

II MEDICO OMEOPATA Anno III n. 7

Quadrimestrale della F.I.A.M.O. – Federazione Italiana delle Associazioni e dei Medici Omeopati – Febbraio
1998

- *Un caso di Conium maculatum*
- *Termodinamica delle diluizioni*
- *Omeopatia e SSN*
- *Mancinella in pediatria*

Omeopatia e professione: il problema legislativo

Direttore Responsabile

Gustavo Dominaci

Coordinamento Redazionale

Edoardo Di Leginio – Gino Santini

Grafica e impaginazione

Massimiliano Fusco

Redazione:

c/o Centro Omeopatico Vescovio

Piazza Vescovio 7 00199 Roma

Tel/Fax 06-86208145

Amministratore / Pubblicità:

F.I.A.M.O. Sede Amministrativa

Via Mancini 22 05100 Terni

Tel. 0744.422040 – Fax 0744.429900

Stampa

Tipografia Economica Moderna

Via Primo Maggio, 15 – 05022 Amelia (TR)

Tel. 0744.981495

In Copertina

Un ramo di boungaville rosa

(photo-bank Wayzata Technology)

Anno III – Numero 7

1° Quadrimestre 1998

Hanno collaborato a questo numero

Antonio Abbate

Giuseppe Bernardi

Nazzareno Brizioli

Valentino Corrado Dall'Acqua

Vittorio Elia

Vassilis Ghegas

Didier Grandgeorge

Valerio Grandi

Maurizio Italiano

Ton Nicolai

Massimo Mangialavori

Domenica Mannino

Luigi Manuppelli

Pindaro Mattoli

Carmelo Musco

Marcella piccoli

Maurizio Palella

Giancarlo Quartucci

Carlo Mezzani

Barbara Rigamonti

Paola Vianello

SOMMARIO

Editoriale:

pag 3 – La rivista del medico omeopatico

Gustavo Dominici

pag 7 – La pagina del Presidente

Giuseppe Bernardi

Cover Story:

pag 8 – Il registro degli omeopati

Pindaro Mattoli

pag 9 – Cosa propone l'ECH

Massimo Mangialavori

pag 10 – Intervista all'On. Gianni Tamino

Paola Vinello

pag 12 – Omeopatia e SSN

Valerio Grandi

pag 14 – La legislazione professionale omeopatica

Paola Vinello, Pindaro Mattoli

pag 17 – L'opinione delle aziende

Valentino Corrado Dall'Acqua

pag 18 – Se la mucca è pazza...

Barbara Rigamonti

pag 20 – il futuro dell'omeopatia in Europa

Ton Nicolai

pag 22 – Considerazioni su omeopatia e legislazione

Luigi Manuppelli

Clinica:

pag 26 – **Un caso di Conium maculatum**

Antonio Abbate

pag 30 – **Chi trova un repertorio... trova un tesoro!**

Giancarlo Quartucci

Ricerca:

pag 36 – **Farmacoterapia e metodo omeopatico**

Carmelo Musco

pag 49 – **Termodinamica e soluzioni diluite**

Vittorio Elia, Marcella Piccoli

Storia:

pag 51 – **La storia di un'idea**

Domenica Mannino

Stampa estera:

pag 34 – **Hura brasiliensis e la morte del figlio**

Didier Grandgeorge

pag 39 – **Mancinella in pediatria**

Vassilis Ghegas

Informatica:

pag 40 – **Area omeopatia**

Gino Santini

pag 41 – **Internet? Sì, grazie!**

Gino Santini

pag 42 – **RADAR Companion**

Edoardo Di Leginio

pag 45 – **Zizia: tip & tricks**

Edoardo Di Leginio

pag 46 – **MacRepertory**

Marzio Italiano

pag 48 – **Win Chip**

Carlo Mezzani

News, notizie e...

Omeopatia in agrozootecnica – Contro-siluro a Piero Angela

Candegabe a Roma – Federspil – Mangialavori al CIMI

Rubriche

Lettere (4) – Novità in libreria (33) – Pictures (53)

We are delighted to invite you to the 53rd LMHI international homoeopathic congress to be held from 25 to 29 April 1998 in Amsterdam

The theme of this congress is “Homeopathy Opening Up”

And the congress is organized to reflect precisely that:

- *a gathering intended to bring together professionals from various disciplines, all working closely together to further the development of homoeopathy;*
- *a gathering not only for homoeopathic doctors but also for researchers, pharmacists, veterinarians and other professionals in the field;*
- *a gathering where everyone will find something to suit their particular interest;*
- *a gathering with opportunities for all types of approach to the subject;*
- *a congress to which mainstream GPs are invited to experience something of homoeopathy and its achievements.*

This gathering is the 53rd congress of the LMHI (International Homoeopathic Medical League), an organization that is in the middle of its own particular “opening up” process. This represents a transition from a closed association of individual members to an open, more professional organization uniting national associations of homoeopathic professionals from around the world irrespective of their individual approaches to homoeopathy.

This congress is also a celebration of the first centennial of the Netherlands Homoeopathic Medical Association (VHAN). During this century, the association has developed from a small group of pioneers to a professional medical association where quality assurance is a byword.

During the congress, the main hall will be the focus of presentations that are of interest to all participants. All aspects of homoeopathy, including research, provings, repertory, materia medica and pharmacology will be covered. One particular session will be dedicated to the role of homoeopathy in primary and secondary health care and will be open to a wider audience including mainstream GPs. Four of the world’s leading homoeopathic teachers – ALFONS GUEKENS, MASSIMO MANGIALAVORI, JAN SCHOLTERN and JONATHAN SHORE – will attend the congress. In addition to their hour-long lecture featured in the main programme, some of the four will also offer classes in the satellite room. Other well-known speakers such as MADELEINE BASTIDE, PETER FISHER, KLAUS LINDE, DAVID REILLY, DAVID RILEY, FREDERIK SCHROYENS, JEREMY SHERR, DAVID SPENCE, DAVID WARKENTIN, FRED WIEGANT, ROELAND VAN WIJK, ROFER WAN ZANDVOORT and many others have already confirmed their presence.

A satellite programme will be offered for specific group of participants and will include presentations tailored to meet the interests and needs of pharmacists and veterinarians.

A number of workshops will offer practical exercises during which you will experience how to raise your awareness of and gain a deeper insight into your patients and, thus the remedies they may require. At the speakers corner all participants have the opportunity to put across their ideas, statements and experience in a time-limited, but highly dynamic way.

Separate meetings will be held at which professionals from various disciplines can work together on setting standards for data collection systems, provings, homoeopathic education, homoeopathic Good Manufacturing Procedures and the like.

We trust you will join us at this multi-faceted congress in the sparkling city of Amsterdam. We are certain this will be a congress that will prove to be a great source of inspiration for all those who participate.

And... remember to join the exciting festivities in Amsterdam and the rest of the Netherlands on the day after the congress: the Queen's anniversary!

The registration fee for this congress will amount to DFL. 795 – for early registration until February 1, 1998 and DFL. 895, - for late registration

For more information and/or registration forms:

Liga congress secretariat CAOS, W.G. Plein 475, 1054 SH Amsterdam, The Netherlands,
tel.: +31-20-5893232, Fax: +31-20-5893230

Editoriale

La rivista del medico omeopatico

Di Gustavo Dominaci

Direttore "Il Medico Omeopata"

Cari colleghi,

La tendenza al mutamento in senso evolutivo è insita di ogni cosa creata dall'uomo e noi non ci siamo sottratti a tale poderosa spinta. Il risultato che vi proponiamo è una rivista differente, comunque figlia degli stessi principi che l'hanno vista nascere. Un giornale che non è fatto da professionisti, volutamente, ma dai diretti interessati, cioè da medici omeopatici. Allora vi troverete vistose ingenuità e forse anche grossolani errori che faranno sorridere un vero giornalista, ma vi troverete anche la verità diretta da chi ha deciso di non delegare ciò che gli è proprio e caro.

Spero che questo ed altro ancora comprendano chi ha visto i propri lavori esclusi o tagliati. Ci perdonerà l'avvocato Leda Adamo che da Palermo ci invia una proposta di legge sull'Omeopatia, che verrà pubblicata appena possibile. Così anche il Dr Francesco Negro, che non vedrà pubblicato il suo intervento di Filosofia della Scienza. Un ringraziamento particolare va, invece, al Prof. D'Elia dell'Università di Napoli che ci ha reso disponibile il suo lavoro sul farmaco omeopatico, prima ancora che venisse presentato al Congresso di Amsterdam. E ai tanti altri che, dopo tanta costipazione, ci hanno inviato materiale di vario genere, dico che occorre avere un po' di pazienza ed anche imparare a scrivere cose importanti in poco spazio, questa è la legge. Insomma abbiamo dovuto scegliere ed usare il bisturi, è stato inevitabile.

La nostra rivista ha fra i suoi obiettivi quello di una certa completezza, includendo varie componenti, ognuna importante per il medico omeopata. Non ci aspettiamo che tutti i lettori gradiscano allo stesso modo tutti gli interventi, magari qualche settore l'avrebbero volentieri eliminato per dare più spazio ad altri. Ciò è più che lecito, come è però doveroso ricordare che la composizione attuale del giornale è la risultante di esigenze che vengono da più parti e nessuna delle quali, ragionevolmente, può essere sottovalutata o addirittura disattesa. In questo numero la parte preponderante spetta agli argomenti cosiddetti politici, quali la situazione legislativa in Italia ed in Europa, considerato che è in gioco il futuro assetto dell'Omeopatia.

I lettori comunque sono in vertiginoso aumento e, sorprendente, più che critiche riceviamo le proteste di chi vorrebbe ricevere la rivista e non sa come fare né a chi rivolgersi. Ai nuovi dico che, cari colleghi, "il Medico omeopata" nasce come organo della FIAMO, Federazione che vuole rappresentare esaurientemente gli omeopati italiani nel rispetto delle convinzioni dottrinarie di ognuno. Per cui non vi troverete mai un metodo elettivo di praticare l'omeopatia, né di insegnarla. Il nostro giornale ha l'obiettivo di unire il mondo omeopatico vero per

dargli forza in campo politico ed efficacia in campo applicativo, cioè gli obiettivi che sono propri della Federazione.

Il mondo omeopatico patisce più di tutti il problema della divisione ideologica e della lotta intestina, più o meno manifesta, per conquistare un trofeo che non esiste, quello cioè di possessore della migliore omeopatia.

La rivista si guarderà bene dal partecipare a tale guerra di vinti, ma farà in modo che alla sua stesura concorrano più voci possibili, magari apparentemente contraddittorie in nome della dialettica costruttiva, unica forza equilibratrice.

Per ricevere “Il Medico Omeopata” non c’è che da iscriversi alla FIAMO, contattando la sede amministrativa e sbrigando le semplici formalità: la rivista verrà inviata gratuitamente.

Che all’intenzione corrisponda velocemente l’azione!

L'angolo della posta

Gentile Direttore,

Ogni essere vivente, in quanto tale, è, al tempo stesso, forma ed espressione, struttura e storia, tendenza al disordine e organizzazione. Ciò che chiamiamo vita non può essere fissata, condensata in una definizione, perché ogni fotografia è già passato. Anche un uomo malato non può essere fotografato ed ogni descrizione, se pretende di racchiudere, di congelare in un quadro clinico, non può che essere parziale e limitante. Il malato, come il sano, può essere raccontato e, in quel racconto, è sempre presente, volente o nolente, consapevole o inconsapevole, il narratore, il medico. Da qui origina la responsabilità. Con la malattia è diverso. La malattia è analizzabile, ricombinabile, sintetizzabile, sul piano della riduzione dal complesso, dal dinamico, al semplice, allo statico. Dall'insieme, dal sistema, al frammento. Si ritiene così di poterla spiegare e si pretende di affrontarla. Per la persona tutto ciò non può valere: la persona non può essere "spiegata", semmai può esser compresa.

La comprensione nasce in un campo relazionale che abbraccia il medico ed il malato, li riunisce entrambi, ma non deriva esclusivamente né dall'uno, né dall'altro. Si genera e si alimenta come intuizione che, come campo di coscienza e come campo di energia, prende forma dentro e fuori di sé.

Ogni disagio, ogni sofferenza esprime un significato. Questo tuttavia, quasi sempre, non è disponibile come tale: non è qualcosa che si possa raccogliere come un oggetto da terra.

Quel significato assume modalità particolari all'interno della peculiare relazione che il medico stabilisce con il suo paziente e viceversa. Affinché il medico si possa avvicinare alla comprensione del significato, non può esimersi dalla domanda circa che cosa debba essere guarito nel paziente. Un tale "che cosa" risiede nella storia come nella fisicità, nell'affetto come nel linguaggio. Accedere a questo "che cosa" è un po' crearlo. Crearlo nella relazione che rappresenta il luogo di questo processo ed insieme il determinante una possibilità. Il medico, se avvia una esplorazione in se stesso, potrà riconoscersi prima come auto-osservatore, quindi come osservatore e infine come osservatore partecipe, partecipe di una scelta.

La raccolta dei sintomi è infatti una scelta, una scelta in chi li manifesta, il malato, ed in chi li raccoglie, il medico. Non ci può essere però scelta se non c'è capacità discriminativi e attribuzione di valore, di significato. Sarebbe necessario avere sempre presente che l'immagine che abbiamo di noi stessi, come medici e come persone, è inevitabilmente incompleta e di parte; questa consapevolezza potrebbe, se non altro, attenuare gli effetti, sul paziente, di dinamiche protettive e, sul medico e sulla terapia, di statiche etichettature.

Osservare diviene scoprire e scoprirsi; discriminare e selezionare diviene essere coscienti. Ciò che alimenta la coscienza fluttua nei processi, nelle dinamiche e non può essere fissato nelle conoscenze definite ed astratte.

“Che cosa” va guarito nel paziente si può forse rinvenire in un tratto qualsiasi di percorso: un percorso dove potrebbero non più verificarsi errori dalle forme diverse, errori percettivi frutto della stessa metodologia, bensì la percezione di un limite ed il tentativo di superarlo.

Dr. Paolo Montenero

Risponde Gustavo Dominaci –

Ricordiamo che la redazione si riserva il diritto di condensare o ridurre le lettere. E' perciò indispensabile, per vedere pubblicato integralmente il proprio scritto, inviare testi brevi e se possibile, dattiloscritti. Non si risponde privatamente

Caro collega, ti ringrazio per i contenuti che esprimi ed anche semplicemente perché li esprimi, facendoci partecipi delle tue riflessioni. Tocchi temi che ritengo preziosi per ogni omeopata consapevole. Non appena ci avviciniamo ad un paziente inteso in senso solistico – che poi significa semplicemente che prendiamo atto che è una persona – siamo, che lo vogliamo o meno, coinvolti in un rapporto intenso che avrà un ruolo importante nello svolgersi della terapia. E da qui la responsabilità e l'esigenza di conoscersi per riconoscere. Non è una risposta quella di cui hai bisogno, anche perché non formuli domande.

Aggiungo parte di una lettera inviata da una paziente psicoterapeuta e quindi particolarmente sensibile a tali tematiche:

“(…) Volevo con te uno scambio teorico tra ciò che io ho vissuto e vivo in questi anni come tua paziente, la cura che mi somministri ogni volta e gli effetti psicologici ed emotivi che questa suscita.

Gli effetti “secondari” della cura omeopatica, ad es. un’angoscia che si scatena dopo una dose omeopatica, può apparire al paziente più pericolosa della reale patologia per almeno tre motivi: perché improvvisa, perché apparentemente immotivata e perché sconosciuta o violenta.

Il paziente si trova quindi a dover affrontare una situazione psico-emotiva che lui non conosce. Infatti la quasi totale ignoranza rispetto la propria psiche genera, al suo apparire, un panico così profondo da destabilizzare, talvolta, un equilibrio. Mi risponderai che sono cose del paziente e quindi la cura non c’entra. Se è così mi viene fatto di pensare perché mai l’Aspirina ad alcuni fa venire dei dolori tremendi allo stomaco e ad altri non succede nulla. E’ evidente una sensibilità soggettiva al farmaco. E ancora, se getto un sasso in un lago stagnante vedrò dei cerchi nascere, diffondersi ed amplificarsi fino alla riva. Solo se lancio il sasso si verifica questo fenomeno poiché il lago potrebbe rimanere immobile per sempre.

Ebbene, ogni volta che nella nostra professione lanciamo un sasso attiviamo un processo che scaturisce dall’interazione tra medico e paziente. O meglio il paziente ha le sue caratteristiche e così il medico.

L’interazione fa nascere una terza cosa: la relazione. Questa si esplica tra le proprietà buone o cattive del

soggetto in cura e le proprietà buone o cattive del medico (che somministra il farmaco). Credo sia questo il fenomeno che può determinare o meno la guarigione. Viene allora da chiedersi se è il farmaco capace di curare o la relazione. Probabilmente sono tutti gli elementi: medico-farmaco- paziente e relazione tra. Nella nostra professione ci troviamo spesso – non sempre – sulla riva del lago e l'altro (il paziente) è nell'acqua che andremo a smuovere. Dalla riva osserviamo. In realtà non osserviamo soltanto ma siamo contemporaneamente anche dentro il lago, ma lo nascondiamo a noi stessi. Vogliamo rimanere estranei a ciò che andremo a determinare; vogliamo soltanto essere coloro che hanno “scoperto” il fenomeno: i bravi. Ma chi dice che essere sulla riva sia un privilegio? (...)”

Caro Direttore,

In un momento critico per la credibilità della medicina in Italia, volevo provare anch'io, nel mio piccolo, ad esporre qualche considerazione personale sul caso Di Bella. Parto da un presupposto, forse banale nella sua semplicità, ma che mi ha sempre guidato nella professione così come nella ricerca: se la scienza deve essere proposta come religione o come dogma, non è più scienza e non vale più la pena di difenderla.

Premetto anche che, fra molti dubbi e pochissime certezze, desidero ardentemente che Di Bella abbia ragione, perché vedo molti punti in comune con la “nostra” omeopatia: è una terapia senza effetti collaterali, perché ricerca il raggiungimento di un equilibrio stabile tra organismo e patologia; è individualizzata e per questo difficilmente verificabile con i canoni attuali della ricerca scientifica; è caratterizzata da un'enorme spinta favorevole da parte dell'opinione pubblica, senz'altro maggiore di quanto si verifica con l'omeopatia, anche a causa della presunta efficacia del metodo Di Bella su di un problema socialmente ed emotivamente rilevante quale è quello del cancro; i medici che la praticano vantano una vasta casistica personale di successi terapeutici. Se a tutto questo si aggiunge una cronica incapacità da parte del Ministero della Sanità nella gestione del problema e una eccezionale campagna di... disinformazione effettuata dai media (che in più di qualche caso è servita solamente a spingere i pazienti ad abbandonare le terapie convenzionali senza però garantire loro una soluzione alternativa), il quadro è drammaticamente completo.

A questo proposito, Onorevole Bindi, ma a cosa Le servono le famose cento cartelle cliniche? E quante cartelle potremmo/dovremmo inviare noi omeopati a testimonianza dei nostri successi terapeutici? Polemiche gratuite a parte, non credo che sarebbe stato oltremodo complicato ribassare il prezzo del farmaco ad un livello tale che la gente avrebbe potuto continuare a curarsi con il metodo Di Bella a proprie spese: questo avrebbe concesso alle strutture competenti più tempo per affrontare il problema e predisporre un'adeguata sperimentazione.

Scendendo nello specifico del problema, ho alcuni dubbi fondamentali al proprio. Se Di Bella ha fatto una geniale scoperta, perché questa non è stata condivisa (seguendo le usuali strade che da sempre ha seguito la ricerca, difficilmente controllabili da forze esterne) con il mondo medico si è seguita una strada meno raffinata

e, per questo, più contestabile? E ancora: come mai le case farmaceutiche che producono la famigerata somatostatina (e che presumibilmente ben conoscono la realtà della ricerca e hanno i mezzi per effettuarla), non hanno pensato ad una diversa utilizzazione della loro molecola? Quanti pazienti ha trattato Di Bella? Che pazienti erano? Che fine hanno fatto “tutti” quelli trattati con la sua terapia? A queste e ad altre domande ho aspettato inutilmente una risposta.

Nel frattempo resta irrisolto un problema estremamente serio, sia dal punto di vista medco-scientifico che da quello sociale: ad un estremo abbiamo una persona che ama definirsi “mite” e che pontifica e spara a zero su tutta la medicina italiana e internazionale; dall’altro lato abbiamo moltissimi pazienti che si trovano in condizioni psicologicamente precarie e che si attaccherebbero ad ogni trattamento, anche non sperimentato, nella speranza, se non di risolverlo, quanto meno di ridurre l’entità del loro problema. In mezzo si trova una classe politica cronicamente impreparata e testardamente demagogica, gli onnipresenti giornalisti e gli onnipotenti magistrati. E il punto è proprio questo: se questo tipo di terapia non è dannosa, se c’è anche solo una remota speranza che serva a qualcosa, non fosse altro che a far star meglio il paziente, sarebbe criminale da parte del medico non applicarla; se non serve a nulla, è criminale da parte del medico non applicarla; se non serve a nulla, è criminale da parte dei mass media diffondere tali notizie ed è ancor più deplorabile l’assoluta “asseza” di chi è chiamato a prendere una posizione precisa e nell’evitare che tutto degeneri in una rivolta di massa.

Spingo la mia provocazione fino in fondo. Se questa notte, dormendo, avrò un sogno in cui Hahnemann mi suggerirà che la vera cura risolutiva per il diabete mellito è la somministrazione di un ACE-inibitore associato a omeprazolo (!) e se da domani mattina inizierò ad applicare questo “metodo”, come potrà essere definita questa pratica messa in atto da uno che ha tutti i titoli accademici necessari? Il fatto che sia un medico non mi esime dall’adottare un “metodo” scientifico nella mia opera: non si può improvvisare in base ad un’intuizione e proseguire su questa strada per tutta la vita, anche se da omeopata mi rendo conto che, alla fine, questa potrebbe essere l’unica strada percorribile da tutti coloro che, me per primo, credono che gli unici mezzi per mantenere la medicina nell’ambito della scienza siano il dialogo, la spiegazione e la confutazione razionale.

Gino Santini

Risponde Gustavo Dominaci – *Una bella lettera, complimenti! Leggendola ho pensato che per noi omeopati è definitivamente chiusa la stagione dei fuori, dell’enfasi e dell’ossequiosità ed iniziato il tempo della fermezza degli argomenti, senza sconti per alcuno, e delle domande, che non verranno ritirate fino a che non avranno avuto esauriente risposta. Quindi un elogio allo stile.*

Qualcuno dei tuoi argomenti, invece, mi lascia perplesso. Credi fermamente nel metodo scientifico, e qui bisognerebbe definire cosa intendiamo con questa locuzione, ed anche credi, è sottointeso, in chi gestisce il

procedimento ed i risultati. Un'onorevole fiducia, che non condivido. Scrivi che la colpa della classe politica è di essere "cronicamente impreparata e testardamente dermatologica"; a me questa affermazione sembra vera, ma oltremodo carente.

Penso invece che a monte di tutte le risposte non ci sia il metodo scientifico, ma il metodo affaristico, che modifica dati, risultati, utilizzo di risorse ed altro ancora. Rifuggo con velocità folle da ulteriori argomentazioni socio-politiche, qui enunciate perché mi appaiono così evidenti da non poterle tacere. Quel che mi preme sottolineare è, invece, la grande partecipazione popolare riscontrata in questa occasione, forse aiizzata dai media, ma anche spontanea, e non semplicemente per il viso umano del Dr Di Bella. Ritengo che la nostra più grande ricchezza siano i risultati, che dobbiamo assolutamente documentare, pena la caduta libera in un deleterio fideismo, ma anche e soprattutto coloro che i risultati li hanno sperimentati, cioè i nostri pazienti. L'individuo/paziente è esausto di essere usato, spremuto, non considerato minimamente come persona ed illuso con le sbandierate illimitate possibilità di guarigione della medicina cosiddetta scientifica.

L'individuo/paziente non crede più nella medicina ufficiale, né in chi la pratica; continua ad affidarsi fino a che non gli viene offerta un'alternativa praticabile.

A me Di Bella pare un medico umano; certo la gente lo vede così, e cerca medici che gli somiglino un po'. Se poi distribuiscono somatostatina o altro, non importa loro granchè, purchè somiglino ad uomini, offrano possibilità di guarigione e garantiscano l'assenza di danni.

Non so quanto ci sia di efficace in quel protocollo terapeutico, che non conosco a sufficienza, ma so cosa c'è in chi vi si oppone.

Seguo con attenzione la vicenda, perché noi omeopati potremmo presto trovarci al posto del Dr Di Bella e non vorrei ripetere certi errori, che te sottolineai con precisione. Sarebbe un vero peccato.

Ti ringrazio ancora per l'intervento.

La pagina del Presidente

Di Giuseppe Bernardi

Presidente FIAMO

Non è male che la nostra rivista, così unica ed importante, porti in maniera diretta qualche mia riflessione, non certo per diffondere “il verbo” (nulla di più lontano dal mio carattere!) e neppure nella illusione di diffondere notizie di grande rilevanza, ma per permettermi qualche riflessione, per così dire, a voce alta, per ascoltarne l’eco, e anche per facilitare un filo diretto con i colleghi.

Vorrei questa volta riflettere un poco sui rapporti della FIAMO con la medicina ufficiale, anche perché mi pare di poter dire che questi rapporti si sono fatti più concreti, praticamente istituzionalizzati. La realtà della medicina omeopatica in Italia si è fatta via via più importante; vorrei quasi dire che, almeno negli ultimi tempi, si sta diffondendo enormemente. Nel bene e, purtroppo, anche nel male. Il fenomeno sembra stia assumendo dimensioni e caratteristiche quasi incontrollabili. E’ diventata perciò assolutamente ineludibile la necessità di migliorare il rapporto fra medicina ufficiale e medicina omeopatica, che in buona sostanza si può individuare nel dialogo fra FNOMCeO e FIAMO. Penso sia utile ricordare, soprattutto ai colleghi più giovani, che uno dei primi passi verso un tentativo di riconoscimento ufficiale dell’omeopatia in Italia affonda ormai nella notte dei tempi, a più di dieci anni fa, quando, in qualità di Presidente dell’Ordine dei Medici della Provincia di Trento, volli organizzare un convegno inerente il problema, al quale partecipò il compianto Prof. Sirtori, già allora straordinariamente aperto ai nostri problemi.

Il convegno si arricchì della partecipazione molto rappresentativa dei più affermati colleghi omeopati italiani, impegnati in un dibattito che rappresentò l’avvio di un lungo processo dialettico. Ne seguì una lunga serie di incontri nei quali, anche se purtroppo emersero pericolose divergenze, tipiche del nostro logorroico sport nazionale, il litigio autolesionistico, finirono per formarsi una serie di comitati, il CURMO specialmente, ed alla fine la nostra attuale Federazione. Al di là di ogni possibile ed accettabile critica la FIAMO, lo dobbiamo ricordare, è l’unico organismo della nostra categoria con un proprio statuto e con proprie elezioni democratiche e pertanto perfettamente legittimato a rappresentare la nostra realtà nei confronti delle istituzioni. Presidente e Segretario hanno già avuto parecchi incontri ufficiali con la Federazione Medica, improntati sempre ad una corretta collegialità, nella quale tuttavia non si sono potute appianare le notevoli divergenze ed incomprensioni. Abbiamo tuttavia la sensazione che il Presidente Pagni ed i suoi più vicini collaboratori siano convinti che sia necessario quanto meno chiarire alcuni punti più scottanti ed in primo luogo il problema, da noi continuamente evidenziato, dalla medicina omeopatica quale atto medico e pertanto riservato ai laureati in Medicina. Questo a

tutela della salute dei cittadini/pazienti ed a protezione delle già così difficili possibilità occupazionali dei più giovani colleghi. Con questi intendimenti abbiamo anche voluto far pervenire alla FNOMCeO il documento (illustrato in sintesi qui sotto) che riassume la posizione del Consiglio Direttivo della FIAMO.

Sintesi del documento inviato alla FNOMCeO dalla FIAMO

Nell'autunno dello scorso anno il Consiglio Direttivo della FIAMO ha inviato alla Presidenza ed alla Commissione per le Medicine Non Convenzionali della FNOMCeO un documento che esprime le osservazioni e le istanze della FIAMO riguardo alla regolamentazione della pratica professionale omeopatica in Italia. Nel documento si propone innanzitutto la classificazione delle metodiche terapeutiche che fanno uso di medicinali omeopatici, distinte tra quelle che necessitano di formazione professionale specifica (Medicina Omeopatica, Medicina Antroposofica, Omotossicologia) e quelle che non ne necessitano (Complessismo, Immunoterapia omeopatica, Organoterapia, Isoterapia, etc.). Successivamente si descrive lo stato di disagio, di semiufficialità/semiclandestinità in cui è costretto ad operare il medico omeopata in Italia, in assenza di una identità professionale codificata, nell'impossibilità di attuare una adeguata pubblicità sanitaria, minacciato inoltre da un'abusivismo dilagante da parte di operatori non medici. Si evidenzia peraltro il rischio che tali operatori possano essere legalizzati se non ci sarà a breve scadenza una regolamentazione a favore dell'atto medico omeopatico.

La FIAMO si fa infine portavoce delle esigenze di tutti i medici omeopati italiani e richiede un dialogo costruttivo con la FNOMCeO per formulare congiuntamente una regolamentazione della Medicina Omeopatica che preveda: il riconoscimento della pratica professionale omeopatica con atto medico; il riconoscimento della peculiare identità professionale del medico omeopata; la codificazione della Formazione Professionale Omeopatica ai più alti livelli qualitativi di quelli attualmente vigenti in Europa; l'attribuzione della Formazione Professionale sia alle scuole private che alle Università; l'istituzione di un Registro nazionale dei medici omeopati, gestito dalla FIAMO e dagli Ordini dei Medici provinciali; la possibilità di effettuare adeguata pubblicità sanitaria attraverso formule concordate; i mezzi per censurare eventuali abusivi. Tale proposta di regolamentazione della Medicina omeopatica potrebbe essere poi trasportata al di fuori dell'ambito ordinistico come suggerimento autorevole per la classe politica italiana in vista di una regolamentazione definitiva della Medicina Omeopatica in Italia.

Il registro degli omeopati italiani

Di Pindaro Mattoli

Segretario FIAMO

Sotto la spinta di quanto sta accadendo in Europa, anche in Italia si sente la necessità di regolamentare la figura professionale del medico omeopatico

Dopo l'approvazione da parte del Parlamento Europeo della "Risoluzione sullo statuto delle medicine non convenzionali" (29-maggio-1997), in tempi più o meno lunghi si avrà una regolamentazione a livello comunitario di tutte le medicine non-convenzionali, compresa ovviamente l'Omeopatia.

Sarà dunque codificato l'insegnamento della Medicina Omeopatica e saranno istituiti elenchi ufficiali degli omeopati.

A quel punto saranno definitivamente garantiti sia gli omeopati nella loro professionalità che i cittadini-utenti nella qualità delle prestazioni.

Non sappiamo in che tempi sarà possibile avere tale regolamentazione, certamente non in tempi brevi, ma nel frattempo si pongono dei problemi impellenti che andrebbero affrontati nel più breve tempo possibile, soprattutto qui in Italia dove il riconoscimento della Omeopatia è ancora un obiettivo abbastanza lontano, anche perché ci si sta lavorando seriamente solo da poco tempo.

Il problema di primo impatto è quello della definizione esatta di Omeopatia e di omeopata, che certamente non può essere largamente estesa a tutto il mondo dei prescrittori di medicinali omeopatici. A tale proposito la FIAMO ha dato una definizione di Omeopatia e di omeopata, già presente nello Statuto, che si rifà a parametri sufficientemente stretti da delimitare efficacemente l'area professionale della Medicina Omeopatica e sufficientemente larghi da includere ogni corrente teorica omeopatica: "La Medicina Omeopatica è un metodo diagnostico, clinico e terapeutico codificato da Samuel Hahnemann e basato sulla Legge dei Simili e sull'uso di Rimedi Omeopatici Unitari. Medico Omeopata viene considerato il medico chirurgo o il medico veterinario o l'odontoiatra, il quale, con specifica competenza professionale omeopatica, prescrive a scopo terapeutico, seguendo la Legge dei Simili, rimedi omeopatici unitari preparati secondo la Farmacopea Omeopatica. L'esercizio della Medicina Omeopatica è riservato ai medici chirurghi, ai medici veterinari e agli odontoiatri legalmente abilitati all'esercizio della rispettiva professione ed iscritti al rispettivo ordine professionale."

La FIAMO ha peraltro provveduto anche a compilare una valida classificazione di tutte le altre terapie che utilizzano la prescrizione di medicinali omeopatici, specificando quali di queste necessitano di una formazione professionale specifica (Medicina Antroposofica e Omotossicologia) e quali non ne necessitano (Complessismo, etc.); tale classificazione è descritta nella lettera inviata alla FNOMCeO sintetizzata a pag. 7.

Il problema successivo è quello di effettuare un censimento e compilare un elenco degli attuali omeopati italiani che rispondano alla definizione di cui sopra, elenco di cui chiedere l'omologazione da parte delle istituzioni italiane nel momento in cui si ponesse finalmente il compito di regolamentare la professione omeopatica in Italia.

In quel momento infatti, anche se si dovranno ovviamente stabilire precisi parametri di formazione professionale omeopatica, tali parametri sarebbero ovviamente applicabili solamente ai futuri omeopati e sarebbe comunque necessaria una "sanatoria" per gli omeopati già operanti. Tale sanatoria potrebbe essere fonte di dequalificazione della classe professionale omeopatica se non fosse effettuata con giusti criteri.

A tale proposito la FIAMO ha pensato di precorrere i tempi, lanciando la proposta al mondo omeopatico italiano di istituire un "Registro dei Medici Omeopati Italiani",

In assenza, come sopra detto, di una qualche attuale codificazione della formazione professionale ed in presenza di un gran numero di scuole di diverse caratteristiche (monte-ore, programmi, etc), il criterio principale per l'ammissione "per titoli" al Registro dovrebbe essere quello di includere e valorizzare tutte le varie esperienze formative professionali di ogni omeopata (anni di scuola, seminari, anni di esercizio professionale, e perfino anni di attività come autodidatta prima di accedere ad una qualche scuola), perché nessuna parte del bagaglio culturale di ogni omeopata italiano venga trascurata. A tali esperienze formative verrebbe attribuito un valore numerico e l'ammissione al Registro avrebbe raggiungendo un determinato punteggio.

Qui di lato presentiamo ai colleghi la bozza delle varie voci del punteggio che permetterebbe l'ammissione al Registro, in attesa di eventuali suggerimenti.

IL CRITERIO A PUNTEGGIO

- Monte – ore della scuola frequentata	1 punto/ora
- Scuola con esame finale	+20 punti
- Scuola ufficialmente riconosciuta (estera)	+ ¼ dei punti
- Anni di pratica clinica omeopatica pre-diploma	24 punti/anno
- Anni di pratica clinica omeopatica post-diploma	48 punti/anno
- Seminari e Congressi	5 punti/die
- Pubblicazioni: ricerca clinica o di base	30 punti

epistemologia 20 punti

caso clinico 10 punti

- Insegnamento (presso scuola attiva da almeno 6 anni) 2 punti/ora

- Supervisore 24 punti/anno

Punti da raggiungere per l'ammissione al registro: 400

Cosa propone l'European Committe for Homeopathy

Il 15 Novembre scorso ha avuto luogo a Bruxelles l'ultimo incontro ECH (European Committee for homeopathy). A questo incontro è stata inviata per la prima volta anche la FIAMO. Per la prima volta semplicemente perché l'ECH ignorava la nostra esistenza fino alla scorsa Primavera quando, in Scozia al secondo meeting Europeo degli insegnanti, presi contatto ufficialmente con alcuni membri del consiglio direttivo e scoprii, con mia grande meraviglia, che ECH è ben lieta, anzi preferisce avere contatti con organizzazioni che ufficialmente rappresentano gli omeopati nel loro paese.

Per onestà il nostro consiglio direttivo, e forse io in particolare, dobbiamo pubblicamente recitare un "mea culpa" per essere stati tanto ingenui, fino ad ora, nel pensare che fossimo conosciuti all'estero e che avremmo solo dovuto pazientemente attendere un cenno di riconoscimento della famosa organizzazione Europea. A questo hanno fatto seguito numerosi contatti come pure l'articolo di ton Nicolai. Per un disguido tecnico (aereo in ritardo) non abbiamo preso parte alla prima parte dei lavori, quindi alla riunione del comitato politico, ma vi parteciperemo dalla prossima riunione ad Amsterdam. Invece, con grande interesse, abbiamo presenziato ai lavori della commissione per la formazione professionale di cui vorrei riportare un breve resoconto.

Attualmente il dato saliente è la verifica della applicazione delle linee guida del programma di studio e del monte ore necessario per accreditare una scuola come riconosciuta dall'ECH. Dopo l'emanazione del primo documento, ormai datato 1994 (vedi numero precedente del medico Omeopata), la commissione didattica si sta infatti occupando di raccogliere dati dalle principali scuole Europee. Il presidente della commissione per la didattica, Fernand Debats dell'SHO Olandese, ha formulato un breve questionario preliminare che ha inviato alle scuole. Il fine di tale questionario è sapere qualcosa di più preciso sui programmi e specialmente quante ore di ogni singola materia vengono considerate sufficienti per il suo apprendimento. Fino ad ora si può soltanto affermare che, nella loro diversità, ogni scuola dedica tempi molto diversi all'insegnamento delle singole

materie. Ad esempio c'è chi dedica molto spazio al repertorio e chi lo considera pochissimo, chi dedica tempo allo studio dell'Organon e chi lo considera un libro alla stregua di altri. In ogni modo in dati in possesso sono al momento inattendibili, in quanto poche scuole hanno risposto al questionario, per motivi non del tutto chiari.

Dall'Italia ha risposto solo una scuola ma, da quanto mi risulta, pare sia stata l'unica ad avere ricevuto il questionario. Un piccolo giallo in quanto la segreteria dell'ECH afferma di avere spedito i questionari "fantasma" a tutte le scuole (di cui ovviamente aveva gli indirizzi) o ai responsabili di ogni paese che dovevano, a loro volta, curarne la distribuzione. Poco male, forse, in quanto è in programma un prossimo e definitivo questionario che ha lo scopo di chiarire la situazione del panorama Europeo. Il passo successivo sarebbe quello di unificare quanto possibile i programmi delle scuole, alla luce di quanto emergerà del nuovo questionario. Questi i fatti. Quello che possiamo dire oggi è che esistono delle linee guida, su cui ECH si è già da tempo espressa, a cui alcune scuole hanno aderito anche superando i minimi requisiti, e che la maggioranza già prevede una indiscussa formazione pratica. Altre scuole sono al lavoro per allinearsi in tempi brevi a quanto richiesto. Ovviamente esistono anche corsi che non considerano affatto nemmeno l'esistenza dell'ECH, ma personalmente credo che non avranno un futuro come strutture accreditate a livello Europeo.

Cosa prevede il futuro? Difficile dirlo. Personalmente credo che già esista un consenso su i principi di base, sui fondamenti dell'Omeopatia. E' già stato egregiamente sottolineato dall'ECH. Non ritengo probabile e nemmeno corretta la stesura di un programma dettagliato per tutte le scuole Europee. Forse è il mio spirito di "Homo Italicus", ma in genere sembra più semplice trovare consensi nelle realtà Nord Europee. Penso che il vero problema di una scuola sia formare un buon medico omeopata, fornire gli strumenti adatti a questo fine. Non vedo la soluzione in un programma, quando una disciplina si può apprendere ma non si può insegnare, come ricorda l'amico Riccardo Tomassini. Con questa premessa, nel pieno rispetto delle singole realtà culturali e di ogni gruppo docenti, ritengo più facilmente attuabile la stesura di un protocollo d'esame comune per tutte le scuole Europee che desiderano allinearsi all'ECH. Perché non focalizzare l'attenzione sui risultati di una formazione piuttosto che sullo specifico percorso? In fondo le linee guida sono già state stabilite e chi ben comincia è già metà dell'opera.

Massimo Mangialavori

Vicepresidente FIAMO

Politica

Intervista all'On. Gianni Tamino

A cura di Paola Vinello

Comitato Lega e Sindacale – FIAMO

GIANNI TAMINO

Quasi un anno fa, nel febbraio 1997, il Parlamento Europeo ha approvato lo “Statuto delle medicine non convenzionali” più conosciuto come “Risoluzione Lannoye” per la decisiva azione svolta dal parlamentare belga nel portare all’attenzione di tutto il Parlamento la problematica delle medicine non convenzionali.

Insieme all’On. Lannoye hanno lavorato molti parlamentari tra i quali l’On. Gianni Tamino, del gruppo Verde, laureato in Scienze Naturali e Assistente universitario, sempre molto vicino alle nostre tematiche.

A lui abbiamo chiesto una breve cronistoria e un commento sugli esiti di questa importante battaglia parlamentare.

Dal racconto di un protagonista, la storia della discussione e dell’approvazione della famosa risoluzione europea sulle medicine non convenzionali.

La legislazione comunitaria

Nella comunità europea già dal 1975 le professioni mediche e paramediche sono state oggetto di varie direttive, che hanno regolamentato l’esercizio della professione, la libera circolazione dei professionisti, le norme cui devono sottostare i medici impiegati, etc.

Nulla di simile è invece stato fatto per le medicine non convenzionali, salvo l’adozione di due direttive che regolamentano l’impiego dei medicinali omeopatici, in campo medico e in campo veterinario.

Si tratta delle due direttive 92/73 e 92/74, adottate nel ’92 per consentire ai cittadini di utilizzare i medicinali che ritengono più opportuni, garantendo loro al contempo che sono state prese tutte le precauzioni in fatto di qualità e sicurezza dei prodotti ed evitando che norme presenti in alcuni Stati, ma non in altri, impediscano la libera circolazione di prodotti omeopatici, resi in tal modo di buona qualità. Tali direttive hanno però trovato difficoltà di applicazione.

Di fronte a questo palese squilibrio tra norme per la medicina e la farmaceutica convenzionali e le altre pratiche mediche, il Parlamento Europeo ha più volte cercato di adottare iniziative utili a colmare la lacuna.

Anzitutto nel 1994 e 1995 ha introdotto nel bilancio uno stanziamento per ricerche sull'efficacia dell'omeopatia, stanziamenti che hanno portato alla fine del 1996 alla pubblicazione di un rapporto del gruppo di ricerca sulla medicina omeopatica, costituito da medici convenzionali e medici omeopati, che contiene, oltre alle indagini svolte, raccomandazioni per protocolli di sperimentazione clinica della medicina omeopatica e un dizionario dell'omeopatia. Nel 1996, il Parlamento Europeo ha inserito nel bilancio un ulteriore stanziamento per la ricerca sulla efficacia delle altre medicine non convenzionali.

Il rapporto Lannoye

Senza dubbio il tentativo più rilevante del Parlamento Europeo è stato fatto assegnando il 20/12/94 al deputato verde Paul Lannoye l'elaborazione di una relazione in merito alla proposta di risoluzione sulle medicine complementari presentata alcuni mesi prima dall'On. Pimenta ed altri. La relazione è stata discussa a più riprese, dal maggio '96 al febbraio '97, dalla Commissione ambiente, salute e difesa consumatori, che l'ha approvata il 27/2/97, con alcune modifiche.

Tale testo è stato discusso nella Sessione plenaria di maggio e al momento del voto ha subito modifiche tali da portare il relatore a disconoscere il testo approvato dall'Aula. Obiettivi del rapporto di P. Lannoye erano, da una parte, dare risposte alle legittime rivendicazioni dei medici e dei terapeuti delle medicine non convenzionali nel rispetto del trattato dell'Unione Europea e, dall'altra, di rispondere alla crescente domanda dei pazienti di libera scelta della terapia preferita nell'ambito del libero esercizio della professione per i terapeuti. Per queste ragioni nel rapporto si ritiene necessario offrire al paziente la garanzia di innocuità, qualità ed efficacia dei trattamenti, da verificare attraverso appositi studi e ricerche, da affiancare a quelli già esistenti, individuando anche quali siano i metodi più idonei per tali studi e quali criteri per accertarne l'efficacia. Del resto molte pratiche sono già ampiamente utilizzate e spesso riconosciute in alcuni Paesi dell'Unione.

Altro aspetto del rapporto Lannoye è la formazione dei terapeuti, che deve portare al conseguimento di un diploma riconosciuto (per certe medicine un diploma post-lauream, in altri casi un diploma, ad esempio, di laurea breve). Oltre alla formazione, per offrire la massima garanzia ai pazienti, è opportuno avere anche uno statuto professionale (già esistente in alcuni Paesi per alcune discipline), legalizzato ed armonizzato tra i vari Stati dell'U.E.

Oltre alla formazione, è opportuno avere anche uno statuto professionale

Va, infine, prevista la possibilità che la previdenza sociale possa assicurare il rimborso di una terapia prevista dalla legge e riconosciuta efficace. Conseguentemente anche la farmacopea dovrà accettare e riconoscere le farmacopee delle altre medicine, come naturopatia, medicina tradizionale cinese, eccetera.

Non tutti questi obiettivi sono, però, rimasti nel testo della risoluzione approvata dal Parlamento Europeo, al punto che Lannoye, come già detto, ha tolto il proprio nome dal testo finale. Come ha dichiarato lo stesso relatore “la strategia d’ostruzione e di denigrazione della lobby medica, ben presente nel Parlamento Europeo, si è chiaramente manifestata nel corso del dibattito e delle votazioni”.

Infatti, con un emendamento, passato per pochi voti, è stata soppressa la richiesta alla commissione esecutiva di elaborare una legislazione comunitaria di coordinamento in materia di medicina non convenzionale e comunque tutti i 22 medici membri del PE, hanno votato contro il paragrafo 1 della risoluzione (comunque approvato), che chiede il riconoscimento, se i risultati degli studi lo consentiranno, delle medicine non convenzionali. Purtroppo non è certo una risoluzione così indebolita che può rispondere a quanto richiesto in una petizione firmata da circa 120 mila cittadini europei e inviata alle istituzioni dell’Unione.

A corollario di quanto successo, va aggiunto che durante il voto sul bilancio per il 1998 la lobby medica, che nel dibattito in Commissione aveva imposto, con un emendamento, studi clinici di valutazione dell’efficacia delle terapie in questione, secondo i criteri della medicina convenzionale, ha votato contro un emendamento che istituiva una linea di bilancio per tali studi, impedendo di fatto l’attuazione di gran parte della risoluzione.

Le prospettive attuali

E’ comunque necessario che il Parlamento Europeo chieda alla Commissione esecutiva l’attuazione delle parti approvate del rapporto Lannoye e ottenga, o nell’ambito del Quinto programma quadro di ricerca e sviluppo tecnologico (che riguarda il periodo 1998-2002), o nel prossimo bilancio per il 1999, quei fondi e quegli indirizzi necessari ad avviare ricerche che servano a valutare l’efficacia delle differenti medicine non convenzionali con studi specifici per ciascuna terapia, come premessa al riconoscimento del diritto di ciascun cittadino europeo a scegliere la medicina o la terapia che ritien più valida o più adatta alle sue esigenze, nell’ambito di metodi di cura verificati validi.

Va, a tale proposito, evidenziato che comunque la medicina veterinaria omeopatica ha già trovato un suo riconoscimento nel regolamento che stabilisce i criteri per un allevamento “biologico”, regolamento già approvato dal Parlamento Europeo e si spera di prossima approvazione anche dal consiglio dei Ministri Europei. Inoltre i limiti evidenziati dalle direttive del 1992 sui medicinali omeopatici ha portato la commissione esecutiva, nella sua prima relazione in merito, a proporre al parlamento Europeo e al consiglio una serie di modifiche così sintetizzabili: a) chiarire meglio a quali condizioni la registrazione di un prodotto omeopatico in uno Stato membro debba essere riconosciuta o accettata dagli altri Stati; b) ampliare la gamma dei prodotti (e le modalità di somministrazione) che possono essere soggetti a procedura semplificata; c) estendere la procedura semplificata anche ai prodotti destinati ad animali da produzione alimentare; d) autorizzare nomi di fantasia per preparati che contengono più ingredienti e indicare i dosaggi giornalieri possibili; e) prevedere che per le prove e le sperimentazioni cliniche siano coinvolti anche medici omeopati o antroposofici.

Non si risolve, comunque, il problema dei cosiddetti complessi, che avranno forse nomi di fantasia, ma senza obbligo di chiarire che sono rimedi dal punto di vista del metodo e dei criteri diversi da quelli omeopatici (seguono anzi, seppure diluiti e successi, criteri allopatrici).

Conclusioni

E' fondamentale il diritto alla scelta terapeutica

Da quanto fin qui descritto risulta chiaro che vi è una forte opposizione da parte della lobby medica convenzionale a qualsiasi tiepida apertura alle medicine non convenzionali, comprese quelle già ampiamente verificate da studi e ricerche e riconosciute dalla legislazione di alcuni Stati membri. Non è solo difesa di un ruolo, di interessi economici e di potere (si pensi alle case farmaceutiche, alle cliniche, ecc.), ma uno scontro tra due filosofie differenti: da una parte una visione meccanicista, nata il secondo scorso, che ha portato a curare i sintomi delle malattie, con le cause e per di più isolando la parte malata dall'individuo nel suo insieme e dall'altra una visione olistica o sistemica che cerca di affrontare le malattie come alterazione di un equilibrio dell'organismo nel suo contesto di complesse relazioni. Ma oltre ad uno scontro tra visioni diverse che producono terapie diverse, vi è uno scontro per l'affermazione dei due principi fondamentali alla base del Trattato stesso dell'Unione e in generale dei diritti dei cittadini: il diritto a scegliere liberamente come curarsi, nell'ambito di metodi che offrono adeguate garanzie e il diritto di ogni libero professionista di esercitare la propria professione, riconosciuta in uno Stato membro, in tutto il territorio dell'Unione.

Omeopatia e SSN

Di Valerio Grandi

Consiglio Direttivo Nazionale FIAMO

E' ipotizzabile l'ingresso dell'omeopatia nel SSN? Proviamo ad esaminare, da un punto di vista pratico e concreto, cosa questo potrebbe comportare

Le istituzioni si stanno interessando da qualche anno alle medicine non convenzionali (MNC). Questo interessamento è determinato in primo luogo dal fatto che settori sempre più vasti della popolazione, per vari motivi, ricorrono a medicine differenti da quella ufficiale. Poiché certe istituzioni sono in vario modo deputate alla salvaguardia della salute dei cittadini, è ovvio che abbiamo cominciato a prendere in considerazione il problema.

La comunità omeopatica non può esimersi a questo punto dall'analizzare i problemi posti da questo interessamento da parte delle istituzioni, valutarne i pro e i contro per i medici e, soprattutto, per i pazienti.

La limitatezza del fenomeno (considerando come omeopati anche tutti coloro che occasionalmente prescrivono rimedi omeopatici non si arriva in Italia che a poche migliaia) e la ghettizzazione, dovuta in massima parte all'ostracismo della medicina accademica, hanno fatto sì che la comunità omeopatica abbia fin'ora operato in una specie di "riserva", in una torre d'avorio dalla quale abbiamo finora potuto ignorare i problemi legati alle politiche sanitarie, se non per criticarle – quasi sempre giustamente – dall'esterno. L'istituzione del servizio sanitario nazionale ha in sé aspetti positivi e negativi. Quelli positivi sono rappresentati da un contributo al miglioramento delle condizioni di salute della popolazione (a fianco del miglioramento delle condizioni abitative, di lavoro, culturali, dell'alimentazione), quelli negativi sono: la spersonalizzazione ulteriore della medicina, una cultura della salute per molti versi derivata, centri di potere potentissimi, costi sociali estremamente elevati, determinati anche dal mercantilismo che si è venuto a creare attorno alle problematiche della salute (per non parlare della corruzione).

Attualmente la sanità pubblica è al centro dell'attenzione del mondo politico, in primo luogo per i costi che comporta, solo in secondo luogo- purtroppo – per la qualità dei servizi erogati. In questo quadro si viene a inserire l'interesse delle istituzioni per le MNC e quindi, per quanto maggiormente ci riguarda, per l'omeopatia.

Gli atteggiamenti nella comunità omeopatica a riguardo sono variegati: solo pochi sembra riescano a valutare oggettivamente i pro e i contro di un inserimento dell'omeopatia nella medicina pubblica, per la comunità omeopatica e, in primo luogo, per i pazienti.

I vantaggi

La comunità omeopatica non potrà che trarre vantaggi dall'inserimento nel SSN

Partendo dall'ovvia premessa di ritenere che la medicina omeopatica offra ai pazienti migliori possibilità di liberarsi dalle malattie, il suo inserimento nel servizio sanitario può senz'ombra di dubbio fare sì che molte più persone, che oggi ne ignorano l'esistenza e i vantaggi, vi si possano accostare.

L'omeopatia (non il semplice uso di farmaci omeopatici) è sicuramente meno costosa della medicina ufficiale, non solo per il costo quasi irrisorio dei rimedi, ma soprattutto perché in molte situazioni porta a una reale risoluzione dei problemi.

La riduzione dei costi è un fatto non trascurabile, visto che uno dei problemi più scottanti della politica sanitaria nel nostro paese è il contenimento della spesa sanitaria, e le possibilità offerte da un uso – corretto – dell'omeopatia risultano quindi interessanti per i politici (anche se non si può sinceramente ipotizzare che l'introduzione della medicina omeopatica nel sistema sanitario porti in tempi brevi a un abbattimento della spesa).

Oltre a una legittimazione, la comunità omeopatica non potrà che trarre vantaggi da un inserimento della medicina hahnemanniana nell'ambito pubblico.

A fronte di una possibile calmierizzazione degli onorari, si avrà un indubbio incremento del numero dei pazienti, con la possibilità di seguirli meglio da un punto di vista diagnostico anche se ospedalizzati. Gli ambulatori e, perché no, i reparti ospedalieri che si apriranno potranno essere utilizzati per l'indispensabile (e fin'ora mancante) tirocinio degli allievi delle scuole di omeopatia, le strutture di supporto bio-statistico delle aziende sanitarie potranno essere utilizzate per ricerche cliniche finalmente "scientifiche".

I problemi

In primo luogo si pone la questione della definizione di cosa sia l'omeopatia. Sappiamo che questo nome "tira": qualsiasi cosa che si definisca "omeopatico" ha maggiore richiamo e le case farmaceutiche sono ovviamente interessate a far passare a livello istituzionale la definizione più ampia possibile di medicina omeopatica (e la legge sulla produzione e commercializzazione dei farmaci va purtroppo in questo senso).

Considerando i differenti obiettivi e costi delle varie metodiche comunemente etichettate come "omeopatia", è indispensabile che esse siano inequivocabilmente definite e differenziate, per poter offrire agli utenti e alle

aziende sanitarie una prospettiva chiara. Nessuno vuole affermare che l'omeopatia classica sia migliore di quella scientifica (pluralista), dell'omotossicologia o della medicina antroposofica, ma sicuramente gli obiettivi terapeutici, i campi di intervento, i risultati e i costi sono differenti, e questo deve essere assolutamente chiaro a chi voglia liberamente scegliere di curarsi in modo non convenzionale e a chi voglia offrire differenti possibilità agli utenti.

Sicuramente per coloro (come i dirigenti dei vari servizi delle aziende sanitarie) che sono abituati a conoscere solo la medicina accademica è molto più facile comprendere metodiche quali l'omeopatia non ortodossa o l'omotossicologia che riconoscono la nosologia ufficialmente e sostanzialmente si pongono unicamente come alternativa terapeutica. E' quindi fondamentale un'opera di informazione corretta e non pregiudiziale agli utenti e agli operatori delle aziende sanitarie.

Dopo il problema di cosa debba essere l'omeopatia praticata nei servizi sanitari, si pone quello di chi la praticherà. Dall'analisi della situazione nella Regione Toscana risulta che le MNC (in massima parte agopuntura e fitoterapia) sono praticate in servizi pubblici da operatori già dipendenti dei servizi che, a titolo personale o per mezzo di corsi di aggiornamento istituiti dalla Regione, si sono qualificati in discipline non convenzionali. E' ovvio che gli operatori per nuovi servizi saranno in prima istanza cercati all'interno delle aziende sanitarie.

Tali aziende hanno comunque la prerogativa di potersi convenzionare con terapeuti esterni. Attualmente, in mancanza di una regolamentazione a riguardo, chiunque può praticare l'omeopatia (e questo è diritto di qualsiasi medico laureato abilitato alla professione) ma anche definirsi omeopata (salvo non poterlo scrivere su targhe e ricettari). E' prevedibile – e purtroppo si sta già verificando – che, avendo annusato l'aria, qualcuno si improvvisi in ambito istituzionale “docente di omeopatia” dando vita a “master” in omeopatia che per programma di studi e monte ore nemmeno lontanamente si avvicinano agli standards indicati dall'ECH e in buona misura recepiti in Italia dalla maggioranza delle scuole di omeopatia.

Risulta quindi indispensabile arrivare nel più breve tempo possibile alla formazione di registri dei medici esercenti l'omeopatia (e di quelli esercenti l'omotossicologia, la medicina antroposofica, ecc.) basati su criteri che garantiscano la migliore qualità dei medici, e ai quali le aziende sanitarie possano attingere nel momento in cui decidano di avvalersi delle prestazioni di medici omeopati.

Tutte le prestazioni erogate dal servizio sanitario sono definite da un nomenclatore- tariffario nazionale. Ad esempio nell'ultimo, approvato con Decreto del Ministero della Sanità il 22 luglio 1996 esistono alcune voci specificamente riferibili alla medicina tradizionale cinese o a tecniche a essa correlata:

voce 92.35.1

“agopuntura con moxa revulsionante”

voce 93.39.1

“massoterapia distrettuale riflessogena”

voce 93.39.4

“elettroterapia antalgica”

voce 99.91

“agopuntura per anestesia”

voce 99.92

“altra agopuntura”

Voci analoghe, con relative tariffe, dovranno essere formulate per la pratica della medicina omeopatica, tenendo conto delle caratteristiche (e quindi dei tempi) delle prestazioni. Si può ipotizzare che definiscano le seguenti voci: “prima visita omeopatica”, “visita omeopatica di controllo”, etc.

Il paziente potrà arrivare dallo “specialista omeopata” direttamente o su richiesta di medici convenzionali. Sarà quindi necessario fornire – tramite le aziende sanitarie – un’adeguata informazione ai medici di base sulle caratteristiche della medicina omeopatica.

Un ultimo problema che va preso in considerazione è quello del personale paramedico e di supporto (infermieri, assistenti sanitari, personale amministrativo, ecc.) che deve essere messo in grado di collaborare con i medici.

Gli ostacoli

E' fondamentale un'opera di informazione corretta agli utenti

Sicuramente degli ostacoli si fraporranno nel cammino – a questo punto possiamo dirlo, auspicabile – della medicina omeopatica nel servizio sanitario. Gli Ordini dei Medici hanno nei confronti dell’omeopatia atteggiamenti diversificati ma difficilmente di pieno appoggio, e si spera che la commissione ad hoc recentemente re-istituita dalla FNOM aiuti a superare le incomprensioni presenti.

A livello accademico si presenteranno certamente situazioni di due tipi: da una parte verranno scagliati anatemi (in primo luogo da Padova e da Milano...) dall’altra qualcuno cercherà di arrogarsi il diritto, in quanto docente universitario, di stabilire chi, come e dove debba insegnare omeopatia, meglio in una cattedra del proprio istituto. La comunità omeopatica ha definito con precisione quali requisiti devono avere i docenti di omeopatia, e questi requisiti devono essere soddisfatti da tutti.

Non è cinico né malizioso pensare che le case farmaceutiche si butteranno come mosche sul miele per accaparrarsi questo nuovo mercato, cercando di far passare un’omeopatia il più possibile “consumistica”: non solo come omeopati, ma anche come cittadini dobbiamo opporci al fatto che qualcuno ne approfitti più del lecito.

Politica

Attualità sulla legislazione in campo professionale omeopatico

Di Paola Vinello

Coordinatrice Comitato Legale e Sindacale FIAMO

Pindaro Mattoli

Segretario Nazionale FIAMO

La regolamentazione dell'Omeopatia si svolge su due temi principali: il medicinale omeopatico e la pratica professionale omeopatica

Medicinali omeopatici

Tutti conoscono la Direttiva Europea del Settembre '92 che regola la fabbricazione e la distribuzione dei medicinali omeopatici. In tale direttiva si definisce fra l'altro in maniera a nostro parere troppo vaga il medicinale omeopatico come il "prodotto della diluizione e successione di una qualsiasi sostanza base"

Al di là del dato tecnico e delle eventuali imperfezioni, la direttiva è importante storicamente perché è il primo atto ufficiale europeo che riguarda l'Omeopatia. La direttiva è stata recepita dal parlamento italiano nel febbraio del 1994, con una legge che delegava il Ministero della Sanità alla elaborazione del testo. Per tale elaborazione è stata istituita una "commissione per i medicinali omeopatici" composta da esponenti del Ministero e da esponenti del mondo omeopatico (compreso fra l'altro anche un membro della FIAMO). Dopo vicissitudini e lungaggini a non finire, la legge definitiva (347/97) è stata solo recentemente emanata (Ottobre '97). Nel frattempo a livello delle commissioni europee sta già iniziando la verifica della validità della direttiva del '92 e la eventuale rielaborazione della stessa. A questo livello la FIAMO proporrà una classificazione qualificante dei cosiddetti "medicinali omeopatici": una definizione generale che evidenzia esclusivamente il sistema di fabbricazione (ad es. "medicinali diluiti e successi" o altra formula); una definizione di "medicinale omeopatico" relativa esclusivamente a sostanze base unitarie testate con patogenesi classica omeopatica e la compilazione della relativa "Farmacopea Omeopatica Europea"; il riconoscimento dei "medicinali antroposofici" con la relativa Farmacopea; la definizione a parte dei complessi (ad es. "omeoterapici complessi", o altro).

Pratica professionale omeopatica

Dopo tentativi che datano dal '94, nel Maggio '97 è stata approvata dal Parlamento Europeo, con estrema difficoltà e decurtata di molti elementi, la “Risoluzione sullo statuto delle medicine non convenzionali”.

Dopo un lungo preambolo di considerazioni, la risoluzione chiede alla Commissione Europea: di impegnarsi in un processo di riconoscimento delle medicine non convenzionali; di realizzare uno studio sull'innocuità, l'efficacia e il campo di applicazione di ciascuna medicina non convenzionale, nonché uno studio comparativo dei sistemi giuridici nazionali esistenti; di stabilire una netta distinzione tra le medicine a carattere “integrativo” e le cosiddette medicine “alternative”; di promuovere programmi di ricerca in cui si tenga conto dell'approccio individuale e solistico e della specificità delle medicine non convenzionali.

Quando le commissioni delegate alla elaborazione di proposte operative cominceranno a lavorare, per quanto riguarda in particolare l'Omeopatia, si porrà un problema di impostazione dei criteri di regolamentazione: in particolare si confronteranno due diverse mentalità, due diverse giurisdizioni, presenti al nord e al sud dell'Europa che concederebbe la pratica clinica omeopatica a non medici (come già legale in Inghilterra e Germania), contro una linea restrittiva del sud che limiterebbe la pratica ai medici (come già legale in Francia, Belgio e Spagna). La battaglia fra le due tendenze sarà dura, anche perché, al di là delle controparti, esistono fortissime pressioni da parte di gruppi di potere economici e di categoria, con il grosso pericolo che la salute del cittadino utente sia considerata l'ultima delle esigenze.

In Italia le istituzioni (FNOMCeO in testa) sembrerebbero pendere, a nostro parere giustamente, verso la ipotesi restrittiva, ma sono peraltro anche presenti tendenze non trascurabili a favore dei non medici, alle quali sono senz'altro sensibili molti politici.

Negli ultimi mesi è stata presentata da parte dei Verdi (On. Galletti) una proposta di legge sulle medicine non convenzionali, nella quale si prendono in considerazione diverse terapie, come la Medicina Omeopatica, la Medicina Antroposofica, l'Agopuntura, la Naturopatia, la Osteopatia, etc.

Tale proposta, più che apparire qualcosa che parta da un progetto coerente, sembra essere il risultato di esigenze diverse giunte all'attenzione dei politici e assemblate in un'unica proposta.

Entrando nel merito, i primi articoli prevedono: il riconoscimento del pluralismo scientifico; la garanzia delle scelte terapeutiche del cittadino; la qualificazione professionale degli operatori sanitari; la possibilità di pubblicità sanitaria; la istituzione di registri dei medici omeopati, antroposofi, agopuntori, etc. presso gli ordini professionali già esistenti.

Successivamente la proposta prende in considerazione: alcune figure professionali mediche e non (naturopati, osteopati, agopuntori) e non compaiono articoli su omeopati o antroposofi, pur se citati nei primi articoli (l'insegnamento dell'Agopuntura viene peraltro previsto solo in ambito universitario); la istituzione di un albo comune a tutti gli operatori di tali metodiche; la istituzione di una “Commissione permanente per le innovazioni terapeutiche” presso il Ministero della Sanità, con le mansioni di verificare i programmi di studio delle varie

terapie, di riconoscere i titoli di studio equipollenti di altri Paesi dell'UE, di coordinare la ricerca nel campo delle terapie, citate, di promuovere la corretta divulgazione delle tematiche mediche non convenzionali.

Ancora oltre, la proposta si rivolge all'argomento dei medicinali omeopatici con un primo articolo che istituisce commissioni ministeriali per garantirne la qualità, sicurezza ed efficacia e successivi articoli che mimano la direttiva europea del Settembre '92. Importante è poi l'articolo successivo che prevede l'istituzione di Prontuari Farmaceutici per ogni metodica, elaborati da costà scientifiche di categoria. Infine la proposta prevede norme transitorie per una sanatoria che riconosce largamente gli operatori già presenti che potrebbero omologarsi su semplice richiesta e presentando un diploma delle scuole private o statali riconosciute dalle associazioni di categoria.

La proposta Galletti è tutt'ora in elaborazione e la FIAMO è stata invitata a partecipare ai lavori: un primo risultato è stato quello di aggiungere al testo la possibilità dell'insegnamento privato delle medicine non convenzionali e di proporre un articolo unico che comprenda tutte le terapie di competenza medica. E' stato inoltre successivamente consegnato all'On Galletti un documento in cui si rilevano alcune omissioni e si propongono alcune omissioni e si propongono alcune modifiche: si rileva l'ambiguità della figura dal "naturopata" che pur essendo un "paramedico", potrebbe esercitare comunque terapie, peraltro non specificate (si propone l'abolizione dell'articolo sui naturopati); suggerisce di dare esatte definizioni delle varie terapie contemplate nel testo: in particolare per la Materia Omeopatica si propone la definizione presente nello statuto FIAMO; per la formazione professionale della terapia di competenza medica si richiedono standard di livello europeo; in alternativa alla costituzione di un albo cumulativo dei vari operatori delle medicine non convenzionali, si propone la istituzione di registri per ogni categoria di competenza medica, depositati presso gli ordini provinciali dei medici e albi (o elenchi riconosciuti) appositi per ogni singola categoria di terapeuti non medici; si suggerisce di eliminare tutti gli articoli inerenti ai medicinali omeopatici, perché sono pleonastici ed inutili perché ripetono semplicemente testi di legge già approvati altrove (vedi anche la legge 347/97 sopra citata); si raccomanda infine di rendere più restrittiva la sanatoria per evitare la omologazione di operatori impreparati alla professione.

Ci è giunta negli ultimi giorni una bozza di proposta di legge sulla Medicina Omeopatica elaborata dai colleghi della Accademia Omeopatica Palermitana, i quali la sottopongono all'attenzione di tutti gli omeopati italiani. Eccone in sintesi il contenuto: l'esercizio della Medicina Omeopatica verrebbe riconosciuto di competenza medica; il titolo di omeopata si otterrebbe dopo corsi di specializzazione almeno triennali tenuti da università statali o private o da istituti privati riconosciuti; la formazione professionale omeopatica avverrebbe: a) attraverso i corsi di cui sopra, strutturati in almeno tre anni, per un totale di almeno 360 ore di insegnamento e almeno 50 ore di pratica clinica, ed esami finali, b) con formazione professionale permanente per gli omeopati già iscritti al registro; le scuole pubbliche e private potrebbero essere riconosciute solo se conformi alle caratteristiche di cui sopra e solo garantendo la presenza di almeno 10 docenti; all'atto della eventuale

approvazione della legge verrebbero riconosciuti alcuni istituti privati “in considerazione dell’iter formativo adottato e dell’attività ad oggi svolta, come singoli o come associazioni di scuole”; si istituirebbe presso il Ministero della Sanità la Commissione Permanente per Medicina Omeopatica, composta da 13 membri dei quali “7 medici omeopati designati dagli istituti di formazione riconosciuti”, tre docenti universitari competenti in Omeopatia scelti dal Ministero, un rappresentante della FNOMCeO, un rappresentante delle associazioni consumatori, un coordinatore designato dal Ministero; le funzioni di tale commissione sarebbero emanare norme relative a: a) codice deontologico della categoria, b) programma fondamentale di insegnamento in Omeopatia, c) criteri di formazione, d) registro dei docenti e degli esercenti la professione, e) registro degli istituti di formazione riconosciuti, f) norme particolari per le prove farmacologiche, tossicologiche e cliniche dei medicinali omeopatici; la Commissione inoltre avrebbe il compito di stimolare e coordinare le attività della ricerca; presso la Commissione sarebbe anche istituito il Registro nazionale dei medici omeopati e il Registro dei docenti delle scuole riconosciute; gli omeopati iscritti al registro di cui sopra sarebbero automaticamente iscritti anche negli elenchi della specialistica presso tutti gli ordini provinciali.

La proposta è all’esame del consiglio della FIAMO e si provvederà ad inviare ai colleghi eventuali suggerimenti; si possono comunque subito rilevare le eccessive funzioni attribuite alla commissione, la quale partendo dall’ambito ristretto delle scuole, sembrerebbe attribuirsi compiti a tutto campo nell’ambito della comunità omeopatica italiana, non lasciando alcuno spazio ad altre eventuali strutture rappresentative della comunità stessa.

Altro scacchiere importante su cui si giocano i destini dell’Omeopatia italiana è l’ambiente della Federazione degli Ordini dei Medici e di alcuni Ordini provinciali. Mentre la Federazione ha istituito da circa due anni una commissione nazionale per le Medicine non Convenzionali, che però non è stata ancora resa del tutto operativa, nell’ambito dell’Ordine provinciale di Roma è già da tempo attiva una Commissione per le medicine non convenzionali, di cui fanno parte anche alcuni colleghi omeopati, compreso il consigliere della FIAMO Antonio Abbate.

Tale commissione ha il compito di elaborare una bozza di regolamentazione ad estensione appunto provinciale per la istituzione di un Registro provinciale degli omeopati. Tenendo conto che l’Ordine di Roma accoglie in sé, rispetto alle altre provincie italiane ed europee, il maggior numero di medici, quello che avviene a questo livello sarà di non trascurabile peso sulla Commissione nazionale la quale non potrà non tener conto di un simile precedente. Nell’ambito dunque di tale Commissione della provincia di Roma dobbiamo purtroppo rilevare dei fatti che destano serie preoccupazioni: mentre a livello nazionale le varie scuole omeopatiche si sono più volte riunite negli ultimi due anni, facendo uno sforzo notevole per elevare gli standard qualitativi dei programmi di formazione professionale, e mentre la FIAMO suggerirebbe standard ancora più elevati per raggiungere dignitosamente i livelli europei, alcuni colleghi, membri appunto della commissione provinciale, rappresentati di una associazione omeopatica che gestisce scuole triennali che hanno uno dei più bassi livelli di

monte-ore rispetto alle altre scuole italiane, tirano al ribasso per quanto riguarda le modalità di accesso al Registro provinciale, cercando di imporre standard formativi assolutamente mediocri, nell'intento di proteggere i particolari interessi del loro gruppo, pur compromettendo la qualità e la dignità della futura Omeopatia Italiana. Purtroppo solo recentemente la FIAMO ha potuto chiedere l'inserimento di un proprio membro in tale commissione. Il 2 febbraio scorso, con una sollecitudine poco spiegabile, la Commissione provinciale ha voluto concludere i lavori; l'esponente della nostra Federazione è riuscito a far elevarlo standard di monte-ore da 180 a 240, ed inoltre a far prevedere per il futuro la possibilità di modificare i parametri di ammissione al Registro. Al di là di certi particolari che possono non soddisfarci del tutto, e giudicando globalmente il fatto, c'è comunque da riconoscere che tale regolamentazione dell'esercizio della Medicina Omeopatica nell'ambito della Provincia di Roma costituisce una pietra miliare sulla strada della legislazione definitiva della Medicina Omeopatica in Italia.

In ambito ordinistico nazionale la FIAMO si è già da tempo comunque mossa presentando una serie di considerazioni e di proposte inviate alla Presidenza, alla Vicepresidenza e alla Commissione per le medicine non convenzionali (tale comunicazione è pubblicata in sintesi in questo stesso numero della rivista, alla pag. 7). Segnaliamo infine un fatto positivo per tutta la comunità omeopatica italiana e per tutti i colleghi che esercitano medicine non convenzionali: il TAR di Catania ha accolto il ricorso contro la legge sulla pubblicità sanitaria presentato dall'Avv. Leda Adamo di Catania, moglie di un nostro collega omeopata.

Secondo il TAR Sicilia esistono gli estremi per rimettere gli atti alla Corte Costituzionale, la quale dirà l'ultima parola sul contenzioso. Alla dottoressa vanno i ringraziamenti di tutti noi. Da quanto sopra scritto ci si rende conto di quanto attualmente sia in evoluzione il nostro mondo omeopatico, di quante possibilità abbia a disposizione e di quanti pericoli corra la Omeopatia Italiana. Sollecitiamo ogni singolo omeopata e ogni associazione e scuola a prendere coscienza di tale situazione e a fare il possibile per la nostra causa.

L'opinione delle aziende

Di Valentino Corrado Dall'Acqua

Presidente ANIPRO

La situazione della legislazione omeopatica, sia in Italia che in Europa, è caratterizzata da uno stato di indefinita definizione.

L'unione Europea, come a tutti è noto, ha iniziato un iter di regolamentazione tecnica del settore con le Direttive del 1992 riguardanti i medicinali omeopatici per uso umano e veterinario.

Le Direttive, che sono stato il frutto di un compromesso sofferto fra le posizioni fra loro molto differenti di quindici nazioni le cui tradizioni culturali in materia differivano moltissimo e dove, il più delle volte, erano inesistenti a livello dei rispettivi ministeri della sanità. Alla scarsa conoscenza della materia da parte delle autorità europee, si sono aggiunte, da un lato l'incapacità delle aziende del settore, di tutti i paesi, che non sono riuscite a trasferire, in modo unitario, una serie di necessarie informazioni alle autorità europee, dall'altro lato il mondo medico, che ha trasferito su questioni di carattere meramente tecnico le proprie diverse concezioni di approccio alla metodica omeopatica. La posizione di strutturale debolezza dell'omeopatia, dovuta anche al fatto che essa occupa in Europa uno spazio di circa l'1% del fatturato dell'intero settore farmaceutico, è stato dunque ulteriormente penalizzato dalla scarsa coesione dimostrata da tutti indistintamente coloro che operano a diverso titolo nel settore. Così, il mondo dell'omeopatia si è facilmente prestato ad essere vittima del vecchissimo principio del "divide et impera" sfruttato dalle forze che hanno interesse a mettere in difficoltà, con norme non adeguate, la pratica omeopatica.

Da un punto di vista normativo, comunque, sia l'Unione Europea che il Ministero italiano, stanno rendendosi conto che l'omeopatia ha bisogno di norme particolari, in quanto i medicinali omeopatici non possono soggiacere a quelle previste il farmaco. E l'omeopatia, che dovrà comunque superare numerosi altri ostacoli nel corso del suo sviluppo legislativo e regolamentare, potrà sperare di ottenere spazi di libertà solo se ogni singolo soggetto operante sarà capace di distinguere tra i propri interessi (persone giuridiche), le proprie convinzioni (persone fisiche) e ciò che viene definito il bene comune, in un clima di reciproco rispetto. Senza, con questo, nulla togliere alla necessaria vivacità del dibattito culturale.

Dopo aver sottolineato l'importanza di una azione continuativa e coordinata per affermare in modo giusto certi principi di libertà terapeutica, di qualità produttiva, di tutela dei consumatori, di corretta informazione e divulgazione dell'omeopatia, un breve sguardo sullo stato di fatto sul mondo delle imprese. L'omeopatia, nel

1996, ha sviluppato un fatturato delle aziende pari a 140 miliardi circa. La parcellizzazione del mercato e il fatto che non siano ancora stati messi a punto criteri collaudati di rilevazione statistica per il comparto omeopatico impediscono una precisione assoluta dei dati disponibili, ma le approssimazioni stimate sono molto vicine alla realtà. Negli ultimi anni sono stati compiuti molti passi in avanti per ciò che riguarda la distribuzione. Nelle zone d'Italia in cui maggiore è la prescrizione di medicinali omeopatici, sono oltre la metà le Farmacie che sono in grado di fornirsi con grande rapidità dei medicinali omeopatici richiesti, sia tramite il servizio diretto da parte delle aziende stesse, sia tramite la distribuzione intermedia, grazie all'intervento sempre più puntuale dei grossisti farmaceutici. I volumi di vendita in Italia sono più bassi rispetto a quei paesi dove i medicinali omeopatici godono del rimborso da parte del Servizio Sanitario Nazionale, ma tendono ad uno sviluppo costante, a dimostrare dell'interesse della classe medica e dei pazienti. Uno sviluppo che, pur in assenza di norme precise e idonee, avviene in modo ordinato e responsabile grazie all'azione corretta di tutti coloro che operano nel mondo omeopatico. Tra gli ostacoli da rimuovere, e che costituiscono un discrimine sulla via della libertà di scelta terapeutica da parte di medici e pazienti, vi è l'assoggettamento dei medicinali omeopatici ad una aliquota IVA del 20% verso, ad esempio, il 10% degli OTC. Per ciò che riguarda il mondo specifico dell'impresa, rimane da approfondire l'inserimento della tecnica di preparazione omeopatica nelle facoltà di Farmacia e CTF, l'ampliamento delle Farmacopee omeopatiche presenti in Europa e la loro armonizzazione, l'eliminazione dei vincoli che impediscono un reale mercato comune nel settore dei medicinali omeopatici, una nuova fase della ricerca e il reperimento di risorse da destinare a questo proposito.

Ci sono, in sostanza, molti argomenti da affrontare e nodi da sciogliere, ma alcuni passi sono stati fatti e sono convinto che, con la serietà e l'onestà intellettuale che ha sempre contraddistinto il mondo omeopatico, poco per volta si otterranno i risultati che l'omeopatia si prefigge.

Politica

Se la mucca è pazzo...

Il legislatore si adegua!

Di Barbara Rigamonti

Consiglio Direttivo Nazionale FIAMO

L'approccio legislativo nel settore dell'omeopatia veterinaria rischia di non concretizzare tutte le potenzialità che si possono realizzare in tale ambito

Il medicamento omeopatico viene sottoposto a rigidi vincoli fino al limite del ridicolo

La situazione legislativa rispetto all'Omeopatia veterinaria in Italia al momento presente è estremamente complessa, sicuramente molto più complessa di quanto non lo sia quella del farmaco umano, e questa circostanza è determinata dal fatto che le carni degli animali vengono utilizzate per l'alimentazione umana: i nostri polli assumono sulfamidici praticamente dalla nascita alla morte, ma il medicamento omeopatico viene sottoposto a rigidi vincoli da un legislatore prudente sino ai limiti del ridicolo.

Quanto poi la prudenza arriva a coinvolgere anche il medicamento destinato ad animali da compagnia, viene da domandarsi se ci troviamo in presenza di a) attitudine paranoide b) grossolana ignoranza c) pregiudizio militante.

Ma procediamo con ordine e andiamo ad esaminare in dettaglio alcuni dei meandri in cui si tenta di farci smarrire la retta via!

Detenzione del medicamento omeopatico da parte del Veterinario libero professionista

Il Veterinario italiano è sottoposto attualmente ad un severo regime normativo per quanto riguarda la detenzione di qualsiasi farmaco, indipendentemente dal fatto che lavori su animali da compagnia o destinati all'alimentazione umana. Per effetto di questa normativa, ogni Veterinario è tenuto a compilare un registro di carico e scarico, nel quale si da conto della detenzione e dell'impiego di farmaci veterinari e anche umani, i quali ultimi dovrebbero essere utilizzati solo quando non esista una corrispondente specialità registrata per l'uso veterinario. Anche il farmaco omeopatico viene regolamentato di conseguenza.

Occorre però precisare che in tempi recenti è stato abolito l'obbligo di trascrizione sul registro scorte farmaceutiche del medicamento omeopatico registrato ad uso umano per quanto riguarda gli animali da compagnia, mentre la prescrizione conserva una posizione "scomoda" rispetto all'impiego nell'animale produttivo: in questo campo, l'omeopatico umano (ovvero il farmaco non registrato per l'uso veterinario) ricade sotto le disposizioni normative del farmaco allopatico, che impongono la trascrizione in uno speciale registro detto dell' "uso improprio" sia nella detenzione da parte del Veterinario, sia nell'esecuzione del trattamento da parte dell'allevatore.

La mancata osservazione di queste regole, sia da parte del Veterinario che da parte dell'allevatore, espone a sanzioni economiche non trascurabili.

Inoltre l'uso improprio (lo si intuisce già dalla stessa denominazione) espone potenzialmente il prescrittore a critiche da parte dell'autorità sanitaria per quanto riguarda l'effettiva necessità, efficacia e corretta indicazione terapeutica del prodotto usato.

Riassumendo: il Veterinario che tratta animali d'affezione può detenere liberamente gli omeopatici unitari o altre preparazioni comunque destinate in origine alla medicina umana, mentre è tenuto a rendere conto nel suo registro di carico e scarico dei farmaci omeopatici registrati per l'uso veterinario; il Veterinario che tratta animali produttivi può detenere il primo gruppo di farmaci a condizione di trascriverli nel registro di carico e scarico e nel registro dei trattamenti sotto la denominazione "uso improprio", e può detenere i farmaci ad uso veterinario trascrivendoli nel registro di carico e scarico e nel registro dei trattamenti con la stessa procedura che segue per tutti i farmaci allopatici ad uso veterinario.

Norme relative alla produzione e alla commercializzazione del medicamento omeopatico veterinario

Con decreto legislativo n. 110 del 17 marzo 95, finalizzato all'adeguamento ad una direttiva CEE del 92, viene sancita la possibilità di seguire una procedura semplificata per la registrazione dei medicinali omeopatici ad uso veterinario, limitando però questa possibilità ai medicinali "destinati ad animali da compagnia o a specie esotiche la cui carne o i cui prodotti non sono destinati al consumo umano"; queste preparazioni dovranno recare sulla confezione, tra le altre indicazioni prescritte dalla legge, anche quella relativa alla specie animale cui sono destinate.

Il medicamento registrato in base a questa procedura, non viene assoggettato alla necessità di fornire la prova dell'effetto terapeutico. Disposizioni transitorie incluse nel d.l. 110 rendevano possibile la commercializzazione delle specialità omeopatiche ad uso veterinario fino al 31 dicembre 1996, in attesa che i responsabili dell'ammissione in commercio provvedessero ad attuare la procedura di registrazione richiesta, con la presentazione del relativo fascicolo di documentazione relativo all'origine della o delle materie prime e alla tecnica di preparazione. Tuttavia il Ministero della Sanità non è stato in grado di recepire ed elaborare in tempo

utile i materiali richiesti, con la conseguenza che alla scadenza delle disposizioni transitorie l'elenco delle commercializzazioni autorizzate era ancora in via di compilazione. A questa circostanza si è ovviato con il “comunicato relativo a medicinali omeopatici veterinari” pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 15 del 20 gennaio 97, che legalizza la vendita dei prodotti per i quali è già stata presentata la documentazione, sino al completamento e alla divulgazione da parte del Ministero dell'elenco in questione. Tutta questa fatica per regolamentare una fetta di mercato veramente esigua, di interesse praticamente nullo per il prescrittore dotato di una formazione omeopatica: i prodotti di cui si interessano il decreto ed il successivo comunicato infatti, come avrete capito, sono quasi esclusivamente complessi e sono tutti destinati agli animali da compagnia.

Il solo punto di merito del d.l. 110, che consiste nel sancire al comma 5 dell'articolo 2 la necessità di presentazione della ricetta veterinaria per l'acquisto del prodotto, viene quotidianamente smentito dalla condotta delle farmacie, che smerciano il complesso omeopatico veterinario come un prodotto da banco “alternativo” alla prescrizione veterinaria. Questo pallido riferimento alla professionalità del Veterinario, peraltro, è ampiamente invalidato da tutto il senso dell'intero sistema normativo che si è venuto a creare intorno al farmaco omeopatico veterinario, e, cosa ancor più importante, alla prescrizione in campo veterinario del farmaco omeopatico “umano” ovvero unitario in tutte le sue presentazioni.

Allo stato attuale delle cose, quindi, la figura del Veterinario omeopata che si rivolge agli animali da compagnia, se non viene tutelata e riconosciuta, viene almeno lasciata in una specie di limbo che comunque rende possibile svolgere un buon lavoro omeopatico senza incorrere in gravi “trappole” burocratiche o legali rispetto sia alla prescrizione che alla detenzione o somministrazione del farmaco.

Per quanto riguarda il trattamento degli animali da reddito, invece, la situazione è assai più delicata, e desidero sottolineare come tanti e tali impedimenti alla produzione commercializzazione in primo luogo, e secondariamente alla detenzione, prescrizione e somministrazione, vengano predisposti deliberatamente proprio in un settore che, oggi più che mai, necessiterebbe di un ampio e ragionato sviluppo della terapia omeopatica, soprattutto in risposta a problemi di salute pubblica che credo siano di chiara evidenza.

In particolare vorrei sottolineare che la commercializzazione della “specialità” omeopatica destinata agli animali produttivi viene messa in pratica fuori gioco con la prescrizione di registrazione a procedura ordinaria, procedura straordinariamente onerosa per aziende che non sono certo potenze economiche, e particolarmente penalizzante per le aziende italiane, che non possono vantare la forza di alcuni storici nomi della preparazione farmaceutica omeopatica europea. Si consideri che proprio nel campo degli animali da reddito la commercializzazione di prodotti complessi potrebbe avere una maggiore incisività, poiché senz'altro l'utilizzo di più rimedi in associazione, scelti in base a tropismo d'organo, trova una precisa ragione di esistere nel trattamento di grandi numeri di individui.

Adesso che importanti lavori di ricerca stanno evidenziando le grandi potenzialità dell'omeopatia nell'allevamento zootecnico, il legislatore vorrà rendersi conto della necessità di nuove e diverse

considerazioni, o riterrà di dover prendere provvedimenti sempre più restrittivi? Ovvero: le nostre istituzioni conoscono troppo poco le possibili implicazioni del trattamento omeopatico in zootecnia. O forse troppo?

Sono polemica, sono “dietista” e forse la paranoica sono io, ma il fatto è che meno di un mese fa sono rientrata dopo il mio terzo intervento a Cuba, dove ho potuto constatare quello che una buona omeopatia riesce ad esprimere, in tutti i settori d'intervento sulla sanità animale, in una situazione in cui le istituzioni, senza particolari investimenti economici, semplicemente si limitano per ora a non impedire la naturale diffusione a macchia d'olio di un metodo di trattamento che funziona moltissimo, costa pochissimo e non danneggia nessuno. In 18 mesi di presenza omeopatica, a Cuba si sta per terminare la formazione di più di 100 veterinari omeopati su 5000 professionisti presenti in tutta l'isola; in Italia, dopo vent'anni di caloroso proselitismo del mio caro Maestro Franco Del Francia e quindi di tanti suoi allievi, i Veterinari che riescono veramente a dirsi omeopati, e soprattutto che veramente riescono a lavorare con l'omeopatia sono forse, nella migliore delle ipotesi, 200 o giù di lì, su un totale di circa 20.000 iscritti agli Albi professionali. Per finire richiamo la vostra attenzione su una piccola perla di distrazione del legislatore, che mi è stata sottolineata proprio da Franco Del Francia, e riguarda l'ormai famoso d.l. 110: il decreto tratta di “medicinali veterinari” e in ogni suo punto reitera questo termine, ma al comma 1 dell'articolo 3 si esprime invece con il termine “prodotti omeopatici per uso veterinario”: ma i prodotti, equilibrati quindi non a farmaci ma, per esempio, ad integratori alimentari e simili, non dovrebbero essere oggetto di regole ben diverse e persino, di differenti aliquote IVA?

E con questa ciliegina sulla torta di una confusione imperante, ci avviamo al nuovo millennio cercando di continuare a fare la nostra medicina, e nella vivida speranza di non essere cancellati per sempre da una svista del tutto accidentale di qualche nuovo decreto.

Il presente articolo è stato redatto con la collaborazione dei colleghi Pier Biolatti e Franco Del Francia, omeopati, e Biagio Robutti, dirigente USL, che hanno discusso con me l'argomento fornendomi un fondamentale contributo dialettico.

Il futuro dell'omeopatia in Europa

Di Ton Nicolai

Segretario ECH (traduzione a cura di Maurizio Paoletta)

Il panorama europeo contempla un largo sviluppo del fenomeno "omeopata" a tutti livelli, con un'ampia partecipazione di uomini e strutture.

L'omeopatia sta vivendo un momento di popolarità crescente all'interno dell'Unione Europea, e milioni di visite mediche vengono svolte ogni anno. Ciononostante, guardando la situazione generale, l'omeopatia non ha ancora un preciso status giuridico all'interno dei paesi membri. L'unica eccezione è rappresentata dalla Gran Bretagna, dove la Facoltà di Omeopatia è ufficialmente riconosciuta come un apprendistato post-laurea per medici, con l'obiettivo di accrescere ed estendere i principi e la pratica medica dell'omeopatia (Faculty of Homeopathy Act 1950). Questa opportunità si è successivamente estesa ad altre professioni nel campo della salute, includendo i chirurghi veterinari, i dentisti, i farmacisti e le ostetriche.

L'omeopatia rappresenta l'unica forma di medicina non convenzionale disponibile all'interno del sistema sanitario nazionale inglese. In Austria, Francia e Germania i medici omeopatici sono riconosciuti dall'Ordine dei Medici con modalità differenti.

Ruoli distinti per omeopati e autorità

E' evidente che sia le autorità che la comunità medica omeopatica hanno un ruolo da svolgere – sia a livello nazionale che a livello di Unione Europea – nel processo di professionalizzazione dei trattamenti omeopatici. I medici omeopatici non possono semplicemente accusare le autorità sanitarie per il non riconoscimento dell'omeopatia. Piuttosto la responsabilità per lo sviluppo di un'alta qualità nei trattamenti omeopatici andrebbe presa dalla comunità medica omeopatica stessa, in stretta collaborazione con organizzazioni di pazienti e assicuratori della salute. E' ovvio che né i governi né tanto meno i giudici dovrebbero pronunciarsi sulla validità e il significato dell'omeopatia o di qualsiasi altra branca della medicina non convenzionale. Nonostante tutto però il governo deve giocare un ruolo nello stabilire le condizioni necessarie per raggiungere un alto livello qualitativo in omeopatia o almeno dovrebbe supportare iniziative in quella direzione organizzate da medici omeopatici.

Il Comitato Europeo per l'Omeopatia

Alcuni anni fa i medici omeopatici europei avvertirono la necessità di stabilire una base comune per promuovere e difendere la qualità della scienza e della pratica della medicina omeopatica nei confronti delle autorità europee e di lavorare ad una armonizzazione della pratica omeopatica in Europa. Questa struttura di base fu chiamata comitato Europeo per l'Omeopatia (ECH), che divenne l'associazione europea che per statuto avrebbe regolamentato le professioni sanitarie (medici, chirurghi, veterinarie, dentisti, ostetriche, etc.), così come altri professionisti che possono contribuire allo sviluppo dell'omeopatia (come i ricercatori documentaristi e le organizzazioni dei pazienti). Allo stato attuale quasi tutte le organizzazioni dei medici omeopatici (recentemente anche la FIAMO) dell'Unione Europea si sono affiliate all'ECH.

La segreteria dell'ECH ha sede a Bruxelles, in Belgio. L'ECH è suddiviso in sottocomitati, ciascuno dei quali si occupa di una specifica area di intervento. Al momento attuale sottocomitati sono in azione sui versanti della documentazione, dell'educazione, dei pazienti/utenti, della farmacologia, della politica e della ricerca. Lo scopo ultimo dell'ECH è di professionalizzare la pratica medica omeopatica in Europa.

La qualità degli omeopati europei

Inutile sottolineare che la medicina omeopatica richiede una specifica conoscenza e capacità la cui qualità necessita di controllo. L'ECH si è accordata sui seguenti punti, considerati indicativi di qualità nella pratica omeopatica: a) un training omeopatico di base sullo standard di quello indicato dal programma dell'ECH (ECH curriculum); b) un appropriato codice di condotta professionale europea, specifica per i medici omeopati, che descriva nei dettagli le regole di condotta e che desti adeguata attenzione anche nei pazienti (dovrebbe essere obbligatorio per i medici omeopati qualificati e usato come riferimento in tutte le lamentele o le vertenze contro un medico omeopata); c) un sistema di registrazione professionale per medici omeopati, cioè di medici conformi al livello di preparazione di base del curriculum dell'ECH e che siano conformi anche al codice europeo di deontologia dei medici omeopati; d) corsi obbligatori di aggiornamento e di continua educazione che possano mantenere la conoscenza e l'abilità del medico al livello di sviluppo della conoscenza omeopatica più attuale; e) una procedura per le eventuali lamentele dei pazienti; parte fondamentale dei loro diritti legali è quella di ottenere l'efficacia d'azione del rimedio.

Sono necessarie quindi delle regole per la tutela del paziente preoccupato così come per l'assicurazione di qualità nella pratica professionale dell'omeopatia. E' necessario anche adottare misure disciplinari prese da un comitato disciplinare stabilito dalle associazioni omeopatiche nazionali nel caso in cui un medico omeopata venisse riconosciuto colpevole di cattiva condotta professionale o grossolana incompetenza nell'ambito della sua pratica omeopatica. Quando verrà a trattarsi di questioni di carattere medico generale, tribunali disciplinari medici già esistenti ed eventuali restrizioni saranno le prime cose da prendere in considerazione. Comunque, in casi in cui un medico omeopata venisse convocato davanti a un tribunale, questo tribunale dovrebbe ottenere anche un parere esperto da parte di un medico omeopata sotto giuramento poiché i tribunali disciplinari già

esistenti consistono di medici che conoscono solo l'allopatia, in genere senza alcuna comprensione della medicina omeopatica.

Questi standards sono stati trascritti nel libro "Homeopathy in Europe", che è stato pubblicato a cura dell'ECH nel 1994 e tradotto in tutte le lingue dell'Unione Europea. Tutte le associazioni di medici omeopati d'Europa affiliate all'ECH si trovano attualmente nella fase di completare la stesura di questi standards.

Il ruolo delle autorità

Dal punto di vista dell'ECH le autorità dell'Unione Europea e i suoi stati membri dovrebbero: a) riconoscere diplomi o certificati rilasciati dalle scuole omeopatiche che abbiano completato il programma dell'ECH (descritto precedentemente come curriculum ECH); b) legalizzare i registri dei medici omeopati; c) riconoscere e proteggere il titolo di medico omeopata come formale qualifica di specializzazione medica; d) liberalizzare le regole di previdenza sociale per l'omeopatia; e) cambiare le procedure dei tribunali disciplinari medici in modo tale da poter ottenere un'opinione esperta anche da parte di un medico omeopatico sotto giuramento, nel caso in cui un medico omeopata venisse convocato in tribunale. Nella maggioranza dei paesi membri dell'Unione Europea i governi nazionali si mostrano riluttanti al riconoscimento dell'Omeopatia. Nella sede del Parlamento europeo, invece, una larga maggioranza dei suoi membri sono favorevolmente disposti verso l'omeopatia e alcune altre branche della medicina non convenzionale.

Nel maggio 1997 il Parlamento Europeo ha adottato di sua iniziativa una risoluzione sullo status delle medicine non convenzionali che chiede alla Commissione Europea: a) di lanciare una campagna di riconoscimento delle medicine non convenzionali, e, avvenuto ciò, di fare i passi necessari per incoraggiare la formazione di adeguati comitati; b) di svolgere uno studio approfondito sulla sicurezza ed efficacia e sulla natura alternativa di tutte le medicine non convenzionali e di redigere uno studio comparativo dei vari modelli legali nazionali cui i medici non convenzionali sono soggetti; c) di fare, nel formulare una legislazione europea sulle forme di medicina non convenzionale, una distinzione chiara tra le medicine non convenzionali di natura "complementare" e quelle che sono medicine "alternative" nel senso che rimpiazzano del tutto la medicina convenzionale.

Si chiede inoltre al Consiglio dei Ministri dopo aver completato il lavoro preliminare di cui sopra (punto b) di incoraggiare lo sviluppo di programmi di ricerca nel campo delle medicine non convenzionali che coprano l'approccio individuale e solistico, il ruolo preventivo e le caratteristiche specifiche delle discipline mediche non convenzionali; il Parlamento promette di fare altrettanto. Nella attuale struttura dell'Unione Europea il Parlamento non ha diritto di iniziare una nuova legislazione, e può solo rivolgersi alla Commissione Europea per proporre una nuova legislazione. La Commissione Europea, il corpo esecutivo/amministrativo dell'Unione Europea, ha il monopolio virtuale di iniziare una legislatura. Il Parlamento decide congiuntamente al Consiglio dei Ministri sulle proposte della Commissione. Questa risoluzione del Parlamento Europeo rappresenta sicuramente un passo nella giusta direzione. In linea di principio la Commissione accetta qualunque proposta

del Parlamento sulla quale non abbia obiezioni gravi. Laddove così fosse, spiegherà in dettaglio la sua posizione in Parlamento.

Già nel 1994 il Parlamento Europeo aveva stanziato 1 milione di ECU (circa 2 miliardi di lire italiane) per la ricerca in omeopatia. Dal momento che il Parlamento Europeo ha l'ultima parola nella maggior parte delle questioni di bilancio monetario, esso può prendere iniziative per nuovi sviluppi in questo senso. La Commissione Europea, che è più conservatrice del Parlamento, ha deciso di non spendere questi soldi per un fondo di ricerca, ma piuttosto, all'inizio, di investigare la possibilità stessa di una ricerca sull'omeopatia. Un gruppo di esperti ricercatori sia omeopati che tradizionali ha concluso che l'omeopatia è certamente una medicina degna di ricerche. Stimolarono inoltre ulteriori ricerche sull'omeopatia e decisero delle linee guida in tal senso anche per il futuro. Inoltre la recente risoluzione del Parlamento Europeo che chiede alla Commissione Europea di formare un comitato di studio sulla sicurezza, efficacia e area di intervento dell'omeopatia (e delle altre discipline mediche non convenzionali) ha bisogno di essere messo in pratica.

Conclusioni

Il riconoscimento in Europa dell'omeopatia nella sua piena dignità di branca della medicina richiederà certamente ancora un po' di tempo.

In ogni caso è essenziale che i medici omeopati nella Comunità Europea continuino il lavoro per delineare gli standards sulla qualità e sul controllo, cioè, come descritto prima, standards di apprendistato, di continuo aggiornamento ed educazione, di codice di condotta professionale, regole disciplinari, procedure sulle lamenti dei pazienti, etc. Inoltre sarà necessaria più ricerca sull'omeopatia in modo da valutare il valore dell'omeopatia stessa nell'ambito delle discipline mediche in Europa.

Se come medici omeopati sapremo mantenerci su questo livello non ci sono dubbi che l'omeopatia verrà presa con la necessaria serietà dalle autorità nazionali e dell'Unione Europea e sarà in grado di svolgere un ruolo più importante nell'ambito delle discipline mediche in Europa.

Politica

Alcune considerazioni su omeopatia e legislazione

Di Luigi Manuppelli

Amm. Delegato Laboratoires Boiron srl

Com'è regolamentata l'Omeopatia? A questa domanda è facile rispondere: per il momento in nessun modo. I medicinali omeopatici invece sono oggetto di una variegata regolamentazione dell'Unione Europea ed è su questi che si soffermeremo.

Paesi con lunga e moderna tradizione hanno incluso gli omeopatici nelle loro Farmacopee ufficiali (Germania e Francia da oltre un trentennio) e ne hanno assicurato la rimborsabilità da parte del sistema Sanitario nazionale. In altri paesi sono stati "tollerati" per decenni (è il caso dell'Italia) o assenti (es. Portogallo). E' solo nella direttiva 75/319 CEE (insieme alla direttiva 65/65 CEE è la capostipite delle direttive che regolano i procedimenti di registrazione dei medicinali) che, ventidue anni fa, gli omeopatici vengono ufficialmente "richiamati" come medicinali. Nei consideranda si legge infatti che le disposizioni della direttiva 75/319 "non sono sufficienti per quanto appropriate per le... specialità omeopatiche". Esistono dunque questi medicinali, ma non hanno disposizioni specifiche di registrazione e di commercializzazione.

Posto il problema, la soluzione arriva, dopo 3 lustri e mezzo, con le direttive 92/73 e 92/74 del Settembre 1992. Ogni direttiva europea percorre un iter classico: il Parlamento fornisce al Governo una delega per l'emanazione di un Decreto legislativo stabilendone comunque i criteri. In Italia è la legge del 22 Febbraio '94 n. 146 (legge "comunitaria del '93") che nell'art. 25 fissa alcune regole per il recepimento della direttiva sugli omeopatici.

Essa stabilisce altresì l'automatica autorizzazione dei prodotti omeopatici presenti sul mercato alla data del 31/XII/1992, con la medesima presentazione. Il Decreto Legislativo che recepisce nel nostro ordinamento la direttiva comunitaria è il n. 185 del 17 Marzo 1995. Esso riprende quasi integralmente il testo della direttiva, conservandone le ambiguità iniziali.

Ai medicinali omeopatici non ancora registrati vengono attribuite due possibilità di autorizzazione all'ammissione in commercio: AICs e AIC. AICs (semplificata), riservata a prodotti contenenti o meno di 1/10.000 della TM di partenza o 1/100 della più bassa dose di prodotto allopatico con obbligo prescrizione medica, in tutte le forme farmaceutiche, (sono esclusi solo gli iniettabili ed i cerotti transdermici) e che non vantino indicazioni terapeutiche. I macerati glicerici sono autorizzati con sistema semplificato. AIC (non semplificata) per prodotti: a) con concentrazioni superiori a quelle che prevedono la AICs; b) che vantino indicazioni terapeutiche; c) iniettabili e cerotti transdermici.

Ma quali regole si applicano alla AIC per prodotti di nuova immissione sul mercato e quali a quelli autorizzati opelegis (prodotti presenti sul mercato al 31/12/92)? E' una commissione, nominata per decreto ministeriale del 17 Maggio 1996, che le propone al Ministro. L'Italia come la maggior parte dei Paesi europei, infatti, si è resa

conto che richiedere un iter autorizzativi convenzionale per prodotti usati in medicina da decenni, se non da secoli era forse eccessivo (si deve ancora individuare e valutare l'attività di prodotti come la menta o la salvia o la malva in Tintura madre?)

Così la Commissione per i medicinali omeopatici, che ha il compito di stabilire norme particolari per forme farmacologiche tossicologiche e cliniche, si è riunita più volte, lavorando bene, ma senza poter terminare i suoi lavori. L'assenza di regole per la AIC e la AICs comporta un paio di effetti certi. Prodotti sul mercato vivono, ufficalizzati, come sono vissuti per decenni. Lo saranno ancora fino a 6 Giugno del 2000, in virtù dell'ultima legge dell'8 Ottobre 1997, n. 347. Per indicare i criteri autorizzativi (AIC e AICs), oggi inesistenti la stessa 347 prevede ancora una volta la creazione di una commissione, con funzioni più ampie. Tale Commissione non è stata ancora nominata, mentre esiste una sottocommissione nell'ambito della CUF che dovrebbe occuparsi del problema.

Ma la CUF non ha il compito di valutare l'efficacia terapeutica di un farmaco convenzionale in relazione ai suoi costi? E come può farlo in questo caso, se la Commissione che dovrebbe lavorare su criteri per l'ottenimento delle indicazioni terapeutiche non ha neanche cominciato ad abordare questo punto?

Sono trascorsi più di cinque anni dalla pubblicazione della direttiva europea, e l'Italia non si è ancora dotata di criteri chiari e definitivi per la registrazione degli omeopatici. Non siamo i soli, è vero, ma siamo tra quelli che hanno applicato la direttiva nel modo più restrittivo.

La Commissione Europea ha realizzato uno studio sull'attuazione delle direttive 92/73 e 92/74 – COM (97) 362 def- nei diversi Paesi dell'U.E. Nelle sue conclusioni chiede al parlamento e al Consiglio europeo di esprimersi su vari punti: a) condizioni per il reciproco riconoscimento di autorizzazioni rilasciate dagli Stati Membri; b) scelta di prodotti da assoggettare a procedura autorizzativi semplificata (AICs); c) possibilità da consentire l'uso di omeopatici veterinari anche in animali da produzione alimentare; d) cambio della menzione "medicinale omeopatico senza indicazioni terapeutiche approvate"; e) previsione di norma vincolante per la presenza di esperti in medicina omeopatica ed antroposofica nelle commissioni che stabiliscono i criteri di autorizzazione.

La direttiva sugli omeopatici è stata creata con l'intento di assicurarne la libera circolazione nell'ambito dell'U.E. e consentire ai cinquanta milioni di italiani l'accesso ai medicinali di loro scelta. In Italia per raggiungere questi obiettivi non ci vuole molto. Se le energie spese fino ad ora per l'emanazione di circolari, decreti decaduti e l'ultima finalmente nuova legge saranno incanalate per decidere come rinnovare le autorizzazioni che scadono il 6 Giugno 2000, ci si può arrivare nello spazio di pochi mesi. L'alternativa è che tra due anni e mezzo, all'ultimo momento, si cercherà un provvedimento urgente.... Perché i tempi stringono.

La stabilità del nostro sistema attuale consente di lavorare concretamente e senza affanno, con quel buon senso che come dice Descartes, è la cosa al mondo meglio ripartita: ciascuno pensa di esserne ben provvisto.

News, notizie e...

News, notizie e...

Attualità dell'omeopatia veterinaria in campo agrozootecnico

Nazareno Brizioli, responsabile del Comitato per la Veterinaria della FIAMO e Presidente dell'AIVO (Associazione Italiana dei Veterinari Omeopatici), rappresenta l'interlocutore più autorevole per effettuare una sintetica analisi di quanto si sta verificando nel campo agrozootecnico.

Nei settori Veterinario in generale, zoologico e biologico in particolare, la metodologia omeopatica sta divenendo una realtà obiettiva e sempre più presente. I veterinari che frequentano corsi di omeopatia sono sempre più numerosi e molto attivi, i prodotti omeopatici ad uso veterinario sono sempre più reperibili nelle filiere di distribuzione dei farmaci; una parola questa "Metodica Medica" sta acquistando uno straordinario interesse non solo a livello sanitario ma altresì a livello dei consumatori. Nei riguardi delle istituzioni i rapporti si sono modificati; per quanto riguarda l'Università la Scuola Superiore Internazionale di Omeopatia Veterinaria di Cortona è stata chiamata a coordinare un corso ufficiale di "Terapia Omeopatica Veterinaria" presso la Clinica Medica Veterinaria della Facoltà di Messina.

Forme di collaborazione si sono instaurate con altri dipartimenti universitari ed istituti zooprofilattici sperimentali. Sono state effettuate sperimentazioni su allevamenti suini e di pollame dove è stata dimostrata una chiara azione farmacologica con significatività statistica, facilità di somministrazione, effetto residuo zero ed impatto ambientale zero. E' in corso una ricerca su bovini da latte in convenzione con l'agenzia regionale Aرسال della regione Toscana. Altra ricerca con la stessa agenzia si sta effettuando su greggi di ovini da latte di razza sarda e su allevamenti intensivi di suini. E' allo studio un progetto di ricerca a finanziamento CEE. Si è convinti che l'omeopatia potrà offrire obiettivi e consistenti vantaggi a livello sociale, sanitario ed economico per i bilanci delle aziende zootecniche.

Nazareno Brizioli

Contro-siluro dell'omeopatia a Piero Angela

Un medico omeopata di Mestre, il dr. Gennaro Muscari Tomajoli, docente di Omeopatia alla Scuola di Medicina Omeopatica di Verona, risponde all'attacco contro le medicine alternative e in particolare all'Omeopatia, lanciato dal CIAP (Comitato Italiano di Controllo sulle Attività Paranormali), durante il quinto congresso nazionale a Padova, per voce di Piero Angela e di Silvio Garattini.

Muscari Tomajoli mostra un recente lavoro pubblicato da una delle più autorevoli riviste scientifiche del mondo – The Lancet – datato 20 settembre 1997, che dedica allo studio ben undici delle sue ambitissime pagine. I risultati di questa accurata meta-analisi su un grande numero di rigorosi esperimenti svolti in vari paesi del mondo dimostrano – questa volta incontestabilmente – che “gli effetti clinici dell’omeopatia non sono dovuti solamente ad un effetto placebo”.

Perciò il rimedio omeopatico è considerato dalla stessa “scienza ufficiale” un vero medicinale, un vero farmaco. D’altronde, anche il Ministero della Sanità già due anni fa, con la legge 185/95, recependo una direttiva della CEE, ha di fatto equiparato i prodotti omeopatici ai prodotti medicinali convenzionali, ed entrambi infatti – da decenni – devono essere venduti solo in farmacia.

Dunque – prosegue Muscari Tomajoli – su cosa si sono basati gli emeriti scienziati del CICAP per giungere e delle conclusioni così drastiche (“l’omeopatia è acqua pura, è semplice placebo”, etc.), forse sui loro microscopi? Non erano al corrente di questi numerosi e documentati lavori scientifici? Anche noi omeopati siamo d’accordo con il fatto che i rimedi omeopatici non contengono più alcuna molecola della sostanza di partenza, ma se sono clinicamente efficaci da secoli su milioni di persone (circa 5 milioni in Italia e 50 milioni in Europa), su animali – difficilmente suggestionabili – (esistono centinaia di veterinari omeopatici in Italia) e addirittura su piante, non sarà forse il caso di ricercare la spiegazione di un così diffuso fenomeno da qualche altra parte? Per esempio tra gli studi sulle energie subliminari della fisica, piuttosto che basarsi solamente e ostinatamente sulle vetuste e “grossolane” leggi della chimica o della biologia molecolare, utilizzando magari le recenti scoperte e le geniali intuizioni di scienziati come Prigogine (i cui studi sulle strutture dissipative gli hanno valso un Nobel), come Stengers, Bohm, Capra, Jean Guitton, Laszlo e molti altri. Anche perché, come disse Jacob, Premio Nobel per la Bologia senza Fisica”, che è come dire: non possiamo parlare di cellule senza parlare di energie.

Infine – conclude Muscari Tomajoli – vorrei rivolgere due inviti a questi illustri dottori: il primo ad una maggiore prudenza, a non trattare con tale leggerezza discipline – come l’Iridologia, la Critalloterapia, la Bioarchitettura, la stessa omeopatia, etc. – che si fondano su tradizionali e leggi antichissime, considerandole “paranormali” solo perché non rientrano nel paradigma scientifico attuale e non valutando che questo paradigma, così com’è successo più volte nella storia della scienza, potrebbe cambiare di nuovo nel giro di pochi anni. Il secondo invito – amichevole e ad peronam – è ad un congresso di Epistemologia che stiamo organizzando nell’ambito della FIAMO (Federazione Italiana delle Associazioni e dei Medici omeopatici), che mi onoro di rappresentare nel Veneto. Un congresso per aprire la mente, per “uscire dalla caverna”.

Marcelo Candegabe a Roma

Si sta organizzando un seminario a Roma, previsto per il 12-13-14 Giugno 1998, introduttivo al “Metodo dell’Omeopatia Pura”, tenuto dai dr. Marcelo Candegabe (professore titolare di “Dottrina Medica Omeopatica”

presso la Escuela Médica Homeopática Argentina “Tomàs Pablo Paschero”), e il dr. Hugo Carrara (docente titolare della scuola di Medicina Omeopatica di Verona), in sede da definire. Durante il corso del seminario è prevista l’analisi un caso clinico dal vivo.

Il costo del seminario sarà di US \$ 250. Per informazioni e prenotazioni, dato il numero limitato di posti, contattare tassativamente entro 15Maggio c.a., i seguenti nominativi: Dr. Maurizio Palella: 0347-3318384 (ore 14,30-15,30), Dr. Giancarlo Quartucci: 06-86215322 (ore 8,00 – 9,00 dal lunedì al venerdì, 16,00 – 19,00 lunedì, mercoledì e venerdì; Dr. Franco De Luca: oppure 0347-362621 (dopo le 19,30), oppure 06-86898081.

Federspill al convegno di Bologna sulla metodologia in Medicina Non Convenzionale

Lo scorso 29 Novembre si è tenuto a Bologna il Convegno Internazionale sulla “Metodologia della Ricerca Clinica in Medicina Complementare”, organizzato dall’ANMFIT e dall’AMAB. Gli oratori, tutti estremamente qualificati, hanno presentato relazioni interessanti e valide suscitando la partecipazione del pubblico che stipava la grande sala del Palazzo dei Congressi.

Durante il dibattito seguito all’intervento del Prof. Federspil, Ordinario di Medicina Interna Università di Padova e Componente della Commissione per le Medicine Alternative istituita dalla FNOMCeO, ed un certo punto il Prof. Federspil stesso ha chiesto, con un certo fervore polemico: “Prendiamo, ad esempio, il caso dell’Omeopatia: come si fa a stabilire quale sia la “Vera” omeopatia quando i vari Omeopati non sono d’accordo tra loro, quando esiste una guerra tra unicisti, pluralisti, omotossicologi, ecc.?”

Questo importante quesito necessita di una risposta, perché solo sgombrando il campo da facili confusioni si può procedere ad un proficuo dialogo e scambio di informazioni tra medici tutti. Non esiste una Omeopatia presunta “Vera” ed una meno vera. Esiste una sola Omeopatia ed è quella per la quale il malato viene curato con la somministrazione di rimedi precedentemente sperimentati su soggetti sani, rimedi dei quali, quindi, si conosce la patogenesia e che vengono prescritti in base alla imprescindibile Legge dei Simili: “Similia similibus curentur”.

Questa legge, volenti o nolenti, esiste in Natura da sempre e già Ippocrate ebbe occasione di descrivere, ma ancora prima di lui era adottata come metodo di cura nell’India antica. Hahnemann ha avuto l’enorme pregio di renderne possibile la sistematica applicazione clinica grazie alle sperimentazioni condotte con il metodo rigoroso su volontari sani, sperimentazioni che ci hanno permesso di conoscere il potere patogeno e, dunque per la suddetta legge, il potere curativo di numerosissime sostanze naturali.

Tali sperimentazioni sono state rese possibili anche dal particolare procedimento di preparazione dei rimedi, per diluizioni e dinamizzazioni successive, mediante il quale si ha la progressiva attenuazione dell’effetto tossico delle sostanze di partenza e l’esaltazione del potere medicamentoso.

Ricordiamo, sinteticamente, che esistono due modi di applicare la legge dei simili e, quindi, di praticare l'Omeopatia. Uno che tiene conto della similitudine tra patogenesi del rimedio e l'insieme di tutti i sintomi del paziente considerato globalmente nella sua unità psico-fisica; l'altro che tiene conto della similitudine tra alcuni sintomi della patogenesi del rimedio e le patologie di cui soffre il paziente del quale, il più delle volte, se ne considera anche la tipologia. Il primo metodo è quello seguito dagli unicisti che prescrivono un rimedio alla volta, il secondo è quello adottato dai pluralisti che prescrivono più rimedi unitari alla volta a seconda dei vari disturbi presentati dal malato.

Tra unicisti e pluralisti c'è spesso dibattito, ma non c'è alcun dubbio su cosa e quale sia l'Omeopatia. Altre metodiche cliniche usano prescrivere, tra l'altro, medicinali diluiti e dinamizzati, quali ad es. l'Omotossicologia e l'Antroposofia, ma esse hanno delle proprie basi teorico-pratiche diverse da quelle dell'Omeopatia, pertanto non può esserci alcuna guerra tra gli omeopati e i colleghi che esercitano l'Omotossicologia o l'Antroposofia seguendo ognuno un metodo di cura diverso.

C'è polemica, invece, con quei colleghi che non hanno conseguito alcuna preparazione in campo omeopatico e che prescrivendo complessi si autodefiniscono omeopati.

Nessuna guerra, quindi, ma grande necessità di chiarezza ed è per questo che come FIAMO chiediamo il riconoscimento specifico di ognuna delle varie medicine non convenzionali perché ciascuna ha proprie caratteristiche e soprattutto necessita della propria preparazione specifica. Solo stabilendo con precisione quali siano i criteri per i quali un medico possa definirsi omeopata, omotossicologo, antroposofa o altro si può tutelare il cittadino che con fiducia vi si rivolge per alleviare le sue pene e, nella maggioranza dei casi, pagando di tasca propria.

Paola Vinello

Massimo Mangialavori al CIMI

Il 20 e il 21 dicembre a Roma, presso il CIMI, si è tenuto un seminario dedicato all'approfondimento dell'uso del repertorio, il cui relatore è stato il Dott. Massimo Mangialavori che ha parlato ad una quarantina di colleghi.

Il seminario è stato impostato secondo il seguente schema: introduzione e lettura da parte del relatore di casi clinici; analisi dei casi (studio del paziente della sua sintomatologia e analisi repertoriale), che doveva essere effettuata prima dai partecipanti al seminario e quindi dal relatore; diagnosi di rimedi, studio differenziale di materia medica e lettura dei follows-up sempre da parte del relatore, che in modo sintetico ha potuto così ribadire i punti basilari del suo pensiero: la raccolta omogenea dei sintomi del paziente (i "temi"), l'uso del repertorio in chiave tematica, soprattutto alla luce degli sviluppi dell'informatica, l'importanza dello studio dei rimedi per "gruppi".

Per Massimo raccogliere i sintomi secondo una coerenza tematica, permette di evitare lo studio, “spesso fine a se stesso” e “ossessivo” del significato dei sintomi; la sua speranza, e a quanto pare anche impegno, è quello di arrivare proprio alla stesura di un “repertorio per temi”, per eliminare le difficoltà relative alla ricerca dei sintomi negli attuali repertori, che ormai sono diventati dei “calderoni” che raccolgono troppo spesso “dati e non informazioni”, dove troviamo tutto e il contrario di tutto e che hanno assunto ormai dimensioni (fisiche) tali da poter essere utilizzati solo con l’aiuto dei computers. “Non c’è un sistema univoco per temizzare”, ma utilizzando “gli aspetti emergenti e ricorrenti” nel paziente, o il metodo delle “estrazioni” dai repertori, possiamo trasformare espressioni o parole “piatte” in “concetti”. I concetti (un altro modo per dire temi) “possono essere espressi anche con parole diverse” e allora il computer diventa essenziale per le ricerche, trasformando il repertorio anche in strumento di studio. Contare e relazionare alla fine i gruppi dei sintomi può essere fatto indipendentemente dal “modello usato per leggere il paziente e/o il rimedio”.

Rispetto all’uso del repertorio, Massimo ha spiegato che bisogna tenere conto del fatto che una volta i pazienti erano “letti in modo più sintomatico” rispetto ad oggi, e che noi ci troviamo a dover confrontare dati dell’800 con dati attuali, presi oltretutto da pazienti che rispetto a due secoli fa, hanno spesso aspettative diverse rispetto alla guarigione. Allora il repertorio “non è messianico” e “molte rubriche vanno criticate”, capite del loro senso. Per la stessa analisi repertoriale (cioè il modo con cui si repertorizza) non c’è un unico metodo “scientifico”, dato che tra analisi e analisi le cose cambiano”, e la stessa analisi non va bene per tutti i pazienti”. Solo a posteriori si può capire se l’analisi è coerente, è ciò accade quando ci accorgiamo che tra i primi (dieci) rimedi, ne troviamo alcuni “simili tra loro”. Se questo non appare, vuol dire o che non abbiamo preso bene i sintomi, o nel caso in cui ne siamo sicuri che non erano quelli “buoni”. Per quanto riguarda lo studio dei rimedi, grazie ad uno studio “deduttivo” dei rimedi (e dei malati, “la migliore fonte di informazione che abbiamo...”), Massimo ha capito che raggruppare anche i rimedi, per famiglie, partendo da “un capostipite... che non è poi necessariamente il più importante, ma solo il più conosciuto...” (per esempio, Opium , per la famiglia delle droghe, che comprende rimedi con Anhalonim, le Cannabis, Camphora, Coca, Piper methysticum, Psylocibe caerulenses, ma anche Bufo e penthorum...) ti aiuta nello studio della materia medica (come del paziente), per la prima, ma anche per la seconda prescrizione (indipendentemente da quanto cattiva o buona sia stata la prima)

Giancarlo Quartucci

Un caso clinico di Conium maculatum

Di Antonio Abbate

Centro Medico S. Erasmo – Roma

Il racconto della Paziente

Ricevo in studio una signora di 36 anni, coniugata, senza figli. Osservandola mi colpisce il suo aspetto molto dimesso, il viso è tirato e gli occhi presentano un'espressione agitata. E' piuttosto magra, si muove e gesticola in modo ansioso. Dimostra più anni di quanti ne abbia. I capelli sono molto fini, opachi, e gli occhi circondati da occhiaie scure. Mi descrive i sintomi esprimendosi in modo nervoso: "Non so dove cominciare, sono talmente tanti i miei disturbi...".

Le chiedo di riferirmi i sintomi che la fanno soffrire di più: "Ho avuto la sindrome del tunnel carpale, prima a destra e poi a sinistra. Ho fatto una cura omeopatica, ho preso Thuya, mercurius, Hecla lava, ho messo dei gel, ma poi mi hanno operata. Avevo un cheloide che comprimeva la parte. Avevo molo dolore, specialmente la notte, le dita mi bruciavano e sentivo una compressione al polso".

Tra pomate "omeopatiche", rimedi unitari, complessi e prodotti omotossicologici e la P. ha assunto circa 184 sostanze!

Le chiedo di parlarmi degli altri disturbi: "Soffro di una grande stitichezza fin da piccola, forse fin dalla nascita. Sono andata meglio di corpo dopo un trattamento di chiropratica e ho potuto smettere le compresse di magnesio che prendevo". "Nel 1995 ho avuto un aborto (spontaneo) al secondo mese. Dopo è comparsa una vaginite violenta che è durata un anno e mezzo. Ho preso molti antibiotici e antimicotici. Non riesco più a vestirmi né ad avere rapporti sessuali. Una condizione di grande stress, pazzesco, con mio marito".

"Da ragazza sono stata anoressica con amenorrea a 15 anni. Spesso stavo male, vomitavo sempre, mi diagnosticarono una amebiasi. Avevo un nervosismo incredibile. Prima ero sana come un pesce. Tutto è cominciato dopo l'amebiasi. Poi nel 1986 sono stata investita da un'auto mentre andavo in bicicletta. Ho battuto la testa e le spalle. Mi sono comparse delle grandi vertigini ed un dolore cervicale lancinante; non potevo alzarmi dal letto. Ho sempre sofferto di torcicollo, mi ricordo che facevo le elementari e a volte restavo bloccata e con la testa storta per giorni. Dopo l'incidente i dolori cervicali sono aumentati moltissimo". "Con l'anoressia il seno è scomparso, sono diventata piatta come una bambina allora ho deciso di fare una plastica; ho messo delle protesi al silicone, ma sono comparse delle calcificazioni per cui sono stata operata per altre due volte. Ora dovrei di nuovo operarmi perché ho di nuovo le calcificazioni...". Aggiunge: "Però, dottore, il mio problema più grande è il dolore alla cervicale che mi dà un grande tormento e non mi lascia mai".

Le chiedo di descrivermi il dolore: “E’ un dolore fortissimo, come un coltello che penetra nella cervicale (zona C5-C6). Il dolore è anche alla spalla destra, è un dolore muscolare, martellante; va verso l’alto”. Le chiedo se c’è una posizione che la fa stare meglio o peggio: “Sto molto male quando sono giù distesa; va peggio sul cusino, non posso sopportare la pressione. Sono stata da un chiropratico che mi ha consigliato un bite per i denti. All’inizio col bite è andata bene; ho potuto lasciare il Voltaren. Ne prendevo molti. Poi i dolori sono ricomparsi e ho ricominciato a prenderlo. Poi, siccome ero un po’ ipotiroidea, mi hanno prescritto l’Eutirox. L’omeopata che mi ha curata me lo ha ridotto e mi ha dato TSH 4 CH e THYROIDINUM 4 CH. Ora sto prendendo il martedì, il giovedì, il sabato e la domenica TSH e THYROIDINUM alternandoli, poi, il lunedì, il mercoledì e il venerdì l’Eutirox” (si tratta di isoterapia e non di omeopatia poiché la prescrizione non segue la legge dei simili)

“In questi giorni sto avendo di nuovo la vaginite e mi sta tornando anche il dolore al polso destro. Inoltre, se può esserle utile, ho molti nei”.

Le chiedo quale ritiene possa essere per lei lo stress più grande al momento: “Sicuramente il desiderio di avere un figlio, ma non posso perché prendo molti antinfiammatori per il dolore cervicale ed ho paura...”.

Mentre parliamo rilevo che la paziente da un lato vorrebbe avere figli, ma dall’altro teme la maternità. Presenta un carattere molto scrupoloso ed ha una grande paura per i nei; teme che si trasformino in cancro, per cui non va più al mare.

A questo punto, nonostante mi abbia già riferito una grande quantità di sintomi, la P. continua il suo racconto.

Dice: “Soffro molto di mal di gola in inverno ed ho febbri molto alte e un dolore terrificante; mi vengono in gola delle piccole ulcere molto dolorose, prendo gli antibiotici e la propoli che mi fa bene per il dolore. Ho il mal di gola quando prendo freddo ai piedi. Porto sempre i calzettoni, ho sempre i piedi ghiacciati. Ogni volta che vado a letto “mi vesto”. Le chiedo come sopporta il clima: “Non sopporto il freddo umido. Il vento, poi, mi dà dei dolori forti alla cervicale, specialmente il vento freddo. In estate detesto l’umidità, mi fa diventare isterica! Sudo molto al collo, con il caldo, e anche alle ascelle”.

Per quanto riguarda l’alimentazione mi dice che ha un appetito normale, non mangia molto. Desidera carne (“Per un periodo sono stata molto carnivora”), ma si contiene. Gradisce molto anche le verdure. Inoltre mi riferisce: “All’università mi sono intossicata con il pesce; ha avuto vomito, mi sono comparse delle chiazze rosse che andavano e venivano. Il viso mi diventava rosso fuoco. Avevo prurito e bruciori ai piedi. Per tre o quattro anni non ho più toccato il pesce. Quando lo mangiavo mi compariva subito lo sfogo. Continua: “Mi piace il latte freddo mentre quello caldo, il suo odore, mi dà la nausea. Detesto la besciamella. Prendevo molti caffè, ora ne prendo meno, al massimo uno e due. Mangiavo chili di pomodori...”

Il racconto sembra non terminare mai. L’elenco si allunga sempre di più di nuovi sintomi:

- Le giunture le scricchiolano (specialmente la spalla destra e la caviglia destra);
- le unghie sono macchiate di bianco;

- la pelle è molto secca;
- i capelli sono fragili, con doppie punte che si spezzano (fin da bambina) e con forfora;
- la sera compare improvvisamente un gonfiore addominale con coliche. Per il dolore deve coricarsi in posizione fetale;
- è astigmatica.

La visita mi sembra quasi conclusa, ma la Paziente continua ancora: “Sono positiva agli acari e alle graminacee; ho fatto il RAST. Da dicembre dello scorso anno ho avuto, per lungo tempo, una tosse trascurata. Mi svegliavo la notte e tossivo. Sembrava la pertosse. Ho preso gli antibiotici e il cortisone. E’ comparsa l’asma. Ora ho l’asma e devo prendere Fluspiral e Gaviscon. Mi devo spruzzare tutti i giorni per quattro volte”. Le chiedo qualche altra notizia sul carattere: “Sono molto chiusa. Le cose più personali non le comunico a nessuno. Sto molto da sola: mio marito manca per lunghi periodi”. La P. ha un carattere molto indipendente. Il marito può stare via per lavoro anche mesi e questo le pesa fino ad un certo punto. Sta bene anche da sola. Poi invece mi dice che le pesa tantissimo “ma non entra in crisi”. La forte collera quasi istantaneamente le scatena il mal di testa: “Sono anche molto caparbia. Quando litighiamo tengo tutto dentro. E’ lui che mi dovrebbe capire...”.

Si è instaurata una buona confidenza con la Paziente la quale continua a raccontarmi i suoi problemi: “La mia emotività si manifesta quando ci sono dei dissapori con mio marito, ma anche se qualcuno mi taglia la strada, in auto; mi fa venire un nervosismo pazzesco. Poi compare il dolore cervicale che diventa un dolore acuto. Anche un screzio con qualcuno, una persona un po’ maleducata, mi fa stare male. C’è prima la reazione emotiva, che poi passa, alla quale seguono i disturbi fisici che invece restano. E’ come essere in prigione; Schiavi delle emozioni”. “Ho sempre fatto molto sport: palestra, tennis, windsurf. Ho dovuto smettere per i dolori alla cervicale. Però passeggiavo molto; mi sembra di andare sempre di fretta invece sono tranquilla”.

Le chiedo se è paurosa: “Non sono paurosa, ma sono molto ansiosa per tutti i problemi che mi ritrovo. Ho paura di ammalarmi di un tumore”.

La Paziente è laureata, ma fa la casalinga; le chiedo perché: “Non voglio rischiare la salute per lavorare. Non ne vale la pena. Poi abbiamo preso un cane: mi dà molto da fare”.

Le chiedo come va in casa e scopro che è una persona molto pulita. Soffrendo di allergia agli acari passa l’aspirapolvere due volte al dì; pulisce dappertutto: “Il tempo mi passa in fretta; lavoro molto in casa. Mi chiedo come farei se dovessi anche lavorare”.

Analizzando il caso ne deduco che la Paziente conduce una vita stentata, è piena di acciacchi, assomiglia quasi ad una anziana pensionata. Anche da un punto di vista intellettuale ed affettivo la qualità della vita è molto compromessa. Lei dice: “A volte la mattina mi pesa perché ho noia. E’ l’attività ripetitiva che mi distrugge... in alcuni momenti... (la P. si interrompe). Sono nervosa, a volte mi sembra di tirare avanti, poi faccio le cose velocemente. Non sono metodica; non lo ero neanche quando studiavo”.

Il caso clinico è molto ricco di sintomi. La ricerca del rimedio da somministrarle, che copra tutti i sintomi compresi quelli mentali ed intellettuali, all'inizio mi sembra difficile. Decido di focalizzare la mia attenzione sui sintomi attuali, quelli più sentiti dalla paziente, con delle chiare modalizzazioni che mi possono dare delle conferme per la scelta. Le chiedo di parlarmi dei sintomi che in assoluto vorrebbe vedere comparire per primi. Mi risponde: "Vorrei che lei anzitutto mi curasse il dolore cervicale che mi tiene sveglia la notte". Le chiedo di nuovo di descrivermi il dolore: "Il dolore compare forte la notte, il collo è molto rigido, a volte divento isterica, vorrei dormire, ma mi devo alzare. Non lo reggo.". La P. si mette a piangere: "Non mi importa più niente, vorrei annullarmi, non ho pensieri! Il dolore è allucinante. Voglio solo che passi, non lo sopporto, sono anni che mi tormenta e diventa sempre più forte. Non ho pazienza! La notte mi alzo e vado in sala; mi siedo. Devo stare immobile e seduta. Cerco di stare diritta. Non posso né toccare né premere la parte perché mi fa male. Sto lì per ore ferma ad aspettare che mi passi. Sono invalida; non ho progettualità nella mia vita, non posso fare niente, sento una impotenza assoluta".

Due ore di visita omeopatica e mezz'ora per lo studio del caso. Dopo due ore e mezzo ho un quadro completo e le prescribo CONIUM MACULATUM 7 CH, tre granuli tre volte al dì. Decido di iniziare la terapia con una bassa dinamizzazione, ad intervalli regolari, e di salire poi gradualmente perché il dolore è molto forte (difficilmente controllabile anche con i FANS) e vorrei evitare, per quanto possibile, degli aggravamenti.

Lo studio del caso

Per lo studio repertoriale ho selezionato i seguente sintomi:

- Back; PAIN; Backache; Cervical region; night (Cervicalgia la notte);
- Back; PAIN cutting; Cervical region (dolore a coltellata nella regione cervicale);
- Back; PAIN cutting (dolore a coltellata al dorso)
- Back; PAIN; backache; Cervical region; touch agg (dol. Cervicali che agg per il tocco);
- Generalities; ATROPHY; glands (generali; atrofia ghiandolare);
- Chest; atropy of mammaie;
- Chest; MAMMAE, complaints of (patologie della ghiandola mammaria);
- Generalities; COLD; agg.; air (aggravamento da aria fredda);
- Generalities; COLD; becoming; a part of body agg.; feet (aggravamento quando parti del corpo diventano fredde: i piedi);
- Generalities; COLD; tendency to take; cold feet (tendenza a prender freddo ai piedi)
- Generalities; LYING; agg; in bed (aggravamento distesa a letto)
- Generalities; MOTION; agg.; affected part, of (il movimento aggrava la parte affetta);
- Mind; ANGER; aliments after anger (disturbi conseguenti a collera);
- Stomach; DESIRES; meat (desiderio di carne).

Riflessioni sul caso clinico

Dalla repertorizzazione risultavano molti rimedi tra i quali Silicea e Iodum, ma per il quadro mentale della Paziente e per l'insieme dei sintomi generali e fisici ho prescritto Conium.

E' apparso molto importante, per la prescrizione del rimedio, l'aspetto mentale della Paziente dal quale risulta in modo chiaro che ella soffre per una problematica della femminilità e della sessualità (genialità e maternità). Nel racconto emerge il conflitto tra il desiderio di avere un figlio e la paura e l'angoscia per la maternità. Inoltre ella è colpita anche nell'apparato genitale. Ha sofferto di amenorrea, ha sviluppato un'involuzione delle ghiandole mammarie fino alla completa atrofia, è stata operata più volte per una intolleranza alle protesi e soffre di vaginiti ricorrenti.

Anche l'aspetto intellettuale e la personalità della P. risultano fortemente colpiti. Ella passa il suo tempo annullandosi nelle pulizie per la casa. Non ha più una propria progettualità. Non ha desideri, né stimoli intellettuali nonostante sia una donna giovane e colta. Anzi afferma che non può fare niente poiché sente un'impotenza assoluta. Eppure professa la sua libertà ed indipendenza. Si sente una donna libera che può cavarsela da sola. In realtà è tutt'altro che libera. Si sente in prigione; è preda dei suoi sintomi fisici e soffre la solitudine. Si è ritirata in sé perdendo la creatività e la progettualità. La vita è diventata scialba e triste.

Studio del rimedio

Nella patogenesi di *conium maculatum* troviamo sintomi che esprimono le stesse problematiche della Paziente. L'immagine classica del rimedio è quella di una persona irritabile ed afflitta, che non può sopportare la contraddizione. E' continuamente annoiata ed infastidita da ogni più piccola cosa. Non può resistere a nessun tipo di eccitazione. Tutto le provoca una impressione sgradevole. Allontana la gente, è senza interessi fino alla più completa indifferenza. La forte ansia la porta da un posto all'altro ed il forte scupolo di coscienza può farle sviluppare (come per la Paziente) un interesse esagerato per i lavori di casa e per la pulizia (*Conium* è un rimedio indicato nella monomania). Tale comportamento è rinforzato dalla sensazione generale di schifo che la porta a pulire e lavare in modo ossessivo. Quando la lesione intellettuale progredisce oltre misura *Conium* va incontro ad una grande depressione dello spirito e se prima era preda di attacchi nevrotici ed ipocondriaci in seguito diventa completamente indifferente, non ha più interessi, si cura poco delle cose, le trascura, perde il gusto di vestirsi e di curarsi. Arriva a giacere a letto per maggior parte del tempo, indifferente a tutto. Un tratto abbastanza tipico di *conium* è la mancanza del tono fisico e mentale che viene espressa con una debolezza cronica degli arti fino ad una vera difficoltà a camminare che scatena un tremolio e degli accessi nervosi a tutto il corpo. Abbiamo l'immagine di una persona che vede compromessa la propria capacità intellettuale e contemporaneamente la propria libertà di movimento. La materia medica descrive una persona immersa nei pensieri più cupi, che presenta un grande scoraggiamento e non vuole parlare. Medita su presente e futuro, ma è priva di risorse psichiche ed intellettuali. Ha buchi di memoria, è confusa e non ha più

progettualità. E' cupa, avverte come se una grande ansia la opprimesse e contemporaneamente una sensazione di paralisi agli arti (è molto evidente in Conium come la stessa problematica si esprima a livello somatico e mentale).

Il sintomo "Mentre cammina ha la sensazione come se qualcosa si opponesse ai suoi passi eppure sta camminando speditamente..." esprime chiaramente la mancanza di libertà psichica e fisica. Dunque nella sua sofferenza Conium sente di non essere libera nella mente e nel corpo. Gli arti, e l'apparato locomotore più in generale, esprimono il libero agire dell'uomo. L'apparato muscolo scheletrico esegue docilmente i desideri e la volontà della persona. Ma in Conium tutto ciò è impedito.

Il repertorio riporta centinaia di sintomi della colonna, del torace, delle spalle e degli arti. C'è una grandissima compromissione del movimento come anche della sfera intellettuale e, in ultima istanza, si arriva ad una compromissione totale con imbecillità, demenza e paralisi degli arti. Conium può essere indicato anche nell'apoplessia, nella sclerosi a placche, nelle paralisi ascendenti e nelle paralisi post difteriche.

In Conium è molto compromessa anche la funzione sessuale. Tra i moltissimi sintomi di questa sfera abbiamo diverse key notes del rimedio. Spiccato è il tropismo per l'apparato genitale femminile (vulva, vagina, utero e ovaie e mammelle) e maschile (pene, testicoli e prostata) e viene interessata anche la libido. Conium è indicato nelle malattie nubilate e celibato, per continenza sessuale (anche per eccessi sessuali), malattie per eccitazione emozionale ed eccitazione sessuale, per masturbazione, per gravidanza; abbiamo ipocondria e nevrosi per soppressione dello stimolo sessuale, per astinenza; nevrosi per soppressione delle mestruazioni, facilità all'aborto, avversione al coito, vulviti e vaginiti di diversa natura; tumefazioni, ulcerazioni e traumi delle mammelle; cancro al collo uterino, cancro della vulva, delle ovaie, delle mammelle ecc. La donna può avere avversione agli amici durante la gravidanza.

Per l'uomo abbiamo 176 sintomi tra cui l'adenoma prostatico, le perdite patologiche di fluidi (seminale e prostatico), l'impotenza, il cancro della prostata e dei testicoli, l'epitelioma del glande, ecc.

Conium si presenta indicato nell'amore frustrato, nella sofferenza (psichica e fisica) per l'amore non corrisposto e nella sessualità vissuta in modo patologico. Abbiamo come sintomi la sensazione di aborto, di parto prematuro, di parto per delle vie patologiche: Conium ha la sensazione di qualcosa che vuole uscire attraverso l'anello inguinale oppure da un fianco e la sensazione di un cesareo compiuto con violenza (sensaz. Che le viscere vengano strappate via). Nell'uomo compare una sensazione di compressione alla radice della verga, come se i testicoli venissero tirati e come se un coltello tagliasse la radice del pene di netto (tali sintomi simboleggiano una castrazione).

Sintetizzando possiamo dire che Conium rappresenta l'espressione della libertà mancata, della autonomia irraggiungibile, della compromissione della sessualità e della incapacità di procreare in armonia e libertà.

Follow up

Poiché la P. abita in un'altra città decidiamo di sentirci con regolarità per telefono.

Il 30-1-97 mi telefona dicendomi che ha iniziato la cura con Conium e che l'agitazione ed il nervosismo non ci sono più. Ora è calma. Le cervicalgie si sono ridotte di numero e di intensità. Il marito ha notato un sorprendente cambiamento sia a livello fisico che psicologico; la vede diversa, con un'altra espressione del viso. E' più serena. Inoltre non è più stanca; ha molte energie in più.

Il 10-2-97 mi segnala che la grande verruca che aveva alla palpebra inferiore di sinistra, che avrebbe dovuto bruciare, è completamente scomparsa. A dicembre ne aveva bruciate diverse alle mani.

Il 27-2-97 ricompaiono gli episodi notturni di cervicaglia che si risolvono con Conium 7CH assunta varie volte di notte.

Si manifestano alla cute del torace delle piccole bolle. Lo sfogo assomiglia ad una irritazione della pelle ed è localizzato nei pressi della cicatrice chirurgica delle mammelle. La Paziente mi dice: "Non ho più preso la Novalgina. Era da due anni che ero costretta a prenderla un giorno sì e uno no". Ha sospeso anche il Voltaren.

Il 25-2-97 compare un mal di gola con dolore bruciante come una ferita che si irradia alle orecchie; peggiora deglutendo e migliora ingerendo cose solide (si tratta del dolore alla gola che compare di frequente). Aumento la dinamizzazione di Conium. Sostituisco la 7 CH con la 9 CH. Il mal di gola che di solito dura diverse settimane scompare in una sola giornata.

Due giorni dopo il dolore ricompare molto intenso; poi scompare nell'arco di due giorni. Sospendo Conium 9CH e continuo con il placebo.

Due mesi dopo, alla seconda visita, la Paziente mi riferisce: "Ho avuto una sferzata incredibile! Mio marito ne è rimasto sorpreso. Quasi un miracolo... Ho anche ridotto l'uso del Fluspiral (da 4 a una volta al dì) perché l'asma è migliorato".

E' comparso un turgore al seno (inspiegabile giacché alla mammografia risulta nella P. "l'assenza di strutture riferibili a tessuto ghiandolare").

E' ancora presente una lacrimazione con occhi rossi, starnuti e muco acquoso. C'è una tosse secca, a colpetti sui segue la fuoriuscita di un escreato mucoso. I sintomi peggiorano la sera quando compare una lieve difficoltà respiratoria, ma i sintomi asmatici veri e propri sono scomparsi. La P. dice: "E' come se l'asma volesse arrivare, ma poi non viene". Sono scomparsi dei bruciori allo stomaco dopo cena di cui la P. soffriva in passato: "Ci soffrivo molto. Li ho avuti diverse volte negli ultimi quindici giorni".

Le cervicalgie vanno molto meglio.

Non ha più avuto forti cefalee con vomito. Sono anche completamente scomparse le coliche addominali che si presentavano quasi tutte le sere, da moltissimi anni.

Rilevo anche gli effetti dell'azione di Conium a livello emotivo. La P. mi dice: "Ho notato un grande cambiamento. Sono allegra di buon umore. Non ragionavo più per il nervosismo e l'agitazione. Ora sono serena, non vado più fuori di testa. Avevo un grande coinvolgimento emotivo dentro, come un terremoto. Ora

c'è più sopportazione. Mi dico: mettiamoci calmi". "A volte ero schiava della mia emotività. Potevo sentirmi male anche fisicamente senza però riuscire a sfogarmi parlando con qualcuno. Questo mi logorava. Quando qualcosa non andava, da bambina, mi sdraiavo a terra, non mangiavo e non si sapeva cosa avessi. Piangevo facilmente davanti alla TV. Una sensibilità a fior di pelle. Da un anno ero così pazzesca. Si trattava di reazioni emotive facili che si sono andate man mano accentuando nel tempo. Contemporaneamente le spalle e la cervicale si indurivano e poi scoppiava il mal di testa. E' stupido! Era come perdere il controllo".

Soddisfatto del miglioramento globale e registrando che tale miglioramento è ancora in atto decido di sospendere Conium 9CH. Le prescrivo un placebo e le suggerisco di assumere Conium 9 CH solo al bisogno.

La Paziente mi telefona dopo 15 giorni. Si sente molto bene. Le cervicalgie sono assenti; assume Conium 9 CH al bisogno solo quando sente che sta per ricomparire qualche doloretto.

Siamo in primavera, ma l'allergia è sotto controllo. La P. si spruzza solo una volta la sera, per precauzione.

In una successiva telefonata mi riferisce che è comparsa una tosse secca la sera. Ha timore che le ritorni l'asma. Le dico di prendere costantemente Conium 9CH tutte le sere. L'assunzione della 9CH la fa stare meglio.

Visto la P. per la terza volta l'8 maggio. E' molto bello vederla entrare in studio con un bel completo rosa, il viso sorridente e un fazzoletto di seta al collo. Sembra un'altra donna (anche più giovane). Mi dice: "Mi sveglio con il collo sciolto, le tensioni sono più saltuarie.

Solo durante l'influenza, per una notte, ho avuto dolore alla cervicale e mal di gola. Anche l'indolenzimento al collo è minore di intensità e di frequenza. Compare raramente. Prima viaggiavo da una città all'altra portando sempre con me tre cuscini diversi a seconda delle necessità. Non avevo mai pace e la notte stavo seduta in poltrona con il dolore lancinante senza poter dormire. Ora dormo bene. E' anche scomparsa la nausea e la bocca amara che avevo di mattina".

Visto che tutto va bene decido di sospendere Conium 9CH; potrà prenderlo solo al bisogno.

A distanza di sei mesi tutto va bene. La P. ha quasi del tutto eliminato l'Eutirox (ora ne assume solo ¼ di una compressa da 50mg due volte a settimana). Oltre alla 9CH le ho somministrato la 12CH e la 15 CH e la 200K. L'asma e le cervicalgie sono assenti. Mi riferisce che la sensibilità emotiva è nettamente migliorata. Ci sono stati grandi cambiamenti anche a livello psicologico. E' serena, ha ripreso a lavorare. Si è fatta installare "Internet" in casa e lavora nella "grande rete" facendo ricerche linguistiche e studi. Ha recuperato in pieno le proprie capacità intellettuali. La dinamica psicologica familiare è anch'essa nettamente migliorata.

Tutto è stato possibile grazie all'azione di Conium maculatum.

Clinica

Chi trova un repertorio...

Trova un tesoro!

Di Giancarlo Quartucci

Medico omeopata - Roma

Hahnemann nel paragrafo 104 dell'Organon, afferma che dopo aver tracciato il quadro della malattia abbiamo svolto il lavoro più difficile. La "presa del caso" è infatti la parte più imprevedibile del lavoro di omeopata, potremmo dire anche la più eccitante, che condiziona più ogni altra il successo della prescrizione.

Giocano un ruolo fondamentale le modalità che utilizziamo per proporci, adeguarci e stimolare il paziente e, cosa molto importante, richiede poche regole da seguire, solo un bagaglio minimo di conoscenze teoriche o razionali. Il resto del nostro lavoro invece no: in modo quasi opposto deve essere necessariamente filtrato dal "sapere". Già quando scegliamo le espressioni del malato da tradurre in sintomi omeopatici, dobbiamo fare delle valutazioni sulla base di acquisizioni e giudizi, a-posteriori, utilizzando concetti riferiti alla clinica, alla materia medica, al repertorio, o al paziente stesso. Oltretutto questi riferimenti si relazionano, si incrociano e si sommano tra loro: noi e il malato, il malato e la clinica, clinica medica e clinica omeopatica. Mescoliamo sempre tutto, utilizzando ancora attività creative più o meno intuitivamente, ma soprattutto conoscenza ed esperienza.

Dopo dodici anni di lavoro per me è ormai chiaro che, se da una parte il senso di libertà e la serenità d'animo associate a sincerità e spontaneità sono le doti che più mi aiutano davanti al paziente, che se la conoscenza della materia medica abbinata all'esperienza clinica e all'intuizione sono più importanti per la scelta del rimedio, mi è più che mai chiaro che non si può prescindere dallo studio e dall'uso del repertorio. Il repertorio è l'anello che unisce, è il filo che ci aiuta a non perderci nel labirinto dei sintomi, del paziente e della materia medica. Volevo quindi approfittare dell'opportunità che mi è stata offerta dal Direttore Responsabile della rivista, per scrivere qualcosa in riferimento al repertorio: sia in termini generali, sia cercando di scendere nello specifico, sulle caratteristiche dei repertori, delle rubriche e della repertorizzazione. Il fine ultimo, comunque allo spirito della rivista, rimane lo scambio di informazioni. Credo che tutti quelli che utilizzano o anche solo consultano il repertorio, abbiano attraverso il tempo scoperto e annotato particolarità sicuramente preziose. Così sarebbe auspicabile che anche da altri colleghi vengano interventi, suggerimenti, anche piccoli ma in ogni caso numerosi: quando parliamo di repertorio anche una semplice correzione riguardante una singola voce, importante, e può divenire significativa per la risoluzione di un nostro caso.

L'importanza del repertorio

Già Hahnemann si rese conto che non era possibile per una mente umana ricordare tutti i sintomi della materia medica, tanto che sentì l'esigenza di creare un indice dei sintomi della materia medica. Nel 1817 aveva un repertorio ad uso personale, scritto di sua mano, preparato con l'aiuto dei suoi allievi e che usava contemporaneamente al repertorio di Jar, di cui aveva una copia, sempre scritta mano. Più avanti usò anche il repertorio di Boenninghausen. Dopo duecento anni, l'uso esclusivo della materia medica per arrivare alla scelta del simillimum risulta ancora più condizionante in termini di capacità mnemoniche. E anche laddove l'esperienza clinica (ma quale clinica?) ci venga in aiuto limitando l'indagine comparativa per la diagnosi differenziale ad un gruppo di rimedi, i dubbi in genere alla fine rimangono, esponendo l'omeopatia anche a critiche di "empirismo" e troppo "soggettivismo". Ecco che il repertorio diventa più che mai indispensabile: è uno strumento clinico, da usare in modo analitico e quindi contrapposto all'uso che facciamo della materia medica, in genere sintetico. Grazie al repertorio possiamo diminuire i nostri errori, oggettivando il nostro lavoro; non solo un gruppo ma tutti i rimedi disponibili partono da una posizione di equità davanti alla possibile scelta, e la "limitazione" che la repertorizzazione ci impone alla fine, comunque rimane un consiglio, che deve essere vagliato dalla nostra critica, confermato dalla materia medica.

Non bisogna comunque credere che usare il repertorio significa liberarsi completamente dalle difficoltà o dalle valutazioni personali: ora per la scelta del repertorio (ne esistono decine, sintomatici e/o clinici), ora per il controllo dell'attendibilità e della precisione con cui sono stati creati, elaborati o modificati, ora quando traduciamo le espressioni del paziente nelle rubriche repertoriali, oppure quando scegliamo i sintomi per repertorizzare dato che deve esistere una coerenza tra i sintomi scelti ed il repertorio stesso. Così alla fine rientra in gioco il "soggettivo"..., ma non c'è da scandalizzarsi, dato che è una caratteristica tipica di tutte le scienze, specie quelle umane e più che mai dell'omeopatia che basa le ragioni del suo esistere proprio sul concetto dell'individualizzazione del malato.

Alla fine è solo grazie all'uso del repertorio e alla repertorizzazione che possiamo esporci in modo critico ed utilizzare nel nostro lavoro passaggi operativi confrontabili e quindi confutabili. Oggi epistemologicamente parlando sappiamo che ciò che distingue la scienza è l'approccio critico alla conoscenza, e che il sapere scientifico "non è più certo" ma che deve essere soprattutto "rigoroso" ed interdisciplinare, per garantire l'intersoggettività cioè il rispetto del principio della comunicabilità e dell'applicabilità del metodo: soggetti diversi devono essere in grado di arrivare ai medesimi risultati. E' allora necessario dare definizioni operative magari utilizzando la matematica in modo da garantire il controllo e la ripetitività oltre che la verificabilità e/o la confutabilità di un metodo. E questo anche se, a parere mio, in fondo l'idea di un metodo, unico, è un'utopia. Il metodo è utile soprattutto all'inizio di un processo di sviluppo, quando si deve insegnare o imparare una scienza, cioè quando difetta l'esperienza. Col tempo prevale l'Arte (e con questa le

contraddizioni). Trovo illuminanti le parole di Fayerebend, un epistemologo contemporaneo: “L’idea di un metodo che contenga principi fermi, immutabili e assolutamente vincolanti come guida nell’attività scientifica si imbatte in difficoltà considerevoli quando viene messa a confronto con i risultati della ricerca storica.

Troviamo infatti che non c’è una singola norma, per quanto plausibile e per quanto saldamente radicata nell’epistemologia, che non sia stata violata in qualche circostanza... tali violazioni sono necessarie per il progresso scientifico”. La storia dell’omeopatia conferma questa affermazione; così come quella del repertorio: vediamo che col tempo i repertori si sono non solo ampliati, perfezionati, ma anche diversificati ed integrati; si sono sviluppati diversi modi per repertorizzare, dai più formali a quelli più selettivi; l’uso stesso del repertorio si è evoluto: oggi non si usa solo nella clinica, ma anche per studiare. In questo senso possiamo dire che lo sviluppo del repertorio, all’interno del sistema, quello omeopatico, corrobora l’esistenza stessa dell’omeopatia come scienza.

Quale repertorio usare?

Lo standard di riferimento in quasi tutto questo secolo è stato il repertorio di J.T. Kent, che fino alla sesta edizione (1957) è stato in pratica solo corretto. Le prime importanti aggiunte tanto da parlare di un “nuovo Kent” sono avvenute negli anni settanta, con l’edizione di Schmidt e Chand (1974). Da allora in modo sempre più ravvicinato si sono resi disponibili nuovi “Kent” sempre corretti e aggiornati, su carta e recentemente anche informatizzati. E’ chiaro che il repertorio per natura si presta alla revisione permanente, ma quello che ormai appare chiaro è che l’essere inseguiti da queste “nuove edizioni, aggiornate, rivedute e corrette”, è un qualcosa a cui dovremmo abituarci sempre di più e con tutte le conseguenze del caso: volumi ingombranti dal costo di centinaia di mila lire che dopo cinque o sei anni (se tutto va bene) devono essere sostituiti da altri che contengono nuovi rimedi, nuove correzioni (magari di vecchie correzioni, o di semi-nuove aggiunte), etc.

Senza avere probabile poi la speranza che si avvii un discorso unificare, che cerchi di integrare gli sforzi dei singoli a vantaggio di tutta la comunità omeopatica: inconciliabili sembrano essere le filosofie che motivano i vari autori ad affrontare un lavoro di revisione di un repertorio. Inconciliabilità storica del resto, e già evidenziata dai giudizi dello stesso Kent nei confronti dei repertori da lui usati come base per redigere il suo. Grandi sembrano essere anche le implicazioni legate ai contratti editoriali, che condizionano l’uso di informazioni soprattutto degli autori contemporanei, così che le aggiunte di uno sono presenti per esclusiva in un repertorio e non in altri.

A noi non resta che decidere tra una scelta di semplicità e di parte a favore dell’uso di un solo repertorio oppure, optare per l’uso di più repertori contemporaneamente, magari aiutandosi con i sistemi informatizzati, raddoppiando spese e lavoro. Oggi i repertori più completi sono il “Synthesis” – Repertorium Homeopathicum Syntheticum, di F. Schroyens – ed il “Complete” – The complete Repertory, di R. Van Zandvoort -, che si sono sviluppati possiamo dire partendo dal “Kent” (sul “Kent” erano gi

À state apportate correzioni e aggiunte, dal Boger (Addictions to Kent's Repertory) da Schmidt e Chand nel "Kent's Final" (1974), e da Kunzli con il suo "Repertorium Generale" (1987). Non dimentichiamo però che in circolazione esistono anche altri repertori, molto interessanti ma che si discostano notevolmente dall'impostazione del "Kent": tra questi, per citarne solo alcuni, vi ricordo quello di "Murphy" – Homeopathic Medical Repertory, che risulta essere il repertorio di base del sistema informatico "CARA", che attualmente sembra essere commercializzato quasi esclusivamente nel mondo anglosassone, il repertorio di "Aggrawal" – Applied repertory (1955), il piccolo repertorio di "Pathak" – A Concise Repertory of Homeopathic Medicines (1963), quello di "Boger" – il "Boenninghausen's characteristics and repertory" (1938) che in pratica è una riedizione ampliata del "Therapeutic Pocket Book" di Boenninghausen (1846).

In Italia, ma credo anche in Europa, grazie anche alla spinta dell'informatica mi sembra che i più usati e conosciuti, oltre al "Kent" siano proprio il "Synthesis" (la cui quinta edizione è del 1933, con trecento pagine in più del "Kent" e del quale è in uscita una nuova edizione, il "Synthesis, 7") e il "Complete" (1996, con mille pagine in più rispetto al "Synthesis 5"), i cui autori stanno svolgendo, come dicevo, un lavoro nel fondo uguale: aggiornare il "Kent". Entrambi riportano molte correzioni, aggiunte e chiarificazioni, riferite ai rimedi, alle voci, alle cross-reference, sfruttando oltre che il lavoro dei singoli autori, anche la letteratura omeopatica, storica ed attuale. Entrambi mantengono anche certe inesattezze presenti nel "Kent" e che non hanno corretto, come quella della rubrica "URETHERA, SENSATION", con tutte le sue voci, che dovrebbero diventare rubriche separate, come è avvenuto in tutto il repertorio per i sintomi riferiti alle sensazioni, e magari integrando in un'unica rubrica le voci "CONSTRICION, SENSATION, of" e "COSTRICTED, SENSATION, OF".

Ma comparandoli si nota che solo per alcune delle fonti utilizzate, specie quelle storicamente più conosciute e famose, c'è una sostanziale uniformità di comportamento.

Uniformità che diminuisce quando ci riferiamo per esempio alle aggiunte riferite da autori contemporanei (es. Vithoukias), o quando si tratta di scegliere o meno alcune fonti storiche (materie mediche e/o provings, repertori sintomatici e/o clinici, articoli e/o seminari o congressi...). Uniformità che poi scompare praticamente del tutto quando parliamo del modo in cui sono fatte certe aggiunte, tanto che alla fine i due repertori risultano così diversi da rendere difficilmente comparabili certe repertorizzazioni eseguite con stessi sintomi. Per esempio diverso è il comportamento davanti alle rubriche presenti in alcuni repertori, come il Boericke (ricordo che il repertorio di O. Boerike è fondamentalmente clinico), che il "Complete" riprende integralmente, mentre il "Synthesis 5" che invece appare più integrale nelle aggiunte riferite alla materia medica di W. Boerike: per esempio, aggiunge giustamente il sintomo di corpus Circinata, "Stomach, Pain, distended abdomen with" sintomo ripreso dal Boerike dalla materia medica di Allen, e che non è presente nel "Complete"); come diverso è il comportamento rispetto al concetto di "generalizzazione", non solo rispetto alle rubriche ma anche rispetto ai rimedi: nel "Complete" è sufficiente che un rimedio appaia in una sola

sotto-rubrica, per essere aggiunto, nel caso mancasse, alla relativa rubrica generale, a differenza del “Kent” e del “Synthesis 5”, nei quali l’aggiunta indipendentemente dalla sperimentazione, viene fatta solo se il rimedio si trova contenuto in almeno due sotto-rubriche.

Possiamo quindi dire che il “Synthesis 5” appare attento a seguire fedelmente l’impostazione kentiana, limitando le aggiunte cliniche, o privilegiando tra quest’ultime, quelle che confermano lo sperimentale, proveniente da autori ritenuti assolutamente affidabili.

Nel “Complete” l’impegno e lo sforzo aggiuntivo appare meno selettivo. E’ un volume di ben duemila e ottocento pagine con notevoli differenze, anche strutturali, rispetto al Kent: dato che oltre alle correzioni e aggiunte di rimedi (che come per il “Synthesis” possono essere vecchi e nuovi, da sperimentazioni, seminari o dalla clinica, da altri repertori o materie mediche), contiene rispetto al “Kent” nuove sezioni, nuove rubriche e vecchi rubriche riorganizzate, e risulta ricco di referenze e referenze crociate (veramente molto utili, prese qua e la da altri repertori o testi che parlano di repertori, come quelli di J.B. D’Castro).

Ciò che veramente assume un significato particolare sono tutte le aggiunte prese da repertori costruiti con uno spirito filosofico di base molto diverso da quello del “Kent”, come il già citato Boerike o i repertori delle sensazioni di Robert e quello di Ward, ma soprattutto il “Boenninghausen’s”. Tutto questo mi sembra che nel complesso diversifichi a tal punto il “Complete” da tutti gli altri repertori, parziali o generali che siano, da trasformarlo principalmente in un repertorio da “consultazione” più che per la sola repertorizzazione.

Coerenti in questo senso e di notevole aiuto pratico sono i riferimenti della provenienza delle rubriche, che appare nel “Complete”, ma non nel “Synthesis 5”.

Credo sia importante sottolineare le differenze tra i vari repertori e tenerle sempre presenti dato che nella pratica a seconda del caso che abbiamo davanti dobbiamo avere bene in testa che riferimento repertoriale seguire e di conseguenza quali voci considerare. E’ chiaro che dobbiamo affidarci quando è possibile principalmente ai sintomi sperimentali, ma credo anche che non possiamo non considerare i suggerimenti derivati dalla clinica omeopatica e quindi dalle osservazioni di autori come Boenninghausen, Boerike, Pathak, Schmidt, Kunzli, Paschero, Vithoulkas.

In questo senso dobbiamo allora chiederci se, a prescindere da ogni altra possibile considerazione, repertorizzando un caso, può avere senso prendere insieme rubriche tra loro eterogenee, associando quindi quelle sperimentali con rubriche di probabile origine clinicomedica (esempio: “MIND; ANXIETY; gastric complaints, with –riportata nel Complete con 10 rimedi, tutti al 1°, tutti segnati dal Lippe, e che comunque si trova nel “Boenninghausen’s”, nella sezione degli aggravamenti riferita a tutto il mind e non riferita solo all’ansia, e dove oltretutto troviamo Calc-c listato al secondo e non al primo), con voci come quelle sempre del “Boenninghausen’s” e introdotte sia nel “Complete” che nel “Synthesis”, che rispondevano al concetto di generalizzazione tanto caro a Boenninghausen ma che il Kent aveva fortemente criticato (per esempio, “GENERALS, SNEZING, agg” non presente nel “Kent” ma presa e modificata dal “Boenninghausen’s”, sia

dal “Synthesis” – che elimina chissà perché Aconitum e aggiunge Verbasum al secondo, che dal “Complete” – che lascia Aconitum e aggiunge sempre Verbasum al secondo, specificando però che l’aggiunta è presa dal repertorio di O. Boerike).

La risposta credo che può venire solo dalla clinica e dalla esperienza personale, dato che qui interviene anche il giudizio che singolarmente ognuno ha sull’autore dell’aggiunta. Io personalmente durante la visita non riesco a farle sempre tutte queste valutazioni sulle singole voci repertoriali: la discriminazione con la comparazione la rimando solo verso la fine della visita, quando studio nella materia medica i rimedi usciti dalla repertorizzazione.

Ma a questo punto mi sono reso conto che a volte può essere già troppo tardi. Del resto parlando con colleghi il confronto tra i repertori viene fatto (se fatto...) solo per pochi casi, anche se credo sia importante eseguirlo ancor prima di consultare e comparare le materie mediche tra loro, e ancor prima di analizzare la repertorizzazione secondo le varie opportunità strategiche, sempre nell’ottica dell’utilizzo costante di un procedimento di critica rigoroso, che ci deve accompagnare passo passo in tutto il nostro lavoro.

L’argomento non è certamente esaurito, ma spero la stesso di aver stimolato qualche riflessione. In uno dei prossimi articoli spero di poter approfittare il problema delle “generalizzazioni” dei sintomi.

BIBLIOGRAFIA

Boenninghausen’s characteristics and repertory, di C.M. Boger, B. Jan Publisher

Contro il metodo, di P.K. Feyrerabend, Feltrinelli

Guide To Kent’s Repertory, di A.N. Currim, Hahnemann International Institute for Homeopathic Documentation

Organon, dell’arte del Guarire, di S.F.C. Hahnemann, ed. 6, Edium

Repertorium Homeopathicum Syntheticum, di F. Schroyens, ed. 5, Homeopathic Publisher London

The complete Repertory, di R. Van Zandvoort

The Repertory of the Homoeopathic Materia Medica, di J.T. Kent, B. Jan Publisher

Recensioni

Novità in libreria

Nella pubblicistica omeopatica rivolta al grande pubblico mancava proprio un libro come questo di Valerio Grandi. A guardarci dentro bene, della sua lettura se ne potrebbero giovare non solo i pazienti, ma anche i medici praticanti o non l'omeopatia.

L'esposizione è chiara, la prosa accattivante. Per il sottile humor che lo pervade non sembra neppure scritto da un italiano. Sentite che dice a proposito della febbre: "Quando un bimbo ha la febbre i genitori giustamente si allarmano. Spesso si allarmano troppo. Di solito la soglia dei 38,5° fa scattare l'intervento per abbassare la temperatura. Quasi sempre sono i padri che vanno nel panico, ben supportati, quando sono presenti, dai nonni. Siccome di solito i bambini febbricitanti sono abbattuti o a volte più irritabili, comunque soffrono, i genitori ritengono opportuno fare qualcosa per abbassare la temperatura, anche perché quando la temperatura tende a raggiungere la soglia fatidica si comincia a intravedere lo spauracchio delle convulsioni. Molto spesso i genitori intervengono solo perché sono loro in ansia, o per calmare l'ansia di un congiunto (quasi sempre i nonni). Quindi in molti casi il migliore farmaco per la febbre nei bambini sarebbe un ansiolitico dato ai genitori e ai nonni!".

Altra cosa, assai rara negli scritti di omeopati, ma qui puntigliosamente rispettata, è la citazione delle fonti da dove provengono le affermazioni riportate. Siccome si parla di omeopatia ma anche di detrattori dell'omeopatia, è interessante poter controllare da dove nascono i luoghi comuni più insensati.

Molti pazienti a cui ne era stata consigliata la lettura hanno ringraziato perché finalmente erano riusciti a capirci qualcosa su quello che il proprio medico omeopata aveva fatto o almeno avrebbe voluto fare.

Una cosa, alcuni, non erano riusciti proprio a capirla: che cos'è il vitalismo. Nonostante l'ammirevole sforzo di Valerio Grandi, la forza vitale è proprio dura a essere capita. Ma chissà, Hahnemann stesso l'aveva capita?

Edoardo Di Leginio

Titolo: BAMBINI E OMEOPATIA

Autore: Valerio Grandi

Casa editrice: Xenia Edizioni, 224 pagine

Prezzo: Lire 24.000

Consiglierei all'omeopata onesto che si accinge alla lettura di questo volume di porgere un tacito ringraziamento a tutti coloro che, da duecento anni circa, non emdici, sono stati positivamente contaminati dalla dottrina omeopatica ed hanno contribuito considerevolmente al diffondersi corretto dell'Omeopatia nel mondo. In questo caso l'attenzione va rivolta alla sig.ra Vega Martorino che è riuscita nell'improbabile compito di raccogliere storie, testimonianze, documenti ed anche casi clinici di un folto gruppo di omeopati e di personalità che ruotano intorno al mondo dell'Omeopati. L'attiva ed appassionata sig.ra Vega (Scelto il suggestivo nome, non me ne voglia) è anche la fondatrice e la strenua sostenitrice dell'A.P.O., l'associazione dei pazienti omeopatici, che da anni si batte e dibatte per la diffusione, dal basso verso l'alto, dell'Omeopatia Hahnemanniana in Italia. Elegante, patinato, con molte e curate immagini spesso a colori, il volume si fa apprezzare per la particolare cura della veste grafica, una vera rarità fra le pubblicazioni omeopatiche. Il testo è un collage di interventi di rilievo di personalità di vari e estrazione. Il capitolo più copioso è quello riguardante la storia dell'Omeopatia a Napoli ed è redatto dal Dott. Lodispoto – che sappiamo scomparso – che meglio di tutti ci ha raccontato e documentato lo svilupparsi dell'Omeopatia in Italia. Oltre un opportuno intervento del Prof. Sciandone sulle implicazioni medico legali della pratica omeopatica troviamo delle riflessioni sul rimedio omeopatico (Chianese), sul confronto fra Medicina omeopatica (Catalano), sull'odontoiatria (Galantuomo). Inoltre come l'Omeopatia affronta le allergie (Federico), la cefalea e l'insonnia (Sportello), l'influenza (Melodia), la menopausa (Chianese), le patologie tonsillari (Liotti), nonché una descrizione di qualche medicamento omeopatico. Non manca a completamento una breve biografia di Samuele Hahnemann. Si fa apprezzare un intervento introduttivo, appassionato, della scrittrice scomparsa Maria Teresa di Lascia che dovrebbe, a mio parere, far riflettere su quanto l'Omeopatia possa essere amata dai pazienti che la scelgono – coscientemente – come terapia.

Gustavo Dominaci

Titolo: NAPOLI E LA RINASCITA DELL'OMEOPATIA IN ITALIA

Autore: Vega Palombi Martorino

Casa Editrice: Le stagioni d'Italia, 220 pagine

Prezzo: Lire 25.000

Stampa estera

Hura brasiliensis e la more del figlio

Di Didier Grandgeorge

36s, Rue de Suveret, F-83600 Frejus, France

(traduzione di Riccardo Tomassini)

Hura Brasiliensis è una pianta della famiglia delle Euforbiacee che cresce nelle vicinanze del Rio delle Amazzoni. Il suo frutto globoso presenta da 8 a 20 semi che si separano con forza quando sono maturi e vengono proiettati a vari metri di distanza (Guermompres 1989). Gli indio estraggono dalla pianta un lattice elastico. Benoit Mure la introdusse nel 1847 nelle nostre materie mediche omeopatiche dopo uno studio patogenetico su 4 individui.

Barthelet (1994) in un lavoro presentato nel 1995 nella Scuola hahnemanniana di Fréjus ci presenta queste patogenesi da cui si possono estrarre i seguenti sintomi. Sogni con bambini con la testa tagliata a metà mentre qualcuno la taglia ad altri, sogni con morti, con cimiteri. Mette delle candele sopra le tombe. Affluenza di idee tristi, pensa che per prendere qualche caro. Piange di continuo, immagina di vedere la persona morta davanti ai suoi occhi. Pensa che resterà sola al mondo e si crede perduta. Ma soprattutto ci presenta l'osservazione di una donna che guarì da tutti i sintomi di una artrite reumatoide e cui ha pensato di prescrivere dosi di Hura perché sognava spesso che andava alla tomba di suo figlio per accendere ceri. In effetti aveva perso il figlio da alcuni anni. Sentendo tale osservazione mi chiesi se lo "spirito" del rimedio Hura non fosse il dolore per il figlio.

Qualche tempo dopo una donna mi chiede di aiutare il figlio che sta morendo per un tumore in fase terminale. Si trattava all'inizio di un osteosarcoma con metastasi ai polmoni e in seguito al fegato. Da alcune settimane i medici lo avevano condannato, ma questa madre disperata andava da una parte all'altra per tentare di salvare il figlio che stava in pre-coma epatico, con intenso ittero per compressione delle vie biliari, cachessia, ascite etc. La donna si ostinava, lo curava in casa con ogni genere di medicinali sintomatici e altri mezzi terapeutici: trasfusioni, sieri etc.

Mi dissi allora che questa madre non poteva rassegnarsi all'idea della separazione da suo figlio e che allungava inutilmente la sua agonia e le consigliai una dose di Hura 30CH. In seguito ottenne una incredibile serenità, suo figlio morì alcuni giorni dopo e lei mi chiamò per telefono per ringraziarmi dell'aiuto. In seguito, un uomo cui avevo consigliato con giovamento un anno prima Ars. A. per un'ulcera gastrica, tornò a chiamarmi. Da 4 mesi presentava sintomi di artrite reumatoide: deformazione, tumefazione e nodosità artritiche nelle dita, che lo invalidavano in qualunque lavoro, VES 120 e test reumatici – Latex test, Waaler-Rose, anticorpo

antinucleo – positivi. Prese senza esito diversi antiinfiammatori senza notare, malgrado tutto, nessun sintomo gastrico. Tornò anche a prendere senza risultato Arsenicum, rimedio che gli aveva alleviato tutti i suoi disturbi. Gli avevo prescritto questo rimedio per il suo carattere meticoloso, per l'incanutimento precoce dei capelli e per il fatto che era stato segnato per la morte del suo primo figlio a causa di una leucemia. Ricordandomi di questo fatto gli consigliai delle dosi di Hura 15 – 18 – 24 - 30 CH ogni 15 giorni. In 2 mesi tutte le nodosità artritiche e i sintomi classici scomparvero e gli esami di laboratorio si negativizzarono in 6 mesi...

Un padre mi portò in visita la figlia di 7 anni per artrite reumatoide. A partire dai sintomi repertorizzati le detti Sulfur, che permise praticamente di normalizzare la VES in 6 mesi. Disgraziatamente il giorno del suo compleanno, a 8 anni, presenta una ricaduta brusca con versamento pericardio, ricovero e ripresa degli antiinfiammatori alle dosi massime. Questa situazione di grave malattia, di angoscia della morte il giorno del suo compleanno, come ci insegna Anne Ancelin Schutzenberger (1993), mi fa tornare all'anamnesi: si erano avute morti infantili in famiglia? Il padre è quello che porta abitualmente la bimba in visita, il che è poco frequente poiché in genere sono le madri che portano i loro figli. Mi racconta che questa è la seconda figlia e che il maggior morì quando era piccolo. Confessa che da sempre si sente molto ansioso rispetto alla figlia, che è la maggiore... e per questo potrebbe morire!

Somministro a entrambi dosi progressive di Hura e dopo un anno va tutto bene. Per quanto sia troppo presto per dire che la bambina sia definitivamente curata, tuttavia non ha mai avuto una remissione tanto lunga, neanche con gli antiinfiammatori più potenti. Hura è poco rappresentata nella biografia omeopatica. Clarke (1978) ci parla di alcuni quadri di lebbra, di sintomi di compressione midollare, di eruzioni in corrispondenza delle superfici ossee, di dolori reumatici lancinanti e pulsanti che provocano intorpidimento degli arti con dolori come di lussazione nelle articolazioni. Dolori come se ci fosse una scheggia sotto l'unghia del pollice. Guermompres (1984) parla di proctoretite violenta con tenesmo doloroso, di pustole, di flittene, di zona cutanea anestetizzata come nella lebbra. Loutan (1995) nel suo Repertorio di Materia Medica Dinamica riassumendo i lavori dei gruppi di studio formati seguendo la dottrina di Masi, parla di disposizione ad amare tutto il mondo (effetto curativo). Non c'è distanza tra il defunto e la malata che lo vede e lo ascolta di continuo. Nel Repertorio del Kent (estrazione repertorio Staphise) troviamo circa 500 sintomi di Hura Brasiliensis, la maggior parte al 1° grado.

Sintomi mentali

Sensazione di abbandono di isolamento (1, 8 r.)

Ansietà per la salvezza dell'anima (1°. 26 r.)

Dispera di guarire (1, 29 r.)

Paura che accada una disgrazia (1°, 64 r.)

In specie al pomeriggio (Cast. Hura)

Piange anche quanto canta (1 r.)

Si morde le mani (Hura, Op.)

Vuole distruggere, rompere gli oggetti (1°, 29 r.)

Errori rispetto ai luoghi e al tempo

Illusioni: ha perso l'affetto degli amici (Aur., Hura), pensa di essere sul punto di perdere un amico (Hura 1r.), è rifiutato dalla sua famiglia, è solo al mondo.

Sintomi fisici

Vertigini con sensazione di scivolare in aria come se i piedi non toccassero in terra camminando.

Testa: pulsazione nelle arterie frontali. Dolore trapassante e bruciante ai lati, che si estende all'occhio, l'orecchio, il mascellare inferiore (1 r.). Sensazione come se qualcosa giri nella sua testa.

Occhi: cecità, lampi camminando (1 r.) dolore contusivo, come di corpo estraneo.

Orecchie: rumori come un fischiellino alle 9 di mattina (1r.). Dolore che si estende all'occhio sinistro (1 r.)

Dolore pulsante dietro l'orecchio. Tumefazione sotto l'orecchio (1°, 10 r.)

Naso: epistassi stando esteso (Hura, Puls.)

Faccia congestionata al mattino al risveglio (Spig., Agar., Hura). Rossa durante la febbre (28 r.) Pallida al pomeriggio (Hura, Mag.C., Nat.M.). Rossa al risveglio (Cina, Hura). Tumefazione mascellare (FI.Ac, Gran., Hura, Phos.).

Sudorazione la notte (Hura, Psor., Puls., Sars., Spong).

Bocca: Grani sui bordi della lingua (1°, 7 r.)

Gusto di sangue durante il coito (Hura 1 r.) Si morde le unghie (1°, 22r.)

Gola: dolore strappante inspirando (1 r.)

Collo: Linfonodi cervicali dolorosi (1° 56 r.)

Pulsazioni carotidee (1°, 9 r.). Rigidità nella parte sinistra (1°, 10 r.). Torcicollo (1°, 25 r.)

Stomaco: doloroso con fame (Petr., Psor., Hura). Pesantezza dopo essere stato in piedi a lungo (Hura 1r.).

Addome: dolore ileo-ciecale pungente camminando (1°, 1 r.). Pulsazioni costali (Chin., Graph., Hura, Kali. C., Nat. S.).

Retteo: diarrea < al movimento (1°, 29r.)

Organi genitali femminili: dolore trapassante in vagina (Berb., Hura).

Organi genitali maschili: pesantezza (1°, 14 r.)

Laringe: dolori ai movimenti della testa (Hura 1 r.)

Respirazione: dispnea a mezzogiorno (Gels., Hura). Sospiri al mattino alle 9,30 (Hura). Espettorizzazione sanguinolenta dopo aver parlato (Hura 1 r.)

Torace: sensazione di una bolla sotto la mammella sinistra (1 r.). Calore alle 14 (1° 1 r.). Crampo ascellare (Com., Hura, Iod.). Dolore alle 15 (Hura, Nat. M., Olan.). Dolore sotto alla mammella destra (Hura, Merc., Phos.).

Oppressione alle 21 (1 r.).

Schiena: Bruciore lombare dopo uno spostamento in auto. Dolore dorsale sedendosi (Hura, Lach.). Dolore lombare sporgendosi in avanti (Hura, Lac. C.). Tumefazione della regione cervicale (1°, 10 r.). Debolezza lombare al mattino (1 r.). Debolezza lombare durante la febbre (1 r.).

Estremità:

Bruciore nelle unghie (1 r.), nella punta delle dita (5 r.), bruciore nei piedi al pomeriggio (Gels., Hura).

Crampi nel polso destro (Hura, Staph.). Crampi nell'anulare (Sulf., Hura, Sep.).

Scricchiolii articolare nel ginocchio salendo una scala (Hura 1r, 1°).

Dolore nel gomito che si estende alle dita (Hura 1r.). Dolori multipli in tutte le articolazioni. Dolori alle natiche come fosse morso da un cane (1°, 1 r.).

Eruzioni di foruncoli, di vescicole nelle articolazioni (1°, 13 r.). Mani fredde con dolori nel sacro (Hura 1°, 1 r.). Prurito nelle estremità e pulsazione.

Sudorazione dei piedi la notte alle 3 (1 r.).

Sonno: sogni di delitti, con assassinati, con acqua gialla. Sogni di bambini (5 r.), di decessi, di morti, di funerali, mi mettere ceri sulle tombe (1 r.).

Brividi alle 6.

Febbre alle 13 (5 r.). Già abbiamo visto la faccia rossa e il bruciore nelle mani. Sudore freddo la notte (Anac., Hura).

Generalità: accessi di calore, svenimento, debolezza dopo diarrea, dopo dolori (1°, 8 r.). Sensazione di freddo interno (Calc., Hura, Laur. + 8 r., 1°). Obesità (2°, 87 r.). Tremore dopo un rumore (1°, 7r.), dopo uno spavento molto forte (1°, 17r.).

Sintesi

Torniamo alla nostra pianta brasiliana con la sua linfa elastica e i suoi frutti che si separano proiettandosi con forza lontano e cerchiamo di comprendere il simbolismo di infermità apparentemente tanto disparate come la lebbra e l'artrite reumatoide. Integriamo in questa analisi la nozione di dolore per un figlio. Possiamo cercare di spiegare così che la problematica di Hura è legata a quella della separazione dai figli. Questa presuppone accettare la fine dell'unione fusionale che l'adulto avrà realizzato con essi, specie se si tratta della madre che lo ha portato nel ventre e che può essere caduta nella trappola che gli psicanalisti chiamano relazione duale madre-figlio. Però ciò dura solo un periodo e si tratta, d'altra parte, di un amore egoista, duale, che non

consente che il bambino si diriga verso gli altri. Così poi l'adulto Hura ama con un amore elastico che attrae tanto più forte quanto più uno cerca di allontanarsi.

Se l'elastico si rompe, si produce allora la separazione con una proiezione brutale a distanza! Hura desidera rompere le cose, cioè dire simbolicamente rompere i vincoli che lo uniscono alla persona amata. Questo è ciò che accade con la morte, soluzione di uscita per alcuni bambini che non trovano altro modo di rompere il cordone ombelicale, lasciando i genitori soli e inconsolabili. Altri hanno trovato la soluzione della lebbra, malattia che li esclude dal gruppo e gli permette forse di andare a fare la loro vita lontano. In ogni caso la pelle diviene insensibile ed è la relazione con la pelle ciò che conta nella unione fusionale madre-figlio nella fase orale. Gli psicanalisti parlano anche di rottura del giogo familiare.

Infine nella artrite reumatoide, con il suo Latex-test positivo, è la sofferenza a livello delle articolazioni degli arti ciò che simbolizza la sofferenza delle relazioni tra i membri della famiglia, stratonando il soggetto tra il suo desiderio di fusione e il suo impulso di autonomia. "Abbandonerai tuo padre e tua madre". Hura sta lì per rispondere a questo comandamento biblico e permette a chiunque di lasciare la propria famiglia per fondarne una nuova, per aiutarci a prendere coscienza del dolore per il figlio che si incammina verso la felicità e l'autonomia e che torneremo a incontrare un giorno, certamente, però in una relazione di amore diverso. Se si accetta di perdere, lasciare la presa, alla fine si guadagnerà.

Due secoli dopo Hahnemann, geniale scopritore dell'omeopatia, questa disciplina aggiunge ancora giornalmente nuovi trionfi per curare l'umanità sofferente. Essa soffre del male d'amore o meglio di un conflitto tra l'amore iniziale, fusionale, infinito, egoista e le aspirazioni verso una more finale uguale all'infinito però altruista, radiale, con una disposizione ad amare tutto il mondo. Questo conflitto riveste aspetti tanto numerosi quanto i nostri rimedi omeopatici. Grande è l'arte di comprenderli e utilizzarli al massimo con successo!

Bibliografia

Barthelet P. (1994) Grassè. Hura Brasiliensis. Lavoro presentato alla Scuola Hahnemanniana di Fréjus. Novembre.

Clarke J.H. (1978) A dictionary of practical materia medica. Vol. 1 Jain Publ., Nuova Deli

Guermompres M., Pinkas M., Torck M. (1989) Madiere médicale homéopathique. Ed. Boiron, Lione.

Loutan G. (1995) Répertoire de madiere médicale dynamique, 6° ed. dell'A. (5 route de Florissant), Ginevra..

Schutzenberger A. (1993) Aie mes aieux. Epi – La Méridienne.

Ricerca

Farmacoterapia e metodo omeopatico

Di Carmelo Musco

LUSOC – Associazione per la Libera Università degli Studi Omeopatici, Catania

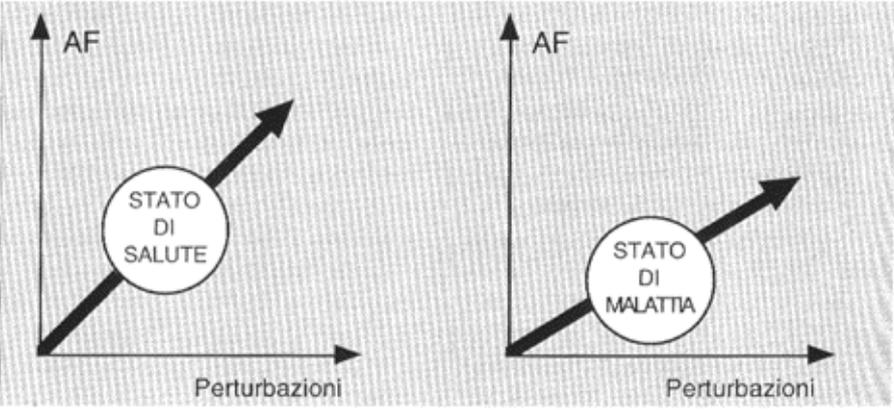
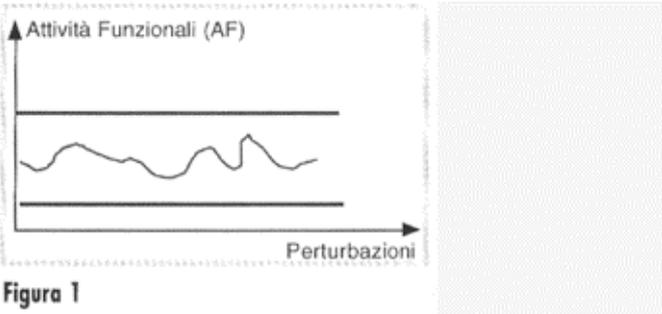
Un'interpretazione in chiave clinica del comportamento dell'organismo durante la patologia e del peculiare approccio della metodologia omeopatica.

Riassunto

La terapia omeopatica non si presenta immediatamente comprensibile e va contro il senso comune in quanto si caratterizza per il somministrare al paziente sostanze che provocano nei soggetti sani una condizione simile alla sua. Essa raggiunge il suo scopo (che, a secondo dei casi, consiste nella guarigione o nel semplice miglioramento sintomatologico) in modo indiretto, ossia attraverso una reazione dell'organismo di tipo omeostatico. In ciò si differenzia in modo netto dalla terapia medica convenzionale che tende alla guarigione o al miglioramento sintomatologico attraverso modalità dirette. A quest'ultima modalità, tuttavia, segue una reazione omeostatica che tenderà ad annullarne gli effetti, dando luogo ad effetti “rimbalzo” e a farmacoresistenze.

Al di là dell'inquadramento nosologico delle malattie – frutto di una astrazione mentale responsabile, parecchie volte, della creazione di un divario eccessivo tra la realtà clinica della sofferenza del malato e le conoscenze scientifiche che il medico acquisisce – è possibile considerare la “malattia” sotto un'ottica diversa: possiamo, cioè, vedere la malattia da un punto di vista eminentemente omeopatico e ciò facendo resteremo ancora nell'ambito delle conoscenze della Medicina Convenzionale. Per Omeostasi si intende la capacità che gli organismi viventi possiedono di mantenersi in vita, entro certi limiti, nonostante le continue variazioni dell'ambiente in cui vivono. Quando si dice “mantenersi in vita” sottointendiamo le miriadi di funzioni che un organismo vivente riesce ad espletare e dalla cui persistenza dipende il mantenimento stesso della vita. Da tempo, ormai, le ragioni omeostatiche si sono arricchite di numero ed il tempo sarà testimone di un incremento senza fine man mano che le conoscenze scientifiche progrediranno. Alle classiche omeostasi pressoria, osmotica, idrica, glicemica, gassosa, idrogenionica, calcemica, termica, lipemia, etc., bisogna aggiungere quella osmotica intracellulare, quella ormonale riferita a tutti gli ormoni conosciuti, quella del numero delle cellule ematiche nelle loro varianti, quella della riproduzione e della differenziazione delle

cellule di ogni singolo tessuto, quella della produzione di molecole a contenuto energetico e perfino del flusso elettronico



Nella fosforilazione ossidativa mitocondriale, ed ancora la omeostasi della costanza nella lettura del patrimonio genetico e della sua continua revisione e riparazione, come anche la omeostasi emotiva, In una parola, ogni più recondito aspetto della attività vitale di un organismo non è possibile immaginarlo privo di un controllo omeostatico: la vita sarebbe impensabile senza omeostasi. E, visto che gli organismi viventi sono dei sistemi aperti, risulta evidente la tendenza perturbatrice del mondo esterno alla quale questo controllo omeostatico si oppone (Fig. 1).

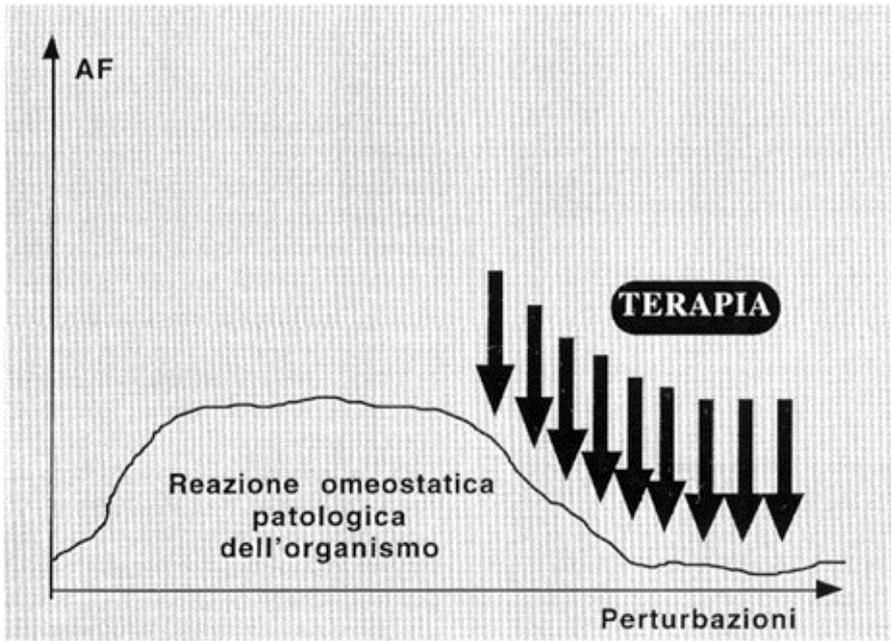


Figura 3

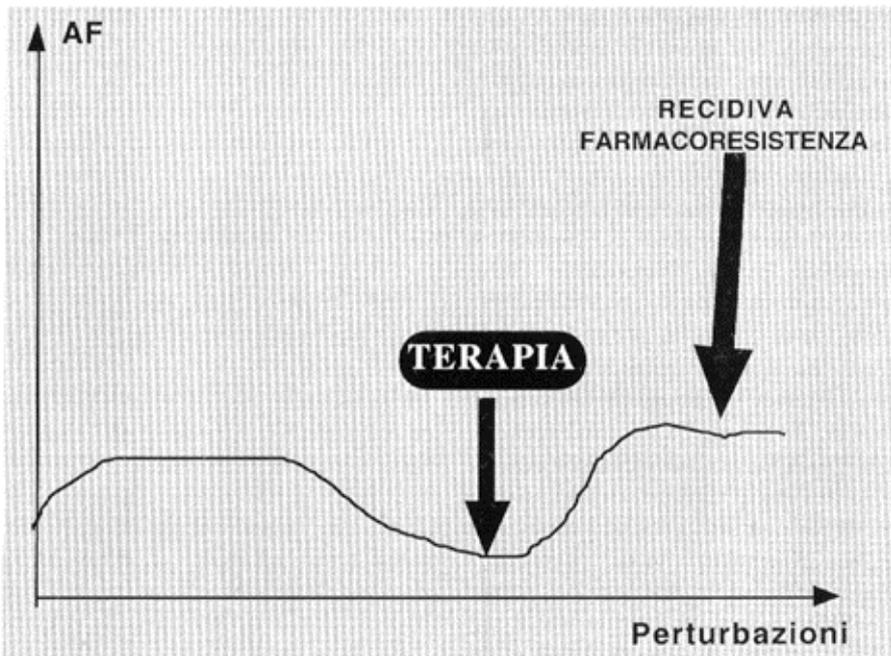


Figura 3

Da questo punto di vista la “malattia” è il risultato di determinate attività funzionali e può essere considerata come uno “stato di malattia” che contrapponiamo allo “stato di salute” per il suo risvolto di sofferenza e/o morte prematura. Lo “stato di malattia” non è estraneo alle funzioni vitali, anzi ne è l’espressione anche se si tratta di espressioni funzionali alterate. Come tale, lo “stato di malattia” non si sottrae al rigore del controllo omeostatico che pure contraddistingue lo “stato di salute”. Possiamo considerare lo “stato di malattia” come un espletamento anomalo alle funzioni vitali con tutte le caratteristiche e peculiarità che contraddistinguono un essere vivente in salute.

In tal modo lo “stato di malattia” è già un “risultato” delle capacità adattative dell’organismo all’ambiente esterno alla stregua dello “stato di salute” (fig. 2). Il considerare la “malattia” in rapporto ai meccanismi di omeostasi ci permette di considerare anche la “Farmacoterapia” in rapporto alla omeostasi. La Farmacoterapia può essere considerata come un evento aggiuntivo nei confronti dell’equilibrio che si è raggiunto nello stato di malattia. Tale evento, intervenendo in ciò che è già stata una reazione omeostatica adattativi dell’organismo, ossia lo stato di malattia, sarà sottoposto a controllo omeostatico: l’organismo, cioè, cercherà di mantenere la sua condizione di “equilibrio patologico” tendendo a contrastare l’azione farmacologia.

Facciamo un esempio. Consideriamo una malattia psichiatrica come la schizofrenia: la ricerca scientifica ha permesso di individuare dei farmaci che sono in grado di migliorarne la sintomatologia. Da un punto di vista omeostatico la schizofrenia, comunque, è un fatto reattivo di adattamento e, come tale, è una risposta dell’organismo.

Ora, se consideriamo il caso di una schizofrenia cronica, ossia stabile nel tempo con tendenza a non presentare remissioni spontanee, possiamo renderci facilmente conto del fatto che la farmacoterapia si inserisce esattamente al livello della reazione dell’organismo tendendo ad ostacolarla (Fig. 3):

Tuttavia, alle azioni indotte dal farmaco, utili nel controllare la sintomatologia, farà seguito una reazione omeostatica dell’organismo che tenderà ad annullare e a riportare il sistema nelle stesse condizioni iniziali (Fig. 4).

La tendenza omeostatica dell’organismo a ripristinare le condizioni iniziali rappresenta, rispetto alla farmacoterapia, una “recidiva” della malattia ed implica una somministrazione cronica del farmaco per sopprimere la reazione omeostatica. Può anche accadere che pure in presenza di somministrazione cronica del farmaco l’organismo riesca ad annullarne gli effetti, rappresentando questa evenienza una “farmacoresistenza”. Da qui l’interesse della ricerca scientifica per molecole che si dimostrino più idonee ad affrontare “recidive” e “farmacoresistenza” e che in ultima analisi altro non sono che molecole in grado di vincere la reazione omeostatica dell’organismo. Fin qui la situazione della Farmacoterapia della Medicina Convenzionale.

INSERIRE FOTO

Nell’ambito della Medicina Omeopatica la strategia nei confronti dei soggetti ammalati si dimostra radicalmente diversa. Per evenienze fortuite il fondatore della Medicina omeopatica, S. Hahnemann, pur non formulando il concetto di Omeostasi così come lo conosciamo, ne intuì la presenza e mise in chiara evidenza la tendenza dell’organismo a reagire esattamente nel modo opposto a quello per il quale lo si induceva ad agire con l’azione primaria dei farmaci. Siamo agli inizi dell’800 ma già mise in evidenza, ad esempio, il fatto che dopo una somministrazione protratta di caffè il soggetto, dopo una fase iniziale di eccitazione dovuta alla

sua azione primaria, presentava sonnolenza; o dopo una fase di ipoestesia causata dall'azione primaria dell'oppio, seguiva una fase di iperestesia. In sintesi, mise in chiara luce, un secolo prima che il concetto dell'omeostasi venisse scoperto e diventasse un'acquisizione del bagaglio di conoscenze della medicina convenzionale, il fatto che così come l'organismo sano tende a mantenere costante le sue funzioni a fronte delle variazioni dell'ambiente esterno, allo stesso modo, una volta instauratasi una malattia, fatto reattivo dell'omeostasi dell'organismo, qualunque medicazione farmacologica, dopo una fase iniziale, produce nell'organismo una reazione opposta secondaria (fig. 5)

FARMACO
SOSTANZA ATTIVA

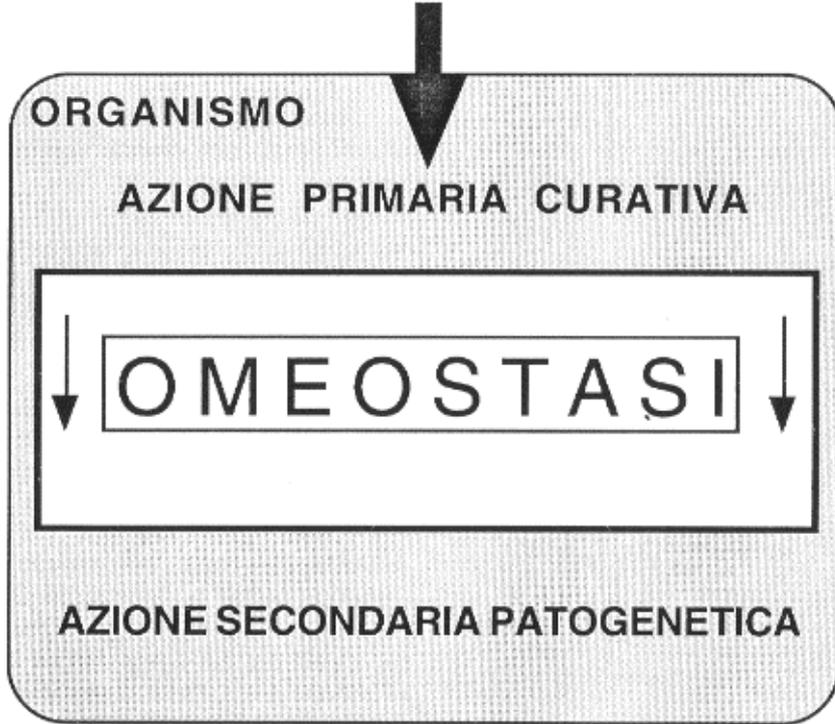


Figura 5

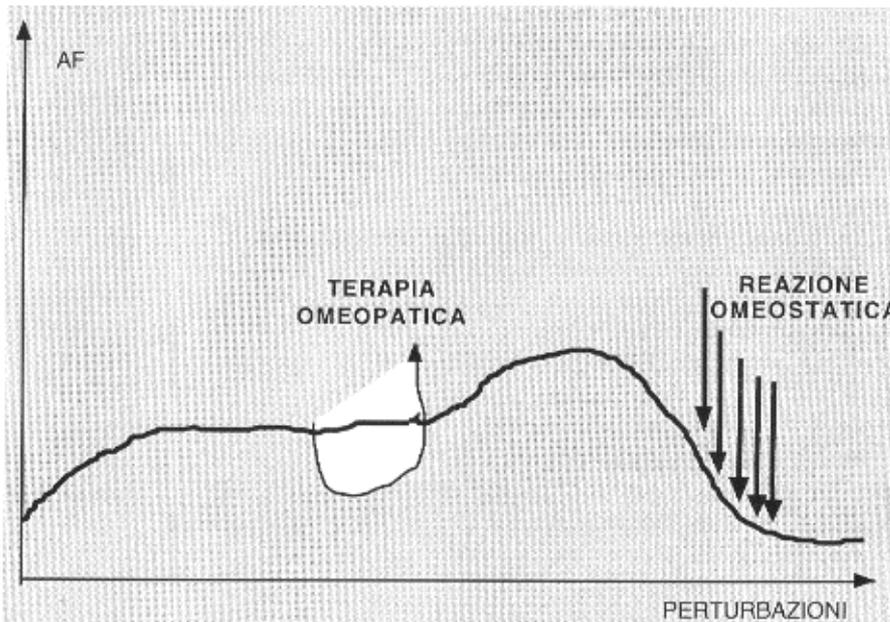


Figura 6

In base a tale peculiarità reattiva degli organismi viventi, possiamo utilizzare in un paziente che presenta una certa sintomatologia una sostanza che si è dimostrata capace di provocare in un soggetto sano una sintomatologia simile (terapia omeopatica) (fig. 6).

Per la reazione omeostatica l'organismo metterà in atto una serie di modificazioni funzionali che tenderanno a neutralizzare la "malattia da medicamento" insieme a quella naturale essendo tra loro simili.

Possiamo dire, concludendo, che la terapia omeopatica contrasta lo “stato di malattia” in modo indiretto, ossia inducendo secondariamente, attraverso una reazione omeostatica, una serie di attività funzionali che tendono ad eliminare le attività funzionali patologiche, mentre la terapia medica convenzionale contrasta lo “stato di malattia” in modo diretto tendendo ad indurre primariamente delle attività funzionali contrarie alle attività funzionali patologiche. In quest’ultimo caso, alle attività funzionali indotte primariamente segue una risposta secondaria che tende ad aggravare la malattia o, quanto meno, che tende a vanificare la farmacoterapia convenzionale, cosa che induce ad una somministrazione cronica del farmaco ed ad un uso di dosi sempre più massicce o al ricorso di molecole sempre più potenti, tutto a scapito della microecologia del soggetto ammalato.

La terapia omeopatica, invece, ottiene dei risultati più “naturali” e duraturi in quanto essi sono già il risultato di una reazione omeostatica dell’organismo. Tutto questo mi riporta alla mente quanto affermò Francesco Bacone: “Per comandare la natura dobbiamo obbedire alle sue leggi”.

Stampa estera

Mancinella in pediatria

Di Vassilis Ghegas

(traduzione di Maurizio Paoletta)

Mancinella sembra essere un rimedio fortemente legato alle abitudini della nostra società. Ecco uno studio sulla sua utilizzazione in pediatria.

Spesso oggi i genitori permettono ai figli di vedere film horror tipo “L’esorcista”, e così bambini predisposti possono sviluppare una patologia tipo Mancinella, dopo la visione di film del genere. Si tratta spesso di bambini piuttosto deboli di volontà e carattere. Si direbbe più indicata per le femmine che per i maschi.

Come scoprire Mancinella

Strane idee fisse – Per esempio mentre il bambino legge ha la sensazione di vedere con la coda dell’occhio una macchia nera o un’ombra sul muro. Comincia a sentirsi male all’improvviso, non ha più il coraggio di rimettersi a legger, dopo un po’ controllerà il muro per vedere se l’ombra sarà ancora lì, ecc. Cominceranno così a pensare che in loro c’è qualcosa che non va, che potrebbero impazzire (K45; fear, insanity of; K 28: delusion, insane, that she will become). Questo li renderà molto ansiosi, e li farà piangere spesso. La paura potrà arrivare a essere così intensa che i genitori dovranno ricorrere a una aiuto psichiatrico. Mancinella è un rimedio per la paura della pazzia nei bambini.

Lotte interiore del bambino con la paura – Vi è una lotta all’interno del bambino con la sua paura di impazzire, che assorbirà gran parte della sua energia. Tenterà di metterla da parte con tutte le sue forze, ma invano. D.d. ANAC. : Anche qui osserveremo lo stesso conflitto interno tra i due “io”, a causa della scissione di personalità.

Paura di uccidere i propri figli (negli adulti) – negli adulti osserveremo una notevole paura di uccidere i propri figli, perché sono persone che si sentono come pazze. Ma si tratta solo di paura, senza un vero impulso omicida. D.d. THEA e NUX-V.: Hanno lo stesso impulso a uccidere i figli. D.d. SULPH.: Possono anch’essi aver paura di uccidere i loro bambini.

Paura dei demoni, dell'inferno – Questa paura dei diavoli e dell'inferno, che è popolato da diavoli, può essere molto forte (K44: fear, devil, being taken by the, of). Queste paure generalmente affiorano la sera a letto. In aggiunta possiamo anche avere paura del buio, paura degli spettri o dei fantasmi (K45: fear, ghosts, of), paura degli scarafaggi (che hanno le due antenne come le corna dei diavoli), e paura degli alieni e degli extraterrestri. La paura dei diavoli può sorgere dopo aver visto un film particolare, tipo “L'esorcista”. Ma può avvenire anche in quelle famiglie ultrafanatiche da punto di vista religioso, che spaventano i bambini con minacce di punizioni divine o di “finirai all'inferno!”. Questa paura può anche iniziare con la scuola, quando imparano la storia del paradiso e dell'inferno. Alcuni bambini Mancinella saranno molto attratti da libri o film di argomento diabolico, per poi successivamente diventare molto paurosi del buio e avere incubi notturni. Si svegliano talvolta la notte, piangendo, e danno l'impressione di combattere contro l'oscurità. I bambini Mancinella talvolta non osano neppure pronunciare la parola “diavolo”, perciò per il medico può essere difficile scoprire che questo è il vero problema. Talvolta iniziano a pregare. Per proteggersi dal diavolo, possono cominciare a pregare. E' un modo di pregare molto sentimentale e malsano. Sperano che Dio li possa aiutare e con la preghiera si assicurano di non finire all'inferno. Per cui la loro religiosità serve solo come mezzo per sfuggire alle forze diaboliche. D.d. VERAT.: Sono quelli che pregano agli angoli delle strade, con una croce in mano, ad alta voce d.d. AURUM: pregano in modo più intellettuale, spirituale. AUR. Ha un forte legame con la dimensione dello spirito, del superiore, e nella preghiera non saranno mai così sentimentali.

Posseduti dal diavolo – Mancinella potrebbe avere la sensazione di essere posseduta da diavoli, o che il diavolo verrà a prenderla. (K. 23: delusion, devils, that he will be taken by the devil). I bambini e ancor di più gli adolescenti non parleranno con facilità di questo problema. Questo renderà difficile la cooperazione, di cui come omeopati abbiamo sempre bisogno. I genitori a questo punto non capiranno più cosa sta succedendo ai figli, e questi si guarderanno bene da far loro confidenze, spaventati come uno dal fatto di poter essere raggiunti dal diavolo e puniti. D.d. HYOS.: Hanno la sensazione di essere il diavolo o un demone essi stessi. D.d. ANAC.: Hanno una scissione della personalità. Dico di vedere un angelo su una spalla, e un diavolo sull'altra d.d. PHOS.: Nella loro immaginazione possono pensare di vedere un diavolo o un fantasma nell'ombra di un muro. D.d. PLAT.: Possono presentare un'illusione: pensare cioè che chiunque li circonda siano diavoli. Talvolta il rimedio fa anche sogni di diavoli.

Tratto da Volume C dei Seminari del Dr. Vassilis Ghegas, trascrizione su carta del Dr. Gons Vanden Berghe. (pagg. 51 e segg.)

Area omeopatica

Di Gino Santini

Istituto di Studi di Medicina Omeopatica, Roma – gsantini@mix.it

Anno nuovo, Rivista nuova!

Cari Amici, “informatici”, eccoci qui il con il nuovo anno è con una rivista rinnovata.

E' stato compiuto un grosso sforzo dalla Redazione del giornale per dargli una veste grafica nuova e una nuova organizzazione. Le persone che ormai lavorano stabilmente alla sua realizzazione sono una decina. I risultati li avete sotto i vostri occhi. Diciamo che siamo diventati più professionali. La riorganizzazione dei contenuti ha portato a stabilire con maggiore razionalità lo spazio assegnato alle varie rubriche in modo da evitare eccessi e difetti che potevano essere percepiti sui numeri pubblicati.

La rubrica di informatica ne ha fatto un po' le spese, ma era giusto che fosse così. Se in qualche numero ci eravamo allargati un po', la colpa, se così si può dire, era dell'interesse mostrato da tutti verso gli argomenti che trattavamo e gli argomenti stessi erano tanti come tanti erano i programmi che seguivamo. Meno spazio a disposizione per noi significa solo maggior chiarezza e semplicità nell'esposizione e scelta più accurata degli argomenti. Se volete potete sempre darci dei suggerimenti: noi stiamo qui a disposizione. Ma se per caso vi sentiste deprivati di qualcosa, non preoccupatevi, anzi state... sintonizzati che ne vedrete delle belle!

Con il Comitato per l'informatica della FIAMO stiamo sempre lavorando per il meglio e per il più dell'Omeopatia italiana.

Edoardo Di Leginio

In un'epoca in cui il verbo “navigare” viene coniugato solo pensando ad Internet, può sembrare anacronistico dedicare tempo e sforzi ad una BBS, un Bulletin Board System locale, quando abbiamo a disposizione uno spazio praticamente illimitato sulla rete delle reti. Ma le cose non stanno proprio così...

Un universo complementare

Sgombriamo subito il campo da un equivoco di fondo: le BBS sono complementari a Internet esattamente come l'omeopatia lo è alla medicina convenzionale. E proprio come avviene in campo medico, anche smantellando

tra modem e computer è bene conoscere tutte le potenzialità dei mezzi a disposizione per utilizzare in ogni momento quello più adatto.

Un esempio concreto di tutto questo lo avete proprio sotto gli occhi. Questo numero della rivista è stato in gran parte pensato, studiato, elaborato e coordinato sulla BBS che la FIAMO Lazio ha caparbiamente voluto e coltivato: certo, si può obiettare, tutto questo si poteva anche effettuare utilizzando Internet. Sarebbe stata la stessa cosa? Proviamo a rispondere a questa domanda paragonando ciò che si può compere su una BBS e su Internet.

Primo collegamento – Nonostante i provider (coloro che vendono gli accessi Internet agli utenti) si siano sforzati di semplificarlo al massimo, questo resta ancora un punto piuttosto dolente per chi non ha raggiunto una certa padronanza telematica. Il primo collegamento ad una BBS è, al contrario, abbastanza facile.

Costi di collegamento – Ogni volta che si naviga su Internet si paga esattamente il costo di una telefonata urbana a patto di avere il provider all'interno del proprio distretto telefonico. Questo fatto penalizza una BBS che si potrebbe trovare al di fuori del proprio distretto telefonico (ossia avere un prefisso diverso dal nostro). Il poter raggiungere la BBS tramite Internet e l'utilizzo di appositi programmi che "ottimizzano" al massimo il collegamento permettono, però, di ridurre in modo consistente questo svantaggio.

Qualità della connessione – l'affollamento degli utenti sulla rete rappresenta spesso un ostacolo che costringe l'utente a velocità ridicole, pur disponendo di mezzi di prima categoria. Con una BBS non solo non è necessario effettuare collegamenti ad orari improponibili, ma è sempre possibile sfruttare a fondo tutta la velocità che il nostro sistema è in grado di "spremere", riducendo al minimo i pericoli di caduta linea. Questo significa anche che i file sono sempre trasferiti alla massima velocità ed è interrotto a metà (cosa fondamentale con file di grosse dimensioni).

Ma allora è tutto rose e fiori con una BBS? No di certo. Fermo restando, ad esempio, che un gruppo di discussione su di una BBS (come la nostra area FIAMO) è destinata ad evolvere naturalmente su Internet proprio per garantirsi una maggiore visibilità, quanto è reperibile sulla rete in termini di software o di risorse non potrà essere fornito da nessuna BBS al mondo.

L'accesso ad un sito Internet, è, inoltre più facile da "navigare" per chiunque, mentre una BBS è costretta da precisi vincoli legislativi a registrare i propri utenti. In conclusione, come sempre, la verità è nel mezzo: è consigliabile sapere utilizzare entrambi questi potentissimi mezzi, con tutti i loro pregi e difetti, secondo le nostre possibilità e sulla base di quello che sono le nostre esigenze di lavoro o (perché no?) di svago.

Internet? Sì, grazie!

Di Gino Santini

Istituto di Studi di Medicina Omeopatica, Roma – gsantini@mix.it

E' fatta! Siamo su Internet e cominciamo a navigare da un punto all'altro. Passata l'euforia iniziale, però, la bolletta telefonica ci riporta con i piedi sulla terra. Ci rendiamo conto (a nostre spese, è il caso di dirlo) che, senza dei punti di riferimento, non si va molto lontano e si rischia di girare a vuoto, perdendo ore ed ore ad esplorare milioni di chilometri di cavi...

I motori di ricerca

Su Internet è indubbiamente possibile trovare talmente tante informazioni che è diventato importante sapere dove andare a cercarle e, se non si è possesso dell'indirizzo giusto, la ricerca può diventare veramente ardua. Quando si parla di indirizzo, su Internet, ci si riferisce all'URL (acronimo per Uniform Resource Locator), quell'insieme di lettere, punti e barrette oblique che identifica in maniera univoca il sito sulla rete. Se lo si conosce, basta digitarlo nell'apposito spazio (generalmente posto in alto) nel nostro programma di navigazione e si arriva dritti alla meta.

Ma quando l'indirizzo è ignoto, o perché non lo conosciamo oppure perché non si conosce neanche l'esistenza di un sito che parla di quello che in quel momento ci interessa come si può fare? In questi ultimi anni diverse case editrici si sono sbizzarrite presentando dei grossi volumi denominati yellow pages, le pagine gialle di Internet, dove sono raccolti per argomenti una grossa quantità di riferimenti. Anche se questi volumoni sono attualmente disponibili su CD-ROM (il che rende senza dubbio la consultazione più agevole, permettendo la ricerca e il copia & incolla dell'indirizzo cercato), presentano però delle limitazioni importanti: l'impossibilità di effettuare aggiornamenti, la non sempre perfetta corrispondenza tra l'indirizzo riportato e quello reale del sito cercato e, soprattutto, l'impossibilità di riportare realmente tutto ciò che esiste su Internet (una stima benevola calcola che ogni due secondi un sito da qualche parte nel mondo viene aggiunto, cancellato oppure modificato).

Questa esigenza ha indotto la generazione di siti specializzati in questo instancabile lavoro di ricerca, organizzazione e aggiornamento continuo di tutto quello che si trova in quel momento su Internet. I motori di ricerca, infatti, sono dei particolari siti che consentono di effettuare ricerche basandosi sugli argomenti indicati dall'utente. Questi sofisticati database sono, per l'appunto, dei grossi archivi che setacciano in continuazione la rete in lungo e in largo, memorizzando quanto viene trovato in potentissimi computer predisposti per questo

scopo. E, come in tutti i database, è possibile effettuare in modo piuttosto semplice ricerche più o meno sofisticate, con tutti i vantaggi ed i limiti che questo comporta.

In concreto, se inseriamo una ricerca molto generica otterremo un elevatissimo numero di siti in cui compare l'argomento richiesto, rendendo di fatto inutile la ricerca. Al contrario, se inseriamo un argomento troppo... dettagliato (lavorando con particolari operatori logici che permettono di eseguire ricerca molto specifiche), rischieremo di ottenere un risultato nullo. Nella maggior parte dei casi conviene procedere per tentativi, specificando diversi argomenti prima di riuscire a trovare ciò che realmente ci interessa.

Motori per tutti i gusti

Uno dei motori di ricerca più conosciuto è senz'altro Yahoo (www.yahoo.com), creato quasi per scherzo da alcuni ragazzi americani e utilizzato da milioni di utenti, attualmente sembra però essere superato da altri concorrenti più potenti e agguerriti sia come velocità di ricerca, sia in termini di materiale accumulato.

Alta Vista (www.altavista.com), progettato e gestito dalla Digital, riceve giornalmente più di due milioni di visitatori al giorno che vanno ad effettuare ricerche su oltre 30 milioni di pagine completamente indicizzate. E, in effetti, si riesce quasi sempre a trovare quello che ci serve su Alta Vista, soprattutto se si devono cercare più argomenti in qualche modo correlati. Un limite di Alta Vista, però, è rappresentato dalla mancanza di un ranking, ovvero di un'indicazione di quanto percentualmente sia rilevante il contenuto dei siti indicati in base alla nostra richiesta. Molto più comodi da questo punto di vista risultano essere Lycos (www.lycos.com), Hot_Bot (www.hotbot.com) e il nostrano Virgilio (www.virgilio.it).

Per chi si avvicina per la prima volta ad internet può essere comodo utilizzare alcuni motori che consentono di effettuare ricerche anche per gruppi di argomenti. Oltre al già citato Yahoo, anche Infoseek (www.infoseek.com) permette di navigare all'interno di categorie preformate (arte, musica, scienza, etc.) in modo da restringere gli ambiti del soggetto della nostra ricerca.

E' comunque importante sottolineare, in conclusione, che non esiste il motore di ricerca ideale: ognuno utilizza dei propri algoritmi di ricerca e delle modalità peculiari con cui immagazzina e successivamente mostra all'utente ciò che gli è stato richiesto. Per selezionare il più idoneo ai nostri scopi, almeno fino a quando si sarà raggiunta una certa pratica, potrebbe essere utile eseguire la stessa ricerca su più motori diversi e confrontare i risultati ottenuti.

Radar companion

Di Edoardo Di Leginio

Comitato per l'informatica, FIAMO – edileginio@excalhq.it

“Hahnemann nel paragrafo 104 dell’organon, afferma che dopo aver tracciato il quadro della malattia abbiamo svolto il lavoro più difficile. La “presa del caso” è infatti la parte più imprevedibile del lavoro di omeopata, potremmo dire anche la più eccitante, che condiziona più di ogni altra il successo della prescrizione. Vi giocano un ruolo fondamentale le modalità che utilizziamo per proporci, adeguarci e stimolare il paziente e, cosa molto importante, richiede poche regole da seguire, solo un bagaglio minimo di conoscenze teoriche o razionali. Il resto del nostro lavoro invece no: in modo quasi opposto deve essere necessariamente filtrato dal “sapere”. Già quando scegliamo le espressioni del malato da tradurre in sintomi omeopatici, dobbiamo fare delle valutazioni sulla base di acquisizioni e giudizi, a-posteriori, utilizzando concetti riferiti alla clinica, alla materia medica, al repertorio, o al paziente stesso. Oltretutto questi riferimenti si relazionano, si incrociano e si sommano tra loro: noi e il malato, il malato e la clinica, clinica medica e clinica omeopatica, repertorio e materia medica. Mescoliamo sempre tutto, utilizzando ancora attività creative più o meno intuitivamente, ma soprattutto conoscenza ed esperienza”.

Se leggendo queste righe iniziali avete avuto la sensazione del déjà-vu non era un’illusione, è semplicemente vero. Le abbiamo riportate tali e quali dal bell’articolo sui repertori di Giancarlo Quartucci e presente a pag. 30 su questo numero. Questo paragrafo iniziale sintetizza egregiamente la problematica della raccolta del caso clinico e della repertorizzazione.

Quando altre volte dicevamo che l’avvento dei computer ha cambiato il modo di fare omeopatia ci riferivamo proprio al fatto che la velocità di calcolo e la possibilità di contare e confrontare in tempo reale centinaia e centinaia di sintomi ha cambiato il modo con cui noi scegliamo attraverso un repertorio. L’avvento della repertorizzazione computerizzata ha cambiato solo in parte la maniera di “prendere un caso”; ha cambiato senza dubbio “il resto del lavoro”.

Prendere un caso per poi analizzarlo facendo uso del computer comporterebbe idealmente la registrazione fonografica del racconto del paziente e della visita, tenendo sempre presente che “le modalità che utilizziamo per proporci, adeguarci e stimolare il paziente” non sono qualità innate ma vanno acquisite nel tempo attraverso una pratica lunga e accorta. La registrazione il più fedele possibile delle espressioni del paziente, mentre sarebbe un pleonaso paralizzante nella pratica senza la repertorizzazione computerizzata (immaginate il dover repertoriali, molti dei quali assolutamente banali dal punto di vista della

repertorializzazione classica, scaturiti dal caso clinico che stiamo trattando) diventa una necessità interessante disponendo del computer. Possedendo infatti tutti questi sintomi e potendoli gestire con facilità, ne possiamo fare l'uso che vogliamo applicando vecchie scorciatoie della repertorizzazione manuale o più semplicemente paragonarli per sovrapposizione con i contenuti della materia medica, o meglio ancora, come vedremo in seguito, questo è addirittura necessario per usare al meglio il VES, il sistema esperto realizzato da Withoukaskas.

Il programma Radar è nato, una volta disponibili i computer a basso costo, per risolvere i problemi fondamentali degli omeopati che utilizzavano la tecnica repertoriale. Esso è venuto sviluppandosi sotto la guida di medici che avevano ben presenti le problematiche di cui dicevamo sopra, e mano a mano che cresceva al programma sono stati aggiunti degli strumenti che dessero risposte ai vari problemi che si presentavano nella pratica clinica.

Ritornando al nostro caso clinico, ci troviamo con 31 sintomi repertoriali ben raccolti nel box 1. A nessuno dei sintomi avevano dato alcuna valorizzazione, essi “valgono” tutti 1. Ecco come dovrebbe apparire a video il box dei sintomi n° 1.



Sotto all'icona del box è indicato il numero dei sintomi ivi contenuti. Per aprire il box dei sintomi basta cliccarci sopra. Quella che compare nella finestra che si apre è una repertorizzazione fatta con il metodo di default. Sulla stessa finestra potete notare che dei dieci box disponibili noi abbiamo utilizzato sono il numero 1, sotto al quale compare ancora il numero 31. Cliccando sugli altri box, indicati dai numeri da 1 a 10, potete sapere su quale state, nel caso esso fosse vuoto, perché nel riquadro al centro compare, ad es. “Cartella Appunti 1”, come nel nostro caso. Per poter vedere i metodi di repertorizzazione disponibili, clickate prima sul bottone: ANALISI e poi sul bottone: OPZIONI.

Vi comparirà una finestra dalla quale è stato preso il riquadro nella pagina seg.:

- Metodo**
- Somma dei sintomi
 - Somma dei sintomi (+gr)
 - Somma dei gradi
 - Somma dei gradi (+sint)
 - Somma dei sintomi e dei gradi
 - Piccole rubriche (SPF)
 - Piccoli rimedi
 - Prominenza
 - Withoukaskas Expert System

Come potete vedere è preselezionata la somma 6 sintomi. Per poter vedere il significato delle singole voci potete utilizzare l'aiuto in linea clickando sul bottone: AIUTO.

Un consiglio per usare l'aiuto in questo caso. Una volta che vi compare la finestra dell'aiuto, non seguite la schermata che vi viene proposta, essa contiene solo delle indicazioni operative poco significative; a voi interessa invece la spiegazione delle varie voci. Per ottenere questo clicate sul bottone:



Sempre nella finestra:

CERCA

E nel riquadro che vi viene proposto digitate: "Meto" (senza gli apici). Già alla terza lettera il sistema vi visualizza nel riquadro al di sotto di quello in cui scrivete, l'item trovato, e cioè "Metodi di analisi". Fateci sopra doppio click e vi comparirà una finestra con dentro una sufficiente spiegazione dei metodi usati. Vediamo il significato delle diverse voci, ponendo però l'accento sugli aspetti pratici.

La prima voce: "Somma dei sintomi", fa comparire al di sotto del rimedio, un numero che indica la somma aritmetica dei sintomi che sono coperti da quel rimedio.

La seconda voce: "Somma dei sintomi (+gr)", è come la precedente solo che accanto al numero indicante i sintomi coperti dal rimedio compare anche la somma dei gradi. Nella figura sottostante potete vedere il risultato per i primi 4 rimedi.

1	2	3	4
nat-m.	sulph.	lyc.	nux-v.
21/38	20/43	20/39	20/39

Per es.: per Nat-m, 21 indica la somma dei sintomi e 38 la somma dei gradi. Le due voci successive sono come le due precedenti solo che il primo numero indica la somma dei gradi e il secondo la somma dei sintomi.

Ecco il risultato:

1	2	3	4
sulph.	calc.	lyc.	nux-v.
43/20	40/18	39/20	39/20

Nat-m. è stato spostato fuori perché con la somma dei gradi è subentrato Calc. Al secondo. Ma come potete vedere sotto Sulph., Lyc. e Nux-v., i due numeri sono stati semplicemente invertiti. La quinta voce: "Somma dei sintomi e dei gradi" è solo la somma del numero dei sintomi coperti e il numero costituito dalla somma dei gradi. Come si può vedere dalla figura sottostante, per quello che riguarda Sulph., 63 è la somma di 43 e 20.

1	2	3	4
sulph.	lyc.	nat-m.	nux-v.
63	59	59	59

L'analisi fornisce solo un elenco di poliresti tra i quali alcuni potrebbero essere suggestivi

Applicando i due metodi precedenti non possiamo dire di ricevere grosse indicazioni per il nostro caso clinico. Quello che otteniamo dall'analisi è solo un elenco di grossi poliresti tra i quali alcuni potrebbero essere suggestivi. E' necessario qui precisare quello che Quartucci dice a proposito della seconda parte del lavoro e cioè scelta del rimedio: " Il resto del nostro lavoro invece no: in modo quasi opposto deve essere necessariamente filtrato dal "sapere". Forse non è questa rubrica, mirato a solo ad illustrare in via abbastanza generale l'uso del programma Radar, il posto adatto per analizzare in maniera approfondita questo "sapere". Quello che proveremo a fare è un tentativo di "dimostrare" come questi strumenti informatici diano un valore aggiunto a quello che è il metodo classico della repertorizzazione manuale e per certi versi lo completano permettendo analisi che manuale era praticamente impossibile fare.

I due metodi che abbiamo preso in esame, la "Somma dei sintomi" e la "Somma dei gradi" non si discostano di molto da quello che si faceva manualmente. Essi sono infatti i primi due metodi sviluppati con la repertorizzazione computerizzata. Chi svolgeva la repertorizzazione a mano aveva bisogno di un certo tipo di "sapere" per non impazzire tra i numerino dei gradi e la somma dei sintomi. Il primo "sapere" era che doveva scegliere il numero più basso possibile di sintomi, anche con pochi sintomi poteva volerci più di un'ora per riportare su di un foglio apposito tutti i rimedi interessati. Anzi quasi mai venivano riportati tutti, nella maggior parte si faceva una selezione a occhio, eliminando quei rimedi che dopo 4-5 sintomi non comparivano affatto o solo qualche volta. La prima selezione la faceva il tempo, la noia e poi la stanchezza. Senza contare il fatto che queste cose non si potevano fare con il paziente di fronte. Il secondo "sapere" era il saper riconoscere quali sintomi erano particolarmente descrittivi di quel caso clinico e per questo era di aiuto solo l'esperienza. A questi sintomi veniva dato un particolare valore attraverso la "gerarchizzazione", attività questa che richiederebbe di per sé stessa un intero giornale per parlarne. Nella repertorizzazione computerizzata si cercò immediatamente di trasferire nella pratica il concetto di gerarchizzazione, attraverso il peso dato ai sintomi. Si cercava in questa maniera di trasferire al computer l'esperienza dell'omeopata. Ma come questo si faccia col programma Radar lo vedremo sul prossimo numero.

Zizia tips & tricks

Di Edoardo Di Leginio

Comitato per l'informatica, FIAMO – edile@mbox.vol.it

Eravamo restati, nell'ultimo numero, con l'astronave Zizia – Enterprise pronta a spiccare il volo nello spazio-tempo omeopatico. Stavamo progettando il viaggio. Cercavamo di vedere come una certa frase possa aver viaggiato nella materia medica. Avevamo cercato la ricompensa delle parole che cercavamo. Riporto qui di seguito ancora una volta i risultati per comodità di consultazione: anxious 8207, zealous 41, fiery 1273, hot 18319, malicious 381, wicked 45, irascibile 140.

Non è possibile gestire in una maniera matematica le combinazioni di queste parole perché, come avevamo osservato la volta scorsa, ne viene fuori qualcosa di impraticabile. E a questo punto la scienza del computer si trasforma in qualcosa che rasenta l'arte, nel senso di quella di arrangiarsi. Bisogna essere un po' creativi. Il problema si potrebbe risolvere in parecchi modi, noi qui ne vedremo uno, forse quello più pratico, non è possibile dire se il più efficiente, bisognerebbe provarli tutti.

Osservando quelle cifre si possono fare delle considerazioni. Alcune parole ricorrono in una maniera molto abbondante (hot, anxious) altre assai poco (zealous, wicked, irascibile). Alcune parole sono molto comuni (ancora hot, anxious) e altre linguisticamente assai rare e singolari (zealous). Partendo da quest'ultima considerazione, se noi vogliamo ricercare la nostra frase, ci conviene farlo ricercando le parole più rare, perché contraddistinguono in una maniera abbastanza inequivocabile la frase che le contiene, e vedere se intorno a queste parole ruotano le altre.

Nel nostro caso scegliamo zealous, non solo perché ha il numero minore di ricorrenze, ma anche perché colpisce dal punto di vista linguistico. Se ha colpito me, dovrebbe aver colpito anche altri che l'hanno letta e quindi riferendosi a quelle espressioni l'avranno anche riportata. Va da se che questo non è un procedimento logico-matematico, ma empirico. Avremmo potuto scegliere anche wicked che ha quasi le stesse caratteristiche ma non è stato fatto per nessun particolare motivo.

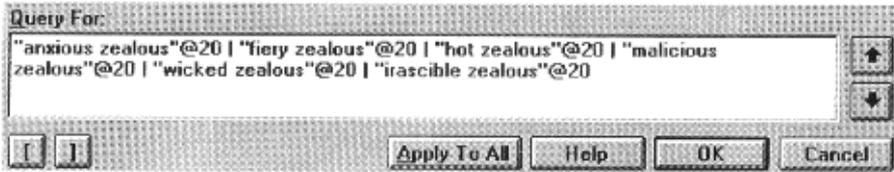


Figura 1 - Ecco come abbiamo costruito la query per la nostra ricerca.

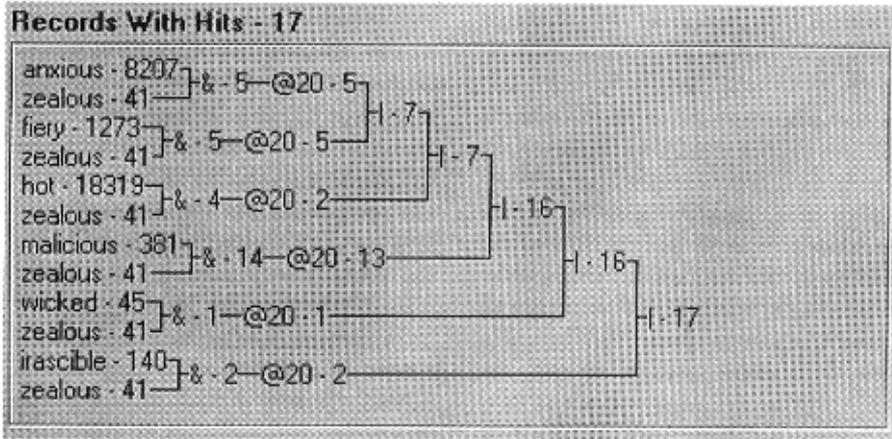


Figura 2 - Ecco la tabella riassuntiva delle ricorrenze trovate.

Il programma Zizia mette a disposizione una funzione che permette di cercare tutte le parole che ricorrono intorno a una parola nel testo. Si chiama ricerca per prossimità. La sintassi è facile. Tra virgolette si mettono alcune parole e dopo le ultime virgolette si mette / (per la ricerca rispettando l'ordine delle parole tra le virgolette) o @ (per la ricerca senza rispettare l'ordine delle parole tra virgolette) seguiti da un numero. Il numero può essere massimo 32.000 per problemi di rappresentazione interna dei numeri binari. Con un esempio è più facile capire: "anxious zealous" @20, ricerca se una delle due parole ricorre all'interno di 20 parole prima o dopo l'altra nel testo dove si trovano. Se avessimo scritto: "anxious zealous" / 20 il programma avrebbe cercato zealous solo nelle 20 parole successive a anxious (per rispettare l'ordine) e anxious nelle 20 parole precedenti a zealous (anche qui per rispettare la precedenza di anxious su zealous). Quest'ultima modalità di ricerca è utile soprattutto per trovare frasi tali e quali sono scritte. La query è costituita da più ripetizioni della stessa struttura che contiene zealous (fig. 1) e a rotazione tutti gli altri aggettivi. La barra verticale | è l'operatore OR che già conosciamo e indica che nel report possono comparire tutti i record che soddisfino una qualsiasi delle richieste. Il numero 20 è stato scelto per due motivi: il primo è perché le parole che cercavamo comparivano nella frase ad una distanza minore di 20, il secondo è che allargandoci troppo avremmo incluso anche parole molto distanti da loro e che sarebbero appartenute ad altri contesti. E' bastato fare qualche prova per vederlo. Per esempio se in "fiery zealous" @20 portiamo 20 a 40 compare anche un record che riguarda Sulphur, se lo portiamo a 150 compare oltre che al precedente in altro record che riguarda Lachesis. In ambedue le parole fiery e zealous sono inserite in contesti differenti dalla frase che cercavamo. Per contro se in "malicious zealous" @ 20 portiamo il 20 a 40 recuperiamo un record che riguarda Nux

vomica ma che con 20 avevamo perso. Ma, ripeto, il metodo non è matematico è empirico, quindi non ci può assicurare dei risultati certi, si deve cercare un equilibrio tra i pro e i contro.

Se vogliamo vedere come il programma ha combinato le ricerche basta guardare quello che accade nel bx posto sopra a quello di Query For sempre nella stessa finestra (fig. 2). Questa query trova 17 ricorrenze tutte appartenenti a Nux vomica e di quasi tutti autori diversi. Notare la combinazione “malicious zealous” @ 20. Essa dice che sono stati trovati 14 records in cui comparivano le due parole, ma solo in 13 records esse comparivano entro 20 parole l’una dall’altra. La somma di questi 13 con 7 del risultato delle ricerche precedenti avrebbero dovuto dare 20; a lato viene riportato 16 perché 4 records dei 13 sono in comune con i 7 e quindi vengono riportati una sola volta.

Qualcuno potrebbe obiettare del perché non si è fatta una ricerca per prossimità utilizzando tutte le parole tra virgolette con una query come la seguente: “anxious zealous fiery hot malicious wicked irascible” @ 20. E’ la prima cosa che ho provato, ma il risultato è deludente: viene ottenuto solo un record. Questo perché gli Autori che citano non riportano tutte le parole ma solo alcune di esse e non è possibile usare l’operatore OR (ma neanche gli altri) all’interno delle virgolette.

Da questa constatazione possiamo dire che nelle varie citazioni del testo iniziale di Hahnemann le parole malicious e dzealous sono quelle che ricorrono di più (anche la combinazione anxious e fiery ricorre 13 volte) e avevamo fatto bene quindi a scegliere zealous per costruire la nostra query. Possiamo anche dire che molti autori già nella citazione avevano operato una selezione delle parole in base a dei criteri non immediatamente evidenti. Per ragioni di spazio non posso riportare il risultato della ricerca, ma basta inserire il testo della query su citata e in un attimo con Zizia-Enterprise si vola!

Mac Repertory

Di Maurizio Italiano

ideanet@planet.it

Per iniziare la nostra conoscenza, ed approfondire quella del programma, ho pensato di partire con un caso abbastanza semplice. Credo che il modo migliore per esplorare le funzioni di Mac Repertory sia quello di analizzare insieme dei casi reali.

Attraverso questi passaggi ci si può rendere conto di quanto sia facile l'uso di questo strumento anche quando la richieste dell'utente sono complesse. Non solo ma anche le ovvie necessità di approfondimento trovano la possibilità di esprimersi e concretizzarsi quando si può visitare e studiare contemporaneamente. La mia idea è quindi quella di mostrare via via casi sempre più particolari per evidenziare come l'uso oculato dello strumento informatico possa aiutarci a prescriverci meglio. A questo proposito cominciamo con la conoscenza di Claudia, una bambina di 11 anni, che entra in studio seguendo la madre.

Si siede accanto alla madre e mi guarda con sguardo vivace e penetrante. L'espressione del viso è seria e concentrata. I gomiti sono ancorati ai braccioli della poltroncina mentre sulle mani congiunte poggia la testa che sporge offrendosi ma contemporaneamente sondando l'ambiente circostante. Incominciamo il colloquio che cerco di condurre direttamente con lei anche se è la madre (già mia paziente) a parlare per prima: *“le ho portato Claudia perché non sappiamo più cosa fare. Continua ad avere disturbi di stomaco, le fa male la pancia e si lamenta in continuazione. E' così brava ma quando sta male... tutto questo sta compromettendo anche gli studi”*. Chiedo a Claudia di dirmi se è davvero così e dopo avere ottenuto conferma con un cenno del capo le chiedo di descrivermi cosa si sente. *“Mi viene la nausea specialmente al mattino quando mi alzo”* Domando se succede anche il fine settimana. Risponde la madre *“Di solito quando deve andare a scuola, inoltre di notte spesso ha mal di pancia con difficoltà ad evacuare. A volte però ha feci molli. Di solito succede verso le 2.00”*

Chiedo alla bambina se ha altri sintomi *“Sì, mal di testa quando torno da scuola. Il dolore, di solito lo sento forte all'orecchio sinistro...è come se il dolore venisse da lì... oppure mi pulsano le tempie... a volte mi fa male anche il collo”* chiedo se in passato ha sofferto o soffre ancora di disturbi particolari. Risponde la madre *“Ha sofferto di molte tonsilliti ed otiti. Ha anche portato per parecchio tempo l'apparecchio per raddrizzare i denti”* la bambina arrossisce e capisco che si vergogna della rivelazione fatta dalla madre. Dopo avere scherzato sul fatto si rilassa e proseguo la visita chiedendo se la bambina suda o meno. Claudia risponde: *“Spesso mi capita di avere caldo e sudo molto, ma non sempre”* Chiedo a quale trattamento si riferisce e mi

racconta che la bambina è stata trattata omeopaticamente all'età di 8 anni perché era sempre molto stanca *“Anche adesso appena può si sdraia”* Dopo avere parlato di alcuni problemi della sorellina vengo a sapere che Claudia *“mangia velocemente...”* e che le piace moltissimo il cioccolato. Chiedo se da piccola ha mai cercato il sale per mangiarselo *“Ah, si figuri che lo fa anche adesso vero?”* e guarda Claudia che annuisce.

Vengo informato che *“non mi piacciono le cose amare”*. Chiedo se mangia le uova e dopo avere sorriso tutta orgogliosa mi risponde *“mangio solo il rosso, il bianco lo butto”*. Il latte non le piace e la madre mi informa che *“ogni tanto si mette in bocca qualche pezzetto di ghiaccio”*. Domando alla bambina se c'è qualcosa che la preoccupa o qualcosa di cui vorrebbe parlare. Claudia ci pensa. Poi mi guarda molto seria dicendo *“ogni tanto sono triste, mi viene da pensare a tante cose...”* guarda la madre e si vergogna di continuare a parlare. Le chiedo se ci sono dei momenti particolari in cui si sente più triste *“di solito la sera oppure quando sono fuori da casa”* a questo punto chiedo altre informazioni, risponde la madre *“da piccola ha avuto frequentissimi sanguinamenti dal naso e poi tanti dolori di crescita ossea”*. A questo punto penso di avere sufficienti dati per potere repertorizzare e prescrivere un rimedio. Naturalmente, prescindendo dalla semplicità del caso, mi sono già fatto un'idea della gamma di possibili rimedi. Diventa ora importante verificare velocemente le mie idee in merito ed eventualmente ottenere suggerimenti. Ci tengo a precisare che questa è la funzione di un programma: dare suggerimenti ed aprirci nuove aree di speculazione ed osservazione. Non deve servire ad ottenere automaticamente il simillimum.

Dunque anche in un caso “ovvio” come questo diventa importante verificarne la “ovvietà”. Raccolgo dunque i sintomi cliccando sull'icona del repertorio che normalmente utilizzo, il Complete Repertory di Roger Van Zandvoort versione 4.5. Una volta “cliccato” (basta un solo click del mouse) sulla icona della sezione che mi interessa posso scorrere tra le rubriche e sottorubriche semplicemente digitando la parola che mi interessa. Nel caso non mi ricordassi dove è posizionata la rubrica o se è presente una rubrica con la descrizione di quei sintomi posso utilizzare la funzione “Search Repertory” o “Ricerca Repertoriale” (nel menù italiano). Ne riquadro “Words” o “Parole” posso digitare quante combinazioni voglio in esclusione od accoppiamento dei termini di ricerca di un data base evoluto (fig. 1)

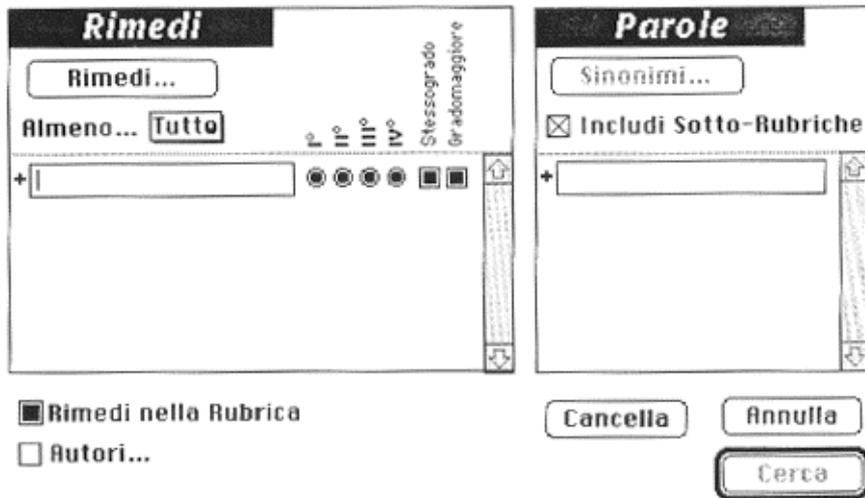


Figura 1 - La finestra per la ricerca di rimedi o parole.

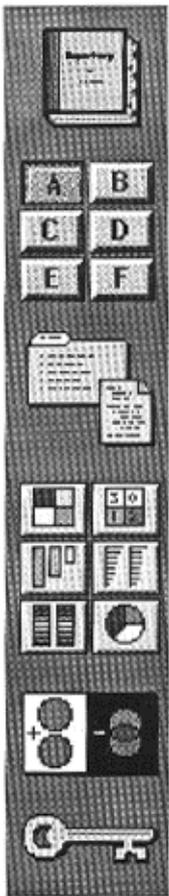


Figura 2

Ma queste funzioni le vedremo in particolare man mano che affronteremo i vari casi laddove questo diventasse importante. Tornando a Claudia digito velocemente i nomi delle rubriche che ritengo più significative e le raccolgo nel cassetto "A". Di solito attraverso il menù "Options" o "Opzioni" seleziono la visualizzazione di tutti i livelli delle rubriche e delle Cross-References ma escludo quella dei rimedi. In qualsiasi momento so che potrò vederli tenedo premuta la barra spaziatrice o visualizzarli in ordine alfabetico o di grado. Una volta evidenziata la rubrica che mi interessa premo il tasto RETURN per includerla nel cassetto selezionato. So che potrei anche trascinarla con il mouse in modo visivo ma nel primo modo risparmio tempo. Siccome non mi piace lasciare una lettera impersonale come titolo della finestra repertoriale, clicco col mouse sulla barra del titolo "Rubrics A" o Rubriche A" tenendo premuto il tasto ALT (CTRL per Windows). Mi compare la finestra che invita a dare un nuovo nome al cassetto e decido per "Repertorizzazione Claudia" (fig. 3)

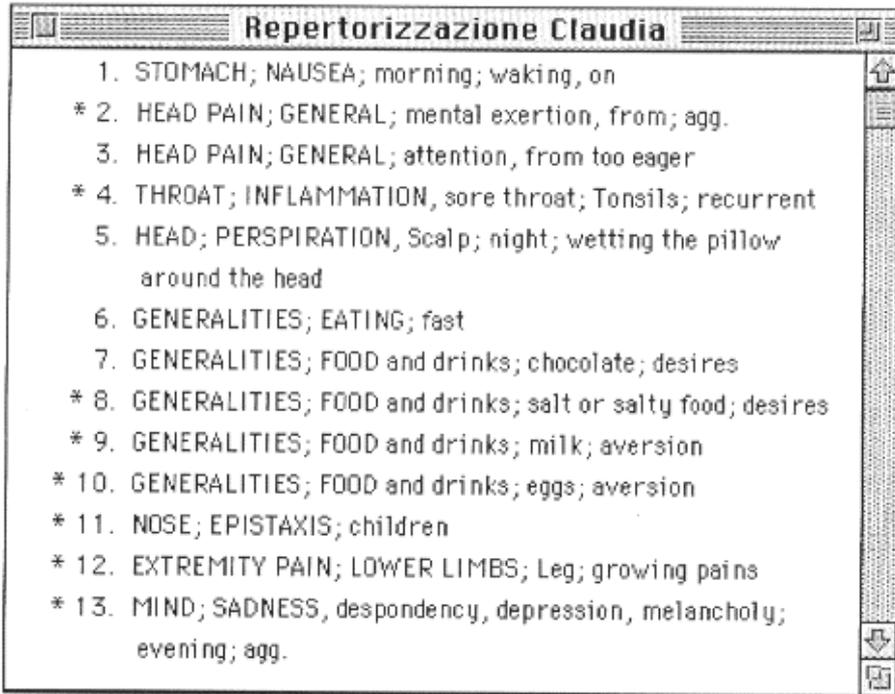


Figura 3 - La repertorizzazione del caso clinico.

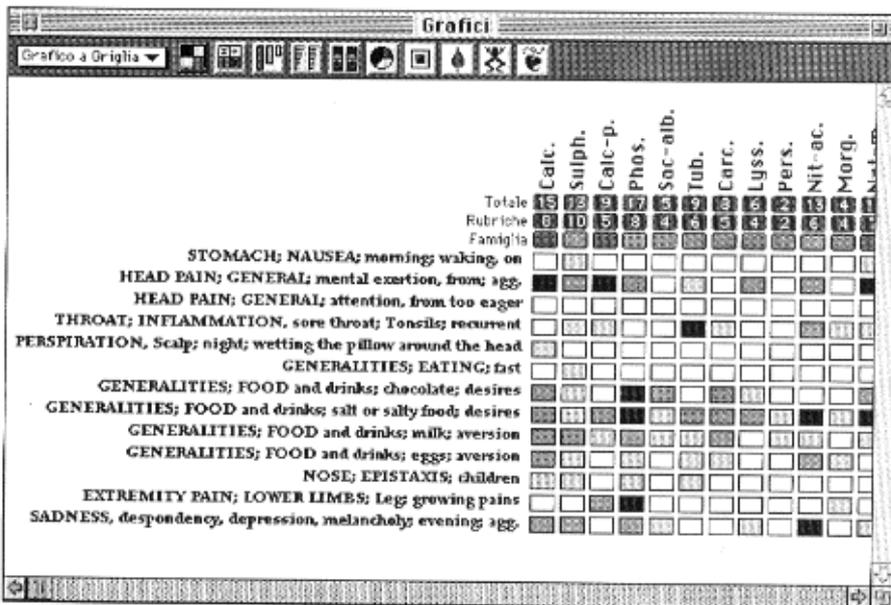


Figura 4 - Il grafico della repertorizzazione del caso clinico.

A questo punto decido di vedere il grafico repertoriale lasciando come strategia quella di "Default". So che nel menù "Analyze" o "Analizza" potrei attivare contemporaneamente quante strategie voglio ma ho anche imparato che grazie al lavoro di ricerca e sviluppo svolto in questi anni, il mix di algoritmi di analisi incluso nella strategia di "Default" è semplicemente efficace. Dunque per visualizzare il grafico clicco (una volta) sulla piccola icona a griglia colorata nella palette degli strumenti (fig. 2) ed ottengo il grafico di figura 4. Il seguito in un prossimo numero.

Omeopatia & informatica

Win Chip

“Solvete et Coagula”

di Carlo Mezzani

carlorenz@tin.it

In questo periodo molti omeopati sono interessati alla raccolta di dati clinici; è da notare come questo interesse sembra coinvolgere anche chi in passato si dimostrava scettico e non interessato giustificando questa attitudine col “non serve”.

La finestra analisi del caso

Bisogna invece riconoscere ai gruppi di Omeopatia Europea la perseveranza nell’aver creduto e difeso questo progetto oggi realtà. L’originalità di questo progetto consiste nel raccogliere e studiare i casi della pratica clinica quotidiana e non solo quindi casi ben selezionati che spesso dimostrano quello che si vuole dimostrare, e non approntano quindi niente di nuovo alla pratica clinica omeopatica.

Ogni omeopata ha casi clinici nella pratica quotidiana ben risolti, casi che possono essere arricchiti con informazioni che spiegano meglio il proprio comportamento terapeutico cioè la propria strategia. Quello che quasi mai viene trasmesso ai colleghi, se non verbalmente, è il come si è affrontato un caso clinico, quali sono state le strategie adottate, e quali i risultati, quali i sintomi scelti e secondo quale criterio.

Ci sono volte in cui durante la visita si fanno riflessioni sui sintomi scelti, sulla valorizzazione di un particolare sintomo, sulla valorizzazione miasmatica del paziente; queste informazioni solo se appuntate possono valorizzare maggiormente la nostra prescrizione e servire soprattutto al perfezionamento del nostro lavoro clinico sia nel follow-up del paziente sia nello studio della materia medica “viva”.

Un anno del nostro lavoro arricchito di queste informazioni è un patrimonio enorme per il perfezionamento della nostra pratica clinica.

Ogni medico affronta la soluzione di un caso clinico con un metodo che può essere del tutto personale o frutto di uno studio effettuato nelle scuole omeopatiche e non.

La strategia infatti viene definita dal dizionario etimologico Cortellazzo come “l’abilità nel raggiungere lo scopo voluto”, mentre il Metodo viene definito dal dizionario Olio de Voto come “il procedimento atto a garantire sul piano teorico e pratico la funzionalità o la costanza di un lavoro o di un comportamento. La

particolare struttura logica e mentale con cui un problema viene impostato o risolto: metodo induttivo, deduttivo, comparativo”.

E’ come se il metodo complessivo usato “personificasse” gli elementi della pratica clinica sopradescritti. I vari metodi analizzeranno il fenomeno “sintomo-malattia-malato” con proprie logiche; l’intera storia del paziente, degli antecedenti, o dello stato attuale verranno “letti” in maniera differente in funzione del metodo utilizzato. In medicina omeopatica il metodo può essere definito come l’approccio globale di analisi del caso in base ad una visione dell’uomo e del concetto di salute e malattia.

La visita medica in omeopatia, così come in medicina convenzionale, inizia con la raccolta dei sintomi e si conclude con la prescrizione. La raccolta dei sintomi non porta di per sé alla prescrizione di un rimedio. Bisogna analizzare e comprendere quei passaggi, spesso inespressi, che portano alla prescrizione.

La scelta di un metodo definirà in modo diverso:

- il concetto stesso di cura
- il modo di raccogliere il caso
- l’analisi dei sintomi
- la valorizzazione dei sintomi
- il repertorio usato
- il metodo di repertorizzazione
- il modo di consultare la materia medica
- la scelta della scala di diluizione, della potenza e della posologia
- la diagnosi differenziale
- la prognosi

In WinCHIP l’insieme di queste informazioni è ciò che costituisce la finestra analisi del caso. Secondo noi questi sono i passaggi fondamentali, adottati da ogni medico, che, dalla raccolta del caso, portano alla prescrizione:

metodo utilizzato

Analisi dei sintomi secondo differenti criteri

Valorizzazione dei sintomi secondo differenti criteri

Intento terapeutico

Classificazione clinica e Miasmatica

Testi consultati

Spiegazione della prescrizione

Motivo della scelta della scala di diluizione, della potenza e della posologia

Prognosi attesa

Nel prossimo numero della rivista analizzeremo punto per punto questi passaggi con l'esempio delle pick list presenti in WinCHIP.

Ricordo ai lettori che mi possono contattare su Internet al seguente indirizzo: carlorenz@tin.it, oppure tramite fax allo 031/401333. Agli utilizzatori di WinCHIP, ricordo che sarà organizzato un corso per meglio comprendere la funzionalità della cartella con gli altri due pacchetti RADAR ed EX LIBRIS.

Ricerca

Termodinamica delle soluzioni estremamente diluite della medicina omeopatica. Uno studio calorimetrico a 25° C

Di Vittorio Elia, Marcella Piccoli

Dip. Di Chimica, Università degli Studi "Federico II" – Napoli

Il grande interesse mostrato nell'ultimo secolo ed in particolare negli ultimi anni, nei riguardi dell'effetto terapeutico dei rimedi usati in medicina omeopatica spinge a realizzare uno studio chimico-fisico sistematico sul più importante aspetto di questa medicina alternativa, cioè la soluzione estremamente diluita.

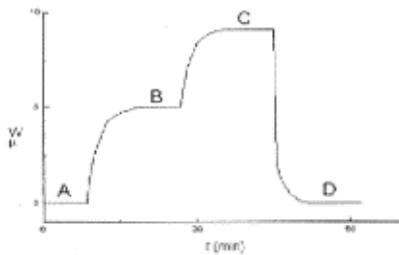


Figura 1 - Diagramma a potenza-tempo.

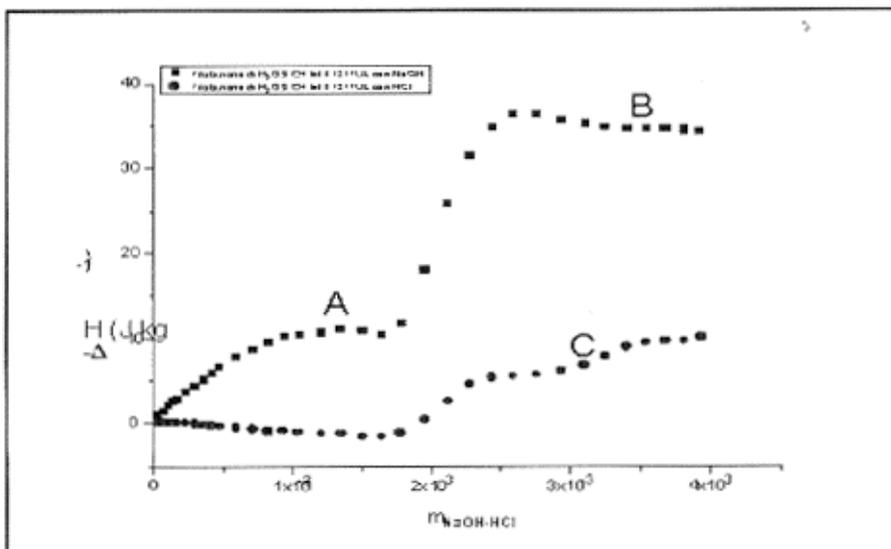


Figura 2 - Titolazione calorimetrica con NaOH-HCl di H2O 3 CH Lot. F1217UL.

Soluzioni estremamente diluite sono abitualmente preparate attraverso la tecnica proposta da Samuel Hahnemann, che consiste essenzialmente nell'iterazione di due processi: la diluizione e la dinamizzazione (scuotimento in senso verticale della soluzione attraverso apparati meccanici). Per soluti solubili in acqua,

soluzioni estremamente diluite sono ottenute a partire da una soluzione all'1% in volume o in peso (1g di soluto per 99 di acqua). Dopo la dinamizzazione, la soluzione è chiamata 1 centesimale hanemaniana (1CH). Per preparare la 2 centesimale hanemaniana, 1 g della soluzione 1 CH è aggiunto a 99 g di acqua ed il tutto viene dinamizzato. L'iterazione di questo processo porta a soluzioni estremamente diluite. A partire già dalla 3 CH il grado di diluizione è così elevato che le proprietà chimico-fisiche di queste soluzioni dovrebbero essere in tutto uguali a quelle dell'acqua pura. L'interazione fra soluzioni di acidi o di basi, con soluzioni estremamente diluite, è stata studiata per via microcalorimetrica a 25° C. Sono state effettuate misure di calore di mescolamento fra soluzioni di acidi o di basi con soluzioni estremamente diluite e con acqua bidistillata, cioè il solvente di riferimento.

Nonostante l'estrema diluizione delle soluzioni adoperate, è stato sistematicamente riscontrato nel 100% dei casi (oltre 300 misure sperimentali di calore di mescolamento), un eccesso termico rispetto al calore di mescolamento del solvente.

L'origine del diverso comportamento, inequivocamente osservato, potrebbe dipendere da diversi fattori come la diluizione, la dinamizzazione o la natura del soluto inizialmente presente. Data la complessità del fenomeno in esame risulta necessario scegliere il sistema più semplice possibile.

Sono state investigate soluzioni di NaCl 3 CH e 30 CH appartenenti a differenti lotti, ma anche H₂O che ha subito lo stesso processo di diluizione e dinamizzazione descritto in precedenza e che viene dunque indicata come H₂O 1CH, 3 CH e 30 CH.

Sezione sperimentale

Per il nostro studio abbiamo utilizzato un calorimetro tipo TAM (Thermal Activity Monitor) della Thermometric, equipaggiato con una cella flow-mix, due pompe peristaltiche inviano le soluzioni nel calorimetro attraverso tubi in teflon. Il flusso dei liquidi nei due tubi è uguale e costante, cosicché la soluzione che fuoriesce dal calorimetro ha una concentrazione uguale alla metà di quella iniziale. La portata dei liquidi, costante nell'1%, è 3.10⁻³ g s⁻¹: è la stessa per tutti gli esperimenti condotti. L'entalpia di mescolamento DH_{mix} è ottenuta dalla relazione:

$$DH_{mix} (mix \text{ e } m_{fx}) = (dQ/dt)/P_w$$

Dove (dQ/dt) è il flusso di calore (Watt), P_w è la portata totale del solvente (kg. S⁻¹), mix e m_{fx} sono rispettivamente la molalità iniziale e finale della soluzione.

L'entalpia di mescolamento, DH_{mix}, è espressa in J kg⁻¹ di solvente.

Metodo

Ogni misura calorimetria è condotta confrontando il comportamento dell'acqua pura, quando viene mescolata con la soluzione di prova (una soluzione di acido o di base), e quello della soluzione estremamente diluita che interagisce con la stessa soluzione di prova, nella stesse condizioni sperimentali. Sia la soluzione estremamente diluita che l'acqua bidistillata usata come riferimento sono conservate in recipienti di vetro scuro per lo stesso tempo.

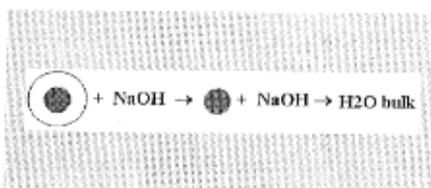


Figura 3 - Rappresentazione del processo di mescolamento di una soluzione estremamente diluita con NaOH.

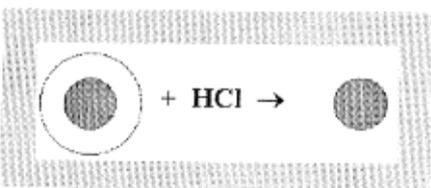


Figura 4 - Rappresentazione del processo di mescolamento di una soluzione estremamente diluita con HCl.

In Fig. 1, è riportato un diagramma potenza-tempo, cioè il tipico responso dell'apparecchio utilizzato per le misure di calore di mescolamento. La linea A rappresenta lo stato stazionario raggiunto quando il solvente acqua è mandato nel calorimetro attraverso entrambi i tubi. Il calore prodotto dal mescolamento di due soluzioni aventi la stessa composizione (in questo caso acqua bidistillata che si mescola con acqua bidistillata) è zero. Per motivo la linea A viene chiamata linea di base. La linea B indica lo stato stazionario raggiunto quando la soluzione di acido o di base viene mescolata con acqua bidistillata. Come si può osservare dalla Fig. 1, il calore di mescolamento prodotto in questo caso è maggiore di zero. La linea C è relativa al mescolamento della soluzione estremamente diluita con la soluzione di acido o di base. Tutti gli esperimenti calorimetrici condotti (circa 300 misure di calore di mescolamento realizzate utilizzando come soluzioni di prova NaOH 0.01 mol/kg o HCl 0.01 mol/kg) hanno messo in evidenza che quando la soluzione di prova è una soluzione di acido o di base, la linea C è sempre più alta di quella B, cioè c'è sempre un calore di mescolamento in eccesso. La linea D è ottenuta inviando ancora nei due tubi acqua bidistillata: come la linea A anche quella D rappresenta la linea di base.

Dal quadro sperimentale riportato emerge la possibilità che il procedimento di successive diluizioni e dinamizzazioni alteri le proprietà del solvente in maniera permanente. Informazioni più dettagliate sul fenomeno in esame possono essere ottenute attraverso il procedimento di "titolazione calorimetria" delle soluzioni estremamente diluite. Una titolazione calorimetria di una soluzione estremamente diluita implica la

determinazione del calore in gioco quando soluzioni di idrossido di sodio, NaOH, o soluzioni di acido cloridrico, HCl, a differente concentrazione sono mescolate con il campione in esame. Per ogni valore utilizzato dalla concentrazione della soluzione di prova si registra eccesso termico (linea C in confronto con la linea B), per la soluzione estremamente diluita rispetto al riferimento. In Fig. 2, è riportata una titolazione calorimetria di H₂O 3 CH Lotto F127UL con NaOH e con HCl. In questo grafico l'eccesso termico della soluzione estremamente diluita (espresso in J/kg) è riportato in funzione della concentrazione (mol/kg) crescente di NaOH e con HCl. Come si può osservare della Fig. 2, fino alla concentrazione $1 \cdot 10^{-3}$ mol/kg, all'aumentare della concentrazione di NaOH aumenta l'eccesso termico fino a raggiungere un tratto costante (linea A). Successivamente l'eccesso aumenta di nuovo per raggiungere un nuovo tratto costante (linea B). Quando invece la soluzione di prova è costituita da HCl, si ha un unico plateau (linea C di Fig. 2) raggiunto per una concentrazione di HCl circa $2 \cdot 10^{-3}$ mol/kg.

Conclusioni

Diverse titolazioni sono state eseguite utilizzando campioni appartenenti a lotti diversi. Tutte le curve di titolazione ottenute sono qualitativamente simili: quando la soluzione di prova è NaOH si evidenziano due differenti plateaux (linee A e B di Fig. 2), con due differenti "punti equivalenti", indicano così la presenza di due fenomeni che avvengono successivamente. Quando la soluzione di prova è HCl si evidenzia sempre un solo tratto costante (linea C di Fig. 2). Per spiegare in maggiore dettaglio il fenomeno evidenziato, si può ricorrere alla schematica rappresentazione di seguito riportata, Fig. 3. Si suppone che a causa dei processi subiti, il solvente acqua assuma localmente una struttura caratterizzata dalla presenza di due gusci. Il nucleo più interno chiamato hard, rappresenta il "substrato" su cui si può costruire il guscio più esterno, soft, carico di informazioni. Questi due nuclei sono contraddistinti da una diversa organizzazione di legami ad idrogeno, rispetto a quella tipica dell'acqua imperturbata, chiamata acqua bulk. Alla presenza e alla stabilità del nucleo hard si attribuisce la possibilità di trasferire anche su solidi, per es. granuli di lattosio, le "informazioni scritte" nell'acqua di cui il guscio più esterno soft potrebbe essere il custode delle informazioni più specifiche della natura del soluto e del grado di diluizione.

Mescolando le soluzioni estremamente diluite con la soluzione di idrossido di sodio, NaOH, si ottiene prima la rottura del nucleo più esterno, Fig. 3, poi all'aumentare delle concentrazioni di NaOH anche l'organizzazione relativa al nucleo hard viene demolita e il solvente assume la struttura caratteristica dell'acqua bulk. Questi due processi sono responsabili dell'eccesso termico che si registra nel mescolamento delle soluzioni estremamente diluite con NaOH, e sono responsabili dell'aspetto tipico "a due salti" delle curve di titolazione calorimetrica (linee A e B di Fig. 2) con NaOH. Al contrario l'interazione delle soluzioni estremamente diluite con la soluzione di acido cloridrico, HCl, non porta alla rottura di entrambi i nuclei. L'acido cloridrico, HCl, non riesce ad accedere al nucleo più interno e la sua azione si esplica esclusivamente

sul guscio soft, cioè quello più esterno, Fig. 4. Questo spiega il diverso aspetto delle curve di titolazione calorimetriche, che mostrano solo un plateau (linea C di Fig. 2) con HCl. Si può dunque ipotizzare la presenza di fenomeni pH-dipendenti dovuti a transizioni ordine-disordine, relativi alle modificazioni nella struttura del solvente indotte dalle diluizioni e dinamizzazioni. Il lavoro sperimentale è in progresso al fine di migliorare la riproducibilità quantitativa e l'interpretazione dei risultati sperimentali.

Storia

La storia di un'idea: fondamenti concettuali dell'omeopatia

Di Domenica Mannino

Istituto di Studi di Medicina Omeopatica, Roma

La dimostrazione che l'omeopatia è figlia del suo tempo, in una genesi storica naturale che ha accompagnato fin dall'inizio l'intuizione del suo scopritore.

Il periodo in cui visse Hahnemann fu sicuramente uno dei più ricchi di eventi della storia

Nel 1796, in un articolo intitolato: “Saggio su un nuovo principio per scoprire le virtù curative delle sostanze medicinali” apparso sul giornale scientifico del Dr. Hufeland, Hahnemann espresse finalmente il convincimento di avere raggiunto una verità fondamentale: il principio della similitudine, posto da quel momento in poi alla base di tutta la sua successiva ricerca. Tale principio, che deve sempre guidare ed ispirare l'azione del terapeuta, costituisce a tutt'oggi il punto di partenza al quale fare riferimento quando si parla di omeopatia.

Come tutte le grandi scoperte umane, anche l'Omeopatia è figlia del suo tempo, perciò solo collocando giustamente il “Fondatore” nell'ambito della sua epoca noi potremo restituirle il significato più profondo. L'arco di tempo in cui visse C.S. Hahnemann (1755-1843) fu sicuramente uno dei più movimentati e ricchi di eventi della storia dell'umanità: a partire dalla Francia e dalla Germania vi fu, in Europa, un susseguirsi ed un propagarsi di idee nuove, a partire dall'Arte fino alla Scienza, dalla Politica fino alla Religione: in questo grande fermento non poteva, ovviamente mancare la Medicina.

Fedele a questo spirito di rinnovamento, Hahnemann, dopo aver a lungo sperimentato l'inefficacia e la limitatezza dei metodi terapeutici del suo tempo, poiché la sua integrità morale e la sua correttezza professionale gli ponevano in proposito un grandissimo problema di coscienza, smise nel 1790 di praticare la medicina. Piuttosto che continuare ad impiegare metodi a cui non credeva più, si impose per molti anni una riflessione profonda, una ricerca silenziosa sull'essenza e sul fondamento dell'arte medica, fino a quella grande scoperta che doveva rivoluzionare tutta la sua vita e lasciare una traccia indelebile nella storia dell'umanità. Questa ricerca si inserisce perfettamente in quel potente movimento di idee che contraddistingue la fine del diciottesimo secolo.

Il settecento fu contrassegnato da un forte atteggiamento generale di scetticismo verso la medicina, causato oltre che dalla penuria di validi risultati terapeutici, anche dalla posizione, assunta dalla maggior parte dei

medici, verso sentimenti e valori interiori, da essi ritenuti astrazioni o illusioni, poiché non rientravano nella categoria del misurabile e del ponderabile. La tendenza generale dell'epoca fu quella di considerare l'uomo come una macchina, separando nettamente ciò che era materia da ciò che era vita, senza però riuscire a stabilire un ponte tra le due realtà, pur constatando che esse coesistevano e interagivano fra loro.

A tutto questo Hahnemann cercò di sottrarsi voltando le spalle a quella medicina “arbitraria, fallace e bugiarda”. L'astronomia era nata da poco, la fisica moderna, la neurologia e la psicologia erano lontane, ed in questo contesto non poteva trovare facilmente credito un medico per il quale i “sintomi anatomici e sensoriali rappresentavano solo la parte immediatamente conoscibile della malattia e non la malattia in se”. Hahnemann si accorse che “sperimentando determinati medicinali su uomini sani, ai quali prescriveva però delle precise regole di condotta pratica e morale durante la somministrazione, si manifestavano in essi dei sintomi corrispondenti ad una specie di malattia artificiale”, ed arrivò a definire la malattia come una “modificazione dell'organismo, curabile solo con mezzi altrettanto dinamici e di natura soprasensibile”. Quest'ultima affermazione, la cui portata ha un valore incommensurabile nel contesto generale cui abbiamo accennato, trova le sue radici nelle condizioni profonde alle quali hahnemann era pervenuto: l'uomo non è dunque solo il corpo che noi vediamo, ma anche e soprattutto l'essere più profondo e complesso che lo governa. Egli sosteneva che la “corporeità fisica”, come elemento extrasoggettivo, è la faccia dell'essere vivente che può essere afferrata, compresa, con gli abituali sensi, ma che accanto ad essa esiste un'altra faccia, interiore, come elemento soggettivo, che può essere compresa invece solo dallo spirito, ovvero dall'attività spirituale dell'uomo.

L'organismo umano tende spontaneamente a fornire, ai diversi stimoli, delle risposte atte al mantenimento del normale equilibrio fisiologico; tali risposte variano a seconda dell'intensità degli stimoli e del grado di recettività individuale. In tale situazione l'organismo perde l'equilibrio fisiologico e si ammala. Si trattava, per Hahnemann, di abbandonare dunque una filosofia unicamente sperimentale e speculativa, per poter concepire una nuova teoria, così detta “organimistica”, in cui cioè lo spirito organizza ed armonizza tutto il corpo; tale teoria permetterà ai fenomeni dell'ordine fisico e di quello interiore di avere così un “tramite”, realizzando un armonico connubio tra di loro.

La malattia diventa più comprensibile studiando gli intimi rapporti tra spirito e materia

Fisiologia, patologia, Materia medica e Terapeutica, non sono più viste come separate ma si riuniscono, grazie alla “Legge dei simili”, in una sola scienza, la “scienza della vita”, che le armonizza e le vincola tra di loro. La malattia, infine, diventa comprensibile, nel senso più ampio, studiando gli intimi rapporti tra la parte materiale e la natura “spiritale” dell'uomo. Il carattere profondamente innovativo del cammino di hahnemann nella sua epoca, risiede nella combinazione di alcune idee fondamentali: a) un farmaco non agisce direttamente

sull'agente morboso ma sulle irregolarità che quest'ultimo ha introdotto nell'armonia vitale dell'organismo; b) un farmaco agisce tanto sul soggetto sano che sul malato e proprio dall'osservazione dei suoi effetti nel soggetto sano si ricavano le indicazioni per l'uso terapeutico; c) il medico deve ricercare la dose "più debole" del farmaco che sia capace di indurre nell'organismo l'azione risanatrice; d) la sperimentazione di un farmaco su sé stessi, consente di conoscere quali siano i disturbi da esso provocati, qualora sia somministrato in dose elevata.

Dobbiamo però, a questo punto sottolineare come il perno del pensiero di Hahnemann risieda nel suo concetto di "forza vitale", intesa come quel "principio vitale immateriale" che anima il corpo e come le eventuali malattie siano sempre riconducibili ad alterazioni di questo principio. Un agente patogeno infatti può attecchire e provocare la malattia solo in presenza di un alterazione della "forza vitale", mentre in condizioni "normali" non è in grado di provocare nulla. La forza vitale è definita come una sostanza immateriale, dotata di intelligenza formatrice, la quale conferisce la vita agli esseri, dotandoli di caratteristiche peculiari che li identificano e li rendono distinguibili l'uno dall'altro. Essa è poi a sua volta regolata e ordinata da una sostanza, per così dire più alta, che Hahnemann identifica nell'Anima.

Egli si rende conto che dal mondo delle Sostanze, si sprigiona una forza terapeutica ottenibile attraverso la "dinamizzazione" (potenziamento tramite scuotimento delle soluzioni ottenute) e la "diluizione progressiva", in cui paradossalmente la graduale scomparsa dell'elemento materiale della sostanza stessa provoca addirittura un miglioramento dell'effetto.

Tutto questo lo porterà, nove anni dopo la "nascita" dell'Omeopatia, a definire "spirituali" le forze terapeutiche che si sprigionano dalle sostanze. Nel corso degli anni successivi, le formulazioni di Hahnemann, in questo senso, diventano ancora più chiare e concise, fino ad esprimere, nel 1827, il concetto di "potenza" nel senso di una forza a carattere spirituale. Accade allora che, mentre da una parte Hahnemann si trova proiettato sulla soglia di un universo sovramateriale di tipo "spirituale", che si manifesta e concretizza in una quantità di effetti, dall'altra sorge in lui la necessità di spiegare e strutturare, in termini scientifici, quanto è stato scoperto.

Quali sono le connessioni e gli intrecci fra la materia e le forze spirituali collegate con essa? In che modo queste forze spirituali possono essere descritte in termini concettuali? Come mai si trovano nella materia? Sono già presenti nella materia, in forma latente, oppure penetrano in essa durante il processo di dinamizzazione? Quali che siano i termini in cui si pongono le questioni, si dovrà comunque tenere conto del fatto che, durante la diluizione, scompare la materia e contemporaneamente compaiono delle "forze".

Quando Hahnemann, sperimenta su se stesso la corteccia di china, causando la comparsa di sintomi identici a quelli della malaria, sorge in lui un quesito fondamentale relativo al perché questo avvenga e la risposta si trova nelle "strutture funzionali" dell'albero della china, analoghe a quelle dell'organismo umano. Estendendo il concetto, le sostanze, che si trovano in natura, rispecchiano l'intero spettro della corporeità funzionale

dell'organismo umano, in particolare nella serie delle piante medicinali a ciascuna delle quali è collegabile e riferibile una determinata struttura.

La materia vivente è creazione dello spirito e parte integrante di esso

Anche nell'organismo sano questo collegamento può essere sempre evidenziato in tutte le sue specifiche manifestazioni, e questo è ciò che permette il riconoscimento e l'utilizzo terapeutico delle sostanze.

Ecco dunque la "richiesta spiegazione scientifica", intrinseca al principio del simile che, prendendo spunto dal parallelismo tra l'uomo e il mondo delle sostanze, getta luce su quella particolare armonia rilevata tra i processi organici e le forze terapeutiche dei rimedi.

Da qui nasce la domanda sull'origine dell'uomo e su quella delle sostanze nel corso del divenire cosmico, laddove il mondo delle sostanze nasce per addensamento progressivo di quello delle forze e la materia è veramente creazione dello spirito e parte integrante di esso.

Pictures

A cura di Gustavo Dominici

Centro Omeopatico Vescovio, Roma

Storie di quotidiana omeopatia

Quadri, ritratti, immagini, che meglio possono cogliere ciò che avviene fra medico e paziente. Immagini del movimento di tre soggetti: il paziente per primo, il medico che riceve il messaggio e la sua risposta-medicamento. Poi gli avvenimenti che ne scaturiscono. Le caratteristiche imprescindibili: verità, sintesi, semplicità di linguaggio. Attendo le vostre Pictures.

Gustavo Dominici

Dulcamara: l'ansia si oppone al nutrimento

S.C. è sempre alle prese con aspetti spinosi del suo carattere, non sempre semplice

S.C., donna di 34 anni, si cura omeopaticamente da ben 12 anni. Non è in terapia per una malattia specifica, è una paziente che ha scelto l'omeopatia come metodo per mantenere la salute. S.C. è sempre alle prese con aspetti spinosi del suo carattere, per nulla facile e non troppo mitigato dalle cure omeopatiche sinora intraprese. Litigi con i vicini per torti sempre percepiti come molto gravi, incomprensioni con i familiari, rabbie molto intense seguite da pentimento e rimorsi, estrema ansietà con paura che accada qualcosa ai suoi cari, per i quali nutre un affetto possessivo, quasi morboso. Questi i principali elementi. Costituzionalmente la paziente è molto forte, energica, ammalata raramente di tosse difficili da curare. Soffre cronicamente di dismenorrea. La storia più recente inizia circa due anni or sono quando la paziente è preda – questo è il termine giusto – del desiderio di una seconda gravidanza. La prima figlia, che ora ha 6 anni, è stata cresciuta con un livello di ansia veramente eccessivo, difficilmente contrastabile. C'era sempre nella bambina un qualche elemento che giustificasse una preoccupazione così intensa da catturare ogni pensiero: una volta tracce di sangue nelle urine, un'altra una lieve cistite, o un piccolo dolore ad un'articolazione tale da far sospettare la malattia reumatica.

Era sempre evidente come la paziente cercasse inconsapevolmente motivi per manifestare la sua ansia, il suo eccesso di scrupoli ed il suo senso di colpa, sempre pronti ad innescarsi ogni qual volta le cose non andavano perfettamente. Il tutto sintetizzato in un'agitazione costante e nell'espressione: "non mi sento tranquilla". Le paure verso la figlia raggiungevano il culmine di notte, quando la paziente si alzava ripetutamente per

controllare il respiro, sospettando di trovarla morta, risvegliando il marito con i suoi dubbi tormentosi. La seconda gravidanza comunque si verifica e viene portata avanti con il solito stile e con un mio grosso aiuto, costretto ad intervenire ad ogni contrazione addominale, ad ogni colpo di tosse o piccola perdita vaginale. La paziente viene anche colpita da una sciatica molto resistente.

Il parto è eutocico, il bimbo nasce sano, la montata latte arriva puntuale. Durante la terza settimana di allattamento, fino ad allora sufficiente, il latte inizia a diminuire gradualmente, con conseguente relativa preoccupazione della paziente. S.C., nel frattempo, ha avuto ulteriori litigi con i vicini e mi comunica che da sette giorni circa è reiniziata l'ansia parossistica per la salute della figlia maggiore, con i continui risvegli notturni per effettuare i suoi soliti controlli. Inoltre sta soffrendo di una irritazione della gola iniziata dopo aver preso freddo:

- CHEST – milk – disappearing
- MIND – anxiety – others, for
- THROAT – inflammation – cold, after

In base a questi sintomi, senza curarmi troppo della miriade di altri sintomi mentali che la paziente, come sempre, mi fornisce, scelgo Dulcamara 30CH, che somministro alla dose di 3 granuli per due volte al giorno. Dopo sette giorni la paziente mi riferisce che il latte è senz'altro aumentato, ma è appena sufficiente a nutrire il bambino, che lo stato generale è migliorato, che il mal di gola persiste. Somministro il medicamento alla 200K, ottenendo ancora un miglioramento, così anche 7 giorni più tardi, avendo l'accortezza di far dinamizzare il rimedio.

Trenta giorni dopo la paziente mi cerca ancora, comunicandomi che la lattazione è normale, l'ansia va molto meglio (i controlli notturni sono scomparsi da tempo), ma ha preso ancora freddo ed ha di nuovo il mal di gola, “che non è mai passato del tutto”.

Dulcamara 200K, migliora; Dulcamara MK, qualche giorno dopo, la guarisce. 16 giorni più tardi ricada con un mal di gola notturno, molto intenso, con estrema debolezza; il resto va benissimo, lattazione bene, “umore buono” (non avendo mai avuto il piacere di sentire una tale affermazione).

Sembra che ora la paziente ammalia solo con infiammazioni alla gola: Dulcamara XMK, senza alcuna esitazione, pronto a risomministrarla in plus ad ogni accenno di disturbo. Ma non ce n'è bisogno, la paziente ritorna in studio 5 mesi più tardi per mostrarmi il bambino come il suo miglior trofeo, sano e sereno, e per comunicarmi che lo sta allattando e vuole ancora farlo a lungo. E' anche meravigliata che la figlia maggiore non abbia più accusato i soliti disturbi gastrointestinali dovuti alle più svariate intolleranze alimentari. Sono passati ancora altri mesi, nessun intervento.

“Gli uomini hanno, per natura, più paura della verità che della morte”

(S. Kierkegaard)

A.R., donna di anni 46. Sono a domicilio per un intervento difficile.

La paziente è stata dimessa dall'ospedale con diagnosi di adenocarcinoma del bronco lobare superiore destro, con elevato grado di atipia, con irregolari addensamenti parenchimali nel lobo superiore destro, tumefazioni milari, invasione dei linfonodi, metastasi epatiche, metastasi ossee diffuse a tutto lo scheletro e con associato versamento pleurico di grado medio. Stadio T4 N3 M1. Terapia domiciliare con: Tranex, 1 fiala per 3/die; Botrophase, 1 fiala/die; Codeinol, 15 gocce per 2/die; Durogesic 25 mg, 1 cerotto ogni 3 giorni; Laroxil, 3 gtt. H9 e ore 15 gtt. H23; Toradol i.m., al bisogno; Zantac 300 mg, 1 cp la sera.

A.R. sostiene la sua condizione con una grande dignità, o così almeno mi pare. E' seduta a letto, non può sdraiarsi ne può muoversi a causa della tosse (COUCH – Lyng, bed, agg.; - motion agg.). Si è fatta somministrare il Toradol pochi istanti prima della visita ed ora è davanti a me, disponibile, grata perché ho chiesto a tutti i parenti di uscire (MIND, Company – aversion to, - alone when, amel).

Mi parla del suo inarrestabile desiderio di piangere, ma di non sopportare di essere vista né consolata (MIND, Weeping, - involuntary; - alone; - consolation agg.); della sua stanchezza e del desiderio di lasciarsi andare (MIND – Death, desires); della tosse, dei dolori; della sua cagnetta che in ospedale le è mancata tanto, che le è molto affezionata, ma che è troppo “appiccicosa” e, certe volte, la “sfinisce”.

Mi parla anche della sua rabbia, se viene trattata con dolcezza, che diventa parossistica ed incontrollabile prima delle mestruazioni (MIND, Anger – consoled, when; - menses, before), rivolta anche verso la cagnetta, che tanto ama. Infine mi racconta del suo amore per il ballo, sin da ragazza. Riusciva a ballare anche per quattro ore di seguito e questo guariva tutti i suoi malesseri, alla fine si sentiva “svuotata e felice” (MIND, Dancing – desires; - amel).

A visita finita, prima ancora della prescrizione, entra suo marito e lei sbianca in viso e comincia ad accusare vampi di calore molto intense (MIND, Aversion – husband; GENERALS, Heat – flushes of). In base a questi sintomi prescrivo Sepia, alla dose 6LM in gocce, 5 al giorno; elimino tutti gli altri farmaci, lasciando uno spiraglio per il potente analgesico, da usare in casi estremi e con la raccomandazione di chiamarmi per qualsiasi evenienza. Il dosaggio LM mi garantisce la dolcezza dell'azione la ripetizione evita che il medicamento venga antidotato dagli altri farmaci concomitanti. Mi sembra di aver fatto un buon lavoro.

Tre giorni dopo mi chiama suo marito, dicendomi che subito dopo la prima somministrazione M.A. cominciò a piangere ininterrottamente, un pianto violento e convulso, poi ebbe la sensazione di soffocare. Fu portata all'ospedale, ricoverata, ma fatta uscire dopo 48 ore, perché non si era rilevato alcunchè di nuovo.

Mi chiama poi sua cognata, esperta paziente omeopatica, dicendomi che M.A. le aveva confidato di avere sentito subito dopo una forte rabbia che non poteva esprimere, poi il pianto e poi la difficoltà respiratoria. Ora M.A. aveva paura di reiniziare la terapia. A risento giorni dopo, telefonicamente. Mi dice che ha paura, che non

sopporta piangere, che teme che riprendendo le gocce risucceda di nuovo. Le rispondo che l'unico fatto da temere nella sua condizione è che tutto rimanga così.

Ribatte che capisce, ma che non sopporta piangere.

CONVEGNO SU “OMEOPATIA E SALUTE”

Il Circolo Culturale “Einaudi” di San Severo (FG), in collaborazione con il Servizio di Anestesia, Rianimazione e Terapia Antalgica del Presidio Ospedaliero “S. Giacomo” di Torremaggiore, ASL FG/1 San Severo organizza per il giorno 23 marzo alle ore 9, presso l’Auditorium della Sala Cinema Cicolella un convegno dal titolo: “Omeopatia e Salute”.

Il programma preliminare della giornata prevede interventi che riguarderanno temi di importante attualità connessi con il mondo dell’omeopatia: malattie pediatriche, patologie acute, malattie croniche e terapia antalgica.

Ulteriori informazioni al riguardo potranno essere ottenute chiamando la Segreteria Organizzativa, chiedendo della Prof.ssa Rosa Tomasone, oppure del Dott. A. Leonardo D’Apote, al numero telefonico: 0882/380273.

Riconoscimento a Alma Rodriguez

Con delibera del 27 maggio scorso l’Università Estatal de Bolivar – Rettorato ha conferito un prestigioso pubblico riconoscimento alla dott.ssa Alma Rodriguez, Presidente dell’Associazione per la Libera Università Internazionale di Medicina Omeopatica “Samuel Hahnemann” di Napoli, la cui nobile gestione educativa contribuisce enormemente all’innovazione scientifica e tecnologica, obiettivo principale dell’Università Contemporanea.

Norme per i collaboratori

La rivista “Il Medico omeopata” pubblica lavori di autori italiani e stranieri di rilevante interesse per l’omeopatia. Gli articoli non devono essere già apparsi in altre pubblicazioni, né essere in corso di stampa presso altre Case Editrici. Il materiale deve essere inviato alla Redazione del giornale in duplice copia cartacea e su floppy disk, indicando chiaramente programma e sistema utilizzati. La redazione esamina il testo entro 30 giorni dal suo ricevimento e ne fornisce comunicazione all’autore, riservandosi di chiedere delle modifiche qualora il testo non corrisponda alle caratteristiche formali sotto esposte. Le bozze verranno corrette in redazione.

Copyright

Tutti i diritti di proprietà letteraria ed artistica sono riservati, compreso quello di traduzione. Nessuna parte della rivista può essere riprodotta, contenuta in un sistema di recupero o trasmessa in forma e con ogni mezzo elettronico, meccanico, di fotocopia, incisione o altrimenti, senza il permesso scritto della FIAMO. Il contenuto degli articoli non riflette necessariamente le opinioni della Redazione e della FIAMO.

Preparazione dell’articolo

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

Autore – Il nome dell’autore dovrà comparire per esteso, accompagnato dai titoli accademici e/o professionali.

Ogni articolo, salvo rare eccezioni, potrà essere firmato da un numero massimo di tre autori. Per almeno un autore è comunque richiesto il recapito postale e telefonico

Testo – Il testo dovrà essere il più conciso possibile (compatibilmente con la chiarezza di esposizione), della lunghezza massima di 10.000 caratteri (se non concordato diversamente con la redazione) ed essere suddiviso in paragrafi; potrà contenere schemi o tabelle e dovrà essere corredato da un riassunto di lunghezza non superiore ai 500 caratteri.

Immagini – Si accettano esclusivamente foto e disegni in bianco e nero; ogni elemento di illustrazione, disegno, schema o tabella dovrà essere richiamato nel testo, numerato, corredato da una didascalia e stampato su di un foglio a parte, un foglio per elemento.

Bibliografia – Le voci bibliografiche non dovranno superare le 20 unità; ciascuna dovrà essere richiamata nel testo mediante numerazione. Le citazioni da periodici devono comprendere il cognome e l’iniziale del nome dell’autore o dei primi due autori (nel caso di più di due autori, verrà indicato il nome del primo seguito da “et al.”), il titolo originale dell’articolo, il titolo del periodico, il numero del volume, i numeri delle pagine iniziale e finale e l’anno di pubblicazione. Le citazioni da libri devono comprendere il cognome e l’iniziale del nome

degli autori, il titolo del libro (eventualmente il numero del volume e della pagina, se la citazione si riferisce ad un passo particolare), l'editore, il luogo e l'anno di pubblicazione.

Responsabilità degli autori

Gli autori si rendono responsabili delle affermazioni contenute nell'articolo. Eventuali brani ed immagini tratti da opere protette da copyright dovranno essere accompagnati da permessi scritti alla loro riproduzione. La documentazione non richiesta non sarà restituita.