

Il Medico Omeopata N. 26

anno IX numero 26

luglio 2004

In questo numero

VI congresso nazionale
di medicina Omeopatica
ROMA · 19/20/21 · NOVEMBRE · 2004

OMEOPATIA E SCIENZA

Parte seconda: la malattia
di P. Bellavite

intervista a roberto orsi
Le fistole sono la bocca della psora!
di M. Dodesini

DIBATTITO

Omeopatia, Olismo e Psicologia
di V. Policreti

IL CASO CLINICO

Cardiopatía grave
di G. Lusi e G. Dominici

INOLTRE

Cenchrís contortrix di G. Merialdo
Sulphur di C. Lhuillier
Le diarree estive di P. Gulia
Patologia felina di M. Nuovo

direttore responsabile

Gustavo Dominici

vice direttore

Pietro Gulia

caporedattore per la veterinaria

Andrea Brancalion

segretaria di redazione

Giovanna Giorgetti

redazione

Centro Omeopatico Vescovio

p.zza Vescovio 7

00199 Roma

tel/fax +39.06.86208145

email rivista@fiamo.it

comitato scientifico

Paolo Bellavite

Nicola Del Giudice

Paola Landi

Giusi Pitari

amministrazione e pubblicità

FIAMO - sede amministrativa

v. C.Beccaria 22

05100 Terni

tel/fax: +39.0744.429900

e-mail: omeopatia@fiamo.it

<http://www.fiamo.it>

progetto grafico e impaginazione

B&M / Mediatregroup

v. del Salice 8/b

05100 Terni

stampa

Tipografia Economica Moderna

v. I° Maggio 15

05022 Amelia (TR)

hanno collaborato**alla realizzazione****di questo numero**

P. Bellavite

A. Brancalion

M. Buttignol

M. Dodesini

G. Dominici

A. Fontebuoni

P. Gulia

C. Lhuillier

G. Lusi

G. Merialdo

M. Nuovo

V. Policreti

P. Roberti

A. Ronchi
B. Rigamonti

copertina
elaborazione fotografica
di Francesco Bellucci

Editoriale	G.Dominici	
Subito bene, sempre bene!		3
La voce del Presidente	A.RONCHI	
La salvaguardia del prezioso spirito dilettantistico		5
Piccole grandi storie di Omeopatia	M. BUTTIGNOL	
La «rivista omeopatica» di Pompili		7
Comitato di consenso	P. ROBERTI	
Comitato permanente per le medicine non convenzionali		9
Dibattito	V. POLICRETI	
Omeopatia, olistismo e psicologia		12
Intervista	M. Dodesini	
Le fistole sono la bocca della psora... intervista a Roberto Orsi		17
Veterinaria	A. BRANCALION	
Relazione convegno ANMVI B. Rigamonti		22
Patologia felina: un caso di FLUTD complicata M. Nuovo		24
Provings		
Linee guida ECCH per una corretta sperimentazione omeopatica	A. FONTEBUONI	29
VI Congresso Fiamo		
Programma		32
Omeopatia e scienza	P. BELLAVITE	
Omeodinamica, malattia e similitudine		34
Clinica		
Morbo di Welhrof g. merialdo		45
Terapia omeopatica in un caso di cardiopatia grave g. lusi – G. Dominici		50
Sulfur, il grande policreste e il grande trascurato C. Lhuillier		55
Gli antenati	P. GULIA	
La diarrea acuta estiva		57
Storie di quotidiana omeopatia	G. Dominici	
Un desiderio irrefrenabile di cogliere fiori!		62
Norme per gli autori		64

Editoriale

Gustavo Dominici
gdominici@mclink.it
Direttore de Il Medico Omeopata

Subito bene, sempre bene!

Alcune considerazioni su uso, abuso, e danni sconosciuti da farmaci

Le enormi pressioni alle quali attualmente è sottoposto il Medico, sempre più massiccia quella medico-legale, lo costringono a terapie che hanno come primo obiettivo quello di ripararsi da eventuali accuse. Ne derivano prescrizioni contro ogni possibile complicanza.

Dei danni da uso di farmaci, quando rilevati, non sarà mai accusato da alcuno

Il medico generico nella sua pratica quotidiana esamina una quantità e varietà di pazienti tale da avere, con sufficiente precisione, la reale consapevolezza di quello che sta accadendo. I risultati da tali osservazioni non sono pubblicabili perché non organizzati in uno schema di ricerca, ma sono preziosi ed estremamente concreti. Vi racconto qualche episodio.

Primo episodio

Torna al controllo un paziente affetto da grave gastroduodenite, già ulcera. Lo trovo moralmente abbattuto e gli chiedo cosa sia mai successo. Mi risponde che i suoi problemi stavano attenuandosi, quando è accaduto uno spiacevole episodio, la morte della sua anziana madre. Noto che il fatto lo ha profondamente turbato e, visto che non riesce quasi a parlare d'altro, gli chiedo di raccontarmelo. Mi riferisce che la madre era cardiopatica e soffriva anche con lo stomaco, come è frequente nella loro famiglia, ma che recentemente stava benino. Improvvisamente inizia a soffrire di mal d'ossa, così il Medico di famiglia gli prescrive 10 iniezioni di xxxxx (un farmaco a base di Ketoprofene). Dottore, tutto bene, mia madre stava bene, era contenta, ma poi qualche giorno dopo è morta improvvisamente, mi hanno detto che ha avuto un'emorragia gastrica, che è stata una fatalità! Taccio al Paziente il fatto che con molta probabilità l'antinfiammatorio è stato il killer in questo delitto perfetto.

Secondo episodio

Viene a farsi visitare un paziente assai malandato, affetto da cardiopatia ischemica, ipertensione arteriosa, tachicardia parossistica e numerosi altri problemi di differente natura. In questi casi i Pazienti sono già in terapia con numerosi farmaci, a volte numerosissimi ed io mi rimbotto le maniche, esamino con cura ognuno di questi preparati, elimino subito quelli possibili, gradualmente altri e mantengo quelli più necessari secondo la reale gravità della patologia e la comprovata efficacia della sostanza. Ne rimangono in genere meno della metà. Mentre sono intento a questo improbo e delicato lavoro il paziente mi racconta che recentemente la sua sintomatologia è cambiata ed egli si sente diverso, quasi non si riconosce più. Ad esempio ha notato un ingrassamento rilevante nonostante segua con scrupolo la dieta prescritta dal collega cardiologo, che fino a poco lo aveva fatto dimagrire notevolmente. Inoltre ha estrema difficoltà a concentrarsi, anche nelle cose più semplici, lui che era noto per la sua vivacità fisica ed intellettuale e per la sua passionalità. E' sempre più stanco e svogliato, senza interesse per alcuna cosa e, soprattutto, continua ancora ad ingrassare. Anche le sue analisi si sono alterate. Sono sicuro che tutto è cominciato quando ho preso quello lì! (Indica uno dei farmaci). L'ho detto al Medico, ma mi ha risposto che non c'entra niente. Il farmaco che indica è un antiaritmico a base di Amiodarone, sostanza che può produrre quadri conclamati e gravi sia di iper che di ipotiroidismo. Non mi avventuro in scelte troppo difficili e

piene di troppe responsabilità in un paziente seguito da più specialisti, gli chiedo però di consultare con urgenza ed insistenza il cardiologo e di portarlo a conoscenza del fatto. Il collega, così mi viene riferito, con estrema riluttanza decide di sostituire il farmaco incriminato.

Terzo episodio

Mi sorgono alla mente così tanti episodi di bambini che mi rimane difficile sceglierne uno da raccontare. Uno fra i tanti: C. è un bambino di 8 anni, che conosco perché figlio di amici, non è mio paziente. Recentemente noto che è eccessivamente aumentato in peso senza crescere in altezza, è più eccitato e rosso in viso. Casualmente il padre mi racconta che è molto contento della salute di suo figlio, ora soprattutto che mangia a più non posso, che prima li faceva soffrire tanto per la sua inappetenza. Stava male per colpa delle adenoidi e non ci sentiva quasi più, così è stato portato da un luminare della capitale che lo ha rimesso al mondo, che il suo Medico non ci capiva nulla! Scopro che da mesi il bambino assume un cortisonico per via orale e fa le inalazioni con vari altri farmaci, fra cui ancora un cortisonico. Le cose vanno meglio, ma forse si dovrà operare o mettere un tubicino nell'orecchio per far uscire il catarro, comunque il bambino è rifiorito! Gli chiedo se sospetta che l'aumento di peso sia causato dalla cura e se lo reputa positivo. Credo intuisca, ma la posizione della madre del bambino è irremovibile, felice del fatto che il figlio ora mangia.

Sono solo 3 vicende che non autorizzano a trarre conclusioni certe, ma che inevitabilmente, messe una sopra l'altra, insieme a tante simili, formano una montagna e silenziosamente creano un'opinione riguardo ciò che sta avvenendo. Vi elenco qualche conclusione, che chiede di essere verificata.

- 1) Gli effetti collaterali delle terapie farmacologiche sono spesso sottovalutati, misconosciuti, a volte negati. Possono essere causa di malattie gravi fino al decesso e spesso tali fatti non sono inseriti nel bilancio costi/benefici che deve guidare l'uso di una determinata sostanza. Ne risulta che si prescrive su dati non corrispondenti a verità.
- 2) Molto spesso il prescrittore, per semplificare il suo difficile compito, si comporta come se anche gli effetti collaterali dichiarati non esistessero e, nell'esame delle sintomatologie che il Paziente presenta alle visite successive, spesso non tiene conto della possibile influenza delle sostanze assunte; solo raramente considera l'ipotesi che il malessere del Paziente possa essere causato dalla terapia piuttosto che dall'evoluzione della malattia.
- 3) A maggior ragione si tiene poco o nulla in conto la possibile interazione fra una molecola e l'altra. A volte accade che uno specialista dimentichi persino di informarsi riguardo alle eventuali altre terapie in corso, troppo concentrato sulla risoluzione (= scomparsa del sintomo) nel suo settore di influenza.
- 4) Le enormi pressioni alle quali attualmente è sottoposto il Medico da parte dei pazienti, di vario genere, sempre più massiccia quella medico-legale, di fatto lo costringono a terapie che hanno come primo obiettivo quello di ripararsi da eventuali accuse. Ne derivano prescrizioni contro ogni eventuale complicanza. Dei danni da uso di farmaci, quando rilevati, non sarà mai accusato da alcuno.
- 5) Far scomparire il sintomo sempre più velocemente sembra essere la parola d'ordine che muove questo neopositivismo della Medicina, in nome dell'efficientismo e del garantismo. Subito bene, sempre bene. Risultato: si prescrivono come di prima scelta farmaci che un tempo venivano considerati l'ultima chance, vista la loro pericolosità, ed a dosi massicce.
- 6) La possente spinta mediatica a far conoscere al grande pubblico brandelli di patologia anche specialistica e relative cure, crea una pseudo-disinformazione diffusa che porta spesso il Paziente a riferire al Medico la diagnosi invece che i sintomi ed a richiedere una cura specifica che DEVE essere prontamente efficace. Di più, la potenza dei mezzi d'informazione è arrivata a fare miracoli: ogni individuo è ormai diventato un diagnosta ed un prescrittore. Ogni persona, quando malata, si ritrova circondata a tal punto da una schiera così folta di amici, conoscenti, parenti e persone desiderose di fare del bene, che al solo nominare il suo disturbo viene sommerso da diagnosi e

terapie, lista di rischi se non agisce subito ed accuse di irresponsabilità se per caso decide di prendere tempo. Se la scelta riguarda suo figlio rischia addirittura di perdere la Patria Potestà. Si mescolano cognizioni frammentarie, ansia proiettata su altri, un moralismo becero ed aggressivo; la miscela esplosiva che ne risulta porta a volte a situazioni grottesche, quando non pericolose.

Concludo col racconto di un altro recente avvenimento, significativo come mille altri che ognuno di Voi potrebbe raccontare e che, se vi prenderete la briga di farlo, pubblicherò con estremo piacere. Un mio amico, che non è mai stato mio paziente, è al lavoro quando lo coglie un intenso dolore a fitte al fianco destro, che va e viene, ma così intenso da strappargli addirittura qualche grido di dolore. Tutti si preoccupano, interrompono il lavoro, vogliono chiamare un'ambulanza. Egli si rifiuta, non vuole andare in ospedale. Si passa allora alla fase due, le diagnosi. Uno di loro enuncia, senza ombra di dubbio, che trattasi di colica renale (C'ha sofferto mia moglie!) e gli comunica quali farmaci deve assumere – due - che analisi deve fare e come deve comportarsi nei mesi successivi. Un altro, in contrasto, sentenzia che è una colica biliare, (C'ha sofferto mia suocera!) e anche costui gli suggerisce quali farmaci assumere, gli esami da fare e tutta la dieta per il resto della sua vita o l'opzione dell'intervento chirurgico per rimuovere i calcoli. Altri anche si pronunciano, ma in modo meno elaborato e non sono presi in seria considerazione. Comunque il poveretto sceglie di farsi accompagnare fino alla mia abitazione. Lo calmo un po', decidiamo di cenare insieme. Lo osservo e noto che ha delle contrazioni improvvisate a tutta la fascia muscolare destra ogni volta che tenta anche un piccolo movimento; se invece rimane fermo, nulla, nessun disturbo, nessun dolore. Non gli comunico la diagnosi che ho in mente, scherzo con lui che si rilassa un po', gli metto in bocca pochi globuli di Bryonia 200K. Poi ceniamo insieme e se ne torna da solo a casa. Notte bene. Il giorno dopo al lavoro in ottima forma con lo scetticismo dei suoi colleghi, forse anche irritati che, l'ingrato, avesse rifiutato le loro amorevoli cure.

Ogni persona a questo punto crede di conoscere la malattia e la cura; la mescolanza esplosiva di cognizioni frammentarie, ansia proiettata su altri, un moralismo becero ed aggressivo porta a situazioni grottesche, quando non pericolose

La voce del Presidente

Antonella Ronchi
Anto.ronchi@tiscalinet.it
Presidente FIAMO

La salvaguardia del prezioso spirito dilettantistico

Una delle amate attività che l'ultimo, frenetico anno mi ha costretto a ridimensionare è la lettura, ma, proprio perché più preziosa, mi porta a gustare particolarmente i libri che riesco a leggere, soprattutto quando toccano qualcosa di profondo in me.

Dopo aver letto tutti i suoi libri precedenti, non potevo certo lasciarmi sfuggire l'ultima opera del famoso neurologo Oliver Sacks, "Diario di Oaxaca", anche se trattava di un tema per me strano, le felci, e infatti vi ho subito trovato qualcosa che ha risuonato nel mio animo.

Sacks descrive il suo incontro con l'American Fern Society dove si respira "...un'atmosfera professionale discreta, incontaminata, governata dal piacere dell'avventura e della conoscenza, piuttosto che dall'egoismo e dall'ambizione sfrenata.... Mi capita spesso di partecipare a congressi di neurologia, ma la sensazione che provavo a quelle riunioni era totalmente diversa; si respirava un'aria di serena libertà e una mancanza di rivalità che non avevo mai riscontrato in un incontro professionale...." In effetti egli fa riflettere sul fatto che nel mondo naturalistico il contributo dei non professionisti è sempre stato fondamentale: il contributo dei dilettanti sta fondamentalmente in "...Un amore, una passione vera e propria per la loro materia, e l'esperienza di una vita trascorsa a osservare i fenomeni sul campo".

Perché queste affermazioni mi toccano così profondamente? Perché per me l'Omeopatia è stata proprio la gioia della scoperta di un mondo affascinante, il privilegio di un'attività sempre nuova, il gusto di una sfida che si rinnova ogni giorno, che rende ogni visita un incontro con un individuo diverso da tutti gli altri. Non c'è mai il rischio della noia, della routine, e lo spirito che mi pervade è sempre quello di un dilettante, sia perché lavorare così è veramente un diletto, un piacere, sia perché la mia professionalità ha bisogno di crescere continuamente, non è mai permesso adagiarsi in quello che si è acquisito. E se si lavora con questo spirito si resta per forza umili di fronte alla vastità di una materia di cui si conosce solo una minima parte, anche dopo tanti anni di pratica.

Per questi motivi credo che le Associazioni degli Omeopati, anche se costituite da professionisti preparati, dovrebbero conservare lo spirito delle Associazioni dilettantistiche. Lo so che andiamo verso l'integrazione, con buona pace di Federspil, di Garattini e pure di Piero Angela; so bene che, nonostante i pronunciamenti dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, l'Omeopatia entra nelle aule universitarie e magari ci scapperanno anche ulteriori ambulatori pubblici e, perché no, reparti ospedalieri; conflitti di interessi cominciano a minare anche questo nostro mondo, perché non siamo poi diversi dagli altri. Nonostante ciò continuo a credere che l'Omeopatia sia qualcosa di profondamente diverso da una qualunque specializzazione medica, da una semplice alternativa per una società consumistica alla ricerca di novità da bruciare una dopo l'altra.

Per questo nella recente Assemblea Generale abbiamo votato una modifica dello Statuto che lega la data dell'Assemblea stessa alla data del Congresso annuale: tutti avranno così la possibilità di una partecipazione più attiva, della condivisione di uno spirito associativo che va tutelato contro tutte le spinte individualistiche.

Questo è anche lo spirito che ha animato il Comitato Permanente di Consenso per le MNC, e che gli ha permesso di raggiungere risultati impensabili in pochi mesi, rendendolo un importantissimo interlocutore istituzionale.

Se avremo sempre questo spirito, sarà facile far capire ai nostri pazienti che cosa possono trovare nell'Omeopatia. Questa è un'altra priorità assoluta, un'informazione corretta al pubblico, che

altrimenti è portato a credere che l'Omeopatia sia quella cosa che viene illustrata sulle riviste: la dieta omeopatica o la ricettina per il mal di pancia o il mal di gola, il che, tra l'altro, spinge a un'assurda autoprescrizione che può costituire un vero pericolo per la salute pubblica.

Badiamo bene che lo spirito "dilettantistico" non esclude il rigore, anzi, proprio l'entusiasmo e la passione senza altro scopo che la stessa conoscenza della materia costituiscono la migliore molla per una ricerca che deve essere una nostra priorità.

Stiamo studiando il modo per coinvolgere il massimo numero di omeopati in un progetto di ricerca rigoroso: appena avrò proposte precise ve le farò conoscere tramite la mailing list e i circuiti delle Scuole.

A presto, dunque.

Piccole grandi storie di omeopatia

Mario Buttignol
mario.buttignol@tin.it

La «Rivista Omiopatica» di Pompili Cinquant'anni di storia Hahnemanniana in Italia

Il Fondatore

La biografia dei medici omeopati italiani nella Storia della Omeopatia in Italia di Alberto Lodispoto (Ed. Mediterranee-Roma, 1987) riporta e delinea ampiamente il quadro cronologico della vita del dr. Gioacchino Pompili (1810-1902), tuttavia ritengo che valga la pena, data l'importanza del personaggio, integrare gli aspetti meno noti, ma importanti, per completare la conoscenza del fondatore e direttore della gloriosa Rivista Omeopatica. Quanto segue è tutto documentato presso la mia collezione.

Certamente fondamentale fu l'incontro di Pompili col dott. Settimio Centamori, che introdusse l'omeopatia a Roma:

“[...] ed io pure studente di medicina in quel tempo, (1832), m'ebbi la buona ventura di concepire per la nuova dottrina le prime simpatie alla luce dei fatti che il dott. Centamori mi veniva mostrando e per lo stimolo de' suoi ardenti consigli, mentre mi andava spesso ripetendo: bisogna studiare Omiopatia, vedrai, vedrai! [...]”. (Riv. Omio., vol. XXXVIII, p. 100)

L'altro incontro, singolare e significativo, avviene con una personalità dominante in quel tempo a Roma, l'avvocato Francesco Belli (1791-1878), che nel suo studio fornisce i chiarimenti sulla metodologia omeopatica. A queste riunioni giovinili presenziava anche un altro grande personaggio del mondo omeopatico, il dott. Agostino Mattoli:

“[...] Oh! Le dolci consolazioni di quegli anni giovanili, quando col mio fraterno amico il dott. Mattoli ci trovavamo coll'Avvocato Belli a convegno o nel suo gabinetto o al caffè dei Pastini; ed egli c'intratteneva in lunghissimi ragionamenti e ci rafforzava nelle già acquistate convinzioni delle dottrine Hahnemanniane! [...]”. (Riv. Omio., vol. XXIII, p. 287)

Calandoci nei panni di questi incontri, possiamo immaginare le incredibili meraviglie provocate da racconti intrisi di episodi e pieni di enfasi, nell'unico intento di crescere nella fede della Legge dei Simili.

Un episodio chiave nella vita di Pompili, all'inizio della sua pratica di omeopata, può completare questo breve excursus:

“[...] Santa Bartoloni di Giano nel territorio Spoletino (allora non c'erano tante norme sulla tutela della privacy!!!, n.d.r.), povera donna di oltre 60 anni, soffriva da tre mesi di dissenteria, quando per una recrudescenza del male io fui chiamato a visitarla nel settembre 1843. Facevo allora il mio primo tirocinio in omiopatia [...]”. (Riv. Omio. vol. III, p. 46)

Questi fatti, delineano con certezza e precisione l'incontro con l'omeopatia di Gioacchino Pompili che, tuttavia, verrà un po' discusso verso la fine dell'Ottocento dalle forze nuove emergenti, ma la sua vita impone rispetto e la sua logica e la sua fede hanno il calore della verità scritta nelle Leggi e nei Principi dell'Organon di Hahnemann.

La rivista

Il 15 luglio 1855 esce dalla tipografia Bossi & Bassoni di Spoleto il primo numero della Rivista Omeopatica, proposta in un'atmosfera di massimo sviluppo nella nobile Arte medica del XIX sec. a difesa della vera omeopatia insegnata dal dr. S. Hahnemann. Pompili resterà lungamente impegnato in questo intento.

La rivista parte come quindicinale di otto pagine con formato in-4°, successivamente, a metà degli anni Sessanta dell'Ottocento, diventa un mensile di trentadue pagine con formato in-8°. Tale configurazione rimane fino a dicembre del 1900, anno in cui avviene un passaggio di ruolo e di funzioni con il nuovo direttore, il dr. Enrico Perabò di Milano.

Poco dopo, nel 1907, ci sarà la fusione con un'altra rivista, ovvero con le nuove forze emergenti di metodologia omeopatica.

L'ambizione della rivista è stata quella di fornire all'omeopata italiano, ed al grande pubblico, uno strumento di informazione facile, chiaro e possibilmente piacevole. Ho citato il "grande pubblico" intendendo quello raffinato ed esigente, dei conti e nobili del tempo, perché il segreto della longevità del magazine è tutto qui.

Infatti, con una tiratura di circa duecento copie per altrettanti abbonati, cioè i medici omeopati che praticavano allora in Italia, la rivista non poteva sopravvivere se non aumentando il bacino di utenza, ossia la vendita al pubblico composto, come dicevamo, di personaggi con un forte potere d'acquisto.

Tra le prestigiose firme, che contribuiscono al successo ed all'autorevolezza della rivista del primo periodo di pubblicazione, ricordiamo vari nomi entrati nella storia dell'omeopatia italiana: F. Belluomini, L. Bertoldi, G. Bruni, B. Dansi, P. Fioretta, F. Ladelci, A. Mattoli. Soprattutto due protagonisti lasciano un'impronta incisiva con i loro scritti: Paolo Morello di Palermo con i suoi dibattiti su vari aspetti della dottrina omeopatica, a volte anche molto aspri, innescati probabilmente dallo scarso impegno dei colleghi nell'acquistare i suoi libri pubblicati, e Paolo Brentano di Milano, figura purtroppo scomparsa prematuramente, in cui Pompili aveva posto speranza per un eventuale passaggio nella direzione del giornale.

Dopo gli anni sessanta, periodo che fra l'altro coincide con l'Unità d'Italia, Pompili dà alla rivista un'impronta ed un vigore tutti nuovi traducendo importanti lavori da riviste francesi, tedesche e soprattutto americane. Ricordiamo, in particolare, alcuni nomi noti: l'inglese G. H. Clarke di Londra, che scriveva per *Homoeopathic World*; gli americani H. N. Guernsey di Filadelfia e C. Dunham, che pubblicavano rispettivamente nell'*Hahnemannian Monthly* e nel *The United States Medical and Surgical Journal*; A. Lippe e T. F. Allen, Autori importanti che dimostrano la dedizione del direttore nella scelta diligente dei lavori in grado di arricchire, più che le finanze, il profilo intellettuale della rivista.

Grazie a Pompili, gli omeopati italiani hanno per la prima volta potuto conoscere, dal 1884, molti lavori di J.T. Kent, che in una lettera di ringraziamento gli scrive:

"[...] Da lungo tempo desidero conoscervi meglio, ma specialmente ora che ho saputo che voi mi avete così altamente onorato, traducendo tante delle mie lezioni e riproducendole nella Rivista. Il mio carissimo amico dott. Lee, editore dell'*Homeopathic Physician*, mi ha mandato il numero di Giugno della vostra Rivista con l'indice contrassegnato, per mostrarmi che voi avete considerato le mie lezioni degne di essere tradotte. Giacché siete stato così buono, vi offro una nota clinica, un caso guarito con una dose di uno dei medicamenti che avete tradotto. Conosco che avete poco spazio e perciò non vi mando che un caso. È un caso modello e tale che credo attrarrà l'attenzione [...]". (Riv. Omio., vol. XXXIII, p.97)

In questo percorso durato 50 anni, la rivista ha avuto soprattutto una funzione didattica, indicando agli omeopati italiani ciò in cui dovevano credere: l'omeopatia codificata da S. Hahnemann. Inoltre, permette di viaggiare indietro nel tempo e di entrare in contatto con eventi ormai lontani: gli episodi fondamentali dello sviluppo dell'omeopatia italiana e mondiale, soprattutto quella americana, della seconda metà dell'Ottocento.

Credo di cogliere il pensiero-testamento del fondatore, quando nell'introduzione al XXXIII° anno di vita della rivista così scrive:

"Attraverso la noncuranza dei ciechi allopatrici e la guerra sorda degli pseudo-omiopatici prosegue la nostra Rivista nel suo modesto cammino. Modesto ma utile, speriamo; se è vero che il progresso di una scienza sta nella divulgazione ed accettazione delle sue più vere e feconde dottrine.

Fu nostro pensiero fin da quando primamente intendemmo a questa pubblicazione di esporre e difendere in essa la vera Omiopatia, di tenerci aderenti agl'insegnamenti di Hahnemann, nei quali è scolpita tutta intera, di rappresentarli genuinamente e di promuoverne la diffusione [...] avevamo in animo soprattutto lo scopo di presentare l'Omiopatia, ignorata e vilipesa dai nemici, trascurata quando non malmenata dai falsi amici, nel suo vero aspetto e di farne apprezzare l'alto valore scientifico [...] in questi sono riposte in gran parte le sorti future dell'Omiopatia, sia in Italia che altrove. E di essi auguriamo che cresca [...] purché si ispirino nei volumi di Hahnemann [...]. Dott. G. Pompili”.

Comitato di consenso

A cura di Paolo Roberti
p.roberti@fastwebnet.it

Comitato permanente di consenso e coordinamento per le medicine non convenzionali in Italia

Comunicato stampa sull'audizione col Comitato Nazionale per la Bioetica

La prima audizione degli esperti in MnC al CNB.

In data 18.6.2004 il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), riunito in sessione plenaria, per la prima volta ha ricevuto in audizione a Roma, presso Sala Riunioni del Dipartimento Affari Regionali a Palazzo Chigi, i rappresentanti del Comitato Permanente di Consenso e Coordinamento per le Medicine Non Convenzionali in Italia.

Il CNB aveva promulgato nell'aprile scorso una mozione fortemente critica nei confronti della proposta di legge sulle «medicine e pratiche non convenzionali» nel testo unificato elaborato dalla Commissione XII Affari Sociali della Camera documento. Il Comitato per le MnC aveva risposto pubblicamente con un proprio documento (consultabile al sito www.fondazionericci/comitato) e per il suo ruolo e responsabilità di maggiore rappresentatività e autorevolezza nel campo delle Medicine Non Convenzionali in Italia aveva richiesto un confronto con il CNB, successivamente concesso e concordato nelle modalità di svolgimento. Il Comitato per le MnC era rappresentato dal Coordinatore dott. Paolo Roberti, dal dott. A. Valeri, responsabile del dipartimento di ricerca clinica della Società Italiana di Omeopatia, SIMO; dott. C. M. Giovanardi Presidente della Federazione Italiana delle Società di Agopuntura, FISA; dott. G.C. Buccheri, Presidente del Gruppo Medico Antroposofico Italiano, GMAI; dott. F. Firenzuoli, Presidente dell'Associazione Nazionale Medici Fitoterapeuti, ANMFIT e responsabile del Centro di Riferimento per la Fitoterapia della Regione Toscana; dott. E. Rossi responsabile del Centro di riferimento per l'Omeopatia della Regione Toscana.

All'audizione erano presenti anche i presidenti e rappresentanti delle società scientifiche di medicina interna, farmacologia e patologia generale. Nel corso dell'audizione sono state ascoltate le relazioni a cui hanno fatto da contrappunto le controrelazioni e interventi degli esponenti del CNB.

Le relazioni degli esperti di MnC hanno innanzitutto chiarito come il termine di pluralismo scientifico utilizzato nel testo di legge e tanto criticato dal CNB, vada inteso come pluralismo di approccio e pluralismo delle idee nella scienza, e non come rifiuto del metodo scientifico.

Le MnC accettano di confrontarsi sul terreno dell'efficacia delle terapie non convenzionali sulla base dell'evidenza scientifica ed esistono ormai numerosi studi clinici, pubblicati su riviste mediche internazionali prestigiose che dimostrano l'efficacia delle principali MnC in molte patologie. È stata poi ribadita la necessità che il Parlamento approvi rapidamente una legge che regolamenti le

medicines non convenzionali, così come richiedono anche il Parlamento Europeo e l'Organizzazione Mondiale della Sanità, e a fronte di un'enorme crescita del loro utilizzo da parte di milioni di pazienti e del conseguente moltiplicarsi delle iniziative legislative a livello regionale, è stato richiesto che il CNB si associ a questa richiesta. Al centro dell'attenzione infatti è l'interesse primario della sicurezza del paziente, rispetto ai problemi di farmacovigilanza, della formazione degli operatori, della garanzia di ricevere trattamenti appropriati nel pieno rispetto della libertà di scelta terapeutica, così come sancito dall'Art. 32 della Costituzione. Una moderna deontologia professionale, se vuole essere indirizzata al raggiungimento di un soddisfacente rapporto medico-paziente, deve passare da una rinnovata sapienza dell'ascolto a una rinnovata sapienza del comprendere, di praticare la medicina non convenzionale a fianco e a complemento della medicina accademica in un percorso terapeutico che intende definirsi di Medicina Integrata. Dalla visione empatica dei bisogni del paziente, caratteristica delle medicine complementari, può nascere la volontà di superare quell'insieme di dolore e di disagio che accompagna l'esperienza della malattia e che gli rende spesso impossibile aprirsi ad altre esperienze di vita. Nel dibattito che ne è seguito sono emerse posizioni contrapposte, alcune fortemente critiche nei confronti del contenuto delle MnC considerate non scientifiche, posizioni che rispettiamo e con cui desideriamo confrontarci ma che consideriamo in buona parte caratterizzate da una pregiudiziale ostilità.

Sono emerse in molti interventi posizioni di apprezzamento e di riconoscimento della serietà del lavoro fin qui svolto dalle associazioni di MnC.

Questo primo positivo risultato dell'incontro è dovuto al fatto che per la prima volta si è data la possibilità di dimostrare la serietà del lavoro svolto dalle associazioni di riferimento delle MnC rappresentate dal Comitato di Consenso. È stato richiesto da più interventi la disponibilità a nuovi incontri e a una maggiore interlocuzione di questo settore con il CNB al fine di approfondire le varie questioni, che sono di sicura rilevanza etica e professionale e il coordinatore ha dichiarato la piena disponibilità del Comitato di Coordinamento a concordare una successiva audizione. L'audizione sulle MNC che ha avuto luogo venerdì u.s. è un evento estremamente importante e, per certi aspetti, storico e il Comitato di Coordinamento auspica che si realizzi per il futuro una continuità di rapporto con il CNB al fine di lavorare congiuntamente, nel pieno e reciproco rispetto delle proprie specificità, con la comune aspirazione di allargare gli orizzonti della medicina per il benessere psicofisico del paziente nella sua totalità e integrità.

Comitato Permanente di Consenso e Coordinamento per le Medicine Non Convenzionali in Italia

www.fondazionericci.it/comitato

Il Comitato è stato costituito venerdì 5 dicembre 2003 a Bologna tra i firmatari del Documento di Consenso sulle MNC sottoscritto alla Conferenza di Consenso sulle MNC tenutasi a Bologna il 20 ottobre nell'ambito del 43° Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria.

Successivamente altre associazioni hanno sottoscritto il Documento di Consenso e hanno aderito al Comitato.

Il Comitato nasce con lo scopo di concretizzare con tutte le iniziative del caso quanto sottoscritto col Documento di Consenso e di sensibilizzare l'opinione pubblica sulle MNC e di costituirsi come l'interlocutore più autorevole e rappresentativo delle MNC di area medica nei confronti delle Istituzioni, grazie anche alla presenza delle associazioni di pazienti delle medicine non convenzionali.

- 1) Ambulatorio di Omeopatia, Ospedale Campo di Marte, ASL 2, Lucca, Centro di riferimento per l'Omeopatia della Regione Toscana – Direttore Dott. Elio Rossi
- 2) Anthropos & Iatria, Associazione Scientifica Internazionale per la Ricerca, lo Studio e lo Sviluppo delle Medicine Antropologiche e Accademia Europea per le Discipline di Frontiera, Genova – Presidente Prof. Paolo Aldo Rossi

- 3) Associazione Atah Ayurveda, Bologna Presidente Dott. Guido Sartori
- 4) Associazione Italiana di Omeopatia di Risonanza, AIOR, Piacenza – Presidente Dott. Michael Kofler
- 5) Associazione Italiana Pazienti della Medicina Antroposofica, AIPMA, Torino
Presidente Adelina Ansante
- 6) Associazione Medica Italiana di Omotossicologia, AIOT, Milano – Presidente Dott. Ivo Bianchi
- 7) Associazione Medicine Non Convenzionali in Odontoiatria, AMNCO, Roma – Presidente Dott. Salvatore Bardaro
- 8) Associazione “Lycopodium Homeopathia Europea”- Scuola di Omeopatia Classica «Mario Garlasco», Firenze – Presidente Dott. Carlo Cenerelli
- 9) Associazione Nazionale Medici Fitoterapeuti, ANMFIT, Empoli – Presidente Dott. Fabio Firenzuoli
- 10) Associazione Pazienti Omeopatici, APO, Napoli – Presidente Vega Palombi Martorano
- 11) Associazione di Ricerche e Studi per la Medicina Antroposofica, ARESMA, Milano –
Presidente Dott. Angelo Franzini
- 12) Centro Clinico di Medicina Naturale, Ospedale S. Giuseppe, ASL 11 Empoli, Centro di
riferimento per la Fitoterapia della Regione Toscana – Direttore Dott. Fabio Firenzuoli
- 13) Centro di Medicina Tradizionale Cinese “Fior di Prugna”, ASL 10, Firenze, Centro di
riferimento per le Medicine Non Convenzionali e la Medicina Tradizionale Cinese della Regione
Toscana – Direttore Dott.ssa Sonia Baccetti
- 14) Federazione Italiana delle Associazioni e dei Medici Omeopati, FIAMO, Terni – Presidente
Dott.ssa Antonella Ronchi
- 15) Federazione Italiana delle Società di Agopuntura, FISA, Bologna – Presidente Dott. Carlo
Maria Giovanardi
- 16) Gruppo Medico Antroposofico Italiano, GMAI, Milano – Presidente Dott. Giancarlo Buccheri
- 17) Homoeopathia Europea-Internationalis, HEI, Bruxelles – Presidente Dott. Carlo Cenerelli
- 18) Istituto delle Scienze Bioenergetiche onlus, ISBE, Roma – Presidente Dott.ssa Maria Teresa
Elia
- 19) Istituto di Studi di Medicina Omeopatica, ISMO, Roma – Presidente Prof. Roberto Santini
- 20) Istituto Superiore di Medicina Olistica e di Ecologia, ISMOE, Urbino – Presidente Prof.
Corrado Bornoroni
- 21) Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis, LMHI, Berna – Vice Presidente per l’Italia
Dott. Renzo Galassi
- 22) Nobile Collegio Omeopatico, NCO, Roma – Presidente Dr.ssa Anna Maria Rigacci
- 23) Società Italiana di Ecologia, Psichiatria e Salute Mentale, SIEPSM, Imperia – Presidente Dott.
Giuseppe Spinetti
- 24) Società Italiana di Farmacoterapia Cinese e Tradizionale, SIFCeT, Roma – Presidente Dott.
Giulio Picozzi
- 25) Società Italiana di Floriterapia, SIF, Bologna – Presidente Dott. Ermanno Paoelli
- 26) Società Italiana di Medicina Omeopatica, SIMO, Palermo – Presidente Dott. Ciro D’Arpa
- 27) Società Italiana di Omeopatia e Omotossicologia, SIOOM, Carsoli – Presidente Dott. Luigi
Minonzio
- 28) Società Italiana di Psichiatria Olistica, SIPOI, Bologna – Presidente Dott. Ermanno Paoelli
- 29) Società Scientifica Italiana di Medicina Ayurvedica onlus, SSIMA, Milano – Presidente Dott.
Antonio Morandi
- 30) Unione di Medicina Non Convenzionale Veterinaria, UMNCV, Bologna – Coordinatori Dr.
Francesco Longo, Dr. Antonella Carteri, Dr. Andrea Malgeri
- 31) World Psychiatric Association, Section on «Ecology, Psychiatry and Mental Health», Imperia –
Presidente Dott. Giuseppe Spinetti

Coordinatore
Dott. Paolo Roberti
Via Siepelunga, 36/12 - 40141 Bologna
p.roberti@fastwebnet.it - cell. 3358029638

Attività dal 05.12.03 al 19.06.04:

- 1) Documento sulle deliberazioni della Commissione Nazionale ECM sulle MNC Lettera aperta alla Conferenza Stato-Regioni
- 2) Proposta di mozione per la Conferenza degli Assessori alla Salute e dei Presidenti delle Regioni
- 3) Parere legale sulle deliberazioni della Commissione Nazionale ECM sulle MNC
- 4) Commenti e proposte di emendamenti alla Proposta di Legge «Lucchese» per FNOMCeO
- 5) Ammissione nel Comitato Consultivo Misto dell'AUSL di Bologna
- 6) Incontro con l'on. F. P. Lucchese
- 7) Il Sole24Ore, 18.04.04, articolo
- 8) Fahrenheit, Radio Rai Tre, 21.04.04, dibattito
- 9) Radio Capital, intervista
- 10) Corriere della Sera, 24.04.04, intervista
- 11) SkyTG24, "Mia Economia" 07.05.04, dibattito
- 12) Lettera aperta ai candidati alle prossime elezioni del Parlamento Europeo
- 13) Lettera aperta ai Deputati e Senatori della XIV legislatura del Parlamento Italiano
- 14) Campagna contro l'esclusione delle MNC dalla Formazione Continua in Medicina
- 15) La Radio a Colori, Radio Rai Uno, 24.05.04, dibattito
- 16) Documento sulla mozione del Comitato Nazionale per la Bioetica sulle MNC
- 17) Comunicato stampa sulla sentenza del processo a Piero Angela
- 18) Radio Anch'io, Radio Rai Uno, 26.05.04, dibattito
- 19) Il Sole24Ore Sanità, 15.06.04
- 20) La Repubblica Salute, 17.06.04
- 21) Audizione col Comitato Nazionale per la Bioetica, Roma, 18.06.04
- 22) Convegno sulle MNC, Ordine dei Medici di Forlì-Cesena, Forlì 19.06.04

FIAMO · Consuntivo anno 2003

RIEPILOGO ENTRATE e 104.290,11

Entrate ordinarie

Quote associative ordinarie e 25.899,00
Pubblicità anno 2002 e 7.842,96
Pubblicità anno 2003 e 13.568,21
Interessi attivi su liquidità e 98,52
Subtotale entrate ordinarie e 47.408,69

Liga e 4.789,00
E.C.H. e 1.515,70
Subtotale Liga ed ECH e 6.304,70

Entrate 4° Congresso Nazionale

Quote iscrizione e 13.417,00
Lotti e 14.396,96
Pubblicità
Cena e 3.309,00
Subtotale entrate Congresso e 31.122,96

Totale Progetto Europeo Leonardo e 19.453,76

RIEPILOGO USCITE e 108.326,72

Uscite ordinarie

Spese fotocopie e 537,72
Spese cancelleria e 1.014,70
Spese postali e 4.085,54
Spese telefoniche e 3.246,72
Gestione Server e 652,10
Spese grafica e 2.540,98
Spese tipografia e 11.668,00
Prestazioni da terzi e Co. Co.Co. e 12.442,83
Rimborsi spese e 8.523,49
Varie (abb, corsi ord, Ord. Giorn.) e 101,00
Imposte e tasse e 8.887,88
Spese bancarie e postali e 1.106,85
Subtotale uscite ordinarie e 54.807,81
Liga e 4.789,00
E.C.H. e 1.515,70
Progetto Europeo Leonardo e 18.447,08
Subtotale Liga ed ECH e 24.751,78

Uscite 4° Congresso Nazionale		
Spese cancelleria	e 51,50	
Spese postali	e 27,48	
Spese fotocopie	e 406,91	
Locazione e allestimento sala		e 6.617,35
Spese grafica	e 3.923,60	
Spese tipografia	e 2.626,00	
Prestazioni da terzi	e 535,85	
Rimborsi spese	e 6.679,55	
Varie (all. sala, fiori etc.)	e 248,00	
Spese bancarie	e 6,80	
E.C.M.	e 272,00	
Progetto Europeo Leonardo	e 7.287,57	
Subtotale uscite Congresso	e 28.682,61	
TOTALE PROGETTO EUROPEO LEONARDO		e 25.734,65

RIEPILOGO GENERALE

TOTALE ENTRATE	e 104.290,11
TOTALE USCITE	e 108.326,72
DISAVANZO DELL'ANNO 2003	e 4.036,61
DISPONIBILITÀ AL 1/1/2003	e 19.337,08
AVANZO DELL'ANNO 2003	e 4.036,61
DISPONIBILITÀ AL 31/12/2004	e 15.300,47

Approvato dal Consiglio Direttivo Nazionale nella riunione del 21/02/04

Dibattito

Vincenzo Policreti
policreti@tin.it

Omeopatia, olistismo e psicologia

Se il termine “olistismo” ha un significato, esso deve, per ciò stesso, averlo per quanto concerne non solo l’aspetto medico, ma tutto ciò che riguarda la persona umana; un olistismo parziale infatti sarebbe una contraddizione in termini



Vincenzo Policreti, 67 anni, laureato in giurisprudenza e in psicologia, lavora a Terni dove svolge attività privata di psicoterapeuta.

Ha avuto formazione psicoanalitica ad indirizzo freudiano, ma ha esplorato anche altri campi della psicologia (ipnosi, PNL, cognitivismo applicato ai disturbi dell’alimentazione, terapia strategica).

Pubblicista, è titolare della rubrica «Psicologo» sul mensile «50 & più», nonché della pagina Salus» sul mensile «La Pagina» e della trasmissione TV «Parliamo un po’ di psicologia» su TeleGalileo di Terni.

È stato collaboratore del periodico argentino «Diario de Paraná» ed è corrispondente dall’Italia dell’argentino «Voces»; collaboratore di «Tecniche Mediche Associate» (Ist. Sup. di Medicina Olistica; Università di Urbino), è docente di Psicologia alle scuole medie superiori e insegna in corsi organizzati da Enti di vario tipo.

Questo pensiero mi frullava per il capo qualche anno fa, nel tempo in cui io, psicologo di formazione psicoanalitica classica, che si curava con l’Omeopatia, riflettevo che la psicoanalisi soddisfaceva proprio all’esigenza olistica e che in definitiva gli psicoanalisti erano per la psiche ciò che i medici olisti (in particolare gli omeopati) erano per il soma. I conti tornavano? Fino a un certo punto.

Il concetto di olistismo postulava che non si potesse parlare di una psiche avulsa dal proprio soma; e questo, alla bellezza di mezzo secolo dalle opere di Hans Selye cominciava, sia pure a fatica, ad entrare finalmente anche nella testa di molti medici tradizionalisti. Ma se ciò era vero, doveva essere anche vero che in qualche modo psiche e soma rispondevano a principi analoghi e che, almeno a livello di regole fondamentali, essi dovessero, fatte s’intende le debite differenze, essere curati, se non proprio in modo isomorfo, almeno utilizzando i medesimi assunti di base.

Doveva esservi, in altre parole, un tipo di psicoterapia che rispondesse alle stesse regole e agli stessi principi della terapia omeopatica. Se esisteva, come esisteva, una medicina omeopatica, doveva esistere anche una psicologia omeopatica: una “psicomeopatia”.

Sapevo già che i rimedi omeopatici hanno un'influenza indubbia su alcuni assetti mentali e alcuni disturbi psichici; come sapevo, per esperienza tanto come paziente analitico ai tempi della mia analisi personale, quanto poi come psicoterapeuta ad indirizzo analitico, che il riequilibrare le funzioni psichiche aveva vistose conseguenze sul versante fisico della salute. Tuttavia, almeno rispetto alla psicoanalisi, le analogie si fermavano qui.

Sapevo anche, come ogni buono psicologo sa, che i problemi patologici dell'uomo non derivano dal suo esterno, ma dal suo interno, alludendosi qui alle difese personali, immunitarie o no; che queste difese possono essere, in vari modi, depresse o potenziate; e che quindi in definitiva, l'effetto tanto dei batteri e dei virus sul versante fisico, quanto delle vicissitudini sociali e relazionali su quello psichico, devono fare comunque i conti con le difese della persona.

Ma l'Omeopatia aveva anche un altro, intrigante principio: *Similia similibus curentur*; e di questo invece nelle psicoterapie classiche non sembrava granché esserci traccia. Eppure se il principio era valido per l'Omeopatia, esso doveva per forza di cose – proprio in virtù dell'ottica olistica – avere applicazione anche in psicologia. Ma in che modo?

In psicoanalisi – è vero – si sosteneva che la guarigione (della persona, non del sintomo) avvenisse attraverso la presa di coscienza dello stesso evento traumatico che aveva provocato il blocco neurotico. Ma questo aspetto della dottrina era da tempo stato sostituito da altri: non si trattava più infatti di rivivere un trauma passato (come ancora si fa nel rebirthing e in alcune terapie ipnotiche), ma di prendere coscienza dello stato presente in tutti i suoi aspetti inconsci, il che rendeva assai più sfumata l'analogia. A parte questo poi, io sentivo l'esigenza di potere utilizzare il Simile, non come quadro generale di riferimento, ma proprio come mezzo direttamente terapeutico, analogamente a quanto avviene in omeopatia.

Fu proprio nel periodo in cui riflettevo su queste problematiche, che notai una citazione dell'aforisma latino, prima sfuggitami, rileggendo un'opera divenuta tanto un best seller (che non vuol dir niente) quanto un classico della psicoterapia contemporanea (che vuol dir molto): la *Pragmatica della comunicazione umana*, di Paul Watzlawick & Coll. Gli autori citavano il principio a proposito della follia, sostenendo – sulla base dell'assunto che certi tipi di comunicazione possano far dare di volta al cervello – che per risanare una mente fatta ammalare da un simile tipo di comunicazione non occorre un tipo di comunicazione opposto, bensì lo stesso tipo di comunicazione, usata tuttavia in modo da provocare effetti contrari. In altre parole: se un tipo di comunicazione è in grado di destabilizzare una mente sana, quello stesso tipo di comunicazione sarebbe anche in grado di destabilizzare la destabilizzazione, risanando il cervello; *rectius*: il suo modo di funzionare.

Non mi sfuggì, neppure allora, il fascino dell'affermazione di Watzlawick, che poteva portare la psicoterapia su un piano parallelo a quello dell'Omeopatia; tuttavia mi sembrò che per l'isomorfismo mancasse ancora un elemento di cui all'epoca sopravvalutai l'importanza. Il farmaco omeopatico proviene sì dall'elemento che è quello patogeno del male che intende curare ma, dinamizzazioni a parte, con una diluizione tale da eliminarne l'esistenza da un punto di vista chimico, pur conservandone la *vis sanatrix* omeopatica. Ora, alcuni espedienti psicoterapeutici sembravano già a quel tempo rispondere ad una logica analoga; p. es., la “prescrizione del sintomo”. Tuttavia il simile veniva in questi casi dato senza alcuna cautela che ricordasse in qualche modo la diluizione omeopatica; che sarebbe stato un po' come dare, ad un portatore di patologia *Arsenicum*, una dose non di *Arsenicum* in diluizione, ma di arsenico puro e semplice, con conseguenze non esattamente terapeutiche.

Sfuggiva a me, competente di psicologia, ma non di Omeopatia se non come paziente, che la diluizione con le sue contestuali dinamizzazioni, atteneva al piano tecnico, non a quello teorico – filosofico; in altre parole che essa costituiva non un principio, ma la realizzazione pratica e contingente dello stesso. Il principio era quello di similitudine; che poi per non incappare negli inconvenienti chimici di esso occorressero particolari accorgimenti era, dal punto di vista teorico, secondario. Quando questo mi divenne chiaro, mi si aprì la strada, sulla scorta delle teorizzazioni della scuola di Palo Alto (Watzlawick, Bateson, Jackson & Coll.) e utilizzando la pratica

sistematizzazione delle stesse operata in Italia da Nardone e altrove da altri, di elaborare un tipo di psicoterapia che rispondesse in toto ai principi tanto della psicologia quanto dell'Omeopatia, proprio in omaggio e a verifica del principio olistico; e che, non ultimo, funzionasse con ragionevole sicurezza.

Una psicoterapia così impostata appartiene con certezza al tipo "strategico", di derivazione relazionale. Essa si basa sul principio, comune con l'Omeopatia, che il disturbo non è alcunché di estraneo al soggetto che lo porta, esso non gli "viene". Al contrario, è una produzione della sua psiche; un modo, sia pure disadattivo, di affrontare una difficoltà. Un modo che spesso in effetti si pone come difesa da quella difficoltà, ma in maniera decisamente antieconomica in senso psicologico e quindi relazionale, familiare, spirituale. In altre parole: il portatore del disagio cerca la cosa giusta nel posto sbagliato; talvolta molto sbagliato.

Questo approccio, che toglie drasticamente di mezzo tanto gli psicofarmaci, quanto le psicoterapie avversative, apre la via al ragionamento che sta alla base della scelta terapeutica: se esiste una reazione individuale patologica, è quella stessa reazione che deve essere apertamente riproposta al paziente, come mezzo terapeutico: similia similibus, appunto. Ma per poter fare questo, allo psicologo occorre diagnosticare con esattezza non solo il tipo di disturbo, ma anche il tipo di pensiero che appartiene al paziente e che lo caratterizza come individuo; ed ecco che di nuovo il parallelismo tra l'indagine psicologica e quella omeopatica appare in tutta la sua ovvia inevitabilità. Il simillimum psicologico è personale; esso sarà quindi diverso se il paziente abbia, poniamo, un sistema di percezione, di pensiero e di reazione ossessivo, oppure fobico, oppure magico; e così via. Questo, in quanto quello che può apparire uno stesso sintomo su due soggetti diversi, può assumere caratteristiche del tutto differenti a seconda di come ciascun soggetto, sulla base della propria peculiare personalità, lo percepisce e vi reagisce. È quindi di fondamentale importanza poter centrare il rimedio – che in questo tipo di psicologia prende la forma della prescrizione o della provocazione da parte del terapeuta – che sia l'optimum non in astratto per la patologia, ma in concreto per quel determinato paziente.

C'è poi un altro motivo per il quale uno psicologo, lo voglia o no, ne sia cosciente o no, non può non essere un olista: il cervello umano, oggetto di tutte le psicoterapie di tutti i generi e tipi è, al di là di qualsiasi dubbio, un "sistema" nel senso in cui l'intende la Teoria generale dei sistemi; e anche uno dei più complessi. In esso quindi ogni parte è funzionalmente, oltre che anatomicamente, legata ad ogni altra e con essa interagisce in moltissimi modi, la maggior parte dei quali sotto la soglia della coscienza, molti dei quali ancora sconosciuti. Ecco perché è impossibile per chi si avvalga dello strumento psicologico non essere olista: per quanti sforzi egli possa fare per dedicarsi al più circoscritto dei sintomi, la sua azione si estenderà, per effetto sistemico, ad altri settori della psiche e come effetto non collaterale né tanto meno indesiderato, ma proprio terapeutico.

I due casi clinici che seguono potranno chiarire molto bene ciò che s'è detto.

I caso clinico

Mi telefona da una città lontana una donna che, leggendo un mio articolo in cui dico – attenzione – che la terapia strategica che io pratico sembra produrre effetti magici e fa sembrare un mago chi li produce, prende sul serio le parole "magico" e "mago" e mi espone il suo caso.

Ha 52 anni, mai sposata, infermiera nell'ospedale della sua città. Da anni soffre di un disturbo piuttosto strano: quando cammina la gamba destra le va per conto suo ("smatteggia" dice lei), urta contro la sinistra, la fa inciampare; oppure è il ginocchio che cede facendole perdere l'equilibrio. Tutti i possibili esami che, lavorando in ospedale, ha potuto fare nel modo più esauriente, non hanno dato risultato: non c'è alcunché di men che sano, ginocchio e gambe stanno benissimo. Però non funzionano. Da principio appena appena, un'inciampatina ogni tanto; poi con gli anni sempre di più: negli ultimi mesi ha dovuto interrompere più volte il lavoro, perché non riesce più nemmeno ad uscire di casa, si vergogna, la sua vita sta divenendo insostenibile.

Un fatto organico, magari neurologico, non diagnosticato? No. Perché c'è una circostanza che getta sul disturbo una luce decisamente psicopatologica: la donna può ballare per ore, senza che le gambe la tradiscano mai. Ma appena smette, tutto torna come prima.

Allora la faccio camminare per constatare di persona; ma cammina benissimo e mi dice che neppure se lo fa apposta, la gamba "smatteggia".

Per quanto riguarda poi la sua vita privata, afferma con forza di star bene come sta, che non desidera affatto il matrimonio, che un uomo nella sua vita non le serve. Disprezza infatti il mondo degli uomini dei quali afferma di non sentire affatto la mancanza. Questo sembrerebbe non avere a che fare con il problema lamentato, ma stranamente la paziente lo riferisce nel colloquio e, come vedremo, non senza una ragione.

Dopo averla ascoltata attentamente ed indagato sul suo tipo di sistema percettivo-reattivo, che si conferma essere di tipo magico, le do la seguente prescrizione: tutte le mattine dovrà andare in un luogo disabitato e, per mezz'ora, camminare facendo fare apposta alla gamba tutto ciò che la gamba stessa fa normalmente contro la sua volontà: cedere al ginocchio, inciampare col piede, cambiare direzione, ecc.. Poi entrerà in macchina e per un quarto d'ora si riposerà. Poi farà una passeggiata, ma cantando a voce alta, mentre cammina, l'inno nazionale.

Può (e in questo caso, deve) sembrare un rituale magico. Ha invece un preciso perché: l'inciampare apposta spezza il tentativo di non inciampare – tentativo che perpetua il problema – e rende volontario ciò che sembra essere per sua natura incontrollabile dalla volontà. Quanto all'inno nazionale, si tratta di un ritmo buono per marciare; ma ha una carica simbolica che altri ritmi non hanno e inoltre è ben conosciuto e facile da riprodurre. Il luogo deserto serve ovviamente ad evitare interferenze, ilarità negli astanti, ricoveri alla neuro. Questo, nel primo colloquio; che sarà anche l'ultimo in quanto la signora (rectius: signorina) abita in una città molto lontana dalla mia. Il resto della terapia sarà, come suole anche nelle terapie omeopatiche, telefonico.

Dopo una settimana mi riferisce un netto miglioramento; dopo un paio di settimane e qualche non sostanziale ritocco alle prescrizioni, il miglioramento è decisamente pronunciato e lei ha ripreso ad uscire di casa: resta un po' guardinga, ma Fratelli d'Italia fa il resto, comunque ammette di stare molto meglio. Ma la cosa più interessante è un'altra: dopo circa un mese mi osserva: "Sa dottore, mi sono resa conto che non è mica vero che sto bene senza un uomo: sola, alla mia età, non ci sto bene affatto: se non risolvo questo problema rischio di fallire la mia vita".

Attraverso quali misteriose vie l'aver lavorato similibus sul suo sintomo ha causato, in altra parte del cervello, un mutamento simile? Della sua situazione personale non s'era parlato e io m'ero astenuto dal fare commenti su quanto aveva detto nella prima seduta. L'osservazione della donna apriva la strada a ben altro che non il far funzionare la gamba impertinente richiamandola ai suoi doveri verso la Patria!

Il caso clinico

Il secondo è un caso assai diverso e tutt'altro che divertente, ma è un buon esempio di come si possa, partendo dalla mente e lavorando con il principio di similitudine e, in questo particolare caso, a livello quasi solo sistemico, riannodare con il corpo un filo che rischiava di spezzarsi con effetto tragico.

Vengo contattato da una madre, in stato di estrema angoscia, la quale mi dice che il figlio, alcolista, con l'alcol si sta letteralmente suicidando e, dato che non vuol sentire parlare né di medici né di psicologi e quindi rifiuta di consultarli, mi supplica di andare io al loro domicilio, usando le mie tecniche per persuadere il figlio a farsi ricoverare e curare. Afferma di conoscermi di fama, che io sono la loro ultima speranza e mi chiede reiteratamente di fare "il miracolo". Declino la seconda richiesta per evidenti ragioni di modestia e la prima per altrettanto evidenti ragioni di tecnica psicoterapeutica: se uno psicologo (e non solo) vuol essere sicuro di fallire, non ha altro da fare che andare, non desiderato, a casa del paziente recalcitrante a pregarlo di guarire. Convoco quindi la signora e suo marito in studio, dicendo loro che in un caso tanto delicato occorre essere sicuri di partire col piede giusto per non giocarsi le possibilità di riuscita. Il che poi è verissimo.

Il caso che mi viene riferito è il seguente.

Il loro figliolo è un uomo di 35 anni, ex tossicodipendente, uscito dalla droga (ma evidentemente non dalla dipendenza) tramite una comunità. Circa 10 anni dopo inizia tuttavia progressivamente a bere, procurandosi una gastrite e aggravando le condizioni del fegato, già seriamente compromesso, fino alla necessità di un ricovero urgente, durante il quale viene disintossicato, per poi ricominciare a bere circa 4 mesi dopo. La cosa si ripete più volte divenendo un ciclo, cui i genitori, con molto dolore e preoccupazione, in qualche modo si rassegnano. Ma stavolta lui, che attualmente pesa 120 chili, rifiuta tanto di ricoverarsi, quanto di curarsi a casa. Afferma di non voler continuare a vivere una vita simile e di preferire la morte. Quando gli si ricorda quanto migliorasse dopo i ricoveri, risponde che solo in astinenza stava male e solo se beve sta bene: una situazione senza apparente uscita in cui il soggetto si autodistrugge con coscienza e volontà e, a questo scopo, sembra non avere più alcuna intenzione di collaborare con le terapie proposte dalla famiglia. La quale oltre che da lui stesso, dal padre e dalla madre validi e attivi, è composta da una sorella che vive in un'altra città e da un fratello che vive con loro. Quest'ultimo è stato l'unico confidente del malato, ma ora neppure con lui egli si apre più.

Chiedo quali siano stati i loro provvedimenti per affrontare la situazione. Molte volte i tentativi per risolvere un problema contribuiscono invece a perpetuarlo ed è certamente così anche in questo caso: i provvedimenti presi si basano infatti su pianti della madre, imprecazioni del padre, raccomandazioni e preghiere di tutti. In tavola, da tempo non viene più il vino. Inoltre il soggetto viene controllato a tutte le ore di tutti i giorni, ma dato che ovviamente non lo si può chiudere in casa, esce; torna ubriaco e ne combina di tutti i colori, rimettendo in circolo lacrime, preghiere e moccoli. Da parte sua la sorella telefona 4 o 5 volte al giorno per informarsi del fratello, approfondendosi in ulteriori, ridondanti raccomandazioni. In aggiunta a questa vera e propria kermesse, il medico di famiglia, l'epatologo e il neurologo vanno a domicilio (stante il netto rifiuto del soggetto ad andare da loro) e cercano di persuaderlo a farsi curare. Ovviamente invano. Naturalmente i genitori sono venuti in gran segreto perché "Guai se sapesse che abbiamo consultato uno psicologo! Farebbe sempre peggio".

In casi come questo data l'evidente impossibilità di agire direttamente sul malato è giocoforza, contro i principi generali della terapia che sconsigliano, in genere con ragione, le triangolazioni, lavorare sui componenti la famiglia o almeno su alcuni di loro. Ma occorre girare la strategia di 180 gradi, in quanto il Simile va somministrato sì al paziente, ma chi glielo deve somministrare è la famiglia; il che non è affatto semplice da ottenere. Mi rendo infatti conto che qui la cosa più difficile è persuadere due poveri genitori, quasi impazziti dall'angoscia, a cessare, da un giorno all'altro, i loro pur comprensibili interventi per avversare il grave disturbo. Perciò preparo il terreno dicendo che quando un uomo maggiorenne vuole davvero morire non è facile impedirglielo. Aggiungo che io in realtà avrei una strategia che in altri casi simili ha funzionato, ma che richiede una fatica tremenda per due genitori già tanto provati, sicché non so se saranno in grado di seguirmi. Ovviamente messa in questi termini la cosa non è più mercanteggiabile e infatti i due garantiscono di essere disposti a fare qualsiasi cosa, ma proprio qualsiasi, pur di salvare la vita al loro figliolo. Concludo mettendo in luce la difficoltà del compito, ma affermando che loro sono stati talmente bravi nel gestire una situazione tanto ardua e prolungata, che forse, in effetti, loro sì, potrebbero anche farcela [c.d. Tecnica del doppio legame]. Per ultima, do la prescrizione.

Da questo momento in poi nessuno, per nessun motivo, in nessun modo, dovrà fare riferimento al fatto che esista in famiglia un problema di alcol. Il fratello smetterà di pregare, la sorella di telefonare, la madre di piangere, il padre di arrabbiarsi: ne va della vita del figlio. Nessuno al mondo dovrà più in alcun modo neppure ventilargli l'idea che ci sia alcunché di cui si debba curare. A tavola, tornerà il vino. Se e solo se davanti al repentino cambiamento di clima familiare lui farà qualche domanda, risponderanno di essersi resi conto che un uomo libero ha, tra i suoi diritti, quello di vivere e morire come meglio crede. Dovranno invece dire, senza giri di parole né sotterfugi, di avere consultato uno psicologo. Non per lui, s'intende, ma per loro stessi, che nel momento difficile

in cui un loro figlio si avvia volontariamente verso la morte, sentono il bisogno di qualcuno che li aiuti ad affrontare questa tremenda circostanza senza interferire con la volontà del figliolo.

Enuncio la prescrizione a voce alta e solenne (c.d. Ipnosi senza trance), la ripeto, fisso l'appuntamento successivo e li congedo.

La volta seguente viene solo il padre; riferisce che le prescrizioni sono state eseguite e che il soggetto sembra sconcertato, ma non ha fatto domande. Riconfermo dunque le prescrizioni date.

L'appuntamento successivo viene da loro disdetto tramite segreteria telefonica. Io penso con tristezza che non deve avere funzionato; che non è colpa mia, che ad impossibilia nemo tenetur, che ho fatto quel che potevo e tante altre cose giuste. Però ho la bocca amara, tanto più quando vedo che nei giorni successivi nessuno si fa vivo.

Ho torto: dopo una quindicina di giorni ricevo una telefonata dalla madre, con una voce da non riconoscerla: il figlio ha smesso di bere, ha accettato di farsi curare ed è in terapia medica. Fortuna ha voluto che un medico intelligente, messo al corrente del tipo di psicoterapia impiegata, vi si sia subito uniformato, evitando il ricovero ed effettuando i propri interventi affermando solo di voler correggere non le conseguenze del bere, ma l'eccessivo peso del paziente.

L'applicazione del principio di similitudine unita alla collaborazione tra medico e psicologo, ha riaperto in questo caso la possibilità di vivere ad una persona pericolosamente vicina alla morte. La somministrazione del Simile, vale a dire della patologia stessa che si doveva curare – in questo caso il bere e il non curarsi fino all'exitus – ha portato ad una ristrutturazione percettiva nel paziente che, elicitandone le difese immunitarie, in questo caso psichiche, ha permesso alla parte sana di una persona gravemente ammalata nel corpo e nell'anima, di prendere, ancorché minoritaria, il sopravvento. E un risultato così fondamentale è potuto avvenire, si noti, senza che io lavorassi mai con il malato e senza che neppure sapessi che faccia avesse.

Dell'uomo cui, in quella circostanza, il mio lavoro ha salvato la vita, io non ho mai saputo neppure il nome.

VERBALE DELL'ASSEMBLEA NAZIONALE DEL 19.06.2004

Il giorno diciannove del mese di giugno dell'anno duemilaquattro alle ore 10,30 in Roma presso il Centro Congressi "Auditorium San Domenico" in Via Casilina 235, si riunisce l'Assemblea Nazionale della Federazione con il seguente:

ORDINE DEL GIORNO

- 1) Relazione del Presidente sulle attività della FIAMO.
- 2) Relazione del Tesoriere e ratifica del bilancio consuntivo 2003.
- 3) Elezione nuovo consigliere.
- 4) Modifiche allo Statuto.
- 5) Elezione del Collegio dei Revisori dei Conti.
- 6) Prospettive e programmi operativi della Federazione.
- 7) Relazione dei Dipartimenti e Comitati Operativi.
- 8) Relazioni delle Sezioni Regionali.
- 8) Altre ed eventuali.

Delegati all'Assemblea presenti:

Carmine Lo Schiavo, Giuseppe Fagone, Maria Rita Gualea, Gennaro Muscari Tomaioli, Antonio Abbate, Barbara Rigamonti, Francesco Marino, Angelo Lo Faro, Marisa Santoianni

Delegati all'Assemblea rappresentati:

Sergio Sportiello (del. Santoianni), Tiziana Frongia (del. Marino), Massimo Mangialavori (del. Lo Schiavo), Giovanna Maria Vivani (del. Rigamonti), Salvatore Piraneo (del. Fagone), Alessandro Targhetta (del. Gualea), Maurizio Cannarozzo (del. Abbate).

Membri del Consiglio Direttivo presenti:

Antonella Ronchi, Presidente; Gennaro Muscari Tomaioli, Vicepresidente; Carmine Lo Schiavo, Tesoriere; Antonio Abbate, Segretario; Roberto Petrucci, Consigliere

Assente giustificato: Maurizio Cannarozzo, Consigliere.

SVOLGIMENTO E DELIBERE:

1) Antonella Ronchi

Relazione del Presidente

Cari Colleghi, la FIAMO è sempre di più associazione importante ed autorevole, radicata in tutto il territorio nazionale con le sezioni regionali e con le scuole, interlocutore obbligato per chi si occupi di MNC. La sua identità si è andata precisando nel corso degli anni e attualmente, nel panorama "omeopatico" italiano rappresenta una buona parte dell'omeopatia classica. Questo è evidente anche analizzando le Scuole che fanno parte del Dipartimento Formazione, in cui confluiscono molte scuole con una tradizione consolidata negli anni. La FIAMO continua anche in questo ambito ad adoperarsi per la salvaguardia dell'identità della medicina omeopatica, minacciata sempre più dalla pratica della prescrizione allopatizzata, spacciata per una versione più moderna dell'omeopatia. La situazione legislativa e dei rapporti con le istituzioni è in continua evoluzione. Sul fronte ECM purtroppo per il momento non ci sono novità positive, anzi addirittura sembra che il Ministero intenda impedire ogni accreditamento agli eventi che riguardano le MNC. Stiamo muovendoci al riguardo come Comitato di Consenso per esprimere una voce più rappresentativa. Per la legge Lucchese sulle medicine e pratiche non convenzionali, il cui iter alla Camera sta procedendo, si pongono adesso molti ostacoli, soprattutto per la recente critica, molto dura, espressa dalla FNOMCeO sul testo di legge. La posizione della FIAMO al riguardo è sempre stata di considerare di primaria importanza la tutela della salute dei cittadini, che la legge si propone di garantire. La Federazione ha sempre apprezzato il ruolo che la legge assegna alle Società Scientifiche e alle Associazioni dei medici esperti nelle singole MNC. Inoltre ha sempre sostenuto che i parametri formativi previsti nel testo Lucchese, che corrispondono a quanto previsto dal nostro Dipartimento Scuole, costituiscono una garanzia di qualità e un riconoscimento della dignità scientifica della MNC, equiparandole di fatto a una specializzazione medica. Un accenno al

processo civile contro Piero Angela. La sentenza, che assolve il giornalista nella causa civile intentata dalla FIAMO, gli riconosce di aver esercitato un legittimo diritto di critica. Si tratta di una sentenza che risente fortemente della posizione dominante, in campo scientifico, della medicina accademica. Per quanto riguarda la presa di posizione del Comitato di Bioetica nei confronti delle MNC, che esprimendo la sua valutazione sul disegno di legge Lucchese, definisce “discutibile” il principio, sancito nel testo di legge in esame, del pluralismo scientifico, chiedendo tra l’altro che non si apra l’Università all’insegnamento di medicine quali l’omeopatia. Senza volersi soffermare sull’opportunità di una simile valutazione in quella sede, lascia veramente sconcertati la violenza e il dogmatismo di una simile affermazione. Questa è la risposta che viene data alla richiesta, da parte della Società, di una nuova cultura della cura, in cui i mezzi tecnologici non siano l’unico parametro riconosciuto. Milioni di cittadini, con la scelta di rivolgersi alle medicine non convenzionali, stanno affermando a gran voce che vogliono essere considerati dai loro medici, non solo un insieme di molecole e di reazioni biochimiche, ma anche e soprattutto delle persone. Dicono di volere che i medici che li prendono in cura studino nelle loro facoltà anche delle discipline che mettano l’uomo nella sua totalità al centro della visione medica, e ricordano a chi li cura che esistono anche le scienze umane, e che queste devono far parte del bagaglio dei loro medici. Fanno capire che diffidano di una scienza che, tanto per fare un esempio, per anni li fa sentire in colpa se rifiutano le terapie sostitutive della menopausa, quasi fossero persone irresponsabili alla ricerca di guai, per poi dire loro ” scusate, ci siamo sbagliati, sapete, la scienza procede così, per errori, in effetti adesso ci siamo accorti che queste terapie aggravano tutti i problemi per cui volevamo somministrarvele”. I cittadini chiedono che si torni a considerare il fattore umano in medicina, senza atteggiamenti arroganti e violenti. I cittadini rivolgendosi alle medicine non convenzionali rifiutano lo spacciare per scientifico quello che è manipolato e condizionato da interessi economici, chiedono che i criteri di scelta nelle politiche sanitarie siano trasparenti. E comunque, molto semplicemente, con la forza dei numeri, essi danno alle medicine non convenzionali un peso che ha il valore di un grande studio clinico. Per quanto riguarda il giro di vite sulle Società Scientifiche, un recente decreto da parte del Ministero della Salute ha posto una serie di norme affinché le associazioni mediche si possano definire Società scientifiche e Associazioni tecnico-scientifiche dell’area sanitaria. Quelle già esistenti, devono chiedere il riconoscimento entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del decreto. Per quanto ci riguarda, la FIAMO, è stata accolta la nostra domanda di entrare a fare parte del novero delle Società scientifiche da parte della FISM. Per quanto riguarda l’accreditamento dei provider presso il Ministero della Salute, sono stati richiesti da parte del ministero una serie di parametri per poter continuare ad essere provider. I requisiti principali sono i seguenti:

- rilevanza di carattere nazionale
- presenza in 12 regioni
- rappresentazione del 30 % della categoria
- ISO certificazione

Il comitato consenso sta diventando un interlocutore valido con il mondo accademico e con le istituzioni. La FIAMO vi partecipa attivamente con le sue proposte. CISDO E SIOMI sono usciti dal Comitato. Il Comitato, come unico interlocutore, è stato convocato dal Comitato di Bioetica ed è stato un incontro molto produttivo. Le posizioni tra la FIAMO, espressione del mondo omeopatico indipendente, e la SIOMI si stanno purtroppo allontanando. Ad esempio ci sono contenuti non condivisibili nel documento della SIOMI sulla figura del medico omeopata laddove si dice che l’omeopatia si può fare solo per specialità. Per quanto riguarda la ridefinizione dei compiti dei Colleghi che lavorano nell’ambito della FIAMO, Paolo Cardigno si è reso disponibile per la ricerca clinica. Pietro Gulia è diventato il responsabile dei proving della FIAMO.

2) Carmine Lo Schiavo

Come di consueto, ormai da quattro anni, spetta a me, come Tesoriere, illustrare e commentare il Bilancio Consuntivo per l’anno trascorso.

Osservando la Gestione Amministrativa della F.I.A.M.O. nel 2003, si può constatare che il Bilancio è senza utile, anzi, ad essere precisi, abbiamo un disavanzo di Euro 4.036,61, che sommato alla disponibilità al 1/1/2003 di Euro 19.337,08 da una disponibilità al 31 dicembre dello stesso anno di Euro 15.300,47.

In definitiva nel Bilancio Annuale del 2003, le uscite risultano superiori alle entrate. Ricordiamo che la disponibilità al 01/01/2004, pari a Euro 15.300,47. Ricordiamo che la nostra Federazione in questi ultimi anni è cresciuta a tutti i livelli, grazie al concorso di tutti, ma in particolare per l'intelligenza, l'impegno e l'abnegazione al lavoro della nostra amatissima Presidente, per cui alcune voci di spesa risultano sì aumentate, ma hanno dato e danno alla F.I.A.M.O. una maggiore rappresentatività, così pure per aver definito nuove figure professionali, essa deve assicurare nuovi corrispettivi e quindi "maggiori uscite".

Dopo gli interventi che seguiranno, chiedo gentilmente all'Assemblea di voler votare l'approvazione del Bilancio per l'Anno 2003, come hanno già fatto il Consiglio Direttivo e il Consiglio dei Revisori dei Conti.

Il bilancio viene approvato all'unanimità.

3) Elezione del nuovo consigliere in sostituzione del consigliere dimissionario. In seguito alle dimissioni di Maurizio Testadura si passa alle votazioni del nuovo consigliere. Si presenta candidata Carla De Benedictis. Votazioni per scrutinio segreto: si vota all'unanimità a favore di Carla De Benedictis.

4) Vengono discusse e approvate, secondo le modalità proprie dell'Assemblea straordinaria indetta a tal fine, le modifiche allo Statuto proposte da Antonella Ronchi. Il testo del nuovo Statuto sarà pubblicato sul sito web della federazione ed inviato a tutte le Sezioni regionali

6) Marisa Santoianni

Pone in evidenza le difficoltà che incontra la medicina omeopatica ad essere accettata, la carenza di studi ed evidenze scientifiche e sottolinea i consensi sempre minori che la medicina ufficiale per il sistema della sperimentazione sugli animali che ritiene essere una pratica barbara, inutile e non veritiera circa l'efficacia dei farmaci sull'uomo. Inoltre pone attenzione sugli effetti dell'elettromagnetismo, un importante problema di inquinamento ambientale, visto anche che la legislazione ha ampliato le possibilità di installazione dei ripetitori ddi segnale, consentendone l'installazione anche sugli edifici ministeriali.

7-8) Francesco Marino

Riferisce all'Assemblea le ultime posizioni assunte dall'OMS nei confronti delle MNC e in particolare per l'omeopatia. Si sta studiando un documento con il contributo oltre che della FIAMO anche di altre Associazioni, tra cui l' ECH, nella figura di Ton Nicolai.

Barbara Rigamonti

Porta a conoscenza dell'Assemblea che il Comitato veterinario della FIAMO è stato trasformato in un Dipartimento per la Medicina veterinaria. Il Dipartimento sarà articolato in vari compartimenti: rapporti con le istituzioni e scuole: coordinatrice Barbara Rigamonti; delegato per il centro: Roberto Orsi; delegata per il sud: Elisabetta Carboni. Censimento attività cliniche: coord. Mauro Dodesini; Ricerca scientifica: coord. Carla De benedictis; Rapp. Con gli utienti e i media: coord. David Bettio. Inoltre pone all'attenzione dell'Assemblea due importanti considerazioni. Sono avvenute nel campo veterinario delle importanti trasformazioni. La Federazione dei Veterinari, la FNOVI, ha prodotto un comitato per le MNC, ma si è vista l'ignoranza delle istituzioni nei confronti dell'omeopatia. Gli ordini provinciali hanno ricevuto le linee guida del Comitato veterinario. Su iniziativa FIAMO è stata creata una struttura contenitrice e 15 istituzioni più altre due hanno chiesto di entrarvi. Un problema importante che è stato discusso è il problema dei residui chimici nelle carni di animali trattati omeopaticamente (Carla De Benedictis). Si sta pensando di avviare un censimento dei veterinari omeopati e uno studio delle patologie curate omeopaticamente.

Roberto Petrucci

Il Direttore del Dipartimento delle Scuole, nella sua relazione lamenta la carenza di partecipazione alle attività del Dipartimento da parte delle Scuole che vi aderiscono. Inoltre denuncia la scarsa

sensibilità dei Direttori delle Scuole al progetto culturale e alle attività del Dipartimento e una cronica morosità da parte delle Scuole che non versano i contributi dovuti, come da regolamento. Inoltre egli porta l'esperienza della Scuola di Milano nella quale è in corso una riorganizzazione della didattica, come preannunciato per e-mail nel circuito-scuole. La riorganizzazione dell'insegnamento della materia medica verrà attuata con la suddivisione dei rimedi per famiglie dando informazioni su un maggior numero di rimedi. L'aspetto che maggiormente riguarda il Dipartimento, consiste nella modifica degli esami, rinunciando all'esame di fine anno e inserendo esami intermedi durante l'anno scolastico, dando quindi una struttura tipo Università. Nei tre anni gli studenti dovranno sostenere 13 esami, suddivisi in tre esami al 1°, cinque al 2° e cinque al 3° anno. È inoltre previsto un esame finale, al terzo anno, come concordato con il Dipartimento, con la discussione dei casi clinici e la tesi. Con questa nuova struttura cade, la necessità dell'obbligo di frequenza per l'80% delle lezioni, in quanto gli studenti dovranno dimostrare più volte nel corso dell'anno di aver recepito gli insegnamenti e di aver studiato a sufficienza. Inoltre conteggiare l'80% per ogni materia diventa molto complesso.

Antonio Abbate

Il Segretario FIAMO riferisce dell'attività svolta nel corso della campagna elettorale in occasione delle Elezioni europee.

Sono stati contattati ed è stata spedita una lettera della FIAMO a quasi tutti i candidati. Si è trattato di una petizione da parte dei circa 500 omeopati iscritti alla FIAMO che chiedevano a ciascun personaggio politico di esprimere la personale in merito ai diritti di 10 milioni di cittadini che si curano con le medicine Non Convenzionali. In Italia, ma anche in Europa seppur più limitatamente, è in atto una discriminazione nei confronti dei cittadini che si curano con l'Omeopatia. In Italia, c'è stata l'esclusione delle Medicine Non Convenzionali dal Piano Sanitario Nazionale, gli omeopati sono esclusi dai fondi per la ricerca scientifica e dall'aggiornamento (formazione Continua in Medicina ECM) e recentemente anche la Commissione Nazionale di Bioetica ha espresso parere contrario alle Medicine Non Convenzionali.

Ciò significa il mancato rispetto dell'Articolo 32 della Costituzione, che riconosce il principio del pluralismo scientifico come fattore essenziale per il progresso della scienza e dell'arte medica e sancisce la libertà di cura, ossia il diritto sacrosanto dei cittadini di avvalersi delle medicine e delle pratiche non convenzionali.

È stato chiesto a ciascun candidato di esprimere il suo parere sulle Medicine Non Convenzionali, e l'Omeopatia in particolare, pubblicamente tramite un comunicato stampa in risposta all'appello della F.I.A.M.O. in modo che gli omeopati potessero tenerne conto. L'iniziativa ha avuto un grande successo. Sono arrivati un gran numero di risposte. Si è scoperto che ci sono molti politici che si curano con l'omeopatia oppure che ne sono molto favorevoli, per esperienze in famiglia o tramite conoscenze. Passate le ferie estive, si avvieranno dei contatti formali con i diversi gruppi politici e quei candidati che si sono resi disponibili a sostenere le iniziative della FIAMO. Per ultimo ha esposto un'iniziativa che sta prendendo corpo e che sarà sviluppata il prossimo autunno. Un'indagine sui costi della terapia omeopatica contro quella allopatrica per quanto riguarda due patologie molto diffuse, l'asma bronchiale e la rinite allergica. Sarà fatto un confronto e verranno diffusi i dati tramite conferenze stampa sulla economicità del trattamento omeopatico. Alle ore 16.15 non essendoci altri argomenti di cui discutere si decide per la chiusura dell'Assemblea.

il segretario Antonio Abbate

il presidente Antonella Ronchi

Intervista

Mauro Dodesini
mauro.dodesini@libero.it

Le fistole sono la bocca della psora!

Intervista a Roberto Orsi

Roberto Orsi è un volto noto. Lo si incontra spesso ai Congressi e ai Seminari di Omeopatia in Italia e all'estero: longilineo d'aspetto, elegante nell'incedere, lo sguardo dolce ed acuto lascia trasparire una sensibilità e una modestia che ispirano una naturale simpatia.

La parlata toscana e la battuta pungente, ma mai offensiva, ne fanno il compagno ideale in questi simposi dove la carenza di autoironia dei relatori deve appoggiarsi ad uno spirito libero e un pò scanzonato di chi vi partecipa. L'immagine non deve confondere. Il personaggio ha dimostrato con i fatti e i risultati ottenuti una forza di volontà e una determinazione che non ha uguali nel mondo omeopatico veterinario: è il principale rappresentante dell'Omeopatia e delle MNC in genere nei rapporti con le Istituzioni Veterinarie. Ha fondato e imposto con una battaglia legale sostenuta a proprie spese la Simnvenco, Società che raggruppa le MNC nella principale Associazione Veterinaria Italiana la SCIVAC, 7.000 iscritti. Nella principale associazione veterinaria francese non esiste una sezione analoga! È stato nominato come rappresentante delle MNC nella Commissione della FNOVI per il riconoscimento di queste in ambito veterinario. È stato relatore il 2 Luglio 2004 in una giornata indetta dall'ANVI per trattare delle MNC, moderatrice una giornalista del Corriere della Sera, presenti i vertici delle principali Associazioni Veterinarie, comprese la FNOVI e l'On. Lucchese. Siamo ad un passo dalla dichiarazione da parte della FNOVI di Omeopatia come "atto Medico Veterinario", se ciò accadrà lo si dovrà alla caparbità e all'ostinazione dimostrata da Roberto Orsi.



Diversi quotidiani e giornali a tiratura nazionale scrivono che l'uso di rimedi omeopatici nella pratica clinica quotidiana dei veterinari si sta diffondendo a macchia d'olio, risulta anche a te?

Certo, in questi ultimi 15 anni il numero di veterinari che impiegano l'Omeopatia (ed in genere le altre MNC, come Agopuntura, Omotossicologia ecc.) è cresciuto molto. Da un gruppetto di coraggiosi "esploratori" (e voglio qui citare Franco Del Francia che è stato il maestro di tutti noi omeopati) sono state tracciate delle vie che adesso sono percorse da tanti colleghi. E su queste vie adesso c'è chi ci va in carrozza, chi su un somaro e chi...col bulldozer!

Quanti possono essere oggi in Italia i Veterinari abbastanza preparati da potersi definire esperti in Omeopatia ?

Che io sappia non ci sono statistiche o censimenti, certo di colleghi che hanno frequentato scuole valide ce ne sono stati in questi ultimi 15 anni... a occhio e croce da 500 a 600. Chiaro però che aver conseguito il diploma presso una scuola valida non conferisce il titolo di “esperto” né de lege (e speriamo che la PDL Lucchese porti chiarezza una volta approvata) né de facto (sappiamo tutti quali sono le difficoltà dell’Omeopatia, il tempo che dobbiamo dedicarle per studiarla per poterla praticare in maniera sufficientemente corretta ecc.ecc). E poi comunque c’è un numero imprecisato di colleghi che dopo aver fatto un qualche corso di 4 o 5 fine settimana si autodefiniscono “esperti”, e un numero altrettanto imprecisato di colleghi che tengono Arnica nascosta in fondo a un cassetto e l’adoperano in gran segreto perché hanno saputo per sentito dire che “funziona bene”...

Sappiamo in linea di massima chi possono essere i referenti nei due settori principali : animali da compagnia e animali da reddito?

Sicuramente ci sono dei colleghi che hanno acquisito una notevole esperienza in questi due settori, anzi direi un livello di eccellenza. Ma non mi chiedere una lista, non vorrei dimenticarmi di qualcuno, la maggior parte sono poi cari amici! Sentirli parlare in occasioni di congressi o incontri è sempre estremamente stimolante e mi lasciano a bocca aperta...ma come fanno ad ottenere quei risultati? E tuttavia devo dire che spesso anche dei “principianti” riescono ad avere dei risultati terapeutici pazzeschi: basta che siano rispettate le “regole” dell’omeopatia e voilà ... ecco il piccolo “miracolo”!

Sei stato per diversi anni Docente della Scuola di Cortona, mentre oggi lo sei presso l’AIMOV. Quali sono le Scuole Veterinarie di riferimento, non esclusivamente aderenti alla FIAMO, per quelli che volessero prepararsi attraverso uno studio serio dell’Omeopatia?

Attualmente collaboro come docente esterno con la scuola dell’AIMOV, che è affiliata alla LUIMO; motivi di lavoro e familiari mi trattengono dall’impegnarmi nell’attività didattica se non per pochi giorni all’anno. Questa Scuola svolge un programma di tutto rispetto, e sinceramente direi sovrapponibile a quello delle scuole FIAMO... penso che le differenze siano a monte, fra le diverse impostazioni di queste istituzioni (che poi tanto diverse non sono...), non a valle nei risultati o nella preparazione finale. In ogni caso una scuola con un’esperienza consolidata nel tempo rappresenta una garanzia, così come programmi e docenti adeguati. Docenti che però devono essere veterinari!

Che prospettive di lavoro possono avere una volta diplomati?

Di sicuro si ritrovano ad avere una potenzialità terapeutica enorme, che se ben gestita può dare soddisfazioni cliniche in tutti i settori, ma comunque devo dire che non c’è al momento attuale un “boom” dell’ Omeopatia in Veterinaria, una discreta richiesta però sì. L’unica eccezione è nel settore della zootecnia biologica, dove per legge viene data la preferenza a terapie omeopatiche, per cui molti colleghi interessati al settore si sono rivolti allo studio dell’Omeopatia dato che per loro è uno strumento di lavoro essenziale. È con rammarico però che noto che molti colleghi una volta usciti da una scuola, tendono a isolarsi e ad avere sempre meno contatti: perché? Qualche ipotesi:

Ipotesi n.1: hanno risultati così strabilianti che non vogliono comunicarli.

Ipotesi n.2: hanno imparato così bene l’Omeopatia che è superfluo ogni studio ulteriore.

Ipotesi n.3: la praticano sempre meno perché hanno imparato a loro spese che fra il dire e il fare c’è di mezzo...la realtà clinica quotidiana.

Ipotesi n.4: mancano gli spazi associativi dove poter scambiare le esperienze.

Raccontaci come sei riuscito a far accettare all’interno della SCIVAC la SIMNVENCO.

La SCIVAC (Società Culturale Italiana Veterinari Animali da Compagnia) è, con i suoi quasi 8500 iscritti, la più grande società scientifica che da 20 anni eroga ai veterinari per piccoli animali

aggiornamento professionale. È per merito suo se in pochi anni il panorama della Veterinaria italiana si è allineato al resto dei paesi avanzati nel settore (vedi USA, Gran Bretagna e Francia), partendo da una posizione di notevole arretratezza culturale, direi quasi oscurantismo, che creava un gap fra la preparazione universitaria e l'esigenza di fornire un servizio qualificato. Adesso ogni aspetto della pratica clinica dei piccoli animali è trattato in maniera quanto mai esauriente in un gran numero di corsi, seminari, congressi ecc., sia a livello regionale che nazionale. Al suo interno operano diverse società specialistiche di riferimento nei vari settori. La SIMVENCO (Società Italiana Medicina Veterinaria Non Convenzionale) nasce nel 1997 quasi per caso. Durante un intervallo fra una lezione e l'altra a Cortona si chiacchierava fra colleghi e venne fuori questo discorso: "Certo sarebbe bello poter parlare di Omeopatia anche all'interno della SCIVAC...". Detto fatto, si scrisse una lettera di richiesta con una ventina di firme, e dopo due o tre mesi eravamo già riuniti come Gruppo di Studio di Medicina Non Convenzionale. Sic et simpliciter. E con lo scopo di colmare quel vuoto di cui alla Ipotesi n°4.

Quali reazioni hai suscitato nella dirigenza Scivac?

Una volta chiarito che non era nostra intenzione creare una nuova scuola di Omeopatia (improponibile del resto in quell'ambito per il monte ore necessario), ma solo dare ai soci SCIVAC che si occupano di MNC uno spazio dove poter scambiare le loro opinioni e crescere culturalmente, l'atteggiamento del CD della SCIVAC è sempre stato di collaborazione e non ho mai ricevuto critiche né tantomeno ostacoli. Ogni anno abbiamo potuto organizzare dai tre ai quattro incontri, anche con relatori stranieri (Jacques Millemann e Marie-Noelle Issautier dalla Francia, Luc Janssens dal Belgio, John Saxton dall'Inghilterra, quest'anno Coral Mateo Sanchez dalla Spagna), e soprattutto abbiamo potuto parlare di casi clinici, di dottrina, di Materia Medica, insomma di ogni cosa che concerne la MNC ! Molto stimolante è stato poi il confronto che abbiamo sempre avuto con un piccolo ma agguerrito gruppo di agopuntori della SIAV (Società Italiana di Agopuntura Veterinaria) che ha sempre partecipato attivamente alla vita della SIMVENCO, così come i confronti con colleghi che impiegano Omotossicologia, Fitoterapia, Fiori di Bach ecc.

E nei Colleghi?

Atteggiamenti contrastanti, ovvi in una società scientifica così numerosa. Si va dai risolini e dai discorsi alle spalle (" Ecco gli stregoni...") dei colleghi prevenuti, ad un sano scetticismo (che può però cambiare dando un'occhiata alle nostre casistiche), ad un sincero interesse. Alcuni incontri hanno avuto un numero elevato di partecipanti (perfino 110), altre volte ci si contava sulle dita di una mano (e sono stati forse gli incontri più belli). Dallo scorso anno possono iscriversi anche i colleghi che operano nel settore equino, e si spera di coinvolgere prossimamente anche quelli che si occupano di animali da reddito. In ogni caso la SIMVENCO è servita a far capire in ambito istituzionale (FNOVI, ANMVI) che esiste, e come, anche la nostra realtà, e che non siamo dei poveri illusi o dei veterinari di serie B. Operando all'interno, in un clima di collaborazione e di rispetto, siamo riusciti a farci conoscere e stimare. Se poi qualcuno ci considera una specie di fistola anale della realtà scientifica o istituzionale veterinaria, beh, come diceva la Margareth Tyler, le fistole sono la bocca della Psora, non vanno soppresse e non ne può uscire che del bene... se ben curate!

Venerdì 28/05/04 a Rimini in occasione del Congresso Annuale Multisala della SCIVAC (il Congresso Veterinario più seguito) la SIMVENCO è stata l'ultima Società ad abbandonare la Sede Congressuale e la Sala è rimasta stracolma fino alla fine: una grossa soddisfazione per te?

Non solo per me, ma per tutti i circa 80 colleghi presenti, a partire dai relatori. La Coral Sanchez ha saputo trasmetterci con la sua enorme carica di simpatia umana l'importante esperienza di lavoro che svolge da anni presso la Facoltà di Veterinaria di Bilbao; tutti gli altri relatori hanno dato il meglio di sé con relazioni e comunicazioni libere molto interessanti; siamo stati onorati della visita del presidente della FNOVI Dr D'Addario e di alcuni componenti del CD della SCIVAC... cosa si

può chiedere di più ad un congresso? Qui ho l'obbligo però di ringraziare Barbara Rigamonti che si è gentilmente prestata a fare da interprete alla relattrice spagnola, senza di lei (che ha tenuto lezioni a Bilbao) l'incontro non sarebbe potuto avvenire.

Sei un rappresentante della Commissione della FNOVI per il riconoscimento delle MNC: come è composta questa Commissione, quante volte vi siete trovati e a che punto siete delle trattative?

Questa Commissione è composta da quattro colleghi che a vario titolo si occupano di MNCV, da un rappresentante del mondo universitario, da uno dell'Istituto Zooprofilattico e da un presidente con funzioni di coordinamento e di collegamento con il CD della FNOVI. Ci siamo ritrovati a Roma per tre volte, all'ultima delle quali sono stati ascoltati i tre nostri rappresentanti dell'Unione che hanno chiaramente espresso le nostre esigenze. Non vogliamo più essere ai confini della legalità! Il clima è propositivo, e alla luce del fatto che le nostre Linee Guida per la MNCV (redatte a Bologna tre anni fa) sono state portate alla Commissione Affari Sociali della Camera come "approvate" dalla FNOVI e del fatto che la PDL Lucchese sta scuotendo il mondo della Sanità, si dovrebbe arrivare (lentamente) a far "digerire" la nostra realtà. Considerando che erano anni che la FIAMO richiedeva di entrare in contatto con la FNOVI, senza risposta, è già un notevole passo in avanti che questa Commissione sia stata istituita e che stia iniziando a lavorare attorno ad un tavolo. Vedremo.

Sei anche il Rappresentante nazionale della IAVH. Quale è il nostro peso in Europa ?

L'International Association for Veterinary Homeopathy è attiva dal 1986 a livello internazionale; suoi scopi sono la diffusione dell'Omeopatia Veterinaria, la promozione della sua comprensione e del suo dibattito a tutti i livelli, l'incoraggiamento alla formazione di associazioni nazionali, l'interazione con altre organizzazioni, la ricerca. Ha rappresentanti nazionali in Austria, Belgio, Brasile, Danimarca, Gran Bretagna, Francia, Germania, Grecia, Ungheria, Olanda, Stati Uniti, Svizzera e ... Italia, dove rappresento pochino, dato che mi sembra siamo in 3 iscritti. E comunque il lavoro che svolge la IAVH è molto importante, poichè è referente per il settore veterinario dell'European Commettee for Homeopathy a Bruxelles. È quindi un organismo con un rilevante peso "politico" a livello europeo. Paesi con un numero inferiore dell'Italia di veterinari praticanti l'Omeopatia Veterinaria, ma che si sono organizzati con una associazione a livello nazionale, hanno sicuramente un peso politico molto superiore rispetto a quello italiano. Ho partecipato a diverse riunioni, seminari e congressi della IAVH, il clima è sempre disteso e stimolante, ci sono colleghi che fanno le stesse cose che facciamo noi, con gli stessi problemi... possibile che interessi così poco in Italia sapere cosa fanno in altri paesi, scambiare esperienze o semplicemente ascoltare dei colleghi stranieri? Il problema è solo la lingua o siamo un po' prevenuti? Forse pensiamo che Italians do it better? E probabilmente è vero...!

Sei stato anche tra i Fondatori della UMNVC, che obbiettivi si propone?

I veterinari italiani che si occupano di MNC devono essere particolarmente grati al Signor Ministro della Salute Onorevole Prof. Sirchia: grazie alle sue decisioni hanno trovato il coraggio, dopo anni di "ciascun per sé e Hahnemann (o il Tao) per tutti", di ritrovarsi attorno ad un tavolo per parlare di problemi comuni, e di coagularsi in una Unione, in seguito entrata a far parte del Comitato Permanente di Consenso e Coordinamento. Gli obbiettivi che si pone sono già apparsi sul "Medico Omeopata", ma il grande risultato è che ha avvicinato "mondi" che sembravano lontani (e che non lo sono in realtà). Dobbiamo essere comunque riconoscenti alla FIAMO che ha sempre incoraggiato e permesso di attuare questi incontri, si è venuto a creare un clima di collaborazione che, anche mettendo da parte i possibili "rosei" scenari di una Lucchese approvata, potrebbe portare lontano.

È ancora lontana la fondazione di una Federazione di Veterinari Omeopati? Ci sono già stati dei precedenti?

Sì, l'Associazione Italiana Veterinari Omeopati è stata anni fa attiva a livello nazionale, anche con un numero notevole di soci, poi ha avuto un periodo di declino. Come spesso accade a livello associazionistico, si può risentire di un ricambio "generazionale", o di mancanza di figure attive. La

sua valenza istituzionale è comunque lentamente defluita nella FIAMO, che grazie alla sua organizzazione ha saputo coprire le esigenze “politiche” di noi veterinari omeopati, e non solo, dandoci spazio a livello congressuale. Una Federazione... perché no? Il clima che già si respira all'interno dell'Unione è buono, potrebbe essere un passo futuro importante, ma per favore prima contiamoci, per non essere i soliti quattro gatti e per non fare (detto alla toscana) la figura dei “bischeri”.

Sei uno stimato Professionista, nella battaglia per la diffusione e il riconoscimento istituzionale dell'Omeopatia sei sempre stato all'avanguardia, sei Presidente della SIMVENCO, sei Rappresentante Italiano e “Teacher” della IAVH. Hai ancora qualche sogno nel cassetto ?

Sì, quello di passare quanto prima tutte queste “cariche” a qualche collega volenteroso, e dedicare più tempo allo studio! Spero molto nei colleghi più giovani: fatevi vivi, datevi da fare e tirate fuori i vostri attributi!

Veterinaria La Gracula

Andrea Brancalion
andreabra@iol.it

Relazione Convegno ANMVI Cremona, 2 luglio 2004

A cura di Barbara Rigamonti
Coordinatore del Dipartimento Veterinario della F.I.A.M.O.

È in atto un'intensa attività dei Veterinari Non Convenzionali italiani al fine di poter ottenere una dignitosa collocazione della loro professionalità, al pari dei colleghi convenzionali. Protagonista di questa attività è senz'altro l'Unione dei Medici Non Convenzionali Veterinari (UMNCV) di recente costituzione. Il convegno di Cremona, qui riportato, rappresenta una tappa importante, ma altre e fondamentali tappe saranno necessarie per concludere un iter da troppo tempo iniziato e che solo grazie all'Unione sta ritrovando un nuovo dinamismo. Ci preoccuperemo anche in futuro di aggiornare i lettori sull'attività dell'UMNCV attraverso queste pagine. (A.B.)

Venerdì 2 luglio u.s. si è svolto a Palazzo Trecchi in Cremona il Convegno Nazionale dell'ANMVI in collaborazione con UMNCV (Unione Medicina non convenzionale veterinaria) e con il patrocinio della FNOVI. Argomento del Convegno: "Le medicine non convenzionali in veterinaria – il punto sulla legislazione italiana e sul riconoscimento dell'atto medico veterinario nelle MNC". L'apertura dei lavori è stata effettuata dal Dott. Paolo Bossi, Presidente dell'ANMVI (Associazione Nazionale Medici Veterinari Italiani). Sono intervenuti il Dott. Giovanni Petrocchia, Presidente della Commissione MNC della FNOVI, il Dott. Carlo M. Giovanardi, Presidente della FISA (Federazione Italiana delle Società di Agopuntura), il Dott. Francesco Longo dell'UMNCV e Vicepresidente della SIAV (Società Italiana di Agopuntura Veterinaria), la Dott.ssa Antonella Carteri dell'UMNCV, il Dott. Roberto Orsi dell'UMNCV e Presidente della SIMVENCO (Società Italiana di MNC veterinaria), la Dott.ssa Paola Landi della SIVAR (Società Italiana Veterinari animali da reddito), il Dott. Gaetano Penocchio, Commissario ECM per la medicina veterinaria ed il Dott. Pasqualino Santori del Comitato Nazionale di Bioetica e l'Onorevole Francesco Paolo Lucchese, Vice presidente della Commissione affari sociali e relatore della proposta di legge quadro sulla regolamentazione della formazione e della pratica delle MNC.

Paolo Bossi ha tenuto un intervento introduttivo breve e molto semplice. Tuttavia è fondamentale che egli abbia deciso di attribuire spazio ed interesse all'argomento di questo Convegno, promosso con fervore dall'UMNCV in un momento cruciale per l'affermazione della pratica delle MNC come atto medico in campo veterinario. Bossi si è dimostrato persona cordiale e disponibile, dichiarandosi pronto a considerare eventuali iniziative future sull'argomento.

Giovanni Petrocchia ha sottolineato particolarmente l'esigenza di focalizzare norme di farmacovigilanza adeguate all'integrazione delle MNC nella pratica clinica veterinaria: indubbiamente in questo campo emerge la necessità di distinguere tra prescrizione destinata ad animali da compagnia ed animali da reddito. Al momento, con il riconoscimento delle MNC come atto medico assoluto, la norma di legge impone l'equiparazione del farmaco omeopatico a quello allopatico: ricetta medica in copia singola nel primo caso, triplice copia e compilazione dei registri nel secondo caso. Questo naturalmente è un punto controverso, che dovrà essere fatto oggetto di nuove normative che tengano conto della diversa natura del medicamento, in primo luogo della

totale assenza di residui negli alimenti di origine animale ove sia utilizzata una diluizione propriamente omeopatica e non fitoterapica.

Tutti i relatori in rappresentanza delle MNC hanno sottolineato soprattutto la fondamentale importanza del veterinario esperto in MNC nel promuovere una corretta gestione del biologico in zootecnia, come previsto tra l'altro dal regolamento CE 1804/99.

Sono emersi inoltre altri due elementi fondamentali, già presenti nel documento "Linee guida per le MNC veterinarie" prodotto da Scuola Superiore Internazionale di Medicina Veterinaria Omeopatica di Cortona, FIAMO, SIMVENCO e SIAV nel corso di una riunione organizzata dalla FIAMO il 28 settembre 2002:

la necessità di istituire un percorso formativo destinato a laureati che configuri figure professionali di veterinari esperti in MNC, e di creare percorsi formativi distinti basati su una chiara definizione delle diverse discipline di MNC;

il ruolo fondamentale delle Società scientifiche e delle Scuole tradizionalmente attive nel campo delle MNC, che deve assolutamente essere riconosciuto per evitare una frettolosa istituzione di cattedre universitarie non fondate su un reale patrimonio clinico.

È stata decisiva per l'affermazione delle MNC veterinaria come atto medico assoluto la acquisizione del documento di Bologna (le linee guida del settembre 2002) da parte della FNOVI, che ha approvato e sottoscritto i contenuti del documento apponendovi ufficialmente la sua sigla.

È necessario inoltre sottolineare che l'UMNCV, ente trainante nell'organizzazione del Convegno, è formata da Società, Scuole ed Istituzioni attive in campo veterinario che si sono riunite ad un tavolo di lavoro per poter godere di maggiore rappresentatività verso le istituzioni sanitarie ed ordinistiche: la nascita dell'UNIONE è stata promossa da FIAMO e SIMVENCO, ed è stata favorita dalla FIAMO anche attraverso contributi logistici.

Riguardo alla presenza dell'Onorevole Lucchese, va detto che questi ha recepito almeno in parte il principale motivo di lagnanza sollevato sia da parte delle nostre Associazioni, sia da parte della FNOVI, ovvero la troppo scarsa rappresentanza dei Veterinari all'interno delle Commissioni previste dalla legge. L'Onorevole ha parlato di aumentare a due il numero dei rappresentanti, ma questo sarebbe comunque inadeguato, in particolare se si considera che il testo prevede rappresentanti FNOVI e non veterinari espressi da Società scientifiche di MNC.

Per quanto riguarda le argomentazioni di pertinenza del Comitato di Bioetica, come sapete è in corso una fase critica di incontro-scontro con questa istituzione, e certamente anche riguardo agli aspetti veterinari di questo confronto sarebbe assolutamente necessario un approfondimento ben più vasto ed articolato, che si spera possa essere messo in pratica attraverso l'organizzazione di successivi eventi culturali.

Ultimo importante punto all'ordine del giorno, gli ECM: è emerso dall'intervento del Dott. Penocchio come al momento la Commissione per il rilascio dei crediti versi in uno stato di abbandono da parte del Ministero, e come le problematiche vadano ben al di là di quanto da noi percepito come fruitori od organizzatori di eventi formativi in MNC! L'attribuzione dei crediti subisce ritardi enormi ed il lavoro dei referees non è confortato dalle necessarie conferme istituzionali. La sensazione è che si tratti di un ambito veramente magmatico in cui potrebbe accadere un po' di tutto, ma dove per il momento non è possibile alcun tipo di risposta precisa.

Vorrei concludere ricordando che per anni i messaggi inviati dal Comitato veterinario della FIAMO e da altre istituzioni di MNC agli interlocutori della FNOVI sono rimasti senza risposta. Sicuramente adesso le risposte si rendono necessarie in parte per effetto di una naturale trasformazione sociale e culturale, per esempio per la crescita del biologico e dell'attenzione del pubblico verso questo, ed in parte per la forza derivante, scusate il gioco di parole, dall'Unione. Non sappiamo come andranno le cose, ma al momento noi siamo presenti con i nostri argomenti, e non è poco. Di fatto l'UMNCV ha presenziato in modo massiccio e qualificato a questo evento, esprimendo posizioni coerenti, solide e ricche di passione professionale ed umana.

Veterinaria

Marina Nuovo
marnuovo@tin.it

Patologia felina: un caso di FLUTD complicata

Riassunto

È descritto un caso di FLUTD (Feline Lower Urinary Tract Disease). Dopo reiterati interventi chirurgici non risolutivi (uretrostomia perineale e relative revisioni) resi necessari per la tendenza del meato urinario a stenosare, il paziente è guarito in seguito a trattamento omeopatico. L'evoluzione positiva del caso e la sua conclusione sono confermate anche dalle modificazioni anatomiche delle parti interessate con esito di completa disinflammazione e funzionalità morfologica.

Parole chiave

Omeopatia - FLUTD - Uretrostomia.

Summary

A FLUTD (Feline Lower Urinary Tract Disease) case is described. The patient has been unsuccessfully operated a few times (perineal urethroscopy and reviews) because the tendency to meatal stenosis. The homoeopathic treatment cured it.

Anatomical changes of interesting area with complete disinflammation and morphological functionality confirm the positive evolution of case and the cat's healing.

Keywords

Homoeopathy - FLUTD - Urethroscopy.

Segnalamento

Felix è un gattone di 11 anni di razza europea: un classico maschio tigrato, con arti e ventre bianco, che viene portato per un'imponente cristalluria con stenosi uretrale recidivante.

Il 9 settembre 1999, a seguito di FLUTD con ostruzione urinaria da calcolosi, è stato sottoposto urgentemente ad intervento di uretrostomia perineale con necessaria orchietomia.

La patologia è insorta improvvisamente, con iniziale comparsa di ematuria rapidamente esitata in un blocco totale della minzione accompagnato da fortissimo tenesmo ed intense vocalizzazioni di dolore.

Il referto operatorio parla di calcoli di struvite (fosfato di ammonio magnesiaco) e di un organo in grave stato di sofferenza (pareti edematose, ispessite, fundus emorragico).

Nell'anno successivo Felix subisce due ulteriori interventi di ricostruzione del meato uretrale (il primo dopo solo un mese!) a causa della formazione di cicatrici esuberanti e conseguente stenosi

del meato e blocco della minzione. Inoltre, ha sviluppato nel tempo un'intolleranza pressoché totale alla DL Metionina (acidificante del Ph urinario) che gli causa feci diarroiche e dolori addominali.

Prima visita – 13 Ottobre 2000

Felix è nuovamente in crisi: la stenosi del meato è molto evidente, addirittura vi è come un sepimento che parte dal margine cicatriziale e si spinge a coprire il meato fungendo quasi da “tenda” ed ostacolando ulteriormente il flusso dell'urina, già debole e sottile.

Si era di nuovo occluso nel settembre precedente come anche 10 giorni prima di questa visita; i colleghi che l'hanno in cura sono riusciti a sbloccarlo cateterizzandolo, ma sono molto negativi per quanto riguarda la prognosi, anche perché le possibilità chirurgiche si fanno sempre più difficili.

Inoltre le proprietarie sono ormai disperate... l'idea dell'eutanasia aleggia nell'aria.

Come ultima spiaggia viene proposta la terapia omeopatica, accettata dai proprietari solo per la loro disperazione poiché, come avrò modo di vedere durante il colloquio, sono fortemente contrari ad un approccio non meccanicistico.

Anamnesi patologica remota

Felix è stato trovato piccolissimo (forse meno di due mesi) e molto malato. Aveva rinite, congiuntivite, bronchite, dermatomicosi. Era cosparso di larve di mosche. Era stata consigliata un'eutanasia ma invece, curato amorevolmente dalla proprietaria, aveva avuto una ripresa straordinariamente veloce e priva di sequele, instaurando così un rapporto strettissimo con la persona che lo ha accudito.

Nella sua storia c'è anche una diagnosi di gastrite cronica, curata con antiacidi, antiemetici e ricorrendo ad un'alimentazione molto digeribile e frazionata nella giornata.

Anamnesi patologica prossima

Vive in una famiglia composta di sole donne, madre e due figlie, difficilmente distinguibili, data la forte somiglianza. Tuttavia la persona a cui il gatto è più legato è una delle figlie, che peraltro sembra essere l'elemento dominante nel gruppo oltre che un'accanita detrattrice dell'Omeopatia.

In studio ripete più volte di non credere all'efficacia delle medicine non convenzionali e di tentare questa via solo perché ha molta stima della collega che l'ha suggerita e perché si tratta dell'ultima spiaggia.

È spigolosa, si muove a scatti e risponde con diffidenza, in maniera estremamente sintetica, ad ogni mia domanda, mostrando un tono autoritario ed insolitamente alto di voce.

La madre e la sorella invece, hanno volto e aspetto assai più dolci e “morbidi” e timidamente si inseriscono di tanto in tanto nel colloquio.

Felix viene descritto come un gatto estremamente fiero, possessivo, territoriale, orgoglioso, molto intelligente, permaloso; abitudinario, meticoloso, persino ossessivo nei suoi rituali quotidiani; molto pulito, si è sempre lavato moltissimo e di tanto in tanto ha avuto episodi di alopecia autoindotta sulla schiena e sull'addome: Ha sempre avuto molta cura di sé, è un dandy, ci schiavizza tutte!

Questi suoi aspetti si evidenziano in alcuni comportamenti molto particolari:

- se decide di stare in braccio alla proprietaria, non c'è verso di farlo scendere, continua a tornare sulle ginocchia e/o a chiamare arrampicandosi e, se sgridato, graffia e morde (contrary/ obstinate/ contradiction, intolerance to/ dictatorial);
- ha un'avversione al fidanzato della proprietaria, dal quale non si lascia toccare (soffia); se lui rimane per tempi lunghi in casa è Felix ad isolarsi (stranger, aversion to/ offended easily);
- non fa mai le fusa, anche se ama rimanere per ore addosso alla proprietaria;
- non sopporta la presenza di estranei in casa, se avvicinato soffia;
- per anni ha mangiato solo se imboccato (anche 7-8 pasti al dì) e, se si rifiutavano di imbroccarlo, spesso compariva il vomito biliare (ailments from contradiction/ ailments from anger).

È un soggetto che ha letteralmente schiavizzato il nucleo familiare: queste donne hanno fatto del micio il perno della loro esistenza e probabilmente la ragione dell'unione familiare.

Tuttavia, l'aspetto più caratteristico ed inquietante emerge lentamente dall'interrogatorio ed è che Felix aveva trovato un suo modo assai personale di ovviare alla frustrazione del non ricevere l'attenzione di cui avidamente necessitava: quando non lo si imboccava talvolta sostituiva il vomito con un atteggiamento sessuale di monta nei confronti di una coperta che le proprietarie gli lasciavano a disposizione. Dopo di che andava a mangiare da solo! Nel tempo, questo atteggiamento aveva sostituito completamente il vomito ed era diventato una manifestazione quotidiana che si ripeteva anche diverse volte in una stessa giornata.

Aveva, in questo, creato anche una sorta di dipendenza scegliendo come "partner" la sorella più giovane, che andava a cercare a seconda dei suoi impulsi affinché ella gli porgesse la coperta al bisogno: Mi chiama addirittura anche mentre sono a tavola!! E non c'è verso di aspettare, mi devo alzare e accontentarlo!

Contemporaneamente a ciò marcava il territorio schizzando urina esclusivamente sugli oggetti della sua beniamina, l'altra sorella!

Altre peculiarità di Felix sono:

- gran varietà di vocalizzi e un ampio uso della voce (Chiacchiera moltissimo);
- Ama fare le cose proibite, è trasgressivo;
- obbedisce solo alla proprietaria cui è legato di più con grande angoscia se lei è lontana (quando andava in vacanza aumentava vertiginosamente il numero delle masturbazioni);
- desidera prevalentemente carne/latte (cibi ormai negati per via dei suoi disturbi);
- non vuole essere toccato da nessuno all'infuori dei suoi proprietari e anche tra loro fa delle distinzioni;
- è molto freddoloso.

La visita

In studio, Felix è un soggetto assai difficile da visitare. Per tutto il colloquio se ne sta imbronciato dentro il trasportino, voltando le spalle a noi che parliamo. Solo la proprietaria prediletta riesce ad afferrarlo ed a blandirlo mentre, tra un ringhio e un soffio, tento la visita.

L'EOG non denota nulla di alterato, fuorché la già menzionata alopecia autoindotta sulla schiena e sul ventre.

All'EOP il meato uretrale è infiammato ed il pelo intorno appare conglutinato.

L'esame delle urine denota la presenza di emazie, batteri, leucociti, cristalli di struvite in notevole quantità. Il Ph è 7.00, il PS 1025.

Il quadro è molto caratteristico di Lycopodium, che è coerente anche con il quadro urinario. Prescrivo in cura 6-30 LM, poiché vorrei evitare un eccessivo aggravamento e poter modulare la somministrazione del rimedio in base alla risposta ottenuta. La dinamizzazione richiesta, però, non viene prontamente fornita ed intanto Felix sta nuovamente per bloccarsi, pertanto somministro ed ordino di continuare con Lycopodium 5 CH.

Risultato

La reazione di Felix è immediata: non solo non si ostruisce, ma ha un aumento notevolissimo dell'urinazione, una vistosa diminuzione dell'infiammazione al meato e una buona ripresa dell'appetito. Ma c'è di più: per la prima volta da oltre un anno appare sereno e rilassato: Sembra sia stato drogato tanto è pacifico! Il Ph urinario oscilla tra 6,5 e 7.

Dopo 5 giorni di cura, il gatto sembra bloccarsi, ma nell'arco di poco riesce ad urinare e senza apparente dolore ed emette una quantità mostruosa di cristalli. Successivamente fuoriesce una specie di pellicola (matrice proteica?) che addirittura penzola dal meato e viene rimossa meccanicamente dalla proprietaria. In seguito il foro uretrale appare obiettivamente molto più ampio.

Repertorizzazione di felix (Radartm)

1. MENTE - CONTRADDIZIONE - aggr.	14
2. MENTE - COMPAGNIA - avversione a estranei, avversione alla presenza di	22
3. MENTE - OFFESO – facilmente	110
4. MENTE - DISTURBI – da contraddizione	17
5. MENTE - DISTURBI - da collera	108

lyc. petr. nux-v. sep. aur. ign. bry. anac. carc. cham. lach. iod. bar-c.
775 544 534 485 475 455 440 400 379 379 360 350 340

1:	2	1	1	2	1	2	1	-	1	-	-	-	-
2:	1	1	-	2	-	-	2	1	-	-	2	2	2
3:	3	2	3	2	2	1	-	1	4	1	2	3	2
4:	3	2	2	-	2	1	1	1	-	1	-	-	-
5:	2	1	4	2	3	3	2	1	1	4	2	1	1

Seconda prescrizione

19 ottobre 2000

Viene prescritto Lycopodium 30 CH in plus, 3 gocce al dì.

Osservazioni

Nonostante il tipo d'intervento, Felix ha effettuato ancora diverse marcature sugli oggetti della sua proprietaria preferita (spesso legate a richieste di attenzioni) ed ha avuto alcuni "attacchi di libidine" nei confronti della sorella più giovane, soprattutto all'inizio della terapia.

I ripetuti esami delle urine hanno sempre avuto un quadro simile, con rari momenti di remissione: Ph e PS elevati e presenza di un sedimento ricco di cellule infiammatorie, emazie e cristalli.

Il gatto non ha più avuto blocchi uretrali, tuttavia ha ripetutamente emesso materiale amorfo frammisto a cristalli ed è stato afflitto da violente cistiti emorragiche che, di volta in volta, hanno sempre risposto ad una terapia effettuata sulla scelta del rimedio per lo stato acuto (Apis, Cantharis, Mercurius solubilis, Berberis) a fianco di un'alimentazione costantemente monitorata nel tempo.

Repertorizzazione di felix (Radartm)

1. MENTE - PENSIERI - persistenti	99
2. MENTE - SCIOCCHEZZE - sembrano importanti	28
3. MENTE - OCCUPAZIONE – migl.	68
4. VESCICA - INFIAMMAZIONE – cronica, cistite	52

	ars.	thuj.	sep.	nux-v.	con.	ign.	iod.	puls.	calc.	caust.	sil.	nat-sil.
	419	419	379	365	340	340	340	320	320	320	300	
1:	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	-
2:	1	1	-	2	1	1	-	-	1	1	1	3
3:	1	1	3	2	2	2	2	1	1	-	1	1
4:	1	1	2	-	-	-	1	2	-	2	-	-

Terza prescrizione

Felix ha ancora assunto *Lycopodium* 200 CH in più riprese e nel tempo.

Osservazioni

Progressivamente si è addolcito nei suoi comportamenti (ha preso a fare le fusa!) e nelle sue pretese; ha ripreso a giocare e si è mostrato meno diffidente nei confronti degli estranei al gruppo familiare.

Cosa degna di nota è che il lembo di cute che andava a coprire il meato uretrale è “miracolosamente” scomparso ed il meato stesso ha raddoppiato il suo calibro.

Tuttavia la costante presenza di uno stato infiammatorio cronico a carico della vescica e il permanere, con momenti di recrudescenza, dell'alopecia autoindotta, non potevano soddisfare pienamente un omeopata, il quale, conoscendo bene le capacità intrinseche dello strumento con il quale lavora, è portato a considerare la possibilità che vi sia ancora da lavorare sulla comprensione del caso.

Nella revisione del caso era emerso il netto miglioramento del comportamento di eccesso di toilettatura a seguito della distrazione (occupation amel.).

Quarta prescrizione

Luglio 2003

Thuya occidentalis in dinamizzazione crescente 6-MK.

Osservazione

Felix dal mese non ha più avuto cistite, la sua urina è limpida e non sono presenti emazie e leucociti; il PH è sotto controllo. La proprietaria, che nel frattempo ha potuto riprendere una vita più serena e non più in funzione del gatto (da due anni non si allontanava da casa nemmeno per una notte nel timore che il gatto stesse male!), è diventata un'accanita sostenitrice dell'Omeopatia e mi riferisce: Da quando ha preso *Thuya*, Felix è rinato. È come se gli avessimo tolto 10 anni di vita.

Conclusioni

In questo caso si manifesta il vero grande potere dell'Omeopatia, che è quello di “ristabilire lo stato di salute nella maniera più dolce, rapida e duratura”, sempre in accordo con quelle che sono le potenzialità dell'individuo, espresse dall'intensità dei sintomi e dal loro valore (= peculiarità), oltre che dalla profondità della patologia in atto. Lo stato di salute, come emerge in questo caso specifico, non è solo l'assenza di sintomi fisici, ma uno stato di benessere che permette all'individuo e a coloro che gli stanno accanto di godere della reciproca vicinanza e della propria esistenza.

Infine, occorre prendere atto che l'euritmia ristabilita sul paziente ha innescato le modifiche degli organi deputati alla minzione, ristabilendo in tal modo una funzione fisiologica laddove le ripetute revisioni chirurgiche non hanno avuto successo.

Bibliografia

Bojrab M.J., Eleison G.W., Slocum B. – *Tecnica Chirurgica* – Utet, Torino, 2001.

Candegabe E.F. – *Materia Medica Comparata* – red/studio redazionale, Como, 1985.

Kent J.T. – *Materia Medica* – red/studio redazionale, Como, 1983.

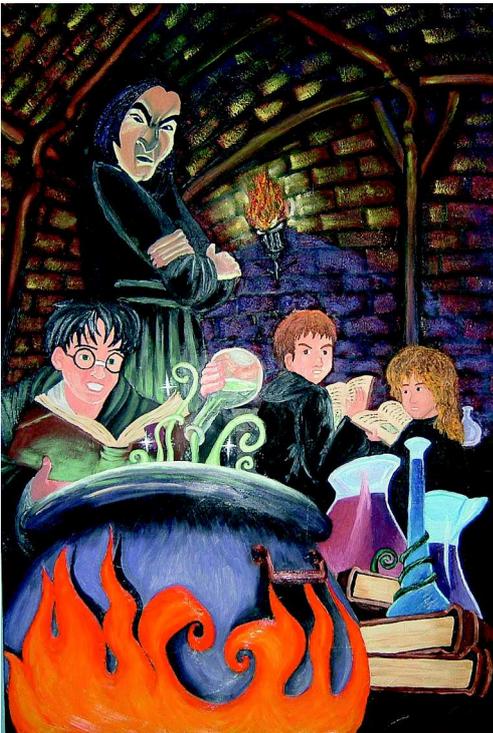
Kraft W.R.M., Dürr U.M. – *Trattato di Medicina e Chirurgia del Gatto* – Ed. Masson/EV, Milano, 2001.

Radar – Rep. Synthesis, Vers. 7.0 – Archibel SA, Belgio.

PROVING

Anna Fontebuoni
Anna.fontebuoni@poste.it

Linee guida dell'ECCH per una corretta sperimentazione omeopatica



Sempre più numerose o forse, con l'avvento di Internet, più pubblicate, sono le sperimentazioni omeopatiche che si stanno facendo nel mondo. Alla ricerca di aggiornamenti mi sono imbattuta nelle più strampalate e newagistiche pratiche sperimentali, ma anche in esperimenti seri e condotti secondo tutti i crismi hahnemanniani. La necessità di mettere ordine ai mille rivoli dei nuovi proving appare evidente. Questo documento, redatto da un organismo di tutto rispetto nell'ambito dell'omeopatia classica, l'inglese European Committee for Classical Homeopathy, tenta di dare chiare indicazioni per una standardizzazione delle sperimentazioni, critica la leggerezza di alcuni, sostiene la serietà di altri, soprattutto non nasconde le difficoltà. Mi è parso interessante proporre la traduzione per queste, ma anche per altre questioni che solleva: la necessità di un'istruzione di base, il ruolo delle associazioni nel sostegno materiale, le implicazioni legali. Tutti argomenti che richiederebbero una più approfondita discussione teorica e realizzazione pratica. È stata tagliata la parte che riguarda i consigli più strettamente operativi, le figure dei partecipanti, ecc.: Sherr docet e potete trovare tutto nel suo libro citato in bibliografia. Vorrei far notare, inoltre, quanto sia forte il richiamo alla coesione, all'aiuto reciproco all'interno della comunità omeopatica internazionale in nome del futuro dell'Omeopatia.

Quando, in questo modo, si avrà sperimentato nell'uomo sano un numero ragguardevole di farmaci semplici e si saranno annotate con cura e fedeltà tutti gli elementi di malattia ed i sintomi, che essi medicamenti, quali potenze di malattie artificiali, sono capaci di produrre, allora soltanto si avrà una vera Materia Medica; ossia una raccolta di effetti genuini, puri, infallibili delle sostanze medicamentose semplici..."

S. Hahnemann, Organon §143

Introduzione

Curare e sperimentare sono la stessa cosa, ma l'uno il contrario dell'altro. Una persona sana che, nel corso della sperimentazione, assume un "rimedio" (sostanza diluita e dinamizzata), esprimerà sintomi che dipendono dalla sua suscettibilità alla sostanza. Una persona malata che assume il rimedio prescritto secondo la legge dei simili, andrà incontro ad un ristabilimento della salute.

Negli ultimi cinquant'anni il mondo è passato attraverso esperienze impensabili ai tempi di Hahnemann: la radioattività, l'inquinamento petrolchimico ed industriale su scala globale e sconvolgimenti terribili come guerre e olocausti. Contemporaneamente sono assai cresciute per numero e gravità le malattie autoimmuni. Secondo la filosofia di Hahnemann è possibile trovare una soluzione omeopatica a tutte le malattie. Proprio per questo, come omeopati impegnati nella cura del malato, dobbiamo indirizzare i nostri sforzi nel trovare, attraverso il procedimento del proving, nuove fonti terapeutiche che rispondano alle sfide del tempo in cui viviamo. Riflettendo attentamente e operando un'accurata selezione, possiamo decidere di sperimentare le sostanze che ci saranno più utili. È importante anche approfondire la sperimentazione di molti rimedi già in uso, specialmente quelli noti come 'piccoli rimedi', del cui potenziale terapeutico abbiamo solo un quadro parziale.

Negli ultimi dieci anni numerosi gruppi in tutto il mondo hanno portato avanti diverse sperimentazioni. Tuttavia, se le osserviamo più da vicino, presentano notevoli differenze metodologiche, sia di approccio che di lettura del materiale ottenuto. Alcune di esse sono state fatte secondo la corretta routine hahnemanniana mentre altre sono meno 'formali', più incomplete. Vi sono proving fatti durante un seminario, altri basati sui sogni, altri ancora sulla meditazione o 'personali', ecc. A molti manca quell'osservazione sottile ed attenta che è necessaria durante tutto il procedimento del proving hahnemanniano, e molti mostrano i propri limiti nella fase, lunga e laboriosa, dell'estrazione ed elaborazione dei sintomi.

In questo documento vorremmo sottolineare l'esigenza che le potenzialità di ogni rimedio sperimentato solo in parte o ancora da sperimentare siano valutate in base ad almeno un proving hahnemanniano, condotto secondo un corretto standard metodologico. D'ora in avanti chiameremo

‘proving standard’ e riterremo metodologicamente di riferimento solo il proving hahnemaniano completo.

Uno degli scopi e obiettivi dell’ECCH è: “Confermare, definire e controllare gli standard più elevati della pratica dell’Omeopatia classica in tutto il mondo”. Per incoraggiare la diffusione di una quanto più possibile corretta standardizzazione del metodo del proving, l’ECCH sente il dovere di fissare delle linee guida per eseguire una corretta sperimentazione omeopatica.

Non pensiamo affatto che possano sostituire uno studio scrupoloso diretto a conoscere in profondità la filosofia e la metodologia delle sperimentazioni. Vorremmo che fossero più delle indicazioni, quasi una lista, di principi e pratiche da tenere sempre presenti. Prima di cominciare qualsiasi proving hahnemanniano è essenziale studiare attentamente i § 105-145 dell’Organon di Hahnemann. Consigliamo inoltre di approfondire tale studio con i testi elencati in bibliografia.

INSERISCI IMMAGINI

Sicurezza ed etica

Ma di tutte le esperienze, relative agli effetti puri, che medicinali semplici producono sull’uomo normale, e agli stati morbosi artificiali e ai sintomi generati nei soggetti sani, le migliori saranno sempre quelle, che un medico sano e perspicace, senza preconcetti e cosciente, istituirà su se stesso con tutte le precauzioni ed avvertenze già indicate’. S.Hahnemann, Organon § 141

Ogni esperimento programmato che preveda l’introduzione nel corpo umano di una sostanza qualsiasi, dinamizzata o naturale, comporta importanti implicazioni etiche e di salvaguardia personale. Il proving espone le persone coinvolte ad influenze che possono avere effetti profondi e duraturi sul benessere psicofisico. Tutti i potenziali sperimentatori dovrebbero essere informati di questa possibilità. Mancando un’adeguata supervisione, gli sperimentatori potrebbero trovarsi senza quel sostegno totale, o almeno sufficiente, e quella assistenza che sono necessari per tutelarne l’incolumità.

Riteniamo queste condizioni essenziali per la validità di tutti quei proving che non hanno le caratteristiche di completezza, attinenza alla dottrina hahnemanniana, e protocolli chiari. I partecipanti ad esperimenti meno controllati e più ‘informali’, come quelli citati sopra, dovrebbero essere avvertiti esplicitamente di ciò a cui possono andare incontro. Sono esperimenti che non sono in grado di dare agli sperimentatori l’appoggio, l’assistenza e la sicurezza che dà il metodo standard. Da un punto di vista etico i partecipanti a un seminario dovrebbero essere avvisati in anticipo della programmazione dell’esperimento in modo da non dover decidere ‘davanti ai riflettori’ se farne parte o no. Gli organizzatori, d’altra parte, dovrebbero essere preparati a fornire un minimo di sostegno e supervisione postproving nel caso qualche partecipante lo richiedesse.

Dovrebbe essere valutata con attenzione la combinazione equilibrata di tempo, energia, potenziale disagio, sicurezza e benessere dei partecipanti a qualsiasi proving e confrontata con la possibilità di estrarne effettivamente informazioni utili e preziose, che arricchiscano davvero la Materia Medica e la cui pubblicazione contribuisca a migliorare la potenzialità terapeutica di tutti gli omeopati.

Condividere le informazioni

Uno degli scopi principali dell’ECCH è: “incoraggiare l’unità e l’armonia all’interno della professione dell’omeopatia classica attraverso la collaborazione e lo scambio di informazioni, esperienze e risorse”. Il proving costituisce per gli omeopati una fonte essenziale di informazioni, da esso può dipendere la pratica futura dell’omeopatia. Tuttavia è necessario che tali informazioni siano estratte, registrate, organizzate e pubblicate per renderle disponibili a tutta la comunità omeopatica. Fino a poco tempo fa, solo pochi proving, completi e accurati, arrivavano alla pubblicazione: si trattava di un lavoro costoso e impegnativo.

L'ECCH si propone di incoraggiare e sostenere qualsiasi tentativo che contribuisca allo sviluppo e alla condivisione di informazioni importanti per tutta la comunità degli omeopati classici.

Istruzione

L'ECCH ha approfondito l'argomento dell'istruzione nel documento “ Linee guida per un'istruzione omeopatica.” Attraverso di esso e in altri modi l'ECCH ha intenzione di promuovere standard più alti d'insegnamento e di istruzione, specialmente per quanto riguarda la filosofia e la metodologia del proving. Pensiamo che lo studio di questo argomento durante gli anni scolastici possa ampliarne la conoscenza e quindi accrescerne la qualità.

Uno dei metodi migliori perché lo studente di omeopatia approfondisca la comprensione del binomio salute-malattia e il suo approccio omeopatico è farlo partecipare attivamente a un proving hahnemanniano completo. Tale partecipazione dovrebbe in teoria costituire parte essenziale del suo curriculum scolastico. Gli studenti (volontari), come pure le persone normali, dovrebbero essere spinti a partecipare come prover. Altri studenti potrebbero fare da supervisori ed eseguire l'estrazione e l'elaborazione dei sintomi. In questo modo si verrebbe a diplomare una generazione di omeopati con esperienza in proving corretti e di standard elevato. Come in tutti i settori dell'istruzione accademica, anche qui il Responsabile (o Direttore) della sperimentazione dovrà essere una persona qualificata ed esperta nella filosofia e metodologia delle sperimentazioni standard.

Ruolo delle associazioni professionali

Le associazioni omeopatiche si dovrebbero sentire in dovere di sorvegliare, agevolare e consigliare tutti coloro che sono coinvolti in sperimentazioni all'interno dell'associazione. Pensiamo che debbano essere anche incoraggiate a creare un 'fondo per la sperimentazione' che sostenga e incentivi i proving completamente hahnemanniani,. Nel tentativo di migliorare la standardizzazione dei proving, promuovere il confronto e l'interscambio di conoscenze e far approfondire l'argomento ai futuri omeopati, i membri dell'ECCH esortano tutti coloro, individui e associazioni di tutto il mondo, che sono coinvolti nel procedimento del proving, alla compattezza e al sostegno reciproco.

...Segue la lista delle indicazioni pratiche...

Proving non hahnemanniani

Le informazioni raccolte da qualsiasi altra forma di sperimentazione che non sia quella standard, hahnemanniana, completa e condotta correttamente, devono essere considerate valide e utili solo se confermate dal confronto con materiale estratto da una sperimentazione corretta. Esse devono essere registrate esplicitamente come 'Interessanti informazioni integrative' e l'origine e la natura dell'esperimento indicate chiaramente nelle materie mediche in cui i sintomi vengono ad essere compresi.

Bibliografia

S. Hahnemann, Organon dell'arte di guarire, VI Ed. (Trad. G. Riccamboni) red., Como, 1985; (Trad. F. Meconi) SIMO, Roma, 1993.

J. T. Kent, Conferenze di filosofia omeopatica. Red Milano, 1991.

J. Sherr, Le dinamiche e la metodologia della sperimentazione omeopatica, (Trad. M.L.Gonella) Ed. Salus Infirmorum, Padova, 2001.

G. Vithoukaskas, La scienza dell'omeopatia, Ed. Libreria Cortina, Verona, 1986

Questo documento è proprietà dell'ECCH. Riteniamo tuttavia che estendere più possibile la sua diffusione possa essere utile alla comunità omeopatica mondiale. È un documento suscettibile di evoluzione e perfezionamento: il Gruppo Proving e il Consiglio dell'ECCH terranno conto di ogni concreto commento sui suoi contenuti. Commenti e proposte di modifiche possono essere inviati alla Segreteria dell'ECCH

Indirizzo: ECCH School House, Market Place Kenninghall Norfolk NR16 2AH UK

Indirizzo e-mail: ecch@homeopathy-ecch.org

Sito web: <http://www.homeopathy-ecch.org>

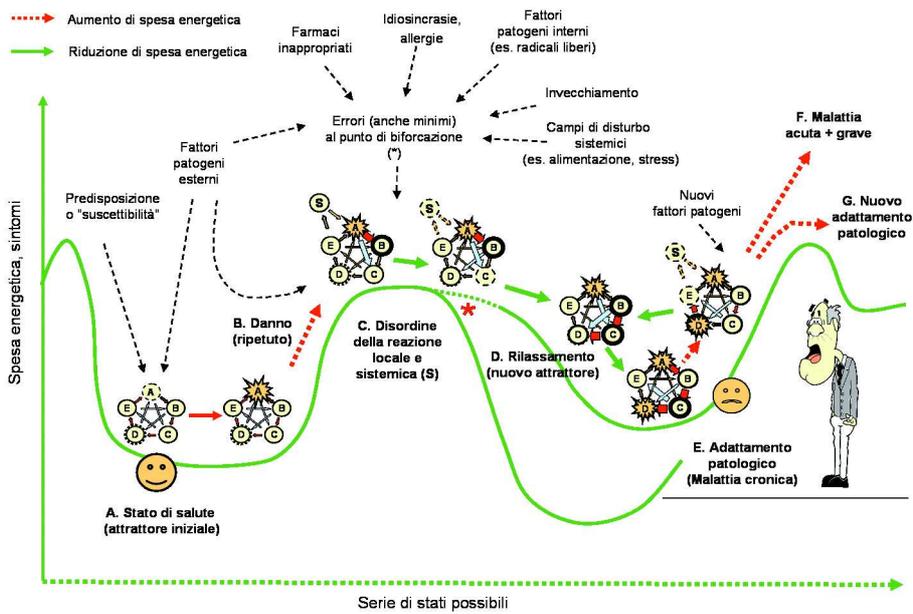
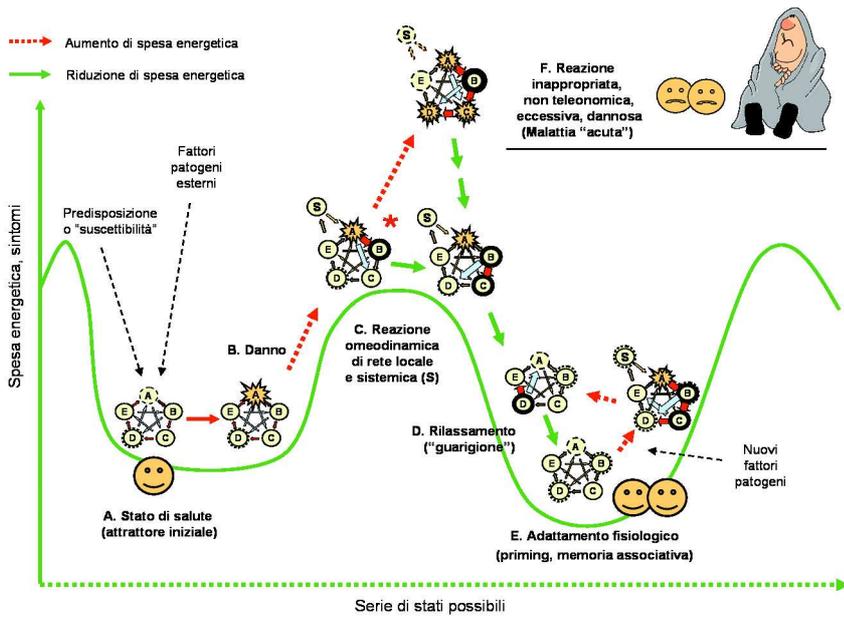
Omeopatia e scienza

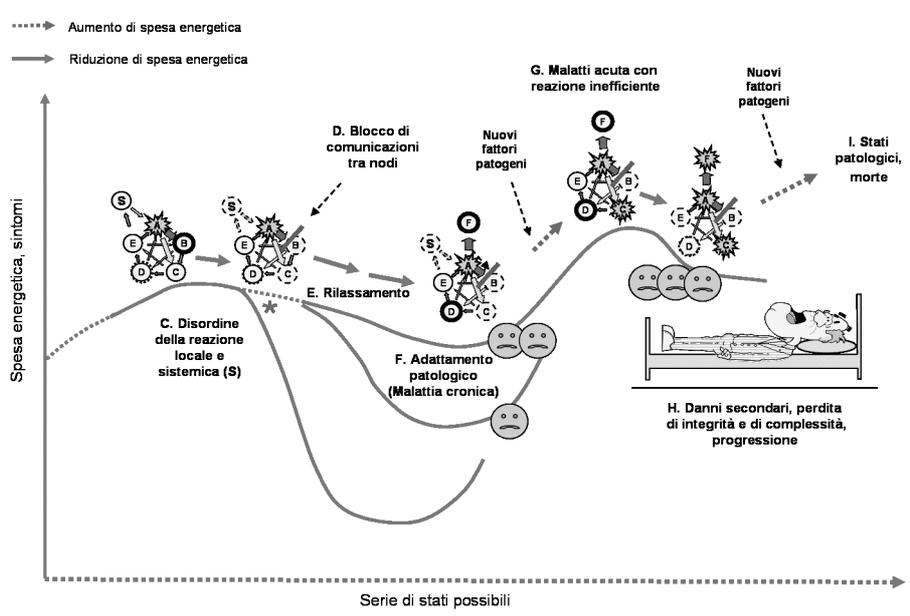
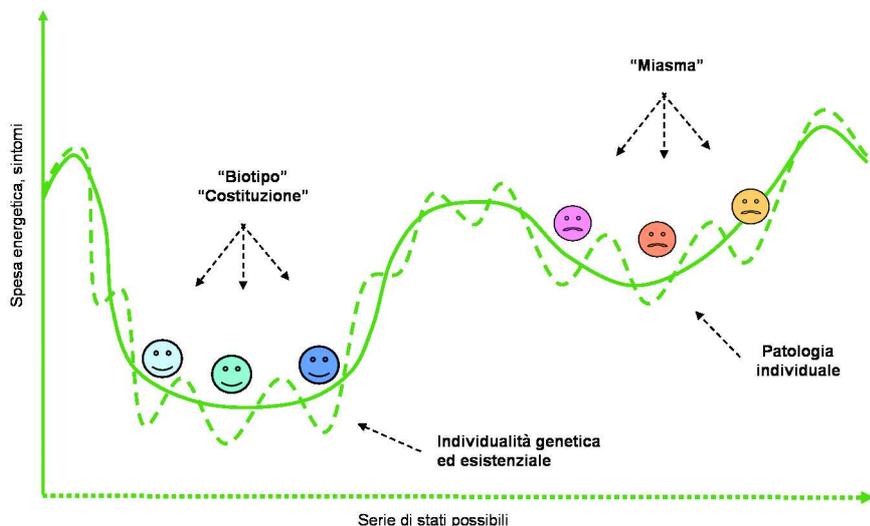
Paolo Bellavite
paolo.bellavite@univr.it
Professore di Patologia Generale, Università di Verona

Biodinamica, malattia e similitudine Parte seconda: la malattia (omeo-patologia dei sistemi complessi)

Summary

This paper deals with “homeo-pathology”, that is with the general causes and mechanisms of diseases and especially of the chronicization processes. Life, differentiation and development coincide with the expression and the maintenance of a structure in the organism, with efficient storage and handling of the energy flux, while disease and death coincide with the loss of structure and of coordinated functions. Disease is disorder, but it nevertheless obeys certain laws, and thus embodies some measure of order, though this is conditioned by chance events. The homeodynamic systems which govern health are the same that cause most pathological phenomena, when activated inadequately, excessively or unsuitably in relation to the circumstances. On the other hand, it is also true to say that many phenomena that are called pathological are biologically useful (even if they cause pain), representing a stage of transition to a state of greater vitality, energy, and resistance to pathogens (= information gain). Judging what is useful and what is damaging, on every occasion and in every aspect of disease, is by no means easy, in that it presupposes a knowledge of the «logic» of disease and normality, a knowledge of the language of complex systems. Disease is a problem of molecules, but also, in a different dimension, it is a problem of cells, of physiological systems and of the human being as a whole: if the molecular disorder is not compensated for by supramolecular systems, it is the latter that are responsible for the disease, and not the molecule. Most of these systems are organized as networks (inflammation, immunity, neuroendocrine organizations, metabolic regulatory mechanisms) and work according to a series of general “rules” that are here presented. An information disorder can also arise as a result of subtle and not immediately perceivable deviations from the norm, which are then amplified and/or stabilized by adaptation and positive feedback mechanisms. In a complex system, loss of communication and of connections means pathology; thus the major goal of the medical intervention is to re-establish proper communications, helping the self-organization process (healing) of the organism.





La natura della malattia e le risposte della medicina

Il concetto di malattia è centrale in ciascun approccio medico e determina inevitabilmente i metodi diagnostici e terapeutici. Va subito precisato che la nozione di malattia non è univoca, perché si tende facilmente ad identificare la malattia con la devianza statistica rispetto ad una ipotetica “normalità”, o con il dolore che spesso vi è connesso, ma entrambe le prospettive sono molto limitate e spesso errate. Proprio per la difficoltà di questa definizione – riguardante in ultima analisi il giudizio su cosa è “sano” (da rispettare e incentivare) e ciò che è “patologico” (da correggere o eliminare) – si gioca l’instabilità delle teorie mediche e, purtroppo, si determinano molti insuccessi della prassi medica. Un’attenta analisi dei fenomeni coinvolti nella malattia ci consente comunque di pervenire a conclusioni abbastanza solide su alcuni punti, che possono essere utili per impostare più razionalmente di quanto comunemente si faccia la terapia. Allo stesso tempo, la comprensione delle complesse dinamiche dei fenomeni patologici dimostra l’insufficienza dell’approccio razionalistico e riduzionistico prevalente ed apre la strada alla medicina integrata, vale a dire all’integrazione di vari approcci che prendono in considerazione la malattia secondo le sue diverse dimensioni.

Nel suo senso fondamentale, la malattia non è un’“entità” autonoma, è un’esperienza esistenziale che coinvolge completamente il soggetto che la vive e, perciò, non può essere esaurita da alcuno degli aspetti che la caratterizzano (1). Ad esempio, è ovvio che una malattia di solito implichi un

grado più o meno significativo di sintomi spiacevoli, o che spesso comporti un danno fisico più o meno serio, tuttavia essa non può essere identificata correttamente né con i sintomi, né con il danno anatomico. La malattia è considerata, dalla medicina “scientifica”, secondo un’ottica importante, ma parziale, perché essa concerne la totalità di una persona, una totalità la cui considerazione sembra essere necessaria per interpretare e spiegare (in senso causale) l’insorgere della malattia così come il suo possibile senso. Tra l’altro, questa globalità concerne già il corpo umano: qualunque malattia colpisce il corpo “nella sua totalità”, nonostante sia in qualche misura “localizzabile” in alcune parti del corpo. La vera sostanza è l’uomo nella sua integrità individuale, di cui corpo e spirito sono semplicemente due aree in cui è possibile suddividere concettualmente (ma non concretamente) le sue modalità di esistenza (1). Questo concetto, che pare quasi ovvio ai cultori di medicina omeopatica e che comunque non è contestato teoricamente da nessuno, non è ancora stato sviluppato nella medicina accademica e scientifica per le sue possibili implicazioni nel metodo clinico e nella pratica medica che si attuano quotidianamente nel nostro sistema sanitario.

Nella storia della medicina si sono alternate, sovrapposte e persino combattute diverse teorie/prassi mediche discordanti proprio sul concetto fondamentale di come intendere la malattia. Da quando la malattia era vista come un castigo divino ad oggi, sono state presentate molte diverse prospettive, legate alla cultura delle diverse epoche e dei diversi contesti geografici: è stata enfatizzata via via l’idea di un conflitto tra “umori” (bile, flemma, sangue, linfa ecc...), l’idea di un blocco del soffio vitale (o pneuma) o della circolazione dell’energia (chi) nei meridiani dell’agopuntura, ad un certo punto è prevalsa la visione del corpo come macchina ed ecco che la malattia stata vista come rottura di un meccanismo organico. Il metodo analitico e riduzionista è stato indubbiamente molto fruttuoso, tanto che ciò giustifica, probabilmente, la sua adozione come metodo di gran lunga prevalente, almeno nel mondo occidentale.

Sarebbe impossibile negare le grandi conquiste ottenute nelle diverse scienze e nella medicina grazie all’adozione del metodo analitico; tuttavia oggi sono giustamente sottolineati anche i limiti di questa prospettiva, così come le reali distorsioni che essa può produrre. Come afferma A. Scola (2): “Occorre riconoscere che la medicina sembra essere arrivata al capolinea di quel processo innescato dalla decisione di Claude Bernard di trasformare l’arte terapeutica in medicina sperimentale. Senza mettere in discussione l’imprescindibile riferimento alla scienza sperimentale, non si può evitare di denunciare il grave rischio che la medicina attuale ceda alla tentazione dell’utopia.” L’utopia principale è quella di credere che sia possibile “risolvere” il problema della malattia (e implicitamente, in prospettiva, della morte) andando avanti con lo stesso metodo adottato finora. L’enfasi attribuita al “progetto genoma”, alle strabilianti tecniche di manipolazione genetica ed ai successi pratici del modello biomolecolare (successi, invero, numericamente pochi) sta a dimostrare l’attualità di questo giudizio.

La medicina moderna soffre ancora della visione dualistica che ha le sue radici nella separazione anima–corpo (res cogitans–res extensa) operata da Cartesio. Essendosi occupata tradizionalmente delle malattie del corpo, e avendo ora a disposizione la conoscenza offerta dalle nuove scienze fisiche, la medicina non solo ha adattato i suoi quadri teorici all’interpretazione del corpo come macchina, ma si è sentita autorizzata (e quasi metodologicamente obbligata) a occuparsi unicamente del corpo (o persino della molecola), senza indulgere ad accettare riferimenti all’altra “sostanza”, e addirittura considerando come pericolose confusioni tutte le considerazioni che vanno al di là di un modo fiscalista di trattare le questioni (1). La malattia è considerata come qualcosa che colpisce una determinata parte del corpo, cioè un fatto tipicamente localizzato (da cui l’importanza dell’anatomia patologica, della diagnostica per immagini, delle analisi di laboratorio). La visione meccanicistica del corpo umano non ha causato solo la rottura della sua integrità psico–somatica ma è progredita verso una iper–specializzazione, per cui la stessa unità del corpo è andata perduta. In questo modo, si è persa la comprensione non solo degli aspetti spirituali (demandati alla sfera religiosa) ma anche degli aspetti “dinamici” dei fenomeni vitali, quelli che vengono oggi rivalutati dalle scienze della complessità, come si è visto anche nel primo lavoro di questa serie (3).

Oggi, la “punta di diamante” delle concezioni scientifiche della patologia postula l’esistenza di uno o più difetti funzionali o anomalie strutturali, su diverse scale di complessità, fino a giungere al livello della “molecola della vita”, il DNA. In tal senso, il disordine di strutture e funzioni viene ricondotto ultimamente ad un disordine molecolare e ciò rappresenta un ostacolo concettuale quasi insormontabile per comprendere i meccanismi di malattia nelle loro dimensioni che riguardano la sfera psicologica, umanistica, sociale e spirituale. L’enorme aumento delle conoscenze fornite dalla diffusione delle tecniche di analisi e particolarmente della biologia molecolare non pare sufficiente a “dominare” la complessità dei problemi sottostanti a molte patologie, anche delle più correnti, dovute spesso a molteplici fattori individuali ed ambientali. Inoltre, anche per ciò che riguarda l’aspetto strettamente biologico e “materiale”, resta largamente incompresa ogni patologia che insorga, in assenza di difetti molecolari, per una anormale interazione e/o per difettosa cooperazione tra molecole di per sé normali.

L’affronto di questo problema necessita di un nuovo quadro concettuale, che non è fornito dalla biologia molecolare stessa. Infatti, non è possibile ricostruire un corpo spezzato e frammentato (e in questo corpo intendiamo non solo l’organismo, ma anche il corpo delle conoscenze mediche) partendo dai frammenti. Ciò che occorre, per ridare unità al sapere e per trarre da questa ritrovata unitarietà delle conseguenze operative è un modello, un’esperienza “già in atto”. Abbiamo avuto già occasione di suggerire (4-8) che un contributo significativo a tale processo di integrazione delle conoscenze e delle prassi in medicina viene fornito dalle tradizioni mediche che si sono sviluppate geograficamente o culturalmente in modo autonomo rispetto al predominio della visione razionalistica occidentale. In particolare, la medicina omeopatica per oltre due secoli ha fortemente enfatizzato l’unitarietà delle manifestazioni vitali e patologiche, sfruttando operativamente la rivalutazione del principio della similitudine esistente tra le caratteristiche della patologia – nei suoi aspetti unitariamente somatopsichici – e le complesse azioni del medicinale, evidenziabili sperimentalmente sui soggetti sani (9,10). Prima e al di là delle dimostrazioni di “scientificità” e di “efficacia” del metodo omeopatico nella cura di determinate malattie – argomento vastissimo che non fa parte di questa trattazione – l’omeopatia ha oggi questo ruolo storico di servire da paradigma unitario al sapere clinico e farmacologico, con cui la scienza biomedica moderna deve saper interagire e confrontarsi, per costruire una sintesi più avanzata e più adeguata alle odierne necessità. La sintesi fondamentale è quella di una nuova razionalità medica – dove per razionalità si intende la conoscenza critica e sistematica della realtà secondo la totalità dei suoi fattori – che coniughi l’approccio “razionalista”, il quale punta alla conoscenza del meccanismo locale, e quello “empirico”, che rivaluta le osservazioni cliniche e la tradizione. Per tale sintesi tornano molto utili le acquisizioni delle nuove scienze della complessità.

Nel presente lavoro si analizzano le teorie patogenetiche secondo una prospettiva che cerca di essere coerente sia con le proposte emerse dalla storia del pensiero omeopatico sia con le più moderne vedute riguardanti le malattie multifattoriali e la teoria dei sistemi dinamici. Anche se le malattie sono ovviamente moltissime, ciascuna con le sue cause, i suoi meccanismi, le sue conseguenze – per di più esplicitanti in diverso modo nei diversi individui – qui cercheremo di enucleare quelli che sono i passaggi fondamentali e le “regole” generali che si possono vedere in opera nelle diverse situazioni. Daremo maggiore importanza ai fenomeni dinamici piuttosto che alle alterazioni anatomopatologiche ed alle diverse alterazioni biochimiche che pure indubbiamente sappiamo essere conoscenze imprescindibili per la completa conoscenza delle malattie.

Patologia dell’energia e dell’informazione

Nel primo lavoro di questa serie (3) si è utilizzato il modello di una rete dinamica a cinque nodi allo scopo di illustrare le proprietà fondamentali dei sistemi complessi e specificamente le proprietà della cosiddetta “forza vitale”. Si è visto che una caratteristica dei sistemi a rete è che essi possiedono, teoricamente, un numero altissimo di diverse configurazioni possibili (“gradi di libertà”), perché è altissimo il numero delle combinazioni degli stati dei diversi nodi. Per di più, tali

configurazioni – che idealmente rappresentano possibili diversi assetti delle relazioni tra organi, ghiandole, neuroni, cellule, molecole – non sono statiche ma in continua oscillazione omeodinamica: i singoli nodi sono caratterizzati da continui aggiustamenti “in più” o “in meno” per adattarsi agli stimoli o alle inibizioni che provengono dagli altri nodi. In questa vitale complessità di forme e di comportamenti, esiste comunque una naturale tendenza alla stabilizzazione, che essenzialmente consiste nella convergenza di successivi cambiamenti verso un numero piccolo di stati, detti “attrattori”. Gli “attrattori” sono, idealmente, delle posizioni (o comportamenti ciclici) nello spazio delle fasi¹ (detto anche paesaggio dell’energia) verso cui un sistema dinamico converge ed entro cui si mantiene nel tempo. Infatti, non tutte le posizioni (o schemi) sono energeticamente altrettanto favorevoli, cosicché una configurazione tende, col tempo, a trasformarsi in un’altra (tecnicamente si dice a “rilassarsi”), nella direzione in cui la sua energia libera² è minore, quindi a raggiungere una “buca di potenziale”, sul fondo di un “bacino di attrazione”. In tale paesaggio il sistema si sposta continuamente perché le influenze tra i nodi tendono continuamente a modificare gli schemi rappresentati, ma è “confinato” energeticamente entro una pur sempre limitata possibilità di espressione.

Nel paesaggio dell’energia possono esservi diversi bacini di attrazione o “minimi” di energia, separati da “dossi” o “picchi”, come in un paesaggio fatto di monti e di valli. L’incontro con le perturbazioni esterne e la disponibilità di energia determinano i movimenti (traiettorie) che avvengono nel paesaggio. Per maggiore chiarezza espositiva e necessità di sintesi, la trattazione della patologia viene qui presentata in riferimento ad uno schema di cinque elementi già illustrato in precedenza (3, 4, 13, 14) (figura 1). Vale la pena ribadire che quello utilizzato non è un modello matematico nel senso tecnico, ma un “modello concettuale”, cioè uno schema qualitativo di come un processo potrebbe funzionare.

In linea molto generale, dai modelli che si sono presentati, discende logicamente che lo stato di migliore “salute” potrebbe essere considerato quello in cui le relazioni tra i nodi (le parti che compongono l’organismo) avvengono in modo tale per cui le modificazioni – che abbiamo visto essere inevitabili – implicano un basso livello di dissipazione di energia. Da questo punto di vista, il consumo di energia, pur non essendo ovviamente un fenomeno patologico di per sé, rappresenta un indice del fatto che le relazioni tra i nodi avvengono in maniera “conflittuale”, cioè i nodi sono “costretti” a forti cambiamenti per mantenere l’omeodinamica corretta; ad ogni cambiamento è associato un consumo di energia e un aumento della entropia³ del sistema. Quindi, un aumento di consumo di energia rispetto ad uno stato basale rappresenta un allontanamento da un equilibrio ideale, che può essere fisiologico entro certi limiti e poi può divenire patologico secondo i criteri che qui si cercherà di illustrare.

Il consumo di energia non va mai a zero, anche se esistono alcuni animali che riescono a ridurre il consumo basale a livelli bassissimi (es. durante il letargo), perché le stesse capacità auto-organizzative dipendono dal continuo flusso di energia, controllato dall’informazione biologica⁴. Già da questo apparentemente semplice dato biologico si deduce che la patologia può avere origine in un problema di energia o di informazione. In alcuni distretti del corpo il flusso di energia per molte ragioni può calare fino ad interrompersi (es. mancanza di nutrimento o di ossigeno) o aumentare pericolosamente (es. aumento di temperatura, eccesso di cibo, traumi), causando danno biologico. Per ciò che riguarda l’informazione, probabilmente il problema più delicato, abbiamo “errori” di vario genere, sia ereditari (es. mutazioni) sia acquisiti (es. tossine batteriche, virus, fino alle informazioni di tipo psicologico e persino mass-mediatico) e tutto ciò causa quei disordini strutturali o funzionali, teleonomicamente inappropriati⁵, che chiamiamo malattie.

La malattia è, nella sua essenza, un disordine della fine omeodinamica biologica (“omeopatologia”). Tale disordine produce una modificazione patologica (nel senso di dannosa) delle strutture e/o delle funzioni, con possibili alterazioni caratteristiche a livello organico, cellulare e molecolare. Tuttavia, a ben riflettere, molti aspetti di qualsivoglia malattia rivelano non un disordine, ma un “nuovo ordine”, cioè una riorganizzazione dei sistemi omeodinamici secondo un

nuovo ed inedito schema. Tale organizzazione è diversa dallo stato “ideale” di partenza e può anche essere spiacevole o dannosa, ma, in se stessa, rappresenta un nuovo ordine.

La difficoltà di precisare il concetto di malattia deriva dal fatto che molti fenomeni che sono considerati patologici sono biologicamente utili (anche se causano dolore), rappresentando un passaggio ad uno stato di maggiore vitalità, energia e resistenza agli agenti patogeni (= guadagno d'informazione). Ad esempio, si può citare l'infiammazione e l'immunità, processi fisiopatologici che, pur avendo un costo in termini di sintomatologia soggettiva e di possibili danni organici, in realtà sono finalizzati alla riparazione, alla difesa ed all'induzione di uno stato di maggiore resistenza. In fondo, l'“arte” del medico è quella di saper distinguere nel vivente ciò che è patologico e da curare da ciò che è fisiologico e da rispettare.

Dinamiche di reazioni e di malattia (acuta)

La figura 1 illustra un arbitrario paesaggio dell'energia, con le varie “possibilità” di movimento offerte dallo schema a cinque elementi già illustrato nelle sue dinamiche per ciò che concerne lo stato di salute (3). Lo stato di salute iniziale è rappresentato con il simbolo della rete di cinque nodi, ciascuno dei quali rappresenta sistemi biologici tra loro in equilibrio dinamico, come molecole, cellule, tessuti, organi o reazioni biochimiche o bioelettriche (fase “A” in figura). Qui viene illustrato uno dei cinque nodi (A) come “inibito”, cioè caratterizzato da un piccolo difetto genetico (predisposizione) o da una suscettibilità dovuta a precedenti danni causati da altri fattori (es.: condizionamenti parentali, stile di vita, alimentazione, ecc.). Di fatto, lo stato di salute perfetta è un'assoluta astrazione: per la stessa esistenza di numerosi polimorfismi genetici nella popolazione, non esiste individuo reale che non sia caratterizzato da qualche diminuzione di performance in qualche gene o sistema di geni, rispetto ad un ideale posto come ottimale. È vero comunque che la stragrande maggioranza degli esseri viventi viene al mondo in una condizione che può essere definita come di salute (concetto di per sé molto complesso ma che in questa sede possiamo dare per acquisito).

Su tali predisposizioni, o suscettibilità, agisce un fattore patogeno esterno (o più di uno) e si verifica il danno biologico (fase “B”). Il “danno” si può definire una modificazione dell'integrità e/o dell'identità biologica di una parte dell'organismo, la cui funzionalità risulta – subito o col tempo – alterata in senso peggiorativo. Fattori patogeni di diversi tipi e di sufficiente intensità (chimici, fisici, microbiologici, ecc.), se riescono a superare le barriere naturali (es.: cute, mucose, melanina, lisozima, ciglia vibratili, ecc.) ed i primi sistemi di difesa (es.: fagociti dei tessuti connettivi, enzimi di detossificazione e esportazione della cellula epatica, proteine da shock termico, ecc.) provocano un danno biochimico strutturale e/o funzionale. Danno può verificarsi anche per “carenza” di fattori essenziali, indispensabili alla vita (energia metabolica, vitamine, aminoacidi essenziali, ecc.).

Di solito e schematicamente, il danno biologico è conseguenza dell'impatto di fattori patogeni esterni sulla predisposizione dell'individuo. Naturalmente, il danno è possibile anche per la presenza esclusivamente di fattori interni (genetici) o solo fattori ambientali, se tali fattori sono particolarmente forti o aggressivi. Tuttavia, possiamo considerare l'evenienza isolata di questi due estremi come una condizione di patologia relativamente rara, essendo le principali malattie il prodotto di molteplici fattori interni ed esterni.

Le modificazioni strutturali, molecolari o bioelettriche di uno o più nodi danneggiati divengono, pressoché inevitabilmente e automaticamente, delle “informazioni”, perché sia la modifica quantitativa di un prodotto della cellula o dell'organo, sia la stessa “modifica della forma” (es. di una molecola o di un tessuto), cambiano la “in-formazione” associata alle stesse strutture e/o funzioni. Questa fase potrebbe essere assimilata a quella che, nel caso delle reti neurali, viene chiamata “imposizione” dell'informazione alla rete (3). Messaggi di varia natura provenienti dal nodo danneggiato raggiungono i nodi che sono a contatto o connessi ad esso, i quali reagiscono di conseguenza, attivandosi o disattivandosi secondo il tipo di connessioni (fase “C”). Questa fase potrebbe essere assimilata a quella che, nel caso delle reti neurali, viene chiamata “inizializzazione”

della rete (3). La reazione si diffonde secondariamente agli altri nodi, innescando una serie di passaggi consequenziali, in una zona “lontana dall’equilibrio”, dove la spesa energetica è più alta.

In questo tipo di rappresentazione la rete è connessa al suo interno ma anche con l’esterno (altre reti), qui schematicamente rappresentato mediante il nodo “S”. Si tratta di una regola generale dei sistemi biologici: essi sono fatti da reti all’interno delle quali si possono identificare altre reti più piccole su scala ridotta (logica dei “frattali”). Ciascuna rete nella fase della reazione al danno si modifica nel suo insieme ma allo stesso tempo comunica con altri nodi esterni, con altre reti; in altre parole, la mobilitazione si allarga coinvolgendo il resto dell’organismo o almeno vari suoi distretti. L’espansione del fenomeno dipende, ovviamente, dall’entità del danno iniziale, dalle connessioni esistenti, dalla relativa velocità ed efficienza dei meccanismi di difesa e riparazione. Ad esempio, una infezione locale chiama in causa, mediante le informazioni costituite da segnali molecolari (citochine) e nervosi, i “rinforzi” da parte del midollo osseo (leucocitosi), le proteine della fase acuta (fegato, coagulazione, complemento) ed anche un controllo neuroendocrino, che consiste nella attivazione di tutta la cosiddetta risposta allo stress (14). Se questa reazione locale e generale è efficiente, il processo patologico si auto-limita, altrimenti si può espandere (es.: flemmone, setticemia, diffusione miliare, ecc.).

Seguendo le proprie dinamiche di riaggiustamento dei rapporti tra i nodi e col resto dell’organismo, come si è visto nel modello delle reti neurali (3), la rete tende a percorrere una traiettoria nello spazio dell’energia, che la porta infine a “rilassarsi” (fase “D”) fino a raggiungere uno stato (o una dinamica ciclica) di minore spesa energetica. È la guarigione, con raggiungimento di un adattamento fisiologico (fase “E”). Di solito, i nodi che hanno partecipato alla reazione rimangono “primed” (ipersensibili) per un tempo più o meno lungo, cosicché lo stato della rete non si può definire identico a quello iniziale, permanendo una “memoria associativa” dell’esperienza fatta. La memoria nel modello delle reti neurali è data dall’aumento di forza sinaptica, nel sistema immunitario è data da un riarrangiamento dei geni della memoria immunitaria e delle varie popolazioni di linfociti B e T, nei tessuti connettivi da un aumento delle cellule e delle fibre. Tale nuova memoria associativa fa sì che un eventuale secondo incontro con fattori patogeni inneschi una risposta pronta ed efficiente, con un minimo allontanamento dall’equilibrio e minor rischio di malattia. Ciò è dovuto, in ultima analisi, al fatto che ora il sistema si trova in un nuovo attrattore, più “solido” del precedente, che tollera e riassorbe maggiormente le perturbazioni.

Va precisato che l’adattamento fisiologico, che è connesso alla memoria associativa, non è legato solo al meccanismo del “priming” di uno o più nodi (come mostrato in figura 1) ma potrebbe essere legato anche ad una diminuzione di sensibilità o di reattività di uno o più nodi (ad esempio, quelli meno usati o che sono stati inibiti) oppure all’aumento/ diminuzione del numero di connessioni (cambio di connettività). La memoria è proprietà emergente della rete nella sua globalità.

La descritta dinamica naturale di reazione al danno (o alla perturbazione) potrebbe essere definita con l’aggettivo di “fisiopatologica”, nel senso che rappresenta delle modifiche fisiologiche che però sono connesse a fenomeni patologici (danno) ed a sintomi. Fin qui, comunque, la cosiddetta “forza vitale” sta operando nella massima efficienza e “intelligenza”. Su tale dinamica fisiopatologica si instaurano processi francamente patologici, che chiamiamo “malattie”, in questo caso dette acute.

La situazione di malattia acuta è rappresentata concettualmente nello schema in alto della figura 1 (fase “F”). Essa si presenta ovviamente quando il danno è molto grave oppure (meno ovviamente ma probabilmente più spesso) quando il danno scatena una reazione non proporzionata o distorta. Si verificano quindi ulteriori danni, causati non solo e non tanto dal fattore scatenante iniziale, quanto dalla reazione stessa. Esempi di tale evenienza potrebbero essere la formazione di un ascesso, di un trombo, un attacco acuto di allergia, lo shock, una sindrome da distress respiratorio, il danno che segue l’ischemia (post-ischemico), un attacco ipertensivo auto ecc. Anche a livello cellulare, si può identificare la patologia come l’innescò di circoli viziosi che si auto-mantengono o persino si auto-amplificano, sfuggendo ai limiti dell’omeodinamica energetica e metabolica: ad esempio, quando in una cellula viene a mancare l’ossigeno o l’energia metabolica (ATP), vi è il forte rischio che, per il blocco delle pompe del calcio e del sodio-potassio, si abbia aumento di calcio e sodio interni, con

depolarizzazione e aumento di attività enzimatiche, contrazione delle microfibrille, ecc. Tale paradossale aumento di attività non fa che peggiorare il problema della carenza di energia (“caos intracellulare”). Alla patologia cellulare concorrono sicuramente anche i radicali liberi dell’ossigeno che originano dalla disfunzione dei mitocondri e da altre vie metaboliche collegate al deficit energetico.

Solitamente, anche questo danno, secondario alla reazione distorta, può essere riparato dall’intervento di reazioni più ampie e generali (ad esempio la maturazione di una risposta immunitaria efficace verso il microrganismo, la riparazione delle lesioni di continuità cutanee, la rigenerazione di cellule delle ghiandole esocrine ed endocrine, l’intervento, su scala cellulare, di sistemi di detossificazione e riparazione biochimici, ecc.), cosicché si può rientrare nella reazione proporzionata ed avere la guarigione (spontanea o medicalmente assistita, purché i farmaci non causino ulteriori problemi all’omeodinamica). D’altra parte, se il danno ha interessato un organismo affetto da varie predisposizioni o suscettibilità dovute a fattori concomitanti (età, alcol, droghe, farmaci), il danno locale da reazione inappropriata può essere così grave da mettere a rischio la vita del paziente o causare invalidità permanenti (stati patologici).

Si constata che la “vera” patologia consiste in un disordine della reazione omeodinamica al danno. Ciò richiama significativamente la concezione hahnemanniana della patologia, dove la malattia viene definita come “perturbazione totale morbosa del principio dinamico interno” (Organon, par. 12), oppure “perturbazione patologica dinamica della nostra forza vitale” (Organon, par. 29). La malattia rivela un “errore” della dinamica dei sistemi biologici, dinamica che dovrebbe normalmente portare alla guarigione ma che, se “perturbata patologicamente” porta alla malattia. Ma a questo punto sorge la questione: in cosa consiste tale “perturbazione”? Ovvero, perché la “forza vitale” (omeodinamica) non si comporta in modo efficace e proporzionato, in altre parole nel modo migliore possibile? Cosa succede al punto critico della biforcazione (indicato dall’asterisco)? Evidentemente, la reazione “locale” (di una rete o di una parte della rete) avviene in modo non controllato dalle necessità dell’organismo nel suo insieme, in altre parole avviene in modo non teleonomicamente orientato. Vi è una dissociazione tra eventi reattivi locali e l’omeodinamica generale. Quando tale errore di “valutazione” si verifica, ciò dipende, ultimamente, da un difetto di comunicazioni e di integrazioni dell’intero organismo. Si potrebbe quindi sostenere che l’instaurarsi di una malattia “acuta” e “locale” è favorito da un disordine “sottostante” e “precedente”. Il caso più emblematico di tale situazione è rappresentato dalle malattie genetiche, come quelle da immunodeficit (che sono la “base” di insufficienza cronica che favorisce l’azione patogena del microrganismo che altrimenti sarebbe impossibile) o da disturbi della coagulabilità del sangue e della fibrinolisi (che sono la base di patologie acute come le emorragie o le trombosi). Qualsiasi squilibrio, anche acquisito, delle comunicazioni omeodinamiche generali predispone all’errore interpretativo dei meccanismi che dovrebbero agire localmente a scopo reattivo e riparativo.

Hahnemann era ben cosciente di questo problema, cioè della possibile insorgenza di un’incapacità regolativa nell’omeodinamica. Nell’Organon (6a ed., nota al par. 22) sostiene che “quando la forza vitale, per cause perniciose, ammalata, può esprimere le sue perturbazioni unicamente con disturbi del buon andamento della vita dell’organismo e con sensazioni dolorose; così chiede aiuto al medico intelligente. Se detto aiuto non viene, la forza vitale cerca di salvarsi acutizzando i dolori e precipuamente con violente scariche, costi quello che costi, sia pure i maggiori sacrifici od anche la distruzione della vita. La forza vitale perturbata patologicamente possiede per guarire qualità così poco esemplari, che tutte le alterazioni ed i sintomi da essa determinati nello stato dell’organismo costituiscono la malattia stessa”. Poco più sopra, nella stessa nota, l’Autore sosteneva che “è assurdo voler imitare ed assecondare i tentativi, altamente incompleti e per lo più contrari allo scopo, della forza vitale incosciente e soltanto istintiva...” Ciò significa che l’autore assimila la malattia ad una “incoscienza” della forza vitale se lasciata a se stessa, cioè una “cortezza di vedute” delle reti omeodinamiche quando agiscono in una loro autonomia rispetto ai reali bisogni dell’organismo. Si prefigura qui proprio l’idea che gli stessi potenti meccanismi coinvolti nei

processi difensivi e riparativi, innescati da fattori patogeni o traumi, possono, in particolari condizioni, amplificare il danno e causare malattie acute, anche mortali (v. anche ref. 9, p. 87).

Dinamiche di reazioni e di malattia (cronica)

È ben noto che in molte malattie non si ha evoluzione spontanea verso al guarigione. Nella visione tradizionale e scolastica, la malattia può cronicizzare per un'ampia serie di motivi, tra cui fondamentalmente:

a) un fattore di predisposizione “forte”, cioè tale per cui è causato un danno permanente o di per sé “irreversibile”: questo è il caso di molte malformazioni congenite e delle vere e proprie malattie ereditarie come i difetti del metabolismo, la fibrosi cistica, la distrofia muscolare, l'ipercolesterolemia familiare omozigote, la talassemia, ecc.; una variante di questa situazione si ha quando il fattore di predisposizione non è dannoso di per sé, ma causa un disordine della reazione, quindi una severa suscettibilità ai danni da fattori esterni: questo è il caso, ad esempio delle immunodeficienze ereditarie o acquisite;

b) un fattore patogeno esterno che è incontrato ripetutamente, in quanto è presente nell'ambiente (es.: inquinamento) o assunto volontariamente (es. fumo, alcool); una variante di questa situazione si ha con un fattore patogeno che, anche se assunto solo una volta o saltuariamente è poi difficilmente eliminabile dai sistemi di difesa e riparazione (es.: micobatterio, virus, corpo estraneo);

c) le malattie multifattoriali: la visione moderna della patogenesi della maggior parte delle malattie croniche, che affliggono la popolazione nelle società occidentali, implica la presenza di diversi fattori esterni ed interni che interagiscono causando un aumento di rischio di malattia, ma nessuno di tali fattori di per sé “spiega” totalmente la malattia. “L'ipotesi corrente è che la variazione di molti differenti geni, che causa piccoli e sottili cambiamenti nel livello di espressione o di funzione genica, possa predisporre un individuo allo sviluppo di una malattia. Tali varianti geniche predisponenti possono quindi interagire con fattori ambientali e determinare quindi il rischio finale di sviluppare la malattia clinica” (16).

Recentemente, un intero fascicolo della rivista “Science” (vol. 296, 2002) è stato dedicato alle malattie complesse; la copertina del fascicolo aveva il significativo titolo “The puzzle of complex diseases”. Le malattie moderne, vi si spiega, dipendono da molti fattori (si citano i geni, il fumo, l'inquinamento, i virus, la dieta, persino i farmaci) e dalle loro interazioni. Nonostante l'indubbio progresso che tale esposizione rappresenta rispetto al precedente approccio riduzionistico e meccanicistico tipico dell'editoria scientifica di alto livello, l'approccio alla “multifattorialità” come “interazione di molti fattori” non risolve, se non in modo molto rudimentale, la questione del “terreno” dove tali interazioni avvengono, né risponde alla domanda sul perché l'“ospite” non sia in grado di far fronte in modo efficiente ai molteplici fattori patogeni. Chiaramente, qui si dovrebbe entrare molto più nei dettagli di singole malattie, dei vari fattori coinvolti, ma nonostante molte cose si sappiano, resta il fatto che i meccanismi generali di insorgenza e di consolidamento del disordine cronico restano largamente sconosciuti, soprattutto là dove si considerano le malattie dovute a fattori molto elusivi e leggeri e che, ad una apparente parità di cause, colpiscono un individuo sì ed un altro no, e, tra quelli colpiti, con manifestazioni oggettive e soggettive molto diverse. Se fosse sufficiente identificare i molteplici fattori patogeni per poi combatterli ed eliminarli, oggi la medicina avrebbe, almeno teoricamente, risolto la maggior parte delle malattie conosciute. Purtroppo, non è così, perché abbiamo molte tessere del puzzle, ma non sappiamo come metterle insieme. È necessaria una teoria più completa e più dinamica, che tenga conto sì dei vari meccanismi molecolari, ma anche delle complesse modificazioni che possono avvenire nei sistemi omeodinamici “sani” dell'individuo, durante la fase di reazione, quando essi sono perturbati dai fattori patogeni. E sarà proprio questo il campo – dove si considerano le “regole” che governano la “forza vitale” – che si troverà la chiave per rivalutare, anche scientificamente, il possibile contributo dell'approccio sistemico e specificamente di quello omeopatico.

Considerando la figura 2, si pone l'attenzione sul fatto che una importante fase dello sviluppo di patologia cronica, è il disordine delle reazioni (fase "C"): le reazioni omeodinamiche locali e sistemiche, le quali come si è visto sono capaci, normalmente, di riparare molti tipi di danno, possono andare incontro ad un "adattamento patologico" per causa delle stesse "regole" di comportamento delle reti. Da questo punto di vista, la malattia cronica consiste essenzialmente nel passaggio del sistema omeodinamico (rete), che è coinvolto nella reazione, verso un diverso bacino di attrazione, caratterizzato da un pattern (memoria associativa) meno stabile di quello normale e sano.

Si è visto che i sistemi omeodinamici complessi hanno una certa "libertà" di assumere diversi comportamenti, diversi schemi, diversi stati di autoorganizzazione, a volte in forme fisse, a volte (probabilmente più spesso) in forme cicliche. Alcuni di questi attrattori sono equivalenti in termini di spesa energetica (quindi tutti normali), altri sono francamente patologici. Il passaggio da un attrattore all'altro di solito (nella normalità) rappresenta un "guadagno" di informazione (o di sensibilità, che in fondo non è altro che un guadagno di trasmissione di informazione (priming) e/o di connettività del sistema. Tuttavia, nella reazione a qualsiasi danno o perturbazione vi è un momento (o un periodo) in cui il sistema si allontana dall'equilibrio, raggiunge uno stato di "incertezza" tale per cui a quel punto la configurazione può "assomigliare" a quelle di diversi bacini di attrazione (asterisco in figura). In termini tecnici si chiama punto di biforcazione nell'evoluzione di un sistema dinamico. In tale situazione (favorita sicuramente da uno schema iniziale già più instabile e da fattori concomitanti) è possibile che anche piccole perturbazioni (imposizioni di pattern) spingano la rete verso una serie di comportamenti consequenziali e dinamici di reazione e poi di rilassamento (fase "D"), fino allo stato semi-stabile apparentemente più "conveniente", ma solo perché è in fondo ad un bacino di attrazione (non perché sia il migliore in assoluto) (fase "E"). Ciò comporta l'ingresso in una situazione energeticamente "irreversibile", in un ciclo auto-mantenentesi, se qualcosa dall'esterno non perturba nuovamente il sistema.

Nello schema i passaggi sono molto semplificati, per ragioni evidenti di spazio. Trattandosi di patologie croniche, si deve precisare che esse solitamente si svolgono come processi lenti, fatti di molti passaggi di danno-reazione-adattamento.

Rispetto all'adattamento fisiologico, questo tipo di adattamento può comportare una maggior spesa energetica (e sintomi di malattia) e la non completa riparazione del danno iniziale. Può comportare, e di fatto spesso comporta, maggiore suscettibilità alle malattie acute e alla progressione verso forme di danno più consistenti. Si tratta quindi di una "scelta" "economica" dal punto di vista energetico, ma non completamente "teleonomica". Essa ha conseguenze negative sull'intero organismo o su qualche altro sistema, pur trattandosi di una situazione energeticamente "migliore", anche dal punto di vista soggettivo (minori sintomi) di quella della malattia acuta e della fase di reazione locale e sistemica.

Tale visione introduce quindi una nuova concezione della dinamica della patologia. Non sono più in gioco solo i fattori patologici (esterni o interni), ma anche un errore (che potrebbe anche essere casuale, o comunque dovuto a piccoli fattori) della dinamica intrinseca auto-organizzativa del sistema in una certa fase (la "perturbazione della "forza vitale"). Come l'autoorganizzazione può produrre migliore performance, così può produrre anche patologia. Questo tipo di errore è normalmente sottovalutato nelle teorie scientifiche correnti, in favore delle modificazioni più "consistenti" cui si possono (indubbiamente) attribuire le responsabilità di molte patologie, ma che non spiegano l'aspetto dinamico e quindi spesso non consentono terapie di regolazione adeguate.

Questi concetti sono stati ben spiegati anche in un recente lavoro di Hyland and Lewith (17): "Alcune reti possono essere bloccate in stati semi-stabili. Tali stati semi-stabili possono essere chiamati minimi locali (cioè stati in cui la rete si rilassa, ma che non sono i più stabili in assoluto come sarebbe nel caso si considerassero globalmente le possibilità della rete), o attrattori (stati verso cui o attorno cui la rete è attratta)... Ad esempio l'asma e molte altre malattie croniche possono essere trattate teoricamente come stati bloccati di una rete: la patologia sottostante rimane cronicamente perché la rete non è capace, da se stessa, di raggiungere una competenza efficace

nella regolazione del sistema immunitario e neuroendocrino. Benché le conseguenze del blocco in uno stato di disregolazione siano trattabili terapeuticamente (es.: trattando gli asmatici con steroidi per via inalatoria), la patologia sottostante rimane e la malattia diviene cronica; ecco perché la terapia convenzionale è soppressiva piuttosto che curativa.”

Le (tante) diverse malattie croniche sono quindi assimilabili a tanti attrattori, più o meno diversi tra loro, in cui le reti locali e generali finiscono a seguito delle modifiche dei nodi e/o delle connessioni, a partire da una “base comune” che è data geneticamente a ciascuna specie (figura 3). In questa veduta si possono accomodare anche le diversità inter-individuali pur all’interno dello stesso attrattore perché il “paesaggio” è definibile con diversi gradi di dettaglio, secondo la precisione della osservazione. Tale idea richiama il concetto di “miasma”, tradizionalmente proposto dall’omeopatia (18), che definisce delle caratteristiche patologiche comuni tra diversi individui, i quali possono peraltro presentare diversi quadri sintomatologici individuali. È la “logica” dei frattali che si applica a qualsiasi sistema complesso. Da questo punto di vista, anche la normalità è rappresentabile come serie di attrattori che definiscono diversi “biotipi”, o “costituzioni”, o “gruppi” (es. sanguigni, HLA), secondo i parametri che si considerano, e diversità individuali più specifiche.

Cronicità e blocco dell’omeodinamica

Un ulteriore ed importante meccanismo di cronicizzazione è il disordine della reazione che insorge per la desensibilizzazione di un nodo e la perdita di connettività della rete (Figura 4). Mentre nel caso sopra illustrato la stabilizzazione di un attrattore patologico non comportava danni al sistema di comunicazione, ma solo danni ai singoli nodi e variazioni quantitative di attività, nel secondo caso si osserva che uno o più nodi non ricevono più lo stimolo perché è “saltata” la connessione. Nel nostro esempio, il nodo B non è più stimolato dal nodo “A”, ma riceve solo l’influenza inibitrice dal nodo “E”, cosicché l’attività di “B”, che precedentemente era forte, ora risulta rallentata o inibita rispetto alla fase precedente. Si forma un nuovo attrattore, con delle sue regole, con un suo nuovo ordine dinamico, che tiene conto del blocco della funzionalità di un nodo. A questo punto l’effetto prevalente risulta da un “danno” funzionale alla rete provocato dal blocco di “B”, a sua volta dovuto all’eccesso di stimolo. Questo disordine di “B” non può cessare finché la rete non ha recuperato la sua piena funzionalità, cioè finché “A” non cessa di esercitare il suo stress sullo stesso nodo. Tuttavia, proprio il mancato funzionamento di “B” impedisce la possibilità di una normale omeodinamica che porti alla guarigione.

La fase qui descritta, che indubbiamente si associa a patologia cronica, è quella che comporta “perdita di comunicazione” o “perdita di connettività” nelle reti complesse (12, 19-20): tale perdita è deleteria perché è danneggiata la stessa funzione omeodinamica ed a tale danno la rete risponde con un’ulteriore serie di adattamenti. La desensibilizzazione introduce un drastico cambiamento delle “regole del gioco” dell’attrattore, si verifica un completo riassetto delle relazioni tra i nodi, che sortisce in un tipo di rilassamento nettamente diverso da quello normale della rete in cui tutto funziona normalmente. Per il sistema biologico complesso diviene sempre più difficile “recuperare” l’immagine della reazione coordinata e coerente al danno iniziale, che viene progressivamente “dimenticato” in favore dei danni più recenti e delle nove memorie associative che si instaurano; la guarigione spontanea e definitiva diviene sempre più difficile.

Secondo la logica fin qui seguita, esiste anche la possibilità (non mostrata in figura) che la perdita di connettività della rete sia solo un momento transitorio, ma che essa sia comunque sufficiente a sconvolgerne le dinamiche così da allontanare il comportamento della rete dal bacino di attrazione originale e portarlo in uno diverso. In tal caso, anche se si recupera la funzionalità delle comunicazioni, permane comunque la patologia cronica perché si rientra nel caso sopra descritto a proposito dell’attrattore (figura 2).

Da notare che, dalla prospettiva del sistema “patologicamente adattato”, la propria condizione è una normalità, è la migliore normalità possibile date le circostanze e data la storia passata (che è presente in qualche modo nella memoria associativa dinamica del sistema). Pertanto, ogni tentativo

di spostare la rete da tale stato viene inizialmente percepito come un allontanamento dall'equilibrio, una minaccia alla stabilità raggiunta, un pericolo di aumento di sofferenza (sintomi). Lo psicotico crede di essere "normale", anche se soffre, ed in ogni caso ha paura che cambiando dovrà soffrire ancora di più. Poiché il sistema è comunque disordinato (anche se "il migliore possibile" per quella rete, dati i cambiamenti avvenuti) la dinamica patologica può complicarsi con danni ad altri sistemi o al sistema stesso, soprattutto se intercorrono nuovi fattori patogeni ("F" in figura 4). I nuovi attrattori patologici rappresentano, essi stessi, uno stato di maggiore instabilità e quindi di maggiore suscettibilità ad un danno più grave e progressivo, fino all'eventuale distruzione del sistema.

Va precisato, per completezza, che la desensibilizzazione omologa qui descritta è un importante meccanismo del disordine di comunicazioni nella rete, ma non l'unico: si possono citare anche la presenza di segnali antagonisti di natura esogena (tossine batteriche, sostanze chimiche, farmaci) o, talvolta, endogena (radicali liberi, complemento, altri fattori dell'infiammazione, autoanticorpi); mutazioni che alterano la struttura molecolare delle comunicazioni (pensiamo soprattutto ai virus, alle radiazioni ionizzanti, ai fattori cancerogeni); danno strutturale con deficit del mezzo di trasmissione del segnale (neuropatie, ischemia, sclerosi connettivale, deposizione di amiloide, ecc.). Per citare solo un esempio, è stato visto recentemente che nella schizofrenia diminuiscono le connessioni neuronali in particolari aree del cervello (21).

Il fenomeno dei blocchi di comunicazione biologica è stato descritto in innumerevoli esempi in biologia ed in patologia: ricordiamo (3) che, quando un sistema biologico (quindi anche un sistema omeodinamico del tipo di quello che stiamo qui considerando) viene stressato, va incontro alle seguenti modifiche:

- a) bassa stimolazione > priming omologo ed eterologo;
- b) media stimolazione > attivazione piena;

c) forte e ripetuta stimolazione > desensibilizzazione omologa, di solito con permanenza del priming eterologo.

Molte malattie riconoscono nella loro patogenesi dei difetti della comunicazione che insorgono nelle reti complesse dei sistemi integrati: ad esempio è stata descritta la perdita di recettori beta-adrenergici nelle cardiopatie (22, 23), la desensibilizzazione all'insulina nel diabete di tipo 2 e nell'obesità (24, 25), alle citochine ed agli oppioidi nelle malattie infiammatorie (26, 27), ai corticosteroidi nell'AIDS e nell'atopia (28, 29).

Anche la malattia più diffusa, l'aterosclerosi, è interpretabile essenzialmente come una forma di adattamento patologico della parete dell'arteria, rispetto ai danni locali da dislipidemia, ipertensione, fumo e altri fattori. Si tratta di un tentativo di riparazione non totalmente teleonomico, infatti finisce col causare ulteriori danni. Il cancro è conseguenza di una dissociazione tra la vitalità della cellula mutata (in cui si è instaurata una dis-informazione a livello del DNA) e l'organizzazione dell'intero organismo: spesso il blocco di comunicazione è dovuto a anomalie qualitative o quantitative dei recettori cellulari o delle molecole di trasmissione del segnale extracellulari (es. fattori di crescita) o intracellulari (es. protein-chinasi).

Simili ragionamenti si applicano anche alla sfera psicologica. La depressione melanconica avrebbe la sua origine fisiopatologica in una risposta generalizzata allo stress, risposta che sarebbe però sfuggita ai normali meccanismi di autocontrollo e di autolimitazione, generando risposte comportamentali non più adattative. Infatti, in questi pazienti si è rilevato un ipercortisolismo per un'ipersecrezione di CRH da parte dell'ipotalamo, che risulta insensibile al feedback negativo del cortisolo e del desametasone (30). Un problema simile si ha anche nell'invecchiamento: varie evidenze suggeriscono che l'iperfunzionalità dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene – che fra l'altro comporta più precoce danno neuronale – sia dovuta ad un malfunzionamento dei meccanismi di feedback negativo esercitati dal corticosterone sull'attività di quest'asse. L'alterazione dei meccanismi controregolatori dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene nell'invecchiamento è convalidata dalla presenza di modifiche a carico dei recettori corticosteroidi dell'ippocampo (30). In molti pazienti con malattie cardiovascolari è descritto un "blocco" a livello psicologico, nel senso di un

“deleterio adattamento allo stress” (31) per cui si registra una tendenza a sopprimere le emozioni (personalità di tipo “D”) e ciò è associato a maggiore mortalità a parità di altri fattori di rischio biologico.

Se si volesse allargare ancora l’orizzonte, si potrebbe speculare sul fatto che anche le patologie dei corpi sociali (famiglia, nazioni, etnie) implicano la formazione di attrattori patologici e mancanza di comunicazioni. Allontanandosi da una salutare omeodinamica che consenta un equilibrio tra i diversi nodi della rete pur nella normale competizione, spesso i corpi sociali si distaccano tra loro costruendosi delle “nicchie” di apparente sicurezza e stabilità. Tuttavia, poiché le “regole” delle reti si applicano su ogni scala di organizzazione biologica, tale mancanza “irragionevole” di comunicazioni causa inevitabilmente danni e patologia, con gran dissipazione di energie e risorse, conflitti.

Come la salute è garantita dalla normale omeostasi, meglio detta omeodinamica (3), così la malattia può essere vista come una perturbazione patologica dell’omeo-dinamica (da cui il termine, proposto nel titolo, di “omeo-patologia”). La patologia, soprattutto quella cronica, è un disordine dell’informazione nei sistemi dinamici e, spesso, si associa a “perdita di complessità” e di “caoticità”, riduzione di connettività, semplificazione degli schemi fisiologici, quindi minor flessibilità e plasticità (17, 32). In tal senso, le malattie croniche rappresentano una patologica “riduzione della libertà” di movimento del sistema (sclerosi tissutale, manie ed ossessioni mentali, perdita di caoticità del ritmo cardiaco, semplificazione delle trabecole ossee, ecc.). Queste nuove vedute della patologia cominciano ad avere delle ricadute anche nella ricerca più all’avanguardia in campo omeopatia (12, 33).

La terapia, sia nelle fasi acute sia in quelle croniche deve comprendere, oltre che l’eliminazione della causa prossima (fattori patogeni) e dei sintomi insopportabili, un tentativo di portare aumento di informazioni teleonomicamente orientate sulla globalità delle regolazioni in rete e coerenti con la dinamicità dei fenomeni (feed-back). Come ciò possa essere perseguito euristicamente, anche mediante l’approccio basato sul “simile” di Hahnemann, si vedrà nel terzo lavoro di questa serie.

Bibliografia

1. Agazzi E. (2002) Il significato di una medicina umanistica. *Anthropos & Iatria* 6 (1): 8-12.
2. Scola A. (2001) *Se vuoi, puoi guarirmi*, Ed. Cantagalli, Siena.
3. Bellavite P. (2004) Biodinamica, malattia e similitudine. Parte prima: la forza vitale (omeo-dinamica dei sistemi complessi). *Il Medico Omeopata* 1: 34-42.
4. Bellavite P. (1998) Biodinamica. *Basi Fisiopatologiche e Tracce di Metodo per una Medicina Integrata. Tecniche Nuove*, Milano. (www.tecnichenuove.com).
5. Bellavite, P. et al. (2001) Medicina ufficiale e terapie non convenzionali: dal conflitto all’integrazione? *Medicina e Morale* 5: 877-904.
6. Lechi A., Bellavite P. (2001) Quando la tradizione si rinnova. *Rr-Ricerca Roche* 33: 62-64.
7. Bellavite P., Pomari S. (2002) Medicina ufficiale e MNC: integrazione fattibile. *Atti del Convegno Nazionale FNOMCeO “La professione medica e le medicine non convenzionali: rischi e opportunità” - Terni 17 maggio 2002*, pagg. 43-74.
8. Bellavite, P. et al. (2003) *Medicine complementari: alternative o integrative?* In: *La conoscenza e la cura* (F. Asioli et al. eds.) CIC Edizioni Internazionali, Roma pp. 92-96.

9. Boyd L.J. (1936) *A Study of the Simile in Medicine*. Boericke & Tafel, Philadelphia. Edizione italiana a cura di P. Bellavite (2001): *Il Simile in Medicina*. Medicina Ippocratica, Omeopatia e Scienza. Edizioni Libreria Cortina, Verona. (www.libreriacortina.it).
10. Bellavite P., Signorini A. (2002) *The Emerging Science of Homeopathy*. Complexity, biodynamics, and nanopharmacology. 2nd ed. North Atlantic, Berkeley (CA). (www.homeopathic.com).
11. Conforti A., Bellavite P. (2002) *Pharmakodynamik und komplexe Systeme*. In: *Biologische Medizin in der Orthopädie/Traumatologie, Rheumatologie*, 2nd edition (H. Hess, ed.) Aurelia Verlag, Baden Baden, pp. 39-52.
12. Bellavite P. (2003) Complexity science and homeopathy: a synthetic overview. *Homeopathy* 92: 203-212.
13. Bellavite P. et al. (1998). A computer model of the «five elements» theory of traditional Chinese medicine. *Complem. Ther. Med.* 6: 133-140.
14. Bellavite P. (2001) Le regole dell'informazione biologica e loro implicazioni in patologia e terapia. In: *Energia e Informazione nei Processi Biologici che governano la Salute*. 1st FIAMO Scientific Seminary, Bologna 13 ottobre 2001. Tipografia Economica Moderna, Amelia (TR), pp. 75-95.
15. Harold F.M. (1986) *The Vital Force: A Study of Bioenergetics*. Freeman and Company, New York.
16. Talmud P.J., Humphries S. (1992) Molecular genetic analysis of coronary artery disease: an example of a multifactorial disease. In: *Oxford Textbook of Pathology*. Vol. 1 (J.O.D. McGee et al., eds.) Oxford University Press, Oxford: 126-138.
17. Hyland M.E., Lewith G.T. (2002) Oscillatory effects in a homeopathic clinical trial *Homeopathy* 91: 145-149, 2002.
18. Bellavite P., Pettigrew A. (2004) Miasms and modern pathology. *Homeopathy* 93: 65-66.
19. Bellavite P., Andrighetto G., Zatti M. (1995) *Omeostasi, Complessità e Caos, un'Introduzione*. Franco Angeli, Milano.
20. Klivington K.A. (ed.) (1997) Information, energy, and mind-body medicine. *Advances (J. Mind-Body Health)* 13: 3-42.
21. Pearson H. (2002) Schizophrenics may lose nerve links: communication between cells seems abnormal in troubled brains. Report from Society for Neuroscience Annual Meeting, Florida. *Nature*, 5 November 2002.
22. Merlet P. et al: (1992) Myocardial beta-adrenergic desensitization and neuronal norepinephrine uptake function in idiopathic dilated cardiomyopathy. *J Cardiovascular Pharmacol* 19(1):10-6.
23. Bantionio R.L. et al. (2000) Beta-adrenoceptor density in chronic infarcted myocardium: a subtype specific decrease of beta1-adrenoceptor density. *Int J Cardiol* 72(2):137-41.
24. Rustenbeck I. (2002) Desensitization of insulin secretion. *Biochem Pharmacol* 63(11):1921-35.
25. Campbell RK, White J. (2002) Counseling patients with type 2 diabetes and insulin resistance in the outpatient setting. *Diabetes Educ* 28(6):938-43, 947-50, 952-4.
26. Steele AD. et al. (2002) Interactions between opioid and chemokine receptors: heterologous desensitization. *Cytokine Growth Factor Rev* 13(3):209-22.
27. Stefferl A. et al. (2001) Disease progression in chronic relapsing experimental allergic encephalomyelitis is associated with reduced inflammation-driven production of corticosterone. *Endocrinology* 142(8):3616-24.
28. Norbiato G. et al. (1992) Cortisol resistance in acquired immunodeficiency syndrome *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 74:608-613.
29. Buske-Kirschbaum A. et al. (1997) Attenuated free cortisol response to psychosocial stress in children with atopic dermatitis. *Psychosom. Med.* 59:419-26.
30. Calogero A.E., Serra M.C. (1999) *Lo Stress* - Piccin, Padova.

31. Denollet J. et al. (1996) Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *Lancet* 347:417-421.
32. Goldberger A.L. (1997) Non-linear dynamics for clinicians: chaos theory, fractals, and complexity at the bedside. *Lancet* 347: 1312-1314.
33. Bell I.R., Baldwin C.M., Schwartz G.E. (2002) Translating a nonlinear systems theory model for homeopathy into empirical tests. *Altern Ther Health Med* 8:58-66.

1. Per descrivere le modificazioni spazio-temporali di un sistema complesso, si usa rappresentare le diverse configurazioni in uno spazio immaginario detto spazio delle fasi, in cui si descrive quindi una "traiettoria". Lo spazio delle fasi è fatto di diverse dimensioni, secondo le variabili che si possono considerare. Nel caso più semplice si possono utilizzare due dimensioni, di cui in verticale ad esempio la spesa energetica del sistema, in orizzontale il tempo o la posizione. Con questo tipo di variabili, lo spazio delle fasi può anche essere chiamato "paesaggio dell'energia", in cui il sistema si sposta occupando posizioni più o meno favorevoli per ciò che concerne il consumo di energia (o i sintomi, se ad esempio si considera in verticale lo stato di salute/malattia).

2. Energia: capacità di compiere lavoro. Vi sono numerosi tipi di energia: termica, elettrica, geopotenziale, nucleare, ecc. L'energia è espressa in joule (J), definito come l'energia necessaria a spostare un oggetto di un metro quando vi si oppone la forza di 1 newton. 1 newton (1N) è la forza necessaria per accelerare una massa di un chilogrammo ad una velocità di 1 metro/secondo in 1 secondo. Nelle cellule l'energia è immagazzinata in molte strutture e molecole, quelle più utilizzate sono notoriamente le molecole fosforilate che si generano dalla fosforilazione ossidativa. L'energia è liberata e consumata in una innumerevole serie di reazioni chimico-fisiche di trasformazione (enzimi, movimento, duplicazione del DNA, ecc...).

3. Entropia: funzione di stato che misura la probabilità termodinamica di un sistema. Il secondo principio della termodinamica afferma che ogni trasformazione spontanea è accompagnata da produzione di entropia. L'entropia assume il valore massimo al raggiungimento dell'equilibrio termodinamico, al quale corrisponde il massimo disordine delle particelle che compongono il sistema. Quando aumenta l'entropia di un sistema, non cambia la sua energia totale (1a legge della termodinamica), ma si degrada la qualità della sua energia, cioè il modo con cui essa è immagazzinata o utilizzata. Nei sistemi chiusi l'entropia aumenta inevitabilmente. I sistemi aperti, e tra questi in particolare i sistemi viventi, subiscono normalmente l'aumento di entropia ma dipendono anche dall'interscambio di entropia con l'esterno, per cui il disordine può diminuire ed il sistema aumentare il proprio grado di organizzazione. Non è ancora stabilito se l'entropia dell'intero universo fisico aumenti o no: infatti, il fatto che esso si stia espandendo e raffreddando secondo alcuni autori consente di ritenere che in esso l'entropia totale sia in diminuzione.

4. Informazione: "quel particolare tipo di energia richiesta per il lavoro di stabilire ordine" (15). In altre parole, potrebbe essere definita anche come una funzione intrinseca ad ogni struttura spazio-temporale, capace di essere trasmessa ad altra struttura spazio-temporale e, quindi, di modificarla in modo specifico. Nel mondo biologico, l'energia può essere "ridistribuita" in modo che la sua dissipazione da parte del sistema aperto porti ad un aumento del "contenuto" di energia di buona qualità (cioè aumenta l'energia capace di compiere un lavoro utile al sistema). Quale tipo di lavoro sia fatto, ed in funzione di cosa sia fatto, dipende dall'informazione. Nei sistemi viventi l'informazione è codificata in molte strutture e si serve di molti linguaggi: DNA, proteine, costituzione dei lipidi di membrana, oscillazioni di secondi messaggeri (ioni, calcio, fosfoinositoli, ecc.), persino la luce codifica informazioni biologiche ("biofotoni"). L'unità di misura dell'informazione è il bit, definibile come la quantità d'informazione necessaria per effettuare una

scelta tra due possibilità alternative (es.: bianco/nero, acceso/spento, aperto/chiuso e così via). Vi sono ancora notevoli discussioni sul problema della misura dell'informazione nei sistemi viventi, perché non tutta l'informazione biologica può essere digitalizzata, cioè misurata in bit (16,17).

5. Il concetto di "teleonomia" designa il carattere finalistico delle strutture e delle funzioni vitali, il fatto che i processi di trasformazione appaiono sempre avere uno scopo. Il sistema vivente "usa" le leggi della chimica e della fisica e l'energia disponibile al fine di crescere e raggiungere la forma adulta, di mantenere la delicata organizzazione della vita stessa e di reintegrare la struttura dopo un danno.

Clinica

Giacomo Merialdo
gmerialdo@tiscalinet.it
Insegnante Scuola CIMI-Koinè - Roma
Direttore Nuova Scuola di Medicina Omeopatica Classica "Kaos" – Genova

Porpora trombocitopenica idiopatica o morbo di Werlhof

Un caso di Cenchris contortrix

Riassunto

Un caso di porpora trombocitopenica idiopatica o morbo di Werlhof in una adolescente di 16 anni, che presenta numerosi temi appartenenti al gruppo dei rimedi-serpenti: abbandono, solitudine affettiva, seduzione, persecuzione, emorragie.

Parole chiave

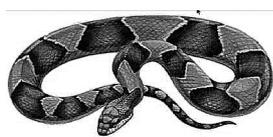
Porpora trombocitopenica – Emorragie – Abbandono affettivo – Seduzione – Persecuzione.

Summary

A case of idiopathic thrombocytopenic purpura or Werlhof's disease in a sixteen years old girl, presenting many topics belonging to snakes-remedies group: forsaken feeling, seduction, persecution, haemorrhages.

Keywords

Thrombocytopenic purpura _ Haemorrhages – Forsaken feeling – Seduction – Persecution.



Un giorno d'estate del 1994 ricevo una telefonata da una signora con forte accento toscano, che mi chiede se posso prendere in cura la sua nipotina, figlia di sua sorella, affetta da trombocitopenia. Mi faccio spiegare per sommi capi la situazione e la signora mi invita a dare un appuntamento prima a lei stessa, per spiegarmi bene, afferma, il carattere della ragazza e l'ambiente familiare in cui vive. Accetto di buon grado e la vedo appena possibile. La signora è accompagnata dal marito. Molto simpatica, loquace, allegra, si percepisce subito quanto abbia a cuore la salute della nipote e ne sia preoccupata, come lei dice: Molto più della mi' sorella, che é turchia e non vuole farla vedere da nessuno, ma qui da lei accetterà di portarla, perché la visita la pagherò io.

Domando quindi com'è la situazione:

Guardi, la mia nipote ora ha 16 anni. È sempre stata bene, poi a 14 anni ha avuto le prime mestruazioni. Sono sempre state molto abbondanti, ma fin lì tutto bene, Sara (il nome di fantasia che do alla ragazza) non si lamentava di disturbi. Poi un anno fa un bel giorno si è svegliata e aveva

tutte le gambe piene di puntini rossi, ci hanno poi detto che era una porpora emorragica. Ha fatto le analisi e li hanno scoperto che aveva le piastrine bassissime, la prima volta erano a 59.000, poi sono arrivate a 29.000. Allora... da allora ha fatto tanto cortisone, e sono salite a 130.000, ma dopo sei mesi sono di nuovo precipitate a 31.000, allora le hanno dato dell'altro cortisone più forte e sono salite, ora all'ultimo controllo ne ha 80.000. I medici hanno detto che si chiama morbo di Werlhof e non c'è altra cura a parte il cortisone, oppure dovranno togliere la milza. Ma se possiamo tentare qualche altra cura, non vogliamo che Sara s'imbottisca ancora di cortisone, e l'intervento guai... Ora le spiego la situazione. È una bimba molto gelosa, invidiosa. Molto ha preso tutto da sua madre, per la mi' sorella interessano solo i soldi, e sì che stanno bene, suo marito è un libero professionista e guadagna bene, abitano a XXX, in centro, hanno una bella casa... ma lei ha sempre avuto manie di grandezza, la migliore scuola privata per la figlia, deve essere sempre in ordine, vestita bene, tutto per l'apparenza, deve sempre dimostrare di essere ricca, importante, le dice già che si deve sistemare bene, avere un bel matrimonio, e poi non vuole spendere niente di più per farla curare. Il marito non conta nulla, porta i soldi a casa e basta. Sara poi è figlia unica, e quindi è superviziata. È sempre stata nervosa, andava a scuola dalle monache, perché quella era la scuola più 'in' del posto, e verso i sette anni ha avuto una crisi di nervi. Ma è sempre andata molto bene a scuola. Sua madre ha avuto un diabete gravidico, ha preso molta insulina durante la gravidanza, non so se ci può entrare...

Domando se Sara ha mai manifestato problemi emorragici, epistassi, gengivorragie, lividi o ecchimosi senza cause apparenti.

No, che noi sappiamo, è sempre andata bene, non ha mai avuto nulla. Ha solo avuto le mestruazioni molto abbondanti, da quando le ha.

Chiedo se è al corrente del tipo di flusso mestruale di Sara, e qui la signora si dimostra veramente informata. Intuisco anche che vi è probabilmente molta confidenza fra zia e nipote.

Mi ha sempre detto che il suo sangue è molto scuro, con tanti grumi di sangue scuri, che le fanno un po' male. Ha un carattere terribile, è gelosa di tutto. Picchia e piglia a pedate il cane, perché sta con la zia, cioè con me, anche se poi lo adora. C'è il fatto da dire che i suoi non la mettono molto al centro dell'attenzione, a parere mio... Lei vuole sempre stare con i genitori, ma loro sono sempre troppo impegnati. Sua madre poi è fanatica della pulizia e dei microbi, e poi niente cinema né autobus. Le mani se le deve lavare di continuo.

Ha studiato e fino alla terza media la madre la aiutava continuamente, ma dalla prima Liceo la trascurava di più, e la ragazza ha cominciato a frequentare i ragazzini, a sporcarsi le mani, che so, con i gelati, ed è meno seguita a scuola. Questo è successo nell'Ottobre del '92, e da Febbraio del '93 è iniziata la malattia. C'è da dire anche che la mi' sorella doveva diplomarsi in quel periodo e doveva studiare molto, così aveva trascurato la figlia.

La invito a continuare riguardo al carattere di Sara.

Lavora moltissimo di fantasia, fa un cappello su tutto. Dice sempre che molti la corteggiano. Racconta di cose belle e costose che ha, villa, piscina, che non è niente vero. Sua madre non c'era quasi mai in casa e la bimba è sempre stata educata dalla nonna, che è una gelosa, invidiosa, è piena di fantasie di grandezza. C'è sempre stata poca presenza dei genitori, poco senso della famiglia, loro non ci sono mai.

Sempre viziatissima, tutti i giocattoli, ma non ha mai avuto padre e madre, i genitori uscivano sempre la sera e lei era sempre scaricata dai parenti, in generale sempre dalla nonna, perché la baby sitter costa.

Chiedo se ricorda che tipo di "crisi di nervi" ebbe Sara all'età di sette anni.

Continuava a dire che soffocava, aveva delle crisi di soffocamento e cercava in continuazione i genitori.

Lei ha anche un sudore forte con molto odore, puzza. È un sudore acido molto puzzolente, di più alle ascelle. Poi soffre il caldo, è calorosa. È ruffiana, vuole sempre sedurre tutti. Poi è gelosissima, la gelosia la fa andar fuori di testa. Ha il terrore di rimanere zitella. Ora ha un ragazzino, ma ne ha già cambiati tanti, questo lo tiene per far vedere che ha qualcuno... Si veste sempre provocante, minigonne, vestiti attillati, camicetta aperta... Poi quando si arrabbia è una furia, sbatte la porta. Ma le ripeto, il fatto dello status sociale e delle sue fantasie è probabilmente indotto dalle idee della madre, che ha sempre voluto per lei gli ambienti d'élite.



Domando se conosce qualche paura di Sara.

Oh, sì. Delle malattie, l'ha presa dalla madre. Poi dei cani, ma ora meno, più da piccola. Dei serpenti, non li può sentire nominare, fa delle scene... Poi del buio, non va mai a letto da sola, neanche adesso. Un po' dei ladri, ma è di famiglia. Ha la claustrofobia, anche questo dalla madre.

Le rivolgo altre domande, per ottenere più notizie possibili.

È studente al Liceo Classico, non poteva farne altri, per le ambizioni della famiglia. Da grande so che le piacerebbe fare la giornalista o la dottoressa o la veterinaria.

È sempre stata in buona salute, è stata solo operata di un'ernia inguinale o crurale destra appena dopo la nascita, aveva 34 giorni, e poco dopo le era venuta una broncopolmonite, ma poi è stata sempre bene.

I test e quasi tutte le analisi non le abbiamo, neanche la mi' sorella, tengono tutto in ospedale e non ci danno le copie, e di fare analisi fuori non se ne parla, costano e poi che si fanno a fare? Ma so che i test sono positivi, non le so dire di più.

Prima visita

Circa due settimane dopo conosco finalmente Sara.

È molto graziosa, i lineamenti dolci, appena intimorita all'inizio della visita ma in seguito sempre più sciolta e spigliata. Veste in maniera molto elegante, truccata, la minigonna cortissima come già mi aveva informato la zia, lo sguardo languido e deduttivo, ma anche molto triste, capisco che cerca di mantenere una parte, un tono a tutti i costi. Di media statura, corporatura normale, capelli castano scuri più o meno tinti, lunghi. Accompagnata dai genitori: la madre piccolina, magra, secca, non mi sembra particolarmente severa ma dura, asciutta, tirata, mi evoca omeopaticamente un qualche sale di Arsenicum. Il padre mi sembra più affabile, più vicino ai problemi della figlia per quel poco che le due donne lo lasciano esprimere durante la visita. Quando può parla e percepisco la sua preoccupazione, anche se l'impressione generale è di una persona per lo più assorta e dedita al suo lavoro, con poco spazio per il resto.

Inizia la madre, raccontandomi tutti i precedenti patologici che già conosco e quindi non trascrivo. L'ultimo conteggio delle piastrine risulta essere di 68.000, sempre in terapia cortisonica. Non è mai stata presente splenomegalia. Mi informa anche che l'anno prima, poco prima della diagnosi, fu eseguito un puntato sternale, del quale mi porge il referto (è l'unico referto del quale è in possesso):

Megacariocitosi con numerose forme immature e note di vacuolizzazione, tipico da M. di Werlhof. Mi precisa che oltre alla porpora emorragica erano anche comparsi dei lividi alle gambe, grandi ognuno come una moneta, bluastri-marroncini, una vera novità poiché la pelle di Sara non era mai stata particolarmente sensibile ai colpi presi in giro. Mi ribadisce che non aveva mai sofferto in precedenza di epistassi, né di altre forme emorragiche. Ricorda altresì che ebbe una cistite nel Gennaio del 1993 per la quale prese del VELAMOX, e poco dopo comparirono i sintomi, ma che le sembra difficile attribuire responsabilità a tale antibiotico, in quanto ne aveva già fatto uso in passato, e poi i medici lo hanno escluso categoricamente.

Mi rivolgo ora a Sara, rimasta in silenzio per tutto il tempo incuriosita a scrutarmi, e decido di rivolgerle per ora domande generiche, poco impegnative, per acquisire un po' di confidenza. Le chiedo quindi se è stata più o meno magra in passato, come mangia, quali cibi preferisce ecc.

Ero molto magra fino ai dieci anni, poi ho preso un po' a ingrassare, ora vorrei molto dimagrire! L'appetito ce l'ho buono, e non vorrei... la sete è normale. Mi piacciono le cose salate: pane, pasta, focaccia, le cose piccanti. Non c'è niente che non mi piace, la cipolla forse. Digerisco bene. L'intestino è sempre stato stitico, fin da bambina, anche adesso.

La interrompe la madre precisandomi che le sue feci hanno sempre un cattivo odore, sono molto forti, provocando un chiaro disappunto della figlia. La esorto a riprendere la parola, domandandole che scuola fa, come va lo studio, se riesce a dormire abbastanza, quali sono i suoi sogni (in tutti i sensi).

Faccio il classico, ma avrei voluto fare il linguistico, perché mi piace girare il mondo. A scuola mi trovo bene, a parte quando mi fanno arrabbiare. Studio un po' volentieri e un po' no, dipende se ho delle cose da fare. Ho sempre sonnolenza, al mattino non mi alzerei mai, ma se vado a dormire al pomeriggio è ancora peggio, rimango rintonata per delle ore. La notte dormo bene ma la sera non andrei mai a dormire, fin da piccola volevo sempre stare sveglia, solo che loro non mi ci lasciavano mai... ora vorrei sempre uscire la sera.

Ho sempre caldo quando vado a letto: alle gambe, ai piedi, alle braccia, mi scopro tutta.

I miei sogni sono che vorrei viaggiare, girare il mondo e vedere un sacco di cose. I miei sogni quando dormo... ho sognato la scuola, il primo giorno, con il compito di greco. Poi sogno di solito degli amici, delle compagnie.

Mi informo del suo ciclo mestruale.

Sono sempre un po' irregolari, in ritardo. Ora per esempio non mi vengono da due mesi. Sono un po' dolorose il primo giorno, ma io sono una che sopporta sempre molto il dolore. (Madre e padre concordano). Sono molto abbondanti, lo sono sempre state, e mi durano sette giorni, gli ultimi giorni sono meno abbondanti.

Le chiedo cosa la fa arrabbiare, a scuola e in generale.

Mi arrabbio spesso. Per le PROIBIZIONI. O se non vengo considerata.

La interrompe la madre: Per farsi considerare racconta molte bugie, o gonfia le cose.

Sara: Lo faccio per avvicinare gli altri, per sentirmi più in compagnia, più del gruppo. Cosa vuoi che gonfi!

La madre: Per esempio, racconta che la zia ha la villa, con piscina e il campo da tennis.

Sara: Non lo faccio per far vedere quello che non ho. Lo faccio per entrare in rapporto.

Le domando cosa la fa commuovere.

Quando sono sola, non mi piace stare sola ASSOLUTAMENTE. Da bambina invece preferivo giocare più da sola che con gli altri e mi immedesimavo in giochi, tipo il negozio, in cui facevo tutti i ruoli, ma molto realistico, con i soldi veri e gli oggetti veri. Io recito molto bene. Quando invece mi arrabbio lo tiro fuori, voglio che gli altri se ne accorgano, voglio lanciare un messaggio. Sto bene con i miei amici, ma devono essere divertenti, un po' fuori dalla norma. Mi piace divertirmi.

Mi rivedo tutte le informazioni raccolte e non esito per Lachesis, consigliando loro di dimezzare la prescrizione del cortisone. Prescrivo quindi:

Lachesis 200 CH – Una monodose al giorno per tre giorni, seguite da placebo.

Seconda visita

Ci rivediamo dopo due mesi, nei quali i genitori mi telefonano un paio di volte informandomi dell'andamento del conteggio piastrinico: 66.000 e un mese dopo 64.000. Viene sempre accompagnata dai genitori, ma stavolta permetto solo a Sara di entrare in studio (cosa che tutti accettano di buon grado).

La vedo più rilassata rispetto alla prima visita, forse per il fatto di essere sola o anche perché abbiamo acquisito maggior confidenza. Le domando come va.

Sono molto nervosa, ho sempre degli scatti violenti. Ho anche le mestruazioni sempre in ritardo, di sette–dieci giorni e più le aspetto più divento nervosa, io sto sempre male prima, divento isterica. Piango molto in questo periodo, per qualsiasi emozione bella o brutta e il pianto non mi fa stare meglio, anzi, dopo sto ancora peggio. Ho sempre paura che il mondo sia coalizzato contro di me...

Chiedo maggiori delucidazioni.

Ho sempre paura che gli altri parlino male di me... Anche perché io ho parlato spesso male degli altri...

Ho sempre bisogno dell'aiuto di qualcuno, dovrei vivere attaccata a un'altro. Col ragazzo, se ne incontro un'altro meglio, lo cambio e non ci penso molto. DA LUI VOGLIO LEALTA' ma io spesso non la do. Con le amiche invece sono fedele e più costante.

Mi é venuto in mente che da grande vorrei fare psicologia o medicina, per fare la libera professionista, per avere il contatto diretto con le persone, mi piace gestire da me le cose... Poi non so, so che deciderò all'ultimo momento, sono come mio padre nel fare le cose all'ultimo momento. Ma ho poca voglia di studiare, sono nervosa, piango un'ora tutti i giorni. Non mi va la mia classe. Sono tutti snob. Tutti valutano la villa più grande, la macchina più lunga, a me fastidia questo, così sono sempre più sola. Non si sanno divertire, a me invece piace divertirmi per bene e ora. Il mio ragazzo é noiosissimo e gelosissimo...

Il mio carattere é anche peggiorato molto da quando faccio il cortisone, quando ne facevo di più non mi si poteva stare intorno. Ho una paura folle delle malattie, come ho qualcosa penso subito: 'chissà cosa sarà'. Ero così già da bambina, ma adesso é peggio. Ho anche paura del sesso, anche se sembro così disinibita... Penso sempre che mi vogliano violentare, fare di tutto e io sono lì inerme, a volte l'ho anche sognato. Una mia amica che ha la mamma psicologa dice che evidentemente io nel subconscio ho voglia di farmi violentare, ma io non so se é vero... ho sempre del disagio quando sono lì con un ragazzo.

Domando se ricorda qualche altro sogno.

Sempre di persone conosciute: amici e nemici, in questo periodo soprattutto nemici. Poi sogno sempre cose brutte. Del nonno all'ospedale che sta male. Del diavolo. Dei ladri, che io sono a casa e vengono i ladri, e questo lo sogno spesso, vengono per ammazzare o per rubare. Poi sogno spesso anche che c'è sempre qualcuno dietro che mi rincorre e che mi vuole fare del male... se va bene derubare, ma se no mi vuole sempre violentare e poi uccidere.

La ringrazio, dentro di me, per avermi fornito queste preziosissime informazioni. Penso ovviamente a Cenchrus, il rimedio – serpente che più di tutti gli altri ha elaborato questo tipo particolare di senso di persecuzione: quella sessuale, appunto. Noto anche, nella Materia Medica, che il rimedio sviluppa un particolare tipo di sudorazione dall'odore fortemente acido, come mi é stato riferito di Sara, più tanti altri sintomi presenti nella paziente. Lo prescrivo ovviamente, alla diluizione più

facilmente reperibile al momento e, fatti entrare i genitori, consiglio loro di interrompere completamente il cortisone. Prescrivo:

Cenchris contortrix 30 CH – Tutti i giorni per due settimane, poi solo un giorno la settimana, per quattro settimane.

Terza visita

La visita successiva avviene dopo altri due mesi, nei quali ricevo diverse telefonate sia dai genitori sia dalla zia, entusiasta e irrefrenabile nell'inondarmi di ringraziamenti, poiché dalle analisi successive le piastrine risultano essere sempre ad ottimi livelli: 180.000, 213.000, senza più prendere il cortisone. Mi raccomando sempre con loro di non farsi prendere da troppi facili entusiasmi, ma la zia mi dice che tant'è, il suo spirito toscano puro è così... Rivedo quindi Sara, anche stavolta sola.

Sono contenta, perché le piastrine vanno bene e non prendo più porcherie... Infatti sono sgonfiata di una taglia! Mi sento meglio. Anche le mestruazioni sono venute più regolari, sempre un po' in ritardo, ma solo di pochi giorni, ora mi sono venute dopo 32 giorni. E poi sono più belle, più fluide, prima avevo sempre dei grumi scuri che mi facevano male, ora sono venute più chiare, belle rosse e meno abbondanti di prima.

Domando se ha notato altro.

Ho avuto una influenza con delle grosse placche in gola, volevo telefonarle, ma poi mi è passato di mente e allora mi hanno dato degli antibiotici... io avevo paura per le piastrine, ma al controllo dopo andavano sempre bene... meno male! Ho avuto un'inizio di cistite ma se ne è andata subito da sola...

Chiedo se ha mai sofferto di cistiti.

Ne ho avute due, mi hanno detto nei primi anni di vita... poi un'altra verso i 15 anni, e lì mi ricordo che mi hanno dato molti antibiotici.

Domando come si sente in generale:

Sono sempre un po' arrabbiata, in quella scuola non ci vorrei più stare. Anche col mio ragazzo, non mi va ma non mi sento di lasciarlo, se no poi rimango sola. Ho anche paura che mi lasci, io soffro troppo se uno mi lascia, questo è drammatico per me.

Riguardo a nuovi sogni.

Non ho più fatto incubi, sogno sempre i compagni di scuola, che mi fanno arrabbiare, sogno che mi picchio...

Faccio entrare i genitori e chiedo loro come vedono la ragazza. Entrambi concordano nel dirmi che hanno notato che è un po' più calma, posata, con meno scatti nervosi. Il padre mi riferisce che ha notato in lei un atteggiamento diverso con la scuola e con gli altri, con le persone. Anche per la madre Sara è più tranquilla, un po' più contenta.

Prescrivo sempre Cenchris 30 CH, una volta la settimana per due mesi.

Nei tre mesi che seguono fino alla visita successiva ricevo le consuete telefonate dalla loro città, sia per informarmi che il conteggio piastrinico procede sempre bene, con livelli di trombociti fra i 190.000 e i 220.000, sia per chiedermi consigli riguardo a piccole patologie occasionali di Sara, febbri o mal di gola (avendo rimproverato i genitori per non avermi telefonato in precedenza, in occasione di quella faringite acuta e aver corso del possibile rischio con gli antibiotici). Io prescrivo sempre telefonicamente o placebo o qualche granulo del rimedio, con pronta scomparsa dei sintomi. Rivedo anche la zia in questo periodo, nel frattempo in cura presso di me, sia lei stessa che il marito. Mi informa che Sara la vede sempre meglio, molto meno invidiosa di prima, più tranquilla, anche un po' meno gelosa, senz'altro senza più quegli scatti isterici di rabbia. Non manca mai di

sottolinearmi dell'avarizia della sorella: Pensi che fa pagare tutto a Sara, le sue visite e anche quelle dell'ematologo!

A me francamente sembra un po' esagerato, ma non avendo modo di verificare me ne sto.

Quarta visita

Quando la rivedo noto subito il suo abbigliamento molto più semplice, meno provocante, l'assenza di trucco, vedo una ragazza che finalmente dimostra la sua età, senza forzature di "donna vissuta e fatale". Anche lo sguardo è più vivo, non potrei dire allegro, ma senz'altro spontaneo, sembra molto infantile a volte.

Sto molto bene, anche la scuola la prendo un po' meglio. Tanto ormai non me la sentirei di cambiarla per rifare tutto daccapo e allora mi sono rassegnata, tanto vale prenderla bene.

Sono un po' depressa, perché il ragazzo mi ha lasciato, e poi anche un altro mi ha lasciato... Ma non ho fatto crisi isteriche, l'ho presa così...

Sono un po' più serena, ma ho tanta voglia di crescere, che passi il tempo, per finire quella scuola e poi lavorare e andarmene via di casa...

Stavolta ho fatto qualche sogno, di nuovo un po' brutto: di gente che mi rincorreva per farmi del male, per violentarmi. Un altro, di essere ad una festa e di essere sola, mentre tutte le amiche erano con i ragazzi.

In generale sono anche un po' stanca, ogni tanto mi viene mal di gola, ma vado anche sempre in giro con una magliettina... Ma quando sto fuori sto benissimo, è quando torno a casa che mi viene la stanchezza.

Alla mattina mi sveglio già stanca... Come se mi sentissi la febbre, ma poi me la misuro e non ce l'ho mai, poi la stanchezza mi va via quando esco di casa, e mi torna al pomeriggio quando rientro, ma se sto fuori non ce l'ho.

Non ci sto tanto bene in casa, i miei non li sopporto più, poi vorrei anche cambiare i mobili della mia camera, ma è come col ragazzo, anche se non mi va bene ho troppa paura di cambiare, neanche i mobili, anche se sono disordinatissima e perdo tutto.

A questo punto si lancia in una filippica devastante contro il ragazzo che l'ha appena lasciata, enumerandomi decine e decine di pettegolezzi riguardo la sua famiglia. Una visita che mi ricorderò! Prescrivo Cenchrin 200 CH in gocce, per tre giorni (più placebo) e al bisogno.

Conclusioni

Dopo sei mesi da questa visita ho finalmente l' "onore" di osservare un'emocromo, unitamente al referto di un nuovo puntato sternale, questa volta assolutamente normale.

Sara sta bene ed il conteggio piastrinico è ulteriormente salito su valori intorno ai 230.000.

Questo avviene nell'autunno del 1995 e mentre scrivo sono passati più di cinque anni da allora, anni nei quali ho rivisto Sara sempre più sporadicamente, in media una volta l'anno, più che altro per mantenere da parte sua un certo rapporto con me (così mi ha detto lei stessa). Ho anche sempre modo di sapere di lei anche dall'onnipresente zia, che periodicamente viene in visita col marito.

Sara (ora scrivo nel 2000), è sposata da due anni (per andare via di casa, mi ha detto: Non ne potevo più!) anche se il matrimonio pare non sia felicissimo. Studia Lingue, quello che ha sempre desiderato, anche se i suoi avrebbero voluto un'altra facoltà, tipo Legge. Non ha mai più preso cortisone né antibiotici, né ha più lamentato sintomi emorragici. Il conteggio piastrinico si è sempre mantenuto a livelli ottimali, come anche è risultato negativo un'ulteriore puntato sternale, eseguito nel 1998.

Breve nota: questo caso è stato da me trascritto nel 2000, da allora sono trascorsi altri quattro anni, nei quali Sara si è sempre sottoposta ai vari regolari controlli che hanno sempre dato esito negativo, al punto che gli stessi ematologi l'hanno praticamente dimessa, consigliandole di farsi viva solo se avesse notato qualche recidiva.

Clinica

Giandomenico Lusi
g.lusi@libero.it
Medico Chirurgo Omeopata – Roma

Gustavo Dominici
gdominici@mclink.it
Medico Chirurgo Omeopata – Roma

Terapia omeopatica in un caso di cardiopatia grave

Riassunto

Caso clinico di una paziente affetta da cardiopatia grave di tipo ischemico coronarico, che ha subito un intervento di by-pass aorto coronarico complicato da esteso infarto post operatorio ed insufficienza cardiaca grave a giudizio prognostico sfavorevole. Accanto alla terapia di base con farmaci allopatrici, mantenuti in numero e dosaggio minimi, si è intervenuti con la terapia omeopatica, affrontando e risolvendo situazioni critiche. Follow up di cinque anni. Sono stati prescritti vari rimedi omeopatici seguendo i criteri dell'omeopatia classica: Carbo vegetabilis e Digitalis in particolar modo. Da quasi un anno la paziente assume regolarmente Latrodectus mactans, rimedio che ha notevolmente migliorato sia le sue condizioni cliniche che la vita di relazione e che ha permesso di diminuire in frequenza e risolvere le ricorrenti crisi di edema polmonare. Il caso conferma che la terapia omeopatica, quando usata con precisione, può essere molto utile anche in malattie gravi, migliorando notevolmente il giudizio prognostico.

Parole chiave

Cardiopatia grave - Associazione terapeutica - Omeopatia classica - Latrodectus mactans -
Cardiopatia grave e terapia omeopatica

Summary

This is a clinical case of a patient, badly affected by severe ischaemic heart disease, who had undergone aorto-coronary bypass, which was complicated by an extensive postoperative myocardial infarction and cardiac failure. The patient was deemed to have an unfavourable prognosis. In parallel with orthodox (allopathic) prescribing, which was restricted in both dosage and number of medications, homeopathic care was given, which both addressed and resolved clinical exacerbations. Five year follow- up. Various homeopathic medications were prescribed according to classical homeopathic criteria, notably: Carbo vegetabilis and Digitalis purpurea. For most of the last year the patient has regularly taken Latrodectus mactans, a remedy which has remarkably improved his personal life and has allowed both a diminution in frequency and the actual resolution of his recurring pulmonary oedema episodes. This case confirms that homeopathic treatment, used with precision, may also prove helpful in serious illnesses, particularly as regards the prognosis.

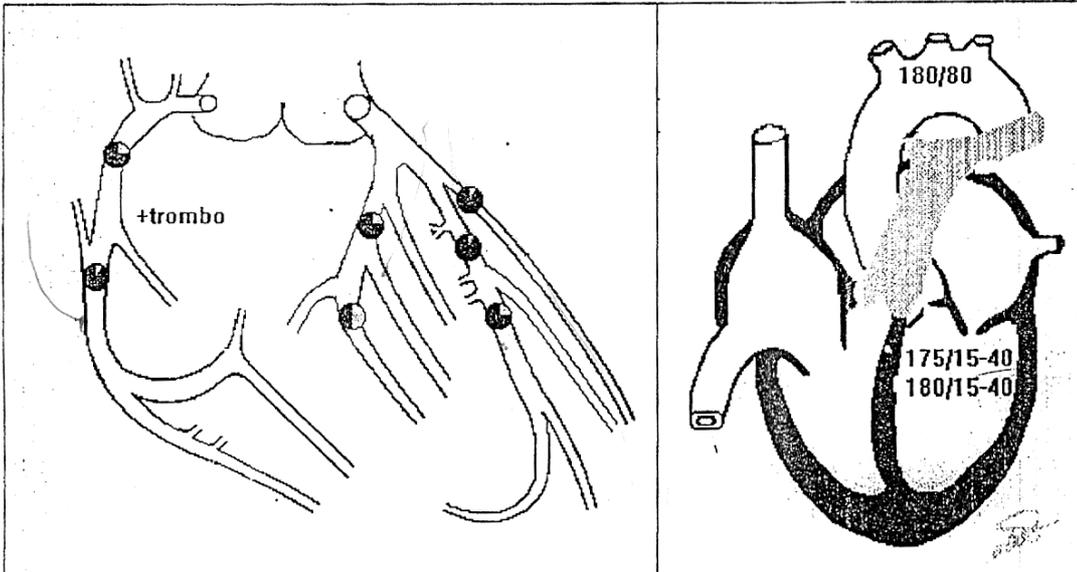
Keywords

Severe cardiac illness - Therapeutic associations - Classical homeopathy - Latrodectus mactans -
Severe illness and Homeopathy

Questo lavoro è stato presentato al V Congresso FIAMO di Medicina Omeopatica di Roma nell'Ottobre 2003. Lo riproponiamo, corredato da ulteriore follow up, che conferma il brillante risultato della terapia omeopatica con il rimedio Simillimum del caso.

AZIENDA OSPEDALE S. FILIPPO NERI (ROMA)
 UNITA' OPERATIVA DI EMODINAMICA
 Primario Prof. G. Richichi

Sig. _____
 Data 28.9.98 Reparto P.CASILINO
 Età 26.2.25 Arch. _____



 <20 20-50 50-70 70-90 90-99 100%	 Collaterali	Dilatazione VSX + ++ +++	Graft mammario Graft venoso
Rn off 1' 2' 3'	Ramo intermedio @	Piccolo calibro < Grande calibro >	
		N Normale I Ipocinetico A Acinetico Ds Discinetico Di Dilatazione Ip Iperetrofico	AB Antero-Basale PB Postero Basale AL Antero-Laterale P Punta D diaframmatico S setto Laterale: sup.- post.- inf.

CONCLUSIONI

Malattia coronarica multivasale e multisegmentale.
 Duplice stenosi ipercritica la prima e critica la seconda nel 1° e 2° tratto della DA.
 Stenosi ipercritica D1 primo tratto con esteso territorio.
 Duplice stenosi critica e subcritica della CX1° e 2° tratto.
 Duplice stenosi critica e ipercritica nel 1° e 2° tratto della CDX.
 Non eseguita ventricolografia SX per l'elevata pressione telediastolica.

DR. D.CESARI

TL

Paziente: _____ Nata il: 26/02/1925 Data Esame: 03/11/1998 Tape: 755
Altezza: cm _____ Peso: Kg _____ BSA: _____ Ritmo: _____ FC: _____ Arch: _____
Provenienza: Cardiochirurgia Qualità dell'esame: _____
Motivo dell'esame: Controllo postoperatorio

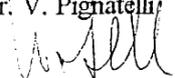
Paziente: _____ Nata il: 26/02/1925 Data Esame: 03/11/1998 Tape: 755 Arch: _____

DOPPLER

<u>Valv. Mitr.</u>	Area Funz.: <input type="text"/> cm ²	Indic.: <input type="text"/> cm ² /m ²	Grad Med: <input type="text"/> mmHg	Insuff: <input type="text"/> 2 +
<u>Valv. Ao.</u>	Area Funz.: <input type="text"/> cm ²	Indic.: <input type="text"/> cm ² /m ²	Insuff: <input type="text"/> +	IA HT: <input type="text"/> msec
	Grad Max: <input type="text"/> mmHg	Grad Med: <input type="text"/> mmHg		
<u>LVOT</u>	Grad Max: <input type="text"/> mmHg	Grad Med: <input type="text"/> mmHg		
<u>Valv. Tricusp.</u>	Insuff: <input type="text"/> 3 +	PSP: <input type="text"/> 55 mmHg		
<u>Valv. Polmon.</u>	Insuff: <input type="text"/> +	Grad: <input type="text"/> mmHg		

CONCLUSIONI

- 1) Dilatazione ventricolare sinistra con ampia acinesia apicale, settale ed anteriore e riduzione degli indici della funzione sistolica.
Atriomegalia sinistra.
- 2) Insufficienza mitralica moderata.
Insufficienza tricuspide moderata-severa.
- 3) Ipertensione polmonare moderata.

Dr. V. Pignatelli


PRESIDIO OSPEDALIERO USL RM B
POLICLINICO CASILINO-via Casilina 1049-tel.260340/264644-00169 Roma

 **CARDIOLOGIA - UTIC**
Primario : Dott. A. Gemelli

RELAZIONE DI DIMISSIONE

Sig. ra		Eta': 78
nato a: Magliano dei Marsi	il: 26/02/25	
Indirizzo:	Citta': Roma	Tel:

Cartella clinica n. 703/24

Medico curante dr.

Ricoverato dal: 16/01/03 al: 27/01/03 gg degenza: 11

F.I.C.

Diagnosi:

Cardiopatía ischemica con re-infarto miocardico senza sopralivellamento ST (NSTEMI) in sede infero-laterale in paziente con pregressa necrosi in sede inferiore ('98), sottoposta ad intervento di rivascularizzazione mediante quadruplici CABG (AMIS su DA; graft venosi su D1, CDx e MO) ottobre '98 complicato da re-infarto miocardico in sede anteriore in fase post-operatoria. Insufficienza ventricolare sinistra (classe funzionale NYHA III). Dislipidemia.



AZIENDA USL RM B - POLICLINICO CASILINO
DIVISIONE DI CARDIOLOGIA
 Primario dott.A.Gemelli
ECOCARDIOGRAMMA MONO-BIDIMENSIONALE
e DOPPLER

ROMA, li: 14 giugno 2001

Cognome:	Nome:	anni	76
Esame N.:	Reg.:	Provenienza:	
Peso Kg: 62	Altezza cm: 155	S.C: 1,6	PAmx: 130 min: 80
Quesito clinico: card. ischemica			

SEZ.DESTRE: dimensioni ai limiti superiori della norma; rigurgito tricuspide con press. sist. VDX stimata 75 mmHg

ATRIO SIN: diametro 43 mm; dilatato in 2D (32 - 46)

VENTRICOLO SINISTRO misure espresse in mm. (valori normali tra parentesi)

DTD: 63 (38 - 49) DTS: 50 (22 - 32) FS: 21% (>30%)
 SIVd: 9 (9 - 13) SIV s: 14 (> 14) EF 2D: 35% (>55%)
 PVPd: 9 (9 - 12) PVPs: 13 (> 15) IMassa: 182
 PSS: (233 - 362) ESS: (101 - 146) r/s:

-Descrizione: volumi aumentati; geometria irregolare per area asinergica antero-setto-apicale; diffusa ipocontrattilità

Doppler in afflusso: decel. E: F.C.: pE/pA: >1

Analisi della cinesi segmentaria:	SIV ant.	SIV inf.	p.ANT.	p.LAT.	p.POST.	p.INF.
Ipocinesia = p.1	Basale: 1	1				1
Acinesia = p.2	Medio: 2	2	2			
Discinesia = p.3	Apicale:	2	2	2		2
n.x1: 3	n.x2: 14	n.x3:	Punteggio di asinergia:		Estensione %:	

MITRALE: dist. E/tang.SIV aumentata; onda b telediastolica; rigurgito di media entità

AORTA: note di sclerosi vasale e valvolare; al Doppler assenza di rigurgito (26 - 37) significativo

PERICARDIO: ispessimento posteriore

CONCLUSIONI: AORTOSCLEROSI. DILATAZIONE E DIFFUSA IPOCONTRATTILITA' V.S. CON ESITI DI NECROSI ANTERO-SETTO-APICALE E FUNZIONE SISTOLICA GLOBALE DEPRESSA; SEGNI DI ELEVATA P.T.D.V.S. INSUFF. MITRALICA DI MEDIA ENTITA'. IPERTENSIONE POLMONARE.

Il Cardiologo: **Roberto Scioli**

L'Omeopatia ci offre la possibilità di affrontare casi molto gravi, a prognosi infausta, con risultati spesso superiori alle previsioni. In situazioni di questo tipo i problemi da risolvere sono numerosi e richiedono necessariamente: una preparazione medica di base eccellente, che ci permetta di comprendere la condizione organica del paziente e le possibili complicazioni; una conoscenza dell'Omeopatia vasta e sintetica, capace di selezionare velocemente il rimedio adatto al caso, perchè il tempo a disposizione generalmente è ridotto; un equilibrio nella scelta terapeutica, dovendo necessariamente associare farmaci tradizionali a rimedi omeopatici. Se queste condizioni, espresse magistralmente nel § 3 dell'Organon, sono soddisfatte, si può arrivare a risultati sorprendenti ed un dosaggio di farmaci chimici veramente minimo. Un ruolo fondamentale lo ha il tasso di disponibilità del paziente, che in questo caso si è rivelato un alleato formidabile, arrivando perfino al litigio con i medici delle strutture pubbliche, rei di ...prescrivere troppi farmaci che fanno solo male!

Caso di cardiopatia grave

La paziente è una donna di 73 anni.

Anamnesi patologica

Padre deceduto dopo due infarti, ipercolesterolemia.

Paziente già in cura omeopatica.

Il 6 Giugno 1998, a causa di un dolore precordiale che si irradia al braccio sinistro e che aggrava con il movimento, la paziente viene ricoverata in in UTIC per infarto del miocardio posteriore. Un ecocardiogramma depone per acinesia della parete posteriore del ventricolo sinistro. Viene dimessa il 26 Giugno 1998 con diagnosi di infarto miocardico acuto non Q e terapia con digitale, diuretici e nitroderivati.

Il 28 Settembre 1998 viene eseguita una coronarografia (Figura 1) che evidenzia: Malattia multivasale e multisegmentale, con numerose stenosi critiche ed ipercritiche sui principali rami coronarici.

Viene messa in lista per intervento di by-pass aorto coronarico.

Il 26 Ottobre 1998, dopo una prolungata crisi anginosa che aveva richiesto un nuovo ricovero, viene praticato un quadruplo by-pass aorto coronarico.

Il decorso post-operatorio si complica con un ulteriore infarto che colpisce la parte anteriore e settale del ventricolo sinistro. Viene applicato un contropulsore aortico per insufficienza cardiaca a bassa portata e politrasfusa per emorragia imponente dai drenaggi. L'ecocardiogramma riporta (Figura 2):

Dilatazione ventricolare sinistra con ampia acinesia apicale settale ed anteriore e riduzione degli indici della funzione sistolica. Atriomegalia sinistra. Insufficienza mitralica moderata. Insufficienza tricuspидale moderata-severa. Ipertensione polmonare moderata.

Il 19 Novembre 1998 viene dimessa. Terapia con digitale, diuretici e nitroderivati.

La classificazione della sua patologia cardiaca corrisponde allo stadio III- IV della NYHA (New York Heart Association). La prognosi è severa, nessuno si esprime in termini precisi, ma la condizione della paziente risulta molto grave.

21 Novembre 1998 – Visita domiciliare

Dimessa dall'ospedale, la paziente è molto provata, debole, incapace della minima attività, con profonde occhiaie. Si rilevano i seguenti sintomi:

Ulcere sulle ferite chirurgiche, senza tendenza a guarigione.

Profonda ferita alla coscia sinistra, dove furono asportate lembi di tessuto venoso per l'intervento di by-pass, circondata da tessuto cianotico, senza tendenza a cicatrizzare.

Cianosi marcata a tutti gli arti inferiori.

Frequenza cardiaca elevata.

Si assopisce mentre le si parla; parla nel sonno, si sveglia di soprassalto al suono della sua stessa voce.

Talvolta si sveglia, pensa di essere guarita; poi mette i piedi a terra e si rende conto di non avere le forze.

Evita di vedere gente a causa della stanchezza, anche i familiari.

Le ripugna il cibo, spesso ha nausea.

Per questi sintomi, in particolare la cianosi agli arti inferiori, si prescrive:

Carbo Vegetabilis 200K.

Migliorano rapidamente la cianosi e le ferite, sino a scomparsa della prima e cicatrizzazione completa della seconde. Successivamente si prescrivono Arnica montana e Plumbum metallicum, che producono un miglioramento di minore entità.

31 Marzo 1999 – Visita domiciliare

La paziente è molto provata, debole, avvilita anche a causa della malattia del marito, che morirà in seguito.

Non so come sto... Mio marito sta molto male, piange, ha paura di morire ed io non so che fare.

Ho una tosetta... Sembro tisica, una tosse stizzosa.

Sono stanca, non riesco ad essere precisa in nulla, sto bene solo a letto.

Ho avuto un dolore qui (indica il cuore), e a sinistra (spalla e braccio); mi sono svegliata alle 4 che mi sentivo come dopo operata. Sento come un blocco, proprio qui, debbo tenerci la mano poggiata.

Sono stanca, affannata, sto seduta a letto; sono annoiata, apatica, stufa, stanca.

Faccio dei sogni brutti... avevo qualcosa, come un crostaceo da mangiare, lo mettevo in bocca, lo stringevo, lo stavo distruggendo con i denti... ma avevo tanta paura che accadesse qualcosa di brutto, tanta paura!

Ho i piedi sempre freddi, devo coprirli.

Repertorizzazione (Synthesis 8)

1. MIND - FEAR - happen, something will
2. CHEST - PAIN - Heart
3. CHEST - PAIN - Heart - extending to - Arm - left
4. CHEST - OPPRESSION – Heart
5. MIND - GRIEF

Aconitum, Digitalis, Naja e Tarentula coprono i 5 sintomi. Studiamo i rimedi e, con numerose perplessità, scegliamo Digitalis Purpurea.

Nonostante i dubbi il rimedio si rivela subito efficace, sin dai giorni seguenti. La paziente lo assumerà per oltre due anni, alle potenze 5CH ripetuta, 30CH ripetuta ed infine 200K, con grande beneficio di tutta la sintomatologia, in particolare un diradamento delle frequenti minacce di edema polmonare (Figura 4). Raramente vengono prescritti rimedi differenti, per brevi periodi, con risultati assai meno soddisfacenti.

19 Agosto 2002 – Visita domiciliare

Le condizioni della paziente, per quanto discrete, rimangono sempre a rischio di complicazione improvvisa e fatale, in particolare nella stagione estiva. Ora la paziente vive sola, dopo la perdita del marito. I sintomi:

Ogni giorno alle 11-11.30 mi sento morire, mi viene il fiatone, sono molto stanca.

Mi è tornato il dolore al vertice della testa, che peggiora pettinandomi.

Mi sento vuota, poco stabile, la testa e le gambe non corrispondono, vanno per fatti loro.

Gli occhi mi lampeggiano, mi luccicano.

Ho dolore al braccio sinistro, al cuore e alla schiena, come una morsa che mi comprime.

Ho anche dolore al gomito sinistro, come se fosse scottato.

Ho la sensazione che le pareti dello stomaco si scontrino.

Non sopporto l' odore delle mie feci.

Ho dolore al padiglione dell' orecchio destro, come se mi desse un colpo, di notte, poi spesso mi viene un livido in quella zona.

Avverto la presenza di mio marito, è come se fosse vivo vicino a me, mi tocca il naso.

L'aggravamento alle 11, il dolore costrittivo come una morsa, il senso di pesantezza alla testa e tutta la sintomatologia cardiaca, compreso l'aspetto dilatativo, ci portano a prescrivere:

Cactus Grandiflorus 200K.

Nonostante la nostra fiducia la terapia non sortisce un effetto rilevante.

Si stabilizza la pressione arteriosa, ma le condizioni della paziente e i sintomi rimangono sostanzialmente invariati.

9 Settembre 2002 – Visita domiciliare

Torniamo a visitare la paziente, ricercando gli elementi per una prescrizione migliore. Si confermano i sintomi dalla visita di venti giorni prima, inoltre:

Ho qualcosa al petto che mi da' fastidio, come un dolore che va alla schiena e alle mammelle.

Quando cambia il tempo sento dolore dappertutto.

Ho dolore allo stomaco, mentre mangio, mi corrisponde dietro, alla schiena.

Sento una stanchezza enorme, nel fare qualsiasi cosa.

Ho crampi ai polpacci, specie il sinistro.

Ho sognato uno scorpione nero che stava dietro l'orecchio, mi ha fatto molta impressione.

Qualche giorno fa stavo male volevo litigare con qualcuno e avevo dolore al petto e respiro scarso.

Ho sempre dolori ai lobi delle orecchie.

Ho sempre freddo.

Sono questi i momenti in cui ci si chiede se si è fatto tutto il possibile e se il paziente può ancora trovare giovamento dalle nostre cure. La risposta l'abbiamo cercata rivalutando il caso con ancora maggiore attenzione e tenendo ben presente il § 3 dell'Organon (...capire la malattia... conoscere i rimedi... la dose giusta...) ed i § 257 e 258 riguardanti la ingiustificata predilezione per certi rimedi ed il pregiudizio verso altri.

Si riesaminano i sintomi, compresi quelli della visita precedente tuttora presenti e si cerca una scrupolosa repertorizzazione (Synthesis 8):

1. MIND - DEATH - sensation of
2. MIND - FEAR - death, of - heart symptoms, during
3. MIND - FEAR - death, of - angina pectoris; during
4. CHEST - CONSTRICTION - Heart - extending to back

La repertorizzazione indica Aconitum e Latrodectus mactans come gli unici rimedi che includono 3 dei 4 sintomi. Altri 8 rimedi includono due dei quattro sintomi, fra cui Digitalis e Theridion, un altro ragno. Anche quando si scelse Digitalis un altro ragno, Tarentula, comprendeva tutta la sintomatologia della paziente. In particolare Latrodectus è l'unico rimedio che presenta due sintomi peculiari della paziente: la sensazione di morte - unico rimedio al terzo grado - e la costrizione al cuore estesa alla schiena, quest'ultimo insieme a Lilium tigrinum. Inoltre si deve considerare che Latrodectus compare nel Repertorio con soli 186 sintomi, certamente un numero molto inferiore alla potenzialità morbigena/terapeutica del rimedio, per cui risulta poco probabile che una repertorizzazione lo indichi come rimedio principale.

Prendendo spunto dai risultati della repertorizzazione, cerchiamo verifiche all'ipotesi Latrodectus mactans sulle Materie Mediche. Il Boericke:

Il morso del ragno produce effetti tetanici... La regione precordiale sembra essere il centro dell'attacco. Costrizione dei muscoli del torace che si irradiano alle spalle e alla schiena. Il Borland ci ricorda la possibile diagnosi differenziale con Cactus: Come in Cactus tornano i segni fisici di un deficit cardiaco, ma in più in Latrodectus è sempre presente una marcata irritabilità e sempre i pazienti presentano torpore al braccio e alla mano e dolori precordiali anche molto severi.

Il Clarke e lo Hodiamont si rifanno in buona parte all'opera di Anshutz, che sembra essere il riferimento principale per questo rimedio. Nella trattazione del rimedio Anshutz riporta alcuni casi di avvelenamento per morso di *Latrodectus mactans* dove troviamo i sintomi già espressi e, meglio evidenziati, i sintomi legati agli spasmi dell'apparato digerente come nausea, vomito, diarrea, costrizione allo stomaco.

Confortati da tali riscontri giudicati di buon livello, prescriviamo:

Latrodectus Mactans 6 LM gocce

5 gocce diluite in acqua, agitando ogni volta il flacone, a piccoli sorsi durante tutto il giorno, agitando anche la soluzione prima di ogni somministrazione, fino a modifica del quadro sintomatologico.

Dopo alcuni giorni la paziente, visibilmente sollevata, ci racconta tre sogni consecutivi:

Nel primo c'è un bambino su un ponte che ripete il rumore dell'acqua.

Nel secondo una sua figlia, con la quale ha avuto dissidi, le è vicina e il calore del suo corpo la fa dormire meglio.

Nel terzo un gatto le si è attaccato alla sua mano e non riesce a scrollarlo, si sveglia contrariata e impaurita.

La paziente si presenta attiva e loquace, i dolori al petto e alla schiena si sono attenuati, così come il peso alla testa. Si sospende il rimedio temporaneamente, ma subito la paziente tende a ricadere, per cui si decide di farlo assumere con continuità, con le stesse modalità. I dolori al petto che vanno verso la schiena scompaiono per lunghi periodi, come pure la paura di morire. Il tono generale migliora, riprende a fare progetti.

16 Gennaio 2003

Visita domiciliare urgente

La paziente è pallida, sudata, dispnoica, fredda al tatto.

Sento dolore al torace come una morsa, ma non forte, sento però che non posso respirare, questa volta è arrivata la fine.

Vorrei vomitare o almeno ruttare o andare di corpo.

All'esame obiettivo il torace presenta un quadro di edema polmonare. La terapia allopatica, diuretico in vena, non sortisce effetto. Si decide di farle assumere:

Latrodectus Mactans 12LM

Si sceglie una potenza superiore perché la 6LM non sembra sortire più effetto.

Posologia: poche gocce in acqua, a sorsi ravvicinati.

Poco dopo l'assunzione iniziano improvvisamente una serie di eruttazioni molto sonore, subito dopo riesce ad evacuare. Torna ed ha ancora eruttazioni, ma si sente meglio, il dolore si è calmato, l'espressione meno ansiosa.

Hodiamont: ...Crede che ogni respiro sarà l'ultimo...il cuore è gravemente colpito e minacciato di paralisi; i suoi battiti sono accelerati e deboli; il polso diventa come filiforme, salendo a 130 ed oltre. Il malato è freddo come il marmo e in uno stato quasi sincopale. A questo si aggiungono crampi gastrici e addominali che possono essere seguiti da nausea e da vomiti e quindi da coliche e diarrea. Se il malato può evacuare, sente sollievo perché ha provocato così una crisi di eliminazione.

Il cardiologo decide per il ricovero per sospetto infarto miocardico. All'arrivo dell'ambulanza la paziente è calma, tranquilla, non desidera essere accompagnata. In ospedale discute più volte animatamente con i medici, rei di somministrarle troppe medicine, si arrabbia, vorrebbe andarsene a casa. Il 27 Gennaio 2003 la paziente viene dimessa (Figura 4) con diagnosi di reinfarto senza slivellamento S-T in sede inferiore e terapia con carvedilolo, diuretici e nitroderivati.

Segue terapia con *Latrodectus mactans* 12 LM.

1° Maggio 2003 – Visita domiciliare

La paziente ha trascorso dei mesi in buona salute.

La troviamo di buon umore, un po' affrettata, veloce nel parlare.

Ho pesantezza alla schiena, sono stanca, certe volte mi avvillisco crollo vorrei uscire, sono bloccata.

Il sonno è buono, per un periodo ho sognato cimiteri, cappelle, ma ora non più. Sogno anche mio marito, cose belle, a volte mi meraviglio che non sia vero.

Sento sempre freddo.

Ho un peso al cuore e a tutte le ossa intorno.

Ho dolore al padiglione dell'orecchio destro, temo mi venga il solito livido.

Problemi in famiglia tra i figli e molti parenti seriamente malati (dice questo in modo concitato, veloce).

Latrodectus Mactans 18 LM gocce

Tre gocce/die.

Dopo un paio di giorni si genera una secrezione sierosa dall'orecchio, sintomo esonerativo presente addirittura sin dall'infanzia; torna una vecchia micosi e una dermatite tra le dita delle mani. Per il resto, ed attualmente, le condizioni sono eccellenti.

22 Luglio 2003 – Visita domiciliare

Come ogni Estate la Paziente accusa il peso del caldo e della solitudine che aggravano il suo stato.

La troviamo indebolita, perfino abbattuta. Ci dice:

Sento affanno, se mi muovo, ma faccio tutto, però piano.

Certe volte il petto mi dà fastidio...le ossa, qui (indica il precordio).

Dormo bene, ma al mattino mi sento sgangherata, poi mi metto in moto e non mi fermo più.

Latrodectus Mactans 18LM gocce

5 gocce, in acqua, a sorsi durante il giorno, dopo scuotimento della soluzione.

Si sceglie di mantenere la stessa potenze del rimedio, ma di aumentare il numero delle somministrazioni giornaliere, diluendo il medicinale in acqua.

3 Dicembre 2003 – Visita domiciliare

Perfino meravigliati dall'entità e durata del risultato, torniamo a visitare la Paziente nel periodo pre-festivo, che risulta essere uno dei più delicati. Ci rendiamo conto nel corso degli anni di come i fattori emozionali giochino un ruolo determinante nelle ricadute, visto anche la risicata capacità funzionale del muscolo cardiaco, sempre ai limiti dello scompensato. Così troviamo la Paziente preoccupata per le feste che verranno con tutte le contraddizioni che portano con sé, occupando grossa parte dei suoi pensieri quotidiani. Ci racconta:

Sono stata bene fino a qualche giorno fa. Adesso alterno giorni in cui mi sento bene come una volta a giorni in cui mi sembra di non valere nulla, non ho voglia di fare nulla e non faccio nulla.

Ho una specie di confusione mentale al risveglio pomeridiano, come se non fossi io.

Ho di nuovo il peso al petto che mi dà fastidio e che va fino alla spalla sinistra.

Condizioni di compenso buone, non crisi di edema polmonare recenti.

Latrodectus Mactans 24LM

5 gocce, in acqua, a sorsi durante il giorno, dopo scuotimento della soluzione.

Si mantiene tale modalità di somministrazione che si è confermata nel tempo come la più efficace.

Fino al Giugno dell'anno corrente la Paziente si è mantenuta ai migliori livelli possibili per lei. Nel mese di Maggio si è passati alla dinamizzazione 30LM per garantire un migliore compenso emodinamico, con buoni risultati, che continuano meravigliarci. Nel frattempo sono stati effettuati i controlli cardiologici di routine che hanno confermato la stabilità del quadro clinico. Lo stato emotivo della paziente è molto buono così come quello intellettuale. Vive da sola mantiene sempre i suoi interessi tra i quali le numerose piante che accudisce personalmente tutti i giorni; riceve amiche ogni giorno. Soltanto in prossimità delle feste si infastidisce per il cambio delle abitudini di vita che queste comportano. Esce più spesso, ovviamente accompagnata, per piccole spese o per recarsi a pranzo dai figli (prima lo faceva raramente per paura di sentirsi male), Dopo molti mesi ha chiesto di recarsi alla tomba del marito che dista qualche ora di macchina.

Conclusioni

I risultati ci portano a concludere che soltanto una prescrizione precisa – Simillimum del caso - ha una azione incisiva, profonda, duratura, che coinvolge tutto l'individuo.

Abbiamo avuto conferma dal nostro caso di alcune caratteristiche del rimedio, *Latrodectus mactans*, ragno meglio conosciuto come vedova nera: la freddolosità, la paura della morte, la laboriosità, la necessità di essere attivi, così ben evidenziati anche dal Dottor Mangialavori nel suo recente lavoro pubblicato su *Il Medico Omeopata*, nonché la similitudine con la sintomatologia della malattia cardiaca. Troviamo conferma del fatto che il rimedio può essere confuso con *Cactus grandiflorus* ed anche con *Digitalis purpurea*.

In questi cinque anni la paziente ha condotto una vita sostanzialmente attiva, ancora oggi vive da sola e prepara marmellate e dolci per i nipotini, non smette di fare progetti. Ha affrontato la morte del marito e di altre persone care, nonché gli eventi felici, risultati non meno impegnativi per il suo cuore. Non ha fatto vaccinazioni antinfluenzali e non assume altri farmaci se non i cardioprotettori. È stata evitata o sospesa di volta in volta la somministrazione di altri farmaci, che puntualmente venivano prescritti dai colleghi: antiacidi, antiaggreganti, antidolorifici, anticolesterolemici, non appena le condizioni cliniche lo rendevano possibile. A tuttoggi la situazione cardiaca è stabile. La frazione di eiezione del ventricolo sinistro è rimasta costante nel tempo (30%), così come la dilatazione del ventricolo stesso. La frequenza delle complicanze è nettamente al di sotto della media, fatto che nella maggior parte dei casi richiede almeno un ricovero l'anno, nella nostra paziente uno in cinque anni. La posologia dei farmaci allopatrici è rimasta sempre nei valori minimi, senza bisogno di essere incrementata.

Non possiamo che concludere come spesso i limiti attribuiti alla Medicina Omeopatica siano più realisticamente i limiti degli Omeopati.



Bibliografia

Anshutz E.P. - *New old and forgotten remedies* - B.J. Publishers, New Delhi, 1989.

Boericke W. – *Materia Medica with repertory*, 9th Ed. – Boerike & Tafel Inc., San Francisco, 1998.

Hahnemann C.F.S. – *Organon dell'Arte del guarire* – VI ed. trad. G. Riccamboni, a cura della L.U.I.M.O. – Napoli 1987.

Hodiamont G. - *Trattato di farmacologia omeopatica*, Vol. 3 IPSA Editore, Palermo, 1984.

Mangialavori M. - *I Ragni - Latrodectus mactans*. *Il Medico Omeopata*, n° 22, Aprile 2003.

RADAR 8.1 – *Synthesis Repertory 8.0* – Archibel

Encyclopaedia Homopathica

Tyler M. - Pointers to some common remedies.

Borland D. - All books.

Clarke J. E. - Dictionary of practical Materia Medica.

Clinica

Christiane Lhuillier
clhuillier@virgilio.it
Medico Omeopata – Narni – Terni

SULFUR, il grande policreste e il grande trascurato



PRIMA VISITA

Marina ha nove anni.

Si è trasferita ad Amelia con i suoi genitori da un anno circa, venendo da Roma, dove era seguita omeopaticamente da un collega della capitale. Segue i corsi di equitazione con entusiasmo ed appare persino spericolata. Il carattere sembra essere quello di una bambina molto estroversa.

All'inizio dell'autunno la mamma mi chiede un appuntamento per Marina al fine di prevenire i mali di stagione. Durante la visita la mamma sottolinea che il punto debole di Marina sono le prime vie aeree (raffreddori ripetuti e mal di gola). La bambina è ciccioletta, ma piuttosto alta per la sua età. Fuori fa freddo ma lei è vestita con una tuta leggera aperta sul collo e con i pantaloni che scendono sui fianchi. Non è ancora la moda di mostrare l'ombellico. Le chiedo se porta i maglioncini a collo alto:

Ah, non me chiedere di mettermi quella roba, ma non vedi dove porto i pantaloni?

E si allenta ulteriormente l'elastico dei pantaloni.

Oh, ma che caldo fa qua dentro!

E si sventola come una donna in menopausa.

La madre mi conferma che ha sempre caldo, che non sopporta il contatto con la lana e che le sudano sempre i piedi e la testa. In effetti ha un forte odore acido in testa e pare che abbia lavato i capelli solo il giorno prima.

Fino a tre anni e mezzo Marina ha avuto grandi problemi col sonno, si svegliava anche otto volte per notte e piangeva disperata perchè non riusciva a riaddormentarsi. Marina, già abituata alle visite omeopatiche, aggiunge di sua iniziativa:

Spesso a scuola o nel pomeriggio sento gli occhi, anzi le palpebre pesanti.

Chiedo a Marina di parlarmi di sé e di come si sente.

Beh, giusto per te perchè me stai simpatica. Me piace cantare.

La mamma annuisce e dice che canta sempre a squarciagola, che è una bambina allegra e sempre molto agitata, con molta fantasia e che a scuola l'hanno definita dal carattere estroverso.

Quando mi arrabbio butto le cose per terra.

Ma cosa ti fa arrabbiare?

Quando le cose non mi vengono.

Ma quali cose?

Uffa, ma come sei pignola! Ma le cose, le cose che devo fare, i disegni, le cose, le cose!

La mamma aggiunge che è molto intollerante al sole, che la mattina ha l'alito pesante, che è molto solleticosa e che è spesso piena di afte in bocca. La mattina il naso è sempre secco e ci deve mettere dell'acqua. Inoltre si fa i lividi facilmente. Beve molta acqua e il dentista dice che ha un principio di decalcificazione ai denti. Contesto questa diagnosi, i denti sono sanissimi; presentano solo un tipo particolare di pasta dentale di colore tendente al grigio.

Le chiedo di parlarmi dei suoi timori. La mamma alza gli occhi al cielo come per dire "questo è un punto importante".

Marina confessa di avere paura dei vampiri e degli scheletri; di guardare sempre sotto il letto anche se sa che non ci possono essere e di sognare spesso i vampiri.

Le chiedo che cosa fa per riuscire a stare nella sua camera da sola:

Beh, cerco di modificare la mia paura; li ho fatti diventare un po' tonti e vestiti male. L'anno prossimo a Carnevale voglio travestirmi da Dracula o da scheletro.

Trovo molto interessante questo espediente da parte di una ragazzina per esorcizzare le sue paure.

La mamma mi dice che Marina è sempre stata curata con Calcarea Carbonica.

Le rispondo che non concordo perchè ritengo che sia Sulfur il rimedio più appropriato al momento.

Devo dire che non ho neanche repertorizzato, tanto mi sembrava evidente, ma andiamo a controllare sul repertorio di Zanvoort Millennium alla voce:

SULFUR GENERALITIES: air cold desires - clothing intolerance of - woolen clothing loosening amel - cold tendency to take - dryness of usually - most internal parts heat sensation of - uncovering amel.

MIND: - anger, irascibility over his mistakes - anger, irascibility, temper tantrum easily appeased -

- - anxiety clothing loosen must - anxiety open his dress has to - break things desire to

- cheerfulness gaiety happiness mirth - concentration difficult while studying, reading - delusions,

imagination: beautiful, wonderful: rags are even - delusions, imaginations: grotesque - delusions,

imagination: phantoms frightful - delusions, imaginations: spectres, ghosts etc - audacity - fear

vampires.

EYES: - heaviness lids evening.

MOUTH: - aphtae - odor offensive.

SLEEP: -waking frequent - falling asleep difficult

La paura dei vampiri, dei fantasmi è peculiare per Sulfur, ma quello che mi ha colpito in Marina è stato il meccanismo di difesa messo in atto. Se li immagina brutti, un po' scemotti e così li mette terra terra.

Non vi hanno mai detto che quando una persona vi incute timore basta immaginarsela nell'esercizio delle sue funzioni corporali? E poi pensare di mascherarsi proprio da vampiro?

Pensiamo alla Delusions di quello che vestito di stracci si immagina con vesti lussuose e cammina e si porge come se fosse il più elegante di questo mondo.

Con Sulfur Marina passa un inverno senza problemi.

L'anno successivo, al primo mal di gola, ripete Sulfur per alcuni giorni con successo.

Alcuni mesi dopo, in occasione di un episodio febbrile, Sulfur è di nuovo protagonista e con esito positivo. Nel frattempo l'alito è migliorato, non avverte più pesantezza alle palpebre, non parla più di vampiri (così dice sua mamma), non ha più avuto afte e anche l'odore del cuoio capelluto è meno forte.

SECONDA VISITA

Marina ha 12 anni.

Continua i suoi corsi di equitazione con buoni risultati quando all'improvviso viene presa dal panico e non vuole più montare a cavallo, anzi ha proprio paura di salire sul cavallo. La cosa è abbastanza incomprensibile perchè non è motivata da nessuna caduta. La cavalla che monta è sempre la stessa, Olanda, un bel caso di *Thuya Occidentalis* che prima o poi vi propinerò. Al momento di salire sul cavallo è presa da un pianto convulso. Sua madre non è presente perchè è solita lasciarla tutto il pomeriggio al maneggio.

Faccio accomodare Marina nello studio e chiedo spiegazioni.

Lei, in genere così estroversa, è seduta un po' ripiegata su se stessa, e non mi risponde. Ho un bel insistere ma non cavo un ragno da un buco. Le dico che ne riparleremo magari quando ne avrà voglia. Quando la mamma viene a riprenderla mi dice che recentemente lei si è separata dal marito, che non si è più fatto vivo con Marina e che la bimba sa che suo padre se ne è andato perchè innamorato di una donna molto più giovane. La mamma aggiunge che Marina stenta di nuovo ad addormentarsi e che si sveglia varie volte per fare pipì.

Le chiedo se sogna e lei mi risponde che i suoi sogni sono molto personali.

Poi sembra pentita di aver risposto bruscamente e aggiunge:

Quando sono in camera mia succedono strane cose e i sogni mi vengono fuori strani; ho proprio la sensazione che i mostri siano lì. Ho sempre paura dei mostri e a volte non riesco a modificarli come voglio io e la paura aumenta.

Si alza, va da sua mamma e mi guarda:

Ho tanta paura, domani ti racconto.

Prima di lasciarla partire insisto per sapere il motivo del suo pianto e del suo non voler salire sul cavallo.

Mi sembra che il cavallo all'improvviso diventi sottile sottile da non potermi più reggere e ho l'impressione che di là non c'è niente.

Sulfur le aveva fatto sempre tanto bene, ma prima di prescriverlo nuovamente vado a controllare il Mind di Sulfur, perchè mi sembrava di ricordare qualcosa che avesse un'attinenza con il caso e infatti:

DELUSIONS, IMAGINATIONS – Bed not large enough

DELUSIONS, IMAGINATIONS – Bed too small to hold him

SULFUR 1000K

Una monodose, che viene ripetuta a distanza di 20 giorni.

TERZA VISITA

Quando rivedo Marina la mamma mi dice che le cose vanno benino; d'altra parte lo sapevo già perchè era ritornata alle sue lezioni di equitazione senza problemi. Marina con un sorriso aggiunge: Lo sai che la mamma mi ha regalato un letto più largo perchè in quello più stretto avevo sempre paura di cadere?

Un leggero brivido mi percorre la schiena. Non posso mai fare a meno di meravigliarmi della potenza dell'Omeopatia come se fosse la prima volta.

Ho seguito Marina fino all'età di 14 anni sempre con Sulfur e poi l'ho persa di vista.

Recentemente ho saputo che la mamma è stata operata di un cancro alla mammella molto avanzato e che Marina non vive più ad Amelia con la madre, ma è dovuta andare a vivere con suo padre.

Gli antenati

Pietro Gulia
guliapt@libero.it
Vice direttore de Il Medico Omeopata

La diarrea acuta estiva

Riassunto

La diarrea acuta è uno dei problemi più frequenti in estate, favorita da situazioni climatiche, cambiamenti delle abitudini alimentari, viaggi. Sono presentati alcuni tra i molti rimedi omeopatici che possono abbreviare il decorso e rendere meglio tollerati i disagi di tale patologia.

Parole chiave

Diarrea acuta estiva – Arsenicum album - China - Podophyllum – Veratrum album

Summary

Climate, food, travels: acute diarrhoea lies in ambush. Homeopathic remedies can shorten the length and relieve the troubles caused by diarrhoea. Some remedies are described.

keywords

Summer acute diarrhoea – Arsenicum album – China – Podophyllum – Veratrum album



Le telefono perché si tratta di una emergenza...altrimenti non l'avrei disturbata (si interrompe, ridacchia ma la voce tradisce ansia ed imbarazzo)...È da ieri sera che ho una diarrea violenta, non si ferma...ho passato una nottataccia con scariche ogni mezz'ora...mi prendono crampi alla pancia forti e poi lo stimolo è violento esplosivo quasi da non potersi trattenere... (si interrompe). Beh le confesso che un paio di volte non ce l'ho fatta...ad arrivare al bagno. Sono feci acquose, proprio acqua. Non so da dove esca tutta questa acqua, ormai mi sono svuotata...e poi ad ogni scarica delle sudate fredde, soprattutto alla fronte alla faccia...No, non ho febbre. No, non credo di aver mangiato qualcosa di strano. È un contagio, sicuramente: ha colpito anche la mia collaboratrice ed insieme a lei i suoi genitori, anche altre persone qui in paese. Non ho per niente fame; ho sete vorrei bere, cose fredde, ma appena bevo qualcosa mi viene nausea, vomito e devo correre al bagno. È da ieri sera (solo le due del pomeriggio dell'1 Giugno 2004) ..ora mi sento proprio uno straccio. Mi può aiutare? (Caso n. 1)

L'estate è arrivata e con l'afa fa capolino la diarrea.

Bibite gelate, frutta e cibi crudi o poco cotti e mal conservati, gelati non proprio genuini, ghiaccio, strette di mano perniciose, promiscuità da mezzi pubblici, mosche che banchettano allegramente sui nostri rifiuti e sui "bisognini" che gli amati cani abbandonano grazie alla nostra sprezzante noncuranza in strada o nei parchi e poi ci fanno omaggio, non richieste, di un po' dei loro miasmi.

Insomma, la diarrea estiva è pronta a svolgere il suo compito.

Appaiata ad essa un'altra situazione sempre più frequente: la diarrea del viaggiatore (che non è appannaggio esclusivo delle ambite mete esotiche, ma può verificarsi anche alle apparentemente asettiche latitudini europee e nordamericane).

Vi propongo, perciò, alcuni rimedi che possono aiutare in tali situazioni, attingendo alla esperienza dei nostri Antenati ed alla mia personale: i vari viaggi in Africa mi hanno insegnato qualcosa al riguardo... oltre ad aneddoti tragicomici di cui non è il caso di riferire.

Sappiamo che molte delle sindromi diarroiche estive sono conseguenza di tossi-infezione alimentare; sostenute più spesso da virus, come i Rotavirus (specialmente nei bambini), o da batteri intestinali come l'Escherichia coli enterotossico (agente eziologico più comune della diarrea del viaggiatore); meno di frequente, da protozoi come la Giardia lamblia o l'Entamoeba histolytica; più rare quelle da elminti, come la Trichinella spiralis, che possono indurre sindromi più complesse e di diagnosi più impegnativa ma a cui bisogna pensare se un paziente (in special modo se ritorna da una vacanza ai Tropici) presenta diarrea acuta che non risolve in pochi giorni.

Infatti è noto che le diarree virali o da Escherichia sono "autolimitanti": come tutte le malattie acute vere possono guarire da sé nel giro di 3/5 giorni (più raramente si crepa): ma quale mamma può resistere allo spettacolo di un bambino con la diarrea e la febbre, quale adulto che deve lavorare indefessamente o che non può sprecare un giorno di ferie non vorrebbe ridurre quelle ore di imbarazzante sofferenza?

Talvolta, però, il quadro può essere veramente serio, con il rischio disidratazione da non sottovalutare per bambini piccoli e per gli anziani: bisogna intervenire¹, come nel caso d'esordio, senza tergiversare. Così pure se le feci sono sanguigne.

Caso n. 2

(Kent) Un bel giorno, mi decisi a sperimentare la 30[^] dinamizzazione per capire se in essa restava ancora qualche proprietà medicamentosa e preparai con le mie stesse mani la 30[^] dinamizzazione su scala centesimale di Podophyllum.... Questo avvenne nel corso di un'epidemia di diarrea che assomigliava a quella provocata da Podophyllum, tuttavia non avevo il coraggio di somministrare la 30[^] dinamizzazione e continuavo ad usare i miei medicinali più forti (cioè, basse dinamizzazioni o medicinali allo stato grezzo, NdR). Un giorno una donna mi portò nello studio il figlio, molto piccolo, che teneva in braccio. Era entrata precipitosamente e al bimbo, ancora lattante, sembrava che ormai restasse poco tempo da vivere. Mentre la madre lo teneva tra le braccia le feci chiare e giallastre colavano sul mio tappeto. (Reperorio: STOOL, Thin, pouring out – NdR). Mi colpì l'odore, che mi ricordò quanto avevo letto a proposito dell'odore delle feci provocate da Podophyllum; si trattava di un odore acutamente sgradevole, nauseabondo, e le feci erano talmente abbondanti da far dire alla madre che non capiva da dove potessero venire. Pensai tra me e me che era proprio il caso adatto per provare la 30[^] dinamizzazione di Hahnemann. Così presi un po' della mia 30[^] di Podophyllum e la misi sulla lingua del bambino; mandai a casa la madre, convinto che il bambino sarebbe morto presto, data la gravità del suo stato che si manifestava dal volto contratto, cadaverico e dal cattivo odore che emanava il suo corpo. Il giorno dopo mi capitò di passare, durante il mio giro di visite, davanti alla porta della loro casa dove mi aspettavo di vedere il crespone esposto in segno di lutto, secondo le usanze. Benché il caso mi preoccupasse molto, non osai bussare e proseguire, constatando che il crespone non era esposto. Al ritorno, ripercorsi la stessa strada, pur allungando molto il mio percorso. Non solo non c'era traccia di crespone ma, mentre passavo,

comparve sulla soglia la nonna del bambino che mi disse. “Dottore, il bambino stamattina sta benissimo!” . Potete intuire il mio sollievo al pensiero di non averlo ucciso. Forse alcuni di voi hanno vissuto una situazione analoga. Non ci fu più bisogno di somministrare altre dosi del rimedio a quel bambino. In seguito, ebbi molti altri casi di Podophyllum e, con mio grande stupore, la 30^a si mostrò sempre attiva. I risultati erano assolutamente diversi da tutto ciò che avevo ottenuto fino ad allora; la guarigione era quasi istantanea, sembrava che le feci si arrestassero già dopo la prima dose del rimedio; tuttavia non sempre somministrai un’unica dose...”(1)

Grandezza ed umiltà di un illustre clinico: in questo caso ci sono molti punti meritevoli di considerazione ma bisogna restare in tema.

Podophyllum peltatum

Pianta originaria dell’America settentrionale (famiglia delle Berberideae). La T.M si prepara dalla radice fresca, raccolta alla fine di Ottobre, dopo completa maturità del frutto (2)

Rimedio raramente prescritto se non per patologie acute, eppure, è un rimedio ad azione profonda e prolungata... Colpisce profondamente i visceri addominali. (3)

Considerazione ripresa da Douglas Borland: Viene normalmente ritenuto un rimedio per la diarrea estiva, ma questo concetto è restrittivo. Sebbene sia immensamente utile nella diarrea estiva, ha una sfera d’azione molto più grande...”(4)

Le feci sono profuse, espulse a getto, acquose, più spesso di colore giallo, o giallo-verdastro (simile ai colori del pistillo del fiore) di odore cadaverico (processi putrefattivi intestinali incrementati) o, più spesso, pungente, acre, acido per aumento di processi fermentativi. (Podophyllum è indicato di rado quando le feci non sono decisamente puzzolenti. (3)), quindi, diarrea accompagnata da gas fetido.

Le caratteristiche della diarrea sono:

Di essere indolore (come China), non irritante; RECTUM – Diarrhoea, painless.

Di verificarsi più intensa (maggior numero di scariche) nella nottata e fino alle prime ore del mattino, dalle 3 alle 9 a.m. per esempio; Diarrhoea, night 4am; morning, forenoon.

Con feci abbondantissime, giallastre, acquose o poltacee, puzzolentissime; STOOL – Copious; Yellow; Watery, yellow; Pasty; Odor offensive, putrid.

Espulse a getto; STOOL forcible.

Accompagnata da uno stato di prostrazione marcata; GENERAL, Weakness, diarrhoea from.

Sintomi di accompagnamento:

Intensi borborigmi e gorgoglii intestinali (Come pesci che si agitano in uno stagno prima di un temporale, (3)); ABDOMEN – Gurgling; Rumbling, diarrhoeic during.

Dolori addominali colici, che costringono a piegarsi in due (Colocynthis); ABDOMEN, Pain, bending, must bend double .

> dal calore ABDOMEN; Pain, warmth >.

Molti gas intestinali (mai così intensi come in Aloe); RECTUM, Flatus, stool durino.

“Debolezza rettale” e prollasso rettale (mai capitato di vedere, per la verità): è una sensazione come se il retto volesse uscire, come tirato in basso, per chi è in grado di descriverla; RECTUM – Weakness, stool after; - Prolapsus, diarrhoea durino; stool before, during, after – straining from.

Da non dimenticare che è uno rimedi della diarrea “da dentizione” dei lattanti ed è uno dei pochi rimedi ad avere il sintomo “Loquacity, heat during”: Coffea, Gelsemium, Lachesis, Magnetis polus arcticus (un passo avanti chi l’abbia mai prescritto!), Phosphoricum acidum, Podophyllum, Pyrogenium, Stramonium, Teucrium, Tuberculinum. Nei bambini, riportano i Classici, possono comparire segni come: ruotare il capo da un lato all’altro (come Apis e Belladonna); digrignamento dei denti (se li hanno già messi); movimento di masticazione; anche strabismo; tutti segni di una

irritazione meningo-encefalica. Scrive Kent (3):Ha curato una forma di strabismo da congestione cerebrale conseguente ad una diarrea improvvisamente soppressa.

Abbiamo lasciato in sospeso, irrisolto, il Caso n. 1 che ci occorre per introdurre il secondo rimedio.

Veratrum album

Pianta originaria dell'Europa e dell'Asia settentrionale, famiglia delle Colchicaceae. La T.M si prepara dalla radice secca, raccolta sulle montagne europee all'inizio di Giugno, prima della fioritura.

Nel suo "Elleborismo degli Antichi", Hahnemann riporta che Veratrum album era il principale agente usato in Grecia per indurre quelle evacuazioni considerate fondamentali per la «guarigione"... L'uso come "evacuante" di Veratrum ci fornisce uno dei keynote per il suo uso omeopatico: feci copiose, vomito copioso, urine copiose, salivazione copiosa e sudore copioso. Queste eliminazioni prosciugano l'organismo come nel colera, malattia nella quale proprio per i suoi effetti patogenetici Veratrum è considerato uno dei primi rimedi, insieme a Camphora e Cuprum con cui costituisce il trio di Hahnemann... (5, traduzione del R).

Il caso n. 1 (un paio di somministrazioni della 30 CH l'hanno risolto) presenta i sintomi tipici della diarrea acuta del rimedio:

Profusa, pressoché continua, fluida e acquosa (ad acqua di riso); STOOL - Copious; Thin; Watery, rice water like.

Dvacuazioni violente, imperiose, anche incontrollabili; STOOL Forcible, sudden gushing.

Dolori addominali crampiformi che precedono ogni scarica; ABDOMEN, Pain cramping, stool before.

Sudore freddo alle evacuazioni, più marcato alla fronte e al viso; PERSPIRATION, Cold, diarrhoea. HEAD – Perspiration, Forehead, cold; stool during. FACE – Perspiration, cold.

Vomito e diarrea dopo aver bevuto; STOMACH – Vomiting, diarrhoea during; drinking after, cold water after.

Desiderio di bevande fredde. GENERALS – Food, cold drinks desire

Le feci di Veratrum possono essere inodori: STOOL, Odorless, Veratrum al 3° grado.

Hahnemann ne fa uno dei rimedi del colera, di cui presenta molti sintomi clinici. Sappiamo che molti medici omeopatici del XIX secolo affrontarono, abbastanza efficacemente, epidemie di colera o patologie coleriformi. Chi tra i lettori ha trattato omeopaticamente un caso di colera?

Appreziamo insieme la descrizione che ne fa Kent (3):

Nel colera e nel colera morbus (gastro-enteriti acute, NdR), sembra come se i liquidi defluissero dal corpo. Il paziente giace sdraiato sul letto, prostrato, senza forze, freddo fino alla punta delle dita, con un colorito bluastrò, quasi violaceo; labbra fredde e cianotiche, aspetto affilato, disidratato; marcata sensazione di freddo come se il sangue fosse acqua ghiacciata; freddo il capo; fronte imperlata di sudore freddo; mal di testa ed abbattimento; aree della superficie corporea fredde; estremità fredde, cadaveriche. Tantissimi crampi, sembra sul punto di morire. Questa stato si manifesta durante le mestruazioni, durante una colica con nausea, durante una crisi maniacale e di delirio violento, con la cefalea, in casi di violenta infiammazione. Non c'è da meravigliarsi che Hahnemann ne abbia preconizzato l'uso, con Camphora e Cuprum, nel trattamento del colera; egli vide nella natura dei rimedi la capacità di curare. Vide la similitudine. In quei casi che sono caratterizzati dalla predominanza dei crampi, Cuprum è il simillimum. In quelli in cui dominano il gelo, la cianosi, con scarsa sudorazione, scarso vomito e scarse scariche intestinali, il rimedio è Camphora. Sono i casi indicati come "colera secco"; si spengono e muoiono senza evacuazioni

spossanti. Se i sintomi sono: gelo, cianosi e scarse evacuazioni, il rimedio è Camphora. Se sono presenti: cianosi, gelo e profuse scariche, il rimedio è Veratrum. Secale presenta alcuni sintomi del colera. Podophyllum ha scariche spossanti; Arsenicum presenta l'inquietudine ansiosa.

Se mai ci imbattemo in casi simili, teniamo ben presente che la reidratazione del paziente è fondamentale.

Per concludere con Veratrum, non dimentichiamo che è un policreste che presenta un ricco quadro mentale.

Per esempio, scrive Kent (3): Stato delirante di esaltazione religiosa...urla, strilla fino a diventare cianotico, con la testa fredda come ghiaccio, con sudore freddo, stende il braccio ed esorta a pentirsi... Siamo veramente ad uno stato molto avanzato della patologia mentale...ma quanti esaltati del passato e del presente avrebbero bisogno di Veratrum! Probabilmente un po' più difficile riconoscerlo ad un livello non così marcato di delirio.

Vithoukias, rifacendosi a Kent segnala che sono individui iperattivi, in costante attività: Un'energia che spinge il paziente ad essere sempre occupato in qualcosa... Nei primissimi stadi... è difficile da riconoscere da altri pazienti.... Nel Repertorio vediamo Veratrum sotto la rubrica Haughty (Altezzoso), in neretto...si crederà superiore a tutti coloro che lo circondano. Col crescere di questa tendenza la persona perde il contatto fra la sua realtà e quella degli altri. Può arrivare al punto di crederci la sola persona nel giusto mentre tutti gli altri sono degli infermi mentali..."

Ed infatti Kent scrive: Crede di essere il Cristo risorto.

Sul Repertorio (7) si trova la rubrica: Liar = Bugiardo, con la sottorubrica: Lies, never speaks the truth = bugie, non dice mai la verità; e le cross references: Deceitful = falso, truffaldino – Untruthful = menzognero, tutte con Veratrum al 2° grado.

Caso n. 3

Un ventottenne mi telefona al mattino chiedendo una visita domiciliare: è stato male tutta la notte con vomito e diarrea. Insiste perché vada al più presto, è una richiesta d'aiuto piena di apprensione e preoccupazione. Lo trovo a letto avvolto nelle coperte (è un tipo caloroso, di solito); il viso è affilato e pallido, è prostrato, ha trascorso una brutta nottata. Ha iniziato a sentirsi male attorno a mezzanotte (Night <, midnight): improvvisi, violenti dolori a crampo e taglienti alla pancia con forte nausea e brividi di freddo. Ha vomitato, poi è iniziata la diarrea, molte scariche ma non abbondanti di materiale fecale molto scuro, di pessimo odore, le feci sono subito diventate brucianti e irritanti. (STOOL, Acrid). Malgrado le scariche i dolori non sono migliorati durante tutta la notte: era molto agitato (Restlessness, heat during; Pain from), il fatto di star solo ha complicato le cose (Company, alone when <). Ha il terrore a restare di nuovo solo!

Solo il calore gli dà giovamento. Al momento della visita è caldamente coperto attorno alla pancia (ABDOMEN, Pain, warmth >) e... alla regione anale: il caldo migliora il bruciore anale: Se i termosifoni fossero accesi penso che mi ci appiccicherei: il calore mi calma il dolore. (GENERALS, Warm >; desire for warmth; ed anche stove >. RECTUM, Pain burning, heat >: Arsenicum 2° grado, unico rimedio).

Ha 38° di febbre. Ritiene che tutto sia stato causato dal salame, dal sapore un po' strano, rancido (RECTUM, Diarrhea, food rancid after) che ha mangiato a cena. L'addome è teso e dolente alla palpazione nei quadranti di sinistra. Ha di nuovo un altro attacco di diarrea: le feci sono veramente nere (STOOL, Black), scarse, non acquose c'è qualche stia di sangue rosso vivo. Ha una bottiglia e un bicchiere sul comodino: ogni tanto prende un sorsetto d'acqua. (STOMACH, Thirst, small quantities for, often).

Quando i sintomi ci sono, ci sono e basta! Non ci sarebbe neppure bisogno di Repertorizzare.

Arsenicum album 30CH, 3 granuli a secco, dieci in acqua, in plus dopo ogni scarica.

Si è sentito rapidamente meglio, i dolori si sono calmati, la febbre è scomparsa nel pomeriggio, ha avuto solo altre due scariche, molto distanziate nel tempo e si sente così in forma e di buon umore che la sera è andato a cena da amici. Cena leggera, ovviamente, da convalescente, ma avrebbe volentieri mangiato due salsicce!

In sintesi, Arsenicum nella diarrea acuta:

Feci eliminate in quantità non abbondante; STOOL, Scanty.

Di colore scuro, nerastre; Dark – Black.

Molto maleodoranti; Odor, offensive

Acridi. Bruciore rettale; Acrid.

Grande prostrazione, che non sembra proporzionata alla quantità di liquidi persi; GENERAL-Weakness, rapid; sudden.

Sete intensa: beve poco alla volta e spesso; STOMACH – Thirst, extreme; small quantities for, often.

Inquietudine, angoscia, ipersensibile al dolore. MIND – Restless; Anguish; Sensitive, pain to.

La diarrea di Arsenicum può essere scatenata da bevande ghiacciate, cibi freddi, gelato; da cibi guasti (“avvelenamento da ptomaine” cioè da prodotti della putrefazione batterica).

Viene considerato uno dei rimedi della Amebiasi, come Mercurius: entrambi rimedi di stampo luesinico. Ma, come sempre, stiamo attenti a non generalizzare a non fare prescrizioni in serie. L'unico caso di Amebiasi cronica – resistente a tutti i trattamenti antiprotozoari convenzionali – che mi è capitato di trattare, guarì in poco meno di un mese con altri rimedi, con grande disappunto misto a stupore e curiosità dell'amico infettivologo che s'era visto privato di un ceppo d'ameba così impertinente.

Caso n. 4

Sarò perdonato se riporto un caso personale, tutt'altro che grave, ma con sintomi netti.

Africa occidentale: ho stretto centinaia di mani, ho mangiato molte banane, un avocado, due grossi manghi. Nella tarda mattinata del giorno seguente, dopo aver passato varie ore all'aperto, vengo preso all'improvviso da una strana debolezza, da dover per forza distendermi a letto: ci sono 28° gradi in casa ma fuori saranno 35 e più. Il caldo e l'umidità sono opprimenti: nel tardo pomeriggio il temporale monsonico mi porta un po' di sollievo, ma non più di tanto. Assoluta mancanza di sete e fame. Appena un po' di nausea; difficoltà a stare in piedi. A mezzanotte cominciano rumori e crampi intestinali, non violenti per fortuna e compare diarrea acquosa, gialla, indolore, di pessimo odore putrido. Alle tre di notte tutto si calma. Non ho febbre. Scampato pericolo, penso.

Il giorno successivo sono ancora fiacco; strana l'assoluta mancanza di sete, malgrado il caldo. Provo a mangiare qualcosa, un po' di fame la sento, ma subito compaiono sopportabili dolori crampoidi intestinali e stimolo impellente....

Seconda notte: attorno a mezzanotte di nuovo crampi e diarrea, in più sudorazione; stavolta la diarrea è più frequente, ogni mezz'ora, ma indolore. Cribbio, bisogna intervenire!

Fiacchezza improvvisa, rapida. (GENERAL, Weakness, sudden - diarrhoea from)

Inappetente e senza sete. (STOMACH, Appetite wanting – Thirstless)

Diarrea indolore, acquosa e gialla. (RECTUM, Diarrhoea, painless, watery, yellow)

< di notte, attorno a mezzanotte. (Diarrhoea, night, midnight after)

Diarrea non di giorno a meno che non provo a mangiare. (C'è, c'è sul repertorio!!! RECTUM, Diarrhoea, painless, night: un solo rimedio al 2° grado, gli altri 11 tutti al 1°. Ma c'è la sottorubrica; Diarrhoea painless, night, only after eating in daytime: un solo rimedio e al 3° grado: China.).

Grazie mille Dr Kent! (8)

Possiamo includere anche Periodicity, considerato che le crisi sono comparse per due notti sempre alla stessa ora.

China 200K è nella mia trousse tropicale. Pochi globuli mi hanno rimesso in sesto.

China succirubra

Del rimedio ci sono anche i fattori ambientali scatenanti: il clima caldo-umido opprimente (China è un grande rimedio delle diarree estive) l'abuso di frutta (RECTUM – Diarrhoea, fruit after). E poi qualche maledetto virus intestinale che ha provato a fare il suo lavoro...

Capita che pazienti in procinto di partire per mete esotiche mi chiedano consigli su come affrontare la diarrea acuta. Oltre le solite raccomandazione per ridurre il rischio di contrarre una tossi-infezione diarroica, suggerisco di consultare sempre un medico se possibile – mi scuso per l'ovvietà – di bere, e poi consegno loro un promemoria con i sintomi principali di Arsenicum, Podophyllum, Veratrum, in cui faccio risaltare per una immediata diagnosi differenziale proprio l'aspetto delle feci:

abbondanti e acquose, incolori: Veratrum;

abbondanti, acquose o cremose, ma gialle o giallo-verdastre: Podophyllum;

non abbondanti, di colore scuro, quasi nerastre e irritanti, brucianti, acri: Arsenicum.

Prescrivo i rimedi alla 9 CH o 30 CH, in acqua, in plus, anche ogni 15 minuti se necessario in base alla gravità della diarrea; o dopo ogni singola scarica.

Mi scuso con i colleghi più rigorosi, ma questi consigli da praticone pare abbiano funzionato egregiamente.

Per esempio: dei pazienti in crociera sul Nilo mi riferirono soddisfatti che, colpiti molti turisti dalla maledizione di un qualche faraone sotto forma di virus intestinale annidatosi malvagiamente nelle cucine di bordo, erano stati i soli a star male per una giornata con riduzione immediata delle scariche appena cominciato ad assumere il rimedio omeopatico. Molti dei loro compagni avevano sofferto per più giorni e qualcuno portava i strascichi della infezione anche dopo il rientro in Italia.

Bene questo è quello che dobbiamo ottenere nel trattamento di sindromi diarroiche acute "autolimitantesi" per definizione:

riduzione del numero delle scariche giornaliere;

riduzione del numero di giorni di durata del disturbo;

lieve compromissione dello stato generale;

un rapido recupero dello stato di salute, convalescenza di breve durata.

Dimenticavo: il rimedio era stato proprio Podophyllum, prescelto perché le feci erano abbondanti e gialle.

E così come è ormai abitudine, vizio o difetto di questa Rubrica, siamo tornati al punto di partenza e abbiamo chiuso il cerchio. Vari altri rimedi sono utilizzabili in caso di diarrea acuta estiva: Aloe, Bryonia, Chamomilla, Croton tiglium, Mercurius, Phosphorus, Pulsatilla, Rheum, lo stesso Sulphur per citarne alcuni. Ne parleremo in futuro, magari con la collaborazione di qualche diligente lettore. Felice Estate a tutti.

PS – Un ultimo breve caso. Meno di un paio d'ore dopo una cena a base di pesce e molluschi (ostriche): nausea intensa, vomito, brividi scuotenti, febbre a 39° in brevissimo tempo, bisogno di stare caldamente coperta (è estate!), sudore freddo, prostrazione immediata, dolori crampiformi all'addome, ripetute scariche diarroiche, abbondanti, acquose e scure, nerastre.

Magia del Repertorio:

STOMACH – Desordered, fish: Chininum arsenicosum, unico rimedio.

RECTUM – Diarrhoea, fish after: Chininum arsenicosum, unico rimedio.

Il resto dei sintomi completa il quadro.

Ancora più magico il riuscire a trovare il rimedio in un Farmacia notturna: 30CH. Rapidissimo miglioramento.

Bibliografia

Kent J. T. – Lezioni di Omeopatia – Edium Ed., Milano 1980 – XI lezione, pag.84-85.

Schwabe W. – Farmacopea Omiopatica Poliglotta – LUIMO, Napoli 1993.

Kent J. T. – Lectures on Homoeopathic Materia Medica - B. Jain Publishing, New Delhi 1983.

Borland D. M. – Rimedi omeopatici gastrointestinali – Salus Infirmorum, Padova 2003.

Clarke J. – Dictionary of Materia Medica, vol.III – Health Science Press, Saffron Walden, Essex, 1984

Vithoulhas G. – Le Essense rubate – Edizioni Omit 1988

Schroyens F. – Synthesis, Radar 8.1 – Archibel, Assesse (Bel), 2002.

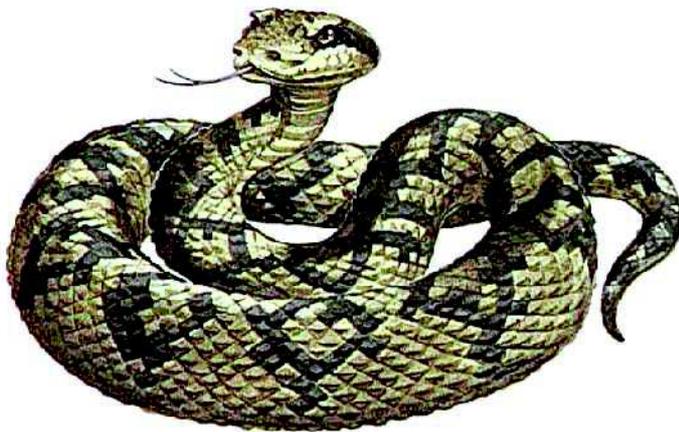
Kent J.T. – Repertory of the Homoeopahic Materia Medica, pocket edition – B. Jain Publisher, 1991.

Storie di quotidiana omeopatia

Gustavo Dominici
g.dominici@mclink.it
Direttore de "Il Medico Omeopata"

Un desiderio irrefrenabile di cogliere fiori!

Nell'iniziare la pratica terapeutica omeopatica è utile una prima fase in cui ci si concentra prevalentemente sulle patologie organiche, in genere acute, individualizzandole e cercando la soluzione fra un certo numero non troppo elevato di rimedi. Quindi in una faringo-tonsillite si terrà conto, ad esempio, di Belladonna, Mercurius, Phytolacca, Lachesis e pochi altri. Nei traumi di Arnica, Rhus, Hypericum, Ledum e simili. Ciò porta il neo-omeopata a rilevanti successi, fino a concludere che praticare l'Omeopatia è questo, che è sufficiente un prontuario ben scritto. Questa è una conclusione limitativa e fuorviante, favorita da molti perché inserirebbe la Medicina Omeopatica nella vasta gamma di possibili scelte terapeutiche di ogni medico. Non ci sarebbero più Omeopati – non se ne avvertirebbe il bisogno – ma solo Medici che usano anche l'Omeopatia, Medici in un certo qual modo evoluti e di buon senso. In realtà ci sono altri livelli ai quali bisogna accedere per poter essere dei veri terapeuti che usano il metodo omeopatico nella sua reale potenzialità, anzi il livello è uno solo: occorre tenere costantemente in conto che davanti a noi abbiamo una persona. A chi ciò sembra ovvio in tutte le sue implicazioni non devo dire altro; a chi appare incomprensibile, non ho altro da dire.



CASO CLINICO

Donna di 47 anni, sporadicamente in cura da me.

Pochi mesi or sono cade andando in moto. La caduta è lieve, quasi da fermo, non subisce fratture, può rialzarsi e tornare a casa usando lo stesso mezzo. Il giorno stesso mi chiama. Mi racconta il fatto, mi dice di avere il ginocchio destro gonfio e qualche tumefazione qua e là. Non sta assumendo alcuna terapia omeopatica e così consiglio Arnica montana 200K, come i più avrebbero fatto, in genere a ragione. Come molti colleghi ortopedici fanno attivamente, pur non essendo omeopati, constatandone i frequentissimi benefici.

Il giorno dopo, è Domenica, richiamo io stesso la Paziente, con cui ho anche un'amicizia che esula dal rapporto terapeutico, e lei mi riferisce che non sta molto male, ma ha il ginocchio intensamente gonfio e non può fare quasi nulla. E' stata vista da altri che hanno reputato il decorso normale. Sì, normale, ma proprio questo è ciò che non va, con l'aiuto del rimedio omeopatico il decorso non deve essere normale, ma speciale, notevolmente accelerato verso la guarigione. Conosco inoltre la Paziente come soggetto altamente reattivo, di pronta risposta quando la reazione sia ben innescata. La vado a trovare a casa.

Può camminare ma con una vistosa zoppia, la limitazione funzionale di tutte le attività è rilevante e ciò la rende inquieta, fino quasi all'esasperazione nervosa. E' persona molto attiva, spesso in modo frenetico, la condizione attuale non può essere accettata di buon grado.

Osservo il ginocchio che è esageratamente gonfio, come sovrastato da una vistosa palla, tesa e rosea, che si estende sotto, sopra ed ai lati, rendendo l'articolazione quasi inutilizzabile. Al tatto la zona edematosa si presenta calda, ma non esageratamente. Forse c'è una lieve frattura rotulea, mi sembra probabile, ma il gonfiore è comunque fuori misura. Anche altre zone del corpo, che hanno subito nella caduta un trauma molto lieve, si sono rigonfiate, come l'avambraccio dello stesso lato, in particolare il gomito.

Qua e là qualche ferita lacero contusa di lieve entità, null'altro.

Osservo meglio la mia amica-paziente – lo sguardo del medico vede più e meglio, comunque in modo differente – e noto più chiaramente che mai la sua indole faccendiera, anche quando è quasi immobilizzata. Vivace, presa da mille pensieri, da mille idee, da mille attività, con uno stato d'animo misto di entusiasmo e preoccupazione. E ancora: la loquacità, la vulnerabilità e infine la marcata suscettibilità.

Sì, bene, ma sto dimenticando il trauma, forse troppo catturato dal personaggio. Andiamo al sodo, che in genere significa occuparsi dei sintomi organici, quelli che danno il dolore tangibile e l'inabilità.

IL GONFIORE – L'EDEMA – LA TUMEFAZIONE

Proprio il gonfiore eccessivo è il sintomo caratteristico, il keynote che non si può non tenere in conto se si vuole curare nel senso più pieno del termine. Un gonfiore così particolare da somigliare a quello dopo una puntura di un insetto, ad esempio un'ape.

Un'ape, soggetto assai indaffarato, vivace, pungente e che si picca facilmente.

Mi torna in mente, solo ora, che anni or sono la stessa paziente fu curata da una grave pielonefrite proprio da Apis, in meno di 24 ore, con scomparsa di febbre e dolore. Dovete crederci, andò proprio così.

A questo punto, senza repertorio, senza conoscere bene l'uso di Apis nei traumi, ma anche assai poco interessato a questi dati, prescrivo APIS MELLIFICA 200K, pochi globuli in acqua, da prendere subito ed al risveglio il mattino seguente.

Dopo 24 ore il gonfiore al ginocchio diminuisce drammaticamente, fino a diventare poco rilevante. La Paziente urina abbondantemente nei seguenti 3/4 giorni, con sua estrema gioia in quanto riesce a perdere senza alcuno sforzo circa 2 Kg di peso. La condizione generale migliora a tal punto da farmi ritenere che il rimedio scelto sia il suo Simillimum, non semplicemente il migliore rimedio per i suoi accadimenti acuti, traumatici o meno. Me ne convinco a tal punto che la settimana seguente le porto in regalo un flacone di APIS MELLIFICA MK in gocce, dicendole che per ogni evenienza può scuoterlo energicamente ed assumerne 3 gocce sulla lingua. Insomma, il suo attivatore personale, la sostanza dinamizzata che può metterla al meglio delle sue possibilità in ogni situazione.

Qualche settimana dopo la Paziente usa le magiche gocce, non ricordo per quale evenienza. Nelle settimane successive e tuttora mi confida di sentirsi nella sua condizione migliore, come anni fa, quando era dinamica, comunicativa, piena di idee e senza ansia. Inoltre mi racconta:

A 24 ore dall'assunzione di Apis vado a fare una passeggiata e raccolgo dei fiori: lillà, papaveri e tutto ciò che mi capita. Normale? Non per me! Non ha mai sopportato fiori in casa, non ne ha mai

raccolti per non vederli rinsecchire, e mio figlio soffre di allergie ai pollini!!! Ho sentito un desiderio irrefrenabile, è tutto quello che posso dire.

CASO CLINICO

Non posso fare a meno di lamentarmi!

Dr. Giandomenico Lusi
g.lusi@libero.it

Mi telefona Gustavo Dominici, il nostro Direttore, e mi dice:

Vado cinque giorni a New York. Ti occuperesti dei miei pazienti? Non avrai problemi, è un periodo tranquillo.

Gustavo parte di giovedì sera e il venerdì mattina, appena arrivo in studio mi telefona una sua paziente.

Dottore sono la figlia di A., mia madre ha una gamba gonfia arrossata e dolente, desidererei che lei la vedesse al più presto, sono preoccupata!

Propongo di vederla il giorno dopo, ma vista l'insistenza e la presunta gravità, ci accordiamo per il pomeriggio stesso. La signora, vicina agli 80 anni, entra nel mio studio aiutandosi con delle stampelle, ciononostante percorre velocemente il corridoio che porta alla mia stanza. Si lamenta.

La figlia mi descrive i sintomi:

Da due giorni si è arrossata la gamba sinistra, è gonfia e dolente, non può neanche poggiarla.

Chiedo se soffre di disturbi circolatori e mi mostrano un doppler positivo per spiccata sofferenza venosa e arteriosa. La paziente è diabetica e ipertesa. Durante il colloquio, più che altro con la figlia, la paziente si lamenta costantemente, senza mai smettere. La visito.

L'espressione del viso è sofferente, il quadro obbiettivo corrisponde a quanto detto dalla figlia: la gamba è molto rossa e calda, da poco sotto il ginocchio a tutto il piede; il polpaccio è molto duro. La paziente mi riferisce che il dolore è martellante, ogni tocco o sfioramento aggrava il dolore e il lamento della paziente.

Perché si lamenta tanto? Le chiedo.

Dottore non posso fare a meno di lamentarmi per il dolore.

Beh, occuparsi di una sospetta flebite o tromboflebite in una paziente di un collega appena partito per le ferie è senza dubbio un buon inizio, penso tra me e me.

Tutti i sintomi mi fanno pensare a Lachesis, anche se una veloce repertorizzazione pone qualche possibilità di Rhus tox e la problematica circolatoria potrebbe far pensare a Hamamelis, che però reputo più adatto nella congestione che assume il colorito bluastro. Per completezza di dati chiedo alla segretaria di Gustavo di inviarmi per fax la cartella della paziente.

Leggo che la paziente riferisce spesso il sentimento di abbandono. La mia idea si rafforza, ma il lamento della paziente mi occupa la mente e allora repertorizzo il sintomo:

Mind – Lamenting - pain, about

Compagno solo 9 rimedi: Agar., Ars., Cham., Gels., al 1° grado; Mag. p., Mosch., Nux. V. al 2°; COLOC. e LACH: al 3°.

Prescrivo pertanto LACHESIS 30 CH

Subito 3 granuli in bocca e poi 10 da sciogliere in acqua e bere un sorso ogni due ore. Sono le 18 di Venerdì.

La figlia della paziente mi telefona alle 8 di Sabato comunicandomi:

Mamma sta molto meglio, un 50% direi, può appoggiare la gamba, ha meno dolore, è meno rossa, la notte ha riposato.

Le do indicazione di continuare la terapia secondo le stesse modalità.

Domenica alle 11 mi viene confermato il miglioramento. Mi parla anche di un lieve dolore al primo dito del piede che mi fa pensare ad una possibile artrite gottosa.

Lunedì pomeriggio rivedo la paziente.

La signora è senza stampelle, il piede è gonfio, rimane un lieve dolore al polpaccio, non ha più bisogno di lamentarsi. Le indico di proseguire Lachesis 30CH, tre granuli tre volte al giorno.

Controllo analisi recenti che evidenziano una discreta iperuricemia... ma questo tocca a Gustavo!

I sintomi repertorizzati sono stati i seguenti:

MIND - LAMENTING - pain, about

MIND - FORSAKEN feeling

EXTREMITIES - DISCOLORATION - Leg - reddish

EXTREMITIES - INFLAMMATION

EXTREMITIES - PULSATION

GENERALS - INFLAMMATION - Blood vessels, of - Veins

GENERALS - TOUCH - agg.

GENERALS - TOUCH - agg. – slight

Tutti presenti in Lachesis. In Rhus Tox. mancano il n. 1 ed il n. 8.

Norme per gli Autori

*La Rivista "Il Medico Omeopata", organo ufficiale della F.I.A.M.O.
Federazione Italiana delle Associazioni dei Medici Omeopatici,
pubblica lavori di Autori Italiani e Stranieri.*

I lavori devono essere inviati alla Redazione c/o:

Centro Omeopatico Vescovio

P.zza Vescovio 7

00199 Roma

e-mail: rivista@fiamo.it

tel/fax: +39 06 86 20 81 45

È preferibile l'invio mediante allegato e-mail oppure su floppy disk, utilizzando Word 97 – 98 – 2000, carattere Arial.

Titolo – Titolo ed eventuale sottotitolo dovranno essere brevi, incisivi e chiari.

Autore – Cognome e nome degli Autori per esteso, accompagnati da eventuali titoli accademici e/o professionali, indicando indirizzo ed e-mail.

Riassunto – Breve ed esaustiva descrizione dell'argomento (caso clinico, proving, metodologia ecc.) che comprenda scopo del lavoro, metodi impiegati, risultati e conclusioni.

Parole chiave – Al di sotto del Riassunto, indicare 3 – 5 Parole Chiave.

Il Riassunto va presentato con traduzione in Inglese (Summary).

Corpo dell'Articolo – Il testo va scritto su pagine numerate con numeri arabi, suddiviso in paragrafi, per es.: Introduzione – Materiali e Metodi/ Descrizione del caso clinico - Risultati - Discussione – La suddivisione in paragrafi è, ovviamente, condizionata dal tipo di lavoro: case report, provings, principi dell'Omeopatia, questioni di metodologia ecc.

Nell'Introduzione all'argomento o al caso clinico si sottolineino brevemente le ipotesi che hanno condotto al caso o alla ricerca in oggetto e lo scopo del lavoro.

Nella Descrizione si riporti chiaramente come si è proceduto per il raggiungimento dello scopo, si descrivano i soggetti e/o le procedure utilizzate, con eventuali citazioni bibliografiche dettagliate.

Risultati – si riportino i risultati ottenuti, eventualmente con riferimento a tabelle, grafici, schemi riepilogativi, fotografie.

Discussione – non una ricapitolazione dei risultati ma una loro lettura critica.

Tabelle – Devono essere richiamate nel testo. Ogni tabella va numerata con gli stessi numeri romani (Tab.I, Tab.II etc.) con cui è citata nel testo. Ogni tabella va corredata da un breve titolo e una didascalia; le eventuali abbreviazioni devono essere spiegate.

Iconografia – È accettata iconografia in b/n ed eventualmente a colori, compatibilmente con le esigenze redazionali e tipografiche.

Ogni illustrazione va numerata, corredata da una breve didascalia ed eventualmente richiamata nel testo. **Bibliografia** – Deve comprendere i soli Autori e/o Opere citate nel testo e richiamati mediante numerazione araba.

Per le citazioni bibliografiche seguire le seguenti indicazioni.

Una virgola divide i nomi degli Autori. Di seguito riportare il titolo per intero dell'articolo, il nome della rivista, il numero del volume, l'anno di pubblicazione, prima ed ultima pagina. Per i testi riportare: nome degli Autori. Titolo del libro in lettere maiuscole, gli Editori, il luogo di pubblicazione, l'anno di pubblicazione, eventualmente la pagina di citazione.

Responsabilità degli Autori – Gli autori si rendono responsabili delle affermazioni contenute nell'articolo.

Compiti della Redazione – La redazione della Rivista esamina il testo entro 30 giorni dal suo ricevimento e ne dà comunicazione all'autore riservandosi di chiedere delle modifiche qualora il

testo non corrisponda alle caratteristiche formali sopra esposte. Le bozze verranno corrette internamente e non saranno allestiti gli estratti.

Spese di pubblicazione – La pubblicazione è gratuita

Comunicazioni

In data 31 maggio 2004 è stata ratificata l'affiliazione della FIAMO alla FISM – Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane.

VERBALE DI CONSIGLIO DIRETTIVO

ON-LINE DEL 23/07/04

In data 20/07/04 Antonella Ronchi invia al Consiglio on line la proposta di nominare Pindaro Mattoli in qualità di Coordinatore del Comitato Legale.

Il Consiglio approva on-line il 23 Luglio 2004

NOVITÀ DALLA

FIAMO UMBRIA

Nel 2003 l'Ordine Provinciale dei Medici e Odontoiatri della provincia di Perugia ha istituito la Commissione per la Medicina Non Convenzionali. Della Commissione fanno parte anche Pindaro Mattoli e Roberto Buresta, soci FIAMO.

La Commissione sta organizzando per l'Ordine un seminario che si terrà a Perugia sabato 6 novembre 2004, presso la sede dell'ONAOISI, sul tema: "Libertà di cura - Integrazione tra la Medicina Convenzionale e Non Convenzionale". Tra i relatori: il Presidente della FNOMCeO Giuseppe Del Barone, il Prof. Adolfo Puxeddu (Presidente della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Ateneo Perugino), Graziano Conti (Presidente dell'Ordine dei Medici di Perugia), Mario Melato (Presidente dell'Ordine dei Medici di Trieste e Coordinatore della Commissione per le Medicine Non Convenzionali della FNOMCeO), Vincenzo Scarpino (Presidente del Forum per le Medicine Non Convenzionali dell'Ordine dei Medici di Roma), Dino Cosi (Direttore amm.vo dell'Ordine dei Medici di Roma, promotore delle Medicine Non Convenzionali), Alessandro La Medica (Coordinatore della Commissione per le Medicine Non Convenzionali dell'Ordine dei Medici di Perugia), Carlo Romagnoli (dirigente servizio assistenza sanitaria, distrettuale e ospedaliera e dell'osservatorio epidemiologico della Regione Umbria).

Il 13 Giugno 2004 si è tenuta l'assemblea regionale della FIAMO Umbria, per il rinnovo triennale delle cariche. Sono stati eletti Pindaro Mattoli Coordinatore regionale e Roberto Buresta Delegato all'Assemblea Nazionale. L'assemblea ha stabilito di attivare forme di comunicazione con i cittadini umbri per informarli sulla identità della Medicina Omeopatica e sull'andamento della legislazione nel campo delle Medicine Non Convenzionali.

FIAMO LAZIO-MOLISE

Il 22 maggio scorso si è concluso a Termoli (CB) l'evento ECM: "Omeopatia e il Medico di Medicina Generale", patrocinato dalla FIAMO, dall'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Campobasso, dalla Società Italiana di Medicina Generale e dalla SNAMID, tenuto dai dottori: Domenico Bartollino, Nicola Morasca, Tommaso Sciascia, Pietro Magliozzi. Visto il notevole successo dell'evento sono già stati programmati altri 2 incontri anche nella regione Abruzzo.