

II MEDICO OMEOPATA Anno III n. 9

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

- *Politica: Il futuro delle scuole di Medicina Omeopatica*
- *Repertorio: Il repertorio di Phatak*
- *Clinica: Risoluzione di un caso clinico di coma epatico*
- *Storia: Il genio di Hahnemann*
- *Informatica: Ultime da Mac Repertory*

Direttore Responsabile

Gustavo Dominaci

Direttore Editoriale

Edoardo Di Leginio

Redazione:

c/o Centro Omeopatico Vescovio

Piazza Vescovio 7 00199 Roma

Tel/Fax 06-86208145

ilmo@natol.org

fiamo@natol.org

Amministratore / Pubblicità:

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

Via Mancini 22 05100 Terni

Tel. 0744.422040 – Fax 0744.429900

Impaginazione:

Nadia Sforza - Terni

Stampa

Tipografia Economica Moderna

Via Primo Maggio, 15 – 05022 Amelia (TR)

Tel. 0744.981495

Hanno collaborato a questo numero

Gustavo Dominici

Edoardo Di Leginio

Gino Santini

Pindaro Mattoli

Paola Vianello

Gennaro Muscari Tomajoli

Valerio Grandi

Antonio Abbate

Maurizio Paoella

Mario Pagano

Stefano Buffetti

Giancarlo Quartucci

Lucilla Ricottini

Roberto Santini

Stefania Graziosi

Carlo Maria Rezzani

Maurizio Italiano

Domenica Mannino

Barbara Rigamonti

Carlo Giulianelli

Riccardo Tomassini

SOMMARIO

Editoriale:

pag 3 – **Può accadere**

Politica:

pag 6 – **Il futuro delle scuole italiane di medicina omeopatica**

pag 9 – **Il nuovo codice deontologico**

pag 10 – **Resoconto attività della FIAMO nel Veneto**

pag 12 – **Omeopatia & Servizio Sanitario, l'esperienza della Toscana**

pag 14 – **Progetto per le scuole di educazione alla salute e di prevenzione**

Clinica:

pag 16 – **Risoluzione di un caso clinico di coma epatico in fase terminale**

Ricerca:

pag 25 – **Impiego di phosphorus 30 CH nella terapia della fibrosi epatica sperimentale del ratto**

Repertorio:

pag 30 – **Il repertorio di Phatak**

Dottrina:

pag 34 – **Il biotipo calcarea carbonica in omeopatia costituzionale pediatrica**

Informatica:

pag 37 – **Ultime da Mac Repertory**

pag 40 – **Radar Companion**

pag 41 – **WinChip**

pag 42 – **Mac Repertory**

pag 43 – **Zizia Tips & Tricks**

pag 44 – **Amore a prima lista**

Storia

pag 45 – **Il genio di Hahnemann, il metodo l'intuizione la scienza**

Rubriche:

pag 4 – **Lettere al giornale**

pag 33 – **Viaggi**

pag 47 – **News...**

pag 49 – **Recensione**

pag 50 – **Veterinaria**

pag 53 – **Pictures**

pag 56 – **Documenti FIAMO**

Editoriale

Può accadere

di Gustavo Dominici

gdominici@mclink.it

Il Direttore

Il mondo omeopatico sta vivendo cambiamenti repentini con sussulti e parossismi febbrili. In questa situazione può accadere che quello che si scrive sia già obsoleto prima che la rivista esca. Problema rilevante, ma di minor portata se si considera il nostro giornale per quello che è, non un bollettino di informazione, ma un veicolo di dati, fatti e riflessioni non troppo deteriorabili dal tempo. Dell'informazione vera ed in tempo reale se ne sono già occupati gli esperti informatici della FIAMO che si accorpano nella figura di Edoardo Di Leginio. Le News, aggiornatissime, arrivano in tempo reale a chiunque disponga di un misero computer fornito di modem e comunichi alla direzione amministrativa pochi dati essenziali.

Funziona davvero. Questo prezioso servizio porterà ad una più opportuna suddivisione dei compiti. D'altronde le notizie non possono essere divulgate ogni quattro mesi, così come gli interventi sul metodo e la casistica clinica meritano un supporto adeguato. Anche per la rivista in senso stretto, mi riferisco principalmente al settore filosofia-scienza-clinica, qualcosa si è mosso. Non ci sono state febbri improvvise – non ce n'era necessità sono invece arrivati un certo numero di lavori di qualità più che sufficienti per i prossimi due numeri, ma soprattutto prove incontestabili che comunicazione c'è. Comunicazione, esigenza di scambio, desiderio di far conoscere, qualcosa del genere è accaduto, condito con un pizzico di fiducia, quanto basta. Grazie al Dr Mario Pagano di Catania che ha messo a disposizione il suo notevole caso clinico già presentato ad Amsterdam, redatto con cura puntigliosa. Grazie ai colleghi dell'ISMO che hanno contribuito con lo studio costituzionale di Calcarea Carbonica, un modo attento ed utile di far cooscere una visione dell'Omeopatia di tutto rispetto, quella costituzionalista appunto. Grazie al Prof. Bellavite per il suo intervento su un argomento importante quale il rapporto fra mondo omeopatico ed universitario. E grazie a tutti gli altri. Un solo piccolissimo appunto: prima di inviare qualsivoglia testo si riguardino le norme per gli autori e si rispettino quelle semplici regole, il nostro lavoro sarà più facile.

I colleghi veterinari, infine, non saranno più lasciati in disparte. Da questo numero si va strutturando uno spazio riservato a loro con informazioni, riflessioni e casistica, curato dalla disponibile Barbara Rigamonti.

Comunicazione dicevo, azioni diverse e convergenti verso un unico obiettivo, rispetto della diversità. Può accadere che questo spirito aleggi non solo sulla nostra rivista, ma su tutto il mondo omeopatico che diventerebbe così di fatto la comunità omeopatica, come molti amano chiamarlo.

Da qualche decennio gruppi non sparuti e sempre più motivati stanno lottando in trincea perché l'Omeopatia si affermi per ciò che vale. Chi occupandosi di ricerca, chi di didattica, di sperimentazione, di clinica. Entità sono nate e cresciute, sono diventate associazioni, istituti di ricerca, gruppi di lavoro. Una realtà ricchissima, fertile, che non ha bisogno di omologazione in senso stretto, né di omogeneizzazione, perché è della sua originalità e della sua libertà che vive e prospera. Accordare queste molteplici realtà per un'azione convergente è impresa tanto ardua quanto vitale.

La FIAMO potrebbe/dovrebbe fornire asilo a queste punte di diamante dell'Omeopatia, un asilo veramente ospitale, dove ognuno potrebbe trovarsi a suo agio, libero di muoversi ed agire.

La FIAMO, Federazione di fatto, diverrebbe così la voce ed il tetto comune, lungi da mire direttive, di controllo o addirittura di concorrenza, pericolose quanto inutili. Può accadere che una

Federazione diventi finalmente tale, una casa comune dove si offrono servizi chiedendo in cambio solo partecipazione.

In questa fase così delicata viene a mancare, spero temporaneamente, l'apporto del nostro Presidente che, per motivi di salute, non può prestare la sua opera. Una figura di riferimento che ci mancherà, come apporto diretto e come simbolo di un divenire auspicabile: ricordo che Giuseppe Bernardi fu Presidente della FNOM di Trento prima di esserlo della nostra Federazione

Ciao Gios!

Lettere al giornale

Caro Direttore,

ti scrivo nella doppia veste di redattore della rivista Il Medico Omeopata e di rappresentante per l'ISMO (Istituto di Studio di Medicina Omeopatica) presso il Forum recentemente attivato presso l'Ordine dei Medici di Roma. Devo premettere che in entrambe le vesti sono piacevolmente sorpreso dagli eventi che stanno sconvolgendo (positivamente, a mio parere) sia la rivista a cui collaboro che il mondo omeopatico nazionale. Dal momento in cui mi sono trovato a farne parte, ho sempre legato la mia presenza in queste attività ad un ruolo che fosse, nei limiti di quanto mi è consentito, il più attivo e costruttivo possibile; questo perché alla base di uno sviluppo concreto e produttivo di tali iniziative è di estrema importanza non solo la possibilità di esporre liberamente pensieri e critiche, ma anche l'assunzione in prima persona della responsabilità di tali affermazioni. Ed è a questo proposito che mi preme esporre un chiarimento che, apparentemente superfluo per gli addetti ai lavori, potrebbe non esserlo per chi si è dedicato (spero piacevolmente) alla lettura del numero scorso. Nella parte politica di detto numero è stato fatto un resoconto fedele e completo degli eventi che stanno verificandosi a livello nazionale in campo omeopatico. La rassegna si conclude con un articolo non firmato (quello di pagina 13, per l'esattezza) in cui si esprimono consistenti dubbi e pesanti perplessità sulla reale efficacia di questo percorso e sulle motivazioni reali che hanno spinto le istituzioni universitarie ad interessarsi così attivamente dell'omeopatia. Poiché un probabile rifiuto di stampa ha volatilizzato il nome dell'autore, è perfettamente legittimo da parte del lettore considerare il predetto articolo come un redazionale scritto dal sottoscritto oppure da Edoardo Di Leginio, essendo noi due gli unici componenti del coordinamento Redazionale. Reputo questa precisazione doverosa, in quanto non mi sento di condividere con l'autore dell'articolo tutti i timori e le perplessità di cui parla nel suo scritto.

Va sottolineato che, pur non condividendone il contenuto, non ritengo inopportuno l'articolo in sé: sono perfettamente consapevole che una rivista come Il Medico Omeopata ha l'obbligo di rappresentare tutti gli umori di questo nostro variegato pianeta omeopatico; solo ritengo fondamentale che, soprattutto in questo momento ci sia più chiarezza possibile.

E' la prima volta che l'omeopatia può disporre di un percorso scientifico e culturale adeguato alle proprie aspettative, che si prospettano le basi per un programma didattico nazionale, che può essere finalmente valorizzato nelle sedi opportune tutto il lavoro (prezioso e insostituibile) finora svolto da gruppi e associazioni, che si possa procedere seriamente ad una verifica costruttiva e puntuale di quanto noi omeopati stiamo affermando e sperimentando da anni. Tutto questo non può attuarsi, e il Forum di Roma sta lì a dimostrarlo, senza la nostra piena e fattiva collaborazione, termine che deve cominciare a circolare più spesso fra gli omeopati.

E' comunque vorrei rassicurarti: non sono così ingenuo da pensare che in tutto questo progetto vi sia l'assoluta assenza, da un lato o dall'altro, di qualche elemento di disturbo che mira solamente ad un proprio tornaconto personale oppure che a questo punto tutti i nostri problemi siano risolti. Il vero lavoro comincia adesso e il risultato sarà proporzionale alla disponibilità di tutti gli interessati, soprattutto dal versante omeopatico. Una sana differenza (quella, per intenderci, con cui ogni medico, omeopatico e non, gestisce il complesso e frastagliato rapporto con le case farmaceutiche) è comprensibile e doverosa. Ma la politica del sospetto ad ogni costo rischia di spingere l'omeopatia in un immobilismo dannoso e anacronistico.

Cordiali Saluti,

Gino Santini

Istituto di Studi di Medicina Omeopatica, Roma

Verona, 21 Settembre 1988

Spett. Redazione de "Il Medico Omeopatia", vorrei fare qualche breve considerazione sull'articolo "Inaspettato amore dell'Università per l'Omeopatia" (Luglio '98, pag 13). Mentre capisco le perplessità sollevate da iniziative di regolamentazione o di riconoscimento della professione nate al di fuori di un lavoro concertato tra le diverse realtà dell'Omeopatia italiana e delle Scuole omeopatiche, non condivido affatto l'ultima parte dell'articolo, dove si paventa un "abbraccio mortale" nei confronti dell'Omeopatia da parte delle Istituzioni didattiche e scientifiche ufficiali (vedi Università). Da questo punto di vista vorrei tranquillizzare i colleghi omeopati: non c'è nessun pericolo di un "improvviso amore" da parte delle Istituzioni per l'Omeopatia. Infatti: a) l'iniziativa dell'Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria coinvolge in modo molto marginale l'Università e, per quanto ne so io, non ha alcuna pretesa esclusivista sulla didattica e sulla ricerca; b) oggi in Italia vi sono pochissimi docenti universitari che si occupano di Omeopatia e costoro lo stanno facendo "a loro rischio e pericolo", in un ambiente quanto mai ostile e refrattario all'introduzione di questa disciplina tra le materie del curriculum formativo.

Piaccia o non piaccia, l'Università resta comunque il luogo più qualificato per la ricerca biomedica avanzata, per cui dovrebbe essere interesse anche della comunità omeopatica promuovere in tutte le forme possibili il coinvolgimento di tale Istituzione nei confronti dell'Omeopatia. L'Università è anche il luogo privilegiato della trasmissione del sapere e della professionalità al massimo livello, per cui è ovvio che la soluzione migliore per la didattica dell'Omeopatia a tempi lunghi sarebbe l'istituzione di Scuole (di Specializzazione o di Perfezionamento) di livello universitario. Così, fra l'altro, sarebbe più facilmente garantita una didattica svincolata da eccessive pressioni commerciali. Poiché al momento attuale in Università non vi sono le competenze né la "volontà politica" per organizzare scuole di Omeopatia, mi pare ovvio che nel frattempo si debba puntare da una parte a potenziare la ricerca scientifica (anche invitando le Istituzioni competenti ad allocare adeguate risorse), dall'altra a far partire esperienze didattiche-pilota ufficiali o semi-ufficiali (magari col concorso degli Ordini Professionali) in cui siano coinvolte le forze migliori delle Scuole che finora hanno operato in ambito privato.

In conclusione, mentre posso capire un certo grado di sano scetticismo verso iniziative estemporanee o non concordate, non vorrei che un'ingiustificata "paura del lupo" (che non c'è) spingesse su una linea strategica di chiusura "a riccio" del mondo omeopatico, chiusura che a mio avviso rappresenterebbe un errore uguale e contrario a quello che si rimprovera al mondo allopatico. Ora che l'Omeopatia ha l'opportunità storica di "uscire dal ghetto", conviene percorrere la strada dell'incontro piuttosto che quella dello scontro, magari evitando di "rispondere alle provocazioni" e lavorando pazientemente con e nelle Istituzioni in modo costruttivo.

Approfitto dell'occasione per dire che guardo con favore agli sforzi che stanno facendo le Associazioni Omeopatiche e la FIAMO in campo legislativo, deontologico e sindacale, nonché tutti i tentativi di fare chiarezza sullo statuto epistemologico dell'Omeopatia, stilando dei programmi di studio della materia seri e qualificati.

Con i miei più cordiali saluti

Paolo Bellavite

L'autore dell'articolo in questione è il Segretario FIAMO Pindaro Mattoli, che risponde a seguire ai quesiti che ponete. Mi scuso con tutti i lettori ed in particolar modo con il "Redattore" Gino Santini. Peccato che, Gino, intendi considerarti solo un redattore, ma accetto la scelta, purchè non ti sovenga l'idea di farci mancare il tuo prezioso contributo. Colgo l'occasione per segnalare un altro autore smarrito per strada, quello della rubrica PICTURES, che è il sottoscritto. Ringrazio per gli interventi che pubblico con piacere.

Spero che il dibattito continui

Gustavo Dominici

Per un refuso l'articolo del precedente numero della nostra rivista intitolato "Inaspettato amore dell'Università per l'Omeopatia" non è comparso firmato. L'autore era il sottoscritto.

Rispondo qui alle lettere accanto pubblicate, inviate dai colleghi Paolo Bellavite e Gino Santini a commento dell'articolo stesso. Posso affermare di essere attualmente perfettamente d'accordo con le loro affermazioni. L'articolo rispecchiava in effetti un momento di forte preoccupazione che percorse tutta la comunità omeopatica italiana all'annuncio che una entità completamente estranea stava provvedendo a compiere atti ufficiali in campo omeopatico. Nei mesi successivi il problema è stato completamente sviscerato e sul tema specifico della formazione professionale in Omeopatia e sul futuro delle scuole italiane di Medicina Omeopatica, si è svolto appositamente un convegno l'11 Ottobre scorso a Roma. Ulteriori particolari in merito possono essere recepiti dalla relazione sul convegno stesso presente in questa stessa rivista.

Pindaro Mattoli
Segretario Nazionale FIAMO

Gentile Direttore,

rimango profondamente meravigliato della polemica del presidente dell'Associazione Gruppo Omeopatico Dulcamara, Dott. Flavio Tonello, con la lettera pubblicata sul n. 8 (luglio 1998) della rivista da Lei diretta.

Per anni, e non solo in Italia, l'Omeopatia ha potuto dare testimonianza della sua esistenza grazie anche all'opera di sodalizi come il Nobile Collegio omeopatico che mi onoro di rappresentare.

Il Nobile Collegio Omeopatico opera da circa venti anni in accordo con i propri fini statutari, non lucrativi, che molto hanno giovato alla medicina omeopatica italiana, senza mai suscitare polemiche o critiche come quelle che ora registriamo. Ha profuso con generosità energie e risorse di ogni genere nella formazione dei medici e nella pubblicazione di riviste e di libri, analogamente a quanto fatto da altre organizzazioni culturali afferenti ad altre aziende farmaceutiche omeopatiche, come il C.I.S.D.O. e la S.M.B. Il Nobile collegio Omeopatico, inoltre, fin dai primi anni ottanta, ha promosso, con il plauso di tutti, scuole di assoluto valore internazionale, con docenti del livello di Alfonso Masi Elizade, prestigioso esponente dell'Omeopatia argentina, ai cui insegnamenti si sono formati i principali Omeopati Italiani come lo stesso Dott. Flavio Tonello, oggi Presidente del gruppo Omeopatico Dulcamara.

Il Nobile Collegio Omeopatico, sempre nel quadro della sua attività culturale, ha curato la realizzazione ed il finanziamento di numerosi seminari come quelli, ad esempio, organizzati a Genova sul finire del 1996, e più recentemente nell'aprile scorso in collaborazione con lo stesso Gruppo Dulcamara. Frequentemente è stata, inoltre, nel corso degli anni, la collaborazione didattica, diretta o indiretta, con alcuni Ordini dei Medici e dei Farmacisti. Ciò premesso, appare quanto mai singolare che nel momento in cui il Nobile Collegio Omeopatico promuove con la collaborazione dell'Ordine Provinciale dei Medici di Genova un corso di Medicina Omeopatica, il Gruppo Dulcamara – che proprio in quella città tiene un suo corso di Omeopatia – reagisca in maniera così decisa e, mi consenta, anche un poco scomposta. Il corso in questione si avvale della collaborazione di docenti autorevoli ed è dotato di un programma didattico ampio ed articolato. Tutto ciò ha già condotto oltre 150 medici liguri – che al momento sembrano verosimilmente esaurire la domanda di formazione omeopatica della regione – ad aderire all'iniziativa che,

oltretutto, a differenza di altre, non richiede quote di iscrizione, ma solo serietà di studio ed obbligo di frequenza.

Vuoi vedere che qualche malpensante è convinto di aver individuato le motivazioni della polemica? Gentile Direttore, nel pregarLa di voler pubblicare questa lettera nel prossimo numero della Sua rivista, colgo l'occasione per porgerLe i miei più cordiali saluti.

Il Presidente
Dott. Lamberto De Santis.

Politica

Il futuro delle scuole italiane di medicina omeopatica

Convegno della FIAMO Roma 11 Ottobre 1998

Pindaro Mattoli
Segretario Nazionale FIAMO

Negli ultimi mesi accadimenti al di fuori della comunità omeopatica italiana hanno messo in seria discussione la validità e la futura esistenza delle scuole italiane di Omeopatia.

Per analizzare insieme la situazione ed individuare eventuali azioni positive a favore delle scuole è stato organizzato dalla FIAMO il convegno dell'11 ottobre scorso a Roma.

Al convegno erano presenti: Accademia Omeopatica Pediatrica di Aquis Terme (Bersezio) – CIMI di Roma (Gianni Marotta) – CISDO di Milano (Elena Galogeropoulos – Candida Berti – Edoardo Felisi) – CSOA di Milano (Vincenzo Bonifacio - Minelli) – F.O.I. di Napoli (Nicola Del Giugice) – IRSMO di Catania (Giuseppe Attanasio) – ISMO di Roma (Gino Santini) – Istituto di Medicina Olistica dell'Università di Urbino (Luigi Ottavio) – KOINE'/ULMUS di Milano (Maurizio Italiano) – LUIMO di Napoli (Alma Rodriguez – Carlo Melodia) – MEDOM di Roma (Pietro Federico) – O.M. Omeopatia Mediterranea di Napoli (Domenico Di Carlo) – OMOIOS di Roma (Paolo Visalli) – Scuola di Medicina Integrata di Torino (Vera Garelli) – Scuola di Omeopatia Classica di Thiene (Stefano Barni) – Scuola Italiana Hahnemanniana "P.S. Ortega" di Modena (Nicola Portone) – Scuola Superiore di Medicina Veterinaria Omeopatica di Cortona (Franco Del Francia – Barbara Rigamonti) – S.I.O. scuola di Torino (Armida Rebuffi). Era inoltre presente anche il Vicepresidente per l'Italia della LMHI Pietro Federico. La FIAMO era rappresentata dal segretario Pindaro Mattoli, dal tesoriere e coordinatore del comitato per l'Informatica Edoardo Di Leginio, dai consiglieri Antonio Abbate, Valerio Grandi e Barbara Rigamonti, e dal coordinatore del Comitato Legale e Sindacale Paola Vianello.

Di seguito i vari discorsi e interventi:

INTRODUZIONE – COSA E' LA FIAMO (Mattoli)

Ringrazio anzitutto i colleghi che hanno risposto al nostro appello e sono oggi presenti. La difficile situazione attuale richiede in effetti uno sforzo comune per superare ostacoli veramente impegnativi.

Ritengo utile anzitutto riconsiderare insieme l'identità della FIAMO e le sue funzioni (viene distribuito a tutti un estratto dello statuto contenente gli scopi della Federazione). Nel lontano 1989 le istituzioni italiane iniziavano a prendere posizione nei confronti del fenomeno Omeopatia in continua espansione e ad imporre unilateralmente regolamentazioni limitanti nei confronti della pratica professionale omeopatica (Circolare del Ministero della Sanità che limitava la produzione di alcuni medicinali omeopatici per noi indispensabili). Si percepì in quel momento chiaramente quanto il mondo omeopatico italiano fosse frammentato e quindi debole, sia dal punto di vista politico che scientifico. La nostra Federazione è stata fondata perché era necessaria una struttura istituzionale che permettesse alle associazioni e agli omeopati di ritrovarsi alla pari per lavorare insieme nei vari settori, politico e scientifico, e di presentarsi compatti e coerenti alle istituzioni, per il bene comune. Gli avvenimenti successivi al 1989, soprattutto i più recenti, e le relative azioni finora intraprese dalla FIAMO, ne hanno confermato la necessità e la validità.

La S.I.M.O.

Prendo ora in considerazione un problema un po' delicato che necessita di essere chiarito al più presto nell'ambito della comunità omeopatica italiana: la recente fondazione della S.I.M.O. (Società Italiana di Medicina Omeopatica) da parte di alcuni colleghi promotori provenienti dall'Accademia Omeopatica Palermitana e dalla S.I.O. che tutti conoscete. Le suddette due associazioni sono state come tutti voi inviate una lettera nella quale comunicano appunto la nascita e le future attività della S.I.M.O. (la lettera viene letta a tutti i convenuti). Il Consiglio Direttivo della F.I.A.M.O., nella seduta del 3 Ottobre scorso, ha preso in considerazione fra le altre cose anche la nascita della S.I.M.O.: all'esame attento dello statuto, e in particolare degli scopi e funzioni e della struttura sociale e amministrativa, tale associazione è stata individuata e valutata come parallela e concorrenziale alla FIAMO. Fatto comunque democraticamente salvo il diritto di ogni collega omeopata di costituire associazioni, il Consiglio ritiene che, nel presente momento storico di incontro/scontro con le istituzioni italiane per la regolamentazione della pratica professionale omeopatica, la nascita di una associazione concorrenziale alla FIAMO crei una pericolosa potenziale dicotomia e rechi danno all'immagine e all'azione politica di tutta la comunità omeopatica italiana. Il Consiglio ritiene peraltro di non intraprendere azioni né in positivo, né in negativo nei confronti della SIMO. Questa è la posizione ufficiale del consiglio della FIAMO, che contribuisce a chiarire definitivamente una situazione che si trascina in maniera ambigua da quasi due anni.

PUNTI ACQUISITI NELL'AMBITO DELLA COMUNITA' OMEOPATICA ITALIANA

Ritornando all'argomento del giorno, siamo qui riuniti per discutere insieme in generale sul futuro dell'Omeopatia italiana. Di fronte alle istituzioni che si rapportano ora con noi, la comunità omeopatica deve dimostrare, come già detto, compattezza e coerenza: su questa via sono stati già intrapresi negli anni scorsi dei passi validi, è stata cioè progressivamente elaborata una autoidentificazione e una autocodificazione. Nell'ambito della FIAMO sono stati affermati, ed ora da tutti riconosciuti, alcuni punti fondamentali: a) la definizione minimale, "politica", di Medicina Omeopatica, come la terapia basata sulla Legge dei Simili, sulla Sperimentazione Patogenetica, sull'uso di medicinali omeopatici (diluuti e succussi) unitari e sulla prescrizione personalizzata sui sintomi peculiari del malato (la definizione include unicisti, costituzionalisti e pluralisti); b) la classificazione delle terapie che utilizzano medicinali preparati omeopaticamente Medicina Omeopatica, Medicina Antroposofica, Omotossicologia, Complessismo, Immunoterapia Omeopatica, Organoterapia, Isoterapia, etc. (viene distribuito a tutti un documento FIAMO contenente la definizione e la classificazione di cui sopra). Tali definizioni donano al Medico Omeopata una precisa identità professionale. Nell'ambito invece di un nutrito gruppo di scuole di Omeopatia, uniciste e pluraliste, è stato elaborato uno schema minimale di programma di formazione professionale che, per l'ampio raggio di provenienza, rivesta senz'altro una veste autorevole.

ISTANZE FUTURE DA SVILUPPARE

Per quanto riguarda l'azione futura da intraprendere, sembra logico dunque partire dai punti già codificati di cui sopra e proseguire oltre. I punti ancora in sospeso, di non poca importanza, sono: il Registro Nazionale degli Omeopati; il Registro delle Scuole, dei Docenti e degli eventuali "tutors"; la sanatoria per l'iscrizione al Registro degli Omeopati per gli omeopati già operanti; la pubblicità sanitaria.

C'è però una considerazione da fare; nel momento in cui è oramai iniziato un dialogo proficuo con le istituzioni, le quali per prime riconoscono ora l'esigenza di regolamentare l'Omeopatia, non è più possibile procedere sulla via dell'autocodificazione, ma tale azione dovrà essere via via elaborata e concentrata insieme alle istituzioni suddette, fornendo loro una qualificata consulenza e collaborazione. In questo senso la FIAMO ha lavorato efficacemente per rappresentare degnamente le istanze della comunità omeopatica italiana ed ha ottenuto in notevole riconoscimento presso le stesse istituzioni.

ULTIMI AVVENIMENTI

Dopo anni di stasi, negli ultimi due anni molti eventi hanno dato, e stanno dando, un impulso notevole al riconoscimento ufficiale dell'Omeopatia: - la risoluzione del Parlamento Europeo del maggio 97 sullo "statuto delle Medicine non convenzionali", nella quale si esorta la istituzione di commissioni che elaborino una regolamentazione di tali medicine a livello comunitario; - la presentazione al Parlamento Italiano della Legge Galletti (Verdi) sulle terapie non convenzionali, elaborata in stretta collaborazione con il Comitato Legale della FIAMO; - la istituzione da parte della FNOMCeO di una Commissione sulle terapie non convenzionali; - la costituzione di una commissione e poi di un forum permanente sulle terapie non convenzionali nell'ambito dell'Ordine dei Medici di Roma; - la convenzione fra l'Accademia Omiopatica Palermitana e l'Ordine dei Medici di Palermo per la codificazione della formazione professionale omeopatica a livello regionale; - il progetto di fondare scuole di Omeopatia da parte di associazioni mediche autorevoli (Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria, etc.).

POSSIBILITA' DI OMOLOGAZIONE DELL'INSEGNAMENTO DELL'OMEOPATIA

Orbene ritornando al problema particolare delle scuole ci si deve chiedere quale reali e legali possibilità si possono prospettare per la omologazione dell'insegnamento della Medicina Omeopatica in Italia. Anzitutto va evidenziato che in Italia l'unica entità che abbia ai sensi della legislazione la facoltà di istituire corsi post laurea in Medicina è solamente la stessa Facoltà universitaria di Medicina. C'è poi attualmente la presenza attività della Commissione per le medicine non convenzionali della FNOMCeO: in quest'ambito si potrà forse ottenere una qualche omologazione delle scuole di Omeopatia rispondenti a determinati requisiti ancora tutti da codificare, ma in che termini giuridici potrà questo avvenire è ancora tutto da indagare. Un precedente interessante è la trattativa in corso fra l'Ordine dei Medici di Roma e l'Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria, la quale a sua volta è convenzionata con le Università di Sinea e di Chieti. Un apporto determinante per quanto riguarda la formazione professionale omeopatica potrebbe venire dalla legge Galletti recentemente presentata in Parlamento, nella quale si prevede un "diploma rilasciato dall'Università o da scuole private riconosciute dal Ministero della Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica". Ulteriore interessante possibilità è che l'Università organizzi un corso di formazione in convenzione con una autorevole associazione esterna: un esempio ne è la sopracitata Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria. Ebbene la suddetta autorevole associazione esterna potrebbe essere anche la FIAMO stessa che oramai è riconosciuta ed apprezzata a molti livelli istituzionali e che potrebbe fare da mediatrice e da garante nel rapporto fra le scuole private e l'Università. Infine, su tutta la situazione italiana, come vedete molto articolata, incombe dall'alto la eventuale regolamentazione che potrà essere concepita nei prossimi tempi dal Parlamento Europeo. Teniamo conto del fatto che i due livelli, nazionale e comunitario, sono interagenti e che per quanto presto si riesca ad ottenere una regolamentazione italiana giusta per noi, collateralmente sarà influenzata in questo senso l'elaborazione della legge europea; e per quanto l'Italia ritardi a legiferare in campo omeopatico, aumenta la possibilità che prevalgano a livello comunitario leggi permissive con il temibile riconoscimento della figura dell'heilpraktiker non medico.

DIBATTITO

Nicola del Giudice: è importante che ci sia un confronto che va stabilito tra le realtà associative omeopatiche storiche (ossia fra quelle che hanno non meno di 15 anni di attività). Occorre che si concordi sugli aspetti più importanti dell'Omeopatia e si stabilisca anche un monte-ore. La FIAMO deve assumere un ruolo politico di coordinamento. Le attività scientifiche devono essere curate dalle associazioni storiche che hanno esperienza.

Valerio Grandi: le iniziative che riguardano la formazione dei medici omeopati devono tenere conto in primo luogo della necessità di fornire agli utenti professionisti validamente preparati. La libertà

di scelta terapeutica deve essere basata su una corretta informazione, per cui l'utente deve essere in grado di sapere cosa il medico sarà in grado di offrirgli, perché gli obiettivi terapeutici, i tempi e i costi della cura possono essere differenti. Non è inutile cominciare a pensare a un modo (indagine) per valutare la qualità dei percorsi didattici forniti dalle scuole.

Alma Rodriguez: bisogna fare chiarezza. Dobbiamo identificare gli omeopati classici. L'ordine dei Medici deve recepire l'Omeopatia classica. Non è possibile con 200 ore di lezione concepire un corso di Omeopatia classica.

Riconosciuto che siamo tutti medici, va definito esattamente chi è il medico omeopata, l'Omeopatia classica va separata da altri tipi di terapia che assumeranno la loro peculiare identità.

Armida Rebuffi: assistiamo a giochi di potere in tutte le strutture. Personalmente mi identifico nella FIAMO e nella SIO. Bisogna mettersi d'accordo insieme e discutere gli obiettivi.

Carlo Melodia: la comunità omeopatica deve regolamentarsi per quanto riguarda la formazione del medico. Il riconoscimento ordinistico ci limita: grazie alla regolamentazione ordinistica l'omeopata che abbia un contenzioso legale passa dalla colpa generica a quella specifica.

Dobbiamo stabilire noi quali possano essere i limiti dell'Omeopatia. Dobbiamo riunirci e discutere sulla preparazione del medico omeopata. Come mondo omeopatico siamo già una realtà e le nostre riunioni rappresentano anche una tutela dell'utenza: è essa a subire eventuali disfunzioni. Con una buona Omeopatia non si fa del male.

Minelli: la qualifica di medico omeopata non è riconosciuta. Va esaminato l'art. 12 del codice deontologico. L'articolo ci colpisce così come avviene per gli omeopati francesi. Nel nuovo codice è stato tolto il concetto di "scienza e coscienza" e sostituito con le abitudini e i costumi della comunità medica internazionale (protocolli). Ciò è snaturante per l'Omeopatia poiché essa non possiede protocolli. Dunque è importante il "consenso informato del paziente"; riduce il problema del contenzioso.

Stefano Barni: esiste un antagonismo inevitabile tra FIAMO e SIMO. Occorre una terza realtà. C'è un clima di forte contrapposizione che bisogna accettare e superare. Occorre una nuova associazione tra scuole. Un contenitore superiore.

Paola Vianello: la figura dell'omeopata è l'espressione di una radicale trasformazione del medico. Dunque condivido le affermazioni di Melodia. Ma esiste una realtà: il riconoscimento dell'Omeopatia da parte delle istituzioni. E' un processo che si sta compiendo. E' importante che si stabiliscano dei parametri, dei requisiti minimi per arrivare ad una qualifica. E' anche importante fissare dei criteri per le scuole ed affrontare la novità del consenso informato. I colleghi allopati possono denunciarcì perché sottraiamo il malato ai protocolli ufficiali.

Nicola Del Giudice: sono importati gli studi che vengono portati avanti per la dimostrazione che la diluizione omeopatica non è acqua semplice. Un risultato in tal senso può dare forza all'Omeopatia. Assistiamo in campo omeopatico a conflitti e tentativi di diverse realtà isolate di arrogarsi il diritto a rappresentare tutti. Non deve esistere un unico referente, ma una realtà di associazioni che devono federarsi all'interno di una organizzazione che deve svolgere solamente un ruolo di portavoce. Non debbono essere codificati da tale organizzazione programmi di formazione, come non deve essa curare la parte scientifica.

Domenico Di Carlo: è necessario un organismo espressione di tutti e che dia visibilità a tutti.

Edoardo Felisi: sono stati introdotti protocolli per l'Omeopatia in alcune patologie. C'è grande preoccupazione in Francia. I protocolli rappresentano una incredibile spada di Damocle.

Pietro Federico: quando le associazioni si presentano tutte insieme a livello istituzionale (all'Ordine dei medici, etc.) portando ciascuna le proprie opinioni e richieste, i risultati sono disastrosi. E' importante che una federazione come la FIAMO convogli in un'unica grande operazione le istanze di associazioni e scuole. Dobbiamo fare un esame di coscienza. Dobbiamo ricostruirci nel filone della FIAMO.

Antonio Abbate: dai diversi interventi emergono due diverse problematiche che dovrebbero essere distinte. La prima riguarda la frammentazione della cultura omeopatica. L'azione curativa del rimedio omeopatico è dovuta ad uno specifico fenomeno naturale. Eppure abbiamo molte scuole

omeopatiche e molte omeopatie. Il problema della frammentazione della cultura omeopatica è nato che Hahnemann era ancora in vita. Da sempre dunque assistiamo a ciò che possiamo definire la “diaspora” dell’Omeopatia. Sarà necessario un lungo e lento lavoro e la comunità omeopatica dovrà porti l’obiettivo della riunificazione. Condivido dunque l’intervento di Melodia e Rodriguez che sottolineano l’importanza che si giunga ad una definizione dell’Omeopatia e della comunità omeopatica. Ma considero questo obiettivo come un traguardo raggiungibile solo in tempi molto lunghi. Attualmente rileviamo l’esistenza di grandi contrasti e divisioni, visto che ciascuna scuola ritiene di detenere la verità. Secondo punto: se il problema della frammentazione della cultura omeopatica può e deve essere affrontato nel lungo periodo, esso non deve essere confuso con le iniziative politiche nei confronti delle strutture ufficiali e paraufficiali che stanno portando inesorabilmente l’Omeopatia alla istituzionalizzazione.

E’ importante partecipare uniti a tali iniziative: esse vanno avanti anche se noi non partecipiamo. Dobbiamo collaborare e fornire, in qualità di esperti in Omeopatia, le informazioni e le nozioni essenziali su ciò che caratterizza l’Omeopatia e la contraddistingue dalle altre terapie non convenzionali. Non possiamo permetterci che, per motivi culturali, tra noi ci sia conflittualità. La conflittualità separa e crea confusione. E’ impensabile supporre che si riesca a trovare, nel breve periodo, unità e concordia tra le diverse anime della cultura omeopatica, ma oggi è necessaria un’intesa. La FIAMO può proporsi come un campo neutrale per il confronto. Alle istituzioni che ci chiedono collaborazione come competenti in Omeopatia, dobbiamo rispondere fornendo dati precisi, notizie essenziali, quali ad es. una definizione dell’Omeopatia e i programmi di insegnamento minimali per le scuole, a tutela della comunità omeopatica e degli utenti. Nulla vieta alle scuole di adottare programmi più ampi e monte-ore più elevati, ma è necessario stabilire concordemente dei minimali.

PROPOSTA DI COSTITUZIONE DI UN COMITATO DELLE SCUOLE (Mattioli)

Ora che abbiamo analizzato a fondo insieme lo stato attuale della situazione, vi presento una proposta operativa che è stata elaborata dal consiglio della FIAMO nel corso dell’ultima riunione del 3 ottobre scorso. Valutate le condizioni attuali delle scuole italiane di Medicina Omeopatica, è stata individuata soprattutto la necessità di creare un luogo istituzionale di incontro e di autodeterminazione politica delle scuole presso le istituzioni. Il Consiglio ha attuato pertanto una ristrutturazione del Comitato per la Formazione Professionale.

Il comitato sarà rinominato “Comitato delle Scuole Italiane di Medicina Omeopatia” e sarà articolato in 3 sezioni: 1) Comitato delle Scuole di Medicina Omeopatica Umana 2) Comitato delle Scuole di Medicina Omeopatica Veterinaria; 3) Laboratorio di Didattica. Dei primi due comitati faranno parte tutte le scuole che ne faranno richiesta. Del Laboratorio di Didattica faranno parte tutti i docenti che vorranno aderire per approfondire e perfezionare la didattica in Medicina Omeopatica. Nell’ambito dei comitati stessi e del laboratorio di didattica sarà eletto dai membri il rispettivo Coordinatore. A garanzia reciproca fra le scuole, che dovrebbero comunque godere di ampia autonomia decisionale e rappresentativa, e il Consiglio della FIAMO, che rappresenta presso le istituzioni, oltre alle scuole, anche tutte le altre componenti della comunità omeopatica italiana (associazioni, singoli omeopati, etc.), e con lo scopo di presentare una immagine coerente alle istituzioni stesse, eventuali azioni politiche ed esternazioni al di fuori della FIAMO, riguardanti la Formazione Professionale, saranno concordate e presentate alla pari fra il Comitato delle Scuole e il Consiglio. Si auspica peraltro che, come già avviene attualmente, anche per il futuro alcuni docenti delle scuole siano contemporaneamente anche membri del Consiglio o rivestano altre cariche nella FIAMO, il che renderà ancora più facile e armonioso il rapporto fra le scuole stesse e il Consiglio.

PROPOSTE SCIENTIFICHE E CULTURALI – IL CONGRESSO NAZIONALE ANNUALE DI MEDICINA OMEOPATICA (Mattioli)

Come potete evincere dallo statuto, gli scopi della FIAMO non si riducono semplicemente a istanze politico-sindacali, ma prevedono anche la promozione del settore scientifico e culturale. A

differenza dell'azione politica che impone, come abbiamo visto, una immagine minimale, sintetica e monocorde della comunità omeopatica italiana, nel settore scientifico e culturale la differenza e la varietà diventano preziose e vanno evidenziate e valorizzate. In Italia sono peraltro presenti tutte le correnti teoriche e dottrinali omeopatiche esistenti al mondo. Tale varietà è però ancora poco produttiva perché manca quasi completamente l'abitudine allo scambio e al confronto fra le varie correnti teoriche. Anche in questo campo, come in quello politico, la FIAMO può fungere da luogo neutrale di incontro fra le varie entità, collettive e singole, di diversa estrazione culturale. Già la rivista della FIAMO "Il Medico Omeopata", sopperisce parzialmente a ciò, facendo circolare le idee e i risultati clinici di ogni corrente. Per incrementare appunto ulteriormente lo scambio culturale ed anche per il piacere di ritrovarsi periodicamente di persona fra colleghi, il consiglio ha pensato di istituire un congresso nazionale annuale di medicina omeopatica, previsto per inizio Ottobre di ogni anno. Il primo congresso nazionale della FIAMO sarà celebrato a Roma il 2-3 Ottobre 1999 sul tema "La raccolta del caso in Medicina Omeopatica – metodologie a confronto"; saranno accolti anche temi liberi su altri argomenti.

Invitiamo tutti i colleghi, soprattutto i rappresentanti più qualificati delle varie correnti, a programmare il loro intervento al congresso: iniziamo finalmente un fecondo dialogo nel campo della epistemologia e metodologia clinica in Omeopatia.

STRUMENTI DI COMUNICAZIONE DELLA FIAMO (Di Leginio)

Sono tre le strutture ad oggi organizzate e funzionanti che la FIAMO mette a disposizione della comunità omeopatica italiana. In ordine di realizzazione sono: la rivista quadrimestrale "Il Medico Omeopata"; il sito Web www.fiamo.org; le "FIAMO Notizie Flash".

- a) LA RIVISTA "IL MEDICO OMEOPATA": la rivista, 1.500 copie in distribuzione a ritmo quadrimestrale, già al terzo anno di pubblicazione, fornisce occasione di conoscenza e di confronto. La rivista è anche un ottimo veicolo pubblicitario. La pubblicità è aperta alle scuole e associazioni per comunicare attività come seminari ed eventi di particolare interesse. La pubblicità è aperta alle ditte di pubblicizzare la loro immagine solo in riferimento a medicinali unitari, in coerenza con la nostra definizione di Medicina Omeopatica. Abbiamo in studio avanzato la possibilità di aprire la pubblicità ai corsi delle scuole a tariffe agevolate.
- b) IL SITO WEB FIAMO: la FIAMO è in grado di usare un server proprietario con servizi di www, ftp, News Group e di Posta elettronica. Questo gli permette di gestire in maniera completamente indipendente: - domini virtuali dove ognuno può sviluppare un proprio sito a scopi pubblicitari, di comunicazione o didattici; - Mailing-list, cioè gruppi di discussione chiusi e aperti, rivolti all'esterno con una gradazione che va dal grande pubblico al singolo utente: caselle postali in qualità e numero praticamente infinito. Nel prossimo futuro è previsto lo sviluppo di strumenti per teleconferenza e altri similari.
- c) "FIAMO NOTIZIE FLASH": è l'ultimo strumento di comunicazione messo a punto. E' un notiziario di comunicazione messo a punto. E' un notiziario gratuito che informa tempestivamente la comunità omeopatica italiana sulle ultime novità in campo omeopatico. Esso è stato sviluppato per via telematica e su supporto cartaceo. Per via telematica svariate decine di persone ricevono le notizie su Internet via E-mail. Su supporto cartaceo, per posta, le notizie vengono inviate a tutte le associazioni e scuole omeopatiche, ai comitati operativi e alle sezioni regionali della FIAMO. Ci si augura che un numero sempre crescente di utenti si adegui alla via telematica per ridurre il costo e il lavoro aggiunti che la distribuzione cartacea comporta.

Va ricordato per inciso che la FIAMO ha realizzato tutto questo senza vincolo economico con alcuno, se non con i propri soci.

CONCLUSIONI (Mattoli)

Mi sembra che il convegno sia stato ricco ed esauriente per i contenuti e produttivo per le prospettive operative. Una relazione del convegno sarà inviata a tutte le associazioni e scuole e a tutte le strutture della FIAMO attraverso le "FIAMO Notizie Flash", nonché a breve scadenza pubblicata sulla rivista che è distribuita a tutti i singoli colleghi.

Le scuole riceveranno anche un invito ad aderire al Comitato dalle Scuole Italiane di Medicina Omeopatica. Penso infatti che il convegno di oggi rivesta realmente un significato storico, un ritorno e una riedizione dello spirito del CURMO, il comitato promotore che in seguito si costituì in FIAMO, e penso anche che questo convegno abbia gettato le basi operative per una ancora più incisiva azione politica e culturale ed ampio raggio da parte della comunità omeopatica italiana, che non mancherà di dare buoni frutti a breve e lunga scadenza.

Politica

Il nuovo codice deontologico

Paola Vianello

pviaanello@natol.org

Coordinatrice Comitato Legale e Sindacale FIAMO

ULTERIORE GIRO DI VITE NEI CONFORNTI DEI MEDICI NON CONVENZIONALI

E' stato recentemente approvato dal Comitato Centrale della FNOMCeO il testo del nuovo Codice Deontologico. Qui di seguito si evidenziano e si commentano le differenze fra il vecchio e il nuovo codice, per quello che riguarda in particolare gli articoli relativi alle terapie non convenzionali.

Art. 12 vecchio codice:

Prescrizione e trattamento terapeutico:

“Al medico è riconosciuta piena autonomia nella scelta, nell'applicazione e nella programmazione dell'iter dei presidi diagnostici e terapeutici, [...], fermi restando i principi della responsabilità professionale.

Ogni prescrizione e ogni trattamento devono essere comunque ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche. [...]

Sono vietate l'adozione e la diffusione di terapie segrete, scientificamente infondate o non supportate da adeguata sperimentazione e documentazione clinico-scientifica, oppure atte a suscitare illusorie speranze”.

Art. 12 nuovo codice:

Prescrizione e trattamento terapeutico:

“La prescrizione di un accertamento diagnostico e/o di una terapia impegna la responsabilità professionale ed etica del medico e non può che conseguire a un fondato sospetto diagnostico o a una diagnosi circostanziata. Su tale presupposto al medico è riconosciuta autonomia nella programmazione, nella scelta e nella applicazione di ogni presidio diagnostico e terapeutico, [...], fatta salva la libertà del cittadino di rifiutarle e assumersi la responsabilità del rifiuto stesso.

Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche e all'osservanza dei principi di rapporto rischio-beneficio e costo-beneficio.

Il medico [...] deve adeguare nell'interesse del cittadino le sue decisioni ad dati scientifici accreditati e alle evidenze metodologicamente fondate [...].

Sono vietate l'adozione e la diffusione di terapie segrete e mezzi diagnostici, non provati scientificamente o non supportati da adeguata sperimentazione e documentazione clinico-scientifica [...].”

Commento: l'art. del vecchio codice iniziava con una frase ben chiara che affermava in via di principio la piena autonomia della prescrizione del medico, salva comunque la sua responsabilità professionale. Nel prosieguo del testo dello stesso art. però, erano già presenti degli assunti che contraddicevano l'affermazione precedente, limitandone fortemente il significato. Nell'articolo del nuovo codice manca la chiarezza e l'enfasi dell'affermazione di principio della prima frase del codice precedente e le maggiori specifiche pongono ulteriori limiti alla libera prescrizione del medico.

Art. 82 vecchio codice: Pratiche alternative:

“La potestà di scelta di terapie e di metodi innovativi o alternativi rispetto alle consolidate esperienze scientifiche si esprime nell'esclusivo ambito della diretta e non delegabile responsabilità professionale”.

Art. 13 nuovo codice: Pratiche non convenzionali:

“La potestà di scelta di pratiche non convenzionali rispetto alle consolidate esperienze scientifiche e nel rispetto del decoro e della dignità professionale si esprime nell’esclusivo ambito della diretta e non delegabile responsabilità professionale, fermo restando che qualsiasi terapia non convenzionale non deve sottrarre il cittadino a specifici trattamenti di comprovata efficacia e nel rispetto del consenso informato”.

Commento: l’art. del vecchio codice si limitava ad affermare giustamente, in via di principio, la responsabilità professionale che si assume il medico che pratica terapie non convenzionali non riconosciute dalla comunità scientifica ufficiale. L’art. del nuovo codice contiene in più una frase aggiunta che sembra addirittura rendere obbligatorio il mantenimento della terapia convenzionale alla quale il paziente è sottoposto. In positivo c’è da rilevare la variazione del titolo da “pratiche alternative” a “pratiche non convenzionali”. E’ implicito fra l’altro in entrambi gli articoli il riconoscimento dell’assistenza di terapie non allineate con quella ufficiale.

Commentando in generale tutto lo spinoso argomento, si può affermare che già nel vecchio codice erano presenti delle regole, le quali, se strettamente applicate, avrebbero potuto divenire uno strumento di repressione indiscriminata nei confronti dei medici non convenzionali. Nel nuovo codice tali regole vengono ulteriormente specificate e quindi inasprite. Pur riconoscendo che tali assunti sono stati concepiti per frenare alcuni evidenti abusi, per salvaguardare la dignità della professione medica, si ritiene che tale regolamentazione sia ampiamente contraddittoria e incoerente al suo interno, ed inoltre in contrasto con alcuni principi generali irrinunciabili della Deontologia Medica, come la “libertà e indipendenza professionale”, “l’autonomia della scelta terapeutica” ed inoltre anche il “reciproco rispetto e la considerazione della rispettiva attività professionale” alle quali dovrebbero essere ispirati i rapporti tra i medici.

Politica

Resoconto attività della FIAMO nel Veneto

Gennaro Muscari Tomajoli

gennimus@iol.it

Coordinatore FIAMO Regione Veneto



Dopo aver “seminato” per anni, finalmente “raccolgiamo” qualcosa anche dall’Ordine dei Medici della provincia di Venezia.

La “raccolta” consiste nella Costituzione di un Gruppo di studio sulle Medicine non Convenzionali, così com’è già avvenuto presso l’Ordine dei Medici di Verona, i cui lavori sull’omeopatia sono coordinati dal dott. Maurizio Castellini.

Qualcosa di simile è stato promosso anche a Vicenza, contando soprattutto sull’appoggio del Presidente dell’Ordine.

E ci aspettiamo che anche gli Ordini delle altre città venete seguano a ruota, sia per “non essere da meno” sia per il fatto che Venezia è capoluogo ed ha una specie di giurisdizione sugli altri Ordini del Veneto, anche se dovrà essere vinta la proverbiale resistenza alle Medicine Complementari dell’Ordine di Padova.

Il Gruppo di studio veneziano per ora è formato da Medici che praticano le seguenti discipline: Omeopatia, Agopuntura, Naturopatia e Iridologia, ma dovrà comunque essere aperto a qualsiasi altro medico, esperot in una disciplina non convenzionale, che ne faccia specifica richiesta.

Per esperto si intende in grado – per esempio- di tenere una conferenza informativa ai colleghi.

Così qualsiasi medico – o paziente – potrà ottenere più facilmente informazioni, aggiornamenti e consulenze su queste specifiche discipline. Un primo progetto, suggerito dallo stesso Ordine di Venezia e già realizzato, consiste nella elaborazione di un protocollo di sperimentazione clinica omeopatica, rimanendo in un ambito di ricerca osservazionale, date le possibilità molto limitate di ricerca di liberi professionisti come noi, per fvalutare l'efficacia del trattamento omeopatico nella cefalea essenziale primitiva, sia per la sintomatologia che per la prevenzione. Si vuole valutare anche l'applicabilità del questionario SF36 sulla qualità della vita al follow-up della terapia omeopatica.

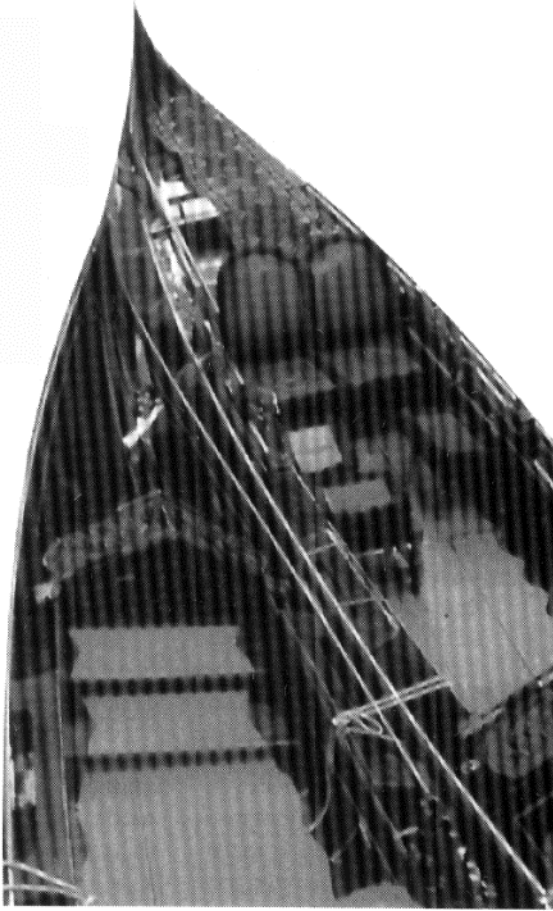
Si ritiene che questo tipo di studio e la scelta libera del rimedio omeopatico per ogni paziente, nonché l'utilizzo di un questionario sulla qualità di vita, sia la metodica sperimentale che meglio si adatta al lavoro clinico quotidiano dei medici omeopati privati, non operanti in strutture ospedaliere. Questa ricerca assume una particolare valenza sia perché avviata sotto l'egida dell'Ordine dei Medici di Venezia, sia perché la stessa patologia – la cefalea – è oggetto di sperimentazione anche da parte delle altre due sezioni del Gruppo di studio: la sezione per l'Agopuntura e la sezione per la Naturopatia.

In questo modo ci sarà la possibilità di confrontare queste tre terapia – Omeopatia, Agopuntura e Naturopatia – su una stessa patologia.

Questo protocollo di sperimentazione è stato presentato al congresso del COST-B4 a Pavia lo scorso giugno. La ricerca è iniziata il 15 settembre 1998, ma i colleghi omeopati – iscritti ad un Ordine veneto – possono ancora partecipare e reclutare pazienti cefalalgici almeno fino a marzo '99, per arrivare all'arruolamento complessivo di almeno 50 casi validi. I medici che finora hanno aderito alla Ricerca sono: Maurizio Albano, Federico Allegri, Fabio Bedin, Hugo Carrara, Maurizio Castellini, Mauro Gallina, Elvio Miali, Gennario Muscari Tomajoli, Alessandro Targhetta e Pierluigi Tubia. E' prevista la supervisione di un osservatore indipendente – l'Osservatorio per le Medicine Complementari presso l'Istituto di Chimica e Microscopia Clinica dell'Università di Verona diretto dal Prof. Paolo Bellavite – che registrerà i pazienti arruolati e custodirà i questionari SF36 (Voglio sottolineare la felice scelta del nome “Complementari”, più appropriata e corrispondente alla realtà).

Chi fosse interessato a ricevere questo protocollo di sperimentazione mi può contattare all'indirizzo telematico gennimus@iol.it oppure al n. tel. 041.950655.

Altra iniziativa in cantiere, sempre in collaborazione con l'Ordine dei Medici, è un censimento – possibilmente un Registro – dei medici veneziani che praticano una medicina non convenzionale, da estendersi quanto prima a quelli del Veneto, cercando di distinguere i singoli settori di esperienza: omeopatia, omotossicologia, naturopatia, agopuntura, ecc.



Cambio di sede della Sezione Regionale: della Scuola di Medicina omeopatica di VR allo Studio Medico Associato Muscari – Miali a Mestre – Venezia. Questo sia per comodità e praticità da parte mia nel seguire l'organizzazione della segreteria, sia perché ormai la Signora Fernanda, segretaria e “colonna portante” della Scuola di Verona, era ormai oberata da troppi impegni; infatti da qualche anno segue anche la segreteria della Società Italiana di Omeopatia (S.I.O.) l'Associazione delle Scuole

Di Omeopatia (per saperne di più si può visitare la sezione della SIO presso il sito della Scuola: www.omeoscuolavr.org).

Infine voglio informare gli omeopati della mia regione che alcuni di noi si incontrano mensilmente da anni – prima a Mogliano Veneto ora a Mestre, più raggiungibile – per vedere insieme qualche particolare caso clinico dal vivo (eventualmente con televisione a circuito chiuso) o per discutere di Materia Medica (molti di noi insegnano Omeopatia) o semplicemente per scambiarsi le ultime informazioni e impressioni sugli avvenimenti che riguardano l'Omeopatia. Naturalmente è gradita la partecipazione di qualsiasi omeopata, possibilmente unicista o... “aspirante unicista”.

LA FIAMO DA'... I NUMERI

Siamo arrivati alla fine dell'anno ed è venuto il momento di tirare le somme per avere un'idea di quello che in un anno la Sede Amministrativa ha fatto. Abbiamo interrogato il nostro database ed è venuto fuori che nell'ultimo anno della Sede Amministrativa della FIAMO sono state spedite circa 3000 lettere ed inviati più di 1000 fax.

La rivista "Il Medico Omeopata" è stata spedita a 1550 medici per il numero 7 e 1530 per il numero 8. Inoltre 200 copie degli ultimi numeri sono state diffuse "extra" e circa 30 per un numero sono finite sulle scrivanie di omeopati esteri.

La sede Amministrativa ha ricevuto in media circa 5 telefonate al giorno per richieste di informazioni varie e più di 6000 sono state le fotocopie di materiale documentario fatte.

Come potete vedere da fare ce n'è stato e a come stanno andando le cose molto altro si profila all'orizzonte. Una crescita costante, insomma in direzione della maturità della FIAMO e della comunità omeopatica Italiana.

Politica

Omeopatia & Servizio sanitario L'esperienza della Toscana

Valerio Grandi

ygrand@tin.it

Consiglio Direttivo Nazionale FIAMO

Tutto è iniziato con la proposta dei Verdi di inserire un medico omeopata nelle liste per le ultime elezioni politiche. Nei mesi seguenti si sono approfonditi i rapporti e, grazie all'interessamento di Tommaso Franci (Consigliere regionale del Gruppo dei Verdi), l'Assessore Regionale alle Politiche della Salute Claudio Martini ha autorizzato, alla fine del 1996, la costituzione di un gruppo di lavoro per lo studio delle tematiche legate alle medicine non convenzionali, anche sulla base di indicazioni contenute nel Piano Sanitario Regionale. Della commissione hanno fatto parte operatori del Servizio Sanitario che utilizzano medicine non convenzionali e altri esteri al Servizio. I lavori della commissione sono durati circa un anno. Uno dei problemi emersi è stata la difficoltà da parte dei funzionari regionali a considerare un mondo – quello delle MNC – che nella sua quasi totalità opera al di fuori delle strutture sanitarie, per cui la tendenza era inizialmente quella di voler valorizzare le situazioni esistenti nel SSR. Un altro problema emerso è stata la difficoltà di raccogliere i dati della situazione: quanti sono gli operatori? Qual è il loro grado di qualificazione? Quanti sono gli utenti?

Qual sono i risultati e i costi? Gli operatori che già lavorano nelle strutture pubbliche sono in genere medici che si sono qualificati privatamente in una delle discipline mediche non convenzionali (soprattutto agopuntura) o che hanno seguito corsi (ancora in agopuntura per lo più) organizzati dalla Regione. Il titolo che li ha portati a operare all'interno delle strutture pubbliche è stato quindi il fatto di essere già dipendenti o collaboratori di queste strutture.

La medicina omeopatica non risultava essere praticata nelle strutture pubbliche; presso la Clinica chirurgica di Siena viene praticata l'omotossicologia.

La commissione ha concretizzato il proprio lavoro in un convegno, organizzato dall'Assessorato Regionale alle Politiche della Salute, tenutosi il 4 novembre 1997 presso l'auditorium della Regione Toscana (1), in cui sono stati esposti i risultati del lavoro di analisi svolto e sono state presentate le proposte per fornire ai cittadini prestazioni mediche non convenzionali accessibili e di qualità.

Dopo l'esposizione di quelle che sono le principali medicine non convenzionali (omeopatia e metodiche assimilate, medicina tradizionale cinese e riflessoterapia, fitoterapia, shiatsu, osteopatia), dei problemi per i loro utenti e operatori e di una fotografia della situazione attuale nelle strutture sanitarie della Regione Toscana, sono state esposte le proposte emerse del Gruppo di lavoro: la costituzione di una Rete regionale sulle MNC e il loro inserimento nel prossimo Piano Sanitario Regionale. Il dibattito è stato ampio e ha coinvolto direttori di ASL, operatori pubblici e privati. Per la medicina omeopatica sono intervenuti la Dr Pia Barilli, Coordinatore FIAMO Toscana e il Dr Elio rossi che ha presentato l'esperienza di introduzione dell'omeopatia e di altre medicine non convenzionali nel sistema sanitario cubano, grazie ai contributi di cooperazione di alcuni enti locali toscani. L'Ordine dei medici – invitato espressamente – ha rifiutato di partecipare al convegno, e questa assenza è stata stigmatizzata da numerosi esponenti delle ASL. L'Assessore alle Politiche della Salute Claudio Martini nelle conclusioni ha fatto propire le proposte. Poco dopo il Convegno una circolare è stata inviata dell'Assessore alle ASL perché prevedano le medicine non convenzionali nei PAL (Piani Attuativi Locali). Le indicazioni emerse dal Convegno sono state inserite nel Piano Regionale di Sviluppo.

I primi frutti del Convegno e della circolare dell'Assessorato non hanno tardato a manifestarsi: la AUSL 2 di Lucca (2) ha aperto un ambulatorio di medicina omeopatica presso l'ospedale di Lucca... probabile che altre iniziative analoghe seguiranno. Purtroppo a tutt'oggi il Comitato che dovrebbe rendere operative le indicazioni del Convegno esiste solo sulla carta (3), e manca anche il finanziamento necessario.

Se è vero che i tempi della burocrazia sono lenti, è altrettanto vero che l'Ordine dei Medici di Firenze ha fatto di tutto per ostacolare il proseguimento dei lavori.

Probabilmente sarebbe stato meglio invitare gli Ordini dei Medici delle provincie toscane a partecipare fin dall'inizio ai lavori della commissione, anche se con il rischio di rallentarne i lavori. L'atteggiamento dell'OdM di Firenze risulta per altro essere schizzofrenico: da una parte ha boicottato il convegno, lo ha criticato aspramente su Toscana Medica (4) (Bollettino ufficiale dell'Ordine dei medici e degli Odontoiatri di Firenze), dall'altra ha organizzato nella propria sede, assieme a una nota ditta produttrice di rimedi omeopatici, una serata sull'omeopatia (5) e, ha patrocinato un convegno sulla pediatria omeoptica organizzato a Firenze della medesima ditta (6). A fianco dell'attività svolta nel gruppo di lavoro sulle MNC, è opportuno segnalare la partecipazione della FIAMO Toscana alle attività della Commissione dell'Assessorato Regionale alle Politiche della salute per l'Educazione Sanitaria, che ha individuato quattro progetti riguardanti: "farmaci e salute", "giovani e alimentazione", "principio di autonomia e tutela della persona: consenso informato e processi comunicativi in sanità" e "fattori culturali e qualità della vita nella terza età".

LE PROPOSTE PER L'INTEGRAZIONE DELLE MEDICINE NON CONVENZIONALI NEGLI INTERVENTI PER LA SALUTE NELLA REGIONE TOSCANA

(della relazione presentata dall'ing. Canio Lomuto).

Tenendo conto della domanda crescente di prestazioni di medicine non convenzionali da parte della popolazione, è opportuno che, nell'ambito dei mutamenti del Piano Sanitario Regionale, siano rafforzate e concretizzate le indicazioni del vigente piano definendo un approccio globale alla questione, favorendo il consolidamento delle esperienze realizzate e permettendo lo sviluppo di nuove iniziative. E ciò in analogia con quanto definito nella Risoluzione sullo statuto delle medicine non convenzionali approvata dal Parlamento Europeo il 29/5/97.

Per consentire il mantenimento, la valorizzazione e lo sviluppo di queste attività all'interno del servizio sanitario regionale, è necessario che a esse siano garantite autonomia professionale, certezza delle risorse finanziarie, di quelle formative, professionali, strumentali e farmacologiche.

Per raggiungere questo obiettivo è opportuno: che la Regione Toscana, nell'ambito delle sue prerogative di programmazione, definisca gli indirizzi generali, le modalità di verifica, i criteri d'uso delle risorse destinate alle attività di medicina non convenzionale; che le Aziende locali inseriscano tali attività nei PAL, indicando le prestazioni erogate, le modalità di svolgimento e di accesso, le risorse necessarie e la collocazione organizzativa scelta in funzione delle esigenze locali, in mancanza della normativa nazionale occorre affrontare il problema del reperimento di personale qualificato sia che esso sia già presente nella struttura pubblica o che debba essere opportunamente convenzionato, previa definizione di specifici accordi stipulati con gli Ordini e/o organizzazioni competenti.

Al fine di garantire criteri di trasparenza e professionalità di quanti operano nel settore delle medicine non convenzionali e permettere anche alla struttura pubblica di utilizzare personale opportunamente formato, è opportuno che la Regione promuova la costituzione di liste o registri di terapeuti attivi sul territorio regionale, sia in strutture pubbliche che private, divisi per disciplina, anche al fine di fornire alla popolazione un'informazione basata su criteri evidenti. In tali liste dovranno essere compresi gli operatori il cui curriculum formativo e di attività corrisponda a criteri minimi concordati con gli ordini professionali e con le associazioni culturali di settore.

Per consentire che le prestazioni delle Aziende USL si svolgano in maniera omogenea sul territorio regionale, in attesa dell'emanazione di norme nazionali, è opportuno poi che sia individuato un idoneo nomenclatore delle attività, con carattere di autonomia rispetto alle branche di attività convenzionali e con relativo tariffario, come previsto dall'art. 1 del Decreto del Ministero della Sanità del 22/7/96, definito da una analisi dei costi effettivi di tali prestazioni.

I problemi e le opportunità aperte dalle medicine non convenzionali richiedono risposte innovative non solo sul piano normativo, ma anche su quello dei rapporti fra decisori istituzionali, cittadini, strutture e operatori del servizio sanitario regionale, operatori delle medicine non convenzionali.

Per questo è necessaria l'attivazione di un processo informativo che orienti le scelte normative, che ne verifichi gli esiti, che sostanzi e renda trasparenti i rapporti fra i soggetti di cui sopra; ricordando d'altra parte che la Legge 662/96 affida alle Regioni (art. 1, comma 26) il compito di accertare i bisogni di prestazioni sanitarie e di organizzare conseguentemente i servizi. Per sostenere concretamente tale prospettiva occorre realizzare una Rete delle medicine non convenzionali che ampli e approfondisca le conoscenze relative alla quantità e qualità delle informazioni disponibili per i cittadini, alla diffusione e distribuzione sociale e geografica delle domande di medicina non convenzionale, alla quantità e qualità delle risposte a tali domande, di collaborazione fattiva fra il mondo della medicina convenzionale e non. Inoltre dovrà valutare le opportunità che tali medicine offrono alla gestione economica del servizio sanitario regionale, tenendo conto del loro approccio essenzialmente preventivo, anche nei riguardi dell'ospedalizzazione.

La Rete delle medicine non convenzionali è una rete coordinata in cui nodi sono roghi istituzionali, associazioni degli operatori di medicina non convenzionale, servizi socio sanitari, operatori, cittadini e loro organizzazioni. Essa non è quindi un centro di ricerca né tantomeno un centro di spesa, non dispensa risorse ma coordina attività informative e di ricerca di singoli operatori o gruppi che siano autonomamente dotati di risorse.

La rete quindi non ha risorse proprie se non quelle minime necessarie alle sue funzioni che sono:

- informazione: raccoglie e distribuisce informazioni da e per i propri nodi;
- coordinamento: coordina verso gli obiettivi dati le attività dei nodi sia derivanti dall'attività terapeutica corrente che da specifiche attività di ricerca. Essa concorre alla realizzazione di obiettivi generali quali:
- promuovere un'effettiva libertà di scelta medica del cittadino attraverso un'informazione non ideologica e non pregiudiziale sulle alternative terapeutiche;
- realizzare una conoscenza corretta dell'efficacia terapeutica delle medicine non convenzionali, della loro diffusione e distribuzione territoriale tra la popolazione, degli aspetti economici per il cittadino e per il servizio sanitario;
- allargare lo spettro delle risposte efficaci alle domande di salute realizzando un confronto aperto e concreto su temi e problemi specifici fra medicina convenzionale e non.

Essa promuove l'attenzione operativa sui seguenti temi:

- qualificazione e quantificazione della domanda di medicina convenzionale;
- economia dei rapporti fra servizio sanitario nazionale e medicine non convenzionali: rilevazione dei costi, definizione di un nomenclatore e di un tariffario delle prestazioni mediche non convenzionali, stime di costi e risparmi legati allo sviluppo della collaborazione fra sistema sanitario e medicine non convenzionali;
- stato dell'arte e ipotesi di sviluppo della ricerca clinica delle medicine non convenzionali;
- definizione di controlli di qualità delle prestazioni mediche non convenzionali.

Una rete integrata richiede la partecipazione convinta dei nodi; è quindi necessaria la presenza di un organo di coordinamento partecipato che decida degli obiettivi specifici e delle strategie concrete su cui modellare l'attività, che ne controlli la coerenza degli approcci nonché i risultati.

Da subito è necessaria la costituzione di un Comitato regionale misto, espressione delle realtà pubbliche e private di medicine non convenzionale, che abbia il compito e gli strumenti per attivare il processo.

Compiti prioritari del comitato sono: la promozione dei registri degli operatori di medicine non convenzionali, la definizione progressiva di un nomenclatore e relative tariffe sulle medicine non convenzionali, la consultazione sugli indirizzi di Piano per la parte relativa alle medicine non convenzionali, la promozione di un'informazione non pregiudiziale sulle medicine non convenzionali ai cittadini.

CONCLUSIONI

In questi ultimi mesi le organizzazioni dei medici omeopati sono state e sono in varia misura interessate in rapporti con istituzioni che a vario titolo si interessano della professione medica e quindi dell'esercizio della medicina omeopatica, principalmente con strutture provinciali o nazionali degli Ordini dei Medici. Se è vero che queste istituzioni hanno come compito quello di deliberare sull'attività dei medici, è altrettanto vero che l'attuazione delle politiche della salute compete agli organi politici, e le Regioni sono quelle che in questo campo hanno il potere. E' pertanto indispensabile che le organizzazioni rappresentative degli omeopati si attivino nei confronti di questi enti, così come ci si sta muovendo nei confronti del Parlamento. Come abbiamo già avuto modo di dire (7) la medicina omeopatica in Italia viene praticata quasi esclusivamente in ambito privato, e questa situazione – del tutto anomala rispetto alla medicina in generale – viene tutto sommato vissuta dagli operatori in modo elittariamente positivo: “non sporchiamoci le mani con la medicina della mutua”. Ma se non vogliamo rimanere rinchiusi nella nostra torre d'avorio, se vogliamo che la medicina omeopatica diventi realmente uno strumento di salute per la popolazione, è necessario che ci caliamo nella realtà della medicina pubblica, anche a rischio di vedere abbassare un poco i nostri guadagni, ed evitando che nel SSN entri un'omeopatia “della mutua”, per cui Belladonna diventa il sostituto della Tachipirina, solo perché questo modo di utilizzare i rimedi omeopatici è più comprensibile alla medicina accademica, così come la riflessoterapia è più comprensibile della medicina tradizionale cinese.

Le regioni sono gli enti deliberanti per quanto riguarda la spesa sanitaria e di questi tempi sono particolarmente interessate a un suo contenimento: la medicina omeopatica può dimostrare di essere non solo più efficace di quella convenzionale in molte situazioni, ma anche di essere al contempo più economica. Le Regioni hanno la possibilità, se sufficientemente stimolate, di stanziare fondi per ricerche finalizzate a valutare l'efficacia e il costo dell'omeopatia (argomenti che interessano anche il Parlamento Europeo), e una ricerca svolta assieme a strutture pubbliche ha molte più possibilità di ricevere sostegno dagli organismi comunitari.

Un'ultima considerazione: è probabile che, allo stato di attuale (carente) rappresentatività della comunità omeopatica, i contatti istituzionali vengano presi a livello personale: è fondamentale, per il bene dei futuri utenti della medicina omeopatica convenzionata, che i colleghi investiti di compiti di qualsiasi tipo negli enti pubblici si facciano portavoce delle varie tendenze dell'omeopatia, distinguendole non per pura accademia, ma perché i pazienti possano usufruire di una reale e informata libertà di scelta terapeutica.

NOTE AL TESTO

1. Programma regionale di sviluppo Regione Toscana 1998-2000, capitolo “La strategia sociale”, punto 5 “Determinazioni programmatiche”: “messa a punto e lo sviluppo delle forme di integrazione tra sistema sanitario e realtà delle medicine non convenzionali”, pag. 45.
2. Cfr FIAMO Notizie Flash! 10/10-98, 15 settembre 1998
3. Cfr Regionale Toscana / Giunta Regionale, Dipartimento Diritto alla Salute e Politiche Solidarietà, Area Attività Sanitarie ed alta Integ. Sociale Organizz. Servizi Distrettuali... D.G.R. 262/98: LA GIUNTA REGIONALE PREMESSO che: - il Parlamento Europeo con

risoluzione A 4-0075 del maggio 1997 ha invitato gli stati membri ad affrontare i problemi connessi all'utilizzo di medicine non convenzionali in modo di garantire ai cittadini la più ampia libertà di scelta terapeutica ed insieme assicurare loro il più alto livello di sicurezza e di informazione corretta; - il Piano sanitario regionale toscano 96-98 (delib. C.R.T. 21 dicembre 1995 n. 527), ha evidenziato il contributo che le medicine non convenzionali possono fornire alla promozione della salute e ha affidato alla Regione il compito di adottare iniziative che aiutino il cittadino a orientarsi tra i vari "modelli" di salute e di sanità; - il Programma regionale di sviluppo '98 - 2000 nel capitolo "la strategia sociale", al punto 5 "Determinazioni programmatiche" indica, tra le azioni di maggiore significato da attuare nei trienni, la "messa a punto e lo sviluppo delle forme di integrazione tra sistema sanitario e realtà delle medicine non convenzionali".

PRESO ATTO che a conclusione del convegno sulle medicine non convenzionali tenutosi a Firenze il 4 novembre '97 su iniziativa congiunta del consiglio e della Giunta regionale, sono state individuate sulla base delle risultanze dell'apposito gruppo di lavoro e degli apporti acquisiti nel corso del convegno stesso, alcune linee di intervento su cui operare per dare concretezza agli enunciati del PSR, ed in particolare la costituzione di un comitato delle Medicine non convenzionali che studi le problematiche delle MNC e attivi le seguenti iniziative:

- un censimento regionale delle realtà significative di MNC interne ed estere al SSN;
- la promozione di iniziative con soggetti istituzionalmente competenti per proporre la costituzione di albi delle professioni di MNC a tutela degli utenti;
- la attivazione di iniziative per la definizione di un elenco tariffario delle prestazioni di MNC;

A VOTI UNANIMI DELIBERA

- 1) di costituire un Comitato regionale per le MNC, che studi le problematiche delle MNC e attivi le seguenti iniziative:
 - realizzazione di un censimento regionale delle realtà significative di MNC interne ed esterne al SSN;
 - promozione di iniziative di soggetti istituzionalmente competenti per proporre la costituzione di albi delle professioni di MNC a tutela degli utenti;
 - attivazione di iniziative per la definizione di un elenco tariffario delle prestazioni di MNC;
- 2) di definire la composizione del comitato nel modo seguente:
 - 1 rappresentante per ogni servizio o attività di MNC presenti nelle strutture pubbliche, nominato dal Direttore Generale delle rispettive Aziende Sanitarie;
 - 1 esperto di legislazione europea e nazionale inerente le MNC e 7 esperti designati dall'Assessore al Diritto alla salute fra le scuole e le Associazioni più rappresentative a livello toscano nel campo delle MNC;
 - 1 dirigente regionale con funzioni di coordinamento
- 3) la Giunta si impegna a promuovere studi e ricerche sull'efficacia delle MNC e sul rapporto costi/benefici secondo l'ordinamento vigente; l'atto è pubblicato sul BURT per intero e reso disponibile all'esterno dell'Ente anche tramite la consultazione della relativa banca dati.

SEGRETERIA DELLA GIUNTA

4 cfr Omeopatia e agopuntura: chi riabilita cosa? Toscana Medica, novembre/dicembre 1997, pag. 5 e Terapie alternative: meglio uniformarsi, Toscana Medica, aprile 1998, pag. 45

5 cfr Omeopatia: dialogo fra medici, Toscana Medica, luglio 1997, pag. 41

6 cfr Pediatri e omeopati insieme, Toscana Medica, febbraio 1998, pag. 46

7 cfr Omeopatia e SSN, il Medico Omeopata, anno III, n. 7, Febbraio 1998, pag. 12.

Politica

Progetto per le scuole di educazione alla salute e di prevenzione

Antonio Abbate

aabbate@natol.org

Coordinatore FIAMO Lazio – Consiglio direttivo Nazionale

“Sapersi osservare e riconoscere attraverso l’Omeopatia”

Le dott.sse Silvia Bellavita, Maria Luisa Mattioli e Cristina Vittorini hanno presentato presso il Ministero della Pubblica Istruzione, al Gabinetto del Ministro, la richiesta di Patrocinio per una iniziativa culturale volta alla conoscenza dell’Omeopatia e del concetto di salute e malattia secondo la visione omeopatica. Il progetto proposto è strutturato in incontri con gli insegnanti ed interventi didattici rivolti agli alunni di quarta elementare, seconda media e penultimo anno della scuola secondaria superiore. L’iniziativa è andata in porto, la FIAMO Lazio ha ricevuto una risposta favorevole, da parte dell’Ufficio di Gabinetto del Ministero, in cui “si esprime apprezzamento e sostegno all’iniziativa in oggetto, perché pienamente in sintonia con le politiche istituzionali poste in essere dal Ministero della Pubblica Istruzione già negli anni passati in materia di educazione alla salute e prevenzione e riconducibili anche a quanto previsto alla c.m. 362/92”.

Poiché la nuova normativa vigente (art. 21 legge n. 59 del 15 marzo 1997) configura le scuole come soggetti dotati di piena autonomia ostto il profilo didattico, organizzativo e gestionale, la FIAMO Lazio sta organizzando iniziative pilota presso alcune scuole di Roma e nel Lazio.

Coloro che volessero partecipare all’iniziativa regionale o volessero farsi promotori di iniziative simili in altre regioni possono telefonare alla sede FIAMO Lazio e alla Dott. Ssa Cristina Vittorini al n. 06-5082338. Considerata l’importanza dell’iniziativa con cui si vuole promuovere una più ampia e corretta informazione alle nuove generazioni, per quanto il concetto di salute e delle possibilità terapeutiche delle medicine non convenzionali, in particolar modo dell’omeopatia, si invita ad aderire al progetto.

Clinica

Risoluzione di un caso clinico di coma epatico in fase terminale

Non ulteriormente trattabile con mezzi terapeutici tradizionali

Dott. Pagano Mario
Medico Omeopata – Acireale (CT)

INTRODUZIONE

Motivi della comunicazione

La medicina omeopatica (generalmente in linea di massima) ha preferito non affrontare problemi di patologia abbondantemente strutturali che, oltre ad aver avuto un decorso nel tempo, hanno anche determinato una diversa strutturazione organica evidente e marcata. I motivi sono tanti, ma non tutti analizzabili in questa sede. Il caso che propongo non deve essere altro che l'avvio per una riflessione, per un critica, cioè per una revisione, e in nessun caso esso rappresenta un punto di arrivo, quindi non dogmatico né pragmatico, ma da questa analisi, speriamo che, venga una sintesi sia delle conoscenze sia della tecnica, per applicazioni più precise meno approssimate e talvolta meno fortunate.

In questo caso vi è la convergenza di due fattori:

1° un fattore rivolto alla materia medica, rivista, riletta, ristiudiata sotto un ottica analitica più particolare: la ricerca cioè del nucleo psorico primario del rimedio (iscritto nei sintomi sperimentali) che è rappresentato da un gruppo sintomatologico particolare intrinseco al paziente e che non è motivato da fattori esterni.

2° un fattore emergente dal paziente, che aveva al momento del trattamento superato qualunque criterio di curabilità conosciuto, ed aveva completamente esaurito le speranze di vita, iniziando un processo che per le conoscenze mediche istituzionali attuali non era più reversibile: come metabolico epatico, non più rispondente ad alcuna terapia farmacologica clinica oggi nota, e che un particolare utilizzo della metodoliga omeopatia ha nettamente modificato.

La paziente, attraverso un processo considerato di guarigione, è sopravvissuta per alcuni anni. E' deceduta poi per malattia differente (?); da quella che l'aveva portata al coma. Il caso viene portato a conoscenza del mondo scientifico, dopo anni di riflessione. In quantochè, all'epoca (a cui si riferiscono gli avvenimenti) nessuno ancora aveva tentato di trattare la paziente di tale gravità né mai alcuno aveva esplorato diluizioni omeopatiche così lontane dalla pratica nota. Per tale esperienza, abbiamo cercato di documentare tutto quello che ci è stato possibile raccogliere.



Foto 1 - Aprile 1964



Foto 2 - Settembre 1972

Materiale e Metodi

Profilo clinico anamnestico della paziente

Esporò il caso seguendo questo ordine:

- 1° darò un profilo clinico sintomatologico del paziente fino al momento del suo aggravamento;
- 2° da qui mostrerò un profilo breve, sintetico, aiutandomi con degli schemi della sua evoluzione avutasi col trattamento omeopatico.
- 3° farò una breve analisi dei dati ottenuti e del come si è pervenuti alla diagnosi
- 4° infine qualche riflessione personale maturata in questi anni

La nostra paziente è una giovane donna, (all'epoca dei fatti riferiti) di quarant'anni. I suoi antecedenti sono i seguenti: orfana di padre, (morto in guerra), quando la paziente era in tenera età e non è arrivata a conoscerlo, è vissuta, fino a prima di sposarsi, sempre con un fratello, i nonni, la mamma. E' stata sempre troppo apprensiva, ansiosa, ed insicura.

Prima dei nove anni ha avuto la parotite, la pertosse, la rosolia. All'età di undici anni ha avuto un accesso tonsillare e retrotonsillare bilaterale, resistente alle terapie; che è stato risolto con incisione chirurgica; dopodichè si è presentata la foruncolosi diffusa sotto le ascelle e lungo i fianchi bilateralmente.

All'età di tredici anni ha avuto un calazio all'occhio sinistro durato circa sei mesi che è regredito spontaneamente.

A quindici-sedici anni ha sofferto di un cosiddetto esaurimento nervoso. Non poteva respirare bene, sbadigliava, non riusciva a dormire, rimetteva continuamente il cibo che non riusciva a passare (!?) dalla gola. Accusava nausea ed inappetenza. Sopporta bene i luoghi aperti e male quelli chiusi; in aperta campagna non si sente tranquilla, preferendo a quel punto essere in una stanza, comunque non buia e soffocante.

Non ricorda mai di aver sudato. Peggiora con lo scirocco: il freddo la tonifica, si è sempre sentita a proprio agio quando il caldo estivo si sta allontanando, ma il freddo invernale non è ancora arrivato. Le è sempre piaciuto il vento purchè non troppo forte nel qual caso le causa un senso di soffocamento. Ama stare al sole tenendo la testa coperta. Riferisce inoltre di avere spesso un piede caldo e uno freddo con una certa frequenza.

Quando non ha da fare si mette a leggere romanzi, prega, oppure dipinge.

Ogni tanto, specie se si innervosisce, ha senso di arsuria in bocca. Fino all'età di ventisei anni non è mai riuscita ad ingoiare pillole e qualche volta mangiando angurie, si soffocava a causa dei semi.

Ha praticato molto vaccinoterapia antitetanica perché ha sempre avuto tra le altre paure, quella di morire soffocata per tetano.



Foto 3 - Agosto 1971



Foto 4 - Aprile 1981

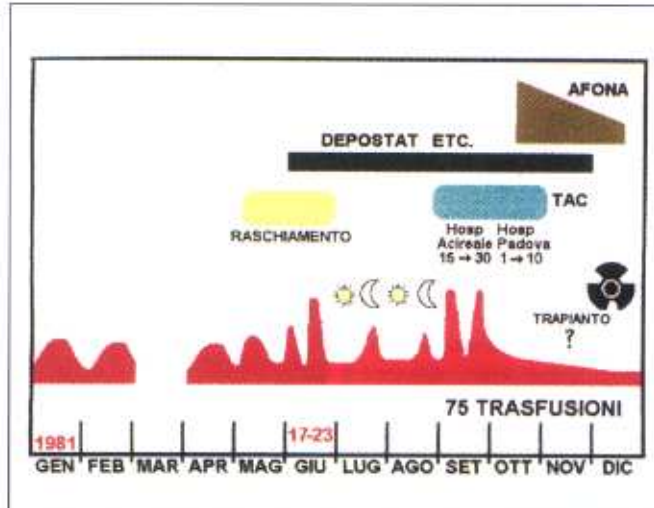


Foto 5

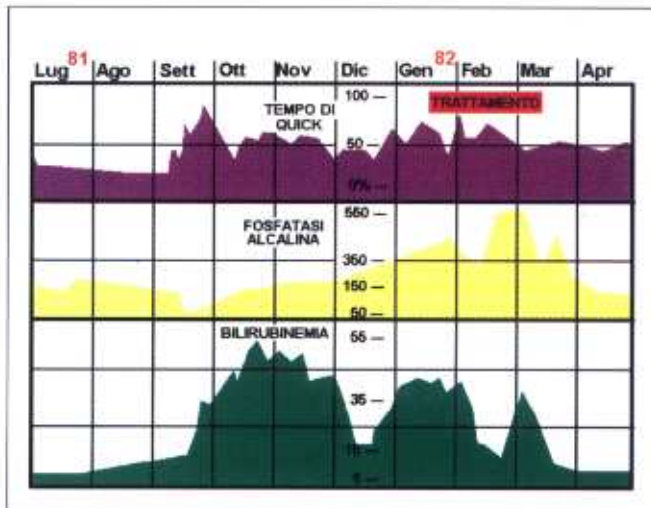


Foto 6

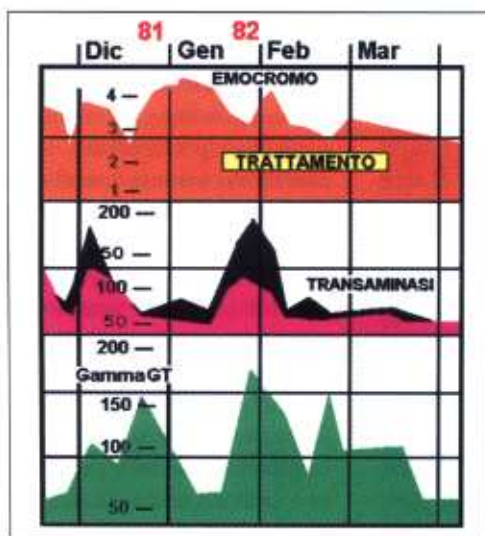


Foto 7

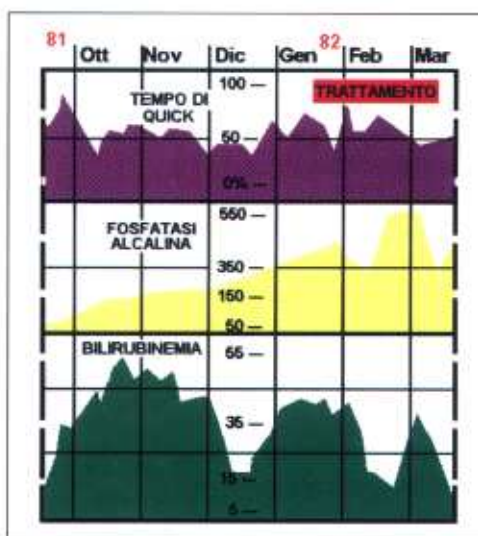


Foto 8

Mangia piuttosto caldo perché non le piace freddo. Le piace mangiare e leggere. Ha sempre preferito mangiare cose piccanti con molto sale, mangiucchiando sempre fra un pasto e l'altro, mangiando, la fame diminuiva.

Fino all'età di vent'anni non ha mai bevuto alcolici ha sempre bevuto latte che però le causava la diarrea, preferendo così berlo vicino alla porta del bagno dato che l'effetto era immediato. Ha odorato ipersensibile. (Foto 1)

Immediatamente prima degli esami aveva crisi di diarrea e di urinazione imponenti, era pertanto felice al momento in cui finiva l'esame, dato che subito dopo o promossa o bocciata stava bene (foto 2).

Da ragazza amava portare cinture strette tipo vitino di vespa (era la moda del tempo). Le piaceva portare maglioni a collo alto, non che fossero però molto stretti intorno al collo, adesso invece il collo deve essere scoperto.

Nel ciclo mestruale aveva sempre dismenorrea, rovescio, nausea, mal di schiena ricorreva a supposte e borse di acqua calda. Ricorda di stare bene durante la gravidanza. Ha avuto emorroidi durante una gravidanza, una le è stata elettrocoagulata dopodichè ha avuto una minaccia di aborto. Quand'era gravida non aveva mai fame, in complesso ha avuto quattro gravidanze tutte portate a termine.

La sessualità è sempre stata vissuta attivamente, però normalmente. La sua partecipazione era di tipo affettivo emozionale. Era importante, più che il desiderio, la verifica di essere accettata e gradita dal coniuge. Quando si è accorta di qualche mancanza del partner, vera o falsa, e di qualche attenzione rivolta ad altra persona, ha manifestato più che fenomeni di rifiuto o di ribellione fenomeni di frigidità, perdendo la componente emotiva della libido.

E' stato sempre marcato il desiderio di maternità, che è presente durante la malattia, anche se la paziente sa di non poter avere più figli. (foto 3-4).

Il desiderio più grande è stato sempre espresso chiaramente: quello di avere sei figli.

Ha preferito dormire sempre a pancia sotto specialmente se stanca, anche durante le gravidanze, ha preferito sempre tenere sul comodino una bottiglia d'acqua da bere. A letto sente caldo, tiene i piedi fuori dalle coperte e desidera che il letto sia fresco.

Ha paura di andare nell'ascensore, a meno che non vi sia qualcuno disposto ad accompagnarla, sale e scende le scale a piedi. Le dà fastidio e la disturba stare in palazzi alti. Ha avuto sempre paura ed ha preferito abitare per questo in una casa bassa. I lampi e i tuoni l'hanno sempre spaventata, ora un po' meno; sente una specie di atnagliamento nello stomaco e si sveglia anche nel sonno se vi sono lampi e tuoni.

Le bombe la disturbano. Nei periodi di maggiore ansietà si corica ai piedi del letto, perché ha l'impressione che il muro le debba cadere addosso.

Da piccola ha sempre vissuto all'insegna della paura e dell'insicurezza; riferisce in particolare di aver sempre avuto paura dei cani, dei lampi, dei tuoni e dei temporali, paura dei luoghi chiusi, paura della folla, degli ascensori, dei luoghi alti, dei precipizi, del buio e del diavolo.

Nei primi periodi in cui era sposata ed il marito che è medico doveva uscire di notte, lei lo aspettava sveglia per ore con gli occhi spalancati seduta nel letto e tutte le ombre prodotte dagli oggetti le davano l'impressione che si ingigantissero e che assumessero sembianze di persone.

Tutt'ora quando si sveglia ha l'impressione che ci sia qualcuno nella stanza accanto; se è da sola il rintocco dell'orologio a pendolo le risuona in testa e le sembra di impazzire; a quel punto i bracci dei lampadari assumono l'aspetto di cavalli marini. Non ha mai sopportato il buio: ha l'impressione che il buio sia una cosa pesante che l'avvolga e diventi materiale. Frequenti i sogni tragici e ricorrenti. Un sogno caratteristico è quello di camminare e sentire il pavimento sprofondarsi sotto i piedi.

Di fronte ai dispiaceri reagisce lottando, discutendo, implorando, pronta anche a scendere a compromessi. Da parecchi anni irritabile e di umore cangiante, pur tuttavia di carattere socievole, allegro, burlone, molto ciarlieria.

Astemia fino all'età di vent'anni ha iniziato a bere prima modeste quantità di vino ai pasti e poi dall'età di circa ventisei anni comincia a bere superalcolici fino a raggiungere discrete quantità di liquori e di superalcolici dal 1976 al 1981.

Quasi sempre irritabile, di umore cangiante; da parecchi anni succedeva che tutte le gite di famiglia e tutti i divertimenti, alle quali ella sembrava felice di partecipare, inizialmente, finissero poi in litigi familiari, al punto che il marito potendo evitava di fare queste gite che erano pur sempre tra parenti.

E' stata sempre religiosa, cattolica, osservante, anche se non sempre praticante. Indagando meglio nella storia, vengono fuori alcune frasi che riportiamo come tali: "Sempre non mi sono sentita voluta bene, non considerata, nessuno mi vuole bene, il mio desiderio di essere voluta bene non è mai stato soddisfatto, non mi sento voluta bene così come voglio io, perché avere questo sarebbe una cosa meravigliosa, non potrei desiderare di più, e, allora ho paura che tutto finisca perché un bene così grande non può durare, non è niente di umano. Sicuramente succederebbe qualcosa di grave. Sono stata sempre insicura. Ho avuto desiderio di un padre. Prima di questa malattia mi sentivo insoddisfatta, tiravo avanti, facevo tante cose perché le dovevo fare, mi dispiaceva e mi sentivo trascurata, sono stata sempre un tipo geloso di tutti per natura mia".



Foto 9 - Durante il coma



Foto 10 - Uscita dal coma ai primi giorni di marzo 1982

Quadro clinico Sintomatologico e Patogenico

Questo è quanto è dato sapere sul "portrait" della paziente, che cominciava a sentirsi stanca, senza entusiasmi costretta ad una routine quotidiana monotona.

Il succedere di alcuni eventi modifica l'aspetto biologico già instabile.

- A. Nel settembre 1980 tra il 4 e il 15 si verifica una situazione particolare in famiglia con un solito litigio (per motivi di parenti) che assunse tinte di discussioni drammatiche per cui la paziente si trovò in una situazione, dove intravide uno squilibrio (del nucleo familiare) tale da vedere crollare i punti di riferimento o le compensazioni che aveva costruito negli anni fino a quel momento. La possibilità di

una separazione o di un abbandono divenne così minaccia non più ipotizzabile, ma reale.

Era al secondo giorno del ciclo ed ebbe un arresto del flusso per circa due giorni; dopodichè riprese normalmente.

In questo stesso mese vi fu la notizia della morte di una zia a cui la paziente era molto legata; questo la turbò moltissimo. Trascorsero poi due mesi di apparente benessere e quiete, in cui la situazione emozionale affettiva familiare e fisica si trovavano in un periodo di quiete.

- B. Nel mese di novembre, la notizia della perdita di un cugino (che portava lo stesso nome del marito) turbò molto la paziente che ebbe come previsione come quasi una predestinazione il pensiero che la sua morte si sarebbe verificata esattamente fra un 15 e un 16 settembre. Passa Natale, arriviamo a gennaio-febbraio 1981; cominciano a presentarsi flussi di tipo metrorragico. A marzo nessun flusso, aprile-maggio metrorragie, arriva l'estate persistono perdite metrorragiche. Inizio delle terapie farmacologiche. Al ritorno dal mare all'improvviso metrorragia drammatica. La paziente perde grossi coaguli di sangue; va incontro ad un'anemia acuta con shock emorragico. 1.800.000 globuli rossi, ricovero urgente in ospedale tamponaggio, raschiamento e trasfusioni. (foto 5-6). La paziente è salvata da morte per shock emorragico, dopo, eseguiti tutti gli accertamenti viene proposta (dato che le metrorragie sono dominabili solo in parte) per una isterectomia. Nessun anestesia si sente, però, tanto sereno da far attuare l'intervento perché i dati di laboratorio sono marcatamente alterati. Si continuano le trasfusioni e la terapia farmacologica.

Nel mese di ottobre la paziente viene trasferita all'ospedale di Padova per ulteriori accertamenti. Le condizioni generali vanno peggiorando, tutti i parametri che si vedono nell'illustrazione sono alterati in particolare in questo periodo si evidenzia all'esame obiettivo uno stato marcato di anemia un soffio sistolico puntuale, un aumento in toto dell'area cardiaca. La superficie del fegato liscia; la milza apprezzabile a 3-4 dita dall'arcata costale il margine non dolente, non vi sono versamenti liberi in cavità addominale.

La paziente torna a Padova senza aver risolto il problema, viene sottoposta a un'indagine tomografica e terapia radiante (cobalto) perché non si può attuare alcun intervento, unica possibilità la sterilizzazione attinica.

Nel contempo si contatta un medico di Roma, uno di Londra, uno di Parigi per tentare un trapianto di fegato in quanto la situazione va peggiorando in modo ingravescente.

Le perdite (metrorragiche) continuano finché non viene completata tra il dicembre 1981 e il gennaio 1982 l'irradiazione con cobalto. In questo contempo vengono fatte circa 75 trasfusioni. Viene fatta una quantità enorme di farmaci, globuline, infusione di prodotti sintetici, una quantità enorme di prodotti e controlli ematochimici frequenti (foto 7-8).

Cessa la manifestazione emorragica; le condizioni della paziente vanno peggiorando. Afona, non si alimenta, smagrita, il colorito della cute scuro, bronzo rameico; urina sempre meno, evacua di meno, non riesce a riposare la notte, sta seduta nel letto, ha continue crisi di soffocamento, le corde vocali sono coperte da una patina spessa, tipo essudato verdastro, che non si risolve con nessun trattamento né locale né generale. Molte visite otorino, molte prescrizioni nessun risultato.

Ha grande arsuria; siamo alla fine del mese di gennaio e la paziente all'estremo delle forze scoraggiata abbattuta stanca di lottare, ma cosciente. La sera del 27 gennaio 1982 la paziente abbattuta, "prega che se deve essere aiutata da una persona, anche un medico (?), seppur i medici l'hanno delusa, questo avrebbe dovuto ricevere un'illuminazione tale da trovare il modo di salvarla2.

- anurica, ha una crisi iperpiretica le sue condizioni peggiorano, viene sottoposta ad un'infusione continua con amminoacidi essenziali a catena ramificata.

In nottata tra il 27 e il 28 entra in coma. Nessuna terapia ha più effetto, i parametri vitali vanno sempre più affievolendo.



Foto 11 - Aprile 1983



Foto 12 - Gennaio 1984

RISULTATI

Evoluzione reattiva e rimaneggiamento autonomo ed automatico del quadro clinico

Noi avevamo già studiato la paziente, la quale aveva rifiutato il trattamento omeopatico sia perché era stata sconsigliata sia perché gli avevano detto che questo avrebbe causato un aggravamento. Per cui aveva deciso che l'avrebbe fatto quando sarebbe stata bene. Ma dato che stava male non si poteva permettere il lusso di aggravarsi di più, altrimenti non sarebbe guarita. Dato che al punto in cui era giunta non v'era più altro da fare, fui rintracciato. Avevo pronte le dosi: diversissime potenze. Somministravi una dose del rimedio che avevo studiato; era il 28 gennaio 1982 erano le 13,45.

La paziente permane nel coma per 48 ore; (vedi foto 9) nello schema si intende meglio. Ha un lento miglioramento comincia ad essere più vigile; il 2 e il 4 febbraio si ha una perdita della coscienza e le condizioni generali hanno una recessione brusca, si teme un trapasso immediato, viene somministrato così una nuova dose che ha come effetto una crisi di vomito, seguito da crisi iperpiretica, ripristino del sensorio, persistenza di febbre e vomito; segue poi un lento miglioramento ripristino dei segni vitali.

Il 16 altro aggravamento, compromissione del sensorio, caduta pressoria si somministra una potenza successiva del rimedio, ulteriore aggravamento della paziente i segni vitali vanno affievolendosi. Il 17 alle 5 di mattina vomito e crisi che si ripete alle 14; giovedì 18 febbraio 1982 ripristino brusco dello stato di coscienza, crisi euforica, la paziente parla chiaramente non afona parla moltissimo, urina e ha una grandissima logorrea che si protrai per tutta la notte e il giorno successivo quasi ininterrottamente con piccoli brevi intervalli.

Dopo un periodo di calma la crisi euforica che dura due giorni ricomincia. Il 20 febbraio 1982 la paziente parla non ha più raucedine (!!!).

Il 23 febr. Presenta una fase di depressione e di eccitazine che si alternano nella giornata; la pazinete però comincia ad essere energica inizia ad urinare e ad evacuare, le urine sembrano fanniste ad olio e così pure le feci. La notte tra il 23 e il 24 ha una ricaduta e una compromissione dello stato generale. Il 24 viene somministrata una potenza successiva del rimedio. La paziente urina abbondantemente il sensorio ripristina, comincia a rinare frequentemente ed abbondantemente (vedi grafico), alle ore 22 del 26 febbraio la paziente ha una crisi di irrequietezza di mania. Ha una crisi allucinatoria psicomotoria con alterazioni dello stato di coscienza, tenta di infilarsi le dita nel naso, tenta di aprirsi la gola, chiama aiuto dice che sta morendo, che sta soffocando. Aspettiamo la notte senza altro aggiungere.

Questa agitazione si ripete alle 5 di mattina del 27 febbraio si produce lesioni. La paziente completamente disorientata, alle 5 di mattina del 27 ha molta sete, gli vengono tolti tutti gli anelli e le collane, perché tentava di infilarseli in bocca.

La mattina del 28 la paziente non riesce ad inghiottire, viene imboccata con la siringa. E la notte tra il 28 febbraio e l'1 marzo 1982 ha una crisi di agitazione psicomotoria con contenuti verbali allucinatori; "non voglio morire, non voglio scendere nella fossa, non sotterratemi, ci sono i vermi che mi mangiano, e fa un sogno, che riferisce e di cui diremo appresso.

Alle 5 di mattina dall'alba del 1 marzo 1982 la paziente dorme per 4-6 ore; quando si sveglia serena, (vedi figura n. 10) riferisce di aver fatto un sogno e comincia ad avere stranissimi desideri alimentari; che vengono subito soddisfatti in base alla reperibilità immediata dei cibi.

Ne elenco qualcuno: pane condito con origano e sale, desiderio di ciliegie, di spaghetti, di cavoli, di latte e ricompaiono alcuni segni di alcuni disturbi, che aveva avuto in passato, il sensorio si ripristina rapidamente, anche l'interesse per il mondo. Il giorno 3 marzo alle ore 10 comincia ad urinare, urine chiare, come se urinasse olio. Vuole comprato un romanzo, che parli delle scogliere e dei castelli in Cornovaglia. Inizia un processo di guarigione automatico costante e progressivo. (Foto 11)

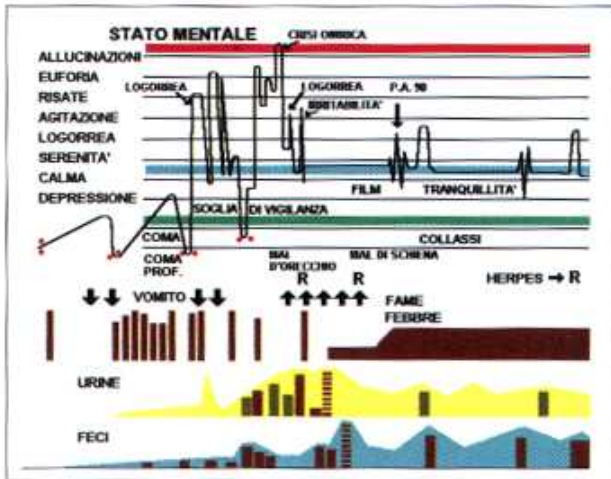


Foto 13

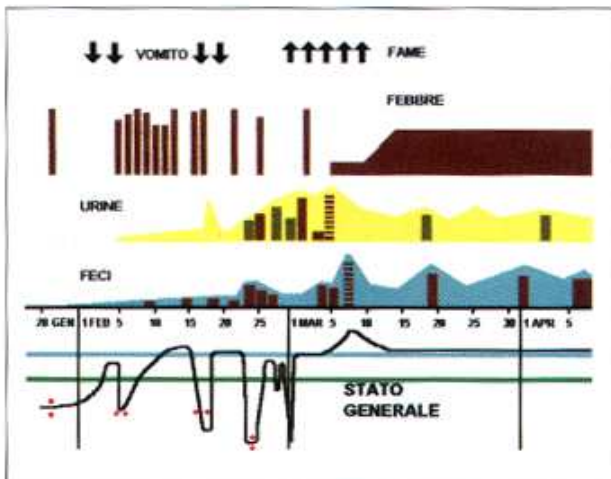


Foto 14

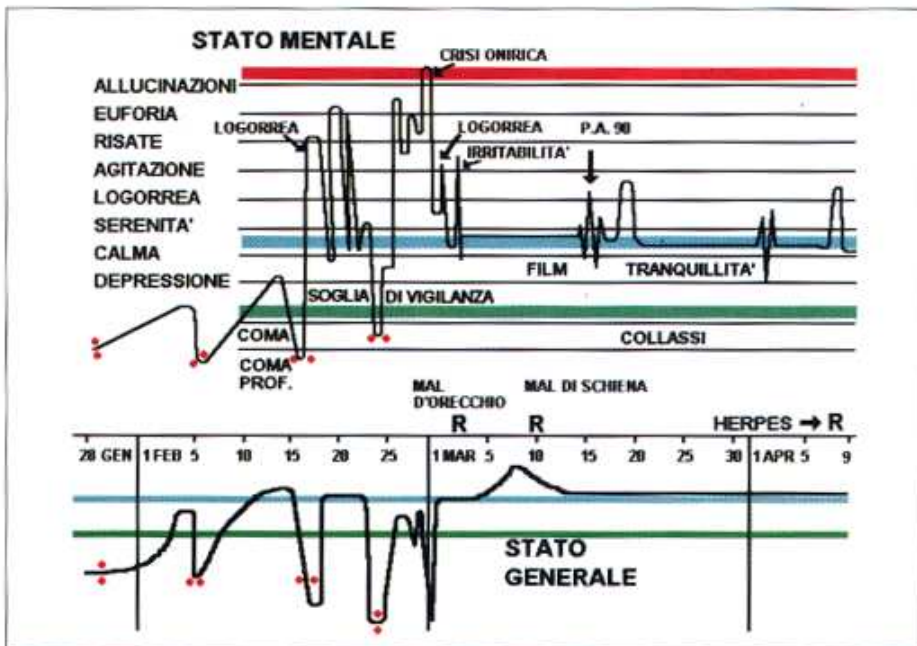


Foto 15

Considerazioni sulla Risposta Onirica

Quale targhet di un movimento neuromodulatorio endogeno nuovo

Brevemente accenno alla crisi allucinatoria onirica, che la paziente ha avuto prima di avviarsi verso un nuovo equilibrio e una nuova forma di guarigione, ha riferito così: “la notte che sono stata in coma tutti pensavano che fossi già morta. Sognavo che stavo morendo, ero nella mia casa, nel mezzo del letto, mezza spogliata, non so se sognavo o se era vero, mi dicevano che dovevo morire e ripetevo che non potevo morire perché vedevo il sole, la luce, avevo bisogno di vedere la luce, perché soffocavo, mi mettevo le dita in bocca mi sentivo una cosa in gola, e la volevo togliere, mi dovevano mettere in un loculo e gridavo: non mettetemi dentro sono viva, aspettate prima che muoia!. Dopo mi sono calmata, mi vedevo nella mia casa all'imbrunire, restavo nel letto e mia madre cercava di conolarmi, non ho cominciato più a vedere bene. Sentivo dei rumori dei botti, mi dicevano che erano le anime di quelli che morivano, ogni anima che moriva faceva quel rumore che avrei fatto anch'io. Dicevo che non volevo morire per ultima perché non volevo restare sola, volevo morire per prima e sentivo sempre quei botti. Vedevo i figli vestiti di nero che piangevano; uno dei ragazzi per tentare di salvarmi aveva dato il suo sangue ed era morto. Il Corso Sicilia (la strada di fronte al suo balcone) era un gran cimitero c'erano tante grandi margherite, luci e persone che cantavano, ambulanze che venivano avanti e indietro e la gente diceva: guarda quante persone volevano aiutare la signora e stanno morendo tutti. Io dicevo non aiutatemi, non mi può aiutare nessuno, andate via perché morirete pure voi. Dopo di questo in una grande Hall ho visto sospeso in aria un pesce grande e lungo con un occhio fosforescente che mi guardava e dopo aver visto quel pesce, fissandolo, cominciai a svegliarmi, a chiedere dove ero e dissi che mai più volevo tornare dov'ero stata, era come se venissi da un sogno lontano, cominciai a sentirmi bene e cominciai a capire che iniziavo a guarire.”

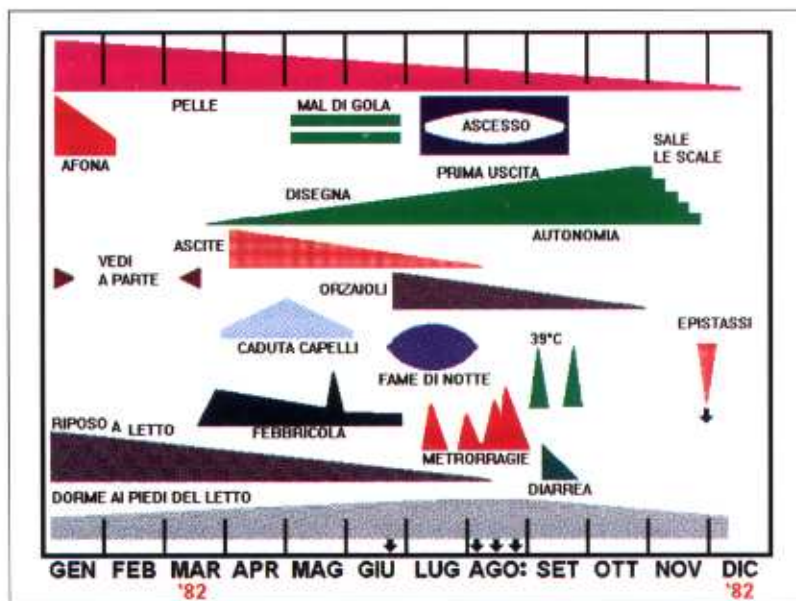


Foto 16

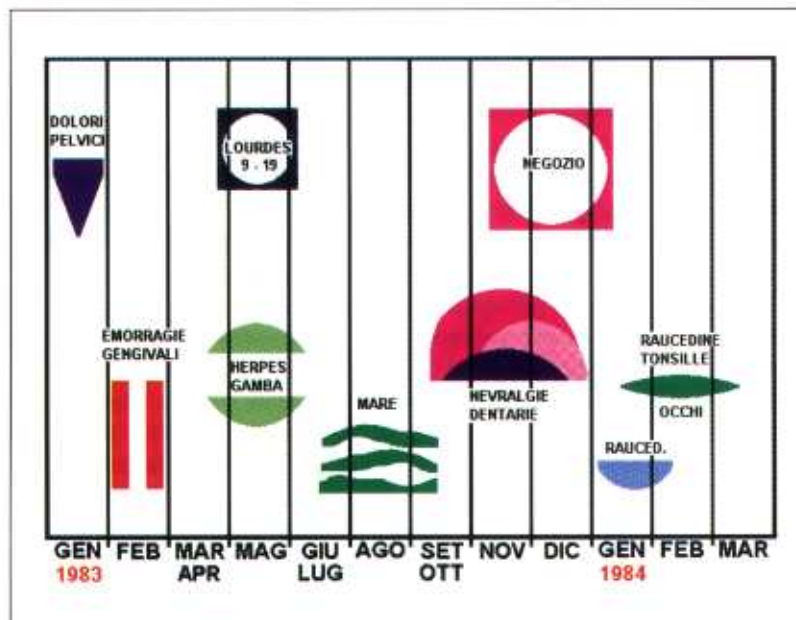


Foto 17

Analisi Sintomatologica

L'analisi sintomatologica (effettuata soprattutto sui sintomi psico-mentali) sulla cui complessità e sulla cui tecnica (dato il tipo di pubblicazione) facciamo solo un breve cenno, ha messo in evidenza, parlando in un linguaggio che per qualcuno può sembrare nuovo, (ma che per comodo di espizione abbiamo utilizzato) presenta diversi nuclei più importanti ed esattamente: nucleo della paura. Dell'ansia e dell'anticipazione. Dell'irritabilità. Desidero di compagnia. Desiderio di affetto e il timore dell'abbandono.

Occorre riferire che intendesi per "nucleo" un complesso sintomatologico psico-emozionale che con aspetti differenti rappresenta un unico "leitmotiv". E' chiaro che la sintomatologia dominante nella nostra paziente e quella dell'esaltazione dell'emotività dell'immaginazione e della paura (nuclei reattivi di difesa): più precisamente, il buio che si popola di forme umanoidi che assumono forme strane e sembra che si materializzano, il buio che sembra una sostanza pesante. Il rintocco dell'orologio che risuona nella testa, la sensazione di presenze umane, la paura degli ascensori dei

luoghi alti. La paura dei lampi dei tuoni dei cani. E' tutto uno stato di esaltazione e di deformazione della percezione sensitivo sensoriale. Tutti questi nuclei trovano una spiegazione ed una casualità dipendente da fattori ambientali e risultanti nella loro espressività da caratteristiche biopsichiche, costituzionali proprie e caratteriali della struttura secondaria fenotipica della paziente. Così il nucleo della paura, chiaramente un nucleo di esaltazione, sensitivo sensoriale secondario ad una iperattività propria del soggetto che si scatena solo se questi perde i riferimenti ambientali familiari ed affettivi. Gli altri "nuclei" ad un'analisi più profonda, mostrano pure essi una modalità compensativa della paziente attuata per imporsi nel medium ambientale e quindi utili per attirare l'attenzione su se stessa, per gratificare il suo bisogno di affetto e di calore.

Un nucleo, invece, che non trova ragioni, che apparentemente sembra averle e che potrebbe anche dipendere da carenze affettive verificatesi nella prima infanzia e nella vita successiva; è in questo caso "il nucleo del bisogno di affetto e di amore" in quanto nucleo manifestatosi spontaneamente, intrinseco, immotivato ed a nostro avviso preesistente. Un nucleo, in se stesso, illogico in quanto, (dice la paziente) non compensabile assolutamente. Non esiste nella sua struttura psichica, nemmeno una remota ipotetica fantastica possibilità di compenso. Qualora questo si dovesse verificare (ella dice) sarebbe una situazione paradossale impossibile e starebbe a significare l'inizio di una catastrofe più grande, cioè un nucleo così costituito abnorme non controllabile, quindi motore intrinseco e illogico che crea per compensarsi la strutturazione di nuclei protettivi secondari orientati in atteggiamento reattivo (sicotico) o in atteggiamento regressivo (sifilitico) a seconda della struttura emotiva globale psichico-bio-dinamico-costituzionale della paziente.

DISCUSSIONE

Così, sommariamente, questa analisi potrebbe far confondere la tecnica seguita con una metodica di tipo psicoanalitico, psicodinamico invece non lo è, (e non desideriamo creare equivoci) perché è stata condotta, in questo caso, con una tecnica metodologica puramente omeopatica cioè la percezione pura e semplice del sintomo, raccolto spontaneamente. E ancora quindi non una tecnica psicologica ma solo una metodologia omeopatica strettissimamente logico-psichica.

Il nucleo psorico (che sembrerebbe esser un handicap endogeno preesistente) così colto nel farmaco e iscritto nei sintomi sperimentali dello stesso, rappresenta un nucleo motore illogico preesistente, un marker da cui viene generato lo squilibrio del paziente, che lo compensa (con comportamenti protettivi) finché può. Cogliere questo nella materia medica non è facile, non è semplice; percepirlo nel paziente non sempre è possibile, non sempre è attuabile. Nel nostro caso (come ce ne siamo poi convinti anche in diversi altri casi) sospettimo di essere riusciti a percepirlo nella sua essenza peculiare e fondamentale. E allorquando questo si verifica la somministrazione del rimedio viene a determinare una sincrasi esatta fra i sintomi del paziente e i sintomi del farmaco. L'informazione indotta, attraverso il rimedio, viene recepita come propria e il paziente organizza ed assesta la propria risposta verso nuovi equilibri più stabili. La potenza (!) della diluizione a seconda del livello di risonanza ne attiva la durata e la gradualità. Il paziente così inizia a percorrere delle vie di guarigione, con meccanismi suoi propri, ristabilendosi a livelli biologici ed energetici caratteristici suoi particolari nuovi e possibili per lo stesso.

Diagnostica differenziale

Da quanto fin qui accennato il complesso dei sintomi più evidenti e più marcati, portano spontaneamente ed immediatamente tutti a pensare a quadri sindromici di *Argentum nitricum*, di *Belladonna*, di *Fosforus*, di *Calcarea*, per citare i più ovvi.

Ma chiaramente indirizzare la risposta del sistema in tal senso, avrebbe risolto la reattività, ma non, la patogenicità della nostra paziente.

Da quanto emerso, pertanto dato che il nucleo profondo di questapaziente è risultato poter essere il nucleo dell'affetto, è stato necessario, fare una diagnosi differenziale con altri nuclei dell'affetto presenti in altri rimedi, e confondibili con quello percepito nella nostra paziente, al fine di differenziarli esattamente nei dettagli e verificare se l'indicazione da noi posta per quel tipo di sollecitazione era esatta.

Nella diagnosi differenziale occorre pertanto considerare il nucleo affettivo presente in altri rimedi e confondibile con quello da noi considerato. Sono stati considerati in tutte le loro sfaccettature i nuclei dell'affetto presenti in due rimedi che si sarebbero potuti confondere clinicamente. Sono stati presi in considerazione i nuclei presenti in: Verat.Album. in ed in Natrum. Mur.

La nostra paziente, esaltata, eccitata, ingegnosa, socievole, estremamente loquace, comunicativa, parla in continuazione. In Veratrum troviamo la stessa esaltazione, però i fini sono altri, desidera essere considerato un uomo importante, potente. La nostra paziente invece cerca attraverso la seduzione di ottenere affetto, comprensione, amore. La nostra paziente cerca di essere gradita. Veratrum cerca di essere importante. La nostra paziente egolatra, egocentrica, orgogliosa, arrogante come Veratr. Entrambi sono spezzanti, insolenti, audaci, ambiziosi, dittatoriali, capricciosi, intolleranti alla contraddizione, entrambi sono burloni, ironici, satirici, insolenti, audaci, ambiziosi, dittatoriali, capricciosi, intolleranti alla contraddizione, entrambi sono burloni, ironici, satirici, inquisitori, rimproveratori, ma mentre Veratrum lotta e teme per la sua posizione, il posto, la sicurezza, la nostra paziente vigila e lotta per l'affetto, per la protezione.

Veratr. Ambisce al potere, diffida di possibili avversari, la nostra paziente ambisce all'affetto e teme di perderlo. Veratrum arriva a credere di parlare con Dio, si raccomanda a Dio e desidera compagnia, ha paura della solitudine. La nostra paziente crede di essere perduta per predestinazione, di essere condannata per un incantesimo senza possibilità di salvezza e delira in questo senso. Veratrum invece delira di disgrazia, di calamità, di infortuni che possano determinare una rovina economica.

Con Natr.Mur la diagnosi differenziale si pone in quanto Natr. Mur non chiede affetto, ispirando compassione, perché la cosa peggiore che possa capitare è quella che gli altri abbiano pietà di lui. Pur essendo cosciente della propria inferiorità e nullità non vuole che gli altri glielo dicano, anzi fa di tutto per nascondere questo suo stato. La nostra paziente invece cerca affetto senza mascherarlo. Anche il rapporto sessuale ormai vissuto senza entusiasmo, con una libido che non c'è e che non giova, solo con una disponibilità per conservare il bisogno di affetto. Anche la gelosia, la ricerca di amore e di protezione, la tristezza, la disperazione, la colpa, l'invidia sono sintomi secondari di strutturazione per la ricerca la conquista e la protezione del desiderio d'affetto.

Nella nostra paziente appunto, noi abbiamo utilizzato il farmaco che corrisponde a tutte queste caratteristiche, abbiamo utilizzato LACHESIS ed esattamente alle seguenti potenze: 25.M; 75 M; 150.M; 300.M; 500.M;

EVOLUZIONE

La paziente, risoltosi il coma (vedi foto 12), è ritornata lentamente a vita biologica e relazionale, verso processi di riequilibrio con meccanismi endogeni propri. Nella foto 13-14-15-16 e 17 si possono leggere tutti i processi di ripristino, lento verso la normalità (?).

Dal febbraio '82 dove attraverso meccanismi non tutti spiegabili, (ma mai nessuno, da noi turabato o modificato) si nota il riassorbimento dell'ascite, dell'ittero la comparsa di febbre, una metrorragia pseudo mestruale. Nessun sintomo è stato mai modificato e corretto seguendo perfettamente le leggi di guarigione di observatio et ratio; finché la paziente ha assunto un aspetto di apparente guarigione. Continua in un buon equilibrio per il 1983-84.

Nel grafico della foto 17 si nota tutta l'evoluzione del 1983 fino al marzo 1984, dove attraverso continui assestamenti e ritorni di sintomi, in modo quasi programmato, la paziente ha attuato un processo di guarigione verso un nuovo equilibrio.

Riesce ad andare anche a Lourdes ed ad avviare un'attività commerciale. Nella foto 19 si riesce a documentare chiaramente uno stato di quiete biologica e psichica. Che si protrae per tutto l'anno 84 fino alla primavera del 1985. All'inizio dell'estate del 1985, un ictus cerebrale chiude la sua esistenza, senza per altro poter intervenire perché non è stata trovata possibilità di cura. Pertanto la crisi conoscitiva attuale, è anche una crisi, a mio vedere, fondamentalemente metodologica, nel senso che è necessaria la ricerca di nuovi metodi di approccio per problemi complessi. Quale l'approccio metodologico più efficace? Quali sono i margini di sicurezza? Quali quelli compatibili con un errore aggiustabile?

CONSIDERAZIONI

Nel caso esposto sono da prendere in considerazione 4 osservazioni obbiettive assolutamente non confutabili: Precisamente

1. la paziente non era recuperabile con i mezzi farmacologici tradizionali;
2. la paziente non sapeva di essere curata con un rimedio omeopatico
3. il rimedio era lontanissimo da qualunque parassitaggio molecolare, essendo la diluizione usata circa 500.000 volte oltre il numero di Avogadro.
4. La paziente è stata in apparente salute per circa 3,5 anni ed è deceduta per una malattia diversa (?) da quella per cui era stata in coma.

Pertanto per questo argomento, in questo momento, sorgono spontaneamente delle domande.

- conosciamo realmente i meccanismi di malattia?
- Conosciamo effettivamente le capacità di recupero dei pazienti?
- Quando una paziente non è altrimenti recuperabile?
- Conosciamo tutte le tecniche per la scelta dei rimedi e delle varie diluizioni?
- Esistono prospettive non indagate su dove e come cercare e mirare la similitudine?
- E' possibile trattare omeopaticamente una paziente lesionale grave, al di fuori di conoscenze (anche profonde) di medicina fenomenologica istituzionale?

I sistemi complessi, e nel nostro caso un sistema biologico quale quello di un uomo sono costituiti da un numero elevato di componenti con un lievello indefinibile di integrazione e reazioni basati su equilibri dinamici con se stessi e con l'ambiente, e tutti a nostro avviso, pilotati da uno squilibrio unico dinamico e intrinseco. Questa ipotesi, questa coincidenza andava cercata e verificata. Vorrei pertanto che quanto detto, fosse una apertura verso il futuro e non una conclusione, non una coincidenza. Ogni critica, ogni discussione, deve sfociare in un nuovo progetto, in una nuova conquista. A tutt'oggi questo modo sofferto di analisi e di sintesi, mi ha permesso di ottenere un risultato, che come si può chiaramente vedere dalle foto 9 e 10 è ansato da prima a doo verso compensi non possibili con nessun'altra tecnica oggi nota. Infine una riflessione, pensata, portata avanti e verificata in questi anni mi permette di concludere (anche per verifiche successive su casi strutturati, per l'affinamento della tecnica personale e per conoscenze derivate anche da confronti con altri colleghi), che un utilizzo tattico diverso dalla sollecitazione forse avrebbe potuto determinare una risposta più stabile, nel tempo.

Ma, all'epoca dei fatti riferiti, il caso limite, la necessità di una ricerca everifica di alcuni presupposti teorici, che stavamo studiando, ci hanno indotto a tentare una esperienza estrema e solitaria, anche se prudente, (senza però riferimetni di esperienze precedenti) sia, per portare un aiuto sperato, sia per verificare una possibilità di risposta biologica "of limit".

I fatti riferiti ed altri successivi, poi, ci hanno conformato e confermato che l'intuito teorico iniziale delle vie da seguire erano logici e validi e passabili di ulteriori evoluzioni e perfezionamenti, come via via siamo andati negli anni sempre verificando e adattando ogni qualvolta se n'è presentata l'evenienza.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Riferimenti riportati da:

Timothy F. Allen, A.M., M.D., Enciclopedia of Pure Materia Medica, B. Jain Publishers, Harjeet & Co., 1920, Chuna Mandi, Pahar Ganj, Ristampa 1982

LACHESIS

Trigonocephalus lachesis, L. Natural order, Ophidia.

Common name, Surukuke of Churukuku.

Preparation, Triturations. Authorities, (1 to 18 from Hering, Denkschrift der N. Am. Akad. Der Hom. Heik, 1837, B., effects of bite);

1, C. Hering, effect of 30th dil.;

1 b, same, effects of triturating and of 1st and 2d trits;

2, Stapf, 30th, dil.;

2, Bute, 30 th;

4, Baure, 30 th;

5, Behlert, 30 th;

6, Detwiler, 30 th;

7, Gross, 30 th;

8, Kummer, 30 th;

9, Reichhelm, 30 th;

10, Roemig, 30 th;

11, Wasselhoeft, 30 th;

12, Kehr, 30 th;

13, Koth, 30 th;

14, Matlack, 30 th;

15, De Young, 30 th;

16, Helffring, 30 th;

17, Schmoele, 30 th;

18, Lingen, 30 th;

19, Robinson, Br. J. Of Hom., 24, 515, effectsof 6th dil., four times a day, in a man;

20, same, 20th dil., in a woman;

21, same, 30th dil. in a woman;

22, Dr. H. B. Fellows, effects of 30th dil. (taken for a cough), Am. Hom. Rev., 5, 411;

23, Dr. Bartlett, effects of 6th dil., in a woman, for spasm of oesophagus, which it cured, but developed as follows, N. Am. J. Of Hom., 2, 157; 25, Berridge, effects of 60m, Fincke, in a patient (?), N.Y.J. of Hom., 2, 132;

24, Metcalf, effects of 30th, in a young lady, suffering from chronic headache, N. Am. J. Of Hom., 2, 158;

25, Berridge, effectsof 60m, Fincke, in a patient (?), N.Y.J. of Hom., 2, 132;

26, same, effect of cm Fincke, in a patient, AJ. M. M., 9, 246;

27, same, effect of 6th dil., in self, idid;

28, same effect of 200th dil., in a man, idid;

29, M.M., effect of 6th dil., in a girl, aged twelve, Am. J. M. M., 4 p. 78

30, G-H-G., Jahar, Du Traitement Homoeopathique des Affections Nerveuses et des Maladies Mentales, A paris, Chez J.-B. Baillièrè, 1854.

31, Dr Marceau Nicolas, Psychiatrie Homoeopathique, Edition Doin, 1968.

32, Jean Pierre Gallavardin, Psychisme et Homoeopathie, Editions Ternet-Martin Vienne (Isere) France 1960

33, Dr. M.L. Agrawal, *Materia Medica of the Human Mind*, Pankaj Publications Delhi – 110051, 1985
34, Dr. Georges Hodiamont, *Trattato di Farmacologia Omeopatica*, Titolo originale: *Remédes et venius du régime animal en homéopathie*, chez l’Auteur, Buxelles, 1957. Editore IPSA 1984.

Ricerca

Impiego di Phosphorus 30CH nella terapia della fibrosi epatica sperimentale del ratto

C.A. Palmerini, M. Codini e A. Floridi

Dipartimento di Medicina Sperimentale e Scienze Biochimiche dell'Università di Perugia

P. Mattoli, S. Buffetti e E. Di Leginio

FIAMO Federazione Italiana delle Associazioni e dei Medici Omeopatici Sez Umbria – Comitato scientifico

Introduzione

La fibrosi epatica caratterizza non solo la cirrosi, ma anche, in misura variabile, ogni forma di malattia epatica cronica. Essa svolge un ruolo fondamentale nella progressione di tali malattie ed è la causa della maggioranza delle loro conseguenze. La fibrosi epatica è caratterizzata da un abnorme aumento di tessuto connettivo del fegato. La fibrogenesi è causata da numerosi tipi cellulari: fibroblasti, miofibroblasti (1,2), lipociti perisinusoidali (3,4).

In corso di fibrosi aumenta nel fegato il contenuto di tutte le componenti connettivali: glicosaminoglicani (5), fibronectina (6), laminino (6), fibre elastiche (7) ed infine il collagene, al quale si è rivolta la maggiore attenzione. Infatti mentre il fegato umano normale contiene circa 5mg di collagene per grammo di tessuto, nella fibrosi epatica, e più ancora nella cirrosi epatica, tale contenuto aumenta fino a 7 volte (8). In considerazione quindi dell'importante ruolo che la fibrosi ha nell'avanzamento delle malattie epatiche croniche, appare evidente il valore della individuazione di molecole attive che possano diminuire la deposizione di collagene a livello epatico o anche stimolare i processi di degradazione di questa molecola connettivale, per poterle efficacemente impiegare nella terapia antifibrotica nell'uomo. Attualmente per la fibrosi del fegato, non vi è uno schema terapeutico preciso. Tra le varie molecole che sono state proposte e valutate sperimentalmente a questo fine, solo la Colchicina ha dimostrato un rilevante effetto antifibrotico. I risultati di ricerche su animali e trials clinici dimostrano che questo farmaco può favorevolmente migliorare l'andamento della malattia fibrotica cronica, interferendo con la produzione di collagene e stimolando l'attività collagenasica del fegato. L'utilizzazione terapeutica della Colchicina nell'uomo, però può essere fatta solo a dosi che non superino 1-1,2 mg/die a causa dei seri effetti collaterali provocati dalla tossicità del farmaco: per questo l'efficacia del trattamento non può essere mai ottimale. Rimane dunque aperto il problema di un adeguato trattamento dei pazineti aventi una fibrosi epatica attiva e, ancor più, con cirrosi epatica il cui esito è tutt'ora infausto.

In questo studio si è voluto prendere in considerazione come agente terapeutico il Fosforo, che viene già da tempo utilizzato nella pratica clinica omeopatica per terapia di alcune sindromi patologiche, fra le quali anche le epatiti acute e croniche e la cirrosi (9). In particolare si è utilizzato Phosphorus 30 CH: il fosforo bianco diluito 30 volte 1:100.

Parte sperimentale

Materiali e Metodi

Sostanze chimiche

Tutte le sostanze chimiche e i solventi per HPLC, usati in questo lavoro, sono prodotti in grado analitico o di grado HPLC.

Animali

Sono stati utilizzati per ogni sperimentazione, ripetuta per tre volte, 50 ratti maschi Sprague Dawley (Charles River) con un peso iniziale di 200g. Gli animali sono stati divisi in 4 gruppi ciascuno dei quali è stato trattato secondo la procedura seguente:

Gruppo A: il primo gruppo di 10 animali è stato usato come controllo; a ciascun animale sono stati inoculati intraperitoneo 0,85 ml di olio minerale 3 volte in una settimana per 7 settimane;

Gruppo B: il secondo gruppo di 15 animali è stato reso cirrotico mediante iniezione intraperitoneale di 0,15ml di tetracloruro di carbonio in 0,85ml di olio minerale, 3 volte alla settimana per 7 settimane;

Gruppo C: il terzo gruppo di 15 animali è stato trattato come il gruppo B, ma con l'aggiunta per ciascun soggetto di 100 ul di Phosphorus 30 CH (Boiron) mediante iniezione per vena caudale;

Gruppo D: il quarto gruppo di 10 animali è stato trattato come il gruppo B, ricevendo ciascun animale Colchicina (0,4 mg/kg peso corporeo) in soluzione acquosa per via endovenosa.

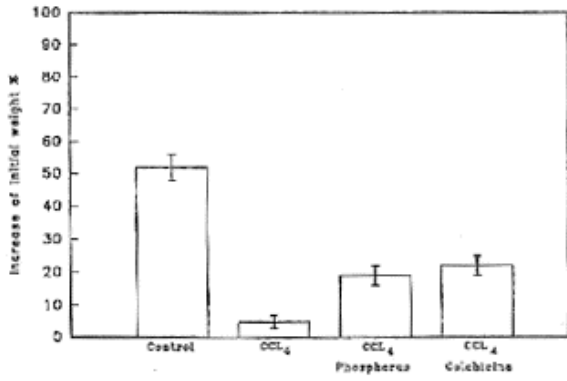


Fig. 1. L'aumento percentuale in peso alla fine della sperimentazione rispetto al peso iniziale per ciascun gruppo

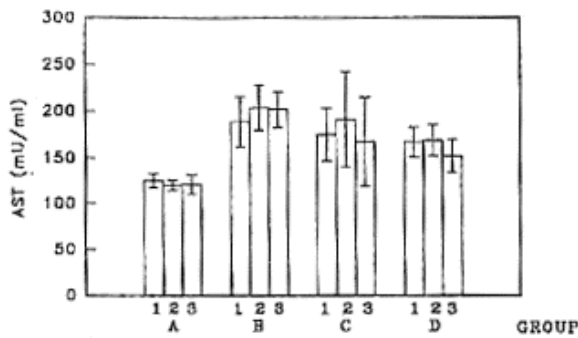


Fig. 3a. I livelli dell'aspartato aminotrasferasi (AST).

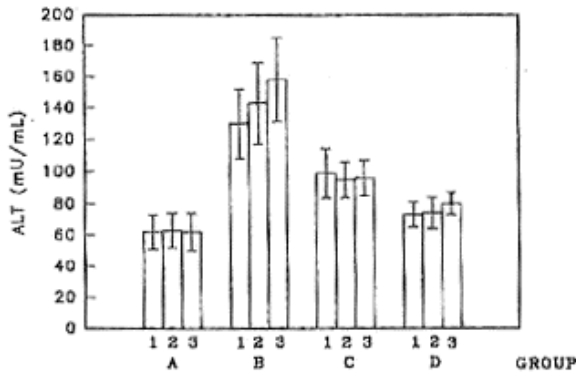


Fig. 3b. I livelli dell'alanina aminotrasferasi (ALT).

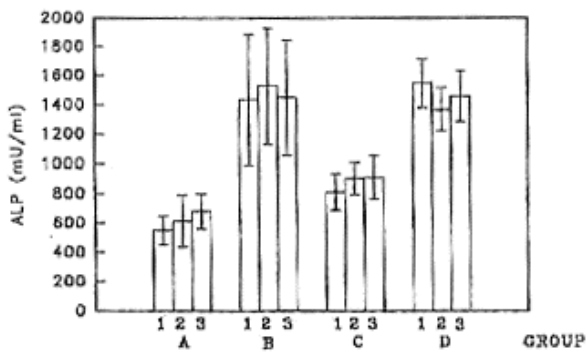


Fig. 3c. I livelli della fosfatasi alcalina (ALP).

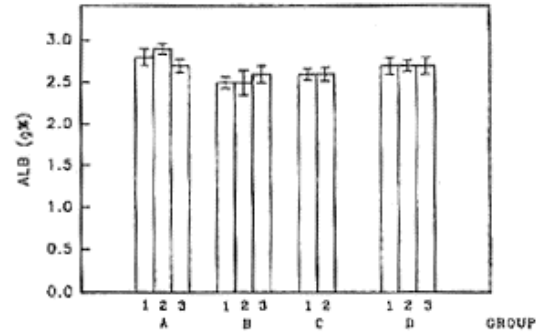


Fig. 3d. I livelli dell'albumina (ALB).

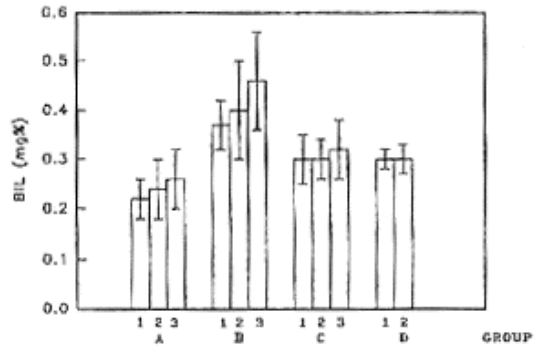


Fig. 3e. I livelli della bilirubina (BIL).

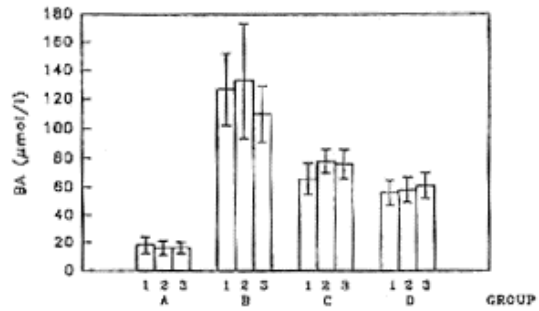


Fig. 3f. I livelli degli acidi biliari (BA).

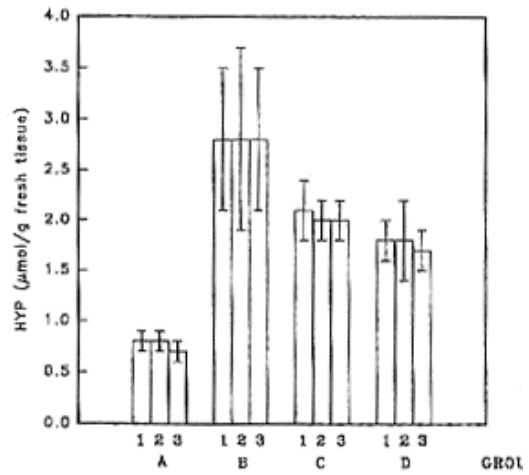


Fig. 4. I livelli di idrossiprolina legata al collagene.

Prima di essere sacrificati, gli animali sono stati anestetizzati e campionati di sangue sono stati prelevati mediante puntura cardiaca; la coagulazione è stata effettuata a temperatura ambiente per 2 ore ed il siero ottenuto per centrifugazione è stato utilizzato immediatamente per le prove biochimiche dei parametri ematici. I ratti sono quindi stati sacrificati per decapitazione e campionati di fegato sono stati prelevati per prove morfologiche e biochimiche.

Parametri Ematici

Dei campioni di siero sono stati utilizzati per la misurazione dei seguenti parametri ematici: albumina, bilirubina, fosfatasi alcalina e transaminasi (aspartato aminotrasferasi: AST e alanina aminotrasferasi: ALT). Sono stati utilizzati kit analitici forniti dalla Sigma Chemical Company. Gli acidi biliari sono stati dosati utilizzando il kit della ditta Nyegaard Diagnostica, Norway.

Istologia epatica

Campioni del lobo destro del fegato sono stati fissati in formalina al 10% in tampone fosfato e sezioni paraffinate sono state colorate con ematossilina ed eosina, ed impregnate con argento, secondo il metodo Van Gieson.

Determinazione di idrossiprolina legata al collagene

Campioni di 2gr di ciascun fegato sono stati omogeneizzati in acqua distillata (1:3 p/v). Le proteine sono state precipitate aggiungendo 2ml di acido perclorico (PCA) al 20% (p/v) all'omogenato. Dopo 10 minuti a 4°C, l'intero omogenato è stato trasferito in un tubo da centrifuga e centrifugato a 9000xg per 15 minuti a 4°C. Il soprannatante è stato scartato e il precipitato è stato usato per la determinazione dell'idrossiprolina legata al collagene secondo la procedura di HPLC descritta in precedenza (10). L'idrossiprolina legata al collagene è espressa come $\mu\text{mol/g}$ di fegato (tessuto fresco).

Analisi statistiche

I risultati delle analisi biochimiche sono stati valutati statisticamente mediante il test di Student.

RISULTATI

Animali

Durante gli esperimenti non c'è stata mortalità nei gruppi di controllo, mentre nel gruppo B2 due animali sono morti nel primo e nel secondo esperimento e tre animali nel terzo esperimento; nei gruppi di animali trattati con Colchicina e Phosphorus 30CH, un soggetto per ciascun gruppo è morto.

L'aumento percentuale in peso alla fine della sperimentazione rispetto al peso iniziale per ciascun gruppo è riportato in fig. 1 (media di tre esperimenti). La crescita si è quasi totalmente arrestata nei ratti trattati con solo CCl₄ mentre gli animali trattati anche con Colchicina e Phosphorus 30 CH hanno aumentato il loro peso iniziale del 22% e del 19% rispettivamente, a fronte di un 52% dei controlli.

Istologia Epatica

Le sezioni di fegato di animali cirrotici (fig.2B) mostrano ben evidenti tessuti necrotici, soprattutto centrolobulari, con steatosi nel parenchima circostante. Si è notato un attivo processo fibrotico intralobulare ed anche ampi setti di tessuto connettivo collegati l'uno all'altro che li circondavano e noduli rigenerativi di varia grandezza. Il quadro istologico è apparso alterato sia nelle sezioni di fegato animali trattati anche con Phosphorus 30 CH (fig. 2C) che con la Colchicina (fig 2D); entrambi i fegati hanno mostrato alterazioni ridotte dell'architettura del parenchima con setti fibrosi

poco consistenti e generalmente incompleti. La situazione istologica in questi due gruppi di animali era molto simile a quella del gruppo di controllo (fig. 2A)

TAB. 1 Parametri serici di funzionalità epatica. ALB: Albumina (g%); AST: aspartato aminotrasferasi (mU/ml); ALT: alaninaaminotrasferasi (mU/ml); BIL: bilirubina (mg%); ALP: fosfatasi alcalina (mU/ml); BA: acidi biliari (umol/L).

		GRUPPO A	GRUPPO B	GRUPPO C	GRUPPO D
ALB	1.	2.8 = 0.1	2.5 = 0.07	2.6 = 0.07	2.7 = 0.10
	2.	2.9 = 0.06	2.5 = 0.15	2.6 = 0.08	2.7 = 0.07
	3.	2.7 = 0.08	2.6 = 0.08	-----	2.7 = 0.10
AST	1.	125 = 8	189 = 27	175 = 28	67 = 16
	2.	120 = 6	204 = 24	191 = 51	169 = 17
	3.	121 = 11	202 = 19	167 = 48	152 = 18
ALT	1.	62 = 11	130 = 22	99 = 15	73 = 8
	2.	63 = 11	143 = 26	95 = 11	74 = 10
	3.	62 = 12	158 = 27	96 = 11	80 = 7
BIL	1.	0.22 = 0.04	0.37 = 0.05	0.30 = 0.05	0.30 = 0.02
	2.	0.24 = 0.06	0.40 = 0.1	0.30 = 0.04	0.30 = 0.03
	3.	0.26 = 0.06	0.46 = 0.1	0.32 = 0.06	-----
ALP	1.	549 = 100	1436 = 447	811 = 122	546 = 167
	2.	613 = 178	1530 = 399	00 = 107	1364 = 148
	3.	680 = 121	1449 = 395	909 = 145	1457 = 174
BA	1.	18 = 6	127 = 25	66 = 11	56 = 9
	2.	16 = 5	133 = 40	78 = 8	58 = 9
	3.	16 = 4	110 = 19	76 = 10	61 = 9

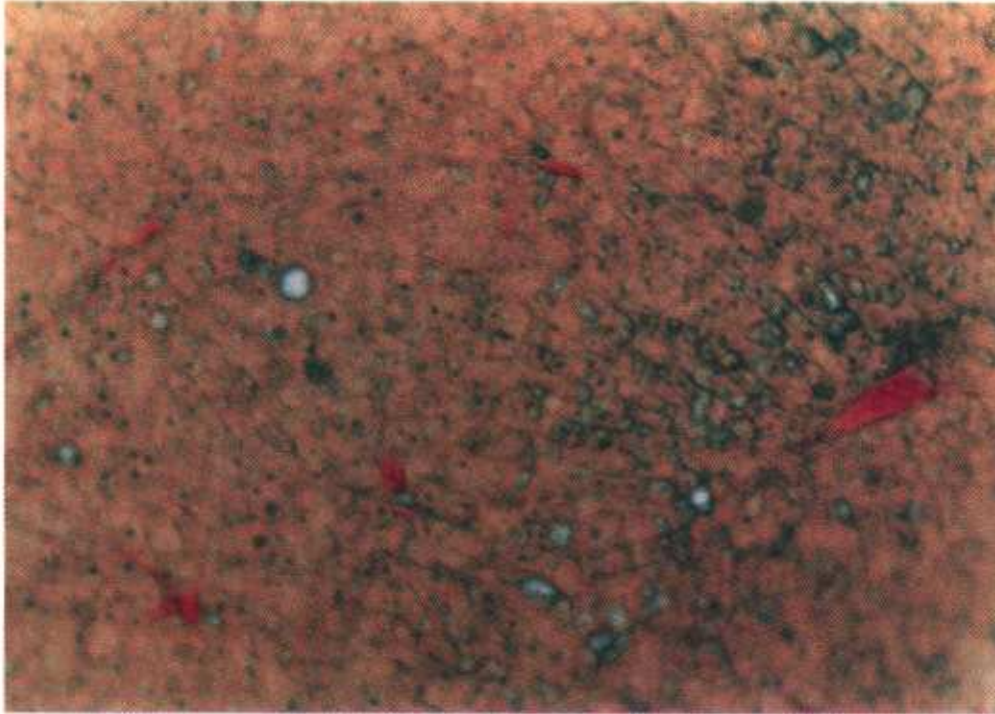
TAB. 2 Contenuto (umol/g tessuto fresco) di idrossiprolina (HYP).

		GRUPPO A	GRUPPO B	GRUPPO C	GRUPPO D
HYP	1.	0.8 = 0.1	2.8 = 0.7	2.1 = 0.3	1.8 = 0.2
	2.	0.8 = 0.1	2.8 = 0.9	2.0 = 0.2	1.8 = 0.4
	3.	0.7 = 0.1	2.8 = 0.7	2.0 = 0.2	1.7 = 0.2

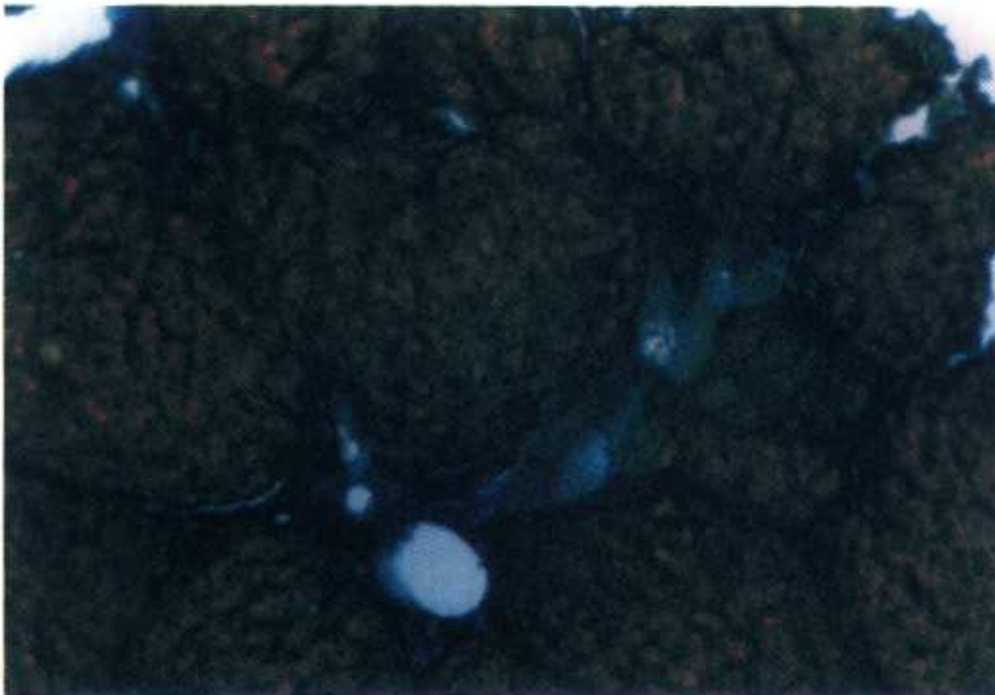
Parametri di funzionalità epatica

I risultati di questi test sono presentati in fig 3a – 3 f (grafici) e in Tab 1 (numerici). In tutti gli esperimenti effettuati, le alterazioni dei parametri ematici di sofferenza epatica tra i gruppi di controllo e quelli trattati con cirrosi sono state rilevanti e statisticamente significative. I valori delle aminotrasferasi, in particolare della ALT, sono risultati notevolmente più alti nei ratti trattati in cronico con CCl₄, evidenziando una alterazione morfologico-strutturale dell'integrità epatocitaria: inoltre i valori di bilirubina e di ALP, erano rispettivamente raddoppiati e triplicati, indicando un'alterazione biliare, mentre il livello di albumina serica è risultato diminuito nei ratti deceduti anche se la differenza degli animali di controllo non è statisticamente significativa. Nei gruppi di animali deceduti trattati con Colchicina o Phosphorus 30 CH è stato osservato un miglioramento generale ed in qualche caso significativo di tutti i parametri ematici della malattia. Infatti mentre i livelli dell'ASP erano simili ai valori trovati negli animali deceduti non sottoposti a trattamento, nei ratti sottoposti a trattamento si sono trovate diminuzioni significative per l'attività serica della alanina aminotrasferasi e nella concentrazione di bilirubina; i valori del siero si avvicinano ai

normali valori fisiologici in aricolare per i gruppi trattati con Colchicina. Per quanto riguarda l'attività della fosfatasi alcalina del siero, mentre il gruppo dei ratti trattati anche con Colchicina presentavano valori simili a quelli dei ratti fibrotici, il gruppo trattato con Phosphorus 30 CH ha mostrato un miglioramento in questo valore enzimatico.



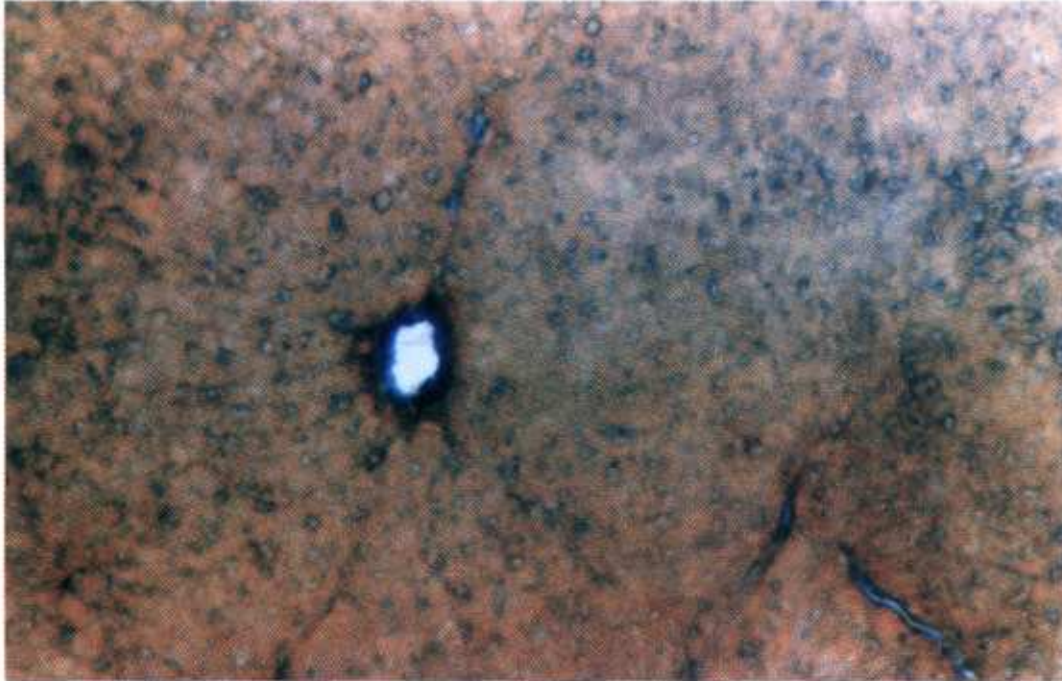
Sezione di fegato di ratto di controllo sano.
(colorazione mallory; ingrandimento finale x300)



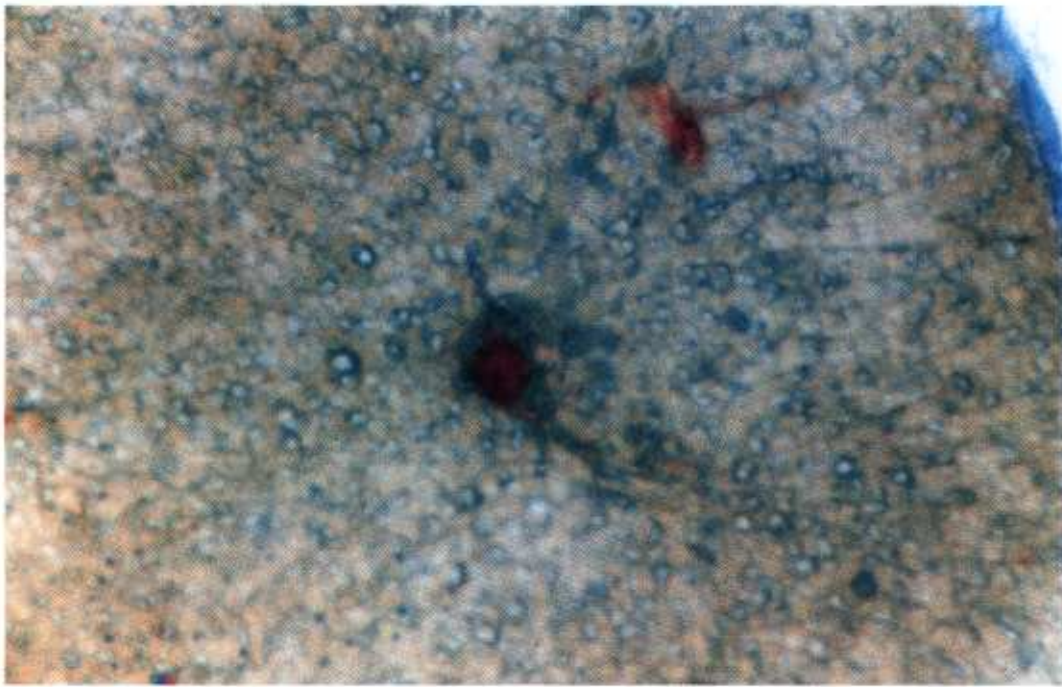
Sezione di fegato di ratto cirrotico.
(colorazione mallory; ingrandimento finale x300)

Biochimica del grado di fibrosi del fegato

La fig. 4 (grafico) e la tabella 2 (numerico) mostrano che i livelli di idrossiprolina legata al collagene, un indice biochimico del contenuto di collagene del fegato, risulta più di 3 volte aumentato nei ratti a cui è stato somministrato CC14 rispetto ai controlli. Questo dato biochimico si accorda con il quadro istologico epatico di stato fibrotico conclamato. Dalla stessa tabella risulta evidente una diminuzione statisticamente significativa del contenuto di idrossiprolina legata al collagene nei gruppi di ratti che hanno ricevuto insieme all'agente tossico anche Colchicina e Phosphorus 30CH; pur rimanendo consistente la deposizione di matrice extracellulare rispetto ai controlli. Nei ratti trattati con Colchicina l'idrossiprolina epatica è ridotta al valore di 1.8 $\mu\text{mol/g}$ di tessuto fresco (media di tre esperimenti) a fronte di un contenuto di 2.8 $\mu\text{mol/g}$ di tessuto fresco nei ratti trattati solo con CC14. Una situazione simile si riscontra nei ratti fibrotici trattati con Phosphorus 30 CH, per i quali si è osservato un contenuto medio di idrossiprolina nei tre esperimenti di circa 2 $\mu\text{mol/g}$ di fegato.



Sezione di fegato di ratto trattato con Phosphorus 30CH.
(colorazione mallory: ingrandimento finale x300)



Sezione di fegato di ratto trattato con colchicina.
(colorazione mallory: ingrandimento finale x300)

Conclusioni

Al momento, una adeguata terapia per la fibrosi del fegato ed in particolare la cirrosi, non è disponibile. L'unico farmaco ad accertata azione antifibrotica è la Colchicina, come esperimenti su animali e protocolli clinici hanno dimostrato (11).

L'elevata tossicità della molecola ne preclude l'utilizzo in terapia umana; i nostri esperimenti precedenti (12) e quelli di nuovo effettuati in questo lavoro, confermano l'efficacia della Colchicina e dimostrano che il Phosphorus 30 CH induce un effetto simile quando somministrato a ratte aventi una fibrosi cronica indotta.

Il fosforo bianco a dosi basse appare proteggere il parenchima epatico dall'azione devastante del tossico, migliorando tutti i parametri ematici presi in considerazione. Inoltre, anche l'accrescimento corporeo degli animali è risultato migliorato e la mortalità è nettamente diminuita come risultato del trattamento con il medicinale omeopatico.

Riferimenti bibliografici

1. Fibroblasti contrattili nella cirrosi alcolica cronica. Rudolph R., Mc Clure, Woodward M., *Gastroenterology* 76, 704, 1979
2. Ultrastruttura degli stati iniziali della fibrosi perivenulare in "alcohol fed baboons". Nakano M., Lieber C.S. *Cin. Res.*, 29, 568 A., 1981
3. Lipociti che contengono vitamina A e formazione di collagene tipo III nell'intossicazione epatica. Kent G., Gay S., Inouye T., et al., *Proc. Natl. Acad. Sci., U.S.A.*, 73, 3719, 1976.
4. Cellule stellate perisinusoidali (cellule immagazzinanti grasso, cellule interstiziali, lipociti). Wake K., *Int. Rev. Cytol.*, 66,303, 1980
5. Storia naturale dell'epatite alcolica. IV Glicosaminoglicuronanti e collagene nel tessuto connettivo epatico. Galambos J.T., Shapira R., *J. Clin. Invest.*, 107, 2952, 1973.
6. Distribuzione delle proteine delle membrane basali nel fegato umano normale e fibrotico: collagene tipo IV, lamina e fibronectina. Hahn E.G. Wick G., Pencev D., et al., *Gut*, 21, 63, 1980.
7. Fibrosi epatica e collass: distinzione istologica con colorazione con orecina Scheuer P.J., Maggi G., *Histopathology*, 4, 487, 1980.
8. Tipi di collagene nel fegato normale e cirrotico. Roijkind M., Giambone M.A., Biempica L., *Gastroenterology*, 76, 710, 1979.
9. Pratique homeopathique en gastroenterologie. Ed. a cura del "Centre d'études et de documentation homeopathiques", Lione 1977.
10. Analisi dell'idrossiprolina acidosolubile, prolina libera e idrossiprolina legata al collagene nel fegato di ratto con cromatografia liquida ad alta risoluzione con derivazione "pre-column" Palmerini C.A., Vedovelli A., Morelli A., Fini C., Floridi A., *J. Liquid. Chromatogr.* 8, 1853, 1985.
11. Un saggio preliminare della colchicina nella cirrosi biliare primaria. Kaplan M.M., Allig D.W., Zimmerman H.J. et al., *N. Engl. J Med.*, 315, 1448, 1986
12. Cirrosi epatica sperimentale: effetti di alte e basse dosi. Floridi A., Fini C., Palmerini C.A. et al. *Gastroenterology*, 84, 1371, 1983.

Repertorio

Il repertorio di Phatak

Giancarlo Quartucci
Medico Omeopata – Roma

Il “Concise” di S.R. Pathak, autore di origine indiana che ha pubblicato anche una materia medica, è un repertorio che per essere ben utilizzato necessita che vengano rispettate le regole di una repertorizzazione secondo la regola della generalizzazione di Boger, privilegiare cioè i sintomi generali del paziente.

Il repertorio, nato agli albori dell’omeopatia, si è caratterizzato per essere uno strumento in continua evoluzione e differenziazione. Oggi abbiamo la possibilità di sceglierne di molto completi, riveduti e corretti, sempre più ampi, che integrano tra loro sintomi presi da materie mediche e repertori “diversi”. Si sta andando allora verso la disponibilità di un minor numero di repertori, evoluti ma meno differenziati. E se da una parte si sta discutendo dell’utilità del concetto che “più si aggiunge, meglio è”, c’è anche chi, per la presenza del computer, mette in dubbio la persistenza del repertorio, che sarebbe destinato a scomparire, riportando la ricerca dei sintomi ai soli antichi sentieri delle materie mediche. Forse questo rappresenterà un miglioramento per la nostra professione, ma avrà come conseguenza una nostra maggiore dipendenza dalla macchina.

Comunque, quasi ad indicare la necessità opposta, leggo o sento sia di proposte innovative per migliorare la forma e la struttura dei repertori esistenti, che della pubblicazione di nuovi e “diversi” repertori, come quelli tematici (in circolazione ne esistono già alcuni). Allora voglio porre l’attenzione proprio su un repertorio “diverso” e per giunta “minore”, stampato non molto tempo fa (nel 1963), quello di S.R. Phatak:

“A Concise Repertory of Homoeopathic Medicines”.

Si tratta di un piccolo repertorio – un tascabile! – di 410 pagine, strutturato in senso alfabetico. La caratteristica principale del “concise” non sta tanto nell’originalità, quanto nella semplicità e praticità.

S.R. Phatak è un medico di origine indiana, ha pubblicato anche una materia medica ed ha avuto allievi che ne hanno seguito la pratica. Pratica che ha influenzato in modo determinante la stesura del suo repertorio, tanto che nella prefazione afferma che, nulla che non sia passato sotto il vaglio della sua esperienza è stato inserito, e quando questo è accaduto è stato perché le indicazioni venivano da autori come Kent, Boger, Clarke, Hering o Boenninghausen.

Dal titolo del libro si capisce che si tratta di un piccolo repertorio – un tascabile! – di 410 pagine, strutturato in senso alfabetico, perché ritenuto l’arrangiamento più efficace per una rapida ricerca delle rubriche. Infatti la caratteristica principale del “Concise” non sta tanto nell’originalità quanto nella semplicità e praticità.

Un repertorio da affiancare al “Kent” o del “Boenninghausen”: per questo motivo le rubriche particolari – i sintomi locali – sono state ridotte al minimo. Nella prefazione leggiamo: “... il prescrittore non dovrebbe dipendere interamente dai particolari, per ricercare il rimedio corretto... egli deve trovare il rimedio considerando le condizioni e modalità generali”. Phatak fondamentalmente si basa, oltre che sulle materie mediche e repertori di Boger, anche sulla tecnica repertoriale della “grande generalizzazione”, consigliata dallo stesso Boger: cioè la possibilità di elevare a rango di generale anche una modalità particolare, quando risulta non usuale, non comune e molto marcata. Phatak è convinto che la repertorizzazione non deve essere intesa come

un'operazione meccanica, e che la totalità dei sintomi non è un totalità numerica ma qualitativa, per ci afferma che anche un solo sintomo peculiare concomitante o una condizione non usuale può determinare la totalità di un caso.

Del resto nelle sette pagine di prefazione trova il modo di ripetere per tre volte che prescrivere omeopaticamente vuol dire fare arte. In più aggiungere che i pazineti quasi mai ci forniscono sintomi completi e/o in accordo alle rubriche dei repertori: è allora compito del prescrittore trovare il maggior numero di informazioni, riguardanti le modalità e le concomitanze con domande appropriate e magari anche ricercando conferme incrociate.

Phatak ritiene di grande valore le modalità di localizzazione ed estremamente importanti le modalità orarie.

Rispetto alla gerarchia del valore dei sintomi, oltre ai desideri, avversioni, attitudini mentali ed all'etilogia, Phatak ritiene di grande valore le modalità di localizzazione – laterale o d'organo, la direzione dei sintomi, la postura, e le concomitanze. Inoltre in un articolo di R. ankanan dedicato al Concise e a Phatak – maestro di Sankaran padre – pubblicato su Homoeopathic Links del 2/93, leggiamo come nella pratica Pathak considerasse estremamente importanti le modalità orarie, mentre invece le modalità orarie particolari, come sotto-rubriche, sono eliminate, e si può far solo riferimento alla rubrica generale Time.

L'articolo tra l'altro è interessante perché vengono descritti alcuni casi clinici che ben illustrano il modo di lavorare del dott. Phatak.

Oggi il Concise è stato aggiunto totalmente all'ultima edizione del "Complete" e parzialmente nel Synthesis.



Il “Concise” presenta dei limiti:

- a) di carattere tipografico.
- b) Di carattere strutturale, perché per alcune e solo alcune rubriche d’organo (per es. ADBOMEN, pag. 1) non viene mantenuta la struttura alfabetica ma una similkentiana.
- c) Di chiarezza. Per esempio, cosa vuol dire ASSOCIATED EFFECTS? (a pag. 20)
- d) Di competenza. Phatak ne era naturalmente conscio, ma affermava anche che l’integrazione con repertori più completi era comunque rara se si utilizzava la tecnica di Boger.

Oggi il Concise è stato aggiunto totalmente all’ultima edizione del Complete anche se con elaborazioni. Per esempio la rubrica “BLACK, dark” nel concise si riferisce a tutto ciò che può apparire nero come le secrezioni o le eruzioni, mentre nel Complete diventa “GENERALITIES – BLACKNESS, of external parts, gangrene” e parzialmente nei Synthesis 5 e Synthesis 7.

Ma come accade per il Boenninghausen, lo ritengo ancora valido per un uso esclusivo quando c’è la necessità di una rapida consultazione domiciliare o telefonica, come a volte anche nelle visite in studio.

A tal proposito riproto un mio caso.

CASO CLINICO

Nel giugno del ’96 vedo per la prima volta un ragazzo di 14 anni, terzo di 3 figli maschi, sofferente di rino-congiuntiviti allergiche dall’età di 5 anni, positivo alle graminacee, polvere e peli di gatto.

Dall'anamnesi vengo a sapere di un ricovero per otite a 17 mesi, faringo-tonsilliti con febbri, raffreddori e bronchiti, fino all'età di 4 anni quando fu operato di tonsille ed adenoidi. La ripresa fu lenta e dopo un anno apparve l'allergia. A 6 anni ebbe la parotite, a 7 una stomatite "violenta" trattata con antibiotici. Soffre di herpes labiali e di afte.

Una zia paterna e il fratello secondogenito sono allergici. Da entrambe le famiglie dei genitori si rileva ipertensione, presente anche nel fratello allergico; infarto in 2 zii paterni; cancro nel nonno paterno; diabete nella nonna materna. Simone abita in provincia di Roma, e nei nove mesi precedenti è stato in cura da un omeopata unicista che gli ha prescritto, senza risultati, Sulphur e Allium Cepa.

Simone viene accompagnato dalla madre, molto attenta ed esigente, e dal fratello allergico, già mio paziente, di 6 anni più grande.

Il bambino appare molto sviluppato, silenzioso e infastidito dagli stimoli scherzosi che il fratello maggiore, nei momenti di pausa, ogni tanto gli invia.

L'ho visitato solo 2 volte ed in entrambe davanti a me c'era la madre, con lui sempre un po' defilato. La madre lo descrive, come distratto, disordinato, con la testa tra le nuvole, che non gli piace molto studiare, un po' introverso e poco diplomatico, in pratica un permaloso con rare ma evidenti reazioni. Durante la descrizione della madre lui la osserva e non fa trapelare molto; interviene solo per descrivermi i sintomi generali e locali. Ama le salsicce, il saporito, l'alcool; non disdegna l'acido, e fa uso di ghiaccio e non solo in estate. Dorme sull'addome. Sintomi locali:

prurito nella punta del naso; starnuti a salve, che lo scuotono e sono la cosa che sopporta meno. La rinite negli ultimi anni si è aggravata soprattutto in autunno, anche perché egli tagli l'erba della casa, me è sostanzialmente presente tutto l'anno, con picchi anche in primavera e miglioramenti in estate, spesso associata a veri e propri raffreddori. Noto che si mangia le unghie.

Se fossi stato il primo omeopata a vederlo gli avrei prescritto anch'io SULPHUR. Senza repertorizzare prescrivo MEDHORRINUM MK. Nelle prime 2 settimane di settembre risento più volte telefonicamente la madre di Simone: per delle acutizzazioni riprescrivo prima MEDHORRINUM MK, poi 30 CH, ma sempre senza miglioramenti.

Repertorizzo allora i sintomi della prima visita, in modo classico dal Synthesis 5:

MIND- OFFENDED, easily

GENERALS – FOOD and

DRINKS – spices- desire

NOSE – SNEEZING - violent

NOSE – ITCHING –tip.

SULPHUR copre tutti e 4 i sintomi, e 11 rimedi ne coprono 3 (ARS, NUX-V, CHEL, CHIN, PULS, SEP, SIL, CAPS, NAT-M., VERAT, MERC).

Prescrivo per telefono prima Nux vomica 5ch. E 30 ch; poi MERCURIUS SOLUBILIS 5ch e 30 CH con pochi e temporanei miglioramenti.

A metà ottobre rivedo Simone in piena crisi autunnale e vengo a sapere che durante queste crisi il naso si congestiona e sensibilizza al punto che basta toccarlo che inizia a starnutire; le mani fredde o una corrente d'aria possono scatenare salve di starnuti.

La cosa poi è talmente caratteristica e conoscitiva in casa che i fratelli ne approfittano per farlo starnutire: egli si arrabbia molto e non vuole proprio essere avvicinato. La cosa mi viene raccontata dalla madre mentre egli ascolta con lo sguardo a terra, prima un po' imbronciato alla fine proprio stizzito. Nell'interrogatorio a quatt'occhi riesco a sapere che ama la pesca – come il fratello più grande e del quale, capisco ha una vera e propria venerazione – e che ha sognato più volte di lighare facengo a pugni con qualcuno per futili motivi. La cosa secondo lui è strana dato che si ritiene un tipo tranquillo. Secondo me emerge evidente la suscettibilità e, più nascosta la violenza, del resto in qualche modo già considerata nella repertorizzazione. Decido di fare un'integrazione consultando il Concise e trovo tre voci che più di altre si riferiscono alla permalosità e/o suscettibilità e soo: OFFENDED, EASILY, con 11 rimedi, SENSITIVE (Susceptible to noises, light, pain, odor, touch,

trifles, ecc.) con più di 50 rimedi, e TOUCHY (mentally e physically) con 7 rimedi. Tra i rimedi di TOUCHY (mentally e physically), ACON, ANT-C, ANT-T, CHAM, CIMIC, HEP, SANIC, rimango colpito soprattutto dalla presenza di HEPAR, presente anche nella rubrica SENSITIVE (Susceptible to noises, light, pain, odor, touch, trifles, ecc.). Convinto come sono che la suscettibilità –TOUCHY- mentale e fisica sia la caratteristica fondamentale di questo caso, ricollegandomi anche alla materia medica di HEPAR- vulnerabilità per ogni stimolo su tutti i livelli, reazioni violente, desiderio di acidi, saporito, tendenza per le orizze, herpes e afte, la sensibilità locale al freddo – prescrivo alla fine do ottobre HEPAR 200k monodose. Da notare che HEPAR nella repertorizzazione da “Synthesis 5” risultava al 58° posto, per il solo desiderio di saporito.

Nella seconda settimana di novembre, mi chiama la madre dicendomi che Simone ha di nuovo l'allergia. Nel frattempo c'era stata una leggera ma evidente diminuzione dei sintomi. Approfondendo mi rendo conto che le secrezioni sono più dense del solito, e sospettando un raffreddore, prescrivo HEPAR 35k per tre giorni e, se non fosse sopraggiunto il miglioramento, una seconda dose di HEPAR 200K. Il 9 gennaio '97 risento la madre che mi riferisce che Simone ha dovuto assumere la 200 k in plus, ma che da allora le cose sono andate meglio: ha avuto per 1 settimana ancora del catarro giallo dal naso; da allora molti meno starnuti ed un nuovo episodio di herpes labiale in montagna. Nel '97 Simone ha assunto, in seguito a riacutizzazioni, due dosi di HEPAR MK, a fine febbraio e fine maggio, associato ad HEPAR 30 CH nei momenti più acuti, che comunque non solo stati più come il passato.

Nel '98 ho sentito una sola volta la madre, che mi ha riferito che sono possibili starnuti al mattino e leggeri pruriti nel naso, senza che Simone però se ne lamenti troppo. Non ha più avuto afte. Gli herpes sono ormai rari e con HEPAR 30 CH e propoli meno fastidiosi.

Voglio far notare che:

- 1) la rubrica TOUCHY (mentaly e physically) non si trova nel Kent, come neanche nel Complete (probabilmente integrata in altre rubriche, mentali e/o generali) o Synthesis 5; esiste nel Synthesis 7, ma è senza rimedi e rimanda a MIND-OFFENDED easily, dove però non troviamo HEPAR, ma neanche ANT-C, ANT-T, CIMIC, e SANIC.
- 2) La rubrica MIND – OFFENDED easily del Concise, presenta rimedi che sono tutti presenti nella stessa voce del Synthesis 5 e Synthesis 7 e del Complete; nel Kent manca IGNATIA. In nessun repertorio viene riportato HEPAR. TOUCHY ed OFFENDED easily, sono due termini molto diversi?
- 3) Nella rubrica MIND-TOUCHED, aversion to being, del Kent manca HEPAR; nel Complete c'è, e l'aggiunta è presa dal Concise; nel Synthesis 5 e Synthesis 7 c'è , e l'aggiunta è attribuita a Jacques A., un collega belga contemporaneo.
- 4) Sia nel Complete che nei Synthesis tra le cross-reference di MIND – offended, easly c'è MIND-SENSITIVE, ma in quest'ultima rubrica non appare HEPAR, che invece è presente nelle rubriche GENERALI dei 2 repertori, SENSITIVINESS – externally e SENSITIVINESS – internally, come quella del Concise, SENSITIVE (Susceptible to noises, light, pain, odor, touch, trifles, ecc.)

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- A Concise Repertory of Homoeopathic medicines, di S.R. Phatak, 2f ed. B. Jain Publisher New Delhi – India Synthesis, Repertorium Homeopathicum Syntheticum, di F. Schroyens, ed. 5, Homeopathic Publisher London
- Synthesis, Repertorium Homeopathicum Syntheticum, di F. Schroyens, ed. 7, Homeopathic publischer London
- The Complete Repertory, di R. Van Zandvoort
- The Repertory of the Homoeopathic Materia Medica, di J.T. Kent, B. Jan Publisher New Delhi – India

Viaggi

Vacanze Irlandesi

Maurizio Paoletta
Medico Omeopata – Roma

Avendo deciso di fare una vacanza a fine giugno ho scelto l'Irlanda. Ero molto incuriosito da quello che succede a Galway da qualche anno. Andiamo con ordine...

Da cinque anni si svolge in una piccola città universitaria irlandese, Galway per l'appunto, una tre giorni di omeopatia classica, che accoglie molti conferenzieri e insegnanti di fama mondiale. Anche quest'anno l'appuntamento era in giugno, tra il 19 e il 21.

Fin dai suoi esordi questa manifestazione si è distinta per l'elevato numero di "teste calde" presenti, cioè di omeopati che, pur rimanendo in ambito unicista, si distinguono per audacia e spirito di innovazione. Così riempio lo zaino e parto, sperando di avere anche un po' di tempo libero per qualche escursione in bici e per cercare un artigiano di cui ho sentito parlare che costruisce il bodhran, uno strumento a percussione di cui sono appassionato.

Dopo un viaggio molto faticoso e più lungo del previsto – veniamo dirottati su un aeroporto vicino perché la nebbia non ci fa ripetutamente atterrare – finalmente in tarda serata arriviamo a Galway. Mi accorgo essere l'unico italiano. Scoprirò presto che come unica eccezione la contemporanea presenza del simpatico gruppo di Ideanet, che presenta uno stand nell'atrio dell'aula della conferenza. Sono colpito dall'elevatissimo numero di omeopati non medici presenti. Di questo – e so che solleverà un vespaio di polemiche – sono ben contento. Ho imparato negli anni molte "cose" di medicina da non medici e la storia è destinata a ripetersi anche a Galway. Tra i dottori spiccano quest'anno Jan Sholten dall'Olanda e Nandita Shah dall'India, entrambi ben noti ai frequentatori ai seminari omeopatici (all'estero...). Meno noti l'israeliano Chaim Rosenthal, l'americano Richard Moskowitz e la (strepitosa) tedesca Anne Shadde. Fra i non medici sono presenti Anne Irwin (Burren School of Homeopathy), Madeleine Evans (direttrice della rivista di omeopatia "esoterica" Prometheus), e la farmacista e ricercatrice inglese Felicity Lee. Si comincia con Anne Irwin che racconta con belle diapositive una leggenda che ha spinto al proving dell'acqua di Taosca, un rimedio che proviene proprio dal Burren, ove ha sede la scuola omeopatica in cui anche Anne lavora. La relazione viene presa poco sul serio, se non con esplicita ironia dai più seri di noi. Personalmente l'ho considerata un ulteriore passo verso una vera piccola dispensa di rimedi omeopatici irlandesi. Va ricordato che lo stesso team di proverbs fece, nell'area rocciosa del Connemara, la sperimentazione, ormai entrata anche nei nostri Repertori, di Marmo, Granito e Limestone. Il secondo speaker è il dr Rosenthal da Israele, che presenta una relazione dal titolo: "Analisi dei rimedi e dei casi clinici con la tecnica dell'appartenenza ai regni – Teoria e pratica". Durante questa presentazione il collega enfatizza l'importanza della comprensione del caso osservato nella sua appartenenza a uno dei quattro regni (inanimato, piante, animale e umano) e cosce pure il rimedio che verrà poi scelto. Chaim spiega come anche le patologie sono inquadrabili per regni di appartenenza, ed è molto illuminante sul metodo per differenziare i vari rimedi all'interno di una stessa rubrica repertoriale. Cabalistico, nell'insieme un po' faticoso... Sabato mattina gli interventi sono aperti da Madeline Evans, editore di Prometheus, una rivista che parla di omeopatia, di nuovi progings svolti in meditazione, di energia, chakras, rapporti tra rimedi e karma, ecc.... Ci espone l'esperienza del suo gruppo sul rimedio Ghiandola Timica e, contrariamente alle aspettative, rimangono molto sorpresi dalla precisione quasi scientifica del suo intervento e dalle ottime indicazioni cliniche di questo farmaco. Il dr Moskowitz è invece un medico americano assai conosciuto per il libro "Homeopathic Medicine for Pregnancy and Childbirth", uno dei migliori sull'argomento in ambito omeopatico. Racconta la sua esperienza nei disturbi causati dalle

vaccinazioni e di quanto esse ci possano far comprendere la natura della malattia cronica che andremo a curare. Fornisce molte referenze tratte dalla letteratura pediatrica allopatrica e da fonti giornalistiche ben documentate. Grande successo, anche di simpatia. Jan Scholten credo non abbia bisogno di presentazioni. Ha appena pubblicato un testo monumentale "Homeopathy and the Elements" che consiglio a tutti i colleghi con dieci anni di carriera omeopatica che vogliono ricominciare a studiare daccapo e a rimettersi radicalmente in discussione. Scherzi a parte Jan si posiziona su un altro livello in termini di intuizione e capacità di sorprendere. Ce ne accorgiamo anche vedendolo ballare le due sere con le band dal vivo. Sembra una specie di ameba, non ha il senso del confine fisico, così te lo ritrovi sempre sui piedi... Gli ultimi due interventi importanti sono entrambi femminili, Nandita Shah e Anne Schadde. La prima porta tre casi su carta, brevi, e un caso in video con un lungo follow-up. Rimedi interessanti e non di routine: Kali phosphoricum e due casi di Cobaltum metallicum. Parla di come si valutano i sogni nell'anamnesi omeopatica e soprattutto di come comprendere i sintomi mentali tali dal paziente. Lucidità, precisione, eleganza... Anne conclude i lavori nel pomeriggio di domenica. E questa i rivela un'ottima scelta. Anne è vitalissima, e possiede molta comunicativa ed espressività. Ha un'esperienza molto particolare nel mondo omeopatico unicista perché da molti anni impegnata anche come psicoterapeuta, quindi si esprime sempre ad un livello analogico e simbolico. Parla per un'ora e mezzo, tra grandi risate, di Ozono, un nuovo rimedio sperimentato nei dettagli in Germania su 45 proveri e di cui è stato pubblicato il libro. Un ottimo video illustra il primo caso clinico di Ozono di Anne. E' molto utile osservare i diversi aspetti della vita del paziente confrontati ai sintomi del proving del rimedio. Originale.

Fine della trasmissione, anche se la mia vacanza continua per un'altra settimana. C'è una pioggerella costante, che sembra quasi polvere e non dà fastidio se si usa la bicicletta. La Guinness e la musica tradizionale irlandese mi portano lontano dalle giornate della conferenza. Rimane un ricordo forte di quest'incontro, anche tornato in Italia. Ho trovato a Galway una grande apertura mentale e un cameratismo poco frequente purtroppo dalle nostre parti, tra medici e non, tra neofiti dell'omeopatia e colleghi di grande esperienza. Auguro lunga vita a questa qualità di scambio e spero che si sia sempre più convinti che partecipare alla crescita dell'omeopatia non è un fatto esclusivamente individuale. Arrivederci a Galway 1999, ultimo fine settimana di giugno.

Dottrina

Il biotipo calcarea carbonica in omeopatia costituzionale pediatrica

Ricottini L. – Santini G. – Graziosi S. – Santini R.

Istituto di Studi di Medicina Omeopatica – Roma

Un bambino è un organismo che, pur possedendo le potenzialità dell'adulto, si esprime in maniera diversa a seconda dell'età, dell'influsso ambientale e del momento specifico in cui viene osservato. Ecco perché il bambino è qualcosa di diverso da un adulto "piccolo". Quello che il pediatra osserva è un organismo dinamico, in continua evoluzione ed altrettanto mutevole nella propria espressione fisiologica e patologica. A questo proposito bisognerà porre attenzione a non confondere con patologie quelle che sono fasi di semplice impegno funzionale dell'organismo, il quale, attraverso una serie di momentanei turbamenti, tende all'equilibrio definitivo della struttura adulta. E' quello che accade, ad esempio, alle fanciulle in fase puberale, quando presentano irregolarità del ritmo mestruale e, spesso, dismenorrea. Solitamente questo è un quadro transitorio che tende a risolversi spontaneamente nel giro di uno o due anni: ben diversa è la patologia di un ipovarismo endocrino. Per sintetizzare, in uno stesso individuo considerato in età diverse, si possono succedere differenti manifestazioni patologiche in contemporanea con differenti manifestazioni fisiologiche, soprattutto dal punto di vista dell'aspetto fisico, psichico e mentale dell'individuo. Sarà quindi necessario apprendere la chiave di lettura di ogni biotipo ed imparare a tradurre nel linguaggio di un organismo non ancora maturo, quelli che sono i segni ed i sintomi già conosciuti dall'adulto. Nel caso specifico dell'approccio al bambino, qualora non fosse possibile raccogliere dati anamnestici sufficienti e indicativi (ad esempio, nel caso di un lattante), ci sarà di prezioso aiuto lo studio della costituzione dei genitori, visto che in questa fase della vita l'ereditarietà in senso lato e le trasmissioni fisiopatologiche diventano indispensabili per determinare la biotipologia del piccolo paziente. Anche in un biotipo pediatrico le Forze Energetiche Fisiopatologiche (FEFP) sono sempre tutte presenti in ogni organismo ma si esprimono di volta in volta con intensità e modalità differenti, rispettando una determinata gerarchia d'importanza legata alla costituzione stessa del biotipo e stabilita dalla trasmissione ereditaria e delle diverse sollecitazioni ambientali cui l'individuo viene sottoposto nel corso dell'esistenza; con questo si spiega sia il verificarsi di situazioni acute apparentemente non correlabili alla costituzione di base del soggetto (Ad esempio, un otite da Ferrum phosphoricum in un soggetto endoblastico), sia l'espressione del neonato delle FEFP dominanti nei genitori, in quanto l'organismo del piccolo paziente non ha ancora subito un impatto ambientale (aggressioni batteriche o virali, sbalzi climatici, alimentazione errata, vaccinazioni ripetute, etc.) tale da mettere in atto i meccanismi di difesa e sollecitare le altre FEFP.

Dopo una breve introduzione introduzione mirante a richiamare i principali concetti alla base della medicina omeopatia costituzionale, vengono esaminate in dettaglio le caratteristiche pediatriche di base del biotipo Calcarea carbonica da un punto di vista omeopatia costituzionale, con brevi cenni di diagnosi differenziale con le altre costituzioni.

CARATTERISTICHE DEL BIOTIPO

Il farmaco costituzionale di base dell'endoblasta, la Calcarea carbonica, viene ricavato dal carbonato di calcio contenuto nello strato mediano dell'ostrica. E' il medicinale costituzionale di base del biotipo carbonico (secondo la classificazione biochimica del Vannier) brevilineo astenico (secondo la classificazione endocrinologica del Pende) o endoblasta (secondo la classificazione embriologica del Martiny).

E' il soggetto in cui predominano e si esprimono nell'ordine le seguenti FEFP: psora-sicosi-tubercolinismo-fluorismo secondo la classificazione diatesica costituzionale. Il carbonato di calcio è un elemento presente in tutti gli organi, con particolare prevalenza di cuore, cervello fegato e milza; e inoltre il costituente fondamentale del tessuto osseo e dei denti. Questo sale diviene indispensabile nel periodo della crescita e dello sviluppo, allorchè tutti i processi metabolici sono accelerati, il che spinge gli omeopati costituzionali a considerare Calcarea carbonica come uno dei rimedi per eccellenza della giovane età, in particolare dell'infanzia.

L'assimilazione e la distribuzione del carbonato di calcio possono risentire di fattori ereditari (lue, TBC) o acquisiti (intossicazioni ed infezioni) che agiscono determinando alterazioni per eccesso di questo sale (provocando esostosi, concrezioni e calcolosi) o per difetto (le anomalie più frequenti). E' importante precisare che un difetto di carbonato di calcio legato ad un mancato apporto alimentare deve essere corretto con integrazione dietetica mentre il difetto di assimilazione del carbonato di calcio è strettamente connesso alla costituzione del soggetto: è in quest'ultimo caso che la medicina omeopatica può e deve intervenire. Il calcio presenta una pesante influenza sui processi di ossificazione, oltre a svolgere un importante ruolo di coordinamento nella fisiologia del sistema nervoso (ha una funzione moderatrice sull'eccitabilità), dei muscoli, della coagulazione del sangue (processo che necessita ioni calcio) e della circolazione linfatica. Esso inoltre interagisce con altri ioni influendo sulla fissazione dell'acqua a livello tissutale, sul sistema nervoso (il calcio ha un'azione rilassante, mentre il magnesio è un eccitante) e sul cuore (il calcio determina un rinforso sistolico; il potassio causa un rinforso diastolico). Nel soggetto endoblasta, caratterizzato costituzionalmente da anomalie nell'utilizzazione, nell'assimilazione e nella distribuzione del carbonato di calcio, verranno a determinarsi rallentamento ed insufficienza degli scambi organici con ritardo di ossificazione, stasi linfatica (e conseguenti disturbi del trofismo cellulare), aumento del lavoro cardiaco, spasmofilia e tendenza alle convulsioni, diminuzione del metabolismo basale. A tutto questo si aggiungono le disfunzioni endocrine proprie del biotipo a carico di tiroide paratiroide e gonadi, mentre le ghiandole surrenali sono impegnate in un tentativo spesso insufficiente di compenso.

Esso perché Calcarea carbonica è il rimedio di base dell'endoblasta e si adatta bene a soggetti scrofolosi rachitici, adiposo genitale o spasmofili, perché in essi si ritrovino le caratteristiche fondamentali del biotipo (Santini, 1994). Il bambino endoblasta è tipicamente obeso, di carnagione chiara, freddoloso e torpido. Ad un esame generale il lattante apparirà ben nutrito ed in ottima salute ma la palpazione rivelerà un sottocutaneo flaccido e delle masse muscolari ipotoniche. Inoltre questo soggetto tenderà al rachitismo con epifisi allargate e testa grande. La chiusura delle fontanelle sarà lenta ed inoltre ci saranno facili sudori circoscritti, soprattutto alla testa ed al volto quando il bambino dorme o si alimenta (bagna caratteristicamente il cuscino mentre dorme). I piedini sono freddi e sudati (da cui la diagnosi differenziale con il Sulphur). Spesso è presente crosta latteata, prelude ed eczemi ed orticarie in età successive; il bambino è soggetto a diarree ricorrenti acide che irritano la regione perineale. L'eruzione del primo dente è tendenzialmente ritardata e si accompagna a diarrea ed a disturbi del sonno, con vere e proprie crisi di pavor.

Il lattante Carbonico presenta una notevole suscettibilità alle correnti d'aria con facili raffreddamenti, anche se protetto dall'allattamento al seno (con trasmissione passiva degli anticorpi) ed è soggetto di otiti ed otalgie. A questo proposito si raccomanda di eseguire sempre l'otoscopia nel lattante di costituzione carbonica in coincidenza di un'improvvisa inappetenza oppure quando si lamenta anche in assenza di febbre o di un dolore evidente. Il bambino può facilmente ammalarsi di bronchite durante i primi due anni di vita, questo non tanto per l'attivazione della FEFP tubercolinica, quanto per il laringismo costituzionale dei soggetti endoblastici che aggrava il deficit immunitario fisiologico in questa età e spiega la tendenza alla produzione di catarri abbondanti durante le infezioni respiratorie. Il carbonico è un bambino tardivo nel compiere i primi passi, sia per il ritardo di maturazione del sistema nervoso, sia per il frequente eccesso ponderale a fronte di un tono calcico poco brillante. E' tardivo anche nel parlare. Il pene è piccolo ed è presente ritenzione dei testicoli nel canale inguinale. Con il procedere del processo di crescita il bambino

sviluppa una personalità che ricorda quella dell'ostrica: molle, freddo, inerte, con una spiccata tendenza a chiudersi ostinatamente in sé stesso. Tendenzialmente pigro (perché tendente a risparmiare le scarse energie), è anche pauroso. Ha paura soprattutto del buio ed è difficilissimo calmarlo, al punto da avere convulsioni per lo spavento. La sua caratteristica di base è quella di presentare un peggioramento sintomatologico per qualunque sforzo fisico o mentale (persino lo sforzo viscerale dell'evacuazione). Sono questi i soggetti che migliorano nelle fasi di stipsi. Il sistema osteoarticolare lamenta una notevole facilità alle storte delle caviglie ed alla scoliosi da postatura viziata, entrambe causate dalla debolezza costituzionale dei legamenti. Il bambino carbonico presenta inoltre facili sudorazioni con l'esercizio fisico e raffreddamenti con catarri nasali cronici, oltre ad avere ali del naso ispessite ed ulcerate, tonsille ipertrofiche e molli e vegetazioni adenoidiche con adenomegalia laterocervicale; tende inoltre alle eruzioni cutanee di tipo trasudativo al cuoio capelluto ed alle regioni retroarticolari. È il classico bambino linfatico-torpidito, privo di vigore e di iniziativa personale, scegliendo di impegnare molto del suo tempo a stare seduto a fare poco o niente.

Psicologicamente presenta una notevole sensibilità che lo rende molto sensibile alla presa in giro. Pertanto, essendo impacciato e goffo nei movimenti, invece di perseverare abbandona i giochi e si rifugia nell'introspezione sentendosi sconfitto o deriso. È timido e triste, ma piange se viene rimproverato. È intelligente ma non regge lo sforzo intellettuale: è il classico scolaro che si impegna, clamorosamente e volentieri, ma con scarso rendimento (soprattutto in matematica).

Dietro un aspetto esteriore di calma apparente e di ostinazione nasconde ansie e paure di cui si vergogna. Ha un bisogno di punti di riferimento, quali la sua famiglia e le sue abitudini. Arriva stanco alla sera e stenta ad addormentarsi per l'eccitazione eccessiva.

Dal punto di vista tegumentario, alcuni bambini carbonici hanno la pelle fina e delicata con vene visibili in trasparenza, ciglia lunghe e capelli fini e sottili. In questi soggetti si sta probabilmente esprimendo la FEFP tubercolinica per sollecitazioni ambientali o per ereditarietà (ricordiamo a questo proposito che il nosodo TR è spesso utilizzato in soggetti endo- o mesoblastici con anamnesi familiari positive per TBC). Tra l'altro, il bambino che richiede Calcarea carbonica è spesso affetto da verminosi ricorrenti. Nella fanciullezza tende ad avere una relativa diarrea con feci pallide apparentemente prive di pigmento biliare, mentre normalmente il soggetto presenta stipsi. Il fegato è all'arco dolente. Piroso con vomito acido, addome gonfio e meteorico: nei carbonici tutto è acido (fecce, vomito e sudori). In età adolescenziale, il maschio presenta muscolatura debole e richiede riposo e tranquillità; se femmina è grassa, clorotica e caratterizzata da palpazioni cardiache dispnea e cefalea (per la sua anemia costituzionale ulteriormente peggiorata dalle mestruazioni). A questo riguardo ricordiamo che le ragazze di costituzione carbonica hanno mestruazioni precoci ed abbondanti che stentano a regolarizzarsi. Dal punto di vista alimentare, l'endoblasta gradisce uova (bollite) dolci e cibi indigesti, mentre non gradisce la carne, il latte (che mal digerisce) ed i grassi. In ogni caso non ama i cibi caldi e, pur freddoloso, preferisce bevande fredde e gelati. Può soffrire di vertigini e peggiora in montagna.

CONCLUSIONI

Quando detto in materia di omeopatia pediatrica a carico del biotipo Calcarea carbonica non cerca come interlocutori i pediatri, i quali per studi specifici ed esperienza diretta incontrano le difficoltà minori nel decifrare segni e sintomi del bambino, ma soprattutto i medici non pediatri che, da omeopati, vengono comunque in contatto con i bambini ed il loro universo espressivo. È fondamentale sottolineare l'estrema rarità di un quadro così didatticamente ben descritto, essendo molto più facile incontrare nella vita professionale delle costituzioni di carattere misto, prevalentemente di carattere endomesoblastico. Il vero obiettivo del medico omeopatico sarà, in quel caso isolare i segni e le caratteristiche proprie della costituzione dominante del momento fisiopatologico: se viene rilevato uno squilibrio a carico delle funzioni vitali del biotipo, sarà necessario attuare una terapia mirante a riportare il tutto in equilibrio. In caso di benessere del

soggetto, invece, l'intervento omeopatico avrà l'importantissimo scopo di facilitare tutti i processi di accrescimento, liberandoli dai opportuni squilibri fisiopatologici.



Informatica

Omeopati & Computer Ultime da Mac Repertory

E. Di Leginio

edilegini@natol.org

Coordinatore Comitato per l'Informatica

Quattro chiacchiere con Giulio Calciano responsabile per l'Italia di Ideanet sul presente e il futuro della distribuzione in Italia del Programma Mac

Dalle voci che mi corrono mi sembra di intuire che qualcosa sta cambiando o è cambiato nella struttura che supporta il programma MacRep. in Italia. Potete spiegarci cosa in realtà è successo?

E' successo che all'interno della struttura Europea (Ideanet) ci sarà una divisione che si dedicherà esclusivamente all'Italia. Ci sarà un responsabile commerciale che sarà a disposizione degli utenti italiani ed in grado di fornire tutte le informazioni relative ai programmi (sistema operativo, versioni disponibili, costi ecc.). Ci sarà una linea commerciale attiva "24 ore su 24" sia via e-mail sia via fax. Stiamo anche lavorando al nostro sito Web. Sarà attivo attivo entro fine anno. Per tutti i problemi di carattere tecnico ci sarà invece un programmatore in grado di fornire in qualsiasi momento l'assistenza di cui l'utente necessita; ci sarà quindi un vero e proprio servizio di "Help desk"

Come si è giunti alla definizione di questa nuova struttura?

La struttura che supporta il progetto MacRep in Italia è nata con l'intento di favorire lo sviluppo e la conoscenza del programma soprattutto in Italia. Nei suoi primi anni di vita però il "Core business" è stata l'Europa (siamo infatti il distributore esclusivo dei prodotti KHA in Europa).

Oggi è finalmente arrivato il momento di concentrare le nostre forze anche sull'Italia e per tale motivo abbiamo deciso di strutturare le cose in modo tale che l'utente possa avere un referente in tutte le fasi che lo portano dall'acquisto del nostro programma al suo utilizzo ottimale.

**La vostra società era in qualche maniera il gestore informatico del "Complete Repertory".
Ha subito qualche evoluzione il progetto?**

Sì. La traduzione del testo è terminata in questi giorni. Ora ci aspetta il lavoro più delicato: la contestualizzazione omeopatica del testo tradotto. E' un lavoro che richiede grande attenzione e rigore scientifico. Pensi solo alla compilazione della lista dei sintomi con cui può essere descritto un sintomo. O alla concordanza di genere tra aggettivi e sostantivi. L'obiettivo è quello di realizzare un vero repertorio, non solo un dizionario dei termini omeopatici. Il ritardo con cui verrà pubblicato il Complete Repertory rispetto alle previsioni iniziali è essenzialmente dovuto a due ordini di fattori: uno economico, l'altro tecnico. Dal punto di vista economico, per l'autore di traduzione italiana del testo ha un peso relativo minore rispetto, ad esempio, a quella tedesca o portoghese (in Brasile operano decine di migliaia di omeopati), per tanto è stata data la priorità agli investimenti in quella direzione. Sotto il profilo tecnico, è estremamente difficile trovare traduttori specializzati in questo settore: ma ce l'abbiamo fatta. Manterremo naturalmente tutti gli impegni presi con i nostri clienti: chi ha già acquistato il Complete Repertory inglese riceverà la versione italiana pagando solo le spese di spedizione.

Ho saputo che avete sviluppato anche un programma di raccolta dei dati clinici dei pazienti, cioè una cartella informatizzata. Ci può dire in breve di cosa si tratta?

Il programma si chiama MADRAS ed è stato realizzato secondo i criteri che ispirano tutti i prodotti che distribuiamo: interfaccia utente semplice ed intuitiva, consultazione e compilazione veloce, modulare e flessibile. E' un sistema di gestione cartella clinica pensato per essere usato. Naturalmente MADRAS colloquia liberamente con Mac Repertory e ReferenceWorks; ma è aperto anche al collegamento con altri programmi. Verrà distribuito in tutta Europa e probabilmente anche negli USA. MADRAS è un programma indipendente dall'hardware utilizzato: è concepito sia per macchine Windows che per Macintosh, secondo una filosofia che accomuna tutti i nostri prodotti.

Ora la solita domanda di pragmatica: quali sono i vostri programmi futuri in Italia e in Europa?

Continueremo a sviluppare e rafforzare la nostra posizione sui mercati-chiave. Oggi i nostri programmi sono utilizzati come lo standard di riferimento in diverse tra le più prestigiose istituzioni omeopatiche europee (Royal Homeopathic Hospital di Londra, la Facoltà di Omeopatia sempre a Londra, il Glasgow Homeopathic Hospital). Continueremo ad investire nella direzione della collaborazione scientifica già avviata con molte scuole. In Francia siamo presenti con un nuovo distributore a Parigi. In Italia perseguiremo una collaborazione ancora più stretta con diverse Scuole.

Informatica

Radars Companion

E. Di Leginio

edileginio@natol.org

Coordinatore Comitato per l'Informatica

Qualcuno, dopo aver letto la rubrica del numero scorso, mi ha chiesto del perché raccogliere così tanti sintomi. Come spiegavo in uno dei precedenti numeri del giornale, l'informatica ha cambiato in una qualche maniera il modo di fare repertorizzazione. L'utilità di così tanti sintomi deriva dal fatto che una maggiore descrizione del caso clinico, anche con sintomi banali, è raccomandabile quando si usano questi strumenti informatici. Sono stato aiutato a risolvere il caso che stiamo trattando dall'uso del VES (il sistema esperto di Vithoulkas che tratteremo sul prossimo numero) che di per sé stesso richiede l'introduzione del più alto numero di sintomi possibile.

Come vedremo in questo numero, il caso non viene risolto dall'uso di opinioni come la somma di gradi e/o dei sintomi, ma dall'uso di opinioni come quella dell'evidenziazione di piccole rubriche o della prominenza. Ma procediamo per ordine. L'ultima volta eravamo restati all'assegnazione di una gerarchizzazione.

Sintomo	Valore 1	Valore 2
1. SINTOMI GENERALI - Comento, aspetto - acuto	43	2
2. FACCE - Colorazione (colorito) - pallide	250	2
3. STOMACO - Lenta digestione	13	1
4. STOMACO - Dolore - crampiforme - mangiando - dopo mangiato	27	1
5. STOMACO - Dolore - crampiforme - pranzo - dopo	4	1
6. STOMACO - Eruttioni - pranzo - dopo	28	1
7. STOMACO - Eruttioni - mangiando - dopo	94	1
8. SINTOMI GENERALI - Debolezza - pranzo - dopo	46	2
9. SINTOMI GENERALI - Debolezza - mangiare - dopo mangiato	59	2
10. STOMACO - Pietra, sensazione di una	62	4
11. STOMACO - Pietra, sensazione di una - pranzo, dopo	1	4
12. STOMACO - Pietra, sensazione di una - mangiando, dopo aver	10	4
13. STOMACO - Pietra, sensazione di una - eruttioni migl.	4	4
14. SINTOMI GENERALI - Mangiare - dopo mangiato	187	2
15. SINTOMI GENERALI - Cibi e bevande - farinacei - aggr.	22	2
16. SINTOMI GENERALI - Cibi e bevande - carne - aggr.	40	2
17. SINTOMI GENERALI - Cibi e bevande - liquido, cibo - desiderato	11	2
18. SINTOMI GENERALI - Cibi e bevande - yogurt - desiderato	1	3
19. RETTO - Inattività del retto	120	1
20. RETTO - Stitichezza - cronica	1	1
21. ADDOME - Fegato e regione epatica	115	1
22. ADDOME - Dolore - pungente come un ago - ipocondri - destra	89	1
23. SINTOMI GENERALI - Obesità	118	2
24. TESTA - Capelli - cadono, che	110	1
25. DENTI - Cani, cariai, bucati	83	1
26. FECE - Dure	189	1
27. RETTO - Colore - defecazione - scurpita	105	1
28. RETTO - Colore - defecazione - sforzo per, dopo	10	1
29. STOMACO - Vuoto - mattina - svegliandosi	5	1
30. STOMACO - Appetito - aumentato (come in generale) - svegliandosi	6	1
31. SINTOMI GENERALI - Cibi e bevande - grassi - aggr.	70	2

La figura mostra i valori assegnati ai vari sintomi per la 'gerarchizzazione'

Nella figura qui accanto i valori che ho assegnato ai vari sintomi. I valori sono opinabili, ma io ho considerato il sintomo, chiaramente e spontaneamente espresso, della sensazione di pietra sulla stomaco, con le sue varie modalità, come sintomo strano e particolare. Poi ci sono una serie di sintomi generali e molti sintomi locali. Nelle repertorizzazioni informatizzate i sintomi locali riacquistano una dignità che in quelle manuali non avevano ragione di avere in quanto poco descrittivi del caso e quindi poco adatti ad essere inseriti in una "sindrome minima di valore massimo" a cui si teneva.

Anche con una siffatta "gerarchizzazione" usando la somma dei sintomi e/o quella dei grandi il rimedio non emerge tra i primi della lista.

Per farlo emergere tra i primi 25 rimedi bisogna usare o l'SPF (un sistema per tenere in maggior conto le piccole rubriche) o la prominenza.

Per applicare queste opzioni, bisogna andare nella cartella dei sintomi come quella in Fig. 1 e premere il bottone “ANALISI”. Nella finestra successiva premere il bottone “OPZIONI”. Su come usare l’Aiuto in linea per consultare il significato delle varie voci, seguire le istruzioni fornite in questa rubrica sul numero 7 del giornale.

Per le piccole rubriche la spiegazione fornita in linea è la seguente: “Attribuendo maggior enfasi ai rimedi presenti nelle piccole rubriche. Questo metodo mette in evidenza i rimedi che corrispondono alle più piccole e quindi probabilmente più differenziate rubriche. Questi rimedi potrebbero essere piccoli, quanto grandi rimedi”. E’ da notare a questo punto che rubriche come quella: STOMACO – Pietra; sensazione di una – pranzo, dopo; STOMACO – Pietra; sensazione di una – mangiato, dopo aver; STOMACO – Pietra; sensazione di una – eruttazione migl., a cui noi avevamo dato un alto grado di gerarchizzazione, subiscono un’ulteriore evidenziazione.

Per la “Prominenza” ecco quello che dice la guida in linea: “Questo metodo considera la prominenza dei rimedi al secondo, terzo e quarto grado, promuovendo i rimedi più prominenti in ogni rubrica. Quindi, come risultato, quei rimedi che hanno i sintomi selezionati nel modo più prominente, ottengono il maggior punteggio. (per es.: Ars. È più prominente se è il solo rimedio al terzo grado presente in una rubrica di 15 rimedi, che quando è accompagnato da altri tre rimedi con il terzo grado)”. Le rubriche in cui il nostro rimedio compare oltre il primo grado subiscono un’ulteriore evidenziazione.

Si potrebbe osservare che non è così immediatamente “pratico” avere il rimedio tra i primi 25 della lista. Di fatto questi strumenti non servono a farci comparire magicamente il rimedio giusto sotto gli occhi; sono più utili, per esempio, a farci prendere in considerazione rimedi a cui non avremmo pensato, forse perché non li conosciamo sufficientemente. Spetta al medico poi verificare l’omeopaticità del rimedio. Anche se, come vedremo la prossima volta, strumenti come il VES, se ben utilizzati, queste magie talvolta le fanno.

Informatica

WinChip

La nuova versione 2.5 di Win Chip

Carlo Maria Rezzani

carlorenz@tin.it

medico omeopata – Carate Urico (CO)

In questa rubrica saranno illustrate le novità riguardanti la nuova release di Win Chip

Questa revisione ha tenuto in considerazione i suggerimenti di più di 500 utilizzatori sparsi in tutto il mondo e in particolare quelli suggeriti dai medici brasiliani molto attivi nell'utilizzo della cartella.

INTERFACCIA UTENTE

E' stata implementata una interfaccia utente simile a quella che si trova in tutti i programmi che lavorano su Internet.

E' stata implementata una Web bar verticale (vedi immagine) che contiene le icone dei soli archivi pazienti, ogni medico potrà configurare le dimensioni delle finestre in modo da disporre più facilmente di tutte le informazioni necessarie.

Il medico ha la possibilità di passare da una finestra pazienti all'altra usando sia la Web bar, la Toolbar (quella posta nella parte superiore della finestra) il menù Visualizza, e tasti preconfigurati.

E' disponibile una mappa iniziale che mostra tutta la struttura degli archivi pazienti.

Una delle implementazioni maggiormente apprezzate è stata quella che permette di aprire, su uno stesso computer, un secondo WinCHIP che accede agli stessi archivi pazienti; questa funzione risulta utile per le chiamate telefoniche, in quanto con un solo tasto si può passare dalla finestra visite del paziente corrente a quella del paziente che chiama telefonicamente.

Le finestre ricerche sono state completamente ridisegnate in modo da rendere le ricerche più facilmente effettuabili.

CONFIGURABILITA'

La configurazione è stata maggiormente ampliata, WinCHIP memorizza le operazioni che il medico utilizza più frequentemente e le ripropone.

Ogni utente può configurare la cartella con diverse funzioni: possono essere definiti per ogni campo funzioni default; le pick list possono essere utilizzate importanti i codici o le descrizioni (ad esempio per la pick list rimedi "ars." O "arsenicum album") e quindi ordinate secondo codice o descrizione. La pick list che elenca le patologie ora può visualizzare singolarmente sia le patologie elencate con codice ICD10, ICPC, o quelle aggiunte personalmente dall'utilizzatore. E' stata implementata una particolare funzione di raggruppamento di famiglie di patologie anche quando elencate con nomi differenti (vedi immagine) ad ogni pick list è stato associato un campo testo; ogni medico può associare proprie informazioni ad ogni voce: ad esempio nella pick list patologie sotto la voce ipertensione il medico potrà appuntarsi quelle procedure diagnostiche e di laboratorio da effettuare per il monitoraggio di tale patologia.

Ogni utente potrà ridisegnare le finestre pazienti; potrà decidere quali campi visualizzare, quali escludere, scegliere il formato delle dat, dopo quanti minuti effettuare un salvataggio dei dati automatico, configurare la Tool bar posizionando le icone secondo l'ordine desiderato. Le stampe sono state perfezionate, ora in WinCHIP è possibile stampare la repertorizzazione ottenuta con Radar.

INTERFACCIA CON RADAR

L'interfaccia con Radar è stata potenziata. I programmi comunicano informazioni con grande facilità e si può passare da un programma all'altro premendo le corrispondenti icone o con la semplice pressione del tasto F9.

VETERINARIA

Con l'aiuto di colleghi italiani e soprattutto spagnoli è stata implementata una versione veterinaria che utilizza proprie pick list per problematiche prettamente veterinarie.

BANCA DATI INTERNAZIONALE

Il giorno 14 Ottobre a Bruxelles si è tenuta una riunione per la costituzione della Banca Dati di Homeopatia Europea e Internationalis di cui parleremo più estesamente sul prossimo numero della rivista.

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 per informazioni sui corsi inerenti all'utilizzo della cartella e degli altri due pacchetti RADAR ed EX LIBRIS possono telefonare per informazioni allo 031/401821.

Informatica

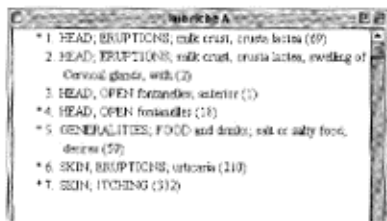
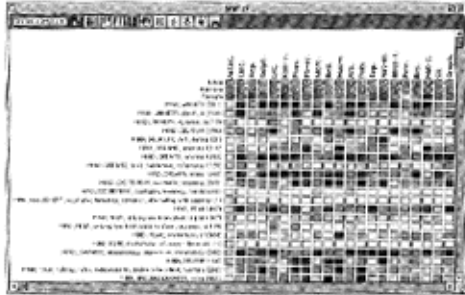
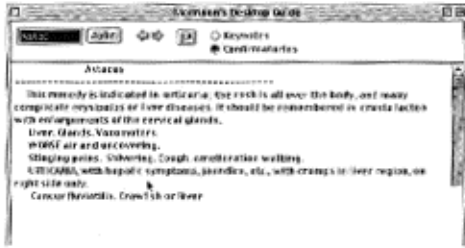
Mac Repertory

Maurizio Italiano

mitaliano@planet.it

Medico omeopata-Milano

Desidero presentarvi un caso apparentemente privo di sintomi significativi ma che con un semplice ed oculato uso dello strumento informatico si è trasformato in un interessante scoperta. Almeno per me. Il paziente che entra nel mio studio è un simpatico bambino di circa 18 mesi. Lo portano i genitori, visibilmente preoccupati. Il bimbo è robusto e apparentemente tranquillo in braccio alla mamma. La madre comincia a raccontarmi che il problema del bambino è una orticaria comparsa 3 mesi dopo l'allattamento. Ben presto facendo gli opportuni esami il bambino è stato dichiarato allergico al latte, all'uovo ed al formaggio grana. Basta che abbia anche solo contatto con queste sostanze e sviluppa una manifestazione di orticaria specialmente agli arti superiori ed inferiori. Gli avambracci sono interessati in modo particolare ed il prurito diventa così forte da indurre il bambino a grattarsi fin quasi al sanguinamento. Chiedo se il bambino ha mai mostrato sensibilità nei confronti di altre sostanze. La madre mi risponde che durante l'estate si sono recati in montagna ed il piccolo ha voluto giocare rotolandosi in un prato. Dopo qualche minuto ha cominciato a sviluppare i classici sintomi allergici già noti ai familiari. Per quanto riguarda la storia patologica mi riferiscono che a 6 mesi ha avuto la prima otite con timpano perforato (non ricorda quale). A 7 mesi una ulteriore al mare. Due mesi fa manifesta la 6° malattia o perlomeno questa è la diagnosi del pediatra. Chiedo se ricordano altro e azzardo l'ipotesi di una crosta latte. La madre allora ricorda e mi conferma che per questo motivo si sono preoccupati molto. Il motivo era un concomitante rigonfiamento dei linfonodi cervicali. Chiedo se il bambino suda facilmente e comunque se lo fa durante il sonno, ma dice di no. A questo punto domando informazioni sulla velocità di chiusura delle fontanelle e mi dice che è lenta, specialmente quella anteriore. Cerco di ottenere altre informazioni ma né la madre né il padre ricordano nulla di significativo. Mi avvio ad una repertorizzazione rapida avendo in mente alcuni fondamentali policresti e velocemente trascino le seguenti rubriche nel cassetto A: Cliccando sull'icona del grafico (quella in alto a sinistra) ottengo questo risultato repertoriale.



La strategia di analisi è la Default Strategy: Analizzando il grafico ottengo una interessante indicazione cioè quella di Astacus o meglio Astacu fluviatilis come è ovvio per questo simpatico crostaceo chiamato anche River Crab (Granchio di fiume). Non mi era mai capitato di valutarlo precedentemente e soprattutto non in un caso come questo. Decido dunque di approfondirne la conoscenza e apro la materia medica trascinandolo dal grafico sulla icona della chiave. Vedo che nel Morrison Desktop Guide (la MM che tengo sempre disponibile) non vi sono informazioni ma cliccando sulle “Confirmatories” ottengo invece una preziosa sintesi delle caratteristiche del rimedio

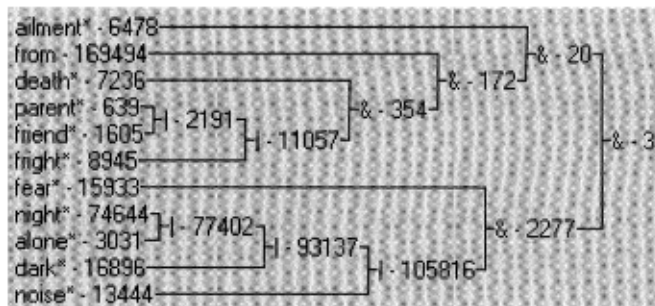


Fig. 1 - Il risultato della ricerca. E' chiaramente evidente la divisione in due parti che vengono alla fine combinate insieme come ultima operazione.

Mind - Great diversity (Ac., B.E., Gsch., Ig., Hys.), especially after a [redacted] attack in the [redacted] of
ghosts, etc. (Ac., B.E.); raging delirium, especially at [redacted] Delirium: Chattering childish nonsense (Hys.),
frantic in [redacted], with restless jerking and jumping about (Ac.) [redacted] of approaching [redacted] (Agg., Ac.,
Gsch., Hys., Ig., Ig.), recalls the state of [redacted] (Agg.). Intolerable anxiety, pensive wailing (restr. ab.);
vision about trifles (Hys., Hys., Hys.). Extreme restlessness, agonized tossing about (Ac., Ac.,
Gsch., Hys., Ig., Hys.). Terrible hunger, alternating attacks of gawdy and rejection (Ag., Hys.,
Hys., Hys.) dullness and confusion of mind, weakness of memory [redacted] [redacted] [redacted] (Gsch., Gsch.,
Gsch.). [redacted] anger (Hys., Gsch.).

Fig. 2 - Il record di Aconitum proveniente dal Cowperthwaithe's Textbook of Materia Medica and Therapeutics

GENERAL SYMPTOMS - Opium seems to be useful only in recent cases. Affections [redacted] abuse of
liquor [redacted] of [redacted] people. Bad effects [redacted] [redacted] and [redacted] or also [redacted] sudden joy, [redacted] [redacted].

Fig. 3 - Il record di Opium proveniente dal Jahr's New Manual of Homeopathic Practise.

Mi riprongo di controllare su RW ma nel frattempo mi accorgo che il rimedio potrebbe realmentre coprire bene il caso. Decido dunque di eseguire una estrazione repertoriale e tracciare un grafico repertoriale di Astacus per tutte le rubriche di tutte le sezioni del repertorio. Mi accorgo di alcune similitudini interessanti con noti policresti che in ogni caso mi fanno pensare ad una possibile specificità tra rimedio e paziente.

E' interessante notare la specificità delle manifestazioni cutanee di Astacus che è sicuramente caratterizzato da reazioni urticaroidi e arrossamenti cutanei. Queste reazioni sono stimulate anche da assunzione di cibo. Troviamo l'assunzione di pesce come una delle cause scatenanti con le seguenti rubriche

SKIN; ERUPTIONS; urticaria; fish agg. (8)*

SKIN; ERUPTIONS; urticaria; fish agg.; shell-fish (7)*

SKIN; ERUPTIONS; urticaria; fish agg.; sweet water fish (1)*

Nel repertorio caratteristico è inoltre il rigonfiamento ghiandolare in genere e specifico cervicale. Pur non avendo dati particolare sul mentale del bambino né sul suo sonno, non scorgo grossi problemi che ostacolino la prescrizione del rimedio a fronte. Prescrivo il rimedio alla 200CH in gocce per alcuni giorni da ripetere in casi acuti al bisogno. Il rimedio funziona egregiamente e vengo a sapere che ora il bambino dorme bene (ma nessuno mi aveva detto il contrario prima) non è più agitato e soprattutto al contatto con gli alimenti incriminati non ha più nessuna reazione cutnea. Anche alcuni episodi acuti febbrili sono stati trattati agevolmente con Astacus. Una volta visti gli incoraggianti inizi concordo con la madre per una reintroduzione dei cibi incriminati. Questa avviene a partire dal granda e si conclude con il latte. Come ulteriore curiosità torno al grafico dell'extrazione repertoriale e invece della solita formula a griglia attivo l'opzione grafico ad arcobaleno (Rainbow Graph). Il risultato è molto interessante e mi indica aree di ricerca per parallelismi tra rimedi e famiglie di rimedi. Se lo realizzate con il vostro programma, vedrete come tra Lycopodiacee, Crostacei e rimedi con elevato contenuto di carbonio vi sono interessanti similitudini tutte da approfondire. Ecco come il computer ci viene ancora una volta in aiuto se usato

con parsimonia e come estensione della intelligenza meccanica umana. L'anima ce la dobbiamo mettere noi.

Informatica

Zizia Tips & Tricks

E. Di Leginio

edileginio@natol.org

Coordinatore Comitato per l'Informatica

Qualcuno mi ha chiesto: “Ma con Zizia è possibile fare delle repertorizzazioni?”.

Sinceramente non mi ero mai posto il problema. Questa volta però ci ho voluto provare.

Mi serviva un caso clinico e tanto per gradire ho preso la “Picture 1” della rubrica “Storie di quotidiana omeopatia” sull'ultimo numero del giornale:

“L.V. donna, anni 44”. Ci sono riportati 7 sintomi.

MIND – ALIMENTS FROM – death of loved ones – parents or fiend, of

MIND – ALIMENTS FROM – fright

MIND – FEAR – night

MIND – FEAR – alone, of being – night

MIND – FEAR – dark

MIND – FEAR – noise, from

MIND – FEAR – noise, from – night

Non è possibile inserire i sintomitali e quali non si approderebbe a nulla. Bisogna elaborare in qualche maniera i sintomi della repertorizzazione. Se si osservano i sintomi della precedente repertorizzazione è possibile dividere i sintomi in due gruppi: il primo dei sintomi eziologici costituito dai primi due sintomi; il secondo dei sintomi della paura costituito da cinque sintomi. Tutti e due i nuclei sintomatologici devono essere presenti, quindi dovremo operare la ricerca in modo tale che operando nei due ambiti alla fine i risultati vengano affiancati.

Dopo qualche prova ho organizzato la stringa di ricerca in questo modo: (ailment* (from (death* (parent* | friend*) | fright*))) (fear* (night* | alone* | dark* | noise*)).

Scomponiamola pezzo per pezzo per vedere come è composta.

Il nucleo dei sintomi eziologici è rappresentato da: (aliment* (from (death* (parent* | friend*) | fright*))). Sta tra parentesi perché dovrà essere affiancata tramite l'operatore AND (rappresentato dallo spazio vuoto) con il nucleo delle paure.

(aliment * cerca tutte le cause eziologiche seconda la classica dizione repertoriale. C'è un asterisco alla fine per includere i plurali e le parole similari.

(from introduce la provenienza (da) e subito dopo viene aperta la parentesi perché le cause eziologiche sono due e bisogna trattarle a parte. Tra la parola ailment* e from opera l'operatore AND (spazio vuoto), come pure tra from e le due cause eziologiche. La prima causa eziologica è ricercata da (death* (parent* | friend*) che significa: cerca la parola death (e le varie derivazioni rappresentate dall'asterisco) e (l'operatore AND dello spazio vuoto) (parent* o (rappresentato dalla barra verticale) | friend*), genitori o amici. La seconda causa eziologica è rappresentata da fright* affiancato alla precedente tramite l'operatore OR (rappresentato dalla barra verticale dopo fiend*).

Le tre parentesi chiuse chiuse sono necessarie per terminare i vari livelli di ricerca. Il nucleo delle paure è rappresentato da (fear* (night* | alone* | dark* | noise*)). La ricerca è strutturata così: inizia con (fear* che è comune a tutti, e (l'operatore AND rappresentato dallo spazio) (night* | alone* | dark* | noise*). Questo gruppo di termini intercalato dall'operatore OR (barra verticale) indica che la paura può essere della notte o di stare soli al buio o dei rumori. Intercalarli con l'operatore AND potrebbe come risultato che zero records coprono tutte e quattro le paure insieme.



Nella figura 1 il risultato della ricerca. I tre records riportati appartengono due ad Aconitum e uno ad Opium. In fig. 2 e 3 i testi e gli autori. Aconitum è riportato dal Cowperthaithe's Textbook of Materia medica and Therapeutics e dal Mathur's Systematic Materia Medica che per motivi di spazio non riportiamo.

Opium è riportato dal Jahr's New Manual of Homeopathic Practise, Sotto le Generalities Leggendo i risultati con c'è che essere sorpresi: Zizia oltre che da repertorio sembra che faccia anche da sistema esperto! Questo esercizio non vuole significare che il rimedio somministrato nel caso clinico riportato sulla rivista sia sbagliato, anzi, di esso è stata verificata l'omeopaticità in vivo e non... in computer. Il computer ci fornisce solo un suggestivo consiglio.

Informatica

Amore a prima lista

Gino Santini

Gsantini@mix.it

Istituto di Studi di medicina Omeopatica – Roma

Con internet è possibile ricevere comodamente nella propria casella postale tutte le notizie che vogliamo su qualunque argomento si desideri: basta collegarsi all'indirizzo giusto e non farsi prendere troppo la mano...

Una volta che si è preso confidenza con la posta elettronica e che si è compreso con quanta facilità è possibile scambiare messaggi e documenti con chiunque abbia un riferimento e-mail, possiamo spingerci oltre e valutare il vero potenziale di utilizzo di questo mezzo. Per capire cosa è una mailing-list, è meglio partire da un esempio pratico.

Supponiamo di essere dei cultori del giardinaggio, con un particolare interesse per la coltivazione del papavero del Guatemala. E' ovvio che la cerchia ristretta di appassionati con cui possiamo scambiare notizie ed esperienze personali si restringe ulteriormente se, in più, l'argomento di discussione è (come nel nostro esempio) molto specifico. Questo è tanto più vero quanto è più ristretto l'ambito in cui mi limito a cercare tali informazioni: ovviamente le probabilità di trovare un altro appassionato con le stesse nostre esigenze saranno quasi nulle se restiamo, per esempio, nel condominio, ma se allargo la mia ricerca al quartiere dove vivo già le probabilità aumentano (anche se non di molto). Ma se estendessimo la ricerca a tutta la città, anzi a tutto il mondo? Probabilmente su Internet esiste già un gruppo di utenti con la mia stessa passione per il papavero del Guatemala: attiviamo il collegamento e, quasi magicamente, ci troviamo a parlare con centinaia (!) di esperti in quello specifico settore pronti a condividere con noi notizie, curiosità, commenti e quant'altro è frutto della loro personale esperienza sull'argomento. E se al posto del papavero del Guatemala facciamo lo stesso esempio con altri argomenti (dalla cefalea a grappolo a StarTrek), le dimensioni del "gruppo" possono raggiungere cifre impensabili.

Questa è la filosofia delle mailing-list, le quali presentano un funzionamento relativamente semplice: esiste un computer, dotato di un proprio identificativo e-mail, che gestisce la lista ed al quale è possibile spedire un messaggio di sottoscrizione. Da quel momento in poi, in genere contraddistinto da una mail di conferma, nella nostra casella postale arriveranno tutti i messaggi che gli altri iscritti hanno inviato alla lista in oggetto, così come tutti i nostri messaggi inviati alla lista arriveranno nelle mailbox dei partecipanti alla discussione. E come ci trovassimo periodicamente a passare davanti ad una bacheca, leggessimo i messaggi lasciati da altri, aggiungessimo i nostri (che non devono necessariamente essere relativi ad argomenti già affrontati) e attendessimo fino al prossimo passaggio, dove troveremo altri nuovi messaggi, e così via. A questo punto, quando abbiamo un problema, basta chiedere aiuto agli altri iscritti, con una certezza quasi assoluta di risposta: si valuta che le liste di discussione attualmente presenti su Internet sono più di 5.000 (cifra sicuramente sottostimata e in costante aumento), coprono gli argomenti più vari e presentano un meccanismo di funzionamento praticamente identico per tutte le liste ad accesso libero.

Anche se, come abbiamo visto, l'iscrizione ad una mailing-list è molto semplice, è consigliabile a questo punto fornire qualche suggerimento di ordine pratico per non avere problemi. Per cominciare, anche se possiamo avere molteplici interessi professionali o di svago, conviene reprimere l'irrefrenabile istinto di iscriversi a molte liste di discussione contemporaneamente se non vogliamo avere la casella postale (e quindi anche il computer del vostro provider) stracolmo di posta che probabilmente non avremo mai il tempo di leggere: una lista molto frequentata arriva a

produrre anche più di cento messaggi al giorno, tutti puntualmente e inesorabilmente recapitati nella nostra casella postale. Una volta sottoscritta la lista che reputiamo più idonea alle nostre esigenze, è consigliabile passare un breve periodo nel leggere i messaggi degli altri partecipanti, cercando di capire il “tono” della lista ed il tenore dei messaggi. Con queste poche ma semplici nozioni di base, possiamo avvicinarci con fiducia alla lista prescelta e partire verso la scoperta della rete delle reti.

LE LISTE DELLA FIAMO

Sul server Internet della FIAMO sono attive alcune liste; la più nota è quella delle Notizie Flash, anche se questa è una lista un po' impropria perché unidirezionale.

Altre due liste sono:

fiamoit@natol.org e ilmopub@natol.org che sono rispettivamente la lista della FIAMO e la lista della redazione del giornale aperte al pubblico. Per ricevere la FIAMO Notizie Flash, oppure per iscriversi alle altre liste visitate il sito della FIAMO

<http://www.fiamo.org>

da dove è possibile iscriversi automaticamente. Se avete dubbi potete contattare la Sede amministrativa.

Storia

Il genio di Hahnemann il metodo l'intuizione la scienza

Domenica Mannino

Istituto di Studi di medicina omeopatica – Roma

Le Scienze naturali attualmente riconoscono un solo metodo scientifico, che è quello meccanicistico in cui è valida la legge delle correlazioni tra i fenomeni secondo lo schema di causa-effetto. Ma questo metodo non è adatto alla natura organica, ossia ad una realtà che si esprime nella forma, nello sviluppo e nel comportamento. Il Pensiero scientifico che indaga in questa realtà non può muoversi secondo schemi precostituiti, non può seguire la logica di causa ed effetto valida per il mondo inorganico ignorando la presenza della forza vitale. Esso deve elaborare Idee, la sua attività deve essere Intuitiva e di conseguenza risulta inaccettabile voler conoscere l'uomo unicamente come Organismo senza riconoscere in esso una Individualità. Egli è una Personalità Libera che elabora il proprio destino e realizza la sua realtà di uomo attraverso l'ideale che porta in sé. Nell'aforisma 9 dell'Organon, Hahnemann dice: "L'uomo è uno strumento dello Spirito ed ad ognuno è assegnato uno scopo nella vita". La malattia ostacola l'organismo nell'adempimento di tale "scopo" perché non consente all'individuo di reagire adeguatamente ad una nuova situazione creatasi nella realtà presente. La malattia è un'affezione che colpisce la persona nella globalità, è un atteggiamento assunto come meccanismo di difesa, un tentativo di adattarsi derivato da un'errata "Percezione" dalla realtà che ci fa reagire in modo inopportuno. Finché la "nuova situazione" persiste e l'atteggiamento è proporzionato alla situazione, questo adattamento "non deve essere corretto" e nessuna terapia è necessaria; se invece l'atteggiamento è inappropriato si deve intervenire con la cura. La Salute dà all'uomo la possibilità di vivere libero, di "essere" e di "esprimersi" nel presente e di reagire in maniera proorzionata alla realtà in cui si trova.

La salute conferisce all'Uomo la possibilità di essere "pienamente strumento dello Spirito e dona la vera libertà, che è quella di operare per lo Spirito". Nonostante i progressi fatti sul piano scientifico e tecnologico, il problema dello "stato di salute" dell'uomo rimane a tutt'oggi irrisolto; non si è riusciti a comprendere in cosa consista lo stato di "non salute" che coinvolge l'intero organismo. Uno dei più importanti contributi di Hahnemann è stato quello di aver intuito il concetto Dinamico della malattia, come base della comprensione di essa e della relativa cura; l'aspetto più rivoluzionario del metodo Hahnemanniano consiste nella precisa corrispondenza fra "sintomo" e "cura" andando così a riempire il solco esiste tra la Patologia e la Terapia. Solo con Hahnemann la malattia potrà essere chiamata con il nome del suo farmaco.

Fino all'inizio del nostro secolo la materia medica si è sempre servita della Natura, ma gli stretti legami fra essa e l'uomo malato si presentano "nell'opera di Hahnemann".

Tutto ciò che nell'uomo è riunito armonicamente, vive nella natura intorno a lui nelle diversità delle forme; pertanto ogni squilibrio che si verifica nella struttura psico-fisica umana fa assomigliare l'uomo a qualche elemento della natura. L'omeopatia rappresenta, alla luce di questo, l'applicazione della legge di guarigione della Natura, legge che peraltro esisteva già prima di Hahnemann al quale va il grande merito di averla scoperta.

L'epoca in cui hahnemann scopre la legge dei simili coincide con il riemergere nel pensiero medico delle concezioni vitalistiche, basate sulla presenza di una Forza Vitale che unisce, controlla e coordina le funzioni dei vari apparati. Questa forza non è misurabile, ma può essere valutata in base ai suoi effetti. L'idea della Forza Vitale rimise nei suoi pensieri fino al 1810, quando cominciò a domandarsi come e dove agisse il medicamento dinamico, poiché per effetto della diluizione e della dinamizzazione doveva comunque sprigionarsi una forza. Nel 1813 Hahnemann è convinto che l'azione curativa del medicamento "non risiede nell'effetto locale sugli organi", ma nel uo "effetto dinamico sulla forza vitale"; il disordine vitale può essere ricondotto all'ordine soltanto da qualcosa che sia di qualità simile alla forza vitale.

Il primo dovere del medico è per Hahnemann “individuare ciò che nell’uomo è un disordine onde ricondurlo alla salute, e questo ritorno alla salute va realizzato con mezzi dolci, ordinati, che fluiscono con la forza vitale stessa, che riordinando l’interiorità dell’uomo, guidati da principi fissi, e questi mezzi sono i rimedi omeopatici”.

L’Omeopatia afferma che la pratica medica è governata da Principi, e prima di Hahnemann non è mai stato accettato alcun principio in medicina. Nella scienza attuale viene negata l’esistenza di principi, in quanto si considerano solo le conseguenze empiricamente riscontrabili della malattia, si negano i problemi inerenti alla natura dell’uomo e che cosa lo caratterizzi nella malattia e nella salute. L’omeopatia costituisce dunque un sistema terapeutico razionale che valuta i fatti così come “sono” e non come “appaiono”, perché se le apparenze generano opinioni negli uomini, dai fatti traggono origine le “dottrine” che svelano le leggi della natura nella malattia e nella salute. Hahnemann ci ha dato dei principi che possiamo studiare, con i quali possiamo precedere e che abbiamo come medici il dovere di imparare, come lo stesso maestro ricorda: “quando ci si occupa di una Arte il cui scopo è salvare la vita rifiutarsi di apprendere è un delitto”.

News...

La notizia dell'ultima ora

Gino Santini

Gsantini@mix.it

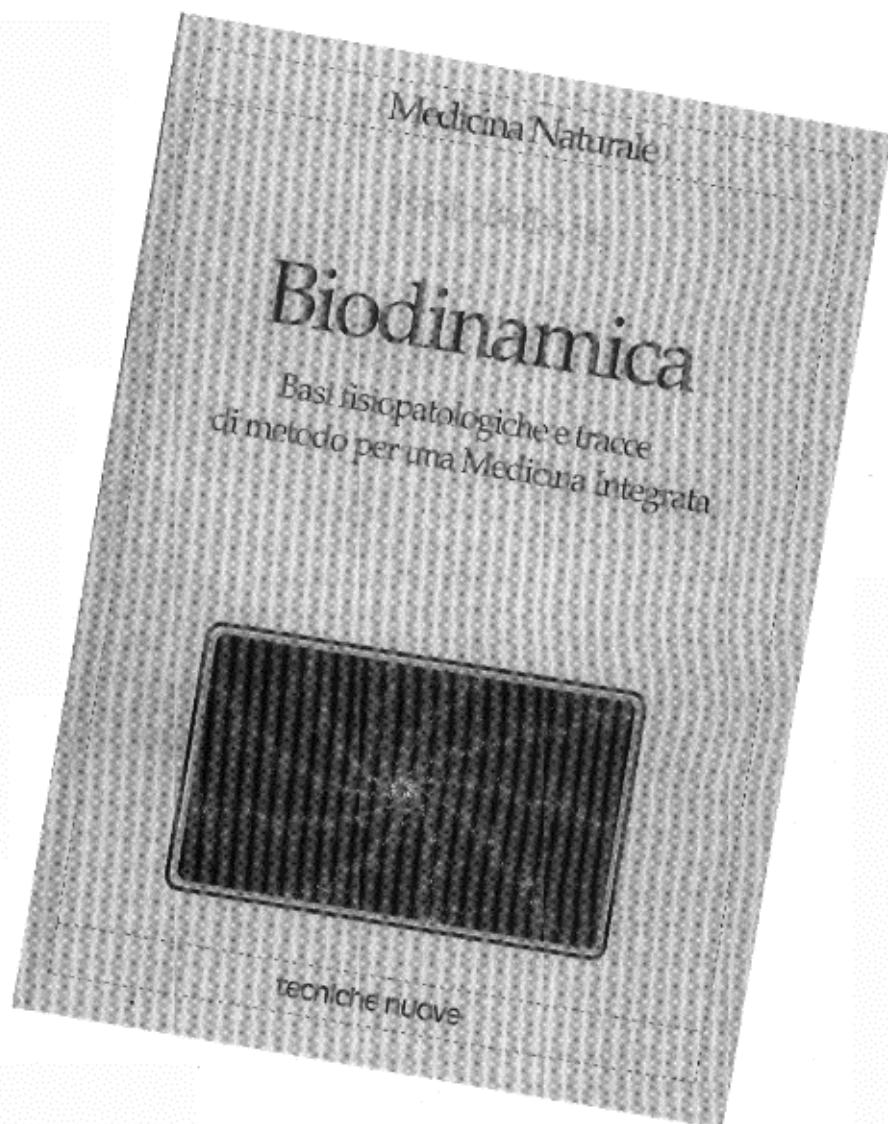
Medico omeopata-Roma

Rischio di sospensione della distribuzione di alcuni nosodi

Recentemente il Ministro della Sanità Francese ha sospeso la distribuzione da parte delle Ditte Omeopatiche dei nosodi di origine umana: Psorinum, Medorrhinum, Luesinum, Morbillinum, Pertussinum. Il provvedimento nasce dal supposto pericolo di contaminazioni virali dei procedimenti di fabbricazione. Non si hanno segnalazioni di casi di contagio attraverso i medicinali omeopatici, ma il provvedimento sarebbe semplicemente cautelare, in vista di procedimenti più perfezionati e sicuri di fabbricazione di nosodi di origine umana.

Il Ministero francese ha già ovviamente comunicato tale notizia al Ministero della Sanità Italiana. Si teme da un momento all'altro la sospensione di tali nosodi anche in Italia.

VACCINAZIONI IN CRISI



Paolo Bellavite

BIODINAMICA

*Basi fisiopatologiche e tracce
di metodo per una Medicina Integrata*
Tecniche Nuove, Milano, 1998
380 pagine, L. 69.000

Non è più obbligatorio, da parte dei genitori che devono iscrivere i propri figli alla scuola dell'obbligo, la presentazione dei certificati di vaccinazione. E' quanto stabilisce un decreto del Ministero della Sanità che esenta presidi delle scuole pubbliche e parificata all'obbligatorietà che gli alunni siano vaccinati contro la difterite, la polmonite, il tetano e l'epatite B. Tale decisione di sospensione, comunque temporanea, anticipa le prime valutazioni di un'apposita Commissione istituita presso il Dipartimento di Prevenzione del Ministero della Sanità, istituita allo scopo di valutare le possibili modifiche della normativa in materia.

Questo anche alla luce di quanto sta avvenendo in Francia, dove il vaccino contro l'epatite B, il Genevac B (obbligatorio dal 1994), è al centro di furiose polemiche; a distanza di qualche anno dalle prime segnalazioni di complicanze a carico del sistema nervoso centrale, a tutt'oggi sarebbero stati registrati ben 1400 casi di effetti secondari sospetti. In seguito a tali eventi in Ministero della Sanità francese ha ordinato la sospensione provvisoria della campagna di vaccinazioni contro

l'epatite B in corso nelle scuole medie (mentre nessun provvedimento è stato preso nel caso delle vaccinazioni anti-epatite B a carico dei neonati e di adulti a rischio). Ben diversa è stata la presa di posizione dell'OMS (l'Organizzazione Mondiale della Sanità) che, dopo avere condotta un'approfondita indagine, asserisce che questa sospensione non trova ancora sufficienti giustificazioni sul piano scientifico.

PARTE A ROMA IL REGISTRO DEGLI OMEOPATI

L'Ordine dei Medici di Roma ha finalmente reso operativo il Registro per l'omeopatia con le prime iscrizioni ratificate della Sottocommissione per l'Omeopatia del Forum Permanente per le Medicine Non Convenzionali. Il materiale depositato dai colleghi che desiderano vedere riconosciuta la propria attività come omeopata è stata vagliata dai componenti della Sottocommissione, così come previsto dall'apposita delibera n. 51 dell'Ordine dei Medici di Roma, seguendo l'esempio della Sottocommissione per l'agopuntura che già aveva vagliato con notevole anticipo le prime richieste per tale settore.

Tra i prossimi compiti del Forum, che sembra deciso ad affrontare con decisione e competenza l'intera tematica della formazione e della regolamentazione della pratica professionale omeopatica, si delinea una migliore evidenziazione delle caratteristiche peculiari dell'omeopatia e un approfondimento delle definizioni che costituiscono il variegato mondo delle medicine non convenzionali. A questo proposito, in una recente intervista rilasciata a "Medicina Naturale", il Direttore dell'Ordine dei Medici di Roma, dottor Cosi, dopo avere sottolineato che anche chi non è iscritto al Registro può esercitare lo stesso l'omeopatia o l'agopuntura (mancando ancora una normativa al proposito), ribadisce comunque la volontà da parte dell'Ordine di esercitare una forma di riconoscimento verso i propri iscritti che hanno acquisito una buona conoscenza della disciplina praticata.

L'importanza dell'iniziativa andrà anche a vantaggio per il paziente che consultando il Registro, potrà assicurarsi della competenza specifica del proprio medico nel campo dell'omeopatia o dell'agopuntura. Così infine affronta anche lo spinoso problema della formazione in omeopatia: se, da un lato, viene evidenziata l'istituzione della figura del tutor (peraltro già presente nell'iter di formazione in medicina generale, a completamento della formazione pratica del medico e come garanzia della riservatezza dei dati del paziente), dall'altro si riconosce alle associazioni omeopatiche che già da tempo si occupano di questo problema la possibilità di continuare ad esercitare questa funzione. A questo punto è auspicabile che l'esempio di questa iniziativa, sulla spinta di quanto è accaduto all'ordine professionale più grande d'Europa, venga presto seguito dagli altri ordini provinciali nazionali.

LUCI E OMBRE DEL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO

E' ancora allo stato di bozza informativa, ma è certo che, a distanza di pochi anni dalla sua approvazione effettuata nel non lontano 25 giugno 1995, il Codice di Deontologia Medica verrà sottoposto ad una profonda revisione, con l'intento di meglio adattarlo alle nuove esigenze che il medico si trova ad affrontare. Oltre al recente caso Di Bella, anche i rapporti fra i magistrati ed il medico e le recenti teorizzazioni di farmacoeconomia hanno costituito una spinta decisiva alla revisione del Codice, la cui nascita è stata finora ostacolata dai numerosi rinvii dell'Assemblea FNOMCeO, formata dai vari Presidenti provinciali. Com'è logico, il mettere mano ad un documento così importante per la professione medica ha suscitato molti consensi ma anche aspre critiche: una concreta obiezione alla nuova stesura si basa sul cambiamento della parola "paziente" con quella di "cittadino", termine che svuoterebbe l'ammalato del valore della persona umana e che tenderebbe a trasformarlo in un arido utente di diritti civili.

Fra le molte novità che verranno introdotte, alcune riguardano più o meno direttamente anche l'omeopatia, il cui esercizio verrebbe attualmente ostacolato dalla rigida applicazione di alcuni suoi articoli, fra cui ricordiamo il famigerato art. 12 (incessantemente invocato dai detrattori

dell'omeopatia), che vieta al medico “l'adozione di terapie scientificamente infondate o non supportate da adeguata sperimentazione e documentazione clinico-scientifica”, prescindendo evidentemente dai risultati clinici e dalla crescente mole in campo omeopatico di pubblicazioni scientifiche di buona fattura.

Nella nuova veste, l'articolo 12 imporrebbe al medico di “adeguare, nell'interesse del cittadino, le sue decisioni ai dati scientifici accreditati ed alle evidenze metodologicamente fondate”; e continua asserendo che “l'uso di farmaci per i quali non è stata completata la sperimentazione clinica è riservata ai trial clinici sperimentali secondo le norme della buona pratica medica”. Inoltre verrebbe consentito “l'uso di mezzi terapeutici, che non provochino documenti regionevolmente prevedibili, anche se privi di documentata efficacia, purchè tale uso sia ispirato a criteri di beneficiabilità per il cittadino”.

In considerazione dell'importanza del documento, delle tematiche trattate e della discussione che in questo periodo è sorta in seno alle varie sezioni ordinistiche provinciali, non è escluso che l'approvazione del nuovo Codice, prevista a Roma per la fine di ottobre, subisca qualche inevitabile slittamento.

OMEOPATIA MOSCOVITA

Dal 15 al 17 gennaio del prossimo anno è previsto lo svolgersi del IX Congresso Internazionale di Omeopatia, che si terrà presso la Facoltà di Omeopatia inserita nella prestigiosa House of Russian Academy of Science, nel centro di Mosca.

Il tema centrale della manifestazione, ovviamente in russo ma con annessa traduzione simultanea in lingua inglese, sarà il rapporto tra la medicina moderna ed il ruolo dell'omeopatia; per comodità di trattazione, l'argomento è stato opportunamente suddiviso in una serie di simposi satellite che spaziano dall'omeopatia classica al suo rapporto con l'elettroagopuntura e con la medicina antroposofica, fino all'utilizzo dei rimedi omeopatici nella pratica clinic.

E' interessante notare che la partecipazione al congresso è gratuita, verranno consegnati dietro l'esiguo esborso di 25 dollari. Il programma dettagliato della manifestazione, insieme a informazioni più dettagliate, possono essere richiesti al Moscow Homeopathic Center (telefono: 007.095.176.1298; fax: 007.095.176.7511). A questo recapito possono anche essere inviate eventuali richieste di presentazione di articoli o poster, fino alla fine del mese di novembre.

Recensioni

Recensione

INSERISCI FOTO

Paolo Bellavite

BIODINAMICA

Basi fisiopatologiche e tracce di metodo per una Medicina Integrata Tecniche Nuove, Milano, 1998
380 pagine, L. 69.000

Dato l'enorme sviluppo delle molteplici discipline della Medicina (sia convenzionale che complementare), la sintesi e la necessaria integrazione delle conoscenze e delle prassi terapeutiche non possono attuarsi se non tornando al soggetto fondamentale della salute: l'uomo, nella sua individualità e nella sua dinamicità. I cultori delle medicine non convenzionali e particolarmente gli omeopati concepiscono i fenomeni fisiologici e patologici come espressioni della rete di molteplici interazioni tra i sistemi che compongono l'organismo umano ai vari livelli di organizzazione (fisica, chimica, cellulare, psicologica, sociale, spirituale) e del rapporto fra l'individuo e l'ambiente.

La Biodinamica è lo studio delle dinamiche dell'essere vivente, visto come sistema integrato ed aperto, in continua evoluzione. Essa rappresenta quindi sia una base comune di ogni tipo di medicina, sia una prospettiva scientifica propedeutica a chiunque si avvicini alle medicine cosiddette "naturali". L'autore si pone anche il problema di delineare le possibili ricadute operative della scienza biodinamica nella metodologia medica. Viene quindi tracciato un approccio alla problematica della malattia (anzi, del malato) tale da valorizzare al massimo le acquisizioni della scienza moderna, ma anche il contributo di altre tradizioni mediche, con particolare riguardo agli aspetti teoricamente validi e sperimentalmente provati della medicina cinese e dell'omeopatia. In particolare viene approfonditamente presentato ed analizzato un modello di spiegazione del principio di similitudine, che sintetizza l'impostazione hahnemanniana classica con le moderne acquisizioni della fisiopatologia, della biologia cellulare e della teoria dei sistemi dinamici. Un'ampia bibliografia aggiornata sulle ricerche in omeopatia e sulla biofisica dell'acqua corredo il testo. Un testo introduttivo indispensabile per chi intraprende lo studio dell'omeopatia. L'autore è medico, ematologo, professore associato di Patologia Generale presso l'Università di Verona. Ha pubblicato molti lavori scientifici sia in campo convenzionale, sia in omeopatia.

Veterinaria

L'importanza di insegnare

Barbara Rigamonti

Brigam@tin.it

Coord. Comitato Veterinario della F.I.A.M.O.

La mia prima esperienza di insegnamento dell'omeopatia la ricordo in modo vivido: nel '90, alla Scuola Dulcamara di Genova, fui chiamata "in prova" a raccontare per due ore casi clinici veterinari a studenti del primo anno di corso; la pratica acquisita in quattro anni di lavoro era scarsa, oggi direi insufficiente, ma c'era amore ed una buona dose di autoironia, e la cosa andò bene. Ma ripenso con un brivido alla dolce incoscienza del mio caro Maestro Michele Pomodoro, poi scomparso, che credeva in me e mi incoraggiò ad affrontare quella prova, inducendomi a vincere il panico. Anni dopo lo stesso senso di inadeguatezza mi assalì mentre mi trovavo in volo verso l'Havana, ormai irrimediabilmente destinata a tenere un corso per i colleghi veterinari di quel Paese sconosciuto, a meno che non si verificasse una catastrofe aerea. La catastrofe non vi fu, il corso sì: Elio Rossi, l'inarrestabile curatore di quel progetto di cooperazione, mi disse che, per poco che mi sembrasse di poter dare, là qualunque cosa sarebbe stata qualcosa, poiché non vi era nulla: l'omeopatia veterinaria a Cuba partiva da zero, e partiva dalla mia classe. Questa prospettiva, ben lungi dal confortarmi, mi sembrò al contrario infinitamente inquietante e minacciosa, gravida di responsabilità sproporzionate rispetto alla mia piccolissima persona. Certo altri momenti di esitazione e di crisi potrei ripercorrere in un attimo sorvolando col pensiero i miei sette anni di esperienza nella didattica omeopatica veterinaria e non, ma il fatto è che da sette anni insegno e l'insegnamento mi ha insegnato moltissimo, portandomi a contatto con persone e realtà diverse, creando emozioni che vanno dal disinganno all'esaltazione.

L'insegnamento è prima di tutto crescita personale, e la crescita personale è in primo luogo confronto. Consapevole di questo come di pochi altri fatti nella mia vita di omeopata, da alcuni anni mi porto dentro un malessere per la mancanza di confronto che cronicamente affligge la didattica omeopatica veterinaria in Italia. I veterinari che insegnano omeopatia in Italia sono divisi in quadre, e queste per lo più si evitano, oppure si sfiorano sporadicamente con un atteggiamento che va dal guardingo al bellicoso. Da circa un anno penso alla possibilità di determinare un incontro tra tutte le persone che lavorano alla formazione omeopatica dei veterinari italiani: incontrarsi in una stanza e parlarsi, a volte è già un grande risultato, ma purtroppo questo sforzo non sembra essere sufficiente nella situazione attuale. Presso le istituzioni, al momento, non esiste una questione formazione per quanto riguarda l'omeopatia veterinaria. Nasce dai veterinari aderenti alla FIAMO l'iniziativa di sollevare la questione rivolgendosi direttamente alla FNOVI per sollecitare risposte in materia: infatti è evidente che la prescrizione omeopatica risulta priva di qualsiasi dignità e specificità se non si parte dal presupposto che chi la opera debba essere un veterinario adeguatamente preparato attraverso una formazione in qualche modo codificata. Esistono problemi relativi al contenuto dei programmi che possono essere affrontati con cognizione di causa soltanto da chi già opera nel settore, ed il primo pericolo da scongiurare è che un'eventuale futura moratoria ai fini del riconoscimento e dell'istituzione di un Albo venga messa in atto sulla base di programmi stabiliti per esempio in sede ministeriale oppure ordinistica senza tenere conto del nostro apporto e della nostra esperienza. Per questo motivo è chiaro che compete a tutti i veterinari già esperti nella formazione omeopatica porre adesso e con la massima urgenza le basi per la stesura di un documento sulla didattica che possa in qualche modo definirsi espressione dell'intera comunità omeopatica veterinaria. Questo documento dovrà affrontare soprattutto i temi che diversificano la formazione e la prassi del veterinario da quella del medico, in particolare quelli che si riferiscono alla clinica degli animali da produzione, che è di vitale importanza per un corretto sviluppo dell'allevamento

biologico. Anche la parte relativa agli animali d'affezione, però, merita attenzione rispetto ai contenuti della didattica. Come semplice spunto al dibattito vorrei lanciare l'idea che forse per i veterinari sarebbe opportuno compilare un diverso elenco dei rimedi da trattare obbligatoriamente durante il corso di studi, poiché diverse sono le applicazioni cliniche rispetto all'omeopatia che si rivolge a pazienti umani. Non credo che sia questa la sede adatta per aprire il capitolo relativo alla dottrina, argomento su cui non mi risulta sia mai esistito alcun dibattito approfondito al di fuori delle mura di singole Scuole. Insomma, c'è moltissimo di cui parlare, e ci sono molte persone valide che a questo punto hanno l'obbligo morale di parlarsi o almeno di provarci: i tempi sono più che maturi per farlo, e per questo motivo i veterinari della FIAMO nella loro ultima riunione avevano già deciso di convocare una giornata di discussione tra tutti coloro che, iscritti o meno alla FIAMO, abbiano un contributo autorevole da fornire in materia di formazione omeopatica del veterinario. Per coincidenza, la data stabilita è risultata poi la stessa fissata per il convegno "Il futuro delle Scuole italiane di medicina omeopatica": pertanto ci è parso logico aggregarci a questo convegno con la nostra iniziativa, riservandoci di svolgere in autonomia una parte di lavoro, ma anche confrontandoci con i medici e proponendoci ad essi per la prima volta come un insieme differenziato, destinato forse a strutturarsi in una commissione permanente per la formazione del veterinario omeopata.

Veterinaria

Hepar Sulphuris Kalinum 12 CH nel trattamento della scabbia

Seco J. L. von Bernard H.

Traduzione di Riccardo Tomassini

Si descrive la ripetizione di un lavoro, il trattamento omeopatico della scabbia, pubblicato originariamente nel 1910. Nel lavoro stesso si stabilisce che con Hepar Sulphuris Kalinum (Solfuro di Potassio) alla 12 CH per bocca è possibile trattare e curare le manifestazioni scabbiose.

INTRODUZIONE

Nelle nostre mani c'è il libro del Dr. Joaquin Alvarez de Toledo, medico-chirurgo, intitolato "Studia te stesso" e che ha per sottotitolo "Nozioni pratiche di Omeopatia nella veterinaria moderna". Di questo libro, pubblicato nel 1910, riprendiamo il capitolo "Trattamento interno della scabbia negli animali da lana" e lo ripetiamo nei bovini. Si proponeva come rimedio per questa malattia Hepar Sulphuris Kalium (o Kali Sulphuratum, Kali Sulphuretum, Kalium Sulfuratum ecc. o Solfuro di Potassio) (1) nella dinamizzazione 12 CH.

L'autore descriveva dettagliatamente i passi da seguire per produrre questa dinamizzazione in passaggi da dieci litri, da parte di chi la userà. La dose raccomandata per animale era di un grammo (o 22 gocce) per os, ripetendo nella giornata e nel tempo a seconda della gravità della malattia. Il Solfuro di Potassio o il Solfuro di Calcio unito all'Arsenito di Potassio furono alla sua epoca i tipi di lavaggi per immersione per controllare la scabbia più efficaci e popolari e si abbandonano con l'arrivo dei clorati. Di Kali Sulphuratum non incontriamo referenza per questo uso nelle seguenti Materie Mediche: T.Allen, Boericke, Hering, Jhar, Vijnovsky e altri, come nemmeno nelle edizioni inglesi del Repertorio di Kent o nel moderno Repertorio di Kent a cura di F. Eyzayaga.

MATERIALI E METODI

1) Preparazione del medicamento. Si eseguono le linee guida di Alvarez de Toledo iniziando con una Tintura Madre (T.N.) di Solfuro di Potassio puro, per uso medico, sciolto al 10% in acqua distillata calda. Da lì si passò alla prima diluizione 1/100 in soluzione idroalcolica al 30% in volume (V/V). si proseguì con la tecnica descritta dell'Autore, che è basata su contenitori separati (in accordo con Hahnemann), dando solo 10 succussioni per passaggi, secondo quanto segnala Martinez (10) e non le 100 che consiglia Alvarez de Toledo. Si lavorò con la 12 CH. 2) Si somministrò la cura con l'acqua dell'abbeveratoio per la gran quantità di animali trattati. La dose fu di 20 gtt. O un millilitro, per animale, al giorno (11). Il trattamento per via orale continua per un paio di giorni perché tutti gli animali possano usufruirne e per assicurarsi che abbia agito in tutti gli animali.

Il ciclo della scabbia è tale che il parassita passa attraverso gli stati di larva, ninfa e adulto e al dodicesimo giorno dalla nascita si riproduce.

Gli adulti, nell'ospite animale, muoiono per azione medicamentosa esterna.

Le uova non sono distrutte da questo trattamento e si schiudono sviluppandosi fino allo stadio adulto. Perciò è necessario ripetere i lavaggi (12 -13). 3) Fu ripetuto il trattamento seguendo le reinfestazioni. 4) L'esperienza fu condotta negli anni 1995-96 presso le campagne di Brandsen e Monte (Prov. Di Buenos Aires) su bovini crociati britannici in centri di allevamento, il numero vicino ai 2000 animali per anno. 5) Per valutare i risultati si decise di considerare i seguenti aspetti: A: guarigione dei capi colpiti. B: latenza del parassita. C: reinfestazioni 6) I motivi che spinsero a iniziare questa prova furono: A: i fallimenti e le difficoltà dei trattamenti convenzionali durante il 1994: la aspersione degli animali con fosforati e pietroidi o una loro miscela, che deve ripetersi ogni 10-12 giorni. Malgrado questi trattamenti si è potuto appena controllare la scabbia con i bagni di

settembre e ottobre di quell'anno, all'inizio del periodo caldo, in cui il parassita passa allo stato latente giacché è una malattia che si manifesta con il tempo freddo e umido. B: aver trovato il lavoro del Dr. Alvarez de Toledo nella ricerca bibliografica dei precedenti omeopatici per il trattamento della scabbia in veterinaria.

RISULTATI

1995

Si iniziò il trattamento nell'autunno avanzato di quell'anno perché c'era una importante epidemia di scabbia e più del 30% degli animali avevano lesioni e/o prurito. Il trattamento fu generale, usando Hepar Sulphuris Kalinum solo per via orale. La terapia funzionò così come dice l'Autore: controllò la scabbia (curò le lesioni, manto normale, niente prurito ecc.). La terapia fu gestita senza ripetizione a scadenza fissa, con nuove somministrazioni secondo la necessità.

1996

A fine gennaio 1996 vi erano animali con desquamazioni alla base del collo e parte delle zampe (reinfestazione o parassitosi latente?). Questa situazione fu confermata per raschiamento e analisi microscopica. Nel febbraio di questo anno, in virtù di questo fatto, si dà inizio al trattamento per controllarla. Fino ad ora il bestiame ha risposto bene. L'unico fallimento comprovato fu su un lotto di 50 vitelli che stavano accanto alle madri nei mesi di luglio-agosto. Non si infestarono le madri, ma i vitelli sì. Era un gruppo che si recava agli abbeveratoi ma utilizzava un ruscello che veniva incrociato dal mandriano; attualmente il problema è superato con l'uso di questo trattamento.

DISCUSSIONE

Il trattamento proposto dal Dr. Alvarez de Toledo è stato confermato dalla nostra esperienza. Inoltre di fatto è economico, sempre che sia realizzato in tempi e modi adeguati. Questo coincide con le lettere di riconoscenza che l'autore acclude al testo, come si usava all'epoca. Ci sono lettere del Gen. Lucio V. Mansilla e del Sig. Juan O'Connor (1895). Inoltre pubblica il suo rapporto al Ministero dell'Agricoltura e dell'Allevamento nel 1895, in cui segnala il buon risultato di questa terapia proposta. E' interessante notare che questa sostanza, per il suo carattere "sistemico" permetterebbe anche di controllare le formate latenti del parassita e per tanto non agirebbe solo sugli adulti, con i pericoli di reinfestazione. D'altra parte dobbiamo sottolineare che gli animali trattati con prodotti allopatrici necessitano di un certo tempo per poter essere commercializzati, visto il pericolo di ingestione della loro carne. Con il trattamento omeopatico gli animali possono andare direttamente al macello giacché non presentano rischi per il consumatore. Questo prodotto ovvia ai pericoli di intossicazione per contatto e/o inalazione da parte del personale che sta praticando i trattamenti allopatrici per aspersione.

CONCLUSIONI

Hepar Sulphuris Kalinum per via orale si è dimostrato efficace per curare e controllare la scabbia così come segnala il Dr. Alvarez de Toledo. Si deve aggiungere che è un prodotto atossico come tutti i rimedi omeopatici e perciò si distingue pienamente dai prodotti che attualmente si usano per lo stesso scopo.

COMMENTO FINALE

Nel prologo del suo libro l'Autore dice: "Facendo un po' di storia desidero lasciare testimonianza che scrivo queste nozioni di omeopatia pratica a Quilmes, strada che separa dall'isolato che fa casa del Dr. Don José Antonio Wilde, medico molto apprezzato in questo luogo, che lasciò varie piccole opere tra cui se ne evidenzia una letteraria-umoristica resa assai popolare dalla biblioteca de "la

Nacion”, “Buenos Aires 80 anni fa” e che mi sono proposto di affiancare a questo Manuale che racchiude tutta la intenzione di essere consultato ancora dopo 80 anni, perché fino a questo ambiscono le mie verità”.

Gli Autori di questo lavoro aspirano a mantenere le speranze del Dr. Joaquin Alvarez de Toledo.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Alvarez de Toledo, J.: Estudiate a ti mismo, Ed, Peuser, Argentina 1910.
2. Martinez, J.A.: Sinonimos usados ed Homeopatia, Ed. de Farmacia Cangallo, Buenos Aires, Argentina, senza data.
3. Allen, T.F.: Materia medica and Homeopathic Therapeutic, B. Jain Publisher, riedizione, India, 1850
4. Hering C.: Homeopathic Materia medica, B. Jain Publisher, India, riedizione
5. Jhar, Nuevo Manual de medicina homeopatica, Tomo 1 e 2, Materia Medica, Carlos Bailly – Maillere, Madrid 1876.
6. Boericke, W.: Poket Manual of homeopathic materia medica and Repertory, B. Jain Publisher, India, riedizione 1994
7. Vijnovsky, B.: Tratado de materia Medica 1979
8. Kent J.T.: Repertory of Homeopathic Materia Medica, Swet Dey & Co., Calcutta, India, 1969
9. Eizayaga, FX: El Moderno Repertorio de Kent, Ed. Maricel, Buenos Aires, 1982
10. Martinez, J.A.: Comunicacion personal, 1989
11. Lopez Seco, J. Lopez Seco, M.L., von Bernard, H.: Dosificacion homeopatica en rodeos bovinos, Presentato ai A.M.H.U., Montevideo, Uruguay, 1996.
12. Merk & Co, Manual Merk del veterinario, Prima ed., Rahway, New York, 1970
13. Nunez, J.: Fundamentos de Parasitologia Veterinaria, Ed. Hemisferio Sur, Buenos Aires, 1987.

Notizie dal mondo veterinario

Carlo Giulianelli

Medico Veterinario – Torino

Domenica 20 settembre 1998 si è svolto il primo incontro del Gruppo di Studio S.C.I.V.A.C. (Società Culturale Italiana Veterinari Animali Compagnia) di Medicina non convenzionale presso la sede di Palazzo Trecchi a Cremona.

Durante l'incontro coordinato dal Dr. Roberto Orsi di Pescia si è avuto uno scambio di esperienze tra colleghi che applicano metodiche non convenzionali diverse. Da questo scambio è nato il desiderio e la necessità di un confronto costruttivo tra i colleghi che si occupano della cosiddetta Medicina Alternativa. Tutti i colleghi si sono trovati d'accordo sul fatto che la casistica dovrà essere ampiamente documentata per consentire in seguito un eventuale confronto con la Medicina Ufficiale. Quest'incontro voleva essere un primo approccio con l'esperienza del gruppo di studio, per cui sono stati presentati alcuni casi dai colleghi Dr Roberto Orsi di Pescia, Dr Carlo Giulianelli di Torino, Dr.ssa Vera Garelli di Torino, Dr. Ssa Patrizia Arrighi di Olgiate Olona, Dr Francesco Longo di Bari, Dr Andrea Malgeri di Mercatello, Dr Virgilio Romano e Dr ssa Maria Serafina Novo di Torino. I casi presentati riguardavano patologie di vario genere, dalla medicina interna alle patologie di tipo infettivo, infestivo, neurologiche e comportamentali; essi sono stati affrontati con metodiche omeopatiche, omeopatiche e agopunturali.

Proprio dall'esposizione della casistica è nata un'intressante discussione da cui è emerso il desiderio dei vari colleghi di comprendere in che modo si è arrivati alla scelta della terapia. Su questo

desiderio si spera di riuscire ad imbastire stimolanti futuri dibattiti; per cui, per il futuro, si è scelto un ventaglio di patologie su cui lavorare, ognuno con le metodiche che suole usare, per poi confrontare le singole scelte ed i risultati fra di loro.

E' stato gratificante constatare che il gruppo dei convenuti era numeroso ed interessato a questa iniziativa all'interno della SCIVAC, ci auguriamo pertanto che riesca a decollare e ad essere fruttuosa nel tempo.

Pictures

La via del Simillimum

Gustavo Dominici
gdominici@mclink.it
Il Direttore

Fino a dove possiamo spingerci con la cura omeopatica?

Dove si può arrivare con l'aiuto del Simillimum prescritto a bassa, poi alta, poi altissima dinamizzazione? Se accade che il paziente è disponibile – non si accontenta cioè di avere meno dolori – se accade che il medico è disponibile – non si accontenta cioè di fargli avere meno dolori – se accade che la prescrizione è buona – la migliore?

Chi può dirlo! – qual è il limite della terapia omeopatica?

Dopo aver guarito, abbiamo la possibilità di Guarire?

E' possibile che il paziente cambi l'approccio verso la sua esistenza aumentando la sua consapevolezza ed elaborando risposte più efficaci?

Sono domande che non riescono a scacciare dalla mia mente. Tento una risposta col caso di Paola. Giudicate un po' voi e, soprattutto, se siete interessati al quesito, fatemi avere una qualche concreta risposta. I sintomi sono esposti in forma schematica, così come si presetano nelle patogenesi, e nell'ordine spontaneamente stabilito dalla paziente.

La signora Paola ha 35 anni al momento della prima visita, tre anni or sono. Ho già conosciuto i suoi due figli, in cura per condizioni asmatiche.

Paola lamenta un ingrossamento tiroideo, tosse e catarri quasi cronici dovuti anche al fumo, dei crolli psichici prevalentemente primaverili, fino a crisi di angoscia anche violente, con perdita del controllo. Accusa anche crisi di confusione mentale che definisce "estraneamenti", che ricorda aver avuto sin da piccola, per cui in passato fece numerose indagini e cure psichiatriche, senza esiti degni di nota.

La sua vita è piena di obblighi familiari di notevole entità che assolve con un forte senso del dovere, pur non amando la routine. E' a tal punto severa con se stessa da non permettersi alcun riposo o del tempo da dedicarsi, nel qual caso è assalita da sensi di colpa. E' di carnagione chiara, con occhi e capelli chiari. Si presenta disponibile, veramente partecipe e desiderosa di migliorare. Ha anche affrontato con questo spirito sei anni di psicoanalisi in un periodo di intensa depressione, con notevole beneficio. E' sorridente, percettiva, attenta. Talvolta la sua voce cambia improvvisamente di tonalità ed inizia a parlare come in falsetto. Il mutamento è abbastanza netto, tanto da poter distinguere due diverse espressioni. Cerco di cogliere gli argomenti che le suscitano tale mutamento, giudicandolo molto significativo.

Thuya occidentalis è quasi l'unico medicamento della prima parte della terapia, che assume fino alla XMK, con benefici all'inizio notevoli, poi più sfumati. La bronchite scompare, la paziente smette di fumare superando forti difficoltà, la tiroide torna nella norma. Dopo qualche tempo Paola rimane incinta, continua a curarsi omeopaticamente, nasce il bimbo sano che allatta felicemente. I suoi impegni aumentano.

Qui inizia la storia più recente, che risale a circa 13 mesi or sono. Paola è venuta a farsi visitare dopo un'estate difficile in cui sua madre è stata ricoverata in ospedale per un'emorragia gastrica. Successivamente è toccato a suo figlio minore, per un trauma al terzo dito della mano destra.

Questi sono i sintomi che raccolgono:

- Ho torpore al primo dito della mano destra, con dolore al braccio ed al collo. Da quando ho dormito in ospedale con mio figlio.
- Se muovo la testa velocemente mi viene da vomitare.
- Rialzandomi da seduta ho dolore alle osse, raddrizzandomi; la schiena mi fa male.
- Ho sudore con cattivo odore, aumentato recentemente
- Non ricordo le parole, non mi viene la parola per chiamare gli oggetti
- Sono fuori fase, sotto pressione, come in uno stato confusionale.
- Le esperienze non mi passano. La mia mente mi preseta il dito staccato di mio figlio, malignamente, come se una parte di me fosse contro di me, una cattiveria verso me stessa. Mi succedeva anche da ragazza.
- Ho sempre avuto molte paure. Per esempio durante il parto credevo di non farcela, che il bambino non riuscisse a passare... che la testa non passasse. Soprattutto durante il parto, al momento della nascita, durante l'espulsione.
- Ho paura di come stanno mio padre, mia madre, mio marito, esageratamente. Non mi preoccupo delle mie malattie. Ho paura nei confronti di una mia amica, della sorella di lei... mi metto in agitazione. Tutto ciò mi blocca, mi annienta, non riesco più a fare nulla.
- Mangio poco ed ho mal di stomaco, non mi va di mangiare.
- Ho come una sfortuna che mi perseguita.
- Ho una certa claustrofobia, soprattutto in ascensore.

Repertorizzo (Synthesis 6):

MIND – Anxiety – others, for

MIND – Forgetful – words while speaking; of

MIND – Unfortunate, feels

MIND – Fear – narrow place, in

EXTREMITIES – Numbness – fingers – first finger

I primi medicinali della lista mi convincono assai poco. Ho grande stima e riconoscenza per il mio repertorio computerizzato, ma non gli permetto di far da padrone. Riflettendo meglio, riconosco la dignità e l'intensità sufficienti.

Inoltre il sintomo dell'ansia per gli altri mi sembra assai limitativo ritenendo Paola particolarmente empatica. La paziente ha come dei "vuoti di sé" piuttosto ampi che vengono spesso riempiti da guai altrui, che si fissano in lei in modo quasi indelebile, fino ad appartenere. Rielaborando la sintomatologia si evidenziano due medicinali, Baryta carbonica e Causticum. Scelgo quest'ultimo. CAUSTICUM 200K + 35 K.

35 giorni dopo Causticum 200 K

Paola viene al seguito dei bambini, che naturalmente hanno la precedenza, lasciandole per il suo controllo qualche rimasuglio di tempo, neanche troppo tranquillo viste le loro molteplici richieste. Lei non se ne cura granchè, ed anche questo è un sintomo. Comunque il suo aspetto è migliore:

- ho la testa più chiara. Vedo le cose in modo più chiaro, più obiettivo. Ne ho quasi paura, poi bisogna fare delle scelte...
- ho dolore all'8° superiore destro, quando serro le mascelle e digrigno i denti (sintomo molto presente in passato).

CAUSTICUM MK+35K

40 giorni dopo Causticum MK

- ho perdite vaginali biancastre e lieve prurito. Da ragazza le ebbi spesso. (Nota: affermazione spontanea). Anche dolore pelvico.
 - Sono una belva prima dei mestui, vedo tutto nero, senza soluzione, per 4-5 giorni. Potrei anche fare qualcosa di violento. Poi tutto migliora. Anche questo le avevo da ragazza.
 - Ho avuto le sensazioni di estraneamento, improvvise, quasi con panico. Non percepisco più la realtà com'è, come se vedessi qualcosa che mi fa paura, per pochi secondi. Ho avuto 4 o 5 episodi in questo periodo; poi rimango stordita. Lo avevo addirittura da bambina. Mi sento estraneata da tutto il resto. In quel momento non so come sto, vivo cose che conosco, ma non è vero che le conosco. Da piccola feci molti controlli, pensavo fossi epilettica.
 - Talvolta mi inceppo sulle parole, o non mi viene la parola, ma molto meno.
 - Mi sento meglio, ho più speranza, penso che posso fare, ma sono uscite altre cose.
 - ho disinteresse per il cibo, non sopporto la carne.
 - le gambe non mi sostengono, sento debolezza, fiacca.
 - Mi cadono molti capelli, proprio molti.
- CAUSTICUM XMK + 35K + un integratore naturale.

100 giorni dopo Causticum XMK

- Da 5 giorni ho un dolore lombare, un po' sempre, alzandomi da seduta. Ma anche a tutta la parte destra, collo e braccio. Come un livido (e.o.: dolore sacro – coccigeo)
- Ho sensazione di nausea, sempre da 5 giorni circa, in relazione nell'arrivo dei mestruai
- In effetti, prima delle mestruazioni ho agitazione e pianto (Nota: cambia tonalità di voce)
- Sono venute fuori cose che avevo da piccola e che non avevo più avuto.
- Di testa sto meglio, sono più positiva, ma fisicamente sto peggio.

CAUSTICUM LMK +35K

60 giorni dopo Causticum LMK

Si è accorciata i capelli, ora ha un taglio più gradevole e spigliato. E' più disinvolta in generale.

- Mi sono tolta un dente del giudizio, dovevo farlo da molto tempo
- Talvolta non ricordo nulla. Come se non fossi presente a me stessa. Ho la testa da un'altra parte. Scambio biglietti, sbaglio. Non ricordo nulla di ciò che devo ricordare. Vivo, ma non registro le cose che faccio.
- Ho avuto un solo episodio di estraneamento, poco dopo la dose unica.

Sentivo una musica che ricordavo e sentivo anche come un ronzio. E poi è come se non riconoscessi le cose intorno a me, come se la stanza fosse diversa.

Ma questa volta è come se avessi fatto un passo avanti, ero cosciente, stavo per capire qualcosa di importante e tutto è cessato. Mi sono pure arrabbiata... stavo per capire... come una cosa della mia vita che non voglio ricordare, una cosa accaduta da piccola, all'età di 8 anni.

- Ho dolore al sopracciglio destro, peggio al mattino, vedo tutto nero. Meglio uscendo, in compagnia.
- Paura del buio e dei luoghi chiusi come l'ascensore.
- Il lato destro è dolente.
- Ho molti sintomi che avevo da ragazza. (Nota: ripetere più volte questa affermazione)

CAUSTICUM CMK + 35K per 90 giorni

30 giorni da Causticum CMK

- Sto bene. Non ho avuto nessun episodio di estraneamento.
- Ho perdite vaginali biancastre, senza prurito. Le ho avute da ragazza, per moltissimo tempo.
- Mi fa anche meno male la schiena. Ho ancora un blocco al collo e, se muovo la testa di scatto, ho come una vertigine. Anche questo sintomo lo avevo da ragazza. Mi alzo meglio, mi posso raddrizzare, sono più scattante, non ho più il dolore al coccige.
- Ancora le gambe sono un po' deboli e pesanti, come se non reggessero bene.
- Ogni tanto sento come una pesantezza all'ano (in passato soffrì molto di emorroidi)
- Ricordo meglio le cose
- Sono più tranquilla, me la prendo meno delle cose. Mi hanno anche rubato la macchina, ma non me la sono presa così tanto.
- Non ho sonno la sera, anzi, ho sonno, ma non voglio dormire.
- Non ho voglia di fare l'amore. Ho avuto in passato perdite di sangue. Forse è per paura che non ho voglia.
- Molti anni fa ebbi un'allergia ai metalli, ai bottoni. Ora mi è tornata alla grande, con una eruzione al petto.
- Ho sognato che nuotavo in mare, contro le onde. Non era né gradevole né sgradevole, non c'era fatica, c'era l'impegno a superare, serenamente l'idea di farcerla. Nella mia vita non ho ancora raggiunto quello che vorrei, ma sono serena.
- Ho una maggiore consapevolezza delle cose.
- Mi sono resa conto che avevo tante fantasie, le creavo con la mente. Avevo tanta rabbia, pensavo di subire soprusi, angherie. Ma soprattutto avevo rabbia perché nessuno si occupava di me. Ora so che devo pensare io a me stessa.

CAUSTICUM 35 K per due mesi

4 mesi dopo Causticum 35 K

Chiamo la paziente perché desidero farle leggere il suo caso clinico prima di pubblicarlo. In realtà l'ho vista di frequente perché i figli richiedono spesso degli interventi. L'ho sempre trovata di buon umore o di ottimo aspetto. Paola legge il caso con attenzione e dopo qualche giorno mi comunica che è d'accordo a pubblicarlo, che ha trovato molto gradevole leggerlo, rilevare come è vista dall'esterno. Comunque desidera un controllo, si sente bene ma è stanca. Non ha più avuto episodi di estraneamento, ma ha dovuto affrontare molte difficoltà familiari. Tre mesi fa un'epidemia di varicella e si ammalarono contemporaneamente e violentemente i suoi tre figli e il marito!

Documenti FIAMO

Cari colleghi,

per motivi strettamente personali (una disavventura ortopedica con conseguenze operatorie in buona parte ancora da subire nei prossimi mesi) sono costretto a terminare prima della scadenza il mio mandato di Presidente. Lo faccio a malincuore, ma con la consapevolezza, tuttavia, che il Consiglio Direttivo, che fin qui mi ha accompagnato con competenza e con perizia, non avrà difficoltà a continuare fattivamente l'opera programmata.

Credo che, con la mia già troppo lunga, anche se silenziosa ed apparentemente defilata presidenza, e per merito dell'infaticabile segretario, del direttivo tutto, dei responsabili regionali, di voi tutti, ed anche, se mi è concessa un po' di modestia, mio, la nostra Federazione abbia fatto notevoli passi in questi ultimi mesi. E credo pure che abbia impostato, con scelte talvolta dolorose, un percorso programmatico che sarà ricco di conquiste future.

E' giusto che colleghi più giovani di me ne siano i prossimi artefici.

Motivi per me di particolare soddisfazione, se posso esprimerli, sono i mutati rapporto con la FNOMCeO, grazie alla sensibilità del Presidente Pagni e dell'amico Meledandri, nonché l'innegabile successo della nostra preziosa rivista, per la quale ultima ringrazio i colleghi Dominici e Di Leginio.

Lascio quindi la FIAMO in buona salute e l'affido a tutti voi con un collegiale saluto.

Gios Bernardi

Già dall'inizio dell'anno il nostro Presidente ci aveva informati del fatto che, per motivi personali e di salute, non gravi ma impegnativi, non sapeva se avrebbe potuto continuare a rivestire la sua carica.

Successivamente, qualche complicazione in più rispetto al previsto, lo ha portato a dare le dimissioni. E' una notevole perdita per tutti noi.

Nel nostro mondo omeopatico fatti di personaggi focosi e spesso conflittuali, la sua figura di alto profilo morale e istituzionale, il fine umorismo e lo stile signorile e distaccato da qualsiasi animosità personale, sono stati il nostro asse di equilibrio per tanti anni.

Non dimentichiamo inoltre le conoscenze sue personali come ex Presidente dell'Ordine dei Medici di Trento, che gli hanno permesso di presentare autorevolmente la FIAMO ai vertici del mondo istituzionale e scientifico ufficiale.

La FIAMO non sarà più la stessa senza Gios.

La comunità omeopatica intera ringrazia Gios Bernardi e gli invia i più fervidi auguri.

Avvicendamento al coordinamento della sezione FIAMO Sardegna il Coordinatore della FIAMO Sardegna Francesco Collu ha dato le dimissioni dalla carica di coordinatore della sezione regionale sarda per pressanti e molteplici impegni professionali. Il Collega esprime nello stesso documento il desiderio di rinnovare la sua adesione alla FIAMO come socio e la disponibilità a collaborare per ogni eventualità. Il nuovo coordinatore della FIAMO Sardegna sarà eletto nel corso dell'assemblea regionale che si terrà il 5 Novembre prossimo. Il Consiglio Nazionale FIAMO, ringraziando Collu per l'impegno costante dimostrato nel ricoprire la carica regionale e per l'attenzione e la sollecitudine nei confronti dell'andamento della Federazione a livello nazionale, gli invia fraterni saluti e buon augurio per la professione.

VERBALE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DEL 3 OTTOBRE 1998

Il giorno tre del mese di Ottobre dell'anno millenovecentonovantotto, alle ore 10,30 in Bologna, via Pietramellara 59, presso l'Hotel Sofitel, si riunisce il Consiglio Direttivo Nazionale della Federazione con il seguente ORDINE DEL GIORNO:

- 1) Situazione Presidenza FIAMO
- 2) Analisi della situazione attuale
- 3) Formazione professionale in Italia
- 4) Azione culturale e Scientifica della FIAMO
- 5) Delibera Nazionale Iscrizioni
- 6) Altre ed eventuali

Sono presenti: il Vicepresidente Massimo Mangialavori, il Segretario Pindaro Mattoli, il Tesoriere Edoardo Di Leginio, i Consiglieri Barbara Rigamonti, Valerio Grandi e Antonio Abbate.

SVOLGIMENTO E DELIBERE

- 1) Situazione presidenza FIAMO:

per motivi di salute il Presidente Giuseppe Bernardi ha inviato al Consiglio le dimissioni dalla sua carica. Il Consiglio prende atto della situazione contingente e accetta a malincuore le dimissioni del Presidente. Il Consiglio esprime vivo apprezzamento e profonda riconoscenza nei confronti del Presidente per l'opera svolta nell'ambito della Federazione, e un augurio di pronto ristabilimento in salute, anche da parte di tutta la comunità omeopatica italiana.

Il Consiglio stabilisce di indire nuove elezioni della Presidenza e del Consiglio stesso in occasione dell'assemblea nazionale del Maggio 1999; le elezioni potrebbero essere effettuate però in anticipo, convocando un'apposita assemblea prima della data di cui sopra, nel caso che 1/3 dei D.A.N. in tal senso si esprimano.

- 2) Analisi della situazione Attuale:

il panorama omeopatico italiano è attualmente molto articolato e in rapida evoluzione. Molte forze esterne ed interne al mondo omeopatico stanno agendo per plasmare a proprio favore la futura regolamentazione della pratica professionale omeopatica. L'azione della FIAMO dovrà essere molto incisiva per guidare l'Omeopatia italiana, al di là degli interessi parziali, ad un profilo professionale di alto livello.

- 3) Formazione professionale in Italia

Valutate le condizioni attuali delle scuole italiane di medicina omeopatica, viene individuata soprattutto la necessità di creare un luogo istituzionale di incontro e di autodeterminazione politica delle scuole e un organo di rappresentanza delle stesse presso le istituzioni. Il Consiglio stabilisce pertanto di attuare una ristrutturazione del Comitato per la Formazione Professionale. Il Comitato sarà rinominato "Comitato delle Scuole italiane di medicina Omeopatica" e sarà articolato in 3 sezioni: 1) Comitato delle Scuole di Medicina Omeopatica Umana; 2) Comitato delle Scuole di Medicina Omeopatica Veterinaria; 3) Laboratorio di Didattica. Due primi due comitati faranno parte tutte le scuole che ne faranno richiesta. Del Laboratorio di Didattica faranno parte tutti i docenti che vorranno aderire per approfondire e perfezionare la didattica in Medicina Omeopatica. Nell'ambito dei comitati stessi e del laboratorio di didattica sarà eletto dai membri il rispettivo Coordinatore.

Eventuali azioni politiche ed esterne al di fuori della FIAMO nei confronti delle istituzioni, riguardanti la Formazione Professionale, saranno concordate alla pari fra il comitato delle Scuole e il Consiglio Direttivo. Tale ristrutturazione e del Comitato per la Formazione Professionale sarà presentato e commentato alla prossima riunione delle scuole che si terrà l'11 Ottobre prossimo a Roma.

4) Azione culturale e scientifica della F.I.A.M.O.

In Italia sono presenti tutte le correnti teoriche e dottrinali omeopatiche esistenti al mondo. Tale varietà è però poco produttiva perché manca quasi completamente l'abitudine allo scambio e al confronto fra le varie correnti teoriche. Già la rivista della FIAMO "Il Medico Omeopata", sopperisce parzialmente a ciò, facendo circolare le idee e i risultati clinici di ogni gruppo. Ad ulteriore incremento di tale istanza culturale il Consiglio delibera l'istituzione di un congresso annuale di Medicina Omeopatica organizzato dalla Federazione, previsto per inizio Ottobre in ogni anno. Il primo congresso nazionale della FIAMO sarà celebrato a Roma il 2-3 Ottobre 1999 sul tema "La raccolta del caso in medicina Omeopatica – metodologie a confronto – la ricerca scientifica in omeopatia – aggiornamenti – temi liberi e casi clinici"; saranno accolti anche temi liberi su altri argomenti. Infine il Consiglio esorta il Coordinatore del comitato per l'Informatica a proseguire il proficuo lavoro di diffusione della cultura omeopatica su Internet, già validamente avviato.

5) Delibera nuove iscrizioni:

vengono accolte le nuove iscrizioni pervenute in sede amministrativa

6) Altre ed eventuali:

Il consigliere Antonio Abbate viene delegato dal Consiglio a rappresentare la FIAMO nella trattativa con l'Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria per quanto concerne la consulenza per l'organizzazione di una scuola di medicina omeopatica presso l'Accademia stessa.

Viene esaminato dal Consiglio lo statuto della nascente SIMO (Società Italiana di Medicina Omeopatica); dagli scopi e funzioni e dalla struttura sociale e amministrativa, tale associazione viene individuata e valutata come parallela e concorrenziale alla FIAMO. Fatto comunque democraticamente salvo il diritto di ogni collega omeopata di costituire associazioni, il Consiglio ritiene che nel presente momento storico di incontro/scontro con le istituzioni italiane per la regolamentazione della pratica professionale omeopatica, la nascita di una associazione concorrenziale alla FIAMO, che è stata fondata esattamente per unire tutti gli omeopati italiani per un'azione comune, crei una pericolosa potenziale dicotomia e rechi danno all'immagine e all'azione politica di tutta la comunità italiana. Il Consiglio ritiene peraltro di non intraprendere azioni né in positivo, né in negativo nei confronti della SIMO

7) Vengono confermate le quote d'iscrizione dell'anno precedente.

Il Segretario
Pindaro Mattoli

Il Vicepresidente
Massimo Mangialavori