle medicine non convenzionali quali base per un possibile approccio integrato nella biomedicina, pur riconoscendo la presenza di «grey areas» che necessitano di studio e normazione, plaudendo, a tal proposito, l'azione intrapresa dalle istituzioni europee⁶⁴.

A metà degli anni 2000 sono state create alcune interessanti piattaforme di azione per le medicine non convenzionali. Nel 2004 è stata creata l'*European Research Initiative on Complementary and Alternative Medicine*⁶⁵, avente lo scopo di approfondire la conoscenza di base delle pratiche e medicine non convenzionali, incentivando gli Stati membri dell'UE ad adottare politiche programmi di finanziamento utili a consolidare la fiducia nelle MNC e ad incoraggiarne la diffusione.

In parallelo è stato costituito anche l'*European Forum on Complementary and Alternative Medicine (Efcam)*⁶⁶, una federazione di federazioni europee relative a specifiche medicine non convenzionali e di organizzazioni nazionali⁶⁷ il cui obiettivo principale è il raggiungimento di uguale possibilità di accesso alle MNC in Europa, ottenendo un pieno riconoscimento legale

*for their practice, whether they are formally licensed or not and patients have varying expectations of what is available in other Member States depending on experiences from their home country. This heterogeneous situation impacts on CAM patients' rights to access safe treatment and constitutes a challenge to a harmonised national and European revision of the Cross-border Healthcare Directive» in: CAM 2020, The contribution of Complementary and Alternative Medicine to sustainable healthcare in Europe, in <http://ehtpa.eu/pdf/CAM2020-FINAL.pdf>. Ancora più di recente si segnala la c.d. *Proportionality Test Directive* del 2018 (*Directive (EU) 2018/958 on a proportionality test before adoption of new regulation of professions*) avente l'obiettivo di assicurare un certo livello di uniformità nelle regole che nei vari Paesi disciplinano l'accesso anche alle professioni mediche, di modo che l'esistenza di regolamentazioni difformi da stato a stato non si traduca in un indebito ostacolo alla libera circolazione dei lavoratori. Non è ancora dato sapere se gli stati si uniformeranno anche nella disciplina dell'esercizio delle medicine non tradizionali, nonostante le associazioni di categoria premano sul punto. Per maggiori approfondimenti si v. uno studio pubblicato dal Parlamento Europeo nel 2019, *EU Public Health Policies, State of play, current and future challenges*, il cui testo è reperibile in [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2019/638426/IPOL_STU\(2019\)638426_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2019/638426/IPOL_STU(2019)638426_EN.pdf).*

⁶⁴ Testo in <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=16727&lang=en>.

⁶⁵ Operativo fino al 2008.

⁶⁶ www.efcam.eu.

⁶⁷ Ad oggi raccoglie le adesioni di associazioni operanti in 23 Paesi europei.

delle stesse laddove siano esercitate da personale qualificato. Nel perseguire i propri scopi l'Efcam opera in sinergia con il Parlamento Europeo esercitando attività di lobbying.

Nel 2005, la Commissione europea, di concerto con lo *Standing Committee of European Doctors (CPME)*, organizzazione che rappresenta associazioni di medici dei vari Paesi europei, ha indetto l'*Open Health Policy Forum – Health Challenges and Future Strategy*, all'esito del quale si è sottoscritto un documento, indirizzato alla stessa Commissione, con cui la si è invitata ad includere le medicine non convenzionali in iniziative future⁶⁸.

Le medicine non convenzionali sono state incluse anche nel "*Settimo programma quadro per lo sviluppo e la ricerca 2007-2013*", approvato dal Parlamento Europeo, ed è stato predisposto un canale di finanziamento specifico che ha trovato espressione nel progetto *CAMBrella A European research network for CAM*⁶⁹ – un network teso a sviluppare ricerche sulle medicine non convenzionali – cui ha partecipato anche la Regione Emilia-Romagna.

Significativo è anche il fatto che l'EMA (*European Medicines Agency*) supporta le istituzioni europee, *in primis* la Commissione europea, in materia di farmaci (anche a base di erbe)⁷⁰, promuovendo l'armonizzazione normativa e operando bilateralmente con istituzioni e paesi extraeuropei.

⁶⁸ In considerazione della crescente domanda di accesso a MNC e degli studi ne sostenevano l'efficacia (quantomeno con riferimento ad alcune di esse). Per maggiori approfondimenti: *Open Health Forum 2005 – Health Challenges and Future Strategy – Evaluation*, in https://ec.europa.eu/health/ph_overview/health_forum/open_2005/ev_20051107_eval_en.pdf; *Eurispes: Rapporto Italia 2010, scheda n 55*, in http://www.salus360.it/wp-content/uploads/2016/12/Eurispes-RI2010_scheda-55-Medicine-non-convenzionali.pdf.

⁶⁹ In <https://cam-europe.eu/library-cam/cambrella-research-reports/>. L'acronimo «brings together the terms “CAM” and “umbrella” to stress the project's effort both to harmonize existing knowledge and to determine the knowledge gaps in this field. Both parts come together in recommendations to the European Commission and the European Parliament on the way forward in Europe for research into CAM», in *The Roadmap for European CAM Research, An Explanation of the CAMbrella Project and its Key Findings*, <https://cam-europe.eu/wp-content/uploads/2018/09/cambrella-roadmap.pdf>.

⁷⁰ Si veda, ad esempio *Herbal medicines 2004-2014. Ema celebrates ten years of harmonised standards across EU* Press release pubblicato a novembre 2014 dall'Agenzia europea del farmaco per celebrare i dieci anni dall'introduzione della legislazione europea sui farmaci a base di piante. Tra il 2004 e il 2014 sono oltre 1300 i farmaci a base di piante registrati in Europa, in quanto riconosciuti come “tradizionali”, e più di 600 quelli a cui è stata concessa l'autorizzazione alla vendita, avendone stabilito il loro uso diffuso all'interno dei Paesi Ue.

Ad oggi EUROCAM⁷¹, una piattaforma che raccoglie le maggiori associazioni/organizzazioni relative alla ricerca e pratica delle medicine non convenzionali, continua a promuovere il contributo delle MNC per il miglioramento della salute in Europa, interfacciandosi anche con le istituzioni europee⁷², ma se consideriamo le attuali tendenze delle politiche europee sembra che l'interesse verso tali medicine sia venuto un po' scemando.

Nel recente ambizioso programma della Commissione Europea, *UE4 Health*, incentrato sulla ripresa post Covid-19 in un'ottica di miglioramento della salute e della resilienza dei sistemi sanitari, non si menzionano esplicitamente le medicine non convenzionali.

Il 28 maggio 2020 la Commissione ha anche presentato al Parlamento e al Consiglio una *Proposal* per l'adozione di un regolamento «*on the establishment of a Programme for the Union's action in the field of health – for the period 2021-2027 and repealing Regulation (EU) No 282/2014 (“EU4Health Programme”)*»⁷³ al cui allegato I sono elencate le possibili azioni ammissibili ai finanziamenti, senza che si faccia espressa menzione alle medicine non convenzionali. Tuttavia queste non sono nemmeno escluse, apparendo potenzialmente integrabili nell'ambito delle linee di intervento delineate dalla Commissione nel quadro di una serie di interventi concepiti per essere dinamici e flessibili e in grado di tener conto dell'evoluzione delle esigenze e priorità dell'UE e dei suoi Stati membri, per rispondere alle crisi sanitarie e per affrontare efficacemente le diseguaglianze, «fornendo soste-

⁷¹ Sito ufficiale in <https://cam-europe.eu>. Va precisato che non tutte le medicine non convenzionali sono rappresentate, ma solo agopuntura, ayurveda, l'*anthroposopic medicine* e l'*herbal medicine*, l'omeopatia, la naturopatia o la medicina tradizionale europea, l'osteopatia e la medicina tradizionale cinese.

⁷² A tal proposito possono essere menzionati una serie di gruppi informali di lavoro sulle cam che risultano composti da membri del parlamento europeo (come il *CAM Interest Group*: «*an informal group of members of the European Parliament with a special interest in Complementary and Alternative Medicine*», in <https://cam-europe.eu/cam-interest-group-meetings-european-parliament/>).

⁷³ Bruxelles, 28 maggio 2020, COM(2020) 405 final, 2020/0102(COD) in <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52020PC0405>. La Commissione ricorda che «L'articolo 168 del trattato sul funzionamento dell'Unione europea (TFUE) costituisce la base giuridica per l'azione dell'UE in materia di salute. Sebbene gli Stati membri siano responsabili del funzionamento dei rispettivi sistemi sanitari, vi sono settori specifici in cui l'UE può legiferare e altri in cui la Commissione può sostenere gli sforzi degli Stati membri. Esiste già un quadro normativo generale per le tecnologie e i prodotti medici (medicinali, dispositivi medici e sostanze di origine umana) e per la legislazione in materia di tabacco, i diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera e le gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero».

gno e colmando i divari individuati tra i paesi, le regioni, i gruppi demografici e i cittadini [...] in termini di stato di salute» e consentendo «l'accesso a servizi di assistenza sanitaria preventiva e terapeutica di buona qualità e a prezzi accessibili»⁷⁴.

Concludendo con un sommario cenno al contesto europeo comparato, negli ultimi due decenni svariati Paesi europei (possono essere ricordati il Regno Unito, la Francia, l'Austria e la Germania)⁷⁵ non solo si sono adeguati alle varie normative europee che disciplinano, ancorché parzialmente e settorialmente, alcune medicine non convenzionali, ma hanno anche integrato alcune pratiche ulteriori all'interno dei loro sistemi sanitari o, quantomeno, a livello di istruzione universitaria. Tuttavia, nonostante un utilizzo sempre maggiore da parte della popolazione dei vari Stati e le spinte internazionali e dell'UE verso una tendenziale armonizzazione, lo *status* giuridico delle medicine non convenzionali continua ad essere fortemente diversificato, anche all'interno dei vari territori di un medesimo Paese.

5. LE MEDICINE NON CONVENZIONALI IN ITALIA

Come anticipato *supra*⁷⁶ la nostra Costituzione consente di derivare una nazione di salute ulteriore rispetto al suo essere un fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, inclusiva anche di una dimensione culturale, evocando quello che è il concetto di salute desumibile a livello internazionale⁷⁷.

Nel nostro Paese è quindi configurabile un diritto alla salute che includa il diritto a potersi curare secondo un sistema che integri medicine non convenzionali? E sotto diverso profilo, è configurabile un dovere del potere pubblico di strutturare il sistema sanitario secondo dinamiche che tengano conto della diversità culturale?

⁷⁴ Relazione della Commissione, cit., in <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52020PC0405>.

⁷⁵ Ma si consideri anche la Svizzera, ove nel maggio 2020 è stato presentato un progetto di legge volto all'inclusione delle MNC (sul punto si v. A. CHANDRASEKHAR, *La medicina alternativa non è più il parente povero del sistema sanitario svizzero*, 27 aprile 2020, in www.tvsvizzera.it. Possono essere menzionati altresì paesi come la Finlandia o la Danimarca.

Per un'analisi del contesto comparato si consideri anche il contributo di E. CUKANI, nel presente volume, nonché, R. ROBERTI DI SARSINA-I. ISEPPATO, *Le politiche sanitarie e formative delle medicine non convenzionali nell'Unione europea*, cit., p. 40 ss.

⁷⁶ Par. 1.

⁷⁷ Cfr. *supra*, nota n. 1.

Le risposte a questi quesiti devono essere necessariamente diversificate e verranno affrontate in sede di conclusioni.

Concentrandosi sulla disciplina delle medicine non convenzionali⁷⁸ il primo dato che appare di tutta evidenza è l'assenza di una normativa di carattere generale che ne disciplini il variegato panorama eventualmente integrandole (o integrandone alcune) nel sistema sanitario nazionale.

L'assenza di una normativa di carattere generale non implica, tuttavia, totale assenza di considerazione per il tema, che anzi negli ultimi 40 anni è stato oggetto di dibattito politico⁷⁹ e scientifico, concretatosi in alcuni provvedimenti invero non sempre coordinati fra loro.

La disciplina della salute e delle tematiche ad essa connesse è ambito materiale in cui si registrano sovrapposizioni di competenze fra lo Stato e le regioni. Come è noto, ai sensi dell'art 117 Cost. la tutela della salute è materia di competenza legislativa concorrente, ancorché la determinazione dei livelli essenziali in materia sia rimessa alla competenza legislativa esclusiva dello Stato (art. 117, comma 2, lett. m)⁸⁰.

A tal proposito la Consulta, con la sentenza n. 424/2005 ha chiarito che la disciplina delle professioni sanitarie non convenzionali, spetta allo Stato e non alle regioni, «secondo il principio fondamentale stabilito dall'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (successivamente confermato dall'art. 124, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 31 mar-

⁷⁸ Sullo "status" delle medicine non convenzionali nel nostro paese si v. S. VILLAMENA, *Medicina «non convenzionale» e sistema sanitario nazionale*, in *Giustamm.it*, 7/2015, p. 1 ss.; S. VASAPOLLO, *Tutela della salute e Medicine Non Convenzionali. Profili clinico-giuridici e problematiche medico-legali*, Milano, 2014; C. CIPOLLA-P. ROBERTI DI SARSINA (a cura di), *Le peculiarità sociali delle medicine non convenzionali*, Milano, 2009; D. SECONDULFO (a cura di), *Medicina e Medicine. Le cure "altre" in una società che cambia*, in *Salute e Società*, 3/2005; E. COLOMBO-P. REBUGHINI (a cura di), *La medicina che cambia. Le terapie non convenzionali in Italia*, Bologna, 2003.

⁷⁹ Sin dagli anni Ottanta del secolo scorso sono state presentate in Parlamento una serie di proposte di legge volte a regolamentare il settore delle pratiche e medicine non convenzionali. Per una ricostruzione in chiave diacronica si v. P. ROBERTI DI SARSINA-I. ISEPPATO, *Le politiche sanitarie e formative delle medicine non convenzionali nell'Unione Europea*, cit., spec. p. 50 ss.

⁸⁰ Sul riparto di competenze ex art. 117 Cost. sono state scritte intere biblioteche. Per un inquadramento di carattere generale, di recente, sia consentito rinviare a L. CUOCOLO, *Articolo 117, comma 2*, in F. CLEMENTI-L. CUOCOLO-F. ROSA-G.E. VIGEVANI (a cura di), *La costituzione Italiana. Commento articolo per articolo*, II, Bologna, 2018, p. 337 ss.; D. MORANA, *Articolo 117, commi 3,4 e 5*, in F. CLEMENTI-L. CUOCOLO-F. ROSA-G.E. VIGEVANI (a cura di), *La costituzione Italiana ...*, cit., p. 346 ss.

zo 1998, n. 112, e dall'art. 1, comma 2, della legge 26 febbraio 1999, n. 42)»⁸¹, sebbene non manchino spazi regolatori anche per le regioni⁸².

Gli interventi sinora esistenti in materia di medicine non convenzionali appaiono parziali, frammentati e disomogenei. Ad esempio, lo Stato, con il d.p.c.m. del 29 novembre 2001, in sede di definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), ha escluso le medicine non convenzionali, fatta eccezione per l'agopuntura, limitatamente alle indicazioni anestesiolgiche⁸³, includendole nella categoria di terapie a totale carico dell'assistito. Inoltre, con d.p.r. n. 271/2000, la pratica dell'agopuntura è stata inserita fra le prestazioni erogabili fra le prestazioni aggiuntive extramoenia⁸⁴. Una disciplina *ad hoc* è stata riservata ai farmaci omeopatici, anche in attuazione delle direttive europee in materia⁸⁵. In ambito fiscale, poi, a partire dal 2000 i medicinali omeopatici, godono della medesima IVA agevolata applicata ai farmaci⁸⁶.

Per lungo tempo nel nostro Paese si è riscontrato un certo scetticismo verso le medicine non convenzionali e come spesso accade, in assenza di un quadro normativo certo, è stata la giurisprudenza a chiarire che anche le pratiche mediche non convenzionali sono di fatto considerate come vero e proprio "atto medico"⁸⁷. Tuttavia, è auspicabile che il legislatore faccia chiarezza, soprattutto in relazione alle molteplici pratiche e medicine esistenti, di

⁸¹ Dichiarando incostituzionale la legge della Regione Piemonte 31 maggio 2004, n. 13 ma si v. anche le sentt. nn. 353/2003 e 40/2006. Cfr. *infra*, par. 6.1.

⁸² Si v. il caso di della Regione Emilia-Romagna che nel 2005, con legge, ha istituito la figura professionale del naturopata, incorrendo solo parzialmente nella censura di incostituzionalità (sent. n. 138/2009). Per maggiori approfondimenti si v. *infra*, par. 6.2.

⁸³ All. 2 al d.p.c.m. 29 novembre 2001, *Definizione dei livelli essenziali di assistenza*. Oggi tale d.p.c.m. è stato integralmente sostituito dal d.p.c.m. 12 gennaio 2017, *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*.

⁸⁴ All. D del d.p.r. 28 luglio 2000, n. 271, recante *Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni*.

⁸⁵ Si v. *supra*, nota 63, nonché quanto riportato dall'Agenzia Italiana del farmaco in <https://www.aifa.gov.it/medicinali-omeopatici> e D. VASAPOLLO, *Tutela della salute e Medicine Non Convenzionali*, cit., spec. p. 39-78.

⁸⁶ Si v. il n. 114 della Tabella A, parte III allegata al d.p.r. n. 633/1972 che prevede l'aliquota del 10% per i «medicinali pronti per l'uso umano o veterinario, compresi i prodotti omeopatici; sostanze farmaceutiche ed articoli di medicazione di cui le farmacie debbono obbligatoriamente essere dotate secondo la farmacopea ufficiale». Rientrano in tale previsione anche «i dispositivi medici a base di sostanze» (come ad esempio preparati a base di piante – es. sciroppi e simili).

⁸⁷ Corte di Cassazione, sent. 21 maggio 2003, n. 1735.

modo che gli utenti finali, le persone, siano messe concretamente in grado di scegliere con consapevolezza, esercitando un consenso realmente consapevole e non un mero “dissenso inconsapevole” nei confronti della biomedicina, rischiando anche di affidarsi a personalità truffaldine con grave rischio per la propria salute.

Peraltro, nell’assenza di posizioni normative chiare, la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO), nel corso del Consiglio Nazionale riunitosi a Terni nel 2002, ha approvato un importante documento, intitolato *Linee guida su medicine e pratiche non convenzionali*, che tentava di fornire un quadro sistematizzato delle varie pratiche non convenzionali, indicando le condizioni per il loro esercizio⁸⁸, in particolare richiedendo che fossero praticate solamente da personale appositamente formato e qualificato.

6. (SEGUE): LE REGIONI E LA SENSIBILITÀ VERSO LE MEDICINE NON CONVENZIONALI. UN PANORAMA A GEOMETRIA VARIABILE

6.1. Percorsi di riconoscimento articolati e differenziati

La dimensione regionale appare più ricca ed articolata di quella nazionale. Le regioni, infatti, specialmente dopo la riforma del Titolo V che ha conferito loro potestà legislativa concorrente in materia di tutela della salute, hanno intrapreso iniziative anche significative in relazione ad alcune medicine non convenzionali.

La Regione che per prima ha provveduto a regolamentare la pratica di medicine non convenzionali è stata il Piemonte che, nel 2002, ha approvato la legge reg. n. 25, recante *Regolamentazione delle pratiche terapeutiche e delle discipline non convenzionali*. La Regione intendeva istituire un registro per le pratiche terapeutiche e le discipline non convenzionali, «nell’ottica del pluralismo e della libertà di scelta del paziente» (art. 1)⁸⁹. Tuttavia, nel 2003, con la sent. n. 353, la Corte costituzionale ne ha dichiarato l’incosti-

⁸⁸ Testo in https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/import/201801/67825_lineeguida-fnomceo-formazione-nelle-medicine-e-pratiche-non-convenzionali.pdf.

⁸⁹ Includendovi «[n]ell’ambito delle pratiche terapeutiche e delle discipline non convenzionali sono riconosciute, per le finalità di cui all’articolo 1, le seguenti: a) agopuntura; b) fitoterapia; c) omeopatia; d) omotossicologia; e) medicina antroposofica; f) medicina tradizionale cinese; g) ayurveda; h) naturopatia; i) shiatsu; j) riflessologia; k) osteopatia; l) chiropratica» (art. 2, legge n. 25/2002).

tuzionalità, così come ha dichiarato l'incostituzionalità della successiva legge reg. n. 13/2004 (recante *Regolamentazione delle discipline bio-naturali*⁹⁰) con la sent. n. 424/2005. Secondo la Consulta, infatti, è riservata alla competenza statale⁹¹ la disciplina delle professioni sanitarie nonché quella degli operatori delle pratiche mediche non convenzionali⁹².

Analogamente, la Corte costituzionale ha colpito con lo stigma della incostituzionalità anche altre norme regionali simili, come ad esempio la legge reg. n. 18/2005 approvata dalla Regione Campania, recante *Norme sulla musicoterapia e riconoscimento della figura professionale di musicoterapista*⁹³ o la legge reg. n. 18/2004, recante *Norme regionali sulle discipline bionaturali per il benessere*, con la quale la Regione Liguria regolamentava le discipline bionaturali – e riconosceva gli operatori che praticavano shiatsu, riflessologia, watsu, pranoterapia, naturopatia, yoga, kinesiologia e massaggio tradizionale – con «l'obiettivo di educare la persona a stili di vita salubri e rispettosi dell'ambiente» nonché di «prevenire gli stati di disagio fisici e psichici stimolando le risorse vitali proprie di ciascun individuo senza perseguire finalità terapeutiche o curative» (art. 1, comma 2)⁹⁴.

In altre ipotesi le Regioni si sono limitate a configurare forme di assistenza sanitaria integrativa rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale sulla base del d.lgs. n. 502/1992⁹⁵, includendovi anche alcune pratiche e medicine non convenzionali⁹⁶.

⁹⁰ Secondo la Regione tali pratiche «si prefiggono il compito di promuovere lo stato di benessere ed un miglioramento della qualità della vita», mediante «l'armonizzazione della persona con sé stessa e con gli ambienti sociale, culturale e naturale che la circondano» (art. 2, legge n. 13/2004). Per un commento alla sent. n. 353/2003 si v. T. GROPPI, *Nota alla sentenza n.353 del 2003 della Corte costituzionale*, in http://www.forumcostituzionale.it/wordpress/images/stories/pdf/old_pdf/280.pdf, 2004, p. 1 ss.

⁹¹ Si v. l'art. 6, comma 3, del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e l'art. 1, comma 2, della legge 26 febbraio 1999, n. 42, oltre all'art. 117, comma 3, Cost.

⁹² Secondo la Corte, infatti, «[a] seguito dell'entrata in vigore del nuovo Titolo V della Costituzione, la disciplina de qua è da ricondurre, come già detto, nell'ambito della competenza concorrente in materia di "professioni", di cui all'art. 117, terzo comma, della Costituzione. I relativi principi fondamentali, non essendone stati, fino ad ora, formulati dei nuovi, sono pertanto da considerare quelli, secondo la giurisprudenza di questa Corte (cfr. sentenze n. 201 del 2003 e n. 282 del 2002), risultanti dalla legislazione statale già in vigore» (pt. 2 cons. in diritto).

⁹³ Corte cost., sent. n. 424/2006.

⁹⁴ Corte cost., sent. n. 40/2006.

⁹⁵ Il cui art. 9 al fine di «favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrativa rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale e, con queste comunque direttamente integrate» consentiva l'istituzione di «Fondi integrativi del Servizio sanitario [...] fi-

Interessante è il caso della regione Toscana, la cui sensibilità nei confronti delle medicine non convenzionali risale alla fine degli anni Ottanta del secolo scorso e che a partire dal piano sanitario relativo al 2008-2010 ha inserito alcune medicine non convenzionali nei livelli essenziali di assistenza garantiti a livello regionale. Nel 2007 la Regione ha disciplinato le modalità di esercizio di alcune pratiche e medicine non convenzionali da parte di medici e odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti con legge reg. n. 9, poi modificata dalla legge reg. 25 maggio 2007, n. 31 (*Modalità di esercizio delle medicine complementari da parte dei medici e odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti*), a seguito di ricorso statale alla Corte costituzionale⁹⁷. La legge n. 9/2007 si segnala per garantire il principio della libertà di scelta terapeutica del paziente e la libertà di cura del medico, tutelando «l'esercizio delle medicine complementari», e, in particolare, omeopatia, agopuntura e fitoterapia.

La Regione Toscana appare all'avanguardia in materia di integrazione delle pratiche e medicine non convenzionali nel sistema sanitario: nel febbraio 2011 è stato inaugurato il Centro di Medicina Integrata dell'ospedale Petruccioli di Pitigliano, nell'ambito del quale è previsto l'uso della medicina "ufficiale" in modo integrato con quelle medicine non convenzionali oggetto di specifica regolamentazione regionale⁹⁸ in relazione alla cura di una serie di patologie⁹⁹.

nalizzati a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, definiti dal Piano sanitario nazionale e dai relativi provvedimenti attuativi». Sul tema si v. V. PUTIGNANO, *Attualità e prospettive dei fondi integrativi del servizio sanitario nazionale*, in *Rivista del diritto e della sicurezza sociale*, 2/2007, p. 461 ss.; P. BORGIA, *Costi delle forme di assistenza sanitaria e integrativa e prospettive di sviluppo*, in *Sanità pubblica e privata*, 1/2005, p. 48 ss.; G. GUERRIERI, *Alcune riflessioni sui nuovi fondi sanitari integrativi del SSN*, in *Diritto ed economia dell'assicurazione*, 4/1999, p. 911 ss.

⁹⁶ Si possono ricordare, ad esempio, alcune delibere regionali con le quali si sono assegnati finanziamenti in favore di alcune pratiche e medicine non convenzionali, senza, però, provvedere ad una compiuta disciplina legislativa regionale. Per una panoramica si v. S. VILLAMENA, *Medicina «non convenzionale» e sistema sanitario nazionale*, cit., p. 3 ss.

⁹⁷ Il giudizio innanzi alla Corte si concluse con Ordinanza n. 198/2008 con la quale la Consulta prese atto della rinuncia al ricorso presentata dallo Stato in seguito alle modifiche normative apportate dalla Regione.

⁹⁸ Omeopatia, agopuntura, fitoterapia.

⁹⁹ In particolare: patologie respiratorie, gastrointestinali, dermatologiche, allergie, asma, malattie reumatiche, negli esiti di traumi e di ictus, nell'ambito della riabilitazione ortopedica e neurologica, dolore cronico; per contenere gli effetti collaterali della chemioterapia in on-

Nel panorama nazionale un significativo punto di svolta si è registrato con l'approvazione dell'*Accordo Stato-Regioni* del 7 febbraio 2013 – seguito da una nota di chiarimenti del Ministero della Salute inviata dalla FNOMCeO con comunicazione n. 9 del 21 gennaio 2015¹⁰⁰.

Si tratta di un accordo con il quale si sono definite le linee guida per la formazione dei medici che praticano medicine e pratiche non convenzionali.

L'approvazione di tale Accordo per molte regioni ha rappresentato l'occasione per adottare normative ad hoc, invero non molto diverse da quelle dichiarate incostituzionali negli anni precedenti.

Nonostante l'indubbia novità, la portata di tale accordo è comunque limitata poiché solo medici chirurghi ed odontoiatri possono esercitare alcune pratiche e medicine non convenzionali quali l'agopuntura¹⁰¹, la fitoterapia¹⁰², l'omeopatia¹⁰³, ritenute costituire un vero e proprio «atto sanitario» e considerate come «sistemi di diagnosi, di cura e prevenzione che affiancano la medicina ufficiale avendo come scopo comune la promozione e la tutela della salute, la cura e la riabilitazione» (art. 1).

Tale Accordo pare significativo anche perché, prevedendo appositi elenchi di professionisti abilitati grazie ad apposita formazione, apre ad una logica di integrazione e non di mera alternatività fra le pratiche considerate¹⁰⁴,

cologia e nelle cure palliative. Si v. <https://www.uslsudest.toscana.it/guida-ai-servizi/centro-di-medicina-integrata-di-pitigliano>.

¹⁰⁰ Testo reperito in <https://www.ordinemedicimodena.it/assets/Uploads/SAT-ATTIVITA-PROFESSIONALEMNC-medicine-non-convenzionali-alternativeistituzione-registri-dal-201588-Medicine-non-convenzionaliProt.-969022-10-2014.pdf>, nonché le comunicazioni FNOMCeO n. 9/2015 e n. 88/2014 in <https://portale.fnomceo.it/medicines-non-convenzionali-le-norme-applicative/>.

¹⁰¹ L'agopuntura è definita come «metodo diagnostico, clinico e terapeutico che si avvale dell'infissione di aghi metallici in ben determinate zone cutanee per ristabilire l'equilibrio di uno stato di salute alterato» (art. 2 Accordo Stato Regioni cit.).

¹⁰² La fitoterapia è definita «metodo terapeutico basato sull'uso delle piante medicinali o di loro derivati ed estratti, opportunamente trattati, che può avvenire secondo codici epistemologici appartenenti alla medicina tradizionale oppure anche all'interno di un sistema diagnostico-terapeutico sovrapponibile a quello utilizzato dalla medicina ufficiale» (art. 2 Accordo Stato Regioni cit.).

¹⁰³ L'omeopatia è definita come «metodo diagnostico e terapeutico, basato sulla “Legge dei Simili”, che afferma la possibilità di curare un malato somministrandogli una o più sostanze in diluizione che, assunte da una persona sana, riproducono i sintomi caratteristici del suo stato patologico». Inoltre, «[n]ella definizione di omeopatia sono comprese tutte le terapie che utilizzano medicinali in diluizione come specificato dal Decreto legislativo n. 219 del 24/4/2006 e successivi atti» (art. 2 Accordo Stato Regioni cit.).

¹⁰⁴ Con l'esclusione forse della sola omeopatia i cui rimedi spesso sono incompatibili con quelli previsti dalla medicina “ufficiale”. Tale “principio di integrazione” si desume

garantendo il principio della libertà di scelta della cura, nel rispetto di interessi pubblicistici che richiedono che le pratiche e terapie ammissibili soddisfino adeguati criteri di qualità e sicurezza.

Ad oggi, varie regioni ne hanno recepito i contenuti con delibera di Giunta, senza integrazioni¹⁰⁵, altre ne hanno precisato la portata o inserendone i contenuti in atti legislativi regionali, o comunque con deliberazioni integrative (con le quali si sono anche ampliate le pratiche ammissibili)¹⁰⁶, mentre altre ancora, pur essendo state sollecitate anche dalla FNOMCeO, non hanno ancora provveduto¹⁰⁷.

Come anticipato *supra*, in molte regioni alcune pratiche e medicine non convenzionali sono incluse fra le prestazioni erogate dal SSR¹⁰⁸ ed esistono progetti di medicina integrata d'avanguardia. Oltre al caso del Centro di medicina integrata dell'ospedale Petruccioli di Pitigliano, si possono ricordare anche il Centro di medicina integrativa dell'ospedale Careggi di Firenze, il Centro di medicina tradizionale cinese Fior di Prugna dell'Azienda Usl Toscana Centro; l'ambulatorio di omeopatia della Asl di Lucca; la *Breast Unit* presso l'ospedale Sacco di Milano, che include un ambulatorio dedicato alle terapie omeopatiche concepito a supporto delle persone sottoposte a trattamenti oncologici.

chiaramente leggendo alcune delle normative regionali attuative dell'accordo. Ad esempio, la legge reg. Umbria n. 24/2014, espressamente prevede che la Regione «favorisce l'accogliimento e l'integrazione di metodologie cliniche provenienti da altre culture e da altre esperienze conoscitive secondo le più recenti indicazioni fornite da studi di filosofia scienza secondo il concetto di paradigma epistemologico» (art. 1).

¹⁰⁵ Le Regioni che hanno già recepito l'accordo, così come predisposto, senza aggiungere articoli, precisazioni e integrazioni sono: Regione Puglia, d.g.r. 26 novembre 2013, n. 2211; Regione Emilia-Romagna, d.g.r. 19 maggio 2014, n. 679 nonché d.g.r. n. 2143/2015; Regione Sicilia, decreto 22 ottobre 2014, n. 1742; Regione Sardegna, d.g.r. 7 luglio 2015, n. 34/22; Regione Lombardia d.g.r. 2 ottobre 2015, n. 4104; Provincia Autonoma di Bolzano d.g.r. 3 novembre 2015, n. 1274; Regione Lazio, d.g.r. 2 febbraio 2016, n. 24.

¹⁰⁶ Regione Marche, d.g.r. 25 novembre 2013, n. 23 e legge reg. 23 novembre 2013, n. 43 recante *Modalità di esercizio delle medicine complementari*; Provincia Autonoma di Trento, d.g.r. 30 dicembre 2013, n. 2793; Regione Umbria, legge reg. 28 novembre 2014, n. 24 recante *Modalità di esercizio delle medicine non convenzionali da parte dei medici chirurghi, degli odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti*; Regione Piemonte, legge reg. 23 giugno 2015, n. 13, recante *Modalità di esercizio delle medicine non convenzionali*; Regione Toscana, già legge reg. 19 febbraio 2007, n. 9 e s.m.i., nonché d.g.r. 28 gennaio 2008, n. 49 e s.m.i.

¹⁰⁷ Le Regioni che non hanno ancora recepito l'accordo, anche dopo essere state sollecitate dalla FNOMCeO, che risultano ancora oggi pertanto inadempienti sono: l'Abruzzo, Campania, Liguria, Friuli Venezia-Giulia, Molise, Basilicata, Calabria, Veneto.

¹⁰⁸ Come nel caso dell'Agopuntura in Emilia Romagna, o della Toscana o del Piemonte.

6.2. Le medicine non convenzionali nella Regione Emilia-Romagna

Attenzione verso medicine non convenzionali e, più in generale per le esigenze degli “altri” è forte anche in Emilia-Romagna.

In Regione non solo si sono finanziati vari progetti di ricerca volti a valutare i margini di integrabilità di pratiche e medicine non convenzionali nel sistema sanitario, ma si sono anche promosse alcune iniziative legislative sia a livello nazionale¹⁰⁹, sia a livello interno, specialmente volte a regolamentare alcune pratiche non sanitarie come la naturopatia (legge reg. 21 febbraio 2005, n. 11)¹¹⁰, o prevedendo forme di inclusione di alcune pratiche non convenzionali nei piani sanitari regionali che si sono succeduti nel tempo¹¹¹.

¹⁰⁹ Anche se non hanno esitato nell’approvazione di alcun testo normativo. Per una panoramica dei piani e interventi regionali si v. il *Dossier della Regione Emilia Romagna, n. 186/2009, Le medicine non convenzionali e il Servizio sanitario dell’Emilia-Romagna Un approccio sperimentale*, in <https://assr.regione.emilia-romagna.it/pubblicazioni/dossier/doss186>; nonché il *Rapporto attività e proposte dell’Osservatorio regionale per le medicine non convenzionali – anno 2005*, curato dall’Osservatorio medicine non convenzionali della Regione, in <https://assr.regione.emilia-romagna.it/pubblicazioni/rapporti-documenti/rapporto-attivita-e-proposte-omncer-2005>.

¹¹⁰ Legge relativa all’Istituzione della figura di operatore professionale naturopata del benessere, parzialmente dichiarata incostituzionale dalla Consulta con sent. n. 138/2009.

¹¹¹ Fra i principali provvedimenti regionali si segnalano: d.g.r. n. 779/2006 (*Approvazione del programma sperimentale 2006-2007 per l’integrazione delle medicine non convenzionali nel servizio sanitario dell’Emilia-Romagna. Modifiche alla d.g.r. 334/2005*); d.g.r. n. 1963/2006 (*Programma sperimentale 2006-2007 per l’integrazione delle medicine non convenzionali nel Servizio sanitario dell’Emilia-Romagna di cui alla DG.R. 779/06 ammissione a finanziamento e assegnazione fondi alle aziende sanitarie a titolo di cofinanziamento*); d.g.r. n. 2025/2008 (*Approvazione del Piano di attività per la realizzazione del II Programma regionale sperimentale per l’integrazione delle medicine non convenzionali nel Servizio sanitario dell’Emilia-Romagna*); d.g.r. n. 741/2014 (*Approvazione delle linee guida regionali per l’erogazione di prestazioni di medicine non convenzionali nella Regione Emilia-Romagna la cui erogabilità è a carico del Fondo sanitario regionale. Nomina componenti Osservatorio regionale per le medicine non convenzionali*); d.g.r. n. 1209/2009 (*2° Programma regionale sperimentale per l’integrazione delle medicine non convenzionali nel servizio sanitario dell’Emilia-Romagna di cui alla d.g.r. 2025/2008. Assegnazione e concessione finanziamento per studi multicentrici all’Azienda USL di Bologna e Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna*); d.g.r. n. 1334/2009 (*2° programma regionale sperimentale per l’integrazione delle medicine non convenzionali nel Servizio sanitario dell’Emilia-Romagna di cui alla d.g.r. 2025/2008. Concessione cofinanziamento e assunzione impegni di spesa per le azioni regionali*); d.g.r. n. 2419/2009 (*2° Programma regionale sperimentale per l’integrazione delle medicine non convenzionali nel Servizio sanitario dell’Emilia-Romagna di cui alla propria Deliberazione 2025/2008. Concessione cofinanziamento per progetti presentati al bando 2009 e modifiche alla composizione*

Risale al *Piano Sanitario Regionale 1999-2001* il primo riferimento alle medicine non convenzionali in un documento ufficiale della Regione, più o meno parallelamente con l'emergere della sensibilità del Parlamento europeo e del Consiglio d'Europa verso il tema¹¹². Si trattava di un atto di indirizzo nell'ambito del quale si è configurato un progetto speciale dell'Agenzia sanitaria regionale i cui risultati sono stati pubblicati nel 2003 in un volume redatto in collaborazione con l'OMS¹¹³. Le pratiche e medicine non convenzionali venivano considerate quali potenziali innovazioni clinico organizzative dell'assistenza sanitaria, da valutare attentamente sotto il profilo della qualità, sicurezza, appropriatezza e sostenibilità.

Con d.g.r. 23 febbraio 2004, n. 297, presso l'Agenzia sanitaria regionale è stato istituito l'*Osservatorio regionale per le medicine non convenzionali*, avente lo scopo di promuovere studi e ricerche di carattere sperimentale volti a valutare l'eventuale inclusione di pratiche e medicine non convenzionali¹¹⁴ nei piani di attività delle varie aziende sanitarie della Regione e le loro modalità di integrazione con la biomedicina. L'attività di tale *Osservatorio* si è protratta sino a tempi recenti, cessando di operare a far data dal 31 gennaio 2018, (data individuata dalla d.g.r. n. 79/2017). Per il periodo successivo la Regione ha ritenuto, infatti, di promuovere una serie di attività di ricerca *ad hoc*, volte ad integrare pratiche e medicine non convenzionali nel Servizio Sanitario Regionale¹¹⁵.

dell'*Osservatorio regionale per le "Medicine non convenzionali" (OMNCER) ex Deliberazione 948/2008 ed alla Deliberazione 2025/2008*); d.g.r. n. 2161/2011 (2° Programma regionale sperimentale per l'integrazione delle medicine non convenzionali nel servizio sanitario dell'Emilia Romagna di cui alla d.g.r. 2025/2008: rettifica errori materiali della d.g.r. 835/2011 e modifiche assegnazioni di cui alla d.g.r. 2419/2009 (CUP E35J11000470002)); d.g.r. n. 8682/2014 ("*Approvazione delle Linee guida regionali per l'erogazione di prestazioni di medicina non convenzionale nella Regione Emilia-Romagna la cui erogabilità è a carico del Fondo sanitario regionale. NOMINA COMPONENTI Osservatorio regionale per le medicine non convenzionali*". Provvedimenti conseguenti).

¹¹² Cfr. *supra*, par. 5.

¹¹³ Testo in <https://assr.regione.emilia-romagna.it/pubblicazioni/collane-cessate/estratti/estratto-1-2003>.

¹¹⁴ Con particolare riferimento ad agopuntura, omeopatia e fitoterapia.

¹¹⁵ Ad es. il progetto sull'efficacia della digitopressione nel contenimento del dolore da parto e dei trattamenti di agopuntura, come "*supportive care*" per le donne operate di tumore al seno (in linea con azioni condotte anche in altre regioni). Tali indicazioni si evincono dal *Piano programma 2019-2021 dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale*, delibera n. 968 del 18 giugno 2019, in https://assr.regione.emilia-romagna.it/Indice_A...Z/M/mnc/ricerca-in-medicina-non-convenzionale.

L'Emilia-Romagna si segnala anche per esser stata parte del progetto europeo *CAMbrella Una strategia pan-europea per la ricerca clinica in Medicina non Convenzionale*, progetto finanziato nell'ambito del 7° Programma Quadro, che, come anticipato *supra*¹¹⁶, «mira a promuovere una rete per la ricerca sulle CAM (medicine complementari/non convenzionali, nda) in Europa», offrendo una panoramica dei diversi aspetti delle CAM all'interno dell'UE, per identificare le necessità dei diversi attori interessati in questo campo e per analizzare il modo migliore di diffondere le informazioni in maniera attenta e pragmatica. Obiettivo centrale di questo progetto è sviluppare una roadmap per le future ricerche europee sulle CAM, in modo che siano appropriate alle necessità sanitarie dei cittadini europei e accettabili per i loro istituti di ricerca ed enti sanitari nazionali, pubblici o privati»¹¹⁷.

In parallelo, con la promozione delle attività di ricerca, la Regione, in esecuzione dell'Accordo Stato Regioni del 2013¹¹⁸, ha intrapreso dal 2016 un percorso di accreditamento di istituti di formazione, sia pubblici (come le università), sia privati, sulle medicine non convenzionali per la formazione di specialisti in agopuntura fitoterapia, omeopatia, omotossicologia e antroposofia¹¹⁹.

Se, quindi, in regione l'approccio alle MNC, più che essere attento alla dimensione culturale e alla concezione di medicina e salute ad esse sottese, pare orientato a verificarne l'efficacia terapeutica, esso comunque palesa come si vada ormai consolidando una sempre maggior sensibilità verso alcune

¹¹⁶ Si v. *supra*, il par. 5.

¹¹⁷ *The Roadmap for European CAM Research, An Explanation of the CAMbrella Project and its Key Findings*, <https://cam-europe.eu/wp-content/uploads/2018/09/cambrella-roadmap.pdf>.

¹¹⁸ Accordo recepito con d.g.r. n. 679/2014 (*Recepimento dell'Accordo Stato e Regioni concernente i criteri e le modalità per la certificazione di qualità della formazione e dell'esercizio dell'agopuntura, della fitoterapia e dell'omeopatia da parte dei medici chirurghi, degli odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti*) e d.g.r. n. 2143/2015 (*Definizione delle disposizioni attuative dell'accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 concernente i criteri e le modalità per la certificazione di qualità della formazione e dell'esercizio dell'agopuntura, della fitoterapia e dell'omeopatia di cui alla propria deliberazione n. 679/2014: costituzione della Commissione regionale per l'accreditamento delle scuole di medicine non convenzionali*).

¹¹⁹ D.g.r. n. 1955/2016 (*Percorso regionale di accreditamento delle scuole pubbliche e private di medicina non convenzionale, agopuntura, fitoterapia, omeopatia, omotossicologia e antroposofia di cui alla Dgr n 2143/2015*); Determina dirigenziale 19412/2016 (*Procedure per l'accreditamento delle scuole di medicina non convenzionale nella Regione Emilia-Romagna*); Determina dirigenziale 5050/2017 (*Accreditamento della scuola 'Amab - scuola italo cinese di agopuntura medicina e tradizione s.r.l.' per l'ambito dell'agopuntura*).

di tali discipline, concependone una possibile e sinergica integrazione con la “medicina ufficiale”.

In Emilia-Romagna una spiccata attenzione verso la dimensione interculturale si rinviene, invece, in relazione a profili organizzativi del SSR.

Da tempo l’approccio della Regione nei confronti degli utenti stranieri viene definito “*migrant friendly*”. Ad esempio, vari ospedali del territorio erano parte del progetto *Migrant friendly hospitals 2002-2005*¹²⁰, nato dalla rete dalla rete *Health Promoting Hospitals* (HPH) nel cui ambito si persegue l’obiettivo di garantire un pieno diritto alle cure alla popolazione migrante, di migliorare l’accessibilità ai servizi (rimuovendo barriere di ordine linguistico o burocratico), migliorare la fruibilità dei servizi (incentivando canali informativi adeguati sui servizi disponibili), garantire la qualità delle cure e la rispondenza ai bisogni (implementando competenze culturali e promuovendo l’adattamento organizzativo). L’approccio della rete *Migrant friendly hospitals* prevede, quindi, attività di mediazione linguistico culturale, interventi informativi ed educativi rivolti a pazienti ed utenti, formazione del personale sulle competenze interculturali. Con particolare riferimento a categorie vulnerabili, come le donne, sono stati previsti programmi informativi ed educativi adeguati alla diversità culturale, mediante anche azioni di *empowerment* che, ad esempio, agevolassero le donne a prendersi cura di sé stesse e dei loro figli. Sono stati attivati anche percorsi di formazione specifica per gli operatori sanitari per sensibilizzarli verso una serie di fattori di ordine culturale connessi al fenomeno migratorio (e agli aspetti socio-culturali dei gruppi, in relazione al rapporto migrazione e salute) e per consentire loro di sviluppare apposite competenze comunicative e di gestione di una relazione interculturale (es. su come chiedere informazioni o preferenze ai pazienti).

L’approccio degli *Ospedali Migrants Friendly* ha anche previsto il coinvolgimento attivo di alcune comunità immigrate, promuovendo apposite attività di prevenzione e formazione, attivando una serie di programmi e progetti dedicati a categorie specifiche di migranti (badanti, prostitute, richiedenti asilo e rifugiati, famiglie¹²¹) procedendo anche alla forma-

¹²⁰ Si v. Il progetto *Migrant-friendly Hospital*: un’iniziativa di promozione della salute degli immigrati e delle minoranze etniche che in regione ha coinvolto la realtà ospedaliera di Reggio Emilia. Per maggiori approfondimenti sul punto si v. M. CAMPINOTI-F. SANTOMAURO, Verso un ospedale amico dei migranti, in *Saluteinternazionale.it*, 2005, p. 1 ss., testo reperibile in <https://www.saluteinternazionale.info/2010/07/verso-un-ospedale-amico-dei-migranti/>. Si v. altresì, https://www.ausl.re.it/sites/default/files/Chiarenza_tfmfcch_WORKSHOP.pdf.

¹²¹ Si può ricordare il *Centro per la salute della famiglia straniera*, attivato grazie ad una convenzione fra la Caritas e la AUSL di Reggio Emilia e attivo sin dal 1998. Tale centro,

zione di promotori della salute e mediatori interculturali.

Nel 2008, la Rete delle Regioni per la salute dell'OMS, ha avviato il progetto *Migrants and Healthcare: Responses by European Regions*, cui partecipa anche la Regione Emilia-Romagna, avente lo scopo di mappare in modo sistematico l'insieme delle azioni e strategie per la salute dei migranti adottate a livello sub-nazionale in alcune Regioni europee¹²².

Più di recente, è stato attivato il progetto *MyHealth*, finanziato dall'*European Union's Health Programme 2014-2020*¹²³, e teso a incrementare e migliorare l'accesso alle cure sanitarie da parte di migranti, rifugiati e minoranze etniche di "primo approdo"¹²⁴, in particolare, donne e minori non accompagnati¹²⁵. Tale progetto è teso a promuovere forme di interazione e rafforzamento di varie discipline sanitarie, nonché a favorire lo sviluppo di nuove applicazioni mobili e di strumenti digitali.

Sono state coinvolte le principali realtà che a vario titolo interagiscono con migranti e rifugiati¹²⁶ secondo un approccio di tipo partecipativo e incentrato sulla persona. Vi è la consapevolezza, infatti, che per categorie di persone come i migranti, che presentano una serie di vulnerabilità, l'accesso a servizi sanitari di qualità e la promozione del benessere scontano una serie di criticità derivanti da fattori quali l'esistenza di barriere linguistiche, la difficoltà di relazionarsi e comprendere culture diverse, forme di esclusione sociale più o meno severa, la carenza di documenti e la difficoltà di interfac-

grazie alla presenza di medici, psicologi e mediatori interculturali, fornisce assistenza a molti migranti irregolari fornendo servizi di medicina di base, medicina interna, attività ambulatoriale, TBC, ostetricia e ginecologia, servizi pediatrici, servizi odontoiatrici, sostegno psicologico e sociale, vaccinazioni.

¹²² Si veda il Report pubblicato in collaborazione con l'OMS: M. BIOCCHA-B. RIBOLDI-F. SARTI, *Migrants and Health care Responses by european regions* (MIGHRER), 2012, in <https://assr.regione.emilia-romagna.it/pubblicazioni/rapporti-documenti/report-mighrer-complete-reference-material>.

¹²³ *MyHealth* è uno dei tre progetti finanziati nella call 2016 del Terzo Programma di salute pubblica con un budget complessivo di oltre 1.4 milioni di Euro, https://ec.europa.eu/health/funding/programme_en.

¹²⁴ Giunti in Europa da meno di 5 anni.

¹²⁵ La Regione Emilia-Romagna – Agenzia sanitaria e sociale – è partner italiano del progetto che coinvolge in totale 11 partner provenienti da 7 Paesi europei: Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Spagna, Regno Unito, Repubblica Ceca. <https://assr.regione.emilia-romagna.it/attivita/progetti-internazionali/myhealth>. Sito del progetto: <http://www.healthonthemove.net/it/>.

¹²⁶ Strutture sanitarie, servizi sociali, progetti del Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati (ex SPRAR), ricercatori, cooperative, associazioni di migranti, organizzazioni governative e non governative.

ciarsi con gli apparati burocratici, etc. Nell'ambito di questo progetto sono state, quindi, attivate attività di mappatura della rete di stakeholder, servizi per migranti, progetti comunitari locali e ICT tools¹²⁷, nonché attività di «rilevazione dei bisogni, di modellizzazione di interventi sanitari e di interventi comunitari di promozione alla salute in tre siti europei (Barcellona, Berlino, Brno) con possibilità di adattamento e replica in territorio regionale» in un'ottica che valorizzi la dimensione interculturale.

7. LA “FORMA DELL’ACQUA”: PROBLEMI APERTI E SPUNTI DI RIFLESSIONE

Il tema delle interconnessioni fra salute, medicina e diversità culturale, letto attraverso il prisma delle medicine “altre”, delle medicine non convenzionali, porta ad interrogarsi non solo, quale presupposto, sul rapporto fra diritto e scienza e sull'individuazione del ruolo da riconoscere agli esperti in un ambito sensibile quale è quello della salute, ma è anche uno degli snodi centrali delle riflessioni bioetiche riflettendosi sul concetto stesso di democrazia (cfr. *supra*, par. 2.2). Si tratta di un tema complesso che apre anche alla riflessione sullo spazio lasciato alla libertà di scelta in campo terapeutico e sul ruolo del potere pubblico.

Riproponendo i quesiti posti nelle pagine che precedono, è, quindi, configurabile nel nostro Paese un diritto alla salute che includa il diritto a potersi curare secondo un sistema che integri le medicine non convenzionali? E sotto diverso profilo, è configurabile, un dovere del potere pubblico di strutturare il sistema sanitario secondo dinamiche che tengano conto della diversità culturale?

Pare potersi sostenere che, se è vero che la nostra Costituzione impone una doverosa attenzione verso la diversità culturale (cfr. *supra*, par. 1), ciò non implica necessariamente – o doverosamente – l'integrazione di tutte le medicine e pratiche non convenzionali nel sistema sanitario nazionale; non sarebbe nemmeno sostenibile dal punto di vista finanziario – quantomeno in un sistema sanitario come il nostro.

La doverosa attenzione verso la diversità culturale implica, innanzitutto, un'attenzione verso i vari fattori di diversità culturale, implica comprensione, attitudine all'ascolto e al recepimento di istanze – secondo una logica inclusiva che, per quanto concerne il nostro ordinamento, è sottesa agli artt. 2 e 3 della Costituzione. Ma implica anche un'attenzione verso il fattore religioso, che spesso appare difficilmente scindibile da quello culturale e di tu-

¹²⁷ Attività che sta conducendo la Regione Emilia Romagna.

tela della salute. A titolo di esempio, si possono ricordare le problematiche che hanno a che fare: con il rispetto di alcune regole religiose in rapporto ad esigenze di salute (come il trattamento di pazienti diabetici durante il Ramadan); con la disponibilità di cibo adeguato negli ospedali; con la richiesta di pratiche come le mutilazioni genitali femminili o con il rilascio dei c.d. certificati di verginità; con situazioni di disagio psichico; con l'organizzazione dei sistemi sanitari e degli ospedali secondo dinamiche che rispettino le esigenze di preghiera; con la considerazione dei rapporti fra i sessi (es. in relazione alla possibilità o meno che una donna sia visitata da un medico uomo). Sono temi cui ciascun ordinamento risponde in modo diversificato, talvolta prescindendo dal modello di integrazione cui si ispira¹²⁸.

Secondo una nota impostazione, l'attenzione verso la diversità culturale implica «proteggere ed incoraggiare la ricchezza culturale e materiale delle varie culture (*cultural groups*) e rispettare la loro identità» ed in tal senso risulterebbe giustificata¹²⁹. Ma tale giustificazione sussiste purché l'apertura verso culture “altre” si iscriva in un contesto di derivazione liberale ove si riconosce il primato dei principi fondamentali del costituzionalismo moderno, *in primis*, la dignità umana.

Inoltre, ogni individuo deve essere libero di “uscire” dal gruppo culturale di appartenenza e tale libertà è essenziale alla libertà individuale e al principio di autodeterminazione.

Conseguentemente, volendo individuare i limiti di apertura alle diverse culture, essi paiono rappresentati dalla stessa giustificazione giusfilosofica di un contesto di derivazione liberale: non sono ammissibili pratiche o medicine che possano determinare un *vulnus* per la dignità umana e che si pongono in contrasto con gli assetti valoriali e i principi costituzionalmente definiti.

Questo ordine di riflessioni, sebbene in origine sia scaturito dall'analisi di problematiche legate alla convivenza fra etnie e religioni diverse¹³⁰ e non legate specificatamente alle medicine non convenzionali, può, quindi, essere riproposto in relazione ad esse.

¹²⁸ Si v. nel presente volume lo scritto di E. CUKANI.

¹²⁹ J. RAZ, *Multiculturalism*, in *Ratio Juris*, cit., p. 197. Secondo l'Autore non si tratta di privilegiare i gruppi rispetto agli individui, quanto, piuttosto, nel quadro del riconoscimento della primarietà dell'individuo, della realizzazione effettiva della sua libertà di scelta. Al contempo, però, le nostre scelte sono inscindibilmente connesse con il nostro esser inseriti in una *cultura*, non possono essere collocate in uno spazio neutro e vuoto, pertanto, solo in quanto inseriti in una cultura ci si può permettere di sfruttare le opzioni che danno alla vita un significato (ID., *Ethics in the Public Domain: Essays in the Morality of Law and Politics*, cit., spec. p. 177 ss.).

¹³⁰ Sul punto, ad esempio, W. KYMLICKA, *Multicultural Citizenship. A Liberal Theory of Minority Rights*, cit.

Ogniquale volta l'opzione che porta alla decisione di ricorrere a pratiche o medicine non convenzionali è motivata da una scelta di tipo culturale, dal riconoscimento di appartenenza ad una certa "tradizione", sia quando questa connessione appare di cristallina evidenza (come nel caso della medicina ayurvedica o cinese), sia nei casi in cui tale appartenenza si riferisce ad una visione particolare dell'esistenza, una pratica può essere vietata solamente se in contrasto con i valori e principi del costituzionalismo moderno¹³¹.

Questa considerazione, tuttavia, risolve solo in parte le problematiche connesse alle medicine non convenzionali, poiché lascia aperta la problematica di fondo: se la scienza debba considerarsi al di sopra di ogni opzione ideologica, se sia da considerarsi indiscutibile quanto a risultanze e se queste debbano essere seguite al fine di garantire il diritto alla salute e, quindi, per mantenere le condizioni minime di esistenza. Se così fosse, nessuna diversità culturale o tradizione le si potrebbero contrapporre¹³².

Diversamente, nell'ottica del multiculturalismo (di J. Raz), le varie culture sono concepite come diverse modalità per realizzare i medesimi valori universali, cosicché non si potrebbero concepire in chiave di contrapposizione¹³³. Ma la realtà ci ha mostrato il fallimento del multiculturalismo così concepito.

Conseguentemente, quale alternativa al fallimento del modello multiculturale, così come a quello del modello rigidamente assimilazionista, pare esservi la costruzione di un modello interculturale¹³⁴, che si inscriba entro la cornice costituzionale dei doveri e dei diritti e che ponga la persona umana e la sua dignità al centro.

Se non tutte le istanze religiose o culturali possono essere considerate legittime, in parallelo, il nostro ordinamento, e l'Europa, non possono ignorare le sfide poste dal mutamento di identità culturale delle nostre società. Non possono lasciare alla buona amministrazione di certi contesti, o peggio, alla discrezionalità dei giudici, il governo di fenomeni complessi.

¹³¹ Sul punto la bibliografia è sterminata. Si v. *ex multis* A. BARBERA, *Le basi filosofiche del costituzionalismo*, in ID. (a cura di), *Le basi filosofiche del costituzionalismo*, Roma-Bari, 1997, p. 3 ss.

¹³² Ma a tal proposito si è sostenuto che se Stato e Chiesa sono separate, allora anche Stato e Scienza lo sono: in tal senso P.K. FEYERABEND, *La scienza in una società libera*, Milano, 1981.

¹³³ J. RAZ, *Multiculturalism*, cit., p. 208. Una delle maggiori obiezioni che Raz ha dovuto affrontare è che il suo concetto di politica multiculturale rende impossibile individuare un criterio esterno per stabilire cosa sia ammissibile o cosa no (presupponendosi con ciò l'esistenza di una cultura astrattamente migliore ed altre "inferiori").

¹³⁴ Cfr. *supra*, nota n. 41.

Peraltro, modificare i sistemi sanitari integrandovi medicine “altre”, aprirli ai migranti, specie se privi di un legame stabile con il territorio, implica porre in essere interventi che costano e impattano grandemente su sistemi già a risorse limitate, finendo per essere a carico non dei nuovi arrivati, degli “altri”, ma di quelle fasce della popolazione più consolidate in un territorio e più culturalmente omogenee e talvolta meno ben disposte ad aprirsi e a finanziare siffatte pratiche.

Quale faro posto a guida delle decisioni politiche e amministrative, pare imprescindibile focalizzare l’attenzione sul primato dell’individuo e della sua dignità, da concepirsi nella sua dimensione personale, culturale e relazionale, anche in un contesto di relazioni interculturali.

Porre al centro l’individuo, in un contesto di cura, significa considerare un individuo innanzitutto come persona, poi come appartenente ad un gruppo (vulnerabile o meno) e solo in ultimo come membro di uno specifico gruppo etnico, portatore di una serie di valori di riferimento e di modelli di comportamento, la cui legittimità va iscritta nel contesto costituzionale in cui questi si trova, nel quadro di valori, principi, doveri e diritti costituzionalmente previsti.

Attesa l’esistenza di un legame forte fra fattore culturale e medicina, fra cultura e salute, mancano dei modelli di integrazione uniformi ed efficaci, oltre a porsi, come si è anticipato, anche un rilevante problema sociale e di tenuta finanziaria del sistema. Non pare possibile individuare criteri di valutazione neutra, oggettiva, delle medicine non convenzionali e di tutte quelle pratiche riconducibili a fattori culturali e religiosi. Ogni sistema giuridico, con un’opzione di carattere etico e politico, “sceglie” a quali elementi dare maggior peso, quanto aprirsi alla diversità culturale, a quali soggetti riservare le decisioni tecniche in materia di salute, quanto peso riconoscere alla scienza. La riflessione sulle medicine non convenzionali e sulla diversità culturale in ambito sanitario mostrano in chiave critica come il problema non sia solo, o non tanto, il ruolo da riconoscere alla scienza, ma anche il ruolo da riconoscere alla dimensione culturale, filosofica, religiosa ed esistenziale, di certe pratiche e terapie ¹³⁵.

¹³⁵ Concetti, questi, che aprono anche alla dimensione della «qualità della vita», intesa come capacità di azione e relazione R. DWORKIN, *Il dominio della vita*, Torino, 1994.

BIBLIOGRAFIA

- BAGNI S., *Dal Welfare State al Caring State*, in AA.VV., *Annuario italo-iberoamericano di diritto costituzionale*, Napoli, 2014, pp. 325 ss.
- BARBERA A., *Le basi filosofiche del costituzionalismo*, in ID. (a cura di), *Le basi filosofiche del costituzionalismo*, Roma-Bari, 1997, pp. 3 ss.
- BAUMANN G., *The multicultural riddle*, New York, 1999.
- BEAMAN L.G., *The Transition of Religion to Culture in Law and Public Discourse*, London, 2020.
- BENHABIB S., *The claims of culture*, US, 2002.
- BENHABIB S., *The rights of others*, Cambridge, Mass., 2004.
- BIOCCA M.-RIBOLDI B.-SARTI F., *Migrants and Health care Responses by European regions* (MIGHRER), 2012, in <https://assr.regione.emiliaromagna.it/pubblicazioni/rapporti-documenti/report-mighrer-complete-reference-material>.
- BORGIA P., *Costi delle forme di assistenza sanitaria e integrativa e prospettive di sviluppo*, in *Sanità pubblica e privata*, 1/2005, pp. 48 ss.
- BORTOLETTO C., *Il patrimonio immateriale secondo l'Unesco. Analisi e prospettive*, Roma, 2008.
- BRATMAN S., *Guida critica alle medicine alternative. Manuale pratico per curarsi senza smarrirsi*, Milano, 1999.
- CAMPINOTI M.-SANTOMAURO F., *Verso un ospedale amico dei migranti*, in *Salute internazionale.it*, 2005, pp. 1 ss., testo reperibile in <https://www.saluteinternazionale.info/2010/07/verso-un-ospedale-amico-dei-migranti/>.
- CERRINA FERONI G., *Sistemi sanitari e immigrazione: percorsi di analisi comparata*, Torino, 2019.
- CHANDRASEKHAR A., *La medicina alternativa non è più il parente povero del sistema sanitario svizzero*, 27 aprile 2020, in www.tvsvizzera.it.
- CIPOLLA C.-ROBERTI DI SARSINA P. (a cura di), *Le peculiarità sociali delle medicine non convenzionali*, Milano, 2009.
- COLOMBO E.-REBUGHINI P. (a cura di), *La medicina che cambia. Le terapie non convenzionali in Italia*, Bologna, 2003.
- COLOMBO E., *Trasformazioni sociali e novi modi di pensare la salute e la malattia*, in E. COLOMBO-P. REBUGHINI (a cura di), *La medicina che cambia. Le terapie non convenzionali in Italia*, Bologna, 2003, pp. 15 ss.
- CUNHA FILHO F.H.-SCOVAZZI T., *Salvaguarda do patrimônio cultural imaterial: uma análise comparativa entre Brasil e Itália*, Brasile, 2020, testo in <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/32295/1/salvaguarda-do-patrimonio-cultural-material-repositorio.pdf>.
- CUOCOLO L., *Articolo 117, comma 2*, in F. CLEMENTI-L. CUOCOLO-F. ROSA-G.E. VIGEVANI (a cura di), *La costituzione Italiana. Commento articolo per articolo*, II, Bologna, 2018, pp. 337 ss.
- DE BEUKELAER C.-PYKKÖNEN M.-SINGH J. (a cura di), *Globalization, Culture and Development: The UNESCO Convention on Cultural Diversity*, London, 2015.

- DE SOUSA SANTOS B., *Toward a multicultural Conception of Human Rights*, in *Sociologia del diritto*, 1/1997, testo reperito in https://www.ces.uc.pt/bss/documentos/toward_multicultural_conception_human_rights.pdf.
- DI GIACOMO S.M., *Can there be a 'cultural epidemiology'?*, in *Medical Anthropol Quarterly*, 13 (4), 1999, pp. 436 ss.
- DRIGO C., *Percorsi di integrazione e inclusione sociale dei migranti nella Regione Emilia-Romagna*, in *Le Regioni*, 5-6, 2019, p. 1753 ss.
- DWORKIN R., *Il dominio della vita*, Torino, 1994.
- ENGELHARDT H.T. JR., *Manuale di bioetica*, Milano, 1999.
- FERDINAND A.-OYARCE A.-KELAHHER M.-ANDERSON I., *Reflexiones sobre la ética de la investigación en salud indígena en Chile*, in *Revista Latinoamericana de Bioética*, 18/2018, pp. 162 ss.
- FERRARA R., *Salute (diritto alla)*, in *Digesto (disc. pubbl.)*, III, Torino, 1997, pp. 513 ss.
- FEYERABEND P.K., *La scienza in una società libera*, Milano, 1981.
- GIARELLI G.-ROBERTI DI SARSINA P.-SILVESTRINI B., *Le medicine non convenzionali in Italia. Storia, problemi e prospettive di integrazione*, Milano, 2007.
- GROPPI T., *Nota alla sentenza n. 353 del 2003 della Corte costituzionale*, in *Forumcostituzionale.it*, 2004, pp. 1 ss.
- GUERRIERI G., *Alcune riflessioni sui nuovi fondi sanitari integrativi del SSN*, in *Diritto ed economia dell'assicurazione*, 4/1999, pp. 911 ss.
- HABERMAS J., *The Inclusion of Others*, Cambridge, Mass., 1998.
- HEE-KANH K., *Caring State: A New Vision of Welfare State*, in *Journal of Governamental Studies*, 22/2016, pp. 5 ss.
- HERRERA D.-HUTCHINS F.-GAUS D.-TROYA C., *Intercultural health in Ecuador: an asymmetrical and incomplete project*, in *Anthropology & Medicine*, 2018, testo in <http://www.tandfonline.com/loi/canm20>.
- JUCKETT G., *Cross-Cultural Medicine*, in *11 American Family Physician* 72, 2005, pp. 2267 ss.
- KASTORYANA R., *Multiculturalism and interculturalism: redefining nationhood and solidarity*, in *Comparative Migration Studies*. 6, 17, 2018, in <https://www.springeropen.com/collections/multiintercult>.
- KLEINMAN A., *Patients and healers in the context of culture*, University of California Press, 1980.
- KYMLICKA W., *Multicultural Citizenship. A Liberal Theory of Minority Rights*, UK, 1995.
- LELLI F., *Medicine non convenzionali, Problemi etici ed epistemologici*, Milano, 2007, spec. pp. 90 ss.
- LEVRAU F.-LOOBUYCKM P., *Introduction, mapping the multiculturalism-interculturalism debate*, in *Comparative migration Studies*, 6, 13, 2018, testo in <https://www.springeropen.com/collections/multiintercult>.
- LUPTON D., *The cultural assumptions behind Western medicine*, in *The Conversation*, del 1° gennaio, 2013 <https://theconversation.com/the-cultural-assumptions-behind-western-medicine-7533>.

- LYNN P., *Medicine and culture*, USA, 1996.
- MARTINS MENDES A.-SOARES LEITE M.-LANGDON E.J.-GRISOTTI M., *The challenge of providing primary healthcare care to indigenous peoples in Brazil*, in *Panamerican Journal of Public Health*, 42/2018, pp. 1 ss. in <https://www.paho.org/journal/en/articles/challenge-providing-primary-healthcare-care-indigenous-peoples-brazil>.
- MAZZIOTTI M., *Diritti sociali*, in *Enc. dir.*, XII, Milano, 1964, pp. 802 ss.
- MIGNONE J., BARTLETT J.-O'NEIL J.-ORCHARD T., *Best Practices in Intercultural Health: Five case studies in Latin America*, in 3 (31) *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 2007.
- MONTUSCHI L., 32, 1° comma, in *Commentario della Costituzione*, a cura di G. Branca, *Rapporti etico Sociali*, art. 29-34, Bologna, 1976, pp. 146 ss.
- MORANA D., *Articolo 117, commi 3,4 e 5*, in F. CLEMENTI-L. CUOCOLO-F. ROSA-G.E. VIGEVANI (a cura di), *La costituzione Italiana. Commento articolo per articolo*, II, Bologna, 2018, pp. 346 ss.
- MORI M., *The twilight of "medicine" and the dawn of "health care": reflections on bioethics at the turn of the millennium*, in *Journal of Medical Philosophy*, 25 (6), 2000, pp. 723 ss.
- MORTATI C., *La tutela della salute nella Costituzione italiana*, in *Scritti*, II, Milano, 1972, pp. 433 ss.
- MUNIZ DE MEDEIROS P.-TABODA SOLDATI G.-LEAL ALENCAR N.-VANDEBROEK I.-PIERONI A.-HANAZAKI N.-PAULINO DE ALBUQUERQUE U., *The Use of Medicinal Plants by Migrant People: Adaptation, Maintenance, and Replacement*, in *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2012, pp. 1 ss.
- NUSSBAUM M., *Cultivating Humanity*, Cambridge, Mass., 1998.
- OBADIA L., *The Internationalisation and Hybridization of Medicines in Perspective? Some Reflections and Comparisons between East and West*, in *Trans-text(e)s Transcultures 跨文本跨文化 Journal of Global Cultural Studies*, 5/2009, pp. 1 ss.
- OLORTEGUI-MARIÑO R.-GALVEZ-OLORTEGUI J.-PAREDES-AYRAC D.-VILLAFAN-BRONCANO M., *Alternative, traditional, or complementary medicine: A perspective of intercultural therapeutic adherence*, in 17 *Medwave* 15, 2017, in <https://www.medwave.cl/link.cgi/English/Perspectives/LettersToEditor/6977.act>.
- PEDRAZZI M., *Diversità culturale nel diritto internazionale*, in L. ZAGATO, M. VECCO (a cura di), *Le culture dell'Europa, L'Europa della cultura*, Milano, 2011, pp. 15 ss.
- PFLEIDERER B.-BIBEAU G. (a cura di), *Anthropologies of Medicine. A Colloquium on West European and North American Perspectives*, Springer, 1991.
- PUTIGNANO V., *Attualità e prospettive dei fondi integrativi del servizio sanitario nazionale*, in *Rivista del diritto e della sicurezza sociale*, 2/2007, pp. 461 ss.
- RAWLS J., *Il diritto dei popoli*, Torino, 2001.
- RAWLS J., *The Law of Peoples*, Cambridge, Mass., 2001.
- RAWLS J., *Liberalismo politico*, Torino, 2012.

- RAZ J., *Multiculturalism*, in *Ratio Juris*, 11, 1998, pp. 193 ss.
- RAZ J., *Multiculturalism: a Liberal Perspective*, in ID., *Ethics in the Public Domains: Essays in the Morality of Law and Politics*, UK, 1995.
- REBUGHINI P., *Origini e contenuti dell'universo delle medicine non convenzionali*, in E. COLOMBO-P. REBUGHINI (a cura di), *La medicina che cambia. Le terapie non convenzionali in Italia*, Bologna, 2003, pp. 73 ss.
- ROBERTI DI SARSINA P.-MORANDI A.-ALIVA M.-TOGNETTI BORDOGNA M.-GUADAGNI P., *Medicine Tradizionali e Non Convenzionali in Italia. Considerazioni su una scelta sociale per la Medicina Centrata sulla Persona*, in *Terapie d'avanguardia*, 2012, pp. 1 ss.
- ROBERTI DI SARSINA R.-ISEPPATO I., *Le politiche sanitarie e formative delle medicine non convenzionali nell'Unione europea*, in C. CIPOLLA-P. ROBERTI DI SARSINA (a cura di), *Le peculiarità sociali delle medicine non convenzionali*, Milano, 2009, pp. 40 ss.
- SECONDULFO D. (a cura di), *Medicina e Medicine. Le cure "altre" in una società che cambia*, in *Salute e Società*, 3/2005, Milano.
- SEISING R.-TABACCHI M.E. (a cura di), *Fuzziness and Medicine: Philosophical Reflections and Application Systems in Health Care*, Springer, 2013.
- TALLACCHINI M., *Bioetica & Democrazia*, in *Politeia*, 2003, XIX, 69, 2003, pp. 93 ss.
- TALLACCHINI M., *Democrazia come terapia: la governance tra medicina e società*, in *Politeia*, XXII, 81, 2006, pp. 15 ss.
- TAYLOR C., *Multiculturalism*, US, 1994.
- TRIPODINA C., *Art. 32*, in S. BARTOLE-R. BIN (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, Padova, 2008.
- TULLY J., *Strange Multiplicity*, UK, 1997.
- VASAPOLLO D., *Tutela della salute e Medicine Non Convenzionali. Profili clinico-giuridici e problematiche medico legali*, Milano, 2014.
- VILLAMENA S., *Medicina «non convenzionale» e sistema sanitario nazionale*, in *Giustamm.it*, 7/2015.
- WHITAKER E.D., *The Idea of Health: History, Medical Pluralism, and the Management of the Body in Emilia-Romagna, Italy*, in *Medical Anthropology Quarterly*, 17, 2003, pp. 348 ss.
- ZAGATO L.-VECCO M. (a cura di), *Le culture dell'Europa, L'Europa della cultura*, Milano, 2011.

DOCUMENTI

Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 testo in Testo reperito in [https://www.ordinemedicimodena.it/assets/Uploads/SAT-ATTIVITA-PROFESSIONALEMNC medicine-non-convenzionali-alternativeistituzione-registri-dal-201588Medicine non-convenzionaliProt.-969022-10-2014.pdf](https://www.ordinemedicimodena.it/assets/Uploads/SAT-ATTIVITA-PROFESSIONALEMNC%20medicines-non-convenzionali-alternativeistituzione-registri-dal-201588Medicine%20non-convenzionaliProt.-969022-10-2014.pdf)

- CAM 2020, *The contribution of Complementary and Alternative Medicine to sustainable healthcare in Europe*, in <http://ehpa.eu/pdf/CAM2020-FINAL.pdf>.
- COMMISSIONE EUROPEA, *Proposal per l'adozione di un regolamento «on the establishment of a Programme for the Union's action in the field of health – for the period 2021-2027 and repealing Regulation (EU) No 282/2014 (“EU4Health Programme”)*» Bruxelles, 28 maggio 2020, COM(2020) 405 final, 2020/0102 (COD) in <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52020PC0405>.
- CONSIGLIO D'EUROPA, *Risoluzione n. 1206/1999, A European approach to non-conventional medicines*, testo in <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=16727&lang=en>.
- EURISPES, *Rapporto Italia 2010, scheda n 55*, in http://www.salus360.it/wp-content/uploads/2016/12/Eurispes-RI2010_scheda-55-Medicine-non-convenzionali.pdf.
- FNOMCEO, *Comunicazioni nn. 9/2015 e 88/2014*, in <https://portale.fnomceo.it/medicines-non-convenzionali-le-norme-applicative/>.
- FNOMCEO, *Linee guida su medicine e pratiche non convenzionali*, in https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/import/201801/67825_linee-guida-fnomceo-formazione-nelle-medicine-e-pratiche-non-convenzionali.pdf.
- INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION, *World Migration Report 2020*, https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020.pdf.
- OPEN HEALTH FORUM 2005 – *Health Challenges and Future Strategy – Evaluation*, in https://ec.europa.eu/health/ph_overview/health_forum/open_2005/ev_2005_1107_eval_en.pdf.
- PARLAMENTO EUROPEO *EU Public Health Policies, State of play, current and future challenges*, 2019, in [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2019/638426/IPOL_STU\(2019\)638426_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2019/638426/IPOL_STU(2019)638426_EN.pdf).
- PARLAMENTO EUROPEO, *Risoluzione sulla relazione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio sull'attuazione delle direttive 92/73/CEE e 92/74/CEE concernenti i medicinali omeopatici* (COM(97)0362 – C4-0484/97 – Testo in <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX%3A51998IP0378>).
- PARLAMENTO EUROPEO, *Risoluzione sullo statuto delle medicine non convenzionali*, 1997 in http://publications.europa.eu/resource/cellar/0ef9ed65-3d65-4a58-9cd3-68514737bd75.0003.01/DOC_1.
- REGIONE EMILIA ROMAGNA, *Dossier della Regione Emilia Romagna, n. 186/2009, Le medicine non convenzionali e il Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna Un approccio sperimentale*, in <https://assr.regione.emilia-romagna.it/pubblicazioni/dossier/doss186>.
- REGIONE EMILIA ROMAGNA, *Rapporto attività e proposte dell'Osservatorio regionale per le medicine non convenzionali – anno 2005, curato dall'Osservatorio medicine non convenzionali della Regione*, in <https://assr.regione.emilia-romagna.it/pubblicazioni/rapporti-documenti/rapporto-attivita-e-proposte-omncer-2005>.
- REGIONE EMILIA-ROMAGNA – AGENZIA SANITARIA REGIONALE – WHO, *Medicine*

- non convenzionali*, in <https://assr.regione.emilia-romagna.it/pubblicazioni/collane-cessate/estratti/estratto-1-2003>.
- The Roadmap for European CAM Research, An Explanation of the CAMbrella Project and its Key Findings*, in <https://cam-europe.eu/wp-content/uploads/2018/09/cambrella-roadmap.pdf>.
- WHO, *General guidelines for methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*, testo in https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66783/WHO_EDM_TRM_2000.1.pdf;jsessionid=C72073B18444EA3F052BF052049BC421?sequence=1.
- WHO, *Global report on traditional and complementary medicine 2019*, in <https://www.who.int/traditional-complementary-integrative-medicine/WhoGlobalReportOnTraditionalAndComplementaryMedicine2019.pdf?ua=1>.
- WHO, *Traditional Medicine Strategy 2002-2005* <https://www.who.int/medicines/publications/traditionalpolicy/en/>.
- WHO, *Traditional Medicine Strategy 2014-2023*, in https://www.who.int/medicines/publications/traditional/trm_strategy14_23/en/.