

il medico OMEOPATA

LA RIVISTA ITALIANA DI OMEOPATIA CLASSICA

The Italian Journal of Classical Homeopathy

in questo numero / in this issue

IX CONGRESSO FIAMO

“Venti anni di crescita della Omeopatia Italiana”

VERONA 28-30 MAGGIO 2010

- Ricordo del Prof. Antonio Negro *di P. Gulia*
- Intervista a Jeremy Scherr/ An Interview with Jeremy Scherr *di P. Gulia*
- Il Consorzio CAMbrella/ The CAMbrella Consortium *di P. Roberti di Sarsina*

RICERCA/ RESEARCH

Effetti di rimedi ultradiluiti su cellule cancerose del seno *Autori Vari*

OMEOPATIA CLINICA/ CLINICAL HOMEOPATHY

- Cannabis Indica nel cane *di M. Dodesini e M.G. Ghisalberti*
- Infezioni respiratorie in Sindrome di Down *di M.S. Hereida, F.B. Assumpcao, D.C. Thornè, M. Pustiglione*
- Storie di Omeopatia Quotidiana *di G. Muscari*
- Lyssinum o Hydrophobinum *di L. Scheepers, Y. Faingnaert, M. Goossens*
- Omeopatia nelle broncopolmoniti *di G. Dominici*



FEDERAZIONE ITALIANA
ASSOCIAZIONI e MEDICI OMEOPATI
FIAMO

LA TRADIZIONE OMEOPATICA ITALIANA...

La qualità dell'insegnamento

La **FIAMO** è un'associazione senza fini di lucro fondata da 220 medici omeopati nel 1990. Attualmente conta come soci circa 400 medici omeopati italiani. Ha lo scopo di conservare e tramandare la tradizione omeopatica italiana e di diffondere l'omeopatia. Tramite la **Liga Medicorum Homeopathica Internationalis** di cui è membro istituzionale, opera in stretto rapporto con la comunità omeopatica di tutto il mondo.



CORSI DI MEDICINA OMEOPATICA

Dipartimento Scuola Formazione Insegnamento Anno Accademico 2010/2011

SEDI SCUOLE

ACCADEMIA OMEOPATICA HAHNEMANNIANA MARCHIGIANA
Dir. Acc.: Dr. Renzo Galassi
Via Urbino, 41/F - 62100 Macerata
tel.: 0733.233762 - fax: 0733.240807
renzogala@libero.it

ACCADEMIA OMEOPATICA SARDA SCUOLA DI MEDICINA OMEOPATICA
Dir. Acc.: Dr. Antonio Abbate - Via Veio, 5 - 00183 Roma
Via Santa Anania, 2 - 09129 Cagliari
tel.: 06.70490243 - 347.3848859 - 348.2639281
dr.a.abbate@alice.it - www.accademiaomeopaticasarda.it

C.D.O. - CENTRO DI OMEOPATIA
Dir. Acc.: Dr. Roberto Petrucci
Viale Ca' Granda, 2 - 20162 Milano
tel.: 02.64746477 - fax: 02.64746474
asterias@asterias.it
www.asterias.it - www.centrodiomeopatia.it

CENTRO DI OMEOPATIA CATANIA
Dir. Acc.: Dr. Roberto Petrucci
Via Re Martino, 169 - 95125 Catania
tel.: 095.7137121
Dr. A. Avolio 392.7817962 - 095.7137121
a.avolio@centrodiomeopatia.it
www.omeopatiacatania.it

C.I.M.I. - CENTRO ITALIANO DI MEDICINA INTEGRATA
Dir. Acc.: Dr. Giovanni Marotta
Via Ugo Bassi, 20 - 00152 Roma
tel./fax: 06.5812492
gmarotta@tiscalinet.it

ASSOCIAZIONE GRUPPO OMEOPATICO DULCAMARA
CENTRO ACCREDITATO DALLA FACULTY OF HOMEOPATHY OF UK
Dir. Acc.: Dr. Flavio Tonello
Via di Santa Chiara, 2-9 - 16128 Genova
tel.: 010.8607405 - 010.5702988
fax: 010.8682935
info@dulcamara.org - mangini@village.it
www.dulcamara.org

I.R.M.S.O. - ISTITUTO RICERCA MEDICO SCIENTIFICA OMEOPATICA
Dir. Acc.: Dr. Pietro Federico
Via Paolo Emilio, 32 - 00192 Roma
tel.: 06.3242843 (r.a.) - fax: 06.3611963
segreteria@irmso.it - www.irmso.it

KAOS - SCUOLA DI OMEOPATIA CLASSICA
Dir. Acc.: Dr. Giacomo Merialdo
Via Casaregis, 19/16 - 16129 Genova
tel.: 010.3106210 - fax: 010.3198476
gmeraldo@tiscalinet.it
www.kaos-omeopatia.org

KOINÈ - SCUOLA INTERNAZIONALE DI FORMAZIONE PERMANENTE IN MEDICINA OMEOPATICA
Dir. Acc.: Dr. Massimo Mangialavori
Via Rolda, 91 - 41050 Solignano Nuovo (MO)
tel.: 340.8891135
ulmus@mangialavori.it

SCUOLA DI OMEOPATIA CLASSICA MARIO GARLASCO
Dir. Acc.: Dr. Pia Barilli
Via San Giusto, 2 - 50143 Firenze
tel.: 055.3841350 - 667137
info@lycopodium.it - www.lycopodium.it

FEDERAZIONE ITALIANA ASSOCIAZIONI E MEDICI OMEOPATI
FIAMO

L.M.H.I.
LIGA MEDICORUM HOMEOPATHICA INTERNATIONALIS

Il programma

unificato del Dipartimento Scuola Formazione insegnamento della **F.I.A.M.O.** è adottato da 13 Scuole di medicina omeopatica distribuite su tutto il territorio nazionale. I corsi hanno la durata minima di tre anni per un totale di almeno 600 ore di lezioni comprendenti: teoria, pratica clinica, seminari e supervisioni. Il programma e la struttura del corso unificato sono allineati agli standard stabiliti dagli stati membri dell'Unione Europea ove è praticata e insegnata la medicina omeopatica.

I requisiti dei docenti e dei tutor

sono a norma con quelli indicati dall'E.C.H. (European Committee for Homeopathy); la preparazione del corpo docente è il risultato di anni di attività didattica e di esperienza clinica.

Il corso è destinato

ai medici chirurghi e agli odontoiatri, ai veterinari e agli studenti degli ultimi due anni di corso in regola con gli esami.

Il diploma

rilasciato permette l'iscrizione al Registro degli Omeopati accreditati e ai Registri presso gli Ordini dei Medici che ne abbiano deliberato l'istituzione.

SCUOLA MEDICA OMEOPATICA HAHNEMANNIANA DI TORINO
Dir. Acc.: Dr. Alberto Magnetti
Corso Belgio, 124 - 10153 Torino
tel./fax: 011.8994552
Informazioni: Dr. Cristina Jemma
tel.: 347.7653606
info@omeoto.it - www.omeoto.it

SCUOLA SUPERIORE INTERNAZIONALE DI OMEOPATIA VETERINARIA RITA ZANCHI
Dir. Acc.: Dr. Franco Del Francia
Piazza Alfieri, 1 - 52044 Cortona (AR)
tel./fax: 0575.604565
info@omeovet.net - www.omeovet.net

SCUOLA DI MEDICINA OMEOPATICA DI VERONA
Dir. Acc.: Dr. Raffaella Pomposelli
Via B.Bacilieri, 1A - 37139 Verona
tel.: 045.8905600 - fax: 045.8901817
cell.: 329.4744580
info@omeopatia.org - www.omeopatia.org

PER INFORMAZIONI E SEGRETERIA
Sede Amm.va: via C. Beccaria, 22 - 05100 Terni
tel./fax: 0744 429900 - www.fiamo.it
omeopatia@fiamo.it - scuole@fiamo.it
Direttore del Dipartimento: Dr. Antonio Abbate
dr.a.abbate@alice.it

il medico OMEOPATA

LA RIVISTA ITALIANA DI OMEOPATIA CLASSICA

The Italian Journal of Classical Homeopathy

anno XV | numero 43 | aprile 2010

Registrazione presso il Tribunale di Roma n° 596 del 29/11/1996

Sommario

direttore responsabile
Gustavo Dominici

vice direttori
Antonella Ronchi
Pietro Gulia

segretaria di redazione
Giovanna Giorgetti

redazione
Centro Omeopatico Vescovio
piazza Vescovio, 7
00199 Roma
tel/fax +39.06.86208145
email rivista@fiamo.it

redattori
Luigia Alessandrino
Mario Buttignol
Renata Calieri
Nunzio Chiaramida
Mauro Dodesini
Anna Fontebuoni
Giandomenico Lusi
Gennaro Muscari Tomaioli
Paolo Roberti di Sarsina

comitato scientifico
Paolo Bellavite
Andrea Brancalion
Nicola Del Giudice
Paola Landi
Giusi Pitari

amministrazione e pubblicità
FIAMO - sede amministrativa
via C. Beccaria, 22 - 05100 Terni
tel/fax +39.0744.429900
e-mail omeopatia@fiamo.it
www.fiamo.it

progetto grafico e impaginazione
B&M-design - via G. Leopardi, 26 - 05100 Terni

stampa
Tipografia Economica Moderna
via 1° Maggio, 15 - 05022 Amelia (TR)

hanno collaborato alla realizzazione di questo numero:
F.B. Assumpção Jr. - A. Badolati - P. Banerji - P. Banerji
N. Chiaramida - L. Cohen - M. Dodesini - G. Dominici
G. Fagone - Y. Faingnaert - M. Frenkel - M.G. Ghisalberti
P. Gulia - M. Goossens - M.S. Heredia - A. Leblanc
F.V. Marino - P. Mattoli - B. Mukund Mishra
G. Muscari Tomaioli - M. Paoletta A. Pawlus - M. Pustiglione
P. Roberti di Sarsina - A. Ronchi - L. Scheepers - S. Sen
D.C. Thomé - P. Yang - L. Vence

EDITORIALE G. Dominici Elogio della leggerezza	5
LA VOCE DEL PRESIDENTE A. Ronchi Integralista chi?	6
COMUNICAZIONI LMHI P. Federico	7
COMMEMORAZIONE ANTONIO NEGRO Amava la vita! P. Gulia	9
COMUNICAZIONI Riconosciuta l'identità dell'omeopatia P. Mattoli	10
RECENSIONI A. Ronchi, N. Chiaramida, A. Badolati Influenza e Omeopatia - Gestione del Simillimum omeopatico Omeopatia nel cane e nel gatto - Un respiro inconsueto	12
OMEOPATIA INFO Progetto Omeopatia per L'Aquila F.V. Marino	16
INFORMAZIONE/ INFORMATION Le Medicine Non Convenzionali nel Programma d'Azione dell'Unione Europea in materia di Salute: il Consorzio CAMbrella/ Non-conventional medicines in the e.u. health action plan: the cambrella consortium P. Roberti di Sarsina	18
INTERVISTE/ INTERVIEW Sarà un grande passo per l'Omeopatia! Intervista con Jeremy Sherr/ It will be a big step for homeopathy. Interview with Jeremy Sherr P. Gulia	24
RICERCA Effetti citotossici dei rimedi ultradiluiti su cellule cancerose del seno M. Frenkel, B. Mukund Mishra, S. Sen, P. Yang, A. Pawlus, L. Vence, A. Leblanc, L. Cohen, P. Banerji, P. Banerji	34
CLINICA VETERINARIA Cannabis Indica nella terapia del cane M. Dodesini, M.G. Ghisalberti	44
RICERCA CLINICA Trattamento omeopatico nelle infezioni respiratorie ricorrenti in bambini affetti da sindrome di Down M.S. Heredia, F.B. Assumpção Jr., D.C. Thomé, M. Pustiglione	48
OMEOPATIA CLINICA Storie di Omeopatia quotidiana G. Muscari Tomaioli I Nosodi (quarta parte) L. Scheepers, Y. Faingnaert, M. Goossens La terapia omeopatica nelle broncopolmoniti G. Dominici	54 58 66
NORME PER GLI AUTORI	70

La rivista è consultabile on-line all'indirizzo www.fiamo.it

Elogio della leggerezza

Il mio ricordo di Antonio Negro



MI CHIEDO OGNI GIORNO QUALE SIA L'ATTEGGIAMENTO OTTIMALE, LO STATO DELL'ESSERE PIÙ IDONEO PER AFFRONTARE IL NOSTRO LAVORO QUOTIDIANO CON SUCCESSO E SENZA ESSERNE LOGORATI. LA RISPOSTA CHE SORGE ALLA MIA MENTE È ESTREMAMENTE SINTETICA: LA LEGGEREZZA.

IL RICORDO DEL PROF. ANTONIO NEGRO MI RIPORTA AD ESSA, NE DIVENTA L'ICONA E MI SPINGE A RIFLETTERCI SU.

La scomparsa del Prof. Antonio Negro, amato Maestro che ho seguito per sette anni della mia vita professionale, mi ha riportato alla mente tanti episodi significativi o semplicemente divertenti. Eh si, perché stargli vicino non era solo utile, ma anche spassoso; era intenso, stimolante e contemporaneamente leggero. Già, leggero. Che leggerezza non va mica confusa con superficialità! Sono due stati d'animo non solo differenti, ma quasi contrapposti. Il superficiale è ostinatamente concentrato su cose evanescenti, chi vive in una condizione di leggerezza non è concentrato su nulla, è sostanzial-

mente disponibile a cogliere gli eventi. Mi chiedo molto spesso, tutti i giorni, quale sia l'atteggiamento ottimale, lo stato dell'essere più idoneo per affrontare il nostro lavoro quotidiano con successo e senza esserne logorati. La risposta che sorge alla mia mente è estremamente sintetica: la leggerezza. Il ricordo del Prof. Antonio Negro mi riporta ad essa, ne diventa l'icona e mi spinge a rifletterci su.

Nel programma di formazione di un Medico Omeopatico sono solitamente indicati gli argomenti da studiare ed un monte ore necessario per farlo. Cosa opportuna o, meglio, necessaria ma

non sufficiente. Per praticare efficacemente la professione di Omeopata vengono richieste anche altre qualità, fondamentali per poter affrontare sinteticamente ed in un lasso di tempo accettabile l'immensa ricchezza e complessità di un essere umano nel ruolo di paziente ed abbinargli una terapia omeopatica che lo rappresenti e curi. La capacità di leggere in profondità il soggetto che abbiamo davanti, di individuarne le caratteristiche e tradurle in sintomi, sono facoltà presenti in nuce in ognuno di noi, ma vanno sviluppate con metodo. Si deve sapere con precisione cosa si vuole ottenere, si deve conoscere personalmente la materia preziosa da coltivare e come raggiungere il risultato, si deve definire in ogni dettaglio una sorta di training della consapevolezza. L'analisi e la trascrizione dei dati e dei casi clinici, la propria terapia omeopatica utilizzata come mezzo di apprendimento, l'esercizio della sperimentazione omeopatica, sono tre grandi argomenti che possono essere capisaldi di questo aspetto della didattica, divenire alla fine i più efficaci mezzi di apprendimento.

La leggerezza è una condizione dell'essere che non si raggiunge dopo un po' di concentrazione, dopo essersi riposati, dopo aver studiato il caso. E' cosa differente, è il premio ad una preparazione accurata e completa, sia dal punto di vista intellettuale che cognitivo, è un traguardo nel cammino della propria evoluzione. Ed è un rinnovato dinamismo evolutivo che auguro alla FIAMO, la nostra Federazione, che compie 20 anni. Buon compleanno!



OTI

OFFICINE TERAPIE INNOVATIVE

Presidente Fiamo anto.ronchi@tiscali.it



Integralista chi?

Nell'introduzione gli autori affermano: *La proposta del nostro libro vuole essere politica, e precisamente pacifista e antiregressiva, nel senso di riconoscere che tutti manchiamo di strumenti di pensiero netti e definitivi per affrontare le nuove sfide, e con umiltà dobbiamo prendere il meglio dalle diverse tradizioni, compresa quella scientifica, senza irrigidirle in schemi. In questo senso è un libro rivolto ad uomini di buona volontà.* Una simile premessa è una sorta di assaggio irresistibile per la mia golosità, e in effetti non resto delusa perché tutto il testo sviluppa un'approfondita riflessione sull'evoluzione fuzzy della cultura nel suo complesso, sui fuzzy sets, insieme dai confini incerti e indistinti, che contraddistinguono le categorie che stanno alla base della scienza. Ma a un certo punto incontro questa affermazione: *Nelle società di tutto il mondo emergerà un problema politico via via che il peso di una maggiore medicalizzazione - in termini non solo di iatrogenesi (che già si misura in centinaia di migliaia di vittime all'anno nei paesi industriali), ma soprattutto di espropriazione della salute e di sottomissione al potere medico dei corpi, verrà percepito come sproporzionato rispetto ai vantaggi ancora acquisibili. Già oggi l'insofferenza verso questo strapotere si manifesta talvolta, purtroppo per lo più in forme irrazionali, attraverso forme di disubbidienza, come testimoniato dal crescente ricorso alle medicine complementari, o esplose in aperta ribellione, come in occasione della vicenda Di Bella. Di nuovo l'incapacità di coniugare fino in fondo l'apertura mentale con le sfide che proposte diverse comportano, di andare oltre il pregiudizio. In fin dei conti non c'è da stupir-*

Ormai tutti conoscete la mia passione per la lettura e questa mia riflessione partirà ancora una volta dallo stimolo che mi ha dato la lettura di un libro. Si tratta dell'opera di Vineis e Satolli, medico epidemiologo l'uno e giornalista e medico l'altro, dal titolo "I due dogmi: oggettività della scienza ed integralismo etico"

sene, sarebbe strano il contrario, un'apertura al di fuori del paradigma dominante è sempre difficile. Ma la cosa curiosa è che questa volta la riflessione che ne è scaturita si è volta al modo in cui questo meccanismo di conformismo in realtà possa cogliere anche noi omeopati, portandoci a diventare a nostra volta integralisti, incapaci di uscire dal nostro condizionamento. Il dibattito che ha animato negli ultimi tempi la nostra lista di discussione, gli incontri a Verona per il confronto metodologico, gli apporti delle scuole al prossimo congresso FIAMO, testimoniano una diffusa esigenza di rivalutare, ridiscutere tanti aspetti della nostra medicina. La discussione nasce dalla presa di coscienza del limite di quello che facciamo: se io fossi sempre soddisfatto al cento per cento di quello che faccio, non sentirei il bisogno di trovare altro. Ma ciascuno di noi, se analizza onestamente il suo lavoro, capisce che in molti casi la sua azione è stata poco soddisfacente e se ama quello che fa, come in genere capita a noi omeopati, innamorati del nostro lavoro, cerca di migliorare, di capire, di approfondire. Chi di noi può dire che il suo modo di lavorare è rimasto immutato negli anni? Credo e spero nessuno, perché è solo attraverso una valutazione critica del proprio approccio che miglioriamo la qualità del

nostro lavoro. E se questa è l'esperienza di ciascuno di noi, non dovremo per questo guardare con occhi diversi le diverse esperienze che altri colleghi ci riferiscono e che a tutta prima ci possono sembrare inaccettabili? E' meglio un rigido conformismo a regole che crediamo scolpite in tavole di pietra o un'apertura a suggestioni diverse? Nel duecentesimo anno dalla pubblicazione dell'Organon come possiamo nel modo migliore rispettare il lascito di Hahnemann, la sua profonda carica innovativa? Tutti questi pensieri mi frullavano in testa quando ho preso parte al Convegno organizzato dalla Regione Lombardia per fare il punto sulla Medicina cosiddetta Complementare e presentare i risultati degli studi clinici promossi e finanziati dalla regione stessa negli anni scorsi e hanno certamente condizionato la mia reazione all'ascolto delle relazioni che si rifacevano all'Omeopatia. Devo premettere che è stato chiarito preliminarmente che sotto la voce "Omeopatia" si considerava tutto quello che aveva attinenza con medicinali omeopatici, cioè prodotti diluiti e dinamizzati. E così ho dovuto ascoltare una relazione che riportava i risultati sulla cura omeopatica (sic) dell'allergia col prodotto Th2, di cui, per vostra comodità, riporto i componenti: Klebsiella Pneumoniae alla 9 CH, Candida Albicans alla 9 CH,

Interleuchina 6 alla 30 CH, Interleuchina 4 alla 30 CH, Interleuchina 2 alla 4 CH, Manganese Gluconato alla D4, Benzochinone alla D6, D12, D30, Formica Rufa alla D6, D12, D30. Qua non ci sono dubbi: pollice verso su tutti i fronti! Non si tratta di conformismo o integralismo, ma di insofferenza per la confusione terminologica che è il risultato di una legge che definisce omeopatico tutto ciò che semplicemente è diluito e dinamizzato. L'altra relazione, dal titolo "Omeopatia e malattie croniche: quale relazione?" sviluppava una riflessione, riguardo a cui abbiamo avuto occasione di parlare recentemente anche sul nostro forum, su eziologia infettiva delle malattie croniche, immunologia e Omeopatia. Al di

là delle ricadute prescrittive, che non sono state esaminate, l'ho trovata un'interessantissima riflessione che, se ce ne fosse bisogno, sottolinea una volta di più il genio di Hahnemann. Non solo un ponte tra Omeopatia e medicina convenzionale, un'ipotesi di spiegazione dei meccanismi di malattia e di guarigione, ma una chiave di lettura diversa di importanti patologie. Ho chiesto alla collega di inviare alla nostra rivista dei contributi al riguardo perché credo importante ampliare la discussione su questi temi. Nel breve intervento che ho fatto al convegno ho sottolineato il ruolo insostituibile delle Società Scientifiche, e della FIAMO in particolare, in qualunque processo che riguardi a qualsiasi titolo queste medicine.

Come concludere questa riflessione? Con la speranza che la adozione da parte della FNOMCeO, nel recente documento sulla formazione, della classificazione che da anni andiamo proponendo e che distingue con chiarezza la medicina omeopatica da altre forme di terapia che utilizzano medicinali diluiti e dinamizzati, aiuti a mitigare i danni culturali e alla libertà di scelta del cittadino che la legislazione del farmaco ha prodotto. E con l'auspicio che la nostra comunità sappia restare aperta invece a tutti quegli stimoli di approfondimento che magari, a prima vista, ci possono sembrare avventurosi, ma che potrebbero invece far evolvere la nostra medicina verso una sempre migliore applicabilità dei suoi principi.



Comunicazioni LMHI

Roma, 7 marzo 2010

Pietro Federico Medico Chirurgo – Omeopata ROMA

Presidente LMHI per l'Italia similiasimilibus@libero.it

Gentile Collega,

siamo già giunti a Marzo e mi corre l'obbligo di ricordarti di pagare la quota annuale di Membro della Liga. Se sei socio F.I.A.M.O., F.O.I., L.U.I.M.O. e S.I.M.O. potrai versare la quota direttamente alla Tua associazione, se invece sei Membro Individuale potrai fare un bonifico come di seguito specificato.

• **Bonifico bancario di 12 € (iscrizione + spese postali e di segreteria) intestato a: dott. Federico Pietro – IBAN IT23 Y051 3203 2018 4057 0090 538 – Banca Nuova fil. 840 - Roma I – Via Orazio, 23/25 - 00192 Roma (specificando nome ed indirizzo completi)**

• Purtroppo nel corso dell'anno passato molte lettere sono tornate indietro per indirizzi sbagliati o variati. Ti prego di informarmi di eventuali modifiche, via fax 063611963 o via e-mail similiasimilibus@libero.it

• **I prossimi Congressi si terranno a:** 2010 – Redondo Beach L.A. – California USA 18-22 maggio 2010 • 2011 Riga – Latvia 17-21 maggio • 2012 Kyoto-Giappone • 2013 Quito - Ecuador • 2014 Odessa – Ucraina • 2015 India • 2016 Argentina

• In California si terrà il 65° Congresso della L.M.H.I.A Homoeopathic Odyssey, Past, Present and Future. Celebrating the 200° Anniversary of Hahnemann, s Founding Charter of Homoeopathy: The Organon of Medicine. Other special topics: Miasms: What Evidence in Modern Medicine; Treatment of Cancer and Autoimmune Disease. Pediatrics and Immunization Studies; Materia Medica: The Snake Remedies; Evidence Based Homoeopathy; Proving; Veterinary and Dentistry Homeopathy, and open Topics. Speakers invitati: Carlos Campora (Argentina), Anton Rohrer (Austria), Andre Saine (Canada), Josef Schmidt (Germany), Didier Grandgeorge (France), Sadhna Thakkar (India), Farokh Master (India), Roberto Petrucci (Italy), Klaus von Ammon (Switzerland), Peter Fisher (United Kingdom), Iris Bell (USA), Roger Morrison (USA), Richard Moskowitz (USA), Todd Rowe (USA). Quota di partecipazione: 495 dollari. Prima del 15 marzo: 445 dollari; in sede: 545 dollari. Register Online at www.LIGA2010.org. Sede: Crowne Plaza Hotel - Redondo Beach, California, USA. Puoi trovare tutte le agevolazioni per gli Hotel e per i Programmi Sociali sul sito della Liga: www.lmhint.net

• Alcuni Membri lamentano di non aver ricevuto il Diploma su cui apporre il francobollo annuale. Ricordo di scrivermi una lettera, in inglese, in modo che io possa girarla alla Tesoreria per risolvere l'inconveniente.

• Trovi inoltre allegato il documento di risposta della L.M.H.I e ECH in risposta all'attacco alla omeopatia in Inghilterra.

Cordiali saluti, Dr Pietro Federico

Presidenza Italiana: • dr. Pietro FEDERICO – Via Paolo Emilio, 32 – 00192 Roma – tel 063242843 fax 063611963 – e-mail similiasimilibus@libero.it

Assistenti alla Presidenza: • dr. Carlo CENERELLI CAMPANA – Via Monterosa, 51 – 20149 Milano – Tel. 02-4987186 fax 02 48002837 – e-mail carloccen@tin.it

• dr. Pietro GULIA – Via Tarquinio Prisco 12, scala A, int. 31 – 00186 Roma – Tel. 06-7824472 – e-mail guliapt@libero.it

COMPLESSO DOSE IMO

Terapia antiallergica omeopatica polivalente



Medicinale omeopatico senza indicazioni terapeutiche approvate. Trattasi di indicazioni per cui non vi è, allo stato, evidenza scientificamente provata dell'efficacia del medicinale omeopatico, secondo l'art. 120 comma 1-bis del DL.vo 219/2006.

Dep. AIFA in data 23-12-2008

IN ACUTO:
agisce sulla fase
reattiva immunitaria,
consentendo
all'organismo di
reagire rapidamente
all'aggressione



IN PROFILASSI:
prepara l'organismo
a rispondere
adeguatamente
al contatto con gli allergeni,
permettendo il riequilibrio
della reattività organica

**AGISCE SULLA POLLINOSI E SUGLI ALLERGENI DELLA POLVERE
MODULA LA LIBERAZIONE DEI MEDIATORI**

BIBLIOGRAFIA: Belon P, Cumps J, Ennis M, Mannaioni PF, Roberfroid M, Sainte-Laudy J, Wiegant FA. Histamine dilutions modulate basophil activation. *Inflammation Research*, 2004 May;53(5):181-8. Epub 2004 Apr 21 - Fiorini G, Pina R, Gianoncelli R, Marzo G, Losacco E, Palmieri G. Valutazione dell'efficacia e della tollerabilità di un complesso omeopatico nel trattamento dell'oculorinite allergica stagionale. *Omeopatia Oggi*, anno 17, n. 38, 17-21, settembre 2007 - Poitevin B, Davenas E, Benveniste J. In vitro immunological degranulation of human basophils is modulated by lung histamine and Apis mellifica. *Br J Clin Pharmacol*. 1988 Apr;25(4):439-44 - Reilly D, Taylor MA, Beattie NG, Campbell JH, McSharry C, Aitchinson TC, Carter R, Stevenson RD. Is evidence for homeopathy reproducible? *Lancet* 1994 ;344(8937):1601-6 - Resnick ES, Bielory BP, Bielory L. Complementary therapy in allergic rhinitis. *Curr Allergy Asthma Rep*. 2008 Apr;8(2):118-25 - Sainte-Laudy J, Belon P. Improvement of flow cytometric analysis of basophil activation inhibition by high histamine dilutions. A novel basophil specific marker: CD 203c. *Homeopathy*. 2006 Jan;95(1):3-8 - Servizio Scientifico IMO. Il Complesso Dose IMO nel trattamento delle allergie. *Omeopatia Oggi*, anno 16, n. 33, 28-32, febbraio 2005 - Witt CM, Lüdtke R, Baur R, Willich SN. Homeopathic medical practice: long-term results of a cohort study with 3981 patients. *BMC Public Health*. 2005 Nov 3;5:115 - Boucinhas JC, Boucinhas ID, De Madeiros: Prophylaxie des crises d'asthme bronchique chez l'enfant par l'usage de Poumon histamine 5CH. *Homéopathie Française* 78(6): 35-9, 1990 Nov-Dec - Cennelier M.: Omeopatia e allergie. *Tecniche Nuove*, 1998 pagg. 21, 97-98, 114-115, 146, 248 - Kim LS, Riedlinger JE, Baldwin CM, Hilli L, Khalsa SV, Messer SA, Waters RF. Treatment of seasonal allergic rhinitis using homeopathic preparation of common allergens in the southwest region of the US: a randomized, controlled clinical trial. *Ann Pharmacother*. 2005 Apr;39(4):617-24. Epub 2005 Mar 1 - Reilly DT, Taylor MA, Mc Sharry C, Aitchinson T. Is homeopathy a placebo response? Controlled trials of homeopathic potency with pollen in hay fever as model. *Lancet*. 8512: 881-85; 1986 - De Freitas LA, Goldenstein E, Sanna OM. Evaluation of the effectiveness of *Blatta orientalis* in the prevention and treatment of infantile asthma. *Homeopathie Française* 1990 Jul-Aug;78(4):25-30

IMO

Commemorazione Antonio Negro

Pietro Gulia Medico Chirurgo – Omeopata ROMA

Vice Direttore de *Il Medico Omeopata* pietrogulia@alice.it

Amava la vita

Il Prof. Antonio Negro, padre dell'Omeopatia italiana, si è spento il 25 Marzo alle ore 6.30 in Roma. Tutta la comunità omeopatica italiana ha reso omaggio al grande e amato Maestro

«**A**mava la vita ... pare fosse un esperto di pesto alla genovese...».



Nella vasta basilica il tono pacato della voce di mons. Paglia, che durante il funerale rievoca la figura di Antonio Negro, fa scattare il ricordo. Molti anni fa, nella pausa tra le numerose visite, capitava di discorrere di vari argomenti e, talora, anche di gastronomia. Fu in uno di questi momenti che partì la mia incauta e un po' provocatoria domanda:

“Professore, è vero che nella preparazione del pesto alla genovese si può usare lo yogurt?” Non gli fu possibile reprimere una scandalizzata espressione di dis gusto e un bonario (mica tanto!) rimprovero: “*Benedetto figliolo, chi ti mette in testa certe idee? Come si possono dire certe cose? Non farti traviare!*”

Uomo di fede, medico disponibile e attento, rigoroso e acuto clinico di grande cultura scientifica e umanistica e dall'invidiabile intuito, insegnante esigente, consapevole della debolezza umana (anche della propria) e perciò tollerante (tranne contro chi tradiva l'omeopatia, *gli omeopati falsi e bugiardi*), conoscitore della vita, che amava e ri-



spettava come dono di valore inestimabile in tutte le sue forme. Antonio Negro era tutto questo e, anche, uno spirito curioso e arguto, dalla battuta elegantemente efficace, com'è noto a tutti coloro che hanno avuto il privilegio di lavorare al suo fianco.

Inevitabile che la memoria faccia riaffiorare episodi personali restati impressi e che me lo ricordano nella sua normalità di poliedrica personalità. “*Bene, ottima storia clinica, precisa... peccato che tu non abbia rilevato il sintomo più evidente!*” – sgomento e vergogna, “*Quale, professore?*” “*L'odore, l'odore del paziente*” e subito a mitigare la mia mortificazione:

“*Giovanissimo medico, accompagnavo il mio maestro d'omeopatia, il dott. Dante Biscella, a visitare i malati. Una volta, entrati nella stanza del malato, il dott. Biscella m'interrogò: "Cosa noti?" e io che non notavo niente di particolare risposi "Mah, non saprei" – "Dunque, non noti nulla, non senti nulla?"- ed io con un'alzata di spalle "Ma... un cattivo odore." – e lui con severità "Questo non è solo un cattivo odore, questa è polmonite!"* Un indulgente sorriso d'incoraggiamento chiudeva il racconto, l'insegnamento era stato trasmesso all'allievo, il sottoscritto in quel momento: tenere i sensi sempre svegli e attenti a cogliere tutti i segnali che il malato invia al medico, che deve imparare ad essere perspicace.

A me piace ricordare così Antonio Negro: un uomo saggio, distinto, arguto, sereno, capace di trasmettere energia vitale a chi avrebbe potuto essergli nipote!



Segretario nazionale e membro del Comitato Legale Fiamo
pmattoli@libero.it

Riconosciuta l'identità dell'Omeopatia

È notizia recente che la FNOM-CeO, dopo il pronunciamento storico del maggio 2002 nel quale sono state riconosciute come “atto medico” nove discipline non convenzionali, compresa l'Omeopatia (senza specificarne una definizione precisa), ha ripreso negli ultimi mesi l'opera di regolamentazione delle Medicine Non Convenzionali istituendo un apposito “Osservatorio” che ha lavorato per diversi mesi in fase tecnica insieme a esperti delle varie società medico scientifiche non convenzionali. Gli obiettivi affrontati dalla FNOM-CeO sono essenzialmente due: la “definizione epistemologica” e le modalità di “formazione professionale” di sette (Agopuntura, Medicina Tradizionale Cinese, Medicina Ayurvedica, Fitoterapia, Medicina Omeopatica, Medicina Antroposofica, Omotossicologia) delle nove discipline contemplate nella delibera del 2002. La definizione della Medicina Omeopatica è stata fornita dalla FIAMO ed è stata accolta integralmente dal Consiglio Nazionale della FNOMCeO. Tale definizione, formulata già nel 1994 nell'ambito della Classificazione delle Omeoterapie (classificazione che permetteva alla Omeopatia di distinguersi da tutte le altre metodiche di prescrizione di medicinali omeopatici), è stata nel tempo elaborata, recentemente anche in concertazione con altre società medico scientifiche italiane, fino a giungere ad una formulazione ampiamente condivisa e comunque semanticamente esaustiva. La definizione omologata

Successo della politica della FIAMO: dopo ben 15 anni di insistente promozione della identità della Omeopatia e della figura professionale del medico omeopata, effettuata presso le varie istituzioni che si sono nel tempo interessate alla normativa delle Medicine Non Convenzionali, la FIAMO è riuscita ad ottenere finalmente presso una istituzione nazionale la formulazione specifica della definizione di Omeopatia (o Medicina Omeopatica).

dalla FNOMCeO è la seguente:

Medicina Omeopatica o Omeopatia: “metodo diagnostico, clinico e terapeutico, formulato alla fine del XVIII° secolo dal medico tedesco Samuel Hahnemann, basato sulla “Legge dei Simili”, che afferma la possibilità di curare un malato somministrandogli una o più sostanze che, in una persona sana, riprodurrebbero i sintomi rilevanti e caratteristici del suo stato patologico, e sulla prescrizione, strettamente individualizzata sul paziente, di medicinali sperimentati secondo la metodologia omeopatica (patogenesi pura) e prodotti per successive diluizioni e successioni, “unitari” (monocomponente) o “complessi”, composti da più ceppi unitari in preparazione magistrale.” Tale definizione circoscrive esattamente tutte le possibilità di prescrizione di rimedi omeopatici richiedente una competenza specifica derivata da adeguata formazione professionale e distingue in maniera inequivocabile la Omeopatia da altre omeoterapie necessitanti di formazione professionale (Medicina Antroposofica e Omotossicologia) e da altre omeoterapie che non necessitano di formazione professionale (Complessismo classico a formulazione standard, Immunoterapia complessa, Isoterapia, Organoterapia,

etc). La definizione proposta dalla FIAMO deriva direttamente dal nostro Statuto che, all'art. 2 recita: “L'Omeopatia è un metodo diagnostico, clinico e terapeutico codificato da Samuel Hahnemann e basato sulla Legge dei Simili e sull'uso di Rimedi Unitari. Medico Omeopata viene considerato il medico chirurgo o il medico veterinario o l'odontoiatra, il quale, con specifica competenza professionale omeopatica, prescrive a scopo terapeutico, seguendo la Legge dei Simili, rimedi unitari preparati secondo la Farmacopea Omeopatica”. Tale formulazione include l'Unicismo e il Pluralismo ed esclude il Complessismo. La definizione proposta dalla FIAMO ed accolta dalla FNOMCeO sembra essere in contraddizione rispetto all'art. 2 dello Statuto, perché cita “rimedi complessi, composti da più ceppi unitari in preparazione magistrale”. Di fatto, la preparazione magistrale (cioè formulata dal medico su misura per il caso clinico di un determinato paziente e non di altri) di un complesso deve essere omologata come prescrizione “pluralista”, con la semplice caratteristica di aver unito i rimedi unitari, plurimi ma tutti individuati sul paziente, in una unica formula com-



Affresco presente nel Santuario della Madonna delle Grazie di Rasiglia (PG), che allude chiaramente a un abbandono delle lotte e una riconciliazione.

pressa preparata appositamente solo per quel determinato paziente. La omologazione ufficiale della FNOM-CeO dona dunque una identità definitiva alla Omeopatia e permette ai medici omeopati di essere finalmente distinti da tutte le altre metodiche con cui sono stati finora e sono tuttora confusi, metodiche che possono o no richiedere formazione professionale, ma che comunque non sono “Omeopatia”. È importante sottolineare il fatto che tale definizione ha valore semantico funzionale essenzialmente sul piano formale, giuridico/legislativo, potendo essere da traccia autorevole per qualsiasi tentativo di normativa della Omeopatia, sia a livello parlamentare che istituzionale periferico (Regioni, etc). Come conseguenza logica di tale for-

mulazione a livello epistemologico/metodologico/clinico, l'art. 2 dello Statuto della FIAMO e la definizione omologata dalla FNOMCeO circoscrivono dunque la definizione di “comunità omeopatica” agli omeopati unicisti e pluralisti. Ciò dovrebbe permettere e indurre un sereno dibattito sulle diverse e storiche metodologie di prescrizione, con un colloquio laico e costruttivo che dovrebbe portare al miglioramento della nostra cultura omeopatica. Senza un dialogo-dibattito, non si arriva a nessuna evoluzione scientifica. Cito a proposito il nostro Statuto, art. 6 – Scopi della Federazione: D) “Favorire fra le varie associazioni omeopatiche e i singoli medici omeopati la reciproca conoscenza, lo scambio di idee, di esperienze e di informazioni”. A questo proposito, vorrei manifestare il mio disappunto per la polemica insorta sulle pagine della nostra rivista (i due numeri scorsi) fra il collega Konstantos e la collega Bernardini, Presidentessa della SIOMI, a proposito dell'ospedale di Pitigliano. Ho apprezzato molto l'articolo di Konstantos da un punto di vista metodologico e io stesso posso definirmi unicista (con molti distinguo sulle varie correnti uniciste e senza peraltro rinnegare il mio passato percorso costituzionalista, che tuttora mi assiste nella pratica clinica quotidiana), ma non trovo assolutamente lecito né corretto che si parli di altri colleghi omeopati, definiti come tali fra l'altro dal nostro statuto, in termini così supponenti. Mi sono reso conto, da quanto scritto negli ultimi due numeri del Medico Omeopata, che la politica della FIAMO, forse per un difetto di comunicazione fra il Consiglio e i soci, non è stata ben recepita dai soci stessi. Infatti la nostra classificazione delle “omeoterapie” e la definizione di “Omeopatia” supera completamente la vecchia classificazione “unicismo, pluralismo e com-

plexismo”. E supera anche vecchie contrapposizioni. Gli unicisti e i pluralisti, come prescrittori obbligatoriamente formati di rimedi unitari, costituiscono una stessa categoria professionale e debbono combattere la stessa battaglia politica gomito a gomito, per il riconoscimento e la conferma istituzionale della loro identità professionale. Le eventuali differenze metodologiche possono essere oggetto di produttivi dibattiti metodologici, e non vanno certo affrontate con certi atteggiamenti scostanti come purtroppo viene fatto ancora da parte di molti unicisti. Il termine “Omeopatia Classica” (come, per altri motivi, il termine “Omeopatia Clinica”) non ha nessuna giustificazione semantica, né storica e soprattutto non autorizza gli unicisti ad assumere un atteggiamento di sufficienza nei confronti di altre metodiche di prescrizione di medicinali omeopatici. Avendo frequentato nel tempo ambienti unicisti e pluralisti debbo affermare ancora una volta che l'immagine caricaturale che reciprocamente si attribuiscono è totalmente falsa. Esistono bravi medici unicisti e bravi medici pluralisti, come cattivi medici unicisti e cattivi medici pluralisti. La discriminante è: o prescrizioni serie e supportate da solide metodologie (uniciste o pluraliste), o prescrizioni di scarso valore clinico e terapeutico (uniciste o pluraliste). Quindi nella FIAMO, pur nella totale e feconda libertà di pensiero ed espressione delle proprie convinzioni, non deve venire mai meno il rispetto per gli altri colleghi omeopati che con impegno si dedicano alla nostra professione. E tale affermazione è estensibile anche agli antroposofi e agli omotossicologi, che hanno uno statuto epistemologico diverso da quello omeopatico e hanno una identità diversa da quella omeopatica. Anche loro meritano tutto il nostro rispetto.

INFLUENZA E OMEOPATIA

A cura di A. Ronchi

Salus Infirmorum pubblica un piccolo libro dal titolo: *INFLUENZA E OMEOPATIA: una possibilità terapeutica in più*, scritto dal collega Vincenzo Mengano. Mi fa molto piacere parlarne sulla nostra rivista per diverse ragioni. Innanzi tutto il testo è scritto da uno di noi, un medico che fa della clinica il suo pane quotidiano, e che trasferisce in ciò che scrive questa sua ampia esperienza. Poi mi ha colpito l'umiltà con cui il collega presenta il suo così pregevole lavoro, umiltà sia come medico che come omeopata, senza la pretesa di dare giudizi conclusivi. Nella prefazione egli afferma che: *il manuale si pone degli obiettivi eminentemente pratici: da un lato chiarire sinteticamente, anche al terapeuta che sia totalmente a digiuno dell'argomento, quali siano le caratteristiche della metodologia omeopatica; dall'altra fornire i mezzi atti ad applicarla nella terapia della sindrome influenzale, senza che ciò comporti alcun rischio*. Questi scopi sono pienamente raggiunti, con una sintesi molto efficace tra aspetti dottrinali e clinici che si integrano perfettamente.

Ritrovo nelle considerazioni sulla valutazione della risposta terapeutica, ad esempio, e nelle modalità di sommi-

nistrazione del rimedio il frutto di un lungo approfondimento che integra gli insegnamenti dei grandi classici, come Kent, con i più moderni maestri e con la propria personale esperienza. Condivido pienamente i suggerimenti riguardo all'assunzione ripetuta nell'acuto, ad esempio, pur utilizzando, in generale, nella mia pratica, diluizioni diverse da quelle che lui adotta, e mi ritrovo pienamente nei consigli pratici come l'uso di una bottiglietta di minerale per poter portare con sé il medicinale da assumere.

La repertorizzazione dei sintomi influenzali, illustrata praticamente con la descrizione di otto casi clinici, e le ampie note di materia medica dei possibili rimedi completano una trattazione che si fa leggere tutta di un fiato, ma che si presta anche a una consultazione quotidiana. I cenni biografici riportati in copertina mi fanno scoprire che Mengano ed io abbiamo studiato negli stessi anni alla stessa scuola, quella della So-Wen: sarà forse questo il motivo per cui il taglio del libro e il suo tono mi sono così familiari, o forse dipende dal fatto che dopo tanti anni di pratica le esperienze inevitabilmente coincidono. Non posso che unirmi all'auspicio che Roberto Gava fa nella sua presentazione,

che molti medici omeopati si impegnino a pubblicare testi di questo genere, testimonianza del valore terapeutico della nostra medicina.

GESTIONE DEL SIMILLIMUM OMEOPATICO

A cura di N. Chiaramida

Finalmente inizia ad arrivare anche in Italia l'opera di Luc De Schepper, omeopata statunitense di origine belga, autore di testi molto interessanti di omeopatia che, attraverso una rilettura moderna, si rifanno direttamente ad Hahnemann, a partire dal classico *Hahnemann revisited*, che speriamo di vedere presto tradotto in italiano. Luc De Schepper, infatti, oltre ad avere studiato la medicina tradizionale cinese ed aver praticato l'agopuntura, è uno degli omeopati che seguono più fedelmente il solco della tradizione Hahnemanniana essendo al tempo stesso uno dei più acuti divulgatori dell'omeopatia in grado di trasmettere attraverso l'esperienza e la clinica, il patrimonio di conoscenze che derivano dalla applicazione delle leggi omeopatiche e dell'Organon. Il primo testo che viene tradotto in italiano è il suo *Gestione del simillimum omeopatico* che si occupa di alcuni dei problemi che più di frequente deve affrontare l'omeopata, come la gestione di un caso clinico dopo la prima prescrizione. Rifacendosi direttamente alle differenti edizioni dell'Organon, De Schepper analizza le diverse modalità di condotta del caso clinico a partire dalla 4a edizione dell'Organon alla quale si rifà la prescrizione di tipo Kentiano con il tipico *wait and watch*, fino alla 6a edizione, con le potenze

LM. Il problema della potenza da utilizzare e della modalità di somministrazione viene affrontato in dettaglio al fine di evidenziare le modalità di somministrazione dei rimedi con risposte più rapide e meno inclini a dare aggravamenti, attraverso una analisi senza pregiudizi ma basata sull'esperienza clinica e, soprattutto, sui testi fondamentali dell'Omeopatia. Un capitolo del libro è, ad esempio, dedicato ai falsi miti sulle potenze LM come la presunta mancanza assoluta di aggravamenti iniziali. Viene infatti esaminato in dettaglio uno degli aspetti che vengono spesso poco considerati nella pratica clinica, come quello della quantità da somministrare del rimedio a parità di potenza e questo attraverso l'analisi del pensiero di Hahnemann nelle differenti edizioni dell'Organon. Sono anche discusse la valutazione della risposta al rimedio stesso, il momento opportuno per la ripetizione del rimedio, l'uso degli intercorrenti acuti e cronici nel corso della terapia e molti altri aspetti interessanti di gestione del caso clinico. Una parte del libro è dedicata alla analisi delle differenti risposte alla prima prescrizione seguendo le dodici reazioni indicate da Kent, ma interpretandole anche alla luce delle due ultime edizioni dell'Organon con tanto di schemi che aiutano ad leggere la reazione stessa. Una sezione del libro presenta, inoltre, didatticamente, in modo molto schematico, una serie di domande e risposte sulla gestione del caso clinico che permettono importanti spunti di riflessione e di chiarimento. Ad esempio il criterio prescrittivo eziologico *Never Well Since* vale a dire *Non è più stato bene da allora*, è esaminato in dettaglio con esempi clinici molto chiari. Sono inoltre presenti domande molto varie come la necessità o meno di somministrare sempre *Nux Vomica*



LUC DE SCHEPPER

GESTIONE DEL SIMILLIMUM OMEOPATICO

Edizioni Salus Infirmorum
Pag. 352 € 40,00

prima di iniziare la terapia omeopatica in pazienti che sono in trattamento con molte medicine allopatriche, la utilità o meno delle valutazioni costituzionali, come affrontare le patologie neoplastiche, quando prescrivere un piccolo rimedio e quando prescrivere su sintomi fisici periferici e molte altre domande ed altrettante risposte con citazioni direttamente da Hahnemann, da Kent e da altri omeopati classici.

Un'altra sezione del libro è dedicata ad esempi di gestione di casi clinici, sia umani che veterinari, riportati dai suoi allievi o da colleghi, in cui la valutazione delle diverse visite e prescrizioni da parte dell'Autore è riportata parallelamente in maniera tale da evidenziare gli errori e i problemi più frequenti nella gestione di un caso clinico. Ad esempio viene messa in luce come una interpretazione superficiale della cosiddetta *legge di Hering* può talvolta portare fuori strada l'omeopata, così come la distinzione spesso non semplice tra una acutizzazione miasmatica ed una malattia intercorrente acuta e la necessità o meno di intervenire cambiando o meno il rimedio da somministrare.

La parte finale del libro tratta dell'analisi dei casi parigini di Hahnemann raccolti dal 1835 al 1843, inviati all'Autore da Robert Bosch dell'Istituto di Storia della Medicina di Stoccarda, attraverso i quali si possono

apprezzare le caratteristiche delle prescrizioni di Hahnemann negli ultimi anni della sua vita. L'Autore risponde attraverso l'analisi dei casi parigini di Hahnemann ai quesiti che spesso si sono posti molti omeopati sugli ultimi anni di attività clinica del maestro, come ad esempio sulla frequenza del suo utilizzo di *Sulphur*, sulle potenze utilizzate e sulla gestione dei casi clinici, ponendo l'accento su alcune finenze prescrittive poco conosciute come ad esempio il suo uso delle scale discendenti dello stesso rimedio.

Si tratta di un testo molto interessante, che permette di migliorare le proprie tecniche prescrittive e di gestione dei casi clinici attraverso una analisi libera da pregiudizi delle ultime tre edizioni dell'Organon. L'Omeopatia potrà avere sempre maggiori successi se gli omeopati non smetteranno di studiare e di confrontarsi tra di loro anche prendendo spunto da libri come questo. Aumentare la percentuale di pazienti che possono ottenere attraverso il miglioramento della tecnica prescrittiva *la restaurazione rapida, dolce e duratura della salute* è un obiettivo da tenere sempre presente. Come affermava Hahnemann, esattamente duecento anni fa, nella prefazione alla prima edizione dell'Organon riportata nel libro: *essere veramente liberi da pregiudizi e lavorare con instancabile entusiasmo abilitano alla più sacra di tutte le occupazioni umane: la pratica del vero sistema di medicina*.



VINCENZO MENGANO

INFLUENZA E OMEOPATIA: UNA POSSIBILITÀ TERAPEUTICA IN PIÙ

Ed. Salus Infirmorum
Pag. 128 € 15

OMEOPATIA NEL CANE E NEL GATTO

A cura di N. Chiaramida

Costituisce una lieta sorpresa il recente manuale di Omeopatia Veterinaria pubblicato da Barbara Rigamonti per i tipi della Urrea edizioni, in quanto, oltre ad incuriosire il grande pubblico per la veste grafica e la semplice consultabilità, presenta una impostazione che segue la tradizione della Omeopatia Veterinaria Unicista, a partire dai testi classici di Del Francia. La maggior parte del testo è, infatti, costituita da una materia medica veterinaria che descrive 130 rimedi omeopatici, sforzandosi di cogliere soprattutto gli aspetti comportamentali caratteristici per ogni singolo rimedio. Casi clinici osservati personalmente dalla Autrice sono presenti al termine della descrizione di molti rimedi, permettendo di evidenziare con esempi clinici pratici i sintomi che hanno portato alla prescrizione del singolo rimedio. I sintomi della materia medica sono corredati dalle rubriche repertoriali da cui derivano secondo la versione Radar 10.0 della Archibel dal repertorio informatico Synthesis 9.2. Si avverte in ogni caso lo sforzo dell'Autrice di ridurre il più possibile il lavoro compilativo a favore della esperienza personale diretta nel lavoro clinico di tutti i giorni, attraverso l'osservazione in prima persona dei sintomi descritti per i rimedi, attraverso una analisi di circa trentamila prescrizioni omeopatiche tra casi acuti e cronici. Il lavoro di molti anni svolto presso

la scuola Dulcamara di Genova si nota nella suddivisione dei sintomi per temi mentali e generali che, come sottolinea l'Autrice, sono solo uno strumento per rendere pratico e meno arbitrario il lavoro del veterinario omeopata e solo una schematizzazione di una materia che per sua natura presenta sfumature e complessità pressochè illimitate. La schematizzazione permette comunque il confronto delle ricerche e delle esperienze cliniche, oltre alla descrizione degli aspetti più importanti dei rimedi. Sono molto vive ed esemplari le descrizioni di casi clinici come ad esempio la cagnetta Jack Russel Apis mellifica, regina della casa; il gatto con insufficienza renale Apocinum Cannabinum; la gatta randagia Belladonna che usciva solo di notte in piena oscurità da sotto il divano; la gatta Bufo Rana che soffriva di crisi epilettiche e che aveva una storia di precocità sessuale; Luna, una cagnetta Calcarea Carbonica molto paurosa degli scoppi improvvisi; un collie con severa infestazione protozoaria guarito da China; la gatta del generale, Cuprum Metallicum; il gatto investito da un auto che dopo trauma spinale fu curato con Gelsemium; il gatto con postumi di ictus curato con Helleborus; la cagnetta Hyosciamus che sporcava dappertutto quando veniva lasciata da sola; una cagnetta Ignatia con spasmi tracheali; un pitt bull Lycopodium fifone con i suoi simili nonostante il fisico massiccio; un chihuahua Magnesia Muriatica con coliche addominali e crampi quando si al-

lontana dai suoi simili; la storia commovente del gatto Mercurius Solubilis inavvicinabile da chiunque; la cagnetta Origanum dal comportamento sessuale sfrontato; la cagnetta anoressica Pulsatilla e molti altri casi clinici la cui descrizione impreziosisce il testo e la descrizione dei rimedi. Forse la parte introduttiva del libro avrebbe meritato una maggior ampiezza per permettere una immersione nella materia medica meno immediata e maggiormente fruibile anche dai non addetti ai lavori. D'altra parte la immediatezza e chiarezza delle descrizioni dei rimedi sono anche uno dei pregi del libro. Pertanto auspichiamo che l'Autrice non abbia più, come ci racconta nella prefazione, sogni di cani parlanti che criticano il modo in cui vengono da lei stessa descritti, perchè nel complesso ha svolto un ottimo lavoro che sicuramente sarà utile a molti, anche perchè il mondo dei nostri amici animali è comunque lo specchio delle nostre stesse dinamiche e ci aiuta a comprendere meglio anche noi stessi.

UN RESPIRO INCONSUETO

A cura di A. Badolati

E' da poco uscito per i tipi della Libreria Editrice Fiorentina un libro inconsueto, "Il respiro di Gorgona", scritto da Marco Verdone, il medico veterinario omeopata che si occupa dal 1989 della cura degli animali, e non solo, nell'ultima isola-carceri del nostro Paese; un libro inconsueto per più motivi, primo di tutti per la difficoltà a classificarlo in un genere letterario, frammisto come è di narrativa, saggistica e poesia, tanta poesia. "Ciò che si vede deriva da ciò che non si vede." E' questa la chiave di lettura non solo di questa opera, ma anche dell'intero stile di vita di Marco Verdone; questa frase, ripetuta nel libro così come in altri scritti del veterinario di Gorgona, induce il lettore a cercare fra le righe dell'ultimo lavoro di Marco il vero "respiro" dell'isola toscana,

la più remota sia fisicamente che concettualmente. Le parole narrano, illustrano, definiscono, esprimono non solo esperienze e dottrine mediche, ma anche, e soprattutto, stati d'animo e sensazioni dai quali emerge, libero e innocente, il sentimento più puro, l'amore. Un amore incondizionato non solo per il proprio lavoro ma per ogni essere vivente, sia esso uomo o animale o pianta. Ma anche acqua o vento, oppure roccia: quella roccia incredibile in mezzo al mare, simbolo di contrasti, di pacificazione, di riscatto. C'è una ricerca di armonia in tutto ciò che non si vede, e il lettore resta affascinato e incuriosito: esiste un modo per vedere l'invisibile? Sì che esiste! L'isola, nel cuore dell'Autore e pian piano negli occhi del lettore, si trasforma in un mondo ideale. Anche i carcerati, o soprattutto essi stessi, divengono uomini nuovi proprio perchè tasselli di un modo di vivere che induce alla sospensione di ogni giudizio e alla ricerca ostinata di collaborazione. C'è un fine comune a tutto l'ambiente: uomini, animali, piante, natura circostante lo richiedono! Ci sono continue difficoltà da superare, qui, nell'isola: difficoltà esterne contingenti e scogli interiori ben più grandi di quelli che si affacciano su di un mare trasparente profondo e imprevedibile come l'animo umano. Ci sono anche racconti dolcissimi che sembrano d'altri tempi per via di quel ritmo di vita scandito dalle onde, dal sorgere e tramontare del sole, dal rincorrersi delle stagioni. Racconti che profumano di cose antiche, che riportano alla mente il mondo rurale descritto dal Fucini per la semplicità e le piccole gioie che Verdone accarezza quotidianamente. E' un libro che induce a riflettere ed a rivedere certi comportamenti e modi di pensare comuni su molte cose, dai rapporti con le persone a quelli più intimi con noi stessi. E' un libro che lascia un segno nella nostra anima e, credo, indurrà chi non l'ha fatto a visitare l'isola per toccare con mano una realtà che per certi versi pare utopia.



BARBARA RIGAMONTI

MANUALE DI OMEOPATIA NEL CANE E NEL GATTO

Urrea Edizioni
Pag. 462 € 29,00



MARCO VERDONE

IL RESPIRO DI GORGONA

Libreria Editrice Fiorentina
Pag. 160 € 12,00



Medicinali Omeopatici • Fitoterapia • Integratori Alimentari

SERVIZIO FARMA-EXPRESS
consegna a domicilio in tutta Italia

06.89013476
ORDINI TELEFONICI

FARMA POINT s.r.l.

Consegnamo all'indirizzo da Voi prescelto
entro 24/48 ore (a casa, in ufficio...persino in vacanza)

Il nostro Centro Servizi, specializzato in Omeopatia ed unico nel suo genere, è a Vostra disposizione ed è preparato per soddisfare al telefono ed in ogni momento, le Vostre richieste e per fornire informazioni necessarie per un corretto uso dei prodotti.
(Servizio riservato ai Sign. Clienti.)

Aperti dal Lunedì al Venerdì 9.00 - 19.00 continuato
Sabato 9.00 - 13.00

Ufficio Ordini e deposito: Via Marziale, 3 - 00136 Roma
Tel/Fax 06.89013476 - 06. 7851326 - 06.78388703
www.farmapointsrl.com - e-mail info@farmapointsrl.com

Da noi si trova tutto. Se non lo abbiamo... non esiste.
Ordina anche on line!!

www.farmapointsrl.com

Il più grande e-commerce in Europa di Omeopatia, Fitoterapia ed Integratori Alimentari. Oltre 700.000 prodotti di tutte le aziende commercializzate in Italia.

Progetto Omeopatia per L'Aquila

Una Conferenza pubblica alla Scuola della Guardia di Finanza

Da agosto fino a fine novembre in qualità di terapeuti si sono alternati circa 20 medici omeopatici (perlopiù soci FIAMO, provenienti da tutta Italia) e sono state svolte più di 300 visite, con un alto grado di soddisfazione da parte dei pazienti, che tornavano regolarmente ai controlli mensili. Le ragioni per cui i pazienti si sono rivolti al nostro ambulatorio hanno riguardato soprattutto le patologie indotte o aggravate dal sisma: sindromi post-traumatiche da stress, crisi di panico, stati fobici, sindromi ansioso-depressive, disturbi del sonno, dell'umore, patologie respiratorie, intestinali, etc. Mese dopo mese, i pazienti hanno riferito significativi cambiamenti del loro stato di salute. Molti di loro si sono avvicinati all'Omeopatia per la prima volta in questa circostanza, non ne avevano

Il 5 agosto 2009, nel parcheggio Acquasanta dell'Aquila, si è tenuta l'inaugurazione dell'ambulatorio gratuito di Omeopatia ed Agopuntura in favore della popolazione terremotata, ospitato nel container fornito dalla Protezione Civile (Il Medico Omeopata n. 42). Pochi giorni dopo sono iniziate le visite mediche da parte degli omeopati volontari della FIAMO. Oggi, a distanza di quasi 6 mesi, ci sembra utile ed opportuno tracciare un primo bilancio dell'attività svolta e delle possibili implicazioni future.

mai sentito parlare prima di allora per cui, visti i risultati, volevano ovviamente saperne di più. Tutto sembrava andare per il verso giusto, quando, all'improvviso, è accaduto ciò che non ci aspettavamo. Ad ottobre, con la consegna delle prime case da parte della protezione Civile, è iniziato lo smantellamento delle varie tendopoli. Analogo trattamento ha ricevuto la tendopoli da cui dipendeva anche il nostro container, per la forniture

di acqua ed elettricità. Morale della favola: a fine novembre ci siamo ritrovati senza luce (quindi, senza riscaldamento) e servizi igienici. Di fronte ad un black out del genere, siamo stati costretti ad interrompere le visite, scusandoci coi pazienti che, peraltro, hanno dimostrato di comprendere la situazione. Sono stati proprio loro, purtroppo, a dover sopportare il disagio maggiore. Per fortuna, erano quasi tutti dotati di cellulare per



cui è stato possibile seguirli telefonicamente durante i 50 giorni di inattività forzata. Col Natale alle porte e con l'arrivo del freddo invernale c'era il rischio concreto di una fine prematura del nostro progetto, prevista peraltro per fine marzo. Ma, come avevamo già fatto in precedenza, non ci siamo scoraggiati: come Federazione, abbiamo deciso di accollarci tutte le spese per il contratto e la fornitura di acqua e luce. In più, la nostra Annarita Aquilio, con la tenacia "tutta abruzzese" che la caratterizza, si è rimboccata ancora una volta le maniche ed è riuscita a stipulare un contratto ex novo (a nostro carico) con l'ENEL ed a richiedere il ripristino dei servizi idrici ed igienici. Abbiamo dovuto pazientare fino a metà gennaio per venire a capo di tutte queste difficoltà burocratiche. In occasione della ripresa dell'attività abbiamo pensato di organizzare una conferenza pubblica, sia per presentare un resoconto del lavoro effettuato, sia per far conoscere meglio alla popolazione aquilana le enormi potenzialità cliniche dell'Omeopatia. La conferenza si è tenuta venerdì 22 gennaio, presso la Scuola della Guardia di Finanza (già sede prestigiosa dell'ultimo G8, svoltosi a luglio 2009). Anche in questo caso ci siamo dovuti misurare con una serie di difficoltà, insorte all'ultimo momento. Ad esempio, il giorno prima della conferenza i responsabili della caserma ci hanno comunicato che ci avrebbero trasferiti in un'altra Aula in quanto l'Aula Magna (che ci era stata destinata) non era più disponibile: e così tanta gente, purtroppo, non è riuscita a trovarci proprio perché non è stato possibile avvisarli per tempo. Come se non bastasse contemporaneamente alla nostra conferenza si è tenuta un'altra grossa manifestazione: la presentazione di un libro, da parte della Caritas locale, in cui si illustravano i disegni dei bambini nelle tendopoli. Questo significava che le massime Autorità ecclesiastiche aquilane, che avevano garantito la loro presenza, non avrebbero potuto esserci! Ciononostante l'Aula si è ben presto riempita di gente - pazienti, semplici cittadini,

curiosi - e delle massime Autorità cittadine: Giampaolo Arduini (Vicesindaco, in rappresentanza del Sindaco, Massimo Cialente), Nicoletta Verì (Presidente della Commissione Sanità della Regione Abruzzo), Stefania Pezzopane (Presidente della Provincia), Gianfranco Cavalieri (Consigliere dell'Ordine dei Medici). Aldilà delle formule di rito, tutti hanno espresso gratitudine ed ammirazione per il progetto FIAMO e si sono augurati che un esperimento del genere possa avere un seguito anche a livello istituzionale. La Presidente Verì ci ha, anzi, incoraggiati a formulare delle proposte in quanto lei stessa le avrebbe portate e sostenute in sede di Consiglio regionale. Il Vicesindaco Arduini ha ricordato l'impegno del Comune nell'accogliere le nostre richieste. La Presidente Pezzopane ha anche "ammesso" di aver risolto, con l'Omeopatia, una serie di fastidiosi problemi che da tempo la affliggevano. Anche il collega Cavalieri, che rappresentava il locale Ordine dei Medici, ha avuto parole lusinghiere non solo verso la nostra iniziativa ma anche verso l'Omeopatia che, a suo parere, merita più rispetto e considerazione da parte del mondo accademico. Della FIAMO hanno preso la parola la Presidente, Antonella Ronchi; il sottoscritto, in qualità di vicepresidente; il Coordinatore della FIAMO Abruzzo, Carmine Lo Schiavo e, naturalmente, Annarita Aquilio, che ha avviato la conferenza e fatto gli onori di casa. Numerosi gli interventi da parte del pubblico che, oltre a ribadire i consensi nei confronti dell'iniziativa FIAMO, ha denunciato la qualità dell'informazione, quanto mai carente, da parte dei media riguardo l'Omeopatia e le altre MNC. Molti tra i presenti hanno sottolineato, infatti, che soprattutto nei confronti dell'Omeopatia esiste da sempre una vera e propria strategia di delegittimazione, una



strategia sapientemente orchestrata, a livello mediatico, da parte di lobbies molto potenti e ben organizzate, in grado di manipolare l'informazione e di condizionare mondo accademico e governi. Eppure, nonostante i ripetuti attacchi, l'Omeopatia continua a raccogliere consensi, non solo in virtù della sua comprovata efficacia clinica, ma anche perché permette di risparmiare dal 20% fino al 40% della spesa pubblica! Sono dati incontrovertibili, che emergono da studi effettuati anche in Italia. Gli aquilani ne sono consapevoli: anche per questa ragione gli intervenuti alla conferenza hanno richiesto alle Autorità sanitarie di farsi carico del problema. E' ampiamente noto, infatti, che la Sanità assorbe fino all'80% del bilancio di ogni Regione. In Abruzzo, poi, così duramente colpito dal sisma, vi è la necessità di coniugare gli investimenti mirati alla ricostruzione con il contenimento della spesa pubblica. Ecco perché, anche da questo punto di vista, l'Omeopatia, in quanto "Medicina Sostenibile", potrebbe costituire una risorsa preziosa.

Le Medicine Non Convenzionali nel Programma d'Azione dell'Unione Europea in materia di Salute: **il Consorzio CAMbrella**

Componente del Consorzio FP7-CAMBrella
Pan-european Research Network for Complementary
and Alternative Medicine (CAM)
p.roberti@fastwebnet.it

RIASSUNTO

Viene descritto il processo di accreditamento delle MNC nell'ambito del Settimo Programma Quadro dell'Unione Europea attraverso il Consorzio PanEuropeo CAMbrella. Il ruolo chiave di questa azione di coordinamento è quello di costituire una rete di istituti di ricerca europei nelle Medicine Non Convenzionali e di promuovere la collaborazione della ricerca internazionale in questo ambito. Il gruppo di ricerca consiste in 16 organizzazioni partner scientifiche provenienti da 12 paesi europei.

PAROLE CHIAVE

Medicine Non Convenzionali (MNC), Complementary and Alternative Medicine (CAM), CAMbrella, FP7, Programma Quadro

SUMMARY

The author describes the accreditation process of NCMs within the EU 7th Framework Program (FP7) through the CAMbrella Pan-European Consortium. The key task of this coordination action is building a network of European research institutes in Non-Conventional Medicines and fostering international cooperation on research in this field. The research group consists of 16 scientific partner organizations from 12 European countries.

KEYWORDS

Non Conventional Medicines (NCMs), Complementary and Alternative Medicine (CAM), CAMbrella, FP7, Framework Programme

Il lungo percorso che ha portato per la prima volta l'inserimento di una voce che riguarda le MNC nel vigente Settimo Programma Quadro per la Ricerca e lo Sviluppo dell'Unione Europea è iniziato nel 2004 allorché l'allora Commissario alla Salute, l'irlandese David Byrne, lanciò nell'Unione Europea il progetto *Reflection Process "Enabling Good Health For All"* che coinvolse oltre le istituzioni europee e nazionali, anche i rappresentanti dei pazienti, delle ong, dei medici, il mondo del terzo settore ecc che inviarono le loro proposte. (*"An open consultation on the future Health Strategy was launched in July 2004. The consultation was carried out on the basis of a public consultation document published on the web-site. All interested parties from the public health area, public bodies, interest groups and individual citizens, were invited to participate in the consultation, by means of a written contribution. Almost 200 contributions from national and regional authorities, NGOs, universities, individual citizens and companies have reached the Commission, Following the analysis of the results, a number of policy priority areas have been identified making it necessary to re-orient existing work in order to refine the policy priorities. The result is available in the Commission website."*)

NON-CONVENTIONAL MEDICINES IN THE E.U. HEALTH ACTION PLAN: THE CAMBRELLA CONSORTIUM

The long process that has brought to the first-ever inclusion of an item related to NCMs in the current EU 7th Framework Program for Research and Development started in 2004, when then-Commissioner for Health David Byrne (Ireland) kicked off the project called *Reflection Process: "Enabling Good Health for All"* within the EU. Besides European and national institutions, the project involved representatives of the stakeholders who sent their proposals (patients, NGOs, medical doctors, third-sector players and so on). (*"An open consultation on the future Health Strategy was launched in July 2004. The consultation was carried out on the basis of a public consultation document published on the web-site. All interested parties from the public health area, public bodies, interest groups and individual citizens, were invited to participate in the consultation, by means of a written contribution. Almost 200 contributions from national and regional authorities, NGOs, universities, individual citizens and companies have reached the Commission, Following the analysis of the results, a number of policy priority areas have been identified making it necessary to re-orient existing work in order to refine the policy priorities. The result is available in the Commission website."*)

Some of the proposals and documents sent from various parts of the European Union were related to NCMs. A contribution on NCMs came from Italy in the form of the Documento di Consenso sulle Medicine Non Convenzionali in Italia (Consensus Document on Non-Conventional Medicines in Italy) http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/refl/ev20041015_co_038_en.pdf

Commissioner Byrne extracted a synthesis from all proposals - "Commissioner Byrne's Reflection Process "Enabling Good Health For All" Preparing The Ground For The Future Health Strategy Report On Responses Received (Year 2004)" - which includes the following statement (page 5):

"Finally, a number of respondents have taken the opportunity of the reflection process to reiterate the importance of certain complementary health interventions such as nature healing, homeopathic medicine, alternative and complementary medi-

identified making it necessary to re-orient existing work in order to refine the policy priorities. The result is available in the Commission website.")

Da più parti dell'Unione Europea giunsero proposte e documenti anche sulle MNC. Il Documento di Consenso sulle Medicine Non Convenzionali in Italia fu recepito come contributo italiano sulle MNC http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/refl/ev20041015_co_038_en.pdf

Il Commissario Byrne da tutte le proposte trasse la sintesi "Commissioner Byrne's Reflection Process "Enabling Good Health For All" Preparing The Ground For The Future Health Strategy Report On Responses Received (Year 2004)" che alla pagina 5 riporta quanto segue:

"Finally, a number of respondents have taken the opportunity of the reflection process to reiterate the importance of certain complementary health interventions such as nature healing, homeopathic medicine, alternative and complementary medicines, anthroposophic medicine and nutritional approaches. They would like to see national health systems and reimbursement arrangements recognise the value of these approaches" (page 5).

http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/refl/ev20041015_rd_01_en.pdf

Nel 2004 abbiamo costituito a Vienna lo *European Research Initiative on Complementary and Alternative Medicine into FP7*, EURICAM, per promuovere l'inserimento delle MNC nel futuro Settimo Programma Quadro dell'Unione Europea.

Nel 2005 ha avuto luogo a Bruxelles lo *European Open Health Forum for Stakeholders "Health Challenges and Future Strategy"* ove, in sessione plenaria, è stato sottoscritta e presentata alla Commissione Europea la seguente mozione sulle MNC: *"Questa mattina abbiamo affrontato tematiche quali il porre le necessità del paziente tra le priorità dell'azione nell'ambito delle politiche sanitarie dell'Unione europea e proteggere il paziente dalle minacce alla sua salute. Se ci si rende conto che:*

- *esiste una domanda crescente di Medicine Non Convenzionali da parte dei cittadini europei;*
- *che l'efficacia clinica delle Medicine Non Convenzionali è, in molti casi, di efficacia almeno pari a quella della medicina convenzionale, come ampiamente dimostrato da numerosi studi di lunga durata che hanno incluso migliaia di pazienti;*
- *che le Medicine Non Convenzionali non sono solo efficaci ma anche molto sicure;*
- *e che, di conseguenza, le Medicine Non Convenzionali possono essere di concreto aiuto per ridurre l'enorme tasso di mortalità e morbilità causato dagli effetti avversi dei medicinali allopatrici, è giunto il tempo che l'Unione Europea includa le Medicine Non Convenzionali nella sua azione".* (Bruxelles, 08.11.05)

Il 23 ottobre 2007 il Parlamento Europeo e il Consiglio hanno adottato congiuntamente la Decisione che istituisce un secondo Programma d'Azione Comunitaria in Materia di Salute (*7th Framework Programme of the European Community for research, technological development and demonstration activities 2008-2013* - in sigla FP7)

Per la prima volta è stata inserita una voce che riguarda le Medicine Non Convenzionali. Così facendo le istituzioni dell'Unione Europea

cines, anthroposophic medicine and nutritional approaches. They would like to see national health systems and reimbursement arrangements recognise the value of these approaches." http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/refl/ev20041015_rd_01_en.pdf

In the city of Vienna, in 2004, we set up the European Research Initiative on Complementary and Alternative Medicine into FP7 (EURICAM), in order to promote the inclusion of NCMs in the forthcoming 7th Framework Program of the European Union.

In the European Open Health Forum for Stakeholders "Health Challenges and Future Strategy", held in Brussels in 2005, a plenum took place during which the following motion on NCMs was approved and sent in to the European Commission:

"This morning we have been talking about subjects such as putting patients concerns higher on the agenda and protecting them from health threats. If we realise that there is a growing demand among the European citizens for Non-Conventional Medicines;

clinical effectiveness of Non-Conventional Medicines is, in many cases, at least as high as the effectiveness of conventional medicine, as showed by several longterm studies involving many thousands of patients;

Non-Conventional Medicines are not only effective but also very safe;

therefore, Non-Conventional Medicines can help to reduce the enormous burden of mortality and morbidity caused by the adverse effects of conventional prescription drugs,

it is high time that the European Union includes Non-Conventional Medicines in its policy:" (Brussels, 08.11.05)(15)

On 23 October 2007, the European Parliament and the Council jointly adopted the Decision to set up a second Community Action Programme on Health (7th Framework Programme of the European Community for research, technological development and demonstration activities 2008-2013 - abbreviated in FP7).

For the first time it included an item related to Non-Conventional Medicines. In so doing, the European Union institutions have given some acknowledgement to NCMs (coherently with 1997 and 1999 resolutions). *"The programme should reflect the importance of a holistic approach to public health and, where appropriate and supported by scientific and clinical evidence of effectiveness, consider complementary and alternative medicines within its scope."* (20th November 2007 Official Gazette of the European Union L 301/5).

During the first European Congress for Integrative Medicine, promoted by the Institute for Social Medicine, Epi-

in qualche modo riconoscono le Medicine Non Convenzionali (in coerenza con le risoluzioni del 1997 e del 1999). Di seguito si riporta il testo nella versione italiana della Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea: "Il programma dovrebbe prendere atto dell'importanza di un'impostazione olistica della sanità pubblica e tenere in considerazione nelle sue azioni, ove appropriato e in presenza di prove scientifiche o cliniche di efficacia, la medicina complementare e alternativa." (20.11.2007 Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea L 301/5)

In occasione del primo European Congress for Integrative Medicine, promosso dal Institute for Social Medicine, Epidemiology, and Health Economics della Charité University Medical Center di Berlino è stato costituito a Berlino (08.11.08) lo *European Chapter della International Society for Complementary Medicine Research*, ISCMR. Inoltre nel 2008 è stato avviato sempre presso l'Institute for Social Medicine, Epidemiology, and Health Economics della Charité University Medical Center di Berlino lo *European Information Centre on Complementary and Alternative Medicine*, EICCAM.

All'European Open Health Forum 2008, organizzato dalla Commissione Europea (Direzione Generale per la Salute e la Protezione del Consumatore) l'11 dicembre 2008 a Bruxelles, è stata sottoscritta e presentata alla Commissione Europea la seguente mozione sulle MNC: "Le Medicine Non Convenzionali (CAM, Complementary and Alternative Medicine, secondo la definizione adottata dalla *Cochrane Collaboration* a seguito della Conferenza di Consenso tenutasi al *National Institute of Health, Bethesda, USA*) nella considerazione che prestazioni mediche e sanitarie di queste Medicine possono essere scelte sia *in alternativa alle medicine allopatiche (Alternative)*, cioè come prima scelta terapeutica, ovvero *in associazione a (Complementary)* prestazioni mediche e sanitarie della medicina allopatica o biomedicina, sono da considerarsi priorità assoluta per la politica sanitaria dell'Unione Europea.

- Infatti la richiesta di MNC è in forte aumento da parte dei cittadini europei.
- Tale realtà riflette il bisogno da parte dei cittadini europei di cure olistiche centrate sul singolo paziente.
- Circa il 70% della popolazione europea fa uso di terapie di Medicine Non Convenzionali

- L'efficacia clinica delle Medicine Non Convenzionali è in molti casi almeno pari all'efficacia della medicina convenzionale, come è dimostrato da numerosi studi di lunga durata che hanno coinvolto migliaia di pazienti.
- Il profilo di sicurezza ed efficacia delle Medicine Non Convenzionali è positivo, specialmente nel trattamento individualizzato, centrato sul paziente
- Le tecniche di produzione dei medicinali non convenzionali rispettano e proteggono l'ambiente
- L'inserimento delle Medicine Non Convenzionali fino dal livello delle cure primarie può aiutare a ridurre i costi e l'enorme problema della mortalità e morbilità causato dai molteplici effetti avversi dovuti alla prescrizione di molti medicinali allopatici
- Le Medicine Non Convenzionali sono richieste per promuovere e mantenere la buona salute in Europa sia dei giovani sia della popolazione anziana.
- Le Medicine Non Convenzionali rappresentano un forte contributo di promozione della salute.

demology, and Health Economics of the Charité University Medical Center in Berlin, the European Chapter of the International Society for Complementary Medicine Research (ISCMR) was launched on 8 November 2008. The Institute also set up the European Information Centre on Complementary and Alternative Medicine (EICCAM) in the same year:

At the European Open Health Forum 2008, organized by the European Commission (DG Health and Consumer Protection) and held in Brussels on 11 December 2008, the following motion on NCMs was approved and sent in to the European Commission:

"Non-Conventional Medicines [Complementary and Alternative Medicine

- CAM, according to the definition adopted by the *Cochrane Collaboration* following the Consensus Conference held at the *National Institute of Health in Bethesda, USA*, considering that medical and healthcare services based on these medicines can be chosen either *in place of allopathic medicines (Alternative)*, that is as first-choice treatment, or *in association with (Complementary)* medical and healthcare services based on allopathic medicine/biomedicine], are to be considered a top priority for the EU Health policy:

- In fact, NCMs are in strong demand among European citizens.
- Such demand reflects a need for more holistic patient-centred care.
- About 70% of the European population uses NCM therapies.
- Clinical effectiveness of NCMs is, in many cases, at least as high as the effectiveness of conventional medicine as shown by several long-term studies involving many thousands of patients.
- NCMs have a positive safety profile and are effective, especially in individualised, patient-centred treatment.
- NCM manufacturing techniques respect and help protect the environment.
- Integration of NCMs in general health care can help reduce costs and the burden of mortality and morbidity caused by multiple adverse effects of many conventional prescription medicines.
- NCMs are needed in fostering and preserving good health in Europe for the young and the old.
- NCMs are a strong contribution to health promotion.

For the benefit of all Europeans we strongly recommend that the European Union promote the integration of Complementary, Alternative and Traditional Medicines in its health policy."

THE CAMBRELLA PAN-EUROPEAN CONSORTIUM

Over 100 million EU citizens regularly use Non-Conventional Medicines (CAM). The European market for homeo-

A beneficio di tutti i cittadini chiediamo con forza che l'Unione Europea promuova l'inserimento delle Medicine Complementari, Alternative e Tradizionali nella sua politica sanitaria."

IL CONSORZIO PANEUROPEO CAMBRELLA

Più di 100 milioni di cittadini dell'Unione Europea fanno uso regolare di Medicine Non Convenzionali (CAM). Il mercato europeo dei medicinali omeopatici e antroposofici vale 1,6 miliardi di Euro. Ma si rileva una significativa mancanza sia di fondi per la ricerca sia di cooperazione scientifica in questo ambito rispetto a quanto accade nella medicina allopatica o biomedicina.

Un riconoscimento e un sostegno concreti sono finalmente arrivati dall'Europa, con la decisione, da parte del Parlamento Europeo e del Consiglio, di istituire l'attuale Programma d'Azione Comunitaria in Materia di Salute nell'ambito del Settimo Programma Quadro (FP7) per la Ricerca, lo Sviluppo Tecnologico e le Attività Dimostrative (7th Framework Programme of the European Community for Research, Technological Development and Demonstration Activities 2008-2013), nel quale, per la prima volta, compare una voce che riguarda le MNC. Dato che la Commissione Europea, nell'ambito del Settimo Programma Quadro per la Ricerca e lo Sviluppo (FP7), ha lanciato nel terzo bando una specifica area per le Medicine Non Convenzionali, è stata costituito a Berlino, tra istituzioni che si occupano di MNC nelle nazioni della EU (il Comitato per le MNC in Italia è la componente italiana invitata a farne parte fin dall'inizio), il Consorzio "FP7 CAMBRELLA Pan-European Research Network for Complementary and Alternative Medicine (CAM)" per presentare un grande progetto europeo di ricerca nei vari ambiti delle MNC (3rd call for theme 1 "Health" of the specific FP7 work programme 'Cooperation' includes under section 3.1 a research topic on Complementary and Alternative Medicine, topic 3) http://cordis.europa.eu/fetch?CALLER=FP7_PROJ_EN&ACTION=D&DOC=1&CAT=PROJ&QUERY=0124de4572a5:c2b4:4a799312&RCN=92501

Alla luce delle varie audizioni tenutesi con gli organismi tecnici preposti a Bruxelles, la Commissione Europea ha approvato il finanziamento di 1,5 milione di Euro al Consorzio "FP7-CAMBRELLA".

Il gruppo di ricerca è composto da 16 partecipanti in rappresentanza di altrettante organizzazioni partners scientifiche provenienti da 12 nazioni dell'Unione Europea.

I componenti del FP7 CAMBRELLA Pan-European research network for Complementary and Alternative Medicine (CAM) sono:

- Wiener Internationale Akademie für Ganzheitsmedizin (Austria)
- Universitet I Tromsøe (Norway)
- Universitaet Bern (Switzerland)
- University of Southampton (UK)
- Charité Universitaetsmedizin Berlin (Germany)
- Universitaet Zuerich (Switzerland)
- Comitato Permanente di Consenso e Coordinamento per le Me-

pathic and anthroposophic medicines amounts to €1.6 billion. But this field suffers both a significant lack of research funds and of scientific cooperation, compared to allopathic medicine/biomedicine.

At last, concrete acknowledgement and support came from Europe through the decision, jointly adopted by the European Parliament and the Council, to set up the current Community Action Programme on Health within the 7th Framework Programme (FP7) of the European Community for Research, Technological Development and Demonstration Activities 2008-2013 which, for the first time ever, includes an item related to NCMs. Since the European Commission, within the context of the 7th Framework Program for Research and Development (FP7), set up a specific area for Non-Conventional Medicines in its 3rd call, several institutions dealing with NCMs in EU countries (the Comitato per le MNC in Italia is the Italian institution which was invited to join since the beginning), gathered in Berlin, set up the "FP7 CAMBRELLA Pan-European Research Network for Complementary and Alternative Medicine (CAM)" with the aim of presenting a major European research project on the different domains of NCMs (3rd call for theme 1 "Health" of the specific FP7 work programme 'Cooperation' includes under section 3.1 a research topic on Complementary and Alternative Medicine, topic 3) http://cordis.europa.eu/fetch?CALLER=FP7_PROJ_EN&ACTION=D&DOC=1&CAT=PROJ&QUERY=0124de4572a5:c2b4:4a799312&RCN=92501

In the light of various meetings held with the technical organizations in charge in Brussels, the European Commission awarded a grant of €1.5 million to the "FP-7 CAMBRELLA" consortium.

The research group consists of 16 members, representing the same number of scientific partner organizations from 12 EU countries.

The partners of the FP7 CAMBRELLA Pan-European research network for Complementary and Alternative Medicine (CAM) are the following:

- Wiener Internationale Akademie für Ganzheitsmedizin (Austria)
- Universitet I Tromsøe (Norway)
- Universitaet Bern (Switzerland)
- University of Southampton (UK)
- Charité Universitaetsmedizin Berlin (Germany)
- Universitaet Zuerich (Switzerland)
- Comitato Permanente di Consenso e Coordinamento per le Medicine Non Convenzionali in Italia (Italy)
- Karolinska Institutet (Sweden)
- Université Paris 13 (France)

dicine Non Convenzionali in Italia (Italy)

- Karolinska Institutet (Sweden)
- Universite Paris 13 (France)
- Servicio Andaluz de Salud (Spain)
- Agenzia Sociale e Sanitaria, Regione Emilia-Romagna (Italy)
- Pecs Tudományegyetem, University of Pecs (Hungary)
- Universitatea de Medicina si Farmace "Victor Babes" Timisoara (Romania)
- Syddansk Universitet (Denmark)
- Bayerische Forshungsalianz Gemeinnutzige GmBh (Germany)

Il Centro Rechts der Isar di Ricerca sulle Medicine Complementari e Alternative della Technische Universitaet di Monaco di Baviera coordina il Consorzio. Il ruolo chiave di questa azione di coordinamento è quello di costituire una rete di istituti europei di ricerca nelle Medicine Non Convenzionali e di promuovere la collaborazione internazionale per la ricerca in questo ambito.

Il progetto "CAMBrella" avrà durata triennale a partire dal 1 gennaio 2010; il nome "CAMBrella" simboleggia un ombrello di progetti di ricerca che copre tutti gli aspetti delle Medicine Non Convenzionali.

Le ricerche saranno svolte da gruppi di lavoro ciascuno con specifico mandato: dall'epistemologia alla terminologia, le condizioni legislative relative all'attuazione delle prestazioni sanitarie di MNC, lo status giuridico e regolatorio, le necessità dei pazienti, il ruolo dei trattamenti CAM nei sistemi sanitari e le metodologie di ricerca.

Gli obiettivi sono: sviluppare una rete europea di centri di eccellenza nelle MNC per ricerca collaborativa; sviluppare una terminologia di consenso accettata in Europa per descrivere gli interventi di MNC; creare una conoscenza di base per facilitare la comprensione della richiesta di prestazioni di MNC da parte dei pazienti e la loro prevalenza; rivedere l'attuale status giuridico e le politiche che governano l'erogazione di MNC nell'Unione Europea; esplorare i bisogni, le credenze, le attitudini dei cittadini europei nei confronti delle MNC. Per ottemperare al mandato della Commissione Europea l'azione del Consorzio è organizzato in gruppi di lavoro (Work Packages) indipendenti ma inter-correlati i cui componenti si devono incontrare regolarmente. Il tutto coordinato da un coordinatore (Coordinator) e diretto da un comitato scientifico (Scientific Steering Committee) composto dai coordinatori dei gruppi di lavoro, col supporto di un comitato di consulenza (Advisory Board). Il comitato di consulenza è composto dai principali rappresentanti di interessi collettivi (Stakeholders): pazienti, consumatori, professionisti, produttori di medicinali.

L'obiettivo è quindi quello di sviluppare una visione complessiva dello stato attuale delle Medicine Non Convenzionali in Europa che servirà come punto di partenza per future attività di ricerca. Alla fine del triennio il Consorzio CAMBrella fornirà, attraverso il suo sito, pubblicazioni scientifiche, e una conferenza finale produrrà un elenco di raccomandazioni per la Commissione Europea al fine di prioritizzare la ricerca e l'erogazione di MNC nelle politiche sanitarie e sociali dell'Unione Europea.

Servicio Andaluz de Salud (Spain)

Agenzia Sociale e Sanitaria, Regione Emilia-Romagna (Italy)

Pecs Tudományegyetem, University of Pecs (Hungary)

Universitatea de Medicina si Farmace "Victor Babes" Timisoara (Romania)

Syddansk Universitet (Denmark)

Bayerische Forshungsalianz Gemeinnutzige GmBh (Germany)

The Rechts der Isar Centre for Complementary and Alternative Medicines Research of the Technische Universitaet in Munich coordinates the Consortium. The key task of this coordination action is building a network of European research institutes in Non-Conventional Medicines and fostering international cooperation on research in this field.

The "CAMBrella" project is going to last 3 years, starting from 1 January 2010; the name "CAMBrella" stands for an umbrella of research projects covering all domains within Non-Conventional Medicines.

Research will be conducted by various working groups, each with a specific focus: from epistemology to terminology, legal conditions for the delivery of NCM healthcare services, legal and regulatory status, patients' needs, the role of CAM treatments in healthcare systems, and research methodology.

The tasks are: developing a European network of centres of excellence in NCMs for collaborative research; developing a European consensus terminology to describe NCM interventions; creating a knowledge base in order to help understand the demand of NCM services by patients and their prevalence; review the current legal status and the policies regulating NCM delivery in the European Union; probing into the needs, beliefs, and attitudes of European citizens with regards to NCMs.

In compliance with the European Commission mandate, the action of the Consortium is organized in independent, yet interrelated working groups (Work Packages), whose members are to meet regularly. Work is overseen by a Coordinator, and directed by a Scientific Steering Committee composed of the coordinators of all Work Packages, with the support of an Advisory Board. The Advisory Board is composed of representatives of the main stakeholders: patients, consumers, practitioners, medicines' producers.

Therefore, the goal is developing a comprehensive view of the current state of Non-Conventional Medicines in Europe, which will serve as a starting point for future research activities. At the end of the three-year period, the CAMBrella consortium will provide scientific publications through its website, and hold a final conference with the approval of a list of recommendations for the European Union in order to elevate the priority of NCM research and delivery within the health and social policies of the European Union.

BIBLIOGRAFIA/REFERENCES

1. *Le terapie non convenzionali in Italia, ISTAT Indagine multiscopo: Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*, anno 2005, diffuso il 21.08.07 Forum per la Ricerca Biomedica, Fondazione CENSIS, Roma, 15.10.2008 http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20070821_00
2. *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*, WHO, Geneva, 2000
3. GIARELLI G., ROBERTI DI SARSINA P., SILVESTRINI B. (a cura di), *Le Medicine Non Convenzionali in Italia. Storia, problemi e prospettive di integrazione*. Prefazione di Edwin L. Cooper (Fondatore e Direttore di eCAM Journal). Postfazione di Amedeo Bianco (Presidente FNOMCeO). FrancoAngeli, Milano 2007, pp. 416 http://www.francoangeli.it/Ricerca/Scheda_Libro.asp?CodiceLibro=1350.27 http://books.google.com/books?id=ZbgCvcimVZQC&pg=PP1&dq=inauthor:Roberti+inauthor:di+inauthor:Sarsina&lr=&as_drrb_is=q&as_minm_is=0&as_miny_is=&as_maxm_is=0&as_maxy_is=&as_brr=0
4. NUZZI R, *Non Conventional Medicine in Italy. History, Problems, Prospects for Integration*. (Review), eCAM 2008; 5(4):491-492; <http://ecam.oxfordjournals.org/cgi/reprint/5/4/491>
5. ROBERTI DI SARSINA P., *The Social Demand for a Medicine Focused on the Person: The Contribution of CAM to Healthcare and Healthgenesis*, eCAM Journal, 2007; 4(S1):45-51 http://ecam.oxfordjournals.org/cgi/reprint/4/suppl_1/45
6. ROBERTI DI SARSINA P., *Consensus Document on CAM in Italy*, eCAM Journal, 2005, 2: 233-5. <http://ecam.oxfordjournals.org/cgi/reprint/2/2/233>
7. *Linee Guida sulle Medicine e Pratiche Non Convenzionali*, Consiglio Nazionale FNOMCeO, Terni 18.05.2002 http://portale.fnomceo.it/Jcmsfnomceo/statico/la%20professione%20maggiogiuigno_2002.htm
8. *Conferenza di Consenso sulle MNC in Italia, 43° Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria*, Bologna 20.10.2003, FNOMCeO portale <http://portale.fnomceo.it/Jcmsfnomceo/statico/Le%20medicinone%20non%20convenzionali%20nel%20Ssn.htm>
9. *Conferenza di Consenso sulle Medicine Non Convenzionali in Italia*, Bologna 20.10.03, Atti del 43° Congresso Nazionale della Società Italiana di Psichiatria "La Conoscenza e la Cura", 88-163, CIC Edizioni Internazionali 2003
10. *Le Medicine Non Convenzionali nel SSN*. La Conferenza di Consenso. FNOMCeO, La Professione, 2003, (V)5/6, 14
11. *Documento di Consenso sulle Medicine Non Convenzionali in Italia*. Il Sole 24 Ore Sanità, 2003, 43, 28-29
12. ROBERTI DI SARSINA P., *Lo status giuridico delle MNC in Italia e in altre nazioni occidentali*, Anthropos & Iatria, 2003, VII, 2: 72-87
13. Decreto Legislativo di Attuazione della Direttiva 2001/83/CE (e successive direttive di modifica) relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, nonché della direttiva 2003/94/CE, Gazzetta Ufficiale 142, Suppl. Ord. n. 153, 21.06.06
14. *Manifesto of CAM for Europe*, European Commission, Health & Consumer Protection Directorate-General, SANCO, EU Open Health Forum for Stakeholders "Health Challenges and Future Strategy", Bruxelles 07-08.11.05.
15. ROBERTI DI SARSINA P. *L'efficacia dell'esperienza*. Il Domenicale de Il Sole 24 Ore, 2004, 107, 30
16. ROBERTI DI SARSINA P. *Lo stato delle Medicine Non Convenzionali in Italia*, Forum Sanità Futura, Cernobbio, 09.11.05
17. ROBERTI DI SARSINA P.: *Medicina dolce senza strategie*. Il Sole 24 Ore Sanità, 2006, (IX) 5, 15
18. ROBERTI DI SARSINA P. *Medicine Non Convenzionali, prime chiarite*. Il Sole 24 Ore Sanità, 2006, (IX)31
19. ROBERTI DI SARSINA P. *Con regole restrittive in controtendenza*. Salute, La Repubblica, 2006 (XII)475, 29-30
20. ROBERTI DI SARSINA P. *La situazione sanitaria in Italia*. Medicina Naturale, 2006 (XVI)2, 48-51
21. ROBERTI DI SARSINA P. *L'altra medicina a una svolta*. Il Resto del Carlino Emilia-Romagna, IV, 14.09.06
22. ROBERTI DI SARSINA P. *Medicine non convenzionali. In porto lo sforzo emiliano*. Il Resto del Carlino Emilia-Romagna, III, 01.11.06
23. ORTOLANI R. *Il paziente ha diritto di scegliere. Intervista a Paolo Roberti di Sarsina*. Il Quotidiano Nazionale (Il Resto del Carlino, la Nazione, il Giorno), pag. 40, 14.10.2008
24. EUROPEAN COMMISSION, HEALTH & CONSUMER PROTECTION: *Reflection process on EU health policy*, Bruxelles 2004, The Consensus Document on CAM in Italy http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/refl/ev20041015_co_038_en.pdf
25. *Legal Status of Traditional medicine and Complementary / Alternative Medicine: a Worldwide Review*, WHO, Geneva, 2001
26. *Integrating Homeopathy in Health Systems*, WHO, Geneva, 1999
27. *Traditional Medicines Strategy: 2002-2005*, WHO, Geneva, 2002
28. PARLAMENTO EUROPEO, *Lo Statuto delle Medicine Non Convenzionali*, Risoluzione 1.3.40/29.05.1997
29. EUROPEAN UNION COUNCIL, *Directive on homeopathic medicinal products*, Official Journal of the European Communities, 1992, 297, 12-15
30. EUROPEAN COMMISSION, DIRECTORATE-GENERAL SCIENCE, RESEARCH AND DEVELOPMENT: *COST Action B-4 – Unconventional medicine in Europe – Responses to the COST B4 Questionnaire*. Brussels, Luxembourg.
31. EUROPEAN COMMISSION, DIRECTORATE-GENERAL SCIENCE, RESEARCH AND DEVELOPMENT (1998) *COST Action B-4 – Unconventional medicine, Final report of the management committee 1993-98* (EUR 18420 EN).
32. EUROPEAN COMMISSION, DIRECTORATE-GENERAL SCIENCE, RESEARCH AND DEVELOPMENT (1999) *COST Action B-4 – Unconventional medicine, Supplement to the final report of the management committee 1993-98* (EUR 19110 EN).
33. EUROPEAN COMMISSION, HEALTH & CONSUMER PROTECTION DIRECTORATE-GENERAL: *Building a European system of information on major and chronic diseases as a part of a European system of information on health. Working party morbidity and mortality*, Luxembourg, 2004
34. *7th Framework Programme of the European Community for research, technological development and demonstration activities 2008-2013; Scientific and Technological Objectives, Broad Lines of the Themes and Activities, Program: Cooperation, Theme: Health, Activities: Optimising the delivery of health care to European citizens*. Ref. pag.18 English version. Brussels, 18 December 2006, PE-CONS 3666/1/06 REV 1, 2005/0043 (COD)LEX 758
35. CIPOLLA C., ROBERTI DI SARSINA P. (a cura di), *Le peculiarità sociali delle Medicine Non Convenzionali*. Prefazione di Bruno Silvestrini. FrancoAngeli, Milano 2009, pp. 256 http://www.francoangeli.it/ricerca/Scheda_Libro.asp?ID=16822&Tipo=Libro
36. *Beijing Declaration on Traditional Medicine*, WHO Congress on Traditional Medicine, Beijing, China, 8 November 2008
37. ROBERTI DI SARSINA P., ISEPPATO I., *Looking for a Person-centered Medicine: Non Conventional Medicine in the Conventional European and Italian Setting* doi:10.1093/ecam/nep048 <http://ecam.oxfordjournals.org/cgi/reprint/nep048>
38. ROBERTI DI SARSINA P., ISEPPATO I., *Non-conventional medicine in Italy: The present situation*. 1 (2009) 65-71 [http://www.europeanintegrativemedicinejrn.com/article/S1876-3820\(09\)00022-5/abstract](http://www.europeanintegrativemedicinejrn.com/article/S1876-3820(09)00022-5/abstract)
39. ROBERTI DI SARSINA P., ISEPPATO I., *State of art of the regulative situation of Non Conventional Medicines in Italy*. Journal of Alternative and Complementary Medicine (letter to the Editor, in press).

Vice direttore de Il Medico Omeopata
pietrogulia@alice.it

Se ci mettiamo alla prova in questo campo, sarà un grande passo per l'Omeopatia

Omeopatia vs AIDS in Tanzania: intervista con Jeremy Sherr

Perché un omeopata famoso e affermato decide di mettersi in gioco e di rischiare grosso? Perché cambia vita e affronta le gravi epidemie ed endemie che non lasciano spazio e tempo a congetture ed elucubrazioni fantasiose, ma richiedono l'efficacia di un'azione concreta? Ce n'è abbastanza per stimolare la curiosità e cercare di intervistare il personaggio.

Grazie al Seminario di Cortona dell'Ottobre scorso (poco frequentato, per la verità. Forse ci si eccita maggiormente a sentir parlare di attacchi di panico e nevrosi varie. Eppure la paura ancestrale della malattia contagiosa non è scomparsa dall'iper-tecnologizzato uomo occidentale del 21° secolo: l'isteria collettiva da pandemia A-H1N1 ne è prova), fu possibile stabilire il primo contatto. Chi ama l'Africa e ne ha esperienza diretta di vita si annusa subito, sa che non occorrono giri di parole e che bisogna andare subito alla sostanza. La frase che fa da titolo è stato il vero biglietto da visita e il *leit-motiv* di tutta l'intervista: ci vuole coraggio e fiducia per accettare una sfida forte, ma anche grande concretezza, devi conoscere l'avversario. Sherr, esperto di Materia Medica e metodologia clinica omeopatica, ha studiato per molti anni l'AIDS, si è documentato sull'evoluzione della malattia, sugli effetti delle terapie antivirali: la sua è stata una scelta maturata nel tempo non un'avventura sconsiderata. Positivo o negativo, in ogni caso il suo progetto segnerà un punto importante per tutti noi: *Ciò che stiamo facendo aiuterà l'omeopatia intera e anche i singoli omeopati ne trarranno vantaggio*. Condivido in pieno. D'altronde, se l'Omeopatia si affermò nell'ottocento, è perché affrontò validamente le epidemie di colera, scarlattina, tifo. In bocca al lupo!

Quando, come è nato e si è sviluppato il tuo interesse verso l'Africa?

Sono nato in Sud Africa; lì, per 12 anni, mi sono interessato al trattamento dell'AIDS. Mi preoccupa la devastazione che sta provocando in Africa: si calcola che tra i 24 e 30 milioni di africani siano colpiti dall'HIV, che 1,5 – 2 milioni di persone muoiono di AIDS ogni anno e che la malattia abbia lasciato quasi 14 milioni di bambini orfani. L'AIDS è una delle peggiori pandemie che si siano mai avute al mondo. Ho avuto ottime esperienze nel trattamento di pazienti con HIV/AIDS in Occidente cosicché mi sono reso conto che, se possiamo dare una mano, abbiamo il dovere di provarci. Inoltre, per tanti anni ho insegnato la teoria del Trattamento delle Epidemie e i Miasmi, che sono le più grandi epidemie. Per me è una sfida professionale cercare di trattare questa pandemia. Seb-

IF WE CAN PROVE OURSELVES HERE IT WILL BE A BIG STEP FOR HOMOEOPATHY. INTERVIEW WITH JEREMY SHERR

Why does a world-famous and successful homeopath choose to stake all? Why does he change his lifestyle to face up serious epidemic and endemic diseases, which don't leave room for suppositions and fancies, on the contrary require tremendous effectiveness? Sure enough the questions roused my curiosity and attempt at interviewing him.

The occasion came last October, Seminar in Cortona (a few people there, really. We get excited when we hear someone speaking about panic attacks or other neurosis, "fancies new methods", maybe; and yet the ancestral fear of a contagious disease is still among us and in us, 21st century Western hyper-technological men. The general hysteria from A-H1N1 pandemic demonstrates it). Who know Africa by experience, and love it, recognize each other: no need for many words, directly to gist. The interview headline was a visiting-card sentence, the actual interview *leit-motiv*. You have to be brave and confident to take up the hard challenge, pragmatic and proactive as well: you must know your opponent. Sherr, who is expert in Materia Medica and homeopathic clinical methodology, has been studying AIDS for years. He read up on the disease, its development, conventional therapies and ARV side effects: he made a pondered choice not a careless adventure.

Positive or negative it be, anyway his project will be important for all of us: "What we are doing here will help homoeopathy as a whole and will benefit individual practitioners." I agree, absolutely. Homeopathy was successful in 19th-century, when it won cholera, scarlatina, typhoid fever. Good luck!

How and when did your interest in Africa arise and develop?

I was born in South Africa and I've been interested treating AIDS there for the last 12 years. I am concerned about the devastation AIDS is causing in Africa. Estimates are that somewhere between 24 and 30 million Africans are infected with HIV and 1.5 to 2 million die of AIDS each year. The disease has left an estimated 14 million children orphans. AIDS is one of the worst pandemics the world has ever seen. I had very good experience treating HIV/AIDS patients in the West, so I realised that if we can help then we must try.

Furthermore, I have been teaching the theory of Epidemic treatments and Miasms, which are greater epidemics, for many years



JEREMY SHERR

Sudafricano, 55 anni, diventato omeopata nel 1980 al College of Homeopathy di Londra, è famoso in tutto il mondo. Ha iniziato a insegnare mentre ancora era nell'Istituto universitario. Ha tenuto corsi e seminari negli USA, in Europa, Canada, Cina, India, Giappone, Russia, Sud Africa, Nuova Zelanda, Australia. Ha pubblicato numerosi libri e articoli di omeopatia; con il suo staff ha eseguito numerose sperimentazioni di sostanze poi inserite nelle farmacopee omeopatiche. Esercita a Malvern (Regno Unito), New York e Tel Aviv. Da oltre un anno, insieme alla moglie Camilla, anche lei omeopata, vive in Tanzania, dove ha dato vita al progetto **Homoeopathy for Health in Africa**. Quella che segue è la prima intervista su questo progetto.

Per maggiori informazioni: www.dynamis.eu

bene ci siano varie scuole che stanno trattando l'AIDS in maniera epidemica, nessuna di esse segue la via omeopatica classica: qui sta il mio interesse. Credo nell'Omeopatia classica e la pratico, per cui volevo rendermi conto di cosa si potesse fare. Finora i risultati hanno dell'incredibile. Un'ultima cosa: ci sono stati molti attacchi contro l'Omeopatia negli ultimi anni. Il mondo guarda all'AIDS in Africa, se ci mettiamo alla prova in questo campo sarà un grande passo per l'omeopatia.

Quali sono gli obiettivi del tuo progetto?

Gli scopi principali di **Homoeopathy for Health in Africa** sono: trattare pazienti colpiti da HIV/AIDS con l'Omeopatia Classica, sostenere la formazione in Omeopatia, intraprendere una ricerca clinica omeopatica e diffondere l'Omeopatia in tutta la Tanzania e in Africa. Da più di un anno mi sono trasferito in Tanzania con mia moglie e la mia famiglia. Finora abbiamo aperto quattro ambulatori in paesi di campagna nel Nord della Tanzania e trattato più di 600 malati di AIDS. Oltre a ciò, collaboriamo con due ONG locali che forniscono assistenza ai malati di AIDS: TREDO (Tanzanian Rural Education and Development Organisation) e KACA (Kilimanjaro AIDS Control Association). Nostro obiettivo secondario è raccogliere i sintomi che i malati di AIDS presentano per valutare se l'AIDS è un'epidemia dal punto di vista omeopatico. Poiché si tratta di una epidemia diffusissima, è importante vedere quanti più pazienti possibile, almeno mille o anche di più. L'anno prossimo continueremo a trattare quanti più pazienti possibile e cercare di determinare i migliori medicinali omeopatici per l'epidemia di AIDS. Inoltre, abbiamo dovuto occuparci anche della diffusa e gravissima malnutrizione, che è un ostacolo alla cura. Spesso compriamo cibo da dare ai nostri pazienti e ai loro figli che altrimenti non avrebbero altro da mangiare. In una delle sedi dei nostri ambulatori abbiamo organizzato un centro sanitario – il Positive Living Centre – che, oltre ad essere fornito di ambulatorio e farmacia omeopatici, include un programma alimentare per la distribuzione di un porridge altamente proteico e lezioni sull'alimentazione. Abbiamo anche aperto un centro diurno di assistenza per bambini di genitori con AIDS, soprattutto vedove.

Visitate pazienti ambulatoriali o ricoverati?

Li visitiamo presso gli ambulatori o a casa loro. Molti pazienti sono troppo malati e deboli per venire da noi. Altri, semplicemente, non possono permettersi il trasporto in città. Non hanno altra scelta che restarsene distesi nelle loro capanne aspettando la morte e vedendo i figli morire di fame.

now. For me it is a professional challenge to try and treat this pandemic. While several schools are treating AIDS in an Epidemic way, none of them are classical, and for this is where my interest lies. I believe in and practice classical homoeopathy and I wanted to see what it could do. So far the results have been incredible. Lastly, there have been many attacks on Homoeopathy in the last few years. The world is looking at AIDS in Africa. If we can prove ourselves here it will be a big step for homoeopathy.

Can you explain the aim of the project?

The primary aims of our project, Homoeopathy for Health in Africa are to treat HIV/AIDS patients with classical homoeopathy, to support homoeopathic education, to initiate homoeopathic research and to spread homoeopathy throughout Tanzania and Africa. I have been in Tanzania with my wife and family for over a year now. So far we have established 4 clinics in rural villages in Northern Tanzania and treated over 600 AIDS patients. In addition we have partnered with two local NGOs (TREDO- Tanzanian Rural Education and Development Organization) and KACA- Kilimanjaro AIDS Control Association) that provide services for AIDS patients.

Our secondary goal is to collate the symptoms of the AIDS patients and examine whether AIDS is an epidemic from a homoeopathic point of view. Because this is a very large epidemic, it is important to see as many patients as possible, at least 1000 or more. For the next year we will continue treating as many patients as possible and determine the best remedies for the AIDS epidemic. In addition we have had to turn our attention to the severe and widespread malnutrition that is an obstacle to cure. We often find ourselves purchasing extra food to offer to our clinic patients and their children who haven't had anything to eat. In one clinic location we have set up a health centre, The Positive Living Centre, which along with a homoeopathic clinic and pharmacy, includes a food program distributing high protein porridge and teaching nutrition classes. We have also opened a day care centre there for children of AIDS patients, mainly widows.

Do you see patients in outpatients and/or in-patients services?

We have both. We see patients in the clinics and at their homes. Many patients are too sick and weak to visit our clinics. Others sim-

Molti di questi bambini sono essi stessi malati di AIDS. Proprio a queste persone cerchiamo di dare una mano con i programmi di sostegno.

Sospendete i farmaci antiretrovirali?

Non li sospendiamo mai. La nostra condotta è non interferire con il trattamento convenzionale, né chiedere al paziente di interromperlo. Circa l'80% dei pazienti che vediamo è sotto ARV. Prescriviamo medicinali omeopatici accanto agli ARV e otteniamo risultati stupendi. Gli ARV non interferiscono con l'Omeopatia, sebbene inducano severi effetti collaterali. Il restante 20% dei nostri pazienti non ha i requisiti per iniziare la terapia con gli ARV, che è disponibile solo per pazienti con numero di CD4 inferiore a 200. Molti pazienti HIV arrivano con numero di CD4 di 300 o anche di più. Possono anche presentare sintomi dell'AIDS ma, per carenza di fondi, l'indirizzo governativo è di non iniziare la terapia con ARV a quello stadio, anche se si può somministrare il Septrin® (*farmaco analogo al Bactrim®*, NDR). Inviemo tutti i sospetti malati al centro medico affinché si sottopongano ai test, checkup e consulto medico. Non scoraggiamo dal prendere i farmaci ARV quando i pazienti ne hanno i requisiti. Qui i pazienti non considerano il trattamento omeopatico e quello con gli ARV come due cose in opposizione, ma come complementari. Così pure le autorità sanitarie locali ci considerano come qualcuno che sta fornendo un supporto complementare.

La terapia omeopatica riesce a ridurre o eliminare gli effetti collaterali degli ARV?

Sì, certamente! Non c'è dubbio alcuno che la terapia con ARV prolunga la vita, in molti casi. Comunque, si verificano pesanti effetti collaterali. Abbiamo tante occasioni di curarli, perché la maggioranza dei pazienti li presenta. Sebbene "effetto collaterale" sembri al lettore soltanto un'espressione di due parole, ci si deve render conto che la sofferenza è intensa, che i sintomi possono andare da prurito continuo a disordini neurologici, nausea, debolezza, vomito, incubi notturni. Tutto ciò è molto più ancora è tutto ben documentato, ma è veramente tutta un'altra esperienza osservarlo direttamente. Chiamiamo questa condizione "stato di salute negativo". Iniziata la terapia omeopatica, molti degli effetti collaterali degli ARV migliorano nel giro di una settimana. Si potrebbe dire



ply can't afford the transport to town. They have no option but to lie in their huts dying while they watch their children starve. Many of these children are also sick with AIDS. It is these people we try to help with the outreach programs.

Do you suspend the antiretroviral drugs?

We never suspend ARVs. Our policy is not to interfere with that treatment or ask a patient to stop these drugs. About 80% of the patients we see are on antiretroviral drugs. We prescribe homeopathic remedies alongside the ARVs and we get wonderful results. The ARVs do not interfere with the homeopathy, although they have some severe side effects. The other 20% of our patients are not yet eligible for ARV medication. This is only available for patients with a CD4 count of below 200. Many HIV patients come with a CD4 of 300 and above. They may have symptoms of AIDS, but because of finances, the government policy is not to give them ARV medication at this stage, although they may be taking Septrin. We send all prospective patients to the medical center for testing, checkups and medical advice. We do not discourage patients from getting ARV treatment when they are medically eligible. The patients here don't see homeopathy and the ARV medicines as opposing, but as complementary. Likewise, the local medical authorities see us as giving complementary support.

Can homeopathic treatment decrease or remove anti-retroviral drugs side effects?

Yes, definitely homeopathic treatment can decrease and remove the side effects of ARVs. There is no doubt that ARV medications prolong life in many cases. However there are many severe side effects. We have had a lot of opportunity to treat them, since most of the patients suffer from them. While 'side effects' may just seem like two words to the reader, one must understand that the suffering is intense, with symptoms ranging from severe continuous itching to nerve disorders, nausea, weakness, distorted body shapes, vomiting, and nightmares. These and many more are well documented, but it is a different matter to experience and observe. We call it negative health. After starting homeopathy, many of the side effects of ARVs improve within a week. You might say that homeopathy helps patients to continue taking ARVs for longer, which is important because when the first and second line runs out there is nothing more to offer. There are other problems with ARVs. A serious one is that these drugs react very badly, and can cause death, in patients that do not eat regular meals. Many of the patients cannot afford even one meal a day, which makes them very sick if they are taking ARVs. Furthermore the trip to town to get ARVs is often beyond the patients' financial means so they will interrupt taking the ARVs and cause resistance to the drug. While ARVs are available without charge for patients with a CD4 count below 200, the drugs may be harder to obtain as recently the Tan-

che l'Omeopatia aiuta i malati a prendere gli ARV più a lungo, il che è importante perché quando i farmaci di prima e seconda scelta linea non sono più efficaci resta ben poco altro da offrire. Ci sono altri problemi con gli ARV. Uno serio è che si può reagire proprio male ad essi, fino alla morte, se il malato non prende pasti regolari. Molti pazienti non si possono permettere neppure un pasto al giorno, il che li rende veramente malati se stanno prendendo gli ARV. Per di più il viaggio verso la città per procurarsi gli ARV è spesso al di là delle loro possibilità economiche così che finiscono per interrompere l'assunzione dei farmaci e inducono resistenza al farmaco. Gli ARV sono gratis per i pazienti con CD4 inferiori a 200, ma può essere molto difficile averli anche perché, di recente, il governo tanziano ha ridotto del 25% lo stanziamento per gli ARV.

Secondo la tua esperienza in Africa, che risultati si hanno nel trattamento omeopatico dell'AIDS (con o senza gli ARV)?

I malati di AIDS, con o senza ARV, rispondono con successo. Stiamo riscontrando che la risposta è rapida ed energica, più di quanto accade negli USA e in Europa. I pazienti sentono di avere più forza per lavorare o prendersi cura dei familiari, presentano meno effetti collaterali da ARV e un senso di benessere emotivo e fisico. Chiamiamo questa condizione "stato di salute positivo". In alcuni malati stiamo constatando un'ampia risalita nel numero dei CD4, che è inusuale sotto il solo trattamento ARV. Abbiamo un solo paziente sierconvertito da positivo a negativo, che è rarissimo a verificarsi con il trattamento convenzionale, e che ha sorpreso i medici.

I pazienti pagano per le visite e/o i medicinali omeopatici?

Tutte le visite mediche e i medicinali sono gratuiti.

Quali altre patologie affrontate: malaria, TBC, ecc.?

Trattiamo tutto tranne la TBC poiché per la legge tanziana è obbligatorio che sia trattata con i farmaci convenzionali. Quasi tutti in Tanzania prendono la malaria: è comunissima. Per noi è diventato molto facile curarla. I pazienti con la malaria, in genere, migliorano in 24-48 ore, il che è incredibilmente rapido. E' la parte più semplice e soddisfacente delle nostre terapie. Inoltre, vediamo tantissime malattie croniche, anziani ipertesi, diabete, artriti, ulcere ecc. Quando al mattino arrivo in uno degli ambulatori trovo un'ottantina di persone in attesa, il 30% delle quali ha probabilmente l'AIDS. Negli altri ambulatori il 90% dei pazienti ha l'AIDS. Non ci presentiamo come ambulatori per l'AIDS perché il marchio "AIDS" è veramente forte e i pazienti potrebbero avere riluttanza a venire e farsi visitare.

Usate un qualche protocollo omeopatico standardizzato, per esempio per trattare casi di malaria o di AIDS, o un trattamento individualizzato?

La malaria risponde benissimo al trattamento omeopatico e il nostro collega tanziano, Sigsbert Rwegasira, ha un protocollo di rimedi messo bene a punto e verificato, incluse alcune combinazioni di rimedi,

zianian government reduced the budget for ARVs by 25%.

According to your experience in Africa, which are the outcomes of homeopathic treatment in patients with AIDS (with or without antiretroviral drugs)?

Patients with AIDS, with or without antiretroviral drugs, are responding very successfully to homeopathic treatment. We are finding that they respond quite quickly and vigorously, more so than in the US or Europe. The patients feel more energy to work or take care of their families, and have a reduction in the side effects of ARVs and a sense of wellbeing emotionally and physically. We call it positive health. In some patients we are seeing large rises in CD4 counts that are unusual with antiretroviral treatment alone. We just had one patient seroconvert from positive to negative, which is very rare with conventional treatment and surprises the medical doctors.

Do patients have to spend money for examinations and/or homeopathic medicines?

All homeopathic consultations and medicines are provided free of charge.

What other diseases do you treat: Malaria, Tuberculosis, etc.?

We treat everything, except tuberculosis, which is required by Tanzanian law to be treated by conventional medicines. Nearly everyone in Tanzania has malaria at some stage of their life, it is very common. It has become very easy for us. Malaria patients usually get better within 24-48 hours, which is incredibly fast. That is one of the simplest and most satisfactory parts of our treatment. Other than that we see quite a lot of chronic disease, older people with blood pressure, diabetes, arthritis, ulcers etc. When I come to one clinic in the morning there might be 80 people waiting, out of which probably 30% are AIDS. In other clinics 90% of the patients have AIDS. We do not specify ourselves as an AIDS clinic because the stigma of AIDS is very strong and patients would be reluctant to come.

Do you rely on homeopathic standard treatment protocols, for instance, to treat patients with malaria or AIDS, or do you follow an individualized treatment?

Malaria is very responsive to homeopathic treatment and our Tanzanian colleague, Sigsbert Rwegasira, has a well designed and tested protocol of remedies, including some combinations, which he has used for 10-15 years with much success. His malaria protocol is approved by the Ministry of Health and it is this protocol that we use. For HIV and AIDS we use classical homeopathy with individualized prescribing. As I mentioned, I am collating patient symptoms and studying the patterns to see if AIDS is an epidemic disease that can be treated by our epidemic methodology, the ge-

che ha utilizzato con molto successo per 10-15 anni. Il suo protocollo antimalaria è approvato dal Ministero della Salute ed è questo protocollo che noi usiamo. Per l'HIV e l'AIDS ci basiamo sull'Omeopatia Classica e, quindi, sulla prescrizione individualizzata. Come accennato, sto esaminando e confrontando i sintomi dei pazienti, studiando gli schemi per vedere se l'AIDS è una malattia epidemica che possa essere trattata secondo la nostra metodologia epidemica, cioè con un genius epidemicus. Comunicherò le mie conclusioni al termine della ricerca.

Il tuo staff e tu stesso effettuate una qualche forma di omeo-profilassi contro la malaria?

Sì, su noi stessi e i nostri ospiti. Prendiamo **China sulph 30CH**, una volta alla settimana per alcune settimane prima di venire in Tanzania e all'inizio della permanenza; finora tutto è stato OK. Riteniamo che anche le combinazioni per la malaria di Sigsbert agiscano come profilassi, cosicché chi è stato trattato omeopaticamente diventa molto più resistente. A proposito, il mio staff consiste in mia moglie, Camilla, o, più precisamente, io sono il suo staff! Insomma siamo noi due, anche se abbiamo avuto alcuni studenti e contiamo sull'arrivo di altri omeopati.

Avete laboratori per analisi del sangue, test per la malaria e l'HIV?

Tutti i nostri pazienti hanno fatto i test per l'HIV presso i centri ospedalieri. Utilizzano il Rapid Test e lo confermano con l'ELISA. Una volta accertata la positività dell'HIV, fanno la conta dei CD4 per determinare in quale stadio si trovano, secondo i parametri della WHO. Talora valutano la carica virale, anche se, al momento, non è disponibile perché è un esame troppo caro. L'80% dei nostri pazienti prende gli ARV ed è regolarmente seguito presso cliniche mediche, e così ogni 3-6 mesi fanno i test per i CD4.

Come somministrate i medicinali omeopatici, e che potenze prescrivete?

Sciogliamo un paio di granuli in una bottiglietta di acqua e invitiamo il paziente a prenderne un quarto di tappo ogni giorno. Usiamo soprattutto la 12 CH, una volta al giorno, senza interruzioni. Avendo una piccola farmacia, per noi è più pratico limitarci ad una sola potenza. I pazienti necessitano di assumere qualcosa tutti i giorni sia per gli ostacoli alla cura sia perché è una patologia grave ed anche perché così sono abituati a fare. Questo metodo funziona egregiamente, per cui non lo abbandoniamo. Se, dopo qualche mese, c'è una stasi nel miglioramento, passiamo alla 15CH e 18CH.

A proposito di immagazzinamento dei medicinali omeopatici, è vero che il caldo li danneggia?

Ti racconto un fatto. Quando ci trasferimmo dal Regno Unito in Israele, mettemmo tutti i nostri rimedi in un container per la spedizione. Per vari motivi rimase sulla nave per mesi e, poi, nel nostro giardino per un anno. Fece caldissimo e dentro il container deve essere stato come un forno. Tutti i rimedi funzionano ancora bene e li

nus epidemicus. I will be reporting on my conclusions when I have finished my investigations.

Do you and your staff implement any type of homeo-prophylaxis against malaria?

Yes, on ourselves and our guests. We take China sulph 30C once a week for a few weeks before coming to Tanzania and at the beginning of the stay, and so far we have all been OK. We find that Sigsbert's malaria combinations acts prophylactically as well, so that the people who have been treated with homeopathy become much more resistant. By the way, my staff is my wife, Camilla, or better, I am hers! It is just the two of us, although we have had some students and expect more homeopaths to arrive.

Are there equipped and staffed labs to perform analyses such as malaria and HIV tests?

All of our patients have been tested for HIV at medical centres or hospitals. They use the Rapid Test and confirm it with a different ELISA test. Once the HIV status is positive they take the CD4-count to assess the patient according to the World Health Organisation stages. Sometimes they measure the viral load, although at the moment this is not available because it is too expensive. 80% of our patients are taking antiretroviral drugs and are followed regularly by the medical clinics, so most patients have regular CD4 tests every 3 to 6 months.

How do you give homeopathic medicines? What potencies do you prescribe in Africa?

Mostly we dissolve a couple of pellets in a small bottle of water, and ask the patient to take a quarter of a cap full daily. We find this works well practically and homeopathically. We mostly use 12C once daily, continuously. It is more practical for us, with a limited pharmacy, to stick to one potency only. The patients need to take something daily, both because of obstacles to cure and serious pathology and also because that is what they are used to. This method works very well, so we stay with that. If they have stopped improving after a few months we go up to 15C and 18 C.

Speaking of medicines storage: is it true warmth damages effectiveness of homeopathic medicines?

Let me tell you a story. When we moved from the UK to Israel we put all our remedies in a container to ship over. Because of circumstances they were on the ship for months and then in our garden for a year. It was very hot at times, and the temperature must have been oven-like inside that container. All the remedies still work fine, we use them now. Temperature is not such a problem. But although we are on the equator, we are near the Kilimanjaro mountain and high up, so it is a bit cooler. Late winter it went as low as 13 C!

stiamo usando. La temperatura non è un problema. Anche se siamo all'Equatore, siamo vicini al Kilimanjaro e abbastanza in alto, quindi fa un po' più fresco: lo scorso inverno abbiamo avuto meno di 13°!

Da dove vengono i medicinali che utilizzate?

Abbiamo ricevuto generose donazioni soprattutto dal Cemon-Italia, Helios-UK, Hahnemann-USA e Neot Shoshanim-Israele.

Che atteggiamento hanno le autorità locali verso il progetto?

Le autorità locali dei paesi e le autorità sanitarie distrettuali lo appoggiano. Conoscono la devastazione che l'AIDS provoca sulla popolazione e sono lieti di accettare qualunque metodo sicuro e utile. Dicono: se funziona, siamo ben lieti di avervi qui. Finora non sono stati delusi. Anche il governo della Tanzania appoggia l'Omeopatia. Alcuni anni fa, quando il governo tanzaniano fu testimone dei marcati risultati positivi del trattamento omeopatico contro la malaria ottenuti da un omeopata tanzaniano, accettarono l'Omeopatia come una delle forme ufficiali di medicina in Tanzania. Nel 2002 è stata approvata la **Traditional and Alternative Medicines Act**, grazie alla quale l'Omeopatia è stata legalizzata.

Che ruolo hanno i capi villaggio e gli anziani dei villaggi?

Un'importanza fondamentale per via dell'influenza che hanno sulla gente. Perciò li contattiamo per primi per ricevere il loro benestare. Appoggiano e accolgono volentieri qualsiasi forma di medicina utile e sicura. La gente, qui, apprezza che l'Omeopatia sia una forma di medicina naturale, che cura lo spirito e il corpo, e anche che è gratuita. Soprattutto apprezza che non ci siano effetti collaterali e che dia una mano nel ridurre gli effetti collaterali degli ARV.

Organizzate corsi di insegnamento? Chi li frequenta? Sono gratuiti? Che testi usate?

Finora abbiamo solo insegnato il pronto soccorso, anche se stiamo istruendo un paio di studenti del posto. Sigsbert sta organizzando un corso di base in collaborazione con l'Università della Tanzania, che ci auguriamo parta subito. Quando il corso sarà pronto ci sarà da versare una quota. Ritengo che useremo tutti i testi standard a nostra disposizione: l'Organon, Kent, Phatak. Intanto insegniamo in una scuola in Kenya, che è la più bella scuola di Omeopatia esistente al mondo, con gli elefanti attorno e la Grande Rift Valley sotto.

Possono omeopati esperti o studenti venire in Tanzania a lavorare o collaborare con voi?

Karibu – Benvenuti! Il progetto è di lunga durata: riteniamo che terapie compatibilmente lunghe siano valide per la cura dei malati. Sarebbe particolarmente utile avere qui omeopati esperti perché dobbiamo curare persone molto seriamente malate. Potrebbero impegnarsi a stare per un minimo di tre mesi, procurandosi i finanziamenti. Scriveteci per maggiori informazioni.



Where are the homeopathic medicines you prescribe made?

We have received large donations of remedies from several homeopathic pharmacies, especially Cemon Labs in Italy, Helios in the UK, Hahnemann in the US and Neot Shoshanim in Israel. They are most appreciated.

What are the local authorities attitude on your project?

The local village and district medical authorities are very supportive of the projects. They see the devastation of AIDS to their people and are happy to accept any methodology that is safe and helpful. They say, if it work and we are happy to have you. And so far they have been more the happy. The government of Tanzania is also supportive of homeopathy. A few years ago, when the Tanzanian government witnessed the radical results of homeopathic treatment for malaria by a Tanzanian homeopath, they embraced homeopathy as one of the official medicines of Tanzania. In 2002 they passed the Traditional and Alternative Medicines Act, which makes homeopathy a legalized medicine.

What is the role of village elders and village chiefs?

They are very important because of the influence they carry with their people. So we make sure to contact them first and get their approval. They are very supportive and welcoming of any medicine that will be safe and helpful. The patients here love the fact that homeopathy is a natural medicine, that it treats the spirit as well as the body, and that it is free of charge. But most of all they appreciate that it has no side effects and helps to ameliorate the side effects that they feel from taking the anti-retrovirals.

Do you organize training courses? Who are people attending them? Is a course free of charge for students? What homeopathic texts do you place at students' disposal?

At this stage we have just taught first aid, although we are training a couple of locals. Sigsbert is organizing a foundation program with a Tanzanian University which we hope will open soon. When the school is ready there will be a charge, and I assume we will use all



Che ne pensi della campagna contro l'uso dell'Omeopatia in Africa e nei Paesi in via di sviluppo?

L'Omeopatia è la forma di medicina perfetta per i Paesi in via di sviluppo: efficace, a basso costo, senza effetti collaterali. Nel 2005, la WHO la ha raccomandata come scelta di eccellenza per i Paesi in via di sviluppo. Questo rapporto è stato messo a tacere dall'industria farmaceutica. Nel Regno Unito c'è un piccolo gruppo di soggetti, scienziati e pseudo-scienziati, che si oppone ad ogni forma di medicina complementare, soprattutto all'Omeopatia. Hanno lanciato attacchi su blogs privati, su quotidiani e hanno perfino contattato funzionari governativi di Paesi africani dove sono ambulatori omeopatici. Si possono avere più informazioni a <http://www.slingshotpublications.com/dwarfs.html> o <http://mcarolboyce.com/wp-content/uploads/2008/11/homeopathy-and-humbug-dec-071.pdf> o <http://www.monbiot.com/archives/2003/12/09/invasion-of-the-entryists/>. La maggior parte di questi oppositori non ha mai messo piede in Africa come medico e non ha mai assistito a ciò che l'Omeopatia è in grado di fare. Quindi, parlano non da un punto di vista scientifico; criticano i progetti omeopatici senza prove e distorcendo i fatti.

Che ne pensi delle critiche al tuo progetto apparse sul web?

All'inizio mi sono proprio turbato, poi ho capito che ci sono agenti delle compagnie farmaceutiche, ben organizzati, dei veri professionisti, che ci hanno attaccato sia sul web che dietro le quinte. Fa parte di un piano complessivo per distruggere l'Omeopatia. Anche se ci ha costretto a tenere un profilo più basso, per ora, stiamo contrattaccando in vari modi, soprattutto continuando per la nostra strada.

In che modo gli attacchi ricevuti hanno influito sul tuo progetto?

All'inizio sono stati una provocazione che ha fatto perdere molto tempo, ma alla lunga hanno finito per rafforzare il nostro intento. Questi attacchi hanno anche reso furibondi vari sanitari e autorità locali tanzaniani, che hanno visto gli sbalorditivi risultati ottenuti dall'Omeopatia e che non gradiscono che personaggi esterni al Paese vengano ad interferire nelle loro scelte di politica sanitaria. Considerano questa intrusione come una forma di neo-colonialismo che non tollerano.

the standard texts that are available to us- the Organon, Kent and of course-Phatak. We taught at a school in Kenya, which was the most beautiful homeopathy school in the world, with many elephants wandering through the Great Rift Valley below.

Are practicing homeopaths or student of homeopathy able to come to Tanzania and sit in with you or work in the clinics?

Karibu - Welcome. We are in this for the long term, and we believe in long term and consistent treatment and patient care. It is especially helpful to have practicing homeopaths come to work with us, as these are very seriously ill patients. You would need to commit yourself for a minimum three months, and obtain your own funding. Please write us for details.

What your opinion about the press campaign against homeopathy in Africa and developing countries all over the world?

Homeopathy is the perfect medicine for developing countries. It is effective, inexpensive and has no side effects. In 2005 the WHO report recommended Homeopathy as an excellent choice for developing countries. This report was squashed by the pharmaceutical industry. In the UK there is a small group of individuals, scientists and pseudo scientists who oppose any form of complementary therapy, especially, homeopathy. They have launched attacks on private blogs, newspapers and have even contacted the government officials of African countries where there are homeopathy clinics.

You can read more about these people at <http://www.slingshotpublications.com/dwarfs.html> or <http://mcarolboyce.com/wp-content/uploads/2008/11/homeopathy-and-humbug-dec-071.pdf> or <http://www.monbiot.com/archives/2003/12/09/invasion-of-the-entryists/>.

Most of these opposers have never been to Africa in a medical capacity and none have witnessed what homeopathy can do.

Therefore they are talking from a non scientific point of view. They are criticizing the homeopathy projects without substantiation and based on distortion of facts.

What is your opinion about disputes with your project that one can read in blogs on the web?

In the beginning we were very upset, but we now know that these are very organised and professional agents of the pharmaceutical companies, who have attacked us both on the web and behind the scene. This is part of their overall campaign to destroy homeopathy. Although it has caused us to lower our profile for the moment, we are fighting back in several ways, and mainly by keeping going.

How have the attacks affected your project?

While they were initially challenging and time consuming, the long term effect has been to strengthen our resolve. These attacks have

Quale è il coinvolgimento tuo e della tua famiglia in questo progetto?

Mia moglie Camilla ed io, per molti anni, abbiamo intensamente lavorato come omeopati. Abbiamo effettuato ricerca in campo omeopatia, pubblicato vari libri e articoli. Eppure, dal punto di vista professionale, questa è il lavoro più impegnativo e stimolante e con maggiori soddisfazioni che abbiamo mai fatto. Ogni giorno siamo colpiti dalle tragedie cui assistiamo e ogni giorno siamo sbalorditi di fronte ai risultati che l'Omeopatia può ottenere. Il PLWHA (People Living With HIV and AIDS) ha enormemente bisogno di qualsiasi forma di aiuto e, anche se ciò che facciamo è una goccia nell'oceano della sofferenza, ogni persona che riusciamo ad aiutare è un mondo intero. Sul piano personale devo dire che la mia famiglia è felice di vivere in Tanzania, di godere dei suoi stupendi paesaggi, della sua ricca cultura e, soprattutto, della calorosità e ospitalità della meravigliosa gente di Tanzania.

Quali sono gli ostacoli maggiori dal punto di vista logistico, dei costi ecc?

Spesso manca la corrente elettrica, c'è carenza d'acqua o problemi nei trasporti, ma il problema più serio è il finanziamento. Triste a dirsi, ma ci sono pochi fondi disponibili per la ricerca e per ambulatori che non facciano parte della medicina convenzionale; di conseguenza, singoli omeopati devono sobbarcarsi il peso dei costi e andare avanti da soli. Noi agiamo grazie a contributi di singoli, principalmente omeopati e pazienti che risiedono in Occidente. Sono contributi insufficienti per cui facciamo ricorso ai nostri risparmi e, ovviamente, non percepiamo salario.

Quali i costi effettivi?

La Tanzania non è un posto economico per vivere e lavorare. L'anno scorso (2009) abbiamo avuto 50.000 dollari americani di spese complessive. Il trasporto è la voce che più incide sul bilancio perché le strade non sono asfaltate ed è difficile guidarci su e alcuni ambulatori sono molto distanti, in aree rurali. Inoltre, facciamo visite domiciliari per pazienti troppo malati o che vivono troppo lontano per venire all'ambulatorio del villaggio. Altra spesa importante è quella per i traduttori perché la maggior parte dei pazienti parla Swahili. Per fortuna, ora ce la faccio, più o meno, a fare una visita in Swahili!

E le grandi Fondazioni?

Abbiamo fatto richiesta anche a loro, compresa la Gates Foundation, e continuiamo a farlo, ma senza nessun riscontro positivo. Le fonti che forniscono questi finanziamenti sono attorniate da comitati scientifici che non appoggiano l'Omeopatia. Pretendono prove statistiche, ma ciò è difficile da realizzare senza finanziamenti adeguati. C'è denaro a disposizione per l'AIDS e denaro per l'Africa, ma non per l'Omeopatia. Richiedere tali finanziamenti è un vero e proprio lavoro a tempo pieno, che produce spesso risultati deludenti e non abbiamo le risorse umane per farlo. Il nostro lavoro è curare i malati.

also incensed many Tanzanian health professionals and local authorities. They have seen the amazing results of homeopathy and they do not like outsiders interfering with their health care choices. They see it as a neo colonialism, and that does not go down well.

How do you and your family feel about this project?

My wife, Camilla, and I have practiced homeopathy intensively for many years. We have undertaken homeopathic research and have published many books and articles. But this is the most challenging and satisfying professional work we have ever done. We are daily touched by the tragedies we see, and we are daily amazed at what homeopathy can achieve. The PLWHA (People Living With HIV and AIDS) in Africa desperately need all the help they can get, and although what we are doing is a drop in the ocean of suffering, each individual we can help is a whole world. Personally our family is very much enjoying Tanzania, with its beautiful scenery, rich culture, and mostly the warmth and hospitality of the wonderful Tanzanian people.

Which are the main constrains to develop your project in terms of logistics, community behaviours, costs etc.?

Well we have to deal with the frequent lack of electricity, water shortages and transport problems, but the biggest constraint to the program is money. Sadly, there is little funding for clinics and research for any system of medicine other than conventional, so that individual homeopaths must bear the cost and burden of going it alone. We operate mostly from contributions from well meaning individuals, mostly homeopaths and patients in the West. Seeing this is often insufficient we have also used our own savings, and of course we take no salary.

How if the funding?

Tanzania is not an inexpensive place to work and live. Our general expenses have run about 50,000\$ for this year. Transportation is a major item in the budget since the roads are unpaved and difficult to drive and some of the clinics are far away in very rural areas. As well, we make home visits to many patients who are too sick or live too far away to come to the clinics in the village. Another important expense is translators, as most of the patients speak Swahili. Fortunately I can now more or less take a case in Swahili.

What about the big Foundations?

We have applied to many of the big funders, including The Gates Foundation, and continue to do so, but there has been no positive response. The sources that supply this money are surrounded by scientific committees who do not support homeopathy. They want statistical evidence, but that is difficult to supply without serious funding. There is money for AIDS and money for Africa, but not for homeopathy. Applying for these funds is also a full time job,

Cosa ti aspetti dal mondo omeopatico, dalla LMHI, dalle associazioni e scuole omeopatiche nazionali o dai singoli omeopati?

Oltre all'appoggio morale, di sicuro abbiamo bisogno di finanziamenti. Vorremmo avere un vigoroso appoggio dalla comunità omeopatica mondiale, dalle organizzazioni, dalle scuole, dai singoli. Ciò che stiamo facendo aiuterà l'Omeopatia intera e anche i singoli omeopati ne trarranno vantaggio. Le organizzazioni nazionali hanno la capacità di organizzare eventi per la raccolta di fondi così come di informare i propri iscritti sul progetto e stimolarli a fare donazioni. E' importante sapere che anche una donazione di 20 dollari americani è utile. Se 1000 omeopati donassero solo 20 dollari, il totale di 20.000 dollari ci consentirebbe di curare molti più malati di AIDS. Contributi maggiori ci consentirebbero di finanziare la ricerca e di presentare i risultati a tutto il mondo.

In che modo si può inviare un contributo?

Visitate il sito www.dynamis.edu, per ogni richiesta o contatto scrivete al responsabile del progetto, Tina Quark a tinqui@aol.com, oppure telefonatele al numero degli USA 212-479-7959. Se potete darci una mano in qualunque modo con un contributo, o conoscete chi possa farlo, noi e il PLWHA in Africa lo apprezzeremo moltissimo. Se riuscite ad organizzare una qualche raccolta di fondi ciò ci aiuterebbe molto. Infatti, dipendiamo da voi per mandare avanti il progetto. Se volete parlare di questo, contattaci per email o per telefono. Grazie per la collaborazione!

Ultima domanda: ci sono differenze nei casi di AIDS in Tanzania e in Europa o America?

Sono molto diversi. Ci sono pochissimi sintomi e modalità peculiari. Mancano quasi del tutto i sintomi mentali, a parte quelli legati alla mancanza di cibo e di soldi o forme di collera e tristezza molto generiche. Non bisogna praticare nessuna forma di Omeopatia assurda, i fantasiosi nuovi metodi proprio non funzionano qui! Seguiamo l'impostazione di Bonninghausen e, spesso, ci salvano i sogni. Gli Africani hanno una ricca vita onirica, che è molto importante per loro. Comunque, bisogna essere alquanto raffinati per mettere insieme tutte le informazioni raccolte. Vi presento un esempio clinico.

AIDS – UN CASO CLINICO DI MAGNESIA CARBONICA

Aspetto giovanile per l'età. Madre Masai e padre Chaga (*Chaga: come i più noti Masai, è una tribù tanzaniana – NdR*). Ha avuto TBC tre volte prima di iniziare gli antiretrovirali: TBC nel '98, 2000 e 2003. La terza volta gli hanno fatto il test per l'HIV, trovandolo positivo. Iniziò il trattamento ARV quando i CD4 erano a 46; sotto ARV dal 2007, CD4 167, ora scesi a 138. Non ha tosse né TBC. Malaria ogni tanto. La lingua presenta macchie nere. Linfonodi del collo gonfi, soprattutto a destra. Intorpidimento delle gambe (effetto collaterale degli ARV). Sudorazione di notte.

which often has disappointing results, and we do not have the human resources to do it. Our work is to treat patients.

What do you expect, what type of consideration or support to your project by homeopathic world, from Liga (LMHI) or national homeopathic associations and schools or by single homeopath?

Along with moral support, we definitely need funds. We would love to have vigorous support from the worldwide homeopathic community, individuals, organizations and schools. What we are doing here will help homeopathy as a whole and will benefit individual practitioners. National organizations have the ability to organizing fundraising events as well as telling their members about this project and encourage them to donate. It is important that people know that even a \$20 donation is helpful. If 1000 homeopaths donated just \$20, the resulting \$20,000 would assist us to treat many more AIDS patients. Larger contributions will help us to fund research and bring the results to the world.

How can we donate?

To donate please go to the website www.dynamis.edu or for any queries or foundation contacts, please email our Project Manager, Tina Quirk at tinqui@aol.com or phone her in the US at 212-479-7959.

If you can help in any way with a contribution, or know anyone that can, we, and the PLWHA in Africa would very much appreciate it. If you can organize any fund raising activities that would be of great help. In fact we depend on you for this project to continue. If you want to discuss any of this, please contact us by email or phone. Thank you for your attention and cooperation

Last question: what is the difference in cases between Tanzania and the West?

It is very different. There are very few modalities or peculiar symptoms. There are nearly no mental symptoms at all, other than lack of food and money, or very general anger or sadness. You need to practice a no nonsense homeopathy, the fancy new methods won't work here. We use the Bonninghausen approach, and are usually saved by the dreams. The African people have a rich dream life which is very important to them. However you need to be quite sophisticated in putting the information together.

Here is one case example

Mag. C. case

Looks very young for age.
Mother Masai, father is chaga
Had tbc three times before ARV, recurring tb, 98, 2000, and 2003. The third time they

Sogni d'essere inseguito da animali, come un leopardo. Sogni di un funerale, talvolta come se egli stesso fosse morto e di essere seppellito.

E' gentile e parla con voce cordiale, come un Masai.

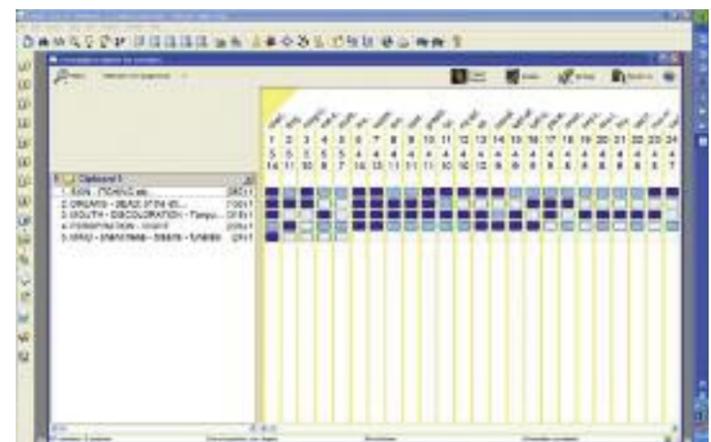
Paura dei serpenti e dei cani.

Irascibile, va in collera, alza la voce e, allora, evita le occasioni di scontro e si fa da parte per un po'.

Infanzia difficile; allevato dalla matrigna, ciò è proprio duro, le donne non sanno spartire l'affetto, fu frustrato da bambino, né amore né attenzioni, solo gelosia e isolamento.

Il padre e la madre si erano separati e il padre aveva sposato un'altra donna, quindi di lui si occupò la matrigna per 20 anni.

**Orfano, represso, sogni di funerali e di sepolture
Magnesia carbonica 12 C**



25.01.09 – Follow-up

Molto meglio. Ha dormito bene. Più energia. Non ha avuto febbre. Secrezione dagli occhi dopo aver dormito NS (nuovo sintomo) (prima non dormiva).

No linfonodi cervicali: >

Intorpidimento delle gambe: >>

Ancora uguale la sudorazione notturna

Sogni: di essere inseguito da cani e di combattere contro esseri sconosciuti.

Ridotta la collera: meglio

Magnesia carbonica 12 C – NS: secrezione oculare.

Aprile 2009 - Va meglio. Si sente proprio bene, in forza, con energia. Dorme bene.

Dicembre 2009 - Molto meglio sotto ogni aspetto. CD4 risaliti a 650!

Molte grazie Jeremy! Arrivederci.

tested him and found positive
Started ARV when CD4 count 46, since ARV 2007 167,
now down to 138

Now no cough no TB

Occasional malaria

Tongue black patches

Swollen glands neck << right

Numbness legs side effect ARV

Perspiration night

Dreams pursued by animals like a leopard Dreams burial, and sometimes as if he is dead and being buried

He is sweet and soft spoken, like a massai

Fear snakes dogs

He is short tempered, gets angry, speaks up

Then he avoid the place of confrontation and moves away for some time

Childhood difficult, brought up by step mother; this is very difficult, the women cannot divide love, they frustrate the children, no love no care, jealousy and segregation

Mother and father separated and father married another; so he was looked after by step mother 20 years

Orphan, quelled, dream funeral and burial

Rx Mag-c 12c

25.1.09 – FOLLOW UP

Much better

Sleeping well

Energy better

No fevers

Eyes discharge after sleeping NS (before didn't sleep)

No glands in neck>

Numbness legs >>

Perspiration night same

Dreams chased by dogs and fighting unknown beings

Reduced anger better

Rx mag-carb 12 c

NS discharge eyes

4.09 Follow ups

Doing well

Feels great and energetic

Sleeps well

12.09

Very well in every way

CD4 up to 650!

Asante sana, Jeremy, Kwa heri.

Effetti citotossici dei rimedi ultradiluiti su cellule cancerose del seno

Titolo originale: *Cytotoxic effects of ultra-diluted remedies on breast cancer cells*, International Journal of Oncology 36: 395-403, 2010. Traduzione di Elisa Mastromatteo

RIASSUNTO

L'uso di prodotti naturali ultradiluiti nel trattamento delle malattie e del cancro ha generato molto interesse e molte controversie. Abbiamo condotto uno studio in vitro per determinare se i prodotti prescritti da una clinica in India abbiano qualche effetto sulle linee cellulari cancerose del seno. Abbiamo studiato quattro rimedi ultradiluiti (Carcinosin, Phytolacca, Conium e Thuja) contro due linee cellulari umane di adenocarcinoma del seno (MCF-7 e MDA-MB-231) e una linea cellulare derivata da normali cellule epiteliali mammarie umane (HMLE: human mammary epithelial cells) immortalizzate. Questi rimedi hanno esercitato degli effetti citotossici preferenzialmente contro le linee cellulari cancerose del seno, causando il rallentamento/arresto e l'apoptosi del ciclo cellulare. Questi effetti sono stati accompagnati da un'alterata espressione delle proteine regolatrici del ciclo cellulare, incluse una sottoregolazione dell'Rb fosforilata e una sovraregolazione dell'inibitore di CDK p27, che sono state probabilmente responsabili del rallentamento/arresto del ciclo cellulare come dell'induzione della cascata apoptotica che si è manifestata nell'attivazione del caspasi 7 e nel clivaggio della PARP nelle cellule trattate. I risultati dimostrano un'attività biologica di questi prodotti naturali quando presenti in dosi ultradiluite. Ulteriori e approfonditi studi con l'utilizzo di più linee cellulari e di modelli animali indagheranno l'applicabilità clinica di questi agenti.

PAROLE CHIAVE

Cancro al seno, cellule cancerose del seno, ciclo cellulare, apoptosi, omeopatia, cura del cancro, medicina alternativa, medicina complementare, medicina integrativa, oncologia integrativa

ABSTRACT

The use of ultra-diluted natural products in the management of disease and treatment of cancer has generated a lot of interest and controversy. We conducted an in vitro study to determine if products prescribed by a clinic in India have any effect on breast cancer cell lines. We studied four ultra-diluted remedies (Carcinosin, Phytolacca, Conium and Thuja) against two human breast adenocarcinoma cell lines (MCF-7 and MDA-MB-231) and a cell line derived from immortalized normal human mammary epithelial cells (HMLE). The remedies exerted preferential cytotoxic effects against the two breast cancer cell lines, causing cell cycle delay/arrest and apoptosis. These effects were accompanied by altered expression of the cell cycle regulatory proteins, including downregulation of phosphorylated Rb and upregulation of the CDK inhibitor p27, which were likely responsible for the cell cycle delay/arrest as well as induction of the apoptotic cascade that manifested in the activation of caspase 7 and cleavage of PARP in the treated cells. The findings demonstrate biological activity of these natural products when presented at ultra-diluted doses.

Further indepth studies with additional cell lines and animal models are warranted to explore the clinical applicability of these agents.

KEYWORDS

Breast cancer, breast cancer cells, cell cycle, apoptosis, homeopathy, cancer care, alternative medicine, complementary medicine, integrative medicine, integrative oncology.

INTRODUZIONE

L'uso di erbe, minerali, vitamine, rimedi omeopatici e altre medicine complementari e alternative (MCA, o CAM: Complementary and Alternative Medicine) è in crescita a livello mondiale, e i pazienti col cancro stanno progressivamente optando per trattamenti con regimi terapeutici MCA (1-3). La sicurezza e l'efficacia di molti approcci MCA non è stata adeguatamente studiata, soprattutto nella cura del cancro. Per questo l'Istituto Nazionale per il Cancro degli Stati Uniti (NCI: National Cancer Institute) ha sviluppato il programma Serie dei Casi Migliori invitando i praticanti MCA a livello mondiale a presentare

le loro esperienze cliniche e i loro 'casi migliori' nell'uso della medicina alternativa nel trattamento del cancro, con l'obiettivo di sviluppare ulteriore ricerca in direzione di una rigorosa conferma scientifica.

Nel 1999 l'NCI valutò un protocollo per il trattamento del cancro sviluppato alla Fondazione P. Banerji per la Ricerca Omeopatica (PBHRF: P. Banerji Homeopathic Research Foundation) di Kolkata, India. Il 'protocollo Banerji' usava specifiche sostanze naturali ultradiluite per trattare pazienti con differenti tipi di cancro. L'NCI riesaminò 10 pazienti trattati secondo il protocollo Banerji. In quattro dei casi di cancro polmonare e esofageo l'NCI confermò delle risposte parziali (4). Tutti i pazienti riesaminati avevano una patologia e studi di imaging adatti a confermare la diagnosi e la risposta. I pazienti ricevettero soltanto i rimedi prescritti alla clinica PBHRF e nessun ulteriore trattamento convenzionale, quale chirurgia, radiazioni o chemioterapia. Dopo una rigorosa valutazione l'NCI concluse che c'era un'evidenza di efficacia sufficiente a permettere ulteriore ricerca del protocollo Banerji. Come documentato dalla clinica, 21.888 pazienti con tumori maligni trattati soltanto secondo il protocollo Banerji vennero seguiti alla PBHRF tra il 1990 e il 2005. Dei pazienti, 941 avevano il cancro al seno. I medici della clinica registrarono che nel 19% dei pazienti i tumori maligni regredirono completamente, e nel 21% i tumori rimasero stabili o progredirono con il trattamento. Per i pazienti con tumore stabile i controlli di follow-up proseguirono per almeno 2 anni e fino a un massimo di 10 (5).

Nel 2003 Pathak *et al.* registrarono che una dose ultradiluita del rimedio omeopatico *Ruta graveolens*, comunemente prescritto come agente terapeutico standard del protocollo Banerji

per il cancro del cervello, aveva indotto la morte in maniera selettiva nelle cellule di glioblastoma multiforme, promuovendo al contempo la proliferazione dei normali linfociti del sangue periferico (6).

Da quando quei risultati sono stati resi pubblici, abbiamo notato che i pazienti che vengono alla Clinica di Medicina Integrativa M.D. Anderson (M.D. Anderson's Integrative Medicine Clinic) già usano l'omeopatia o hanno un marcato interesse ad integrare questo trattamento con le loro terapie convenzionali, perché gli agenti non sono tossici e sono facili da usare. Gran parte delle informazioni sull'uso di questi agenti è disponibile ai pazienti su Internet e tramite gruppi di sostegno, e molti dei prodotti possono essere acquistati nei negozi di integratori alimentari, nei supermercati o da venditori online.

Considerando il crescente interesse nel protocollo Banerji tra i pazienti della nostra clinica, molti dei quali con cancro al seno in stato avanzato, abbiamo deciso di valutare l'effetto *in vitro* di quei rimedi. In questo studio abbiamo messo a confronto gli effetti di quattro medicinali ultradiluiti in due ben definite linee cellulari cancerose del seno umano e in una linea cellulare epiteliale mammaria umana immortalizzata cresciuta *in vitro*.

MATERIALI E METODI

Sostanze. I rimedi ultradiluiti usati dalla PBHRF sono stati ottenuti dai Laboratori Sharda Boiron Ltd India e altri simili rimedi dalla Standard Homeopathic Company (King of Prussia, PA, USA). Gli esperimenti sono stati condotti in triplicato e ripetuti almeno due volte per ogni tipo di rimedio. I rimedi usati e le loro diluizioni erano gli stessi prescritti dalla PBHRF per il trattamento

del cancro umano del seno: *Carcinosin*, 30C; *Conium maculatum*, 3C; *Phytolacca decandra*, 200C e *Thuja occidentalis*, 30C. I rimedi sono stati diluiti con un 87% di alcool neutro supplementare, chiamato 'solvente'. Il solvente è stato anche preso in esame per i suoi effetti sulle cellule, sia per se stesso che dopo essere stato processato attraverso un processo del metodo di succussione, simile a quello usato per ottenere le diluizioni (ovvero la potenza) dei rimedi.

Cromatografia con liquido ad alta prestazione (High-performance liquid chromatography, HPLC) per l'individuazione di componenti chimici in rimedi ultradiluiti. I rimedi ultradiluiti possono contenere molti costituenti chimici, poiché sono derivati da estratti di cellule vegetali e animali. I rimedi sono stati perciò sottoposti a fingerprinting tramite HPLC per identificare i costituenti. Il fingerprinting è stato attuato con i sistemi di Waters Delta 600 HPLC (Waters Co., Milford, MA) dotati di una pompa erogatrice di solvente, una Waters 717 plus autosampler, e un rivelatore a serie di fotodiadi Waters 2996. La separazione cromatografica è stata raggiunta usando una colonna C18 (5,0 m, 250x4,6 mm) (Agilent) con una cartuccia pre-colonna (5,0 m, 20x3,9 mm I.D.). La fase mobile consisteva di metanolo (A) e acqua (B), e la separazione è stata raggiunta usando un gradiente lineare di 10-90% di metanolo con un tempo di scarto tra una iniezione e la successiva di 60 minuti. L'indice di fluidità era di 1 ml/min. Le lunghezze d'onda di rivelazione erano di 254 e 220 nm. Tutti i campioni sono stati processati alle stesse condizioni e avevano la medesima scala di 0,2 unità astronomiche.

Linee cellulari. Due linee cellulari di un adenocarcinoma umano del seno, MCF-7 e MDA-MB-231, sono state prese dalla American Tissue Culture Collec-

1. INTEGRATIVE MEDICINE PROGRAM; 2. DEPARTMENT OF MOLECULAR PATHOLOGY; 3. DEPARTMENT OF MELANOMA MEDICAL ONCOLOGY, THE UNIVERSITY OF TEXAS M.D. ANDERSON CANCER CENTER, HOUSTON, TX, USA; 4. P. BANERJI HOMEOPATHIC RESEARCH FOUNDATION, KOLKATA, INDIA.

Corrispondenza:

Dr Moshe Frenkel, Integrative Medicine Program-Unit 1.45, The University of Texas M.D. Anderson Cancer Center, 1515 Holcombe Blvd., Houston, TX 77030-4009, USA – frenkelm@netvision.net.il; mshfrenkelmd@gmail.com.

Dr Prasanta Banerji and Dr Pratip Banerji, PBH Research Foundation, 10/3/1 Elgin Road, Kolkata-700 020, India – info@pbhfindia.org; pbhfrf@vsnl.com.

tion (Manassas, VA). Le cellule MCF-7 contengono lo wild-type del gene p53 e sono estrogeno- e progesterone-recettore positive, mentre le cellule MDA-MB-231 contengono un gene p53 mutante e sono estrogeno- e progesterone-recettore negative. Le cellule sono state coltivate nel medium di Eagle modificato di Dulbecco addizionato di un 10% di siero fetale bovino sottoposto a disattivazione termica (Atlanta Biologicals, Atlanta, GA), un 1% di L-glutammina (Invitrogen, Carlsbad, CA) e un 1% di pen-strep (Invitrogen). Una linea cellulare di controllo, HMLE, che è stata derivata da normali cellule epiteliali mammarie umane immortalizzate con la sottounità catalitica di telomerase e con gli antigeni SV40 grande T e piccola T, è stata gentilmente fornita dal Dr. Sendurai Mani dell'M.D. Anderson. Le cellule HMLE sono state coltivate in un rapporto 1:1 di medium di Eagle modificato di Dulbecco: Ham's F12 (Mediatech, Manassas, VA) e il Medium di Crescita delle Cellule Epiteliali Mammarie (Lonza, Allendale, NJ); la coltura è stata addizionata di 2,5 g/ml di insulina (Sigma), 5 ng/ml di Fattore di Crescita Epidermale umano (Sigma) e 250 ng/ml di idrocortisone (Sigma). Tutte le linee cellulari sono state messe in incubazione a 37°C in un'atmosfera di 5% di CO₂ e 95% di aria.

Saggio al bromuro di metiltiazolidifenil-tetrazolio (MTT). Le linee cellulari sono state analizzate rispetto alla vitalità cellulare con un saggio MTT. All'incirca 5.000 cellule cresciute in triplicato in piatti matrice a 96 pozzi per 24 ore sono state trattate coi rimedi per 24, 48, 72 e 96 ore. Per determinare la vitalità cellulare, 50 l di MTT (5 mg/ml) sono stati aggiunti alle cellule al buio e in condizioni sterili per 2 ore a 37°C. Dopo 2 ore il medium è stato rimosso e sono stati aggiunti 100 l di dimetil solfossido. I piatti matrice sono stati sotto-

posti a incubazione a temperatura ambiente per 8-10 minuti. L'assorbenza a OD 570 nm è stata poi misurata tramite un lettore di piastra di analisi di immunosorbente enzima-collegato.

Preparazioni citologiche e ibridazione in situ in fluorescenza (FISH: fluorescence in situ hybridization). Le colture cellulari trattate con i rimedi e quelle di controllo sono state trattate con 0,04 l/ml di colcemid (Gibco/Invitrogen, Carlsbad, CA) per circa 1 ora a 37°C e poi processate per preparazione cromosomica a seguito di un breve trattamento ipotonico in uno 0,9% di citrato di sodio e della fissazione in una soluzione 3:1 di metanolo e acido acetico. Le lastre sono state asciugate all'aria e impregnate con impregnante Giemsa, e le colture sono state esaminate relativamente ai loro indici mitotici. Le lastre sono state anche processate per FISH usando un probe telomerico di acido peptido nucleico marcato al Cy-3 (Dako Corporation, Carpinteria, CA), secondo le indicazioni del produttore. Almeno 200 cellule, tra i campioni trattati e quelli non trattati, sono state analizzate per l'indice mitotico e per i segnali di DNA telomerico con un microscopio Nikon Eclipse 80i dotato di un dispositivo digitale monocromatica Photometrics ColSNAP HQ2.

Citometria di flusso per l'esame della distribuzione del ciclo cellulare e della popolazione subdiploide. La progressione del ciclo cellulare e la sua apoptosi sono state analizzate con un'analisi di separazione cellulare attivata a fluorescenza (FACS: fluorescence activated cell sorting). All'incirca 1x10⁶ sia delle cellule di controllo che di quelle trattate coi rimedi sono state tripsinate, lavate due volte con salina a tampone fosfato fredda (1X PBS) e fissate in 2 ml di etano-

nolo ghiacciato (70%) per tutta la notte a 4°C. Le cellule fissate sono state lavate due volte con 1X PBS e poi incubate con 1 ml di PBS, contenente 20 g/ml di RNasi e 50 g/ml di propidio-iodidio (PI), per 30 minuti a 37°C. Le cellule impregnate sono state analizzate usando un contacellule Coulter Epics XL (Beckman Coulter, Brea, CA).

Rilevamento di apoptosi tramite marcatura con annexin V e citometria di flusso. Le cellule trattate e quelle di controllo (ca. 1x10⁶ per gruppo) sono state coltivate in piatti di 60 mm per 72 ore. Sia le cellule in sospensione che quelle aderenti sono state raccolte tramite centrifuga a 1.200 rpm per 5 minuti a 4°C. Il pellet cellulare è stato lavato una volta con 1X PBS fredda. Il pellet è stato risospeso in 500 l di TBS/Ca²⁺ [20 mM di Tris più 150 mM di NaCl (pH 7.4) e 2 mM di Ca²⁺]. Poi sono stati aggiunti alla soluzione 25 l di annexin V/PI soluzione (Trevigen, Gaithersburg, MD) e il tutto è stato lasciato in incubazione per 5 minuti a temperatura ambiente. La reazione è stata analizzata tramite FACS a una lunghezza d'onda di emissione di circa 525 nm con un laser blu per l'impregnamento da annexin V-fluoresceina isotiocianato (FITC) e a una lunghezza d'onda di emissione di circa 620 nm con un laser rosso per l'impregnamento da PI.

Immunoblotting. L'espressione delle proteine associate con la regolazione del ciclo cellulare e con l'apoptosi è stata rilevata tramite analisi Western blot delle cellule trattate e di controllo. Per l'analisi del ciclo cellulare abbiamo usato anticorpi contro le proteine regolatrici del ciclo cellulare ciclina D1, ciclina D3, chinasi 4 ciclina-dipendente (CDK4), chinasi 6 ciclina-dipendente (CDK6), p27 (un inibitore di CDK) e la forma fosforilata della proteina Rb,

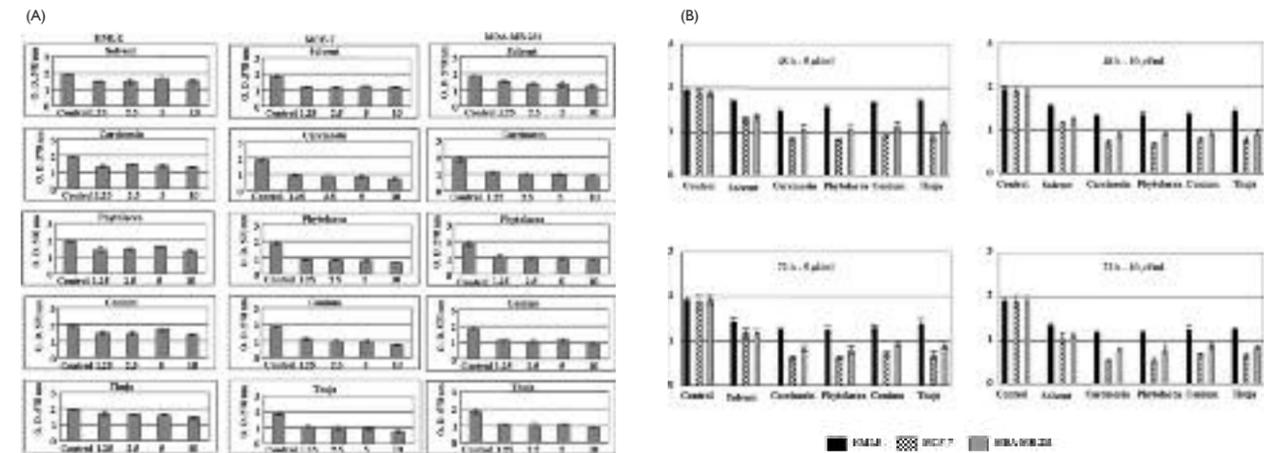


Figura 1. (A) Saggio di vitalità al bromuro di metiltiazolidifenil-tetrazolio (MTT) delle cellule HMLE, MCF-7 e MDA-MB-231 a seguito di trattamenti con solvente, Carcinosin, Phytolacca, Conium e Thuja per 48 ore a varie concentrazioni (0; 1,25; 2,5; 5 e 10 µl/ml). I valori sono stati ottenuti in esperimenti indipendenti attuati in triplicato e sono stati rappresentati come media ± errore standard vs. controllo (barre). (B) Saggio MTT per la vitalità delle cellule trattate con 5 e 10 µl/ml di solvente, Carcinosin, Phytolacca, Conium e Thuja per 48 e 72 ore. I valori sono stati ottenuti in esperimenti indipendenti attuati in triplicato e sono presentati come media errore standard (barre) vs. controllo.

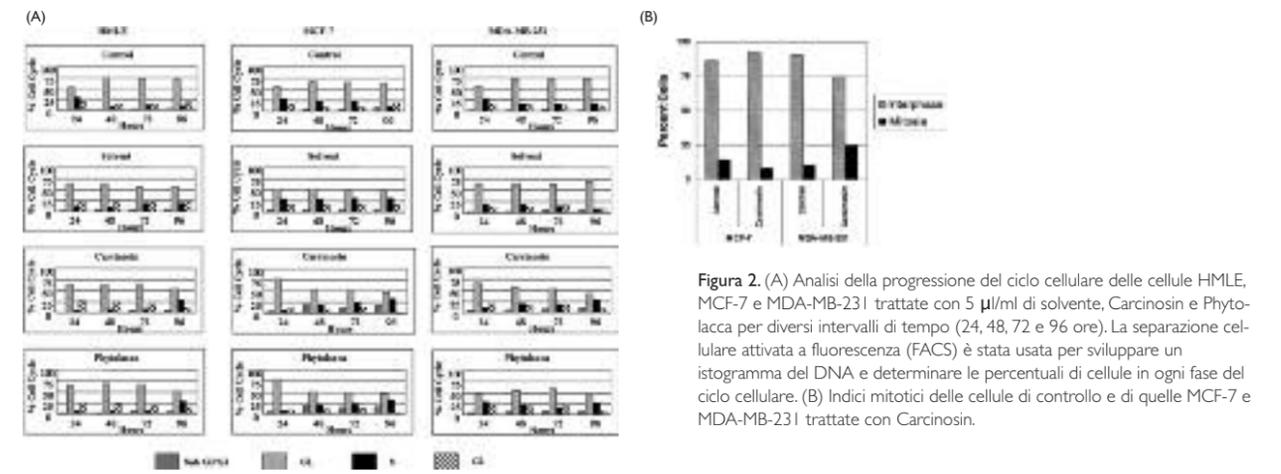


Figura 2. (A) Analisi della progressione del ciclo cellulare delle cellule HMLE, MCF-7 e MDA-MB-231 trattate con 5 µl/ml di solvente, Carcinosin e Phytolacca per diversi intervalli di tempo (24, 48, 72 e 96 ore). La separazione cellulare attivata a fluorescenza (FACS) è stata usata per sviluppare un istogramma del DNA e determinare le percentuali di cellule in ogni fase del ciclo cellulare. (B) Indici mitotici delle cellule di controllo e di quelle MCF-7 e MDA-MB-231 trattate con Carcinosin.

mentre per analizzare la risposta apoptotica sono stati usati anticorpi contro le proteine associate all'apoptosi poli (ADP-ribosio), polimerasi (PARP) e caspasi 7 (Cell Signaling Technology, Danvers, MA). Per isolare le proteine totali, i pellet cellulari sono stati lavati una volta con 1X PBS ghiacciata e poi risospesi in 100 l di soluzione litica lysis buffer fredda (20 mM Tris-HCl, pH 8,0, 150 mM NaCl, 0,1 mM fenilmetilsulfonil fluorato, 1 mM acido etilen-diammino tetracetico, 1% Triton, X-100, 0,5% sodio deossicolato, 0,1%

sodio dodecilsolfato (SDS), 0,5 mg di cocktail di inibitori di proteasi Complete), omogeneizzati e centrifugati. Le concentrazioni di proteine sono state determinate usando un kit di analisi delle proteine Bio-Rad (Richmond, CA). Quantità equivalenti di proteina cellulare totale (50 g) sono state sospese in sample buffer 1X (125 mM Tris-HCl (pH 6.8), 2% SDS, 5% glicero, 0,1% blu di bromofenolo e 1% -mercaptoetanolo) e denaturate tramite ebollizione per 5 minuti. I campioni preparati sono stati risciolti con elet-

troforesi su 10% di gel di SDS-poliacrilamide e trasferiti su una membrana nitrocellulosa Hybond-ECL (Amersham Biosciences, Piscataway, NJ). Le membrane sono state poi incubate con gli anticorpi designati per tutta la notte a 4°C. Le membrane sono state successivamente incubate per 1 ora con l'anticorpo immunoglobulina anti-coniglio G coniugato alla perossidasi di cavallo e visualizzate utilizzando kit di chemiluminescenza di tipo avanzato (GE Healthcare, Bucks, UK).

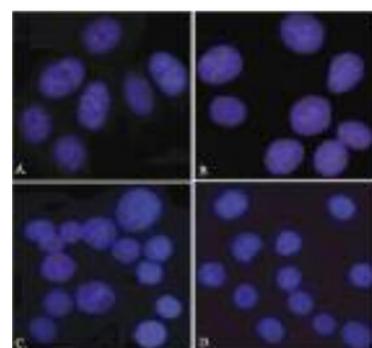


Figura 3. (A) Immagini rappresentanti l'ibridazione in situ in fluorescenza del DNA telomerico delle cellule MCF-7 non trattate. (B) Cellule MCF-7 trattate con Carcinisin. (C) Cellule MDA-MB-231 non trattate. (D) Cellule MDA-MB-231 trattate con Carcinisin. Le cellule trattate sono state esposte a 5 µl/ml di Carcinisin per 72 ore.

RISULTATI

Fingerprinting cromatografico. Il solvente ha mostrato un solo picco distinto, eluito a circa 2 minuti, nel cromatogramma. Per determinare se la succussione avesse causato qualche cambiamento chimico nel solvente, abbiamo messo a confronto i profili di fingerprinting del solvente prima e dopo la succussione. Il cromatogramma dei solventi trattati e non trattati è apparso identico, a indicare che la succussione non aveva causato cambiamenti chimici nel solvente. Tutti e quattro i rimedi avevano dei cromatogrammi HPLC molto simili tra loro, con soltanto piccolissime quantità di numero limitato di picchi. I rimedi non erano significativamente distinti dal solvente e non avevano il picco distinto visto nel solvente. *I rimedi ultradiluiti riducono la vitalità delle cellule dell'adenocarcinoma umano del seno.* Come mostrato nella fig. 1A, il solvente ha ridotto la vitalità di tutti e tre i tipi di cellule; la riduzione complessiva nelle cellule a dosi differenti di solvente è stata all'incirca del 30% per le cellule MCF-7, del 20-30% per quelle MDA-MB-231 e del 20% per quelle HMLE. Curiosamente, gli effetti inibitori dei rimedi sulla vitalità delle cellule, sia in quelle MCF-7 che in quelle MDA-MB-231, sono stati

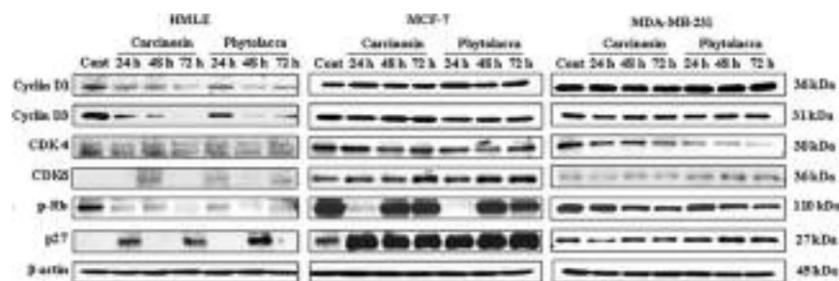


Figura 4. Analisi Western blot delle proteine regolatrici del ciclo cellulare nelle cellule HMLE, MCF-7 e MDA-MB-231, trattate con 5 µl/ml di Carcinisin o Phytolacca per diversi periodi di tempo (24, 48 e 72 ore). Il caricamento delle proteine è stato verificato attraverso la rilevazione di β-actina negli stessi gel.

chiaramente maggiori per ciascuna delle dosi sottoposte a test rispetto a quelli visti nelle cellule trattate solo con solvente. Le cellule MCF-7 sono state trovate più sensibili a tutti e quattro i rimedi rispetto a quelle MDA-MB-231 (fig. 1A, pannelli 2 e 3). Gli effetti inibitori dei rimedi si sono mostrati anche dose-dipendenti sia per le cellule MCF-7 che per quelle MDA-MB-231, con una inibizione progressivamente maggiore a dosi più elevate (50-75% di perdita di vitalità nelle due linee cellulari). Per indagare se gli effetti inibitori aumentassero in base al tempo di trattamento, abbiamo trattato le cellule con il solvente e i rimedi a concentrazioni di 5 e 10 l/ml per 48 e 72 ore. I risultati hanno rivelato che gli effetti inibitori erano maggiori per il periodo più lungo di trattamento e che è stata causata una più forte inibizione dai rimedi piuttosto che dal solvente. Tra i quattro rimedi presi in esame, *Carcinisin* e *Phytolacca* hanno rivelato in maniera riproducibile degli effetti inibitori relativamente più alti in esperimenti replicati. Questi due rimedi hanno ridotto la vitalità delle cellule MCF-7 per il 60-75% alla dose di 5 l/ml e per il 70-80% alla dose di 10 l/ml, rispettivamente dopo 48 e 72 ore di trattamento. Per le cellule MDA-MB-231 la riduzione è stata del

50-65% a 5 l/ml e del 65-70% a 10 l/ml agli stessi tempi utilizzati per le altre cellule. Dall'altro lato il solvente ha causato una riduzione nella sopravvivenza delle due linee cellulari per il 30-35%, alle stesse condizioni (fig. 1B). In modo incisivo, gli effetti dei quattro rimedi sulla vitalità delle cellule HMLE sono stati quasi indistinguibili da quelli del solo solvente (figg. 1A e 1B). In considerazione del fatto che *Carcinisin* e *Phytolacca* si sono rivelati inibitori relativamente più potenti della sopravvivenza delle cellule cancerose, abbiamo deciso di indagare ulteriormente su questi due rimedi per comprendere i meccanismi responsabili dei loro effetti osservati sulla proliferazione e sulla sopravvivenza delle cellule.

Induzione dell'arresto del ciclo cellulare e della morte cellulare da parte dei rimedi. Abbiamo successivamente esaminato i profili di progressione del ciclo cellulare delle cellule MCF-7, MDA-MB-231 e HMLE trattate con una dose di 5 l/ml di *Carcinisin* e *Phytolacca*. Come mostrato nella fig. 2A, a 24 ore di trattamento con i rimedi le cellule MCF-7 hanno mostrato l'arresto della fase G1 con una concomitante diminuzione nelle popolazioni delle fasi S e G2/M. A

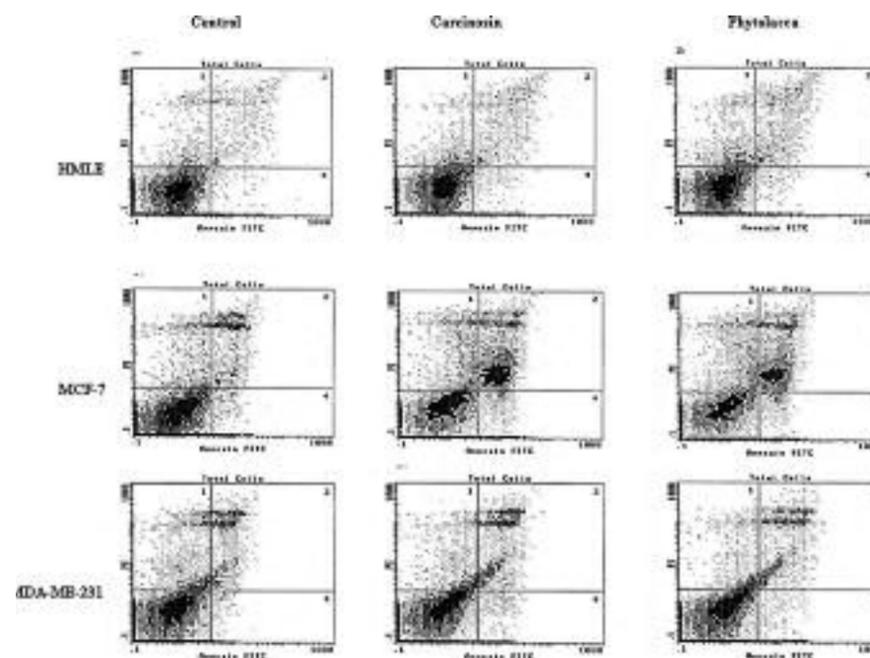


Figura 5. Grafico di densità della risposta apoptotica nelle cellule HMLE, MCF-7 e MDA-MB-231 trattate con 5 µl/ml di Carcinisin o Phytolacca per 72 ore. La risposta apoptotica è stata determinata per mezzo di separazione cellulare attivata a fluorescenza. Le cellule vitali sono nel quadrante inferiore sinistro e le cellule apoptotiche di primo e ultimo stadio sono nei quadranti inferiore destro e superiore destro. Si noti l'aumento nelle cellule MCF-7 e MDA-MB-231 apoptotiche di ultimo stadio.

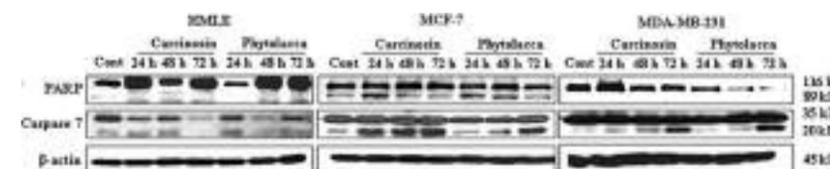


Figura 6. Analisi Western blot del clivaggio di poli (ADP-ribosio) polimerasi e della caspasi 7 clivata attivata nelle cellule HMLE, MCF-7 e MDA-MB-231 trattate con Carcinisin e Phytolacca. Il caricamento delle proteine nel gel è stato verificato attraverso la rilevazione di β-actina.

48 ore e oltre sono apparse distinte popolazioni sub-G0, rappresentanti la morte cellulare, e le cellule della fase G1 sono diminuite. La popolazione sub-G0 ha mostrato un aumento marginale a 96 ore post-trattamento, mentre le cellule della fase S erano aumentate e quelle della fase G2/M erano quasi completamente assenti. Nelle cellule HMLE è stato evidente un arresto relativamente meno pronunciato della fase G1 dopo 24 ore di trattamento sia con il solvente che con i rimedi, mentre è stato visto un arresto o un rallentamento relativamente più grande della

fase G2/M a seguito del trattamento con i rimedi rispetto alle cellule sia trattate che non trattate con il solvente. Una popolazione sub-G0 è diventata evidente a 72 e 96 ore nei campioni trattati, sebbene il picco fosse distintamente più piccolo rispetto alle cellule MCF-7 trattate con i rimedi. I profili del ciclo cellulare delle cellule MDA-MB-231 trattate con i rimedi sono apparsi differenti da quelli delle cellule MCF-7 trattate con i rimedi. Mentre l'arresto di G1 nelle cellule trattate per 24 ore con il solvente e con *Carcinisin* è stato simile a quello visto per le cellule

HMLE, lo stesso non è stato osservato dopo il trattamento con *Phytolacca*. Le cellule trattate con *Phytolacca* hanno presentato un maggiore accumulo nella fase G2/M dopo 24, 48 e 72 ore di trattamento rispetto alle cellule MCF-7. Picchi di sub-G0 sono stati visibili a 48, 72 e 96 ore, ma questi picchi non sono stati visti nelle cellule non trattate di controllo ed erano maggiori di quelli visti nei campioni trattati col solvente. Un rallentamento o un arresto preferenziale nella crescita delle cellule MDA-MB-231 nella fase G2/M dopo il trattamento coi rimedi è stato rivelato dall'analisi microscopica delle cellule trattate coi rimedi. Il numero di cellule mitotiche era chiaramente elevato nelle cellule MDA-MB-231 trattate rispetto a quelle MCF-7 trattate e a quelle non trattate di controllo (fig. 2B).

Perdita preferenziale di DNA telomerico nelle cellule di adenocarcinoma trattate coi rimedi. Le cellule MCF-7, MDA-MB-231 e HMLE trattate con *Carcinisin* e *Phytolacca* sono state analizzate tramite FISH per quantificare il DNA telomerico. Come mostrato in fig. 3, c'è stata una riduzione significativa nei segnali di DNA telomerico nelle cellule trattate con i rimedi rispetto a quelle non trattate di controllo. I segnali di DNA telomerico nelle cellule HMLE trattate sono stati molto meno interessati rispetto a quelli delle cellule dell'adenocarcinoma. Questa riduzione preferenziale dei segnali di DNA telomerico ha indicato che *Carcinisin* e *Phytolacca* hanno causato la perdita di integrità del genoma, la quale forse ha contribuito all'induzione della morte delle cellule. *Aterati profili di espressione delle proteine regolatrici del ciclo cellulare nelle cellule trattate con Carcinisin e Phytolacca.* Dal momento che le cellule trattate coi rimedi hanno mostrato un rallentamento/arresto del ciclo cellulare, abbiamo analizzato i profili di espressione delle proteine regolatrici del ciclo cellulare nelle cellule

HMLE, MCF-7 e MDA-MB-231 trattate con *Carcinosin* e *Phytolacca* (fig. 4). Le proteine di ciclo cellulare analizzate in questi esperimenti hanno incluso le cicline D1 e D3, CDK4, CDK6, l'Rb fosforilata (pRb) e la p27. Ciascuno dei tre tipi di cellule ha mostrato cambiamenti sia unici che comuni nei profili di espressione delle proteine regolatrici del ciclo cellulare, rispecchiando le alterazioni molecolari del ciclo associate al pathway che erano occorse in risposta ai trattamenti con i rimedi. Nelle cellule HMLE i livelli delle cicline D1 e D3 sono diminuiti significativamente, ma queste cicline non hanno mostrato nessun cambiamento percepibile nell'espressione nelle cellule MCF-7 e MDA-MB-231. I livelli di CDK4 e CDK6 si sono abbassati a 24 ore e poi, a successivi intervalli di tempo, si sono innalzati di poco nelle cellule HMLE. I bassi livelli di espressione delle CDK hanno coinciso con elevati livelli di p27 e bassi livelli di pRb, probabilmente a rispecchiamento del meccanismo di rallentamento/arresto del ciclo cellulare in queste cellule. Nelle cellule MCF-7 e MDA-MB-231, mentre i livelli delle cicline D1 e D3 sono rimasti quasi inalterati nelle cellule trattate, i livelli di CDK4 e CDK6 hanno mostrato modelli di espressione contrastanti a seguito dei trattamenti con i rimedi. Nelle cellule MCF-7 CDK4 e CDK6 sono rimasti elevati a 24 ore, sono diminuiti a 48 e si sono innalzati a 72, mentre nelle cellule MDA-MB-231 i livelli hanno mostrato una diminuzione graduale. Questi cambiamenti minimi nelle CDK in fase G1 nelle cellule MCF-7 hanno coinciso con il loro rallentamento/arresto a questo stadio del ciclo, e la loro diminuzione nelle cellule MDA-MB-231 ha rispecchiato la progressione non inibita attraverso questa fase del ciclo cellulare. In modo interessante, a dispetto del mantenimento dei livelli di CDK4 e CDK6 elevati a 24 ore nelle cellule MCF-7 trattate, il livello del substrato fosforilato, Rb, ha mostrato un netto crollo a 24 ore.

Questo ha coinciso con un'elevata espressione di p27, a indicare che l'induzione di p27 a seguito del trattamento coi rimedi ha giocato un ruolo importante nella regolazione della proliferazione e della vitalità di queste cellule MCF-7 attraverso il ciclo cellulare. Una progressiva diminuzione di pRb nelle cellule MDA-MB-231 dalle 24 alle 72 ore di trattamento coi rimedi, dall'altro lato, ha dimostrato che i rimedi hanno avuto un effetto minimo durante la transizione attraverso la fase G1 di queste cellule. Comunque il crescente livello di p27 attraverso 72 ore di trattamento ha suggerito che l'induzione di questo inibitore di chinasi è responsabile del verificarsi delle risposte citostatiche e citotossiche ai rimedi nelle cellule MDA-MB-231.

Induzione dell'apoptosi e attivazione della cascata apoptotica nelle cellule trattate con Carcinosin e Phytolacca. Per confermare che i rimedi ultradiluiti inducessero l'apoptosi, le cellule HMLE, MCF-7 e MDA-MB-231 trattate con *Carcinosin* e *Phytolacca* per 72 ore sono state impregnate con PI e annexin V-Alexa Fluor 488 e analizzate con FACS.

La fig. 5 mostra che *Carcinosin* e *Phytolacca* hanno aumentato marcatamente la popolazione apoptotica di ultimo stadio, come messo in evidenza dall'aumentato numero di cellule MCF-7 nel quadrante superiore destro dell'istogramma di FACS; l'apoptosi di ultimo stadio è stata più alta anche nelle cellule MDA-MB-231 rispetto a quelle di controllo. In contrasto con questo, i numeri di tali cellule di apoptosi di ultimo stadio sono stati soltanto marginalmente elevati nelle cellule HMLE. Quantitativamente *Carcinosin* e *Phytolacca* hanno aumentato la popolazione delle cellule apoptotiche solo dal 5 al 10% nelle cellule di controllo trattate con solvente. L'aumento nella popolazione delle cellule MCF-7 apoptotiche è stato molto più ampio, andando dal 7% nelle cellule trattate con solvente al 27% e 28%, rispettivamente,

nelle cellule trattate con *Carcinosin* e *Phytolacca*. L'aumento nella popolazione delle cellule apoptotiche nelle cellule MDA-MB-231 trattate con *Carcinosin* e *Phytolacca* è stato meno pronunciato, andando dal 10% nelle cellule di controllo al 18 e 16%, rispettivamente, nelle cellule trattate con *Carcinosin* e *Phytolacca*. Poiché l'iniziazione della cascata apoptotica è associata con la generazione di forme attivate di caspasi clivate così come con il clivaggio della PARP, abbiamo analizzato questi marcatori molecolari di apoptosi nelle cellule HMLE, MCF-7 e MDA-MB-231 trattate con *Carcinosin* e *Phytolacca*. Come mostrato in fig. 6, il trattamento delle cellule MCF-7 ha accelerato la degradazione della PARP, risultante nell'apparizione del frammento di PARP 85-kDa nelle analisi Western blot. Sorprendentemente, nelle cellule MDA-MB-231 la quantità di PARP intatta è diminuita progressivamente con l'aumento del tempo di trattamento, ma la banda clivata 85-kDa non era evidente. Le cellule HMLE hanno mostrato un clivaggio minimo della PARP dopo il trattamento con i rimedi. Inoltre, l'attivazione della cascata apoptotica nelle cellule trattate coi rimedi è risultata evidente dall'apparire della forma attivata di caspasi 7 clivata sia nelle cellule MCF-7 che in quelle MDA-MB-231. Mentre l'attivazione della caspasi 7 è stata minima nelle cellule HMLE trattate, nelle cellule MCF-7 la forma attivata dell'enzima è risultata evidente successivamente alle 24 ore durante il trattamento con *Carcinosin* e a 72 ore di trattamento con *Phytolacca*. Dall'altro lato l'attivazione della caspasi 7 nelle cellule MDA-MB-231 è stata chiaramente rilevabile dopo 72 ore di trattamento con *Carcinosin* e *Phytolacca*. I risultati dimostrano quindi che la cascata apoptotica è stata attivata in maniera preferenziale nelle cellule carcinomatose trattate coi rimedi, rispetto alle cellule normali, e

che l'attivazione nelle cellule cancerose è stata regolata, dal punto di vista temporale, in maniera tipo-specifica.

DISCUSSIONE

I nostri risultati suggeriscono che i rimedi omeopatici ultradiluiti prescritti nel 'protocollo Banerji' esercitano degli effetti citotossici in maniera preferenziale contro le linee cellulari umane di carcinoma del seno MCF-7 e MDA-MB-231. Inoltre, abbiamo scoperto che questi effetti sono il risultato di un'espressione alterata delle proteine regolatrici del ciclo cellulare, che causa il rallentamento/arresto del ciclo cellulare così come l'induzione della morte cellulare tramite l'attivazione della cascata apoptotica. L'inibizione della sopravvivenza e l'induzione della morte cellulare in maniera preferenziale in presenza dei rimedi, rispetto al solvente, e anche la dipendenza di questi effetti dalla dose dei rimedi convalidano la nostra conclusione. Lo studio ha rivelato anche, in maniera importante, che questi rimedi hanno degli effetti relativamente meno tossici sulla sopravvivenza delle cellule derivate da un epitelio mammario normale e inibiscono moderatamente la proliferazione delle cellule mononucleari del sangue periferico (PBMC: peripheral blood mononuclear cells). La proliferazione di CD3 e delle PBMC stimulate da IL-2, saggiata tramite incorporazione di ³H-thymidine, è stata inibita per circa il 10-15% in presenza dei rimedi e per circa il 5% in presenza del solvente (dati non mostrati). L'effetto citotossico di due dei rimedi indagati in questo studio, *Carcinosin* e *Phytolacca*, in maniera interessante è apparso simile all'attività di 0,12 M di paclitaxel (Taxol), il farmaco chemioterapico più comunemente usato per il cancro al seno, quando questo effetto è stato testato nelle due linee cellulari di adenocarcinoma esaminate in questo studio con esperimenti paralleli (dati non mostrati). Mentre è si-

gnificativo che i rimedi abbiano influito negativamente sulla sopravvivenza delle cellule con wild-type del gene p53 e estrogeno-sensibili MCF-7 così come su quella delle cellule MDA-MB-231, con gene p53 mutato ed estrogeno-indipendenti, la scoperta di una suscettibilità differenziale in questi due tipi cellulari indica anche che le attività citotossiche dei rimedi sono dipendenti dal background genetico delle cellule cancerose trattate. In questo contesto è intrigante che in una pubblicazione si sia relazionato di una mancanza di attività inibitoria della crescita *in vitro*, da parte dei rimedi esaminati in questo studio, nella linea cellulare adenocarcinomatosa del seno MDA-MB-231 e in tre altre linee cellulari del cancro della prostata, sebbene gli stessi studiosi avessero precedentemente attestato una significativa attività antitumorale dei rimedi in un modello *in vivo* di cancro della prostata nei ratti (Copenhagen rats) (7). Mentre questi risultati *in vitro* e *in vivo*, apparentemente paradossali, sono in qualche modo sconcertanti e dubbi, i risultati di questo studio offrono una spiegazione determinata meccanicamente a sostegno dei precedentemente osservati effetti antitumorali *in vivo* di questi rimedi, effetti relazionati dall'altro gruppo di ricerca. Vale comunque la pena menzionare il fatto che lo studio *in vitro* pubblicato da questo gruppo di ricerca ha compiuto un'analisi delle alterazioni dell'espressione dei geni a livello di transcript tramite un test di protezione dell'RNAsi, il quale non è tenuto a rilevare i cambiamenti nei profili di espressione delle proteine dei geni regolatori della morte cellulare, osservati invece in questa nostra indagine. La transizione attraverso le fasi del ciclo cellulare è regolata dalle CDK insieme alle cicline specifiche (8). Le cicline D1 e D3 interagiscono con le loro sottounità regolatrici, CDK4 e CDK6, e le chinasi attive fosforilano la proteina Rb per rilasciare i fattori di trascrizione della famiglia

E2F, i quali transattivano i geni che regolano la transizione di fase G1-S. Il fatto che le cellule HMLE e MCF-7 trattate coi rimedi mostrassero una marcata sottoregolazione di Rb fosforilata insieme a cambiamenti nei livelli di cicline e di CDK, dimostra che i rimedi interferiscono con i pathways di regolazione del ciclo cellulare, causando il rallentamento/arresto della fase G1 in queste cellule.

La regolazione della progressione del ciclo cellulare è controllata anche dalla disattivazione ben coordinata delle CDK (9, 10). I membri della famiglia di proteine inibitrici di CDK, quali p21 e p27, sono noti per disattivare i complessi cicline/CDK per regolare le transizioni di fase G1-S e G2-M (8, 11). Sia la p21 che la p27 interagiscono fisicamente con le CDK nel dominio amino-terminale per inibire la loro attività di chinasi, e nel caso di danno al genoma attivano i pathways di risposta di checkpoint prevenendo l'iniziazione della duplicazione e della mitosi del DNA da parte delle cellule. Questo aiuta a mantenere l'integrità del genoma (12, 13). In aggiunta, esistono delle relazioni pubblicate sulla sovraespressione della p27 inducente apoptosi in diverse linee cellulari cancerose epiteliali (14). In questo contesto è rilevante che il rallentamento/arresto del ciclo cellulare e l'induzione della cascata apoptotica, evidente dalla presenza di ridotto DNA telomero (15) e dal clivaggio della PARP così come dall'attivazione della caspasi 7 nelle cellule carcinomatose trattate coi rimedi, fossero accompagnati da sovraregolazione della p27. Si crede che la disattivazione degli inibitori di CDK, comunemente osservata nel cancro, doti le cellule tumorali di sopravvivenza illimitata e potenziale proliferazione. Così, sembra logico che la sovraregolazione degli inibitori di CDK avrebbe attivato i meccanismi di risposta di checkpoint e avrebbe controllato la sopravvivenza e la proliferazione nelle cellule cancerose (16). Anche agli agenti chemiopreventivi sono stati attribuiti simili effetti sulla regolazione degli inibitori

di CDK in funzione dell'induzione di una risposta proapoptotica (17). Coerentemente con questi risultati e in considerazione delle nostre presenti osservazioni, i rimedi omeopatici naturali ultradiluiti esaminati in questo studio promettono di essere agenti preventivi e/o terapeutici efficaci per il cancro al seno e degni di ulteriore studio. Per riassumere, il nostro studio dimostra che i rimedi da prodotti naturali ultradiluiti prescritti nel 'protocollo Banerji' inducono il rallentamento/arresto del ciclo cellulare con conseguente apoptosi nelle cellule adenocarcinomatose del seno. Sebbene il livello dell'effetto antisopravvivenza abbia mostrato correlazioni con

la presenza dello wild-type del gene p53, la generale suscettibilità agli effetti inibitori dei rimedi è apparsa indipendente dalla condizione funzionale legata al p53 e alla sensibilità agli estrogeni delle cellule carcinomatose del seno. Infine, gli elevati effetti citotossici in modo preferenziale sulle cellule adenocarcinomatose del seno rispetto a quelle derivate dal normale epitelio mammario sollevano l'eccitante possibilità di una finestra di opportunità terapeutiche per un'eliminazione preferenziale delle cellule cancerose del seno con minimo danno al normale tessuto mammario che le circonda, grazie all'uso dei rimedi ultradiluiti esaminati in

questa relazione. I risultati di questo studio dovrebbero incoraggiare un'ulteriore indagine preclinica e animale di questi rimedi come trattamenti preventivi e/o terapeutici del cancro del seno.

RINGRAZIAMENTI

Lo studio è stato integralmente sovvenzionato da fondi interni del Centro per i Tumori M.D. Anderson (M.D. Anderson Cancer Center). Ringraziamo inoltre Zhijun Liu, Ph.D. alla Louisiana State University per l'analisi dei costituenti dei rimedi ultradiluiti.

BIBLIOGRAFIA

1. BARNES P, BLOOM B AND NAHIN R: *Complementary and alternative medicine use among adults and children*: United States, 2007. National Health Statistics Reports; no. 12 National Center for Health Statistics, Hyattsville, MD, 2008.
2. JOHANNESSEN H, VON BORNEMANN HJELMBORG J, PASQUARELLI E, FIORENTINI G, DI COSTANZOS F AND MICCINESI G: *Prevalence in the use of complementary medicine among cancer patients in Tuscany, Italy*. Tumori 94: 406-410, 2008.
3. TRAGER-MAURY S, TOURNIGAND C, MAINDRAULT-GOEBEL F, AFCHAIN P, DE GRAMONT A, GARCIA-LARNICOL ML, GERVAIS H AND LOUVET C: *Use of complementary medicine by cancer patients in a French oncology department*. Bull Cancer 94: 1017-1025, 2007.
4. BANERJI P AND CAMPBELL DR: *Cancer patients treated with the Banerji protocols utilising homeopathic medicine: A Best Case Series Program of the National Cancer Institute USA*. Oncol Rep 20: 69-74, 2008.
5. BANERJI P: *P. Banerji Homeopathic Research Foundation (PBHRF) in Kolkata, India*, 2008.
6. PATHAK S, MULTANI AS AND BANERJI P: *Ruta 6 selectively induces cell death in brain cancer cells but proliferation in normal peripheral blood lymphocytes: a novel treatment for human brain cancer*. Int J Oncol 23: 975-982, 2003.
7. THANGAPAZHAM RL, GADDIPATI JP, RAJESHKUMAR NV, SHARMA A, SINGH AK, IVES JA, MAHESHWARI RK AND JONAS WB: *Homeopathic medicines do not alter growth and gene expression in prostate and breast cancer cells in vitro*. Integr Cancer Ther 5: 356-361, 2006.
8. SHERR CJ AND ROBERTS JM: *CDK inhibitors: positive and negative regulators of G1-phase progression*. Genes Dev 13: 1501-1512, 1999.
9. SHAPIRO GI: *Cyclin-dependent kinase pathways as targets for cancer treatment*. J Clin Oncol 24: 1770-1783, 2006.
10. LEE YM AND SICINSKI P: *Targeting cyclins and cyclin-dependent kinases in cancer: lessons from mice, hopes for therapeutic applications in human*. Cell Cycle 5: 2110-2114, 2006.
11. SPANKUCH B, KURUNCI-CSACSKO E, KAUFMANN M AND STREBHARDT K: *Rational combinations of siRNAs targeting Plk1 with breast cancer drugs*. Oncogene 26: 5793-5807, 2007.
12. SCHWARTZ GK AND SHAH MA: *Targeting the cell cycle: a new approach to cancer therapy*. J Clin Oncol 23: 9408-9421, 2005.
13. ENDERS GH AND MAUDE SL: *Traffic safety for the cell: influence of cyclin-dependent kinase activity on genomic stability*. Gene 371: 1-6, 2006.
14. WANG X, GOROSPE M, HUANG Y AND HOLBROOK NJ: *p27Kip1 overexpression causes apoptotic death of mammalian cells*. Oncogene 15: 2991-2997, 1997.
15. PATHAK S, MULTANI AS, NARAYAN S, KUMAR V AND NEWMAN RA: *Anvirzel, an extract of Nerium oleander, induces cell death in human but not murine cancer cells*. Anticancer Drugs 11: 455-463, 2000.
16. ROY S, GU M, RAMASAMY K, SINGH RP, AGARWAL C, SIRIWARDANA S, SCLAFANI RA AND AGARWAL R: *p21/Cip1 and p27/Kip1 are essential molecular targets of inositol hexaphosphate for its antitumor efficacy against prostate cancer*. Cancer Res 69: 1166-1173, 2009.
17. SINGH RP AND AGARWAL R: *Natural flavonoids targeting deregulated cell cycle progression in cancer cells*. Curr Drug Targets 7: 345-354, 2006.



Ventennale Fiamo: 20 anni di crescita dell'omeopatia italiana

Con la partecipazione straordinaria di Fritjof Capra

Centro Carraro
28, 29, 30 Maggio 2010

Lungadige Attiraglio 45 – 37124 Verona
www.centrocarraro.it – Email: info@centrocarraro.it
Telefono: 045915877 – Fax: 0458301929

Richiesti crediti ECM

Info e programma su: www.fiamo.it | www.omeopatia.org



FEDERAZIONE ITALIANA
ASSOCIAZIONI E MEDICI OMEOPATI

FIAMO

LA VOCE FORTE DELLA MEDICINA DOLCE

Iscriviti o rinnova la tua iscrizione per il 2010
Le quote di Iscrizione per il 2010 sono le seguenti:

• Soci ordinari* Medici/ Iscrizione FIAMO-LIGA	€ 120,00
• Soci ordinari* Veterinari/ Iscrizione FIAMO-LIGA	€ 90,00
• Soci aggregati** Iscrizione FIAMO	€ 60,00
• Allievi Scuole del Dipartimento Fiamo	€ 50,00
• Iscrizione ECH	€ 25,00

*Socio Ordinario: Medico Omeopata italiano o non, che opera e risiede in Italia.
**Socio Aggregato: studente di Medicina e Chirurgia e di Medicina Veterinaria nonché Medico Chirurgo, Medico Veterinario e Farmacista che non eserciti l'Omeopatia.

Abbonamento Il GRANULO:	
• n° 100 copie per 3 numeri / 2010	€ 90,00

MODALITÀ di PAGAMENTO

- **Bollettino postale:**
FIAMO sede Amm.va, via C. Beccaria, 22 05100 Terni
C/C/P 12334058
- **Bonifico Bancario:**
FIAMO – Banca delle Marche sede di Terni CIN-K
ABI 06055 – CAB 14400 – C/C/B 000 000 000 443
IBAN IT89 K 06055 14400 000 000 000 443 BIC: BAMAIT3A
con causale: Iscrizione Fiamo 2010

Info: Sede Amm.va FIAMO
via C. Beccaria, 22 – 05100 Terni – tel./fax 0744.429900
www.fiamo.it – omeopatia@fiamo.it

Cannabis indica nella terapia del cane

RIASSUNTO

Gli Autori descrivono due casi clinici, in cui, problemi comportamentali in soggetti refrattari a qualsiasi tipo di rinforzo, sia positivo che negativo o altra terapia, grazie alla somministrazione di Cannabis hanno sortito ottimi risultati. E' scopo di questo lavoro delineare le principali caratteristiche del rimedio così ben evidenti nei soggetti presi in considerazione e comuni ad entrambe e ad altri casi risolti.

PAROLE CHIAVE

Cannabis Indica, assenza di freni inibitori, esplosivo, iperattivo, esuberanza eccessiva, distrugge, ansia, agitazione, gioco frenetico.

SUMMARY

The Authors describe the cases of two dogs affected by behaviour matters and not responding to other therapies. Aim of this work is to delineate the main characteristics of this homeopathic remedy, so clearly shown, and common to both the subjects described and to other solved cases.

KEYWORDS

Cannabis Indica, absence of inhibition, explosive, hectic-activity, too much exuberance, destruction, anxiety, restlessness, hectic play.

INTRODUZIONE

Cannabis, tipico rimedio drogale, è inverosimilmente abbastanza comune anche nei cani. Quando il soggetto corrisponde alle caratteristiche del rimedio si ottengono ottimi risultati non solo in relazione alle anomalie comportamentali che tutti i cannabis scompensati manifestano ampiamente, ma anche per quanto relativo alle pa-

tologie fisiche, piccole o grandi esse siano, acute o croniche.

Quando parliamo di Cannabis ci riferiamo sia a Indica che a Sativa, fra i due rimedi non c'è essenziale, reale differenza di sintomi, lo stesso Vithoukka (1) le accomuna affermando che si tratta, in verità, della stessa pianta che si è, semplicemente sviluppata in condizioni climatiche e di substrato, terreno diverse.

CASI CLINICI

CASO CLINICO N. 1

Mila - Esuberanza eccessiva, displasia dei gomiti, esiti di intervento chirurgico, pseudogavidanza



ANAMNESI
Mila, un Labrador di 4 anni, è stata adottata a 43 giorni di età, proveniente da un allevamento.

La Proprietaria è un'istruttrice di pallavolo e il cane è cresciuto in palestra in mezzo ai bambini e 3 giorni alla settimana frequenta una scuola di addestramento.

5 AGOSTO 2008 - Viene operata, presso altro ambulatorio, ad entrambe le zampe anteriori perché affette da displasia dei gomiti. Dopo essere stata operata non ha mai manifestato dolore e dopo due ore era già in piedi. Ha spaccato il collare elisabettiano e le hanno dovuto rifare le fasciature diverse volte.

20 OTTOBRE 2008 - Prima visita Omeopatica. Età : 1 anno e 10 mesi. Alla prima visita il cane gode di buona salute, è docile e socievole. Manifesta però un'eccessiva agitazione che risulta difficile da controllare ormai anche durante le lezioni di addestramento e presenta spesso un respiro affannoso, pur non essendo affaticata o in sovrappeso. Gli atteggiamenti più problematici sono:

tira al guinzaglio e risultano pressoché inutili le varie tipologie di collare con strangolo, punte, ecc...

è praticamente incapace di camminare, ma corre, e spicca balzi incredibili, ... assale chiunque, anche se in maniera bonaria e con la chiara intenzionalità a giocare e fare le feste; mangia tutto quello che trova per terra, feci di altri animali comprese; ultimamente tende a scappare quando la si richiama; se viene lasciata sola in casa o in macchina crea notevoli danni.

Intelligente, al corso di addestramento è bravissima, ma una volta uscita di lì ritorna quella di sempre. Ha iniziato il corso a tre mesi e riusciva a compiere gli stessi esercizi di soggetti di otto mesi di età. Completamente disinibita, iperattiva, da sempre chiede le coccole, ma poi non si lascia fare. Corre, non cammina mai, esplosiva, quando il suo sguardo incrocia quello di un'altra persona le salta in braccio, fa le feste sempre a tutti, anche agli estranei in casa. Con i ladri in casa ha fatto solo un abbaio di circostanza ma poi si è messa a scodinzolare. Scavalca gli oggetti: non gli passa accanto.

E' molto disubbidiente.. Si sottomette a tutti i cospecifici, va d'accordo con tutti di qualunque età, sesso, taglia. Con il furetto di casa ci gioca per delle ore violentemente.

Non ha nessuna paura nessuna siano temporali, cunicoli o rumori forti. Ama buttarsi in acqua : fossi, laghi, mare, nel bidet da piccola, anche con l'acqua gelida.

Se la Proprietaria piange per un momento le lecca il viso, ma dopo pochi secondi ritorna quella di sempre.

Non sente il dolore, indossa un collare con le punte rivolte all'interno, ma è come se non l'avesse.

Dopo avere percorso una corsa di Km 4 in 10 minuti è quella di prima, non si accorge nemmeno quando prende qualche sberla. Mangia qualunque cosa trovi per la strada.

In Ambulatorio iperattiva e curiosa ci avvicina senza problemi, non riesce a stare seduta per più di 60 secondi. Unico momento in cui sta tranquilla quando viene ignorata, ma basta guardarla un secondo che ritorna quella di prima.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. MIND - COMPLEXITY - (ability to think)										
2. MIND - AMUSEMENT - (desire for fun)										
3. MIND - FREQUENT PLAY										
4. MIND - CLOUDY MIND										
5. MIND - ANGER - (ability to get angry)										
6. MIND - HEARTY - (inclination to cry)										
7. MIND - HEARTY - (inclination to cry)										
8. MIND - MIRTHFULNESS										
9. MIND - JUDICIOUSNESS										
10. MIND - RESTLESSNESS										
11. MIND - POLISHING - (desire for order)										
12. MIND - HALLUCINATION - (vision of things)										
13. GENERALS - PAUCISSIMUS OF COMPLAINTS ASSEMBLY										
14. MIND - STANGLISS - (inclination to jump)										
15. MIND - HARRASS - (inclination to jump)										

CANNABIS INDICA 1LM - Una dose al giorno fino alla prossima visita. E' stata scelta Cannabis e non Stramonium né Hyosciamus per l'assoluta mancanza di aggressività.

VENTISETTE GIORNI DOPO - 17 Novembre 2008

Recupero del controllo delle inibizioni. Durante questa settimana ha abbaiato

ad un cane estraneo un paio di volte Miglioramento:

a) entra in casa e cammina : non salta più come un canguro.

b) sgridata : lascia l'oggetto.

c) accetta di essere coccolata a lungo per la prima volta in vita sua.

d) una volta in casa si muove camminando normalmente senza correre e saltare.

e) richiede sempre di essere al centro dell'attenzione, ma senza esagerare.

f) ubbidisce al comando " stai ferma " quando fa compagnia alla Proprietaria in cucina.

In Ambulatorio è sempre affettuosa e agitata ma visibilmente più contenuta. CANNABIS INDICA 2LM - Una dose una volta al giorno fino alla prossima visita.

UN MESE E OTTO GIORNI DOPO - 28 Novembre 2008

I progressi continuano, mentre la proprietaria scrive rimane sdraiata sui suoi piedi sotto la scrivania, da non crederci! Riesce a stare parecchie ore in casa senza correre e distruggere. La agitano ancora molto gli spostamenti e soprattutto le altre persone, smette di tirare quando sente le punte del guinzaglio, non si butta più nei fossi gelati e si ripara nella sua cucina.

DUE MESI DOPO - 22 Dicembre 2008

Mila sta facendo passi da gigante. E' molto, molto più tranquilla. Hanno

sostituito il collare a punte con quello a strangolo e, se si escludono i primi minuti di ogni uscita in cui fatica ancora a controllarsi e quindi rischia il soffocamento, ha imparato a mantenere un'andatura accettabile. Anche la presenza del furetto non la agita più come prima. Ci gioca, lo insegue ma con più di "garbo" se così si può dire. Ultimamente lo guarda anche girare

per casa senza nemmeno alzarsi. Finalmente passa delle tranquillissime ore sdraiata a dormire. Anche l'obbedienza è in sensibile miglioramento. In questi giorni l'hanno lasciata anche un po' libera. Generalmente obbedisce al primo richiamo. E' diventata molto più coccolata, quasi troppo. CANNABIS INDICA 3LM - Una dose una volta al giorno fino alla prossima visita.

TRE MESI DOPO - 20 Gennaio 2009
I progressi sono sensibili. E' molto più tranquilla, fa delle lunghe e serene dormite. Ormai sta in casa molto serenamente, senza fare guai, cammina, risponde alle richieste e obbedisce. Fuori casa, quando viene lasciata libera, tende ad ascoltare, porta e lascia quasi sempre la pallina, a richiesta sale in macchina senza scappare e spesso aspetta il permesso per scendere. Passa dopo i proprietari dalle porte e aspetta il "comando" prima di intraprendere una strada. E' in atto anche un cambiamento fisico; fin da piccola, da quando è stata malata, Mila è sempre stata molto magra nonostante seguisse un'alimentazione abbondante. Da quando è in cura si è irrobustita, ha finalmente assunto delle buone proporzioni. Inoltre si regola da sola con il cibo: non mangia tanto, non ne chiede mai e se gliene si dà di più lo lascia indietro. Anche le feci sembra che si siano finalmente regolarizzate: sono quasi sempre normali.

CANNABIS INDICA 4LM - Una dose una volta al giorno fino alla prossima visita.

QUATTRO MESI DOPO - 18 Febbraio 2009

E' decisamente migliorata, rimane di difficile gestione il suo comportamento quando è in mezzo alla gente. CANNABIS INDICA 5LM - Una dose una volta al giorno fino alla prossima visita.

UN ANNO E CINQUE MESI DOPO - 23 Marzo 2009 (Età: 2 anni e 2 mesi) Nel tempo trascorso ha continuato ad assumere il rimedio omeopatico una volta al mese. I risultati ottenuti si sono stabilizzati. Con il furetto di casa è affettuosissima, mangiano insieme nella stessa ciotola. Con le persone continua a saltare addosso per fare le feste. Otite stabile : copiosa produzione di cerume. In Ambulatorio è materiale e affettuosissima appena la si guarda salta in braccio come se non ci vedesse da una vita. CANNABIS INDICA 6LM - Una dose una volta al giorno fino alla prossima visita.

UN ANNO E SEI MESI DOPO - 23 Aprile 2009

A casa è diventata bravissima.

UN ANNO E SETTE MESI DOPO - 20 Maggio 2009

E' abbastanza brava, anche fuori casa è migliorata.

UN ANNO E OTTO MESI - 24 Giugno 2009

I progressi di Mila continuano nel tempo, recuperata in cascina, dove ha passato gli ultimi 15 giorni, mentre la proprietaria era in viaggio di nozze l'ha lasciata allibita perché è calma e tranquilla.

CANNABIS INDICA 7LM - Una dose una volta alla settimana per 8 settimane.

UN ANNO E DIECI MESI DOPO - 14 Settembre 2009

In Ambulatorio è irrecognoscibile, entra come un qualunque altro cane e si avvicina affettuosa senza pretendere incondizionata attenzione. Con l'assunzione del Rimedio guarite anche dalla diarrea. E' un altro cane, migliorata ulteriormente a casa e anche quando escono. CANNABIS INDICA 8LM - Una dose UNA volta alla settimana per 8 settimane. DUE ANNI DOPO - 10 Novembre 2009 Mila procede a passi da gigante va proprio bene, anche fisicamente è in ottima forma.

CASO CLINICO N. 2

Rufus - Esuberanza eccessiva; spalla destra: lesione calcifica e lassità articolare; ginocchio destro : lieve osteofitosi rotulea e aumento di densità articolare; L7-L6 sofferenza vertebrale.



ANAMNESI Raccolto in un Canile del Comune legato ad un palo. Castrato a 10 mesi di età. Non ha mai accettato imposizioni, sia la pettorina che il guinzaglio. Non ha mai avuto senso della misura sia mentalmente che fisicamente.

PRIMA VISITA - 29 Marzo 2007 (Età: 1 anno e 1 mese)

Disturge tutto quello che gli passa per la bocca, tranne un pollo di plastica che prendeva con estrema delicatezza che gli è durato dei mesi. Urta anche pesantemente la gente. Non ubbidisce al comando. Quando aprono il cancello fa sempre un giro fuori. Si fa adottare da tutti, in montagna segue chiunque faccia un giro. Sempre in montagna fa il cane da pastore, va avanti e indietro, e aspetta tutti. E' molto testardo, ha rovesciato la legna accatastata nel cortile di casa tante volte. Se lo trascurano per pochi giorni sfascia tutto quanto gli capita a tiro. I Proprietari hanno adottato un altro cane femmina che non lo accetta, ma lui la protegge lo stesso. Non si stanca mai. Trascina le sue ciotole in giro per il prato. Al lago salta in acqua senza problemi, anche se gelida. Scava trincee e sradica tutto. In particolare le agavi tutti i giorni. Si è adattato ai gatti, ma li insegue senza sosta in modo aggressivo. Beve in continuazione. Castrato a 10

mesi d'età. Molto agitato in Ambulatorio, non sta fermo un momento, morica costantemente il guinzaglio. Mangia qualsiasi cosa anche non appetibile, in auto viaggia con la testa fuori, non patisce assolutamente il freddo.

DIAGNOSI DIFFERENZIALI

Lycopodium, tende a dominare, Tarantula ha avversione ad essere toccato, Sulphur è pigro e soffre di vertigini, Phosphorus ha diverse paure, Stramonium è violento, ed aggressivo, Veratrum è molto duro ed arrogante, tutte caratteristiche non presenti nel soggetto.

CANNABIS INDICA 1LM - Una dose una volta al giorno fino alla prossima visita.

TRE SETTIMANE DOPO - 20 Aprile 2007

E' migliorato moltissimo. Sta imparando a controllarsi ed attraversa anche momenti di completa tranquillità.

DUE MESI E DUE SETTIMANE DOPO - 14 Giugno 2007 (Età: 1 anno e 3 mesi).

Decisamente meno ansioso e più ubbidiente. Ora è più contenuto. "Segna" sempre il territorio: dove urina il gatto copre subito con un suo getto di urina. Ha capito come fare a riposarsi. Con i bambini è bravissimo.

Ha capito come comportarsi quando fanno un viaggetto in auto. Non scappa più dal cancello. Non scava quasi più: prima trivellava il giardino di casa come cercasse pozzi petroliferi. Ama assumere la medicina, praticamente la cerca, vuole stare fisicamente "attaccato" alla Proprietaria.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. CANNABIS INDICA 1LM	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. BRYONIA ALBIS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3. STRAMONIUM	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4. VERATRUM	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5. Lycopodium	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6. Tarantula	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7. Phosphorus	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8. Stramonium	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9. Veratrum	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

CANNABIS INDICA 2LM - Una dose una volta al giorno fino alla prossima visita.

UN ANNO E SEI MESI DOPO - 06 Ottobre 2008



Esame Radiografico presso altro Ambulatorio: ginocchio destro: lieve osteofitosi rotulea e aumento di densità articolare. Piatto tibiale eccessivamente inclinato. Ginocchio stabile.

Spalla destra: lesione calcifica in sede sovra glenoidea, compatibile con lesione bicipitale.

Lassità articolare scapolo omerale. Colonna vertebrale: L7-L6 sofferenza vertebrale.

Fatica ad alzarsi la mattina. Gli arti posteriori rimangono rigidi.

Zoppia arto anteriore destro seguita da zoppia al posteriore destro.

Zoppia a freddo degli arti posteriori: non flette le ginocchia e cammina quasi sulle punte.

Percorre solo pochi passi e con difficoltà quando viene sostenuto dal Proprietario per gli arti anteriori. Non rimane a lungo in stazione sulle quattro zampe: si sdraia e non si siede subito.

Lo sguardo è vivacissimo: brillante e un po' pazzoide.

DIAGNOSI DIFFERENZIALI

Bryonia non ha assolutamente gli aspetti "pazzoide" di Cannabis.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. CANNABIS INDICA 2LM	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. BRYONIA ALBIS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3. STRAMONIUM	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4. VERATRUM	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5. Lycopodium	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6. Tarantula	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7. Phosphorus	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8. Stramonium	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9. Veratrum	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

CANNABIS INDICA 30CH - Mezzo contagocce a giorni alterni per tre volte.

UN ANNO SEI MESI E DIECI GIORNI DOPO - 16 Ottobre 2008

La Proprietaria ci telefona dopo 10 giorni riferendoci che il cane è completamente guarito dalla zoppia.

UN ANNO E SETTE MESI DOPO - 31 Ottobre 2008

Rufus continua a star bene, il carattere si è modificato in positivo ed anche i problemi ortopedici sono guariti. All'occorrenza una dose di CANNABIS INDICA 30CH.

LA TIPOLOGIA CANNABIS

E' abbastanza semplice riconoscere questa tipologia, in genere i proprietari ci portano in Ambulatorio i loro beniamini perché non sanno più come fare a gestirli, anche dopo aver tentato di seguire corsi di addestramento, ed avere tentato la terapia comportamentale. Sono, questi animali, in realtà assolutamente refrattari a qualsiasi tipo di rinforzo positivo o negativo esso sia e, non rispondono ad alcuna tecnica educativa tradizionale. Non siamo in condizione di appurare se l'animale Cannabis soffra di allucinazioni, ma la sua incoerenza, l'ansia, l'eccitazione, le paure, le fobie, le fissazioni, l'evidente panico ingiustificato, per analogia con le caratteristiche del rimedio "umano", potrebbero farcelo supporre. Il soggetto è sempre eccessivamente esuberante, privo di freni inibitori, iperattivo.

Lo si può definire "esplosivo", non risponde al comando, quando gioca sia con gli esseri umani che con i conspecifici o con animali di casa di altre specie lo fa freneticamente, sembra insensibile alla stanchezza. Spesso si tratta di cani molto af-

fettuosi, ma questo sintomo può anche mancare, come possono mancare l'accettazione delle coccole e l'andare d'accordo con tutti. L'esuberanza ed il mancante senso della misura li porta a rubare, distruggere oggetti, distruggere piante, fiori, scavare trincee in continuazione. Difficilmente evitano gli ostacoli, ma li saltano o tendono ad urtare cose e persone con incontenibile irruenza. Scappano alla minima occasione e si accompagnano a sconosciuti. La situazione è aggravata dall'essere competitivi ed ostinati, si muovono dominati dall'ansia che li può portare, con i conspecifici ad essere estremamente remissivi e sottomessi o irrazionalmente aggressivi, aggressività principalmente solo esibita.

Anche l'abbaiare senza sosta, con o senza apparente ragione, è una caratteristica ricorrente di questo rimedio. Hanno predisposizione a mangiare di tutto, schifezze e cose non digeribili, spesso sono bulimici. Possono esserci grandi paure incontrollabili come l'assenza completa di paura equiparabile all'incoscienza. E' la soglia del dolore, in questi soggetti, estremamente alta, alle volte inesistente. Nella maggior parte dei casi da noi considerati, abbiamo riscontrato anche la presenza di patologie ortopediche.

BIBLIOGRAFIA

- J. H. CLARKE - *Dizionario di farmacologia omeopatica clinica* - Ipsa Editore. 1994, Palermo.
- F. DEL FRANCA - *Veterinaria Omeopatica e psicopatologia del cavallo* - La casa verde. 1990 San Martino di Buon Albergo (VR) per conto di Demetra s.r.l.
- M. MANGIALAVORI, Titolo - *Praxis, un nuovo metodo in Medicina Omeopatica: la ricerca della coerenza nella manifestazione dei fenomeni clinici* - Matrix Editrice. Aprile 2004, Roma.
- R. PETRUCCI, Titolo - *Pediatria: temi e concetti in Medicina Omeopatica* - Asterias. 2007, Milano.
- R. SHANKARAN - *L'anima dei Rimedi* - Salus Infirmerum. 2000, Padova.
- J. SCHOLTEN - *Omeopatia e minerali* - Salus Infirmerum. 2004, Padova.
- F. SCHOYENS - *Synthesis 9.1* - Homeopathic Books Publishers. London, 2004.
- G. VITHOULKAS - *Materia Medica Viva* - Belladonna, Maggio, 2003.

Studio randomizzato in doppio cieco sull'efficacia del trattamento omeopatico nelle infezioni respiratorie ricorrenti in bambini affetti da sindrome di Down

TRADUZIONE A CURA DI Luigia Alessandrino, Medico Chirurgo Specialista in Omeopatia ROMA – luialess@libero.it

RIASSUNTO

I bambini affetti da sindrome di Down presentano caratteristiche anatomiche, fisiopatologiche ed immunologiche particolari che di frequente favoriscono la comparsa di problemi respiratori. In letteratura esistono riferimenti circa gli effetti limitati del trattamento allopatico per risolvere questo problema. Basandoci sulla efficacia del trattamento omeopatico scaturita da diversi studi, ci siamo proposti di avere un approccio non convenzionale nei riguardi di questi pazienti. L'obiettivo di questo lavoro è quello di verificare l'efficacia del trattamento omeopatico nella prevenzione delle infezioni respiratorie ricorrenti in pazienti affetti da sindrome di Down. È stato realizzato uno studio in doppio cieco randomizzato, comparando il trattamento omeopatico con il placebo. 13 pazienti (46%) hanno ricevuto il medicamento omeopatico individualizzato, scelto mediante la selezione dei sintomi mentali e fisici caratteristici, e l'autonosode del secreto nasale; gli altri 15 (54%) hanno ricevuto il placebo di entrambi i rimedi. È emerso che i soggetti trattati con medicamento omeopatico hanno assunto più antibiotici prima del trattamento, rispetto a quelli del gruppo trattato con placebo. Durante il trattamento, i bambini trattati con l'Omeopatia hanno utilizzato meno antibiotici rispetto a quelli che hanno assunto il placebo. Il miglioramento globale, riferito dai genitori del gruppo trattato col medicamento omeopatico, è stato più marcato di quello trattato con placebo.

PAROLE CHIAVE

Sindrome di Down, infezioni respiratorie ricorrenti, Omeopatia

SUMMARY

Children suffering from Down Syndrome show some particular anatomical, pathophysiological and immu-

nological characteristics which often provoke respiratory problems. There is evidence within the scientific literature that the allopathic treatment has poor effects in order to solve such a problem. As the homeopathic treatment seems to be effective, as results from several clinical studies, we decided to adopt an unconventional approach toward these patients. The aim of this work is to test whether the homeopathic treatment is effective to prevent the recurrent respiratory infections to the patients with Down Syndrome. A double blind, randomized study (homeopathic treatment vs placebo) was carried out. 13 patients (46%) received the individualized homeopathic medication, which was chosen by the selection of the most characteristic mental and physical symptoms, plus the "autonosode" of the nasal secretion. The other 15 (54%) received the placebo of both medications. There is evidence that before the treatment the patients of the homeopathic group were administered more antibiotics, compared to the placebo group. During the treatment, the homeopathic group used less antibiotics than the placebo group. According to the parents, the global improvement was more marked in the homeopathic group than in the placebo group.

KEYWORDS

Down Syndrome, recurrent airways infections, Homeopathy

1. FACOLTÀ DI SCIENZE DELLA SALUTE DI SAN PAOLO – INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTUDOS HOMEOPÁTICOS, SÃO PAULO, BRASIL - AMBULATÓRIO DE APAE-SP – ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS- SÃO PAULO, - BRASIL

2. FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE SÃO PAULO RUA BARTOLOMEU DE GUSMÃO 86 CEP 04111-020 SÃO PAULO (SP) BRASIL – MPUSTI@INCOR.USP.BR

INTRODUZIONE

La causa della Sindrome di Down (SD), descritta per la prima volta nel 1886, dal medico John Longdon Down (Schwartzman et al., 1997) fu scoperta nel 1959, quando Jerome Lejeune e Patricia Jacobs scoprirono che l'alterazione era determinata dalla presenza di un cromosoma in eccesso (Jones, 1997).

Il 3% della popolazione mondiale, uno ogni 700-800 nati vivi, è portatore della Sindrome di Down, che ricorre in tutte le culture, gruppi etnici, livelli socio-economici e regioni geografiche (Martello et al., 1984).

In questi pazienti la modificazione anatomica del dorso del naso, basso a causa della silhouette facciale appiattata, e la conseguente riduzione dello spazio della parte nasale del faringe, lascia spazio ad una adenoide relativamente più grande che, se ipertrofica, rende difficile il passaggio dell'aria ed il drenaggio delle secrezioni e favorisce l'instaurarsi di riniti e/o sinusiti (Strome, 1981; Kraus, 1996).

L'ipotonìa del velo palatino determina una deglutizione atipica e rende possibile il reflusso di liquidi ed alimenti nelle fosse nasali; le mucose irritate producono secrezioni (Ribeiro, 2003) e, in concomitanza di condizione allergica, presente nel 30% dei pazienti, favorisce anche l'istaurarsi di processi infettivi dei seni nasali. (Kraus, 1996; Matinez-Alvarez, 1997).

Alcuni autori (Strome, 1992; Kraus, 1996),



MARCELO PUSTIGLIONE

Medico Chirurgo, Specialista in Omeopatia.

Docente in Clinica Omeopatica alla Facoltà di Medicina di Rio de Janeiro.

Direttore del Centro di Salute e Sicurezza dell'Istituto Cardiologico della Facoltà di Medicina di San Paolo.

Membro della Commissione Esaminatrice per la validazione delle docenze, dei dottorati e dei concorsi pubblici di assunzione dei Medici Omeopati.

Membro della Commissione Esaminatrice per il conseguimento della Specializzazione in Omeopatia dell'Associazione Medica Omeopatica Brasiliana (AMHB).

nei bambini con sindrome di Down e rinite cronica purulenta, allo scopo di ridurre l'incidenza di otite media sierosa derivante da tali affezioni, raccomandano, nei mesi di maggiore incidenza per le infezioni respiratorie (autunno-inverno), il trattamento antibiotico profilattico. Il trattamento chirurgico (installazione di tubo di ventilazione associato ad adenoidectomia o adeno-tonsillectomia) apporta benefici solo nel 50% dei pazienti, poiché risulta inefficace in più del 30% e con sequele neurosensoriali in metà di essi (Thomé, 2003).

La presenza di cardiopatie congenite in quasi il 50% dei casi, alcune delle quali con ripercussioni emodinamiche, determinano iperafflusso polmonare che, associate di frequente al reflusso gastro-esofageo, spiegano, in questi pazienti, le broncopolmoniti ripetute (Ribeiro et al., 2003).

Se alle numerose intercorrenze cliniche aggiungiamo un basso livello socio-economico, il risultato è un bambino disabile con grande difficoltà a sviluppare il suo potenziale individuale. Le numerose ospedalizzazioni, l'assenza dalle Sessioni di Stimolazione Precoce, la difficoltà a frequentare l'asilo, così come le caratteristiche sequele conseguenti alle infezioni (perdita dell'udito, ritardo nella acquisizione del linguaggio) rendono difficoltoso l'inserimento sociale, tanto anelato e ai giorni nostri necessario, di questi "individui speciali" (Strome, 1981 e 1992; Kanamori, 2000; Thomé, 2003).

Se consideriamo che il prolungamento della vita ha valore se dotato di qualità e, quindi, associato al buono stato generale

del bambino, (valutato con i cinque parametri: sonno, energia, appetito, umore e comportamento sociale: De Lange-De, 1996), diventa necessario controllare le infezioni respiratorie ricorrenti e le sequele.

Basandoci sui limiti del trattamento allopatico (Strome, 1992; Kraus, 1996) e sull'efficacia terapeutica omeopatica emersa da numerosi studi (Lustozza, 1941; Hom, 1992; Mungia, 1992; Linde et al., 1997; Friese et al., 1997; Furuta, 2002), ci siamo proposti di avere un approccio non convenzionale verso questi bambini.

L'omeopatia risulta, allora, una opportunità terapeutica importante, soprattutto se consideriamo che, secondo la dottrina omeopatica, le dosi somministrate ai pazienti sono ultra-diluite e dinamizzate, garantendo, così, la totale sicurezza e assenza di effetti collaterali (Pustiglione, 2000, 2001). Inoltre il basso costo di questa terapia e la domanda da parte della popolazione, osservata negli ultimi anni, facilita la inclusione dei pazienti nello studio (Pustiglione, 1996).

Tenendo presente che l'omeopatia considera l'essere umano come una unità, interagendo sia sui disequilibri fisici che emozionali, e valorizzando i sintomi mentali nella scelta individualizzata del medicamento, si prospetta come una valida alternativa terapeutica in questi pazienti.

Pertanto, l'obiettivo dello studio è quello di verificare l'efficacia del trattamento omeopatico nella prevenzione delle infezioni respiratorie nei bambini affetti da Sindrome di Down.

MATERIALI E METODI

Nel periodo Luglio 2003 – Marzo 2004, è stato realizzato uno studio prospettico doppio-cieco, randomizzato con bambini con SD ed infezioni ricorrenti delle vie aeree per verificare l'efficacia del trattamento omeopatico.

La ricercatrice ha realizzato un triage di 165 bambini del Settore di Stimolazione Precoce della Associazione dei Genitori ed Amici dei Diversamente Abili di San Paolo (APAE-SP – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais- São Paulo) al fine di selezionare il gruppo di studio.

I criteri di inclusione adottati sono stati: presenza di SD diagnosticata attraverso lo studio del cariotipo, età compresa tra i due e quattro anni, assenza di trattamento omeopatico precedente e storia pregressa di quattro o più episodi di infezioni delle vie aeree nell'ultimo anno (rinite purulenta, tonsillite, otite media, sinusite, bronchite e broncopolmonite) (Strome, 1981; Fysh, 2003). I criteri di esclusione presi in considerazione sono stati i seguenti: presenza di patologie associate (come la cardiopatia congenita con ripercussione emodinamica), anamnesi positiva per reflusso gastroesofageo e/o malattie ematologiche (trombocitopenia, leucopenia o leucemia), rinuncia e mancato rispetto del protocollo prestabilito da parte dei genitori o affidatari. Dai 165 bambini analizzati, 34 (20%) sono stati selezionati ed avviati al monitoraggio. Tra questi, 6 appartenenti al gruppo placebo (17,6%) sono stati esclusi, 3 per aver abbandonato e 3 per non aver rispettato il protocollo prestabilito. Pertanto 15 bambini (53,5%)

di sesso maschile e 13 (46,4%) di sesso femminile sono stati analizzati.

La famiglia o i rappresentanti legali di ciascun bambino hanno ricevuto una Lettera di Informazione e, una volta concordata la partecipazione alla ricerca, hanno sottoscritto un Documento di Consenso, nei quali erano informati circa la possibilità di sottrarsi allo studio in qualunque momento. Durante la prima consultazione, come stabilito dal protocollo, è stata raccolta l'anamnesi clinica ed omeopatica dei bambini, e poi è stata eseguito l'esame fisico generale. Utilizzando la semeiologia omeopatica, è stata definita una "Sindrome minima di valore massimo" (SmVM), basata sulla totalità sintomatologica caratteristica di ciascun paziente ed è stata effettuata la repertorizzazione, utilizzando il repertorio omeopatico pediatrico (Brunini e col., 2002).

Il medicamento costituzionale o *similimum* corrispondente è stato prescritto nella potenza 12 CH in forma liquida ed in dosi giornaliere (3 gocce diluite in acqua una volta al giorno). Inoltre, durante la prima consultazione, è stato raccolto materiale (secreto nasale) per la preparazione dell'autonosode, poi prescritto in forma liquida alla potenza 15 CH e somministrato in 3 dosi giornaliere (3 gocce x 3 volte al di).

I medicinali sono stati preparati dallo stesso farmacista secondo le norme della Farmacopea Omeopatica Brasiliana (1997). Il campione è stato diviso in due gruppi secondo un protocollo in doppio cieco randomizzato. Un gruppo ha ricevuto il medicamento omeopatico costituzionale e l'autonosode (gruppo **M**) e l'altro il placebo (gruppo **P**), identici nell'aspetto. Il monitoraggio clinico completo, di 8 mesi per ciascun bambino, è sempre stato condotto dalla stessa ricercatrice, al fine di avere uniformità dei dati, con controlli cadenzati da un intervallo di due mesi.

Ad ogni controllo è stata compilata una Scheda di Rivalutazione che raccoglieva i dati di adesione e di tollerabilità al trattamento, le manifestazioni acute ed il trattamento istituito per ciascuna di esse, la valutazione fisica del paziente, le

variazioni del sonno, l'appetito, lo stato dell'umore ed i comportamenti osservati in quel periodo. Al fine di ottenere dati adeguati, è stata fornita alla famiglia una scheda di Follow-up Settimanale, nella quale sono stati elencati tutti i segni e sintomi osservati nei pazienti. Durante l'infezione acuta delle vie aeree, è stato fornito ai pazienti il medicamento costituzionale in forma diluita (5 gocce in mezzo bicchiere d'acqua somministrato in cucchiaini ad intervalli sempre maggiori sulla base del miglioramento clinico). Tuttavia, in assenza di risposta terapeutica, le famiglie sono state inviate a seguire le cure mediche abituali e ad istituire il trattamento allopatrico convenzionale.

La comparazione statistica è stata realizzata mediante test statistici appropriati e prendendo in considerazione la natura e la variabilità dei dati. Sono stati utilizzati i test del χ^2 di Pearson (Agresti, 1990) per le differenze rispetto al sesso, il test T di Student (Altman, 1997) per la differenza di età, reddito pro capite e consumo di antibiotici prima e durante il trattamento. Il miglioramento globale dei pazienti, per tutto il tempo fino al ritorno, riferito dai genitori, è stato studiato con l'uso del modello dell'analisi della varianza con misurazioni ripetute (Neter et al., 1996). La comparazione tra di esse è stata effettuata in ogni consultazione attraverso il metodo di comparazione multipla di Bonferroni.

RISULTATI

Prendendo in esame i 28 bambini che hanno completato il protocollo di accompagnamento, la distribuzione nei gruppi **M** e **P** rispetto al sesso non hanno mostrato differenza ($p=0,464$) (tabella 1).

La distribuzione nei gruppi **M** e **P** rispetto all'età dei pazienti ed il reddito pro capite della famiglia si sono dimostrati uguali ($p=0,816$) e ($p=0,603$) rispettivamente (Figura 1 e 2).

Quanto al consumo di antibiotici nell'ultimo anno, si è evidenziato che gli indivi-

dui del gruppo **M** hanno utilizzato più antibiotici rispetto al gruppo **P** ($p=0,042$). Per quanto concerne l'utilizzo di antibiotici durante lo studio, si è registrato un minor consumo in entrambi i gruppi, particolarmente per il gruppo **M** ove si è registrata una differenza statisticamente significativa ($p=0,005$) rispetto al gruppo **P** (Figura 3).

Il miglioramento globale dei pazienti dei due gruppi, riferita dai genitori, ad ogni controllo non è stato lo stesso nel tempo. Al primo controllo si è avuto un miglioramento maggiore nel gruppo **P**, mentre al secondo controllo è stato analogo in entrambi i gruppi. Al terzo ed al quarto controllo i pazienti del gruppo **M** hanno mostrato un miglioramento maggiore rispetto al gruppo **P** ($p=0,001$) (Tabella 2 - Figura 4).

DISCUSSIONE

Il motivo della scelta del gruppo di questo studio è dato dall'elevata incidenza, nei pazienti affetti da SD, di processi infiammatori allergici e/o infettivi delle vie respiratorie, che alcuni autori attribuiscono (Strome, 1981; Kraus, 1996) alle caratteristiche anatomiche, fisiopatologiche e immunologiche, che a loro volta sono responsabili delle sequele (perdita dell'udito, ritardo nell'acquisizione del linguaggio). Tutte queste affezioni rendono difficoltosa l'integrazione sociale di questi soggetti (Strome, 1981; Kannamori, 2000; Thome, 2003).

Gli studi clinici in doppio cieco randomizzato, con medicamento omeopatico individualizzato sono pochi; un tale modello di ricerca non è accettato da alcuni ricercatori che non concordano nell'utilizzo del placebo. Haidvol et al. (1993) non ha utilizzato il gruppo di controllo, giustificando che, l'uso del placebo provocherebbe, nel periodo di osservazione, tensione nei genitori, che non sanno se i loro figli sono realmente sottoposti a terapia. Al contrario, il campione dei pazienti di questo studio è stata

diviso in modo randomizzato in due gruppi, utilizzando in uno di essi il placebo; inoltre durante gli episodi acuti è stato istituito un trattamento allopatrico. La grande maggioranza dei lavori esaminati in letteratura, che si prefiggevano di trattare omeopaticamente infezioni otorinolaringoiatriche (Lustoza, 1941; Hom, 1992; Friese, 1997), hanno utilizzato un medicamento occasionale, ossia, scelto un rimedio scelto sulla base dei sintomi fisici. Solo in due studi (Bearzi et al., 1991; Furuta, 2002) è stata applicata la semeiologia omeopatica per l'individualizzazione del medicamento. I gruppi studiati si sono dimostrati omogenei per età, sesso e reddito pro capite. Nonostante si tratti di uno studio randomizzato, nel gruppo **M** si sono concentrati i bambini che hanno assunto più antibiotici, quindi hanno manifestato infezioni più frequentemente.

I pazienti di entrambi i gruppi hanno dimostrato un minore uso di antibiotici durante tutto il periodo di studio rispetto all'utilizzo dell'ultimo anno, precedente al periodo di osservazione, e con una differenza statisticamente significativa per il gruppo **M**.

Dai dati della letteratura, emerge che anche Bearzi et al. (1991) ha riportato un miglioramento clinico significativo a carico di numerosi parametri (encopresi, stipsi, infezioni delle vie aeree superiori, movimenti involontari e autolesionismo). Il minor consumo di antibiotici, osservato anche nei pazienti del gruppo **P** di questo studio, pur non raggiungendo la significatività statistica, potrebbe dipendere dalla peculiarità della visita omeopatica, dal maggior tempo dedicato al paziente e, soprattutto, dalle maggiori attenzioni ricevute dalle famiglie nel corso dello studio, che difficilmente vengono erogate dal sistema sanitario nazionale e/o al pronto soccorso.

Il medico omeopata prende in considerazione aspetti della malattia, del malato e del suo medicamento, indipendentemente dall'entità nosologica del caso. Questa condizione è individuale e dinamica, cioè, non tutti gli individui reagiscono allo

stesso modo dinanzi allo stesso agente patogeno e lo stesso individuo può reagire in maniera differente nel fronteggiare la stessa aggressione, a seconda del momento della vita. La totalità sintomatologica caratteristica individuale (o "sindrome minima di valore massimo") di ogni caso deve essere basata e deve, obbligatoriamente, includere ciò che c'è di indubbiamente morboso, ossia, ciò che differenzia un individuo da un'altro o se stesso in condizioni di salute (Pustiglione, 1987). Il tempo della consultazione, più lungo di quella abituale, esplora sia l'aspetto fisico che la qualità di vita (sonno, energia, appetito, umore, comportamento sociale) (Delange-De; 1996; Rosebaum, 2002; Kossak-Romanach, 2003); inoltre stabilisce una relazione medico-paziente più empatica e favorisce il noto e tanto discusso effetto placebo della consultazione" (Dantas, 2003).

Anche la diversa adesione dei nostri pazienti al trattamento (91,2%) si potrebbe spiegare in questi termini. Infatti dei 6 drop-outs registrati 5 erano del gruppo **P**: 3 per abbandono del protocollo, 2 per protocollo incompleto.

Il miglioramento globale dei pazienti dei due gruppi, riferita dai genitori ad ogni controllo, non è stato lo stesso nel tempo; apparentemente il miglioramento è stato maggiore nel gruppo **P** al primo controllo, forse proprio a causa "dell'effetto placebo della consultazione" e per la grande aspettativa dei genitori. Al secondo controllo i due gruppi si sono equivalsi, mentre negli ultimi due controlli il gruppo **M** ha mostrato un miglioramento progressivo statisticamente significativo.

Ricordando che non è stato possibile seguire da vicino gli episodi acuti, va sottolineato che il consumo di antibiotici utilizzati in queste occasioni non costituisce un dato totalmente affidabile, poiché sappiamo che queste visite, realizzate rapidamente e superficialmente, determinano spesso prescrizioni non necessarie. Questa osservazione non invalida gli obiettivi del lavoro, visto che è stato usato

lo stesso parametro per entrambi i gruppi, nello stesso momento, e perché questi pazienti, di livello socio-economico molto basso, hanno bisogno di ricorrere abitualmente a questo tipo di assistenza medica. Nonostante non sia stata registrata obiettivamente, ma acquisita come comparazione successiva, dall'equipe multidisciplinare del Settore di Stimolazione Precoce (SEP), la frequenza di assenze alle sessioni di stimolazione dei bambini del gruppo **M** è stato inferiore durante il periodo di osservazione, e allo stesso tempo l'acquisizione delle abilità neurologiche è stato più vicino a quello sperato.

Anche se in questo studio non abbiamo valutato i parametri immunologici, il minor consumo di antibiotici nel gruppo **M**, statisticamente significativo, spiega il miglioramento della risposta immunologica nel gruppo stesso. Ribeiro et al. (2003) in 45 bambini con SD e infezioni ripetute hanno evidenziato alcune alterazioni immunologiche (due casi di deficit delle IgG2, due con un basso livello di linfociti CD4+, due con riduzione della risposta proliferativa ai mitogeni e cinque con diminuzione della attività delle cellule NK). Gli autori auspicano studi più approfonditi sul deficit immunologico nei portatori di SD con infezioni ricorrenti.

Studi più ampi, che valutano più dettagliatamente questi parametri, sono necessari per determinare i reali benefici della terapia proposta, per migliorare la risposta immunologica di questi pazienti. Dinanzi a queste osservazioni si apre la questione se l'Omeopatia non abbia una priorità fondamentale nel curare bambini affetti da SD, in quanto determina condizioni favorevoli allo sviluppo del loro potenziale individuale e, quindi, alla loro integrazione sociale.

CONCLUSIONI

Il trattamento omeopatico si è dimostrato efficace nella prevenzione delle infezioni respiratorie ricorrenti in bambini affetti da Sindrome di Down.

Tabella 1. Distribuzione del campione per Sesso nei Gruppi M e P

Sesso	Trattamento		Totale
	Gruppo M	Gruppo P	
Femmine	7 (54%)	6 (46%)	13 (100%)
Maschi	6 (40%)	9 (60%)	15 (100%)
Totale	13 (46%)	15 (54%)	28 (100%)

Figura 1. Distribuzione per Età dei pazienti nei gruppi M e P

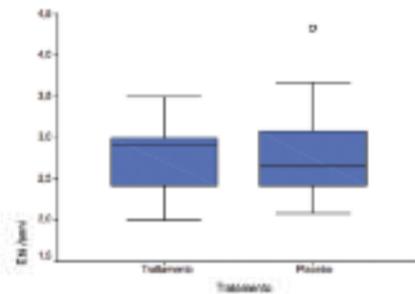


Figura 2. Distribuzione dei pazienti per Reddito Familiare in Reali (R\$) nei gruppi M e P.

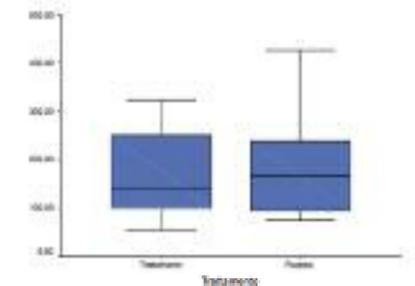


Tabella 3.

Paziente	Nome	Sesso	Età	Tratt.	Inizio	Fine	Antib/A	Antib/T	Reddito	Medicamento	1° Ritorno	2° Ritorno	3° Ritorno	4° Ritorno
PTE 1	L.N.S.	M	3a	M	14/07/2003	08/03/2004	6	0	1000,00/4	Phospac	50%	50%	90%	100%
PTE 2	S.L.S.	M	2a 8m	P	17/07/2003	09/03/2004	5	4	540,00/6		75%	100%	50%	50%
PTE 3	K.K.S.	F	2a 5m	M	17/07/2003	09/03/2004	6	1	640,00/7	Lyc.	0%	70%	100%	100%
PTE 4	V.M.S.F.	F	2a 4m	M	21/07/2003	23/03/2004	8	2	340,00/6	Ign/Phosp.	10%	20%	90%	90%
PTE 5	R.A.S.N.	F	3a 6m	M	21/07/2003	22/03/2004	8	1	680,00/5	Nux vom.	0%	100%	90%	90%
PTE 6	C.L.P.	F	3a	M	23/07/2003	05/03/2004	8	1	1000,00/4	Bell.	95%	100%	80%	80%
PTE 7	A.G.V.L.S.	F	2a 10m	M	23/07/2003	22/03/2004	7	1	400,00/4	Baryta carb.	30%	A	100%	90%
PTE 8	J.R.M.	F	2a 3m	M	23/07/2003	15/03/2004	4	1	500,00/6		0%	A	80%	A
PTE 9	T.S.S.	F	3a 2m	M	24/07/2003	15/03/2004	7	0	700,00/5	Nux vom.	MNA	90%	90%	100%
PTE 10	J.D.B.	M	3a 1m	M	28/07/2003	30/03/2004	7	1	700,00/4	Bell.	0%	80%	80%	90%
PTE 11	R.O.S.	M	3a	M	30/07/2003	31/03/2004	4	0	700,00/7	Silicea	50%	100%	100%	100%
PTE 12	G.M.Z.	M	2a 1m	P	04/08/2003	05/04/2004	4	3	1700,00/4		0%	50%	80%	60%
PTE 13	M.L.N.	M	2a 7m	P	07/08/2003	20/02/2004	7	5	900,00/3	Interrotto	0%	50%	60%	A
PTE 14	M.S.L.	F	2a 8m	P	13/08/2003	12/04/2004	5	2	240,00/3		90%	90%	100%	70%
PTE 15	A.M.F.	F	2a 4m	P	14/08/2003	12/04/2004	8	3	400,00/5		60%	60%	60%	60%
PTE 16	G.S.A.	M	2a 11m	M	18/08/2003	12/04/2004	8	1	350,00/4	Bell.	MNA	80%	80%	90%
PTE 17	J.P.S.	M	2a 8m	P	27/08/2003	30/04/2004	6	2	500,00/4		65%	100%	60%	60%
PTE 18	J.G.L.S.	F	3a	P	27/08/2003	20/02/2004	6	5	550,00/4	Escluso	90%	A	60%	A
PTE 19	M.M.M.	F	3a 8m	P	28/08/2003	20/02/2004	6	0	800,00/4		55%	100%	80%	70%
PTE 20	L.D.C.	M	2a 8m	P	02/09/2003	03/05/2004	8	4	1200,00/5		0%	50%	60%	60%
PTE 21	J.V.S.S.	M	2a 4m	P	02/09/2003	03/05/2004	4	0	500,00/3		80%	A	90%	90%
PTE 22	K.C.S.	M	3a 2m	P	16/09/2003	14/05/2004	6	3	1000,00/3		0%	50%	70%	60%
PTE 23	N.S.R.B.	F	2a 4m	P	16/09/2003	22/03/2004	6	4	700,00/2	Escluso	80%	A	50%	A
PTE 24	J.M.C.	F	3a 2m	P	16/09/2003	20/01/2004	5	3	700,00/4	Interrotto	40%	40%		
PTE 25	M.G.L.	F	2a 2m	P	16/09/2003	17/11/2003	5	3	1500,00/6	Interrotto	40%	A		
PTE 26	Q.R.L.	F	4a 4m	P	24/09/2003	28/05/2004	6	3	300,00/4		50%	60%	70%	50%
PTE 27	I.S.S.	M	2a 5m	P	24/09/2003	28/05/2004	6	5	900,00/3		50%	90%	60%	60%
PTE 28	G.N.Q.	M	2a 8m	M	24/09/2003	28/05/2004	6	2	700,00/4	Ign/Silicea	0%	90%	90%	90%
PTE 29	C.S.N.	F	3a	P	29/10/2003	30/06/2004	5	0	700,00/3		70%	A	90%	90%
PTE 30	J.A.S.	F	3a 2m	P	02/10/2003	04/06/2004	5	4	500,00/3		60%	70%	100%	60%
PTE 31	S.T.G.	M	2a 10m	P	03/11/2003	05/07/2004	4	2	400,00/4		A	60%	90%	95%
PTE 32	P.S.R.	M	2a 5m	P	29/10/2003	05/07/2004	6	5	480,00/3		65%	0%	0%	60%
PTE 33	A.C.B.	F	2a	M	27/10/2003	01/07/2004	5	1	540,00/2	Ignatia	100%	A	90%	70%
PTE 34	G.A.S.	M	2a 3m	M	30/10/2003	01/07/2004	6	3	1300,00/4	Ignatia	0%	A	80%	80%

P: Placebo/ M: Medicamento/ INIZIO: Prima visita/ FINE: Ultima visita/ ANTIB/A: Numero di antibiotici nell'ultimo anno prima dello studio/ ANTIB/T: Numero di antibiotici durante il trattamento/ REDDITO: Reddito vs numero di componenti familiari (100 reali = 42 euro)/ RIT: % di Miglioramento ad ogni ritorno/ MNA: Medicamento non assunto/ A: Assente/ INTERROTTO: Interruzione del trattamento da parte della famiglia/ ESCLUSO: Paziente escluso per non aver completato il protocollo

Figura 3. Distribuzione dei pazienti per consumo di Antibiotici nell'anno precedente al trattamento e durante il trattamento nei gruppi M e P.

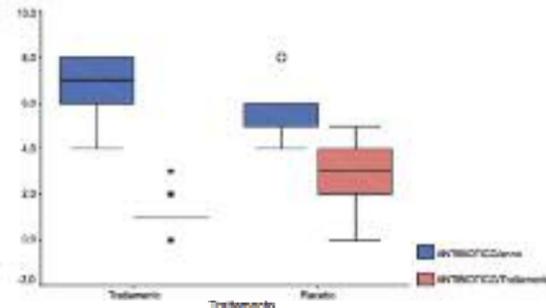
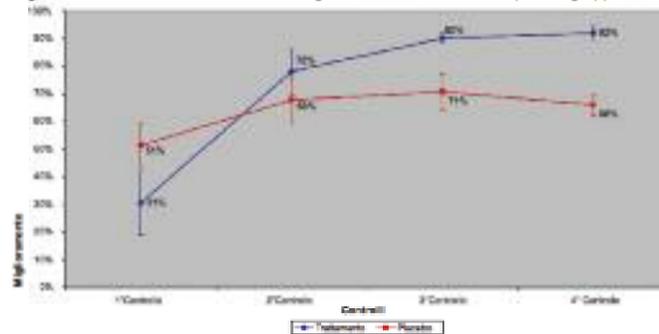


Tabella 2. Risultati comparativi tra i gruppi M e P relativi ad ogni Controllo, rispetto al Miglioramento riferito ai genitori

Valutazione	Significatività
1° Controllo	0,031
2° Controllo	0,752
3° Controllo	0,022
4° Controllo	0,001

Figura 4. Medie ed Errori Standard del Miglioramento valutati nel tempo nei gruppi M e P.



BIBLIOGRAFIA

AGRESTI, A. (1996) *Categorical Data Analysis*, Wiley-Interscience, New York

ALTMAN, DG (1997) *Practical Statistics for Medical Research*, Chapman & Hall, London.

BEARZI G.; GARCIA, R.B.; RIBEIRO, E. S.; ASSUMPTIÃO, F. B.; SPROVIERI, M. H.; SIMI, J. *Tratamento Homeopático de crianças com Síndrome de Down*. Associação Paulista de Homeopatia. São Paulo, 1991. Trabalho apresentado na Universidade de Uberlândia. SINAPIH 21/11/1991

BRUNINI, C. R. D.; CONSONNI, A. L. S.; BIREPENTE, C. C. P.; HEREDIA, M. S.; EID, O. K. A.; FURUTA, S. E. *Repertório Homeopático Pediátrico*. São Paulo, Robe Editorial, 2003.

DANTAS, F. *A relação medica - paciente em Homeopatia*. In: GONZALES, R. F.; BRANCO, R. *A relação com o paciente*. 1 ed., Rio de Janeiro, Guanabara Coogan, 2003. p.200-205.

DE LANGE-DE, K. E. S. M.; BLOMMERS, J.; KUIK, D. J.; FEENSTRA, L.; BEZEMER, P. D. *Effects of individually chosen homeopathic medicines on recurrent URTI in children*. *British Homeopathic Journal*, 85:4-14, 1996.

Farmacopéia Homeopática Brasileira. 2 ed. Parte I, São Paulo: Atheneu, 1997.

FRIESE, K. H.; FEUCHTER, U.; MOELLER, H. - *Homeopathic treatment of adenoid vegetations. Results of a prospective, randomized double-blind study*. *HNO*, Aug; 45(8): 618-24, 1997.

FURUTA, S. E. *Estudo clínico, homeopático, duplo-cego, em crianças com amigdalites recorrentes ou vegetação adenóide obstrutiva*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências da Saúde de São Paulo – Instituto Brasileiro de Estudos Homeopáticos. São Paulo, 2002.

FYSH, P. *Upper respiratory Infections*, 2003 <http://www.chiroweb.com/archives/12/26/17.html>

HAIDVOGL, M.; LEHNER, E.; RESCH, D.M. *Homeopathic treatment of handicapped children*. *British Homeopathic Journal*, vol 82, p. 227-236, 1993.

HOM, J.C.D.F. *La amigdalitis aguda y cronica y su tratamiento homeopático*. *Homeopatia Mex.*; 60 (559): 15-9, 1992.

JONES, K. L. *Chromosomal abnormality syndrome*. In: *Smith's Recognizable Patterns of Human Malformation*. 5° ed.. Philadelphia, Saunders, 1997. p. 8-81.

KANAMORI, G.; WITTER, M.; BROWN, J.; WILLIAMS-SMITH, L. *Otolaryngologic Manifestations of Down Syndrome*. *Otolaryngologic Clinics of North America*, v. 33, p.1285-92, 2000.

KOSSAK-ROMANACH, A. - *Homeopatia em 1000 conceitos*. São Paulo: Elcidi, 3° edical, 2003.

LINDE, K.; CLAUSIUS, N.; RAMIREZ, G. et al. *Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials*. *Lancet*, 350 (suppl 9081):834-43, 1997.

LUSTOZA, G. *Afeções de garganta e seu tratamento à luz da Homeopatia*. *Revista Homeopática*, São Paulo, 6 (65/67):231-234, 1941.

MARTELLO, N.; SANTOS, J. L. F.; FROTA-PESSOA, O. *Down Syndrome in the different physiographic Regions of Brazil*. *Rev. Brasil. Genet.* 7(1):157-173, 1984.

MARTINEZ-ALVAREZ, R. M. *Avaliação alergológica em pacientes com síndrome de Down*. São Paulo, 1997. 94p. Tese (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina.

MUNGUÍA, J.M.P.T. - *Rinofaringitis y homeopatia*. *Homeopatia Mexico*. 60(557):23-25, 1992.

NETER, KUTNER, NZCHTSHEIM & WASSERMAN (1996). *Applied Linear Statistical Models*. Irwin, 4th edition, Chicago.

PUSTIGLIONE, M. *Prescrição Homeopática – Aspectos da doença, do doente e do medicamento*. *Gaz. Homeopática* 2(4):18-21, 1987

PUSTIGLIONE, M. *A questão da saúde na cidade no contexto da Homeopatia*. *O Mundo da Saúde*. Ano 20, vol: 20 (3), abril, 1996.

PUSTIGLIONE, M. *17 Lições de Homeopatia – Estudos Avançados do Organon e Leitura Atualizada dos "Textos Maiores" de Samuel Hahnemann*, 1ª Edição. São Paulo, Typus, 2000. 252pp.

PUSTIGLIONE, M. *O moderno Organon da arte de curar de Samuel Hahnemann*. 1ª Edição. São Paulo, Typus, 2001. 320pp.

RIBEIRO, LUCIANA M.A., JACOB, CRISTINA M.A., PASTORINO, ANTONIO C. et al. *Avaliação dos fatores associados a infecções recorrentes e/ou graves em pacientes com síndrome de Down*. *J. Pediatr (Rio J)*, mar./abr. 79(2):141-148, 2003.

ROSEBAUM, P. *Homeopatia: medicina interativa, história lógica da arte de cuidar*. 1° ed. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000.

SCHWARTZMAN, J.S. e colaboradores – *Síndrome de Down*. 1° ed. São Paulo: Mackenzie Editora, 1999.

STROME, M. - *Down's syndrome: a modern otorhinolaryngological perspective*. *The Laryngoscope*, Boston, vol XCI(10):1581-1594, October, 1981.

STROME, S. E.; STROME, M. *Down syndrome: an otolaryngologic perspective*. *J. Otolaryngol.*, 21:394-7, 1992.

THOMÉ, D.C. *Incidência e evolução da otite media secreta em crianças com síndrome de Down*. São Paulo, 2003. 80p. Tese (Doutorado) Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

Radar 10 - E.H.2.2 - WinCHIP 3.1.04

Dal 2009 IMPORTANTI NOVITA



Nuova versione RADAR 10

Synthesis Essential il nuovo repertorio accettato da tutte le scuole di omeopatia classica
 Synthesis 9.2 Italiano/Inglese - Synthesis 9.2 Inglese
 Synthesis disponibile anche in francese, tedesco e spagnolo



Nuova versione WinCHIP 3.1.04

con accesso alla Banca Dati CLIF.COL. Clinical File Collection
 Abbonati a CLIF.COL. e potrai utilizzare WinChip gratuitamente !!!

h.m.s. s.r.l. health medicine services

Via Volta, 40 I-22100 Como CO - Tel. 031/24.30.07 - Fax 031/22.80.682 - E-mail: info@hmsr.com

Storie di Omeopatia quotidiana

Guarigioni in breve raccontate dagli omeopati italiani

Questa è una rubrica di casi clinici brevi, perciò acuti probabilmente, ma ben vengano anche i casi cronici, purchè esposti in maniera corretta e sintetica, senza sacrificare la comprensibilità.

Inviare i vostri casi clinici a muscaritomaioli@omeopatia.org

APPENDICITE ACUTA IN RAGAZZO DI 25 ANNI

Isabella Mariani

Medico Chirurgo – Omeopata SEREGNO (MI)

studio@omeopatiamariani.com

P. è un ragazzo di 25 anni che seguì fin da quando aveva 5 anni. Era un bambino allergico e soffriva di tonsilliti ricorrenti curate con Tuberculinum. Vengo chiamata dalla madre che mi riferisce che suo figlio è appena tornato dal Medico di Base, che ha riscontrato un'appendicite acuta con richiesta di visita chirurgica urgente. Chiedo se possibile di vederlo in studio prima dell'accesso in Pronto Soccorso.

Il paziente arriva accompagnato dalla madre: il volto provato dal dolore, fatica a camminare e con difficoltà si sdraia sul lettino. Tiene le gambe flesse perché altrimenti il dolore aumenta e fa fatica a muoversi. Obiettivamente rilevo un'importante sintomatologia dolorosa in fossa iliaca destra con segno di Blumberg positivo. Mi riferisce che da circa 4-5 giorni ha dolori addominali con nausea da lui imputata ad una forma virale. Nella notte precedente era iniziato vomito e febbre a 38,5°C, doveva stare disteso sul lato sinistro con le gambe piegate e appena si muoveva aumentava la nausea. Presentava secchezza delle fauci, ma appena beveva vomitava.

P. si è laureato da pochi mesi, sta seguendo uno stage presso un'azienda ed è anche arrivata la notizia di un'assunzione presso un Istituto Bancario. Riferisce di essere molto preoccupato per il nuovo lavoro e spera di essere in grado di affrontarlo date le sue attuali condizioni di salute. In questi giorni, la madre riferisce che è molto scontroso e fa fatica a rispondere quando gli si rivolge la parola. In studio ho a disposizione un tubetto di BRYONIA 1000 CH che somministro metà subito direttamente in bocca e

metà in acqua fino all'arrivo in ospedale. Risento il paziente il giorno dopo e mi riferisce un netto miglioramento dei sintomi dopo circa 2 ore dall'assunzione del Rimedio. Il chirurgo del Pronto Soccorso, alla visita, conferma la remissione della sintomatologia appendicolare.

Repertorizzazione (RADAR Synthesis):

1	1234	I	ABDOMEN - PAIN, - Ileocaecal region	22
2	1234	I	ABDOMEN - PAIN, - flexing limbs amel.	12
3	1234	I	ABDOMEN - PAIN, - motion,on	39
4	1234	I	GENERALS - LYING - side,on, - painful, - amel.	21
5	1234	I	MIND - DESPAIR - recovery	24
6	1234	I	MIND - ANXIETY - future,about	68

	bry.	nux-v.	sep.	puls.	sulph.	kali-c.	calc.	bell.	cocc.	nit-ac.
	6/16	4/7	4/7	4/6	4/5	4/4	3/8	3/6	3/5	3/5
1	3	-	-	-	-	-	-	-	2	2
2	2	-	2	1	1	-	-	2	-	1
3	3	3	1	1	2	1	-	3	2	2
4	3	1	2	2	1	1	2	1	-	-
5	2	1	2	-	-	1	3	-	-	-
6	3	2	-	2	1	1	3	-	1	-

AMNESIE IMPROVVISE

Raffaella Pomposelli

Medico chirurgo – Omeopata MILANO

Direttore Scuola di Medicina Omeopatica di Verona

raffaella.pomposelli@omeopatia.org

Il giorno 13 gennaio 2010 la Sig.ra G.V di 60 anni si presenta nel mio studio per una visita di controllo. E'

una signora distinta, vestita con cura, nulla fuori posto, dice che ha bisogno di precisare sempre tutto, e quando punta qualcosa che non le va diventa ossessiva nel tentativo di far valere il suo pensiero. Fra le sue manie emerge quella della pulizia e la necessità di lavarsi le mani per ogni minima cosa. Durante la visita, mi racconta dettagliatamente tutte le preoccupazioni che ha vissuto per i suoi familiari. Finito il colloquio, la visito e all'esame obiettivo risulta tutto assolutamente nella norma.

Sto per fare la prescrizione, la signora si sta rivestendo e improvvisamente mi dice: scusi, ma lei chi è? Che cosa sono venuta a fare io qui? E chi mi ha portato qui? Non ricordava di aver fatto un viaggio di 3 ore di macchina con il marito e come fosse arrivata nel mio studio. Sorpresa dal cambio repentino di coscienza della paziente, le ho rimisurato la pressione, che risultava nella norma come la precedente e ho chiamato il marito che la stava attendendo in sala d'aspetto, il quale allibito esclama: "Oh no, anche te, come tua sorella!" e così scopro che nella famiglia della paziente ci sono stati casi di perdita di memoria improvvisa e Alzheimer. In particolare nella sorella il danno non è mai stato completamente recuperato e ci sono voluti vari mesi per tornare ad una memoria accettabile.

Repertorizzo con RADAR Synthesis:

1	1234	Iq	MIND - MEMORY - loss of memory - sudden	6
2	1234	Iq	MIND - MEMORY - weakness of memory - sudden and periodical	10
3	1234	I	MIND - WASHING - desire to wash - hands; always washing her	22
4	1234	I	MIND - CLEANNESS - mania for	14

	syph.	kali-s	sulph.	ars.	carc.	sil.	anac.	arg-met.	carb-v.	lac-c.
	3/4	2/3	2/3	2/2	2/2	2/2	1/2	1/2	1/2	1/2
1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-
2	1	-	-	-	-	-	2	2	2	-
3	2	1	2	1	1	1	-	-	-	2
4	1	2	1	1	1	1	-	-	-	-

Prescrivo LUESINUM 50mila K monodose, sciolto in mezzo litro di acqua da sorseggiare nella giornata, rimedio che la mia segretaria inizia a somministrare già in studio. Dopo un'ora mi riferisce che la paziente, chiamata per ricordarle di prendere il farmaco, chiede cosa

sta prendendo, e come mai sia stata nel mio studio. L'indomani inizia a ricordare che ha nipotini, che ha figli, che è sposata, ecc. E dopo tre giorni le ritorna la memoria completamente, ricordando anche la giornata della visita.

TRE CASI BREVI DI CLINICA OMEOPATICA VETERINARIA DI ALLEVAMENTO

Carla De Benedictis

Medico Veterinario – Omeopata –VELLETRI (RM)

carladebenedictis@interfree.it

www.lospiritedeglianimali.com

DIARREA IN UNA PULEDRA

Si tratta di una puledra, figlia di una fattrice da carne, tenuta al pascolo in montagna. La cavalla partorisce e a 40 giorni ritorna in calore come normale. La puledra inizia ad avere una forte diarrea escoriante, di colore verdastro, non assume latte, la mammella della madre è turgida e fuoriesce latte spontaneamente. La puledra non si fa prendere e se si riesce ad avvicinarla non si fa toccare, la madre la difende ed è impossibile sia visitarla che trattarla con farmaci di sintesi. E' opinione comune che la diarrea dei puledri sia stimolata dagli estrogeni presenti nel latte della madre al momento del calore, ma io faccio un'ulteriore osservazione. La diarrea coincide con la dentizione. A quattro-sei settimane erompono i denti mediani (secondi incisivi).

Repertorizzo con RADAR Synthesis:

1	I	RETTO - DIARREA - dentizione; durante	61
2	I	MENTE - TOCCATO - avversione ad essere	84
3	I	FECI - VERDI	140

	cham.	phos.	acon.	ant-c.	apis	bell.	calc-p.	calc.	hep.	mag-c.
	3/9	3/7	3/6	3/6	3/6	3/6	3/6	3/6	3/6	3/6
1	3	1	2	1	2	2	2	3	2	2
2	3	3	2	3	2	2	1	1	2	1
3	3	3	2	2	2	2	3	2	2	3

Somministro CHAMOMILLA 30 CH alla madre, 20 granuli sciolti in una bottiglia da un litro e mezzo, 50 cc per bocca tre volte al giorno. Dopo un giorno la diarrea è diminuita e la puledra inizia ad alimentarsi. Dopo altri due giorni la diarrea è sparita.

PARTO LANGUIDO IN UNA SCROFETTA RAZZA POTBELLIED PIG (maialini vietnamiti)

Scrofetta in parto da due giorni, ha rotto le acque e ha partorito 5 maialini morti e mummificati. Da allora, nonostante i premiti, non ha più espulso niente. Solitamente selvatica e inavvicinabile, è riversa per terra e si lascia visitare perché fortemente indebolita. L'addome è dolente, la temperatura a 36° C, è inappetente, ha sete, ogni tanto ha qualche contrazione, ma sempre più rara e più debole. Propongo ai proprietari un cesareo che rifiutano per motivi economici. Non posso fare terapia a base di ossitocina per timore che l'utero si rompa. Inizio terapia omeopatica basandomi solo sui sintomi rilevati e, a causa della gravità del caso, decido per un approccio pluralista. Nei miei precedenti casi di parti languidi in questa specie, ho verificato che le basse potenze non sono efficaci. Oltretutto se vi sono problemi al parto, le scrofe possono incorrere nella sindrome MAM (Mastite Metrite Agalassia), per cui se nasce qualche soggetto vivo, non ha latte per alimentarsi. Preparo una soluzione di PULSATILLA 200K per i seguenti sintomi presi da RADAR Synthesis TE 2009 VET:

- CHEST - MILK - absent - delivery, after 2
- CHEST - INFLAMMATION - Mammae 2
- FEMALE GENITALIA/ SEX - INFLAMMATION - Uterus - pyometra 2
- FEMALE GENITALIA/ SEX - DELIVERY, during complaints 2
- FEMALE GENITALIA/ SEX- FETUS - dead , expelled 2
- FEMALE GENITALIA/ SEX- FETUS - motion - painful 1
- FEMALE GENITALIA/ SEX- PAIN - labor pain - slow 2
- FEMALE GENITALIA/ SEX - PAIN - labor pain - suppressed and wanting 2
- FEMALE GENITALIA/ SEX- - PAIN - labor pains - weak 3

Preparo anche una soluzione di CAULOPHILLUM XMK per i sintomi:

- FEMALE GENITALIA/ SEX- FETUS - dead - stillbirths
- FEMALE GENITALIA/ SEX - DELIVERY, during complaints 2
- FEMALE GENITALIA/ SEX- FETUS - dead - expelled 2
- FEMALE GENITALIA/ SEX- FETUS - motion - ceased 2
- FEMALE GENITALIA/ SEX- FETUS - motion - decreased suddenly a lot 1
- FEMALE GENITALIA/ SEX- PAIN - labor pain - slow 1
- FEMALE GENITALIA/ SEX- PAIN - labor pain - prolonged 2
- FEMALE GENITALIA/ SEX- PAIN - labor pain - thirst, with 2
- FEMALE GENITALIA/ SEX - PAIN - labor pain - suppressed and wanting 1
- FEMALE GENITALIA/ SEX- - PAIN - labor pains - weak 2

Faccio somministrare le soluzioni direttamente sulla mucosa del grugno con uno spruzzino nebulizzatore alternate ogni ora, in modo tale che tutta la famiglia possa partecipare alla terapia senza avvicinare l'animale, del quale hanno paura e garantendo una somministrazione cadenzata nel tempo. Durante la giornata inizia a espellere feti morti, la sera mangia della verdura fresca e frutta. Il giorno dopo finisce di espellere altri feti e la placenta. Inizia a mangiare e si alza. Il terzo giorno è in piedi, continua a espellere lochi e mangia il suo solito pasto, diventando di nuovo inavvicinabile. Il parto successivo, dopo aver rivisto la dieta che era scarsa di proteine e ricca di amidi, è andato a buon fine.

DIARREA VIRALE IN BOVINI DA CARNE

Si tratta di bovini da carne di razza limousine immessi in allevamento da pochi giorni. Provengono da un pascolo della zona e sono messi a stabulazione fissa insieme ad altri soggetti già presenti da tempo. Sono denutriti e presentano, dopo pochi giorni dall'arrivo, diarrea con sangue, temperatura 39, 5 °C, inappetenza, sete. Inizia il primo della fila e poi la patologia si estende ad altri due soggetti. Si potrebbe trattare di BVD (Diarrea Virale Bovina), ma non ho modo di accertarlo. Il virus potrebbe estendersi agli altri capi con facilità. Propongo all'allevatore un trattamento omeopatico, dato che, trattandosi di un virus, una cura antibiotica servirebbe solo da palliativo.

Repertorizzo (RADAR Synthesis)

1	3	FECI - SANGUINOLENTE	255
2	3	SINTOMI GENERALI - EMACIAZIONE	298
3	1	STOMACO - APPETITO - mancante - sete - con	38

	phos.	ars.	nux-v.	sulph.	calc.	colch.	nit-ac.	coloc.	lyc.	plb.
	7/20	7/19	7/19	7/19	7/17	7/17	7/17	7/16	7/16	7/16
1	3	3	3	2	2	3	2	3	2	2
2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3
3	2	1	1	4	2	2	2	1	1	1

Prescrivo ARSENICUM ALBUM 30 CH, un tubetto sciolto in una bottiglia da un litro e mezzo di acqua, 50 cc a capo quattro volte al giorno, solo ai capi colpiti. Dopo due giorni la diarrea sparisce e non si è più ripresentata.



Creazione artistica di Mauro Bergonzoli

Euphrasia officinalis 3 DH e Chamomilla vulgaris 3 DH, componenti del collirio Euphralia, sono tradizionalmente utilizzate in omeopatia nei diversi disturbi dell'occhio^{1, 2}: arrossamento, bruciore, lacrimazione, irritazione, fotofobia, prurito, sensazione di corpo estraneo, secchezza, palpebre agglutinate, dolore. La loro azione è anche dimostrata da uno studio clinico.³

Il collirio Euphralia[®], costituito esclusivamente dalle diluizioni omeopatiche e da eccipienti isotonici (sodio cloruro 0,9% e acqua purificata), garantisce il rispetto delle caratteristiche fisiologiche del liquido lacrimale e non causa irritazione o bruciore alla somministrazione.⁴ Confezionato in contenitori monodose di polietilene morbido senza additivi,⁵ è prodotto con tecnologia Bottelpack[®], che garantisce la sterilità senza l'uso di conservanti.⁶

Per tutte queste caratteristiche, il collirio Euphralia può essere utilizzato in modo continuativo e prolungato da tutti, anche bambini,⁷ donne in gravidanza⁸ e portatori di lenti a contatto.⁹

Il morbido e pratico contenitore monodose rende facile e sicura l'istillazione oculare: 1 o 2 gocce 2-3 volte al dì. Al bisogno anche più volte al giorno.

Servizio Informazioni Boiron: numero verde 800-032203; info@boiron.it; www.boiron.com - www.boiron.it



* Medicinale omeopatico senza indicazioni terapeutiche approvate. Non a carico del SSN.

1) Demarque D., Jouanny J., Poitevin B., Saint-Jean V.: Farmacologia e materia medica omeopatica. Medicina Naturale. Tecniche nuove. 2) Kent J.T.: Repertorio della Materia Medica Omeopatica. Tomo II. IPSA editore. "Occhi e Visione": 945-1034. 3) Vingolo E.M., Del Beato P., Barcardi M., Rapagnetta L.: Il trattamento del discomfort da occhio secco con collirio monodose Bottelpack[®] a base di Euphrasia-Chamomilla Boiron in dosi omeopatiche vs placebo. - Università degli Studi di Roma "La Sapienza" Cattedra di Clinica Oculistica. Bollettino di Oculistica Anno 76 - N. 4 - 1997 4) Stella R.: Manuale di farmacologia, tecnica, legislazione farmaceutica ed organizzazione dei servizi farmaceutici - ed. Cortina: 289; 399-400. 5) Monografia 3.1.4. Farmacopea Europea V ed. 6) Bourry E., Dumolard L., Peronnet A.: Remplissage intégré aseptique: la technologie blow-fill-seal (BFS) dans l'industrie Pharmaceutique. S.T.P. Pharma Pratiques, 1995, 5 (3): 203-214. 7) Boulet J.: Homéopathie - L'enfant. Marabout: 14-17. 8) Rocher C.: Homéopathie - La femme enceinte. Marabout: 14-17. 9) Guida all'uso dei farmaci: 13.7 Lenti a contatto. Agenzia Italiana del Farmaco; 4 - anno 2007.

I Nosodi (quarta parte)

Lyssinum o Hydrophobinum

TRADUZIONE A CURA DI Anna Fontebuoni, anna.fontebuoni@poste.it

INTRODUZIONE

Il genere Lyssavirus appartiene alla famiglia dei Rhabdoviridae. Si tratta di virus a RNA con singolo filamento negativo, come il virus Ebola, il virus del morbillo (Morbillinum) e quello della parotite (Arotidinum). Il rimedio omeopatico Lyssinum è preparato dal virus della rabbia.

Il virus viene coltivato a partire da saliva, secrezioni respiratorie, urina, ma più che altro da tessuto cerebrale. La rabbia è una malattia infettiva virale che si propaga nel sistema nervoso centrale di animali a sangue caldo, compreso l'uomo. Il periodo di incubazione va da uno a tre mesi. All'inizio il paziente prova dolore, bruciore e intorpidimento nella zona dell'infezione. Seguono sintomi simili a quelli influenzali. In un secondo momento è colpito con violenza il cervello. Spasmi dei muscoli esofagei impediscono improvvisamente al paziente di bere, seguiti da convulsioni o provocati da un tentativo di bere acqua, da una paura improvvisa o da qualsiasi genere di agitazione. La muscolatura respiratoria è interessata da spasmi e infine da paralisi.

Il rimedio è stato proposto e sperimentato da Hering nel 1833, cinquanta anni prima dei semplici esperimenti di Pasteur con il siero. Le proprietà tossiche e non della saliva animale sono state per lungo tempo oggetto di discussioni scientifiche. **Gli esperimenti di Pasteur, nel 1878-1880, provarono che la malattia pernicioso, con febbre e in-**

teressamento della milza, era provocata da batteri. Se si iniettano poche gocce di liquido contenente tali batteri in un animale, esso sviluppa la malattia con incredibile rapidità e muore nel giro di uno o due giorni. Fanno eccezione i polli, che non contraggono la malattia. Pasteur spiegò questa stranezza con il fatto che gli uccelli hanno una temperatura corporea superiore a quella di qualsiasi animale a sangue caldo. La temperatura degli animali più soggetti a questa malattia varia da 33°C a 35°C, mentre quella dei polli è di 42-43°C. Riducendo la temperatura corporea dei polli dopo l'inoculazione, Pasteur scoprì che morivano anch'essi come gli altri. Ulteriori esperimenti lo convinsero che **la propagazione dei batteri si arrestava a una temperatura corporea di 44° C o superiore.** Pasteur ne dedusse che l'irradiazione locale di calore era la migliore terapia per impedire che i batteri si moltiplicassero. Il primo vaccino antirabbia, composto da batteri vivi, fu somministrato da Pasteur nel 1885. Il vaccino provocò reazioni gravi, talora fatali. Il metodo di somministrazione di Pasteur è molto diverso da quello usato dagli omeopati, ma si basa su un principio simile: introdurre nell'organismo lo stesso virus modificato per neutralizzarlo.

CASI CLINICI

CASO CLINICO N. 1

Els B., depressione

08/12/2000 - Nata il 15/08/1973, insegnante. Ha 27 anni. **Depressione con mania suicida.** Uno psichiatra

ha fatto una diagnosi di **borderline.** "Le psicoterapie non sono altro che 'chiacchiere'. Non ne voglio più sapere. **Due giorni per poco non mi sono suicidata. Sono disperata.**" Prima osservazione: tosse continua, secca, abbaiente, spasmodica, tipica di pazienti psicotici. Chi le sta vicino dice che ha una tosse da fumatore anche se non fuma. Parla in **maniera agitata. Abbastanza loquace.** Verruca sulla pianta di un piede. È stata asportata molte volte ma ricresce. È una persona molto creativa. Lavora a maglia, ricama e lavora il legno. Progetta e realizza i vestiti che indossa. Ha sempre avuto questa capacità, ma, con l'età, è molto migliorata. Se vede un armadio in un negozio, pensa di saperlo costruire da sola, e ci riesce. **Il suo problema più grosso sono i rapporti sociali.** A volte ne è attratta, a volte infastidita. **A scuola nessuno sa che in questo momento soffre di una forte depressione.** Sa separare molto bene il lavoro dalla vita privata.

ANAMNESI PERSONALE

Parto difficile, durato più di 24 ore. Presentazione girata.

Fratello, nato nel 1974. Fratello, nato nel 1977.

Non è più in contatto con i fratelli. Ognuno fa la propria vita.

1984: **quando aveva 11 anni ha cambiato casa e dalla provincia di Limburg, in campagna, si è trasferita in quella di Antwerp, in una regione rurale.** Prima era una bambina felice e allegra, che dormiva dovunque. **Con il trasferimento sono cominciati i problemi.** La gente di Antwerp

guarda dall'alto in basso quelli di Limburg. **"Ho avuto per tutta la vita il ruolo di vittima".** Da piccola è stata tormentata moltissimo dai compagni. 02/1989: incidente di sci con frattura multipla del ginocchio. È rimasta ingessata per molto tempo e il recupero funzionale è stato lungo.

12/1989: ha iniziato a **automutilarsi**, e continuato fino al 1998. È cominciato perché non voleva togliere il gesso, altrimenti le sembrava di non essere accettata. Era l'unico modo per attirare attenzione. Poi spesso **batteva la testa contro qualcosa di duro.** Era depressa. "Da due e anni e mezzo non mi mutilo più".

1994: **esaurimento** durante il primo anno della scuola per diventare insegnante. **È stata ricoverata parecchie volte, fino a cinque mesi.** Spesso è stata legata e messa in cella di isolamento. Una volta c'è stata per tre giorni e tre notti, e la contenzione è durata una notte intera. Sono stati i giorni peggiori della sua vita. "Quando si entra in ospedale è sempre peggio. Alla fine ci si arrabbia, ma sono loro che fanno arrabbiare".

1997-1999: **ospedalizzata in un istituto di igiene mentale aperto.** Ci viveva sotto sorveglianza e poteva uscire di giorno.

1997: **è stata violentata in una sauna.** Non avendo la forza di reagire, ha lasciato andare il suo stupratore. **"Ancora una volta ho avuto il ruolo di vittima.** Pare che quando si è soli nella stanzina della sauna, succeda di questo". Ora il chakra sessuale è completamente bloccato. **La sua sessualità è bloccata e morta, al momento, non si masturba e non fa sogni erotici.**

1998: estrazione del quarto dente del giudizio.

1999: vive da sola e così sono migliorati i rapporti con i genitori. Abita vicino a loro e va a cena da loro tutti i giorni.

2000: influenza seguita da polmonite. È stata molto male.

10/2000: **gastrite con sensazione**

di palla che preme verso l'alto nello stomaco. Eruttazioni parossistiche con vomito. Dolore dopo aver mangiato. Di solito ha lo stomaco molto sensibile. Deve stare attenta a mangiare. R/ Omeprazole®.

R/ Risperdal® 1 mg dal 1997 per la depressione.

R/ Sulpiride® da due mesi. Dovrebbe diminuire la dose ma non ci riesce.

R/ Remergon® 30 mg da una settimana, prescritto dallo psicanalista.

Automutilazione. Molestata a scuola. Feeling of being bad treated

Delusion suffered wrong.

Diagnosi differenziale: Hyoscyamus niger.

Pr/ LYSSINUM 200K

20/12/2000 - È stata benissimo, poi, il 16/12/2000, ha iniziato a diminuire i farmaci. Stamane ha dormito fino al suono della sveglia, cosa abbastanza eccezionale. Da due giorni sta di nuovo male: da quando ha diminuito l'antidepressivo. Questo farmaco l'ha fatta molto ingrassare: ecco perché vuole smettere. Le ultime due notti si è svegliata alle 3. Va in vacanza e vuole fare di tutto, andare a tutte le feste. **Ha lei stessa l'impressione di procedere nella direzione giusta. Crede più in se stessa.** Lo psicologo le fa fare degli esercizi di rilassamento e per la prima volta li ha fatti tutti di seguito. Ha smesso di prendere il Sulpiride il 15/12/2000! Ha dimezzato le dosi di Remergon. Pr/ LYSSINUM 200K

02/01/2001 - **Buona evoluzione. Pensa che stia cambiando qualcosa dal punto di vista mentale. Ora riesce a provare piacere per certe cose.** "Sono sulla buona strada". Il sonno va molto meglio. Riesce a dormire fino a mezzogiorno, cosa abbastanza strana per lei. "Prima non era possibile, ma ora me lo posso permettere. Avevo sempre un sonno agitato e breve. Mi svegliavo di continuo. Non dormivo nemmeno se prendevo dei sonniferi. Specialmente nel periodo

in cui sono stata molto depressa e disperata, non dormivo bene. Di giorno non riuscivo a stare sveglia e sbadigliavo in continuazione. Mi era difficile concentrarmi su quel che diceva la gente". **Fino a poco tempo fa dipendeva da una infermiera del reparto di psichiatria. Ora non la va a trovare regolarmente come prima.** È un enorme passo avanti. Sono passate due settimane da quando è andata a trovarla l'ultima volta. **"Sto abbandonando sempre più il mio ruolo di vittima".** A Natale il padre e il fratello hanno litigato. Di solito una situazione del genere l'avrebbe depressa, ma non questa volta. **"Sono molto più attenta a quello che succede intorno a me. Più aperta al mondo che mi circonda. Ho molto più energia".** Tutti la vedono molto cambiata. Pr/ PLACEBO

23/01/2001 - **"Sono molto più spontanea e aperta. A volte mi accetto come sono, con le mie lacrime, non mi dà più fastidio".** La morte del suo coniglietto l'ha profondamente scossa: mal di stomaco e cefalea scoppiante per un giorno. Il giorno dopo si è sentita meglio e ne ha comprato un altro. Di solito un evento del genere la faceva stare male molto di più. Lo stomaco va molto meglio. Tutti i vicini di casa hanno il raffreddore tranne lei. Di solito prende facilmente il raffreddore. L'unico farmaco che continua a prendere è il Risperdal®. Pr/ LYSSINUM 200K

14/02/2001 - **L'umore è molto più stabile di prima. Non ci sono confronti con la situazione precedente. "Ora ho i piedi per terra ed è difficile rompere l'equilibrio".** Nessuno riesce più a farle del male. "Ho dovuto eliminare alcune persone dalla mia cerchia". Certe situazioni spiacevoli del passato non la disturbano più e ha smesso di pensarci. **Non ha più problemi di stomaco. Ottengo questa informazione per-**

ché glielo chiedo, altrimenti se ne era scordata. Vuol smettere di prendere la pillola, che aveva iniziato per un problema di mestruazioni abbondanti e irregolari. Ma se continua il Risperdal, le mestruazioni rimarranno irregolari e bisognerà che prosegua la terapia estroprogestinica. **La madre dice che Els è di nuovo in forma!**

Pr/ PLACEBO

12/03/2001 - Di nuovo tosse dopo un raffreddore. Mentalmente sta molto bene, non ha disturbi mentali.

Pr/ LYSSINUM 200K

24/04/2001 - Una sua amica ha avuto un bambino down. Lei la aiuta a fare le faccende di casa. È stanca.

Pr/ LYSSINUM 200K

29/05/2001 - **Tosse e starnuti. Rinite allergica. Non ha più disturbi mentali.** Pr/ LYSSINUM XMK

09/07/2001 - **Allergia.** Disturbi mentali scomparsi. Pr/ LYSSINUM XMK.

08/08/2001 - Voleva comprarsi una casa ma è arrivata tardi. È molto delusa, ma la delusione non si è ripercossa sul suo stato mentale.

22/11/2001 - **Tosse e raffreddore.** È scomparsa la verruca sulla pianta del piede. **Nessun disturbo mentale.** Pr/ LYSSINUM XMK.

05/02/2002 - **Sta molto bene. Si è fidanzata e si sposerà il 30/05/2003! Un bel rapporto, non di attrazione e repulsione come i rapporti precedenti.**

10/2002 - È andata a convivere con il fidanzato.

12/11/2002 - Tosse con dolore al torace. Pr/ LYSSINUM 200K.

10/02/2003 - Esaurimento nervoso. Da quando vive con il fidanzato soffre di nuovo di insonnia. Ha anche problemi a scuola. Ha una classe di 27 studenti! Pr/ LYSSINUM 200K.

30/05/2003 - **Si è sposata.**

25/08/2003 - **È incinta! Nausea.** Pr/ LYSSINUM 200K.

29/10/2003 - È incinta di quattro mesi. Pr/ LYSSINUM 200K.

04/2004 - **È nato Wout. Tutto bene,**

niente depressione postpartum. 13/10/2004 - Mal di gola e raffreddore. Pr/ LYSSINUM 200K.

Fino a questo momento la prescrizione di Lyssinum ha sempre avuto successo. Alle visite seguenti è venuta per episodi acuti delle prime vie aeree, che richiedevano rimedi acuti diversi: Spongia tosta, Kali bichromicum e Gelsemium sempervirens. Potremmo dire che il suo stato mentale Lyssinum è stato curato.

A parte un parziale e temporaneo esaurimento (02/2003) possiamo considerare curato e stabile il suo stato mentale sin dal 02/2001, dopo sette settimane di trattamento!

18/10/2005 - Colpetti di tosse secca. Forte raffreddore. Lyssinum non dà sollievo. Pr/ Spongia tosta.

01/2006 - Nascita della figlia. Nessun problema.

10/2006 consulto telefonico - Forte sinusite. Pr/ Kali bichromicum 200K, con risultato immediato e straordinario.

09/02/2007 - Febbre: 39°5C. È eccezionale che abbia la febbre. Anche quando ha avuto la polmonite non l'aveva. Sta molto male. Le fa male tutto il corpo. Molto intontita. Non ha disturbi mentali.

Eziologia: il marito si è rotto un braccio, una frattura complessa, e lei ha sulle spalle tutti i lavori domestici. Preso Lyssinum ieri, senza risultati. Preso Kali bichromicum 200K senza risultati il 06/02/2007. Esame clinico negativo. Pr/ Gelsemium sempervirens 200K.

ANALISI DEL CASO

Il trasferimento dalla campagna a una cittadina più urbanizzata quando aveva 11 anni ha dato una svolta alla sua vita. Le prese in giro e i soprusi di altri bambini hanno lasciato un segno sulla debolmente di Els, cioè la fissazione di essere aggredita, maltrattata, insultata, tormentata. Continuando a pensare a quelle brutte esperienze si è

sentita abbandonata, le è venuta la depressione e ha cercato di attirare l'attenzione del suo ambiente su di sé mutilandosi. Questa situazione ha reso il suo umore mutevole, con un profondo desiderio di morte e ripugnanza per la vita e persino una tendenza suicida. Finora, l'ultima volta che ha assunto Lyssinum è stato il 13/02/2004. Ora Els è sposata e madre amorevole di due bambini, sana di mente. Le visite seguenti sono state per disturbi acuti delle prime vie respiratorie che necessitavano di altri rimedi acuti: Spongia tosta, Kali bichromicum e Gelsemium sempervirens.

CASO CLINICO N. 2

Therezina D., bronchite cronica 09/11/2005 - Nata il 28/06/1963. **Terapeuta bioenergetica.** Usa le benzodiazepine per creare un contatto con l'inconscio. **Tosse sin da quando ha sofferto di broncopolmonite, nell'agosto del 2005.** Respiro affannoso di notte. Il diaframma è completamente bloccato. Febbre: 39,9°C, senza sudorazione. Pallore del viso quando ha la febbre. Muco grumoso abbondante verde. Terapia antibiotica. La tosse è secca, abbaiente, spasmodica: sembra un cane. Eziologia: la settimana prima è andata in campeggio in una zona molto umida. Ha cominciato a tossire sin dalla prima notte. Di notte era molto umido e bagnato, e caldissimo di giorno. **Da bambina aveva avuto una tosse cronica,** perché viveva in Brasile, in una casa molto umida. Da quando ha avuto la polmonite, ha paura di riprenderla. Secondo il suo convivente di notte il respiro è molto superficiale. Da bambina non era mai stata in campeggio e facendolo era stato come tornare indietro, alla sua infanzia di fame, insicurezza e abbandono. **Da bambina aveva sempre avuto la sensazione di non appartenere al mondo,** che il luogo in cui viveva, Minas Gerais, in Brasile, non

fosse giusto per lei. "Ogni volta che era il mio compleanno mi sentivo triste. **Non sono mai stata contenta di essere nata. Ha pianto molto fino a quando aveva 25 anni**".

ANAMNESI PERSONALE

Secrezioni vaginali. Lombalgia sinistra. Ipertiroidismo dal 1994, ma sotto controllo senza farmaci. Piedi rossi e screpolati in passato, non più da quando segue una dieta macrobiotica.

Nata in Brasile. Terza di cinque figli. La sorella minore è morta dopo la nascita. Allora lei aveva un anno, ma ne era rimasta scioccata. Faceva di tutto per essere accettata dalla mamma. **Il padre era violento e picchiava spesso i figli.** Andò avanti fino a quando lei aveva 20 anni. Una volta l'aveva picchiata tanto che aveva perso conoscenza. Il padre era stato molto preoccupato che le fosse successo qualcosa. Da allora - aveva 7 anni - aveva incominciato a prendere farmaci e a proteggere le sorelle minori. Terezinha non riusciva a capire perché il padre le sgridasse. **Perché doveva farle soffrire così?** Aveva iniziato a odiare l'umanità intera. **Vedeva il dolore negli occhi delle sorelline e "Vedevo che gli adulti si facevano del male a vicenda".** Pensava che i genitori fossero stupidi. Il padre non sapeva scrivere e la madre sapeva scrivere solo il proprio nome. **Ecco perché aveva cominciato a studiare già a 5 anni. "Per molto tempo ho pensato di sbagliare e ho cominciato a farmi del male al viso e al corpo. Quando avevo l'impressione di aver fatto qualcosa di male, provavo un forte bisogno di punirmi".**

1975: un giorno si era arrabbiata molto con la madre e **la madre l'aveva colpita sulla bocca fino a farla sanguinare. Da allora non aveva detto più niente perché pensava di non poter più esprimere la propria opinione.** "Mia madre parlava a voce altissima, e io non lo sopportavo. Ecco perché parlo a voce bassa.

Quando sono commossa, a volte riesco con difficoltà a pronunciare una parola". 1985: ha vissuto a San Paolo, dove ha incontrato un belga che poi ha sposato. Era una persona molto intelligente. L'aveva scelto perché voleva essere anche lei una persona intelligente e intellettuale.

1988: si è trasferita in Belgio.

1996: ha smesso di automutilarsi a 33 anni.

1997: ha divorziato perché il marito era troppo razionale e lei troppo emotiva. Ha lasciato con difficoltà la famiglia acquisita, a cui era affezionata. Continua ad andarli a trovare. In quella famiglia si era sentita sicura.

1998: nuova relazione affettiva, molto profonda e sentimentale.

1999: comincia a lavorare come terapeuta bioenergetica.

2003: fine della relazione. Dopo aver fatto insieme un viaggio in Brasile lei aveva pensato che qualcosa nell'atteggiamento di lui fosse cambiato. Era molto angosciata di poter essere lasciata: ecco perché l'ha lasciato lei per prima!

2003: ha smesso di andare a trovare l'ex-marito e la sua famiglia. 2004: nuova relazione con un uomo di sette anni più giovane, con cui si trova meglio. "Sono perfettamente cosciente di quel che sono. Voglio arrivare alla perfezione". Non tollera errori. "L'esperienza della mia infanzia e giovinezza mi fa capire i problemi delle persone. Ecco perché lavoro come terapeuta. Voglio insegnare alle persone ad avere rapporti migliori. Gli esseri umani hanno ancora tanto da fare per migliorare ed è quello che faccio con me stessa e con la mia terapia. **Sono molto sensibile al dolore degli altri. Riesco a sentire il loro dolore**".

Dieta macrobiotica. Dorme distesa sulla schiena.

MIND - AILMENTS FROM abused; after being physically MIND - SYMPATHETIC - same pain his brother complained of; felt the MIND - Delusion suffered wrong. MIND - Forsaken feeling.

MIND - Injuring herself. Pr / LYSSINUM 200K.

21/12/2005 - Non ha più tosse e starnuti di notte. Molto meno secrezione vaginale. L'odio per l'umanità ora si mescola con il desiderio di amore. Ha incontrato una persona con cui ha una relazione profonda. Quando parla con lui, emergono **molte emozioni e piange. Ha telefonato alla madre. È stata una telefonata liberatoria in cui ha avuto la sensazione che si rimarginassero vecchie ferite.** "Mi è stata utile ad aiutare ancor di più le persone". Pr/ LYSSINUM 200K.

06/01/2006 - Sensazione di soffocamento dopo aver preso il rimedio. Molta sofferenza. Sensazione di gola gonfia. L'ha provata **appena preso il rimedio.** Il suo capo è cambiato e si è comportato molto meglio. **Non ha più la sensazione di essere inutile e di sbagliare tutto.** Sogno: qualcuno voleva farle del male. Nel sogno si sono mescolate più cose. Ha praticato la 'macumba', un misto di cattolicesimo e religiosità africana. In Brasile spesso si usa la parola 'macumba' per indicare qualsiasi rituale o religione di origine africana. Ora cerca di togliersela dalla testa, anche se fa parte di lei e è qualcosa di insito nel popolo brasiliano. "Ora sono molto contenta e ho paura che succeda qualcosa che guasti la mia felicità". Il suo aspetto è molto migliore. Pr/ LYSSINUM MK.

27/05/2006 - Da qualche giorno ha ancora molta paura... "Quando si è a stretto contatto con la gente bisogna essere a posto". Di notte alle 3 è risvegliata da incubi. Pr/ LYSSINUM MK. 27/02/2007 - **Incinta per la prima**





volta, ha 44 anni. Le sarebbe sempre piaciuto avere figli, ma non era mai il momento giusto. **Sta molto bene dal punto di vista emotivo e mentale.** Pr/ LYSSINUM MK.

ANALISI DEL CASO

È stata maltrattata dal padre e dalla madre. Si sente abbandonata e inutile. Nella sua vita è importante la parola 'sbagliato'. Ha sofferto per aver sbagliato ed è stata colpa sua se sua sorellina è morta. Comincia a farsi del male e continua fino a quando ha 33 anni! Ha cominciato a studiare a 5 anni perché voleva essere più intelligente dei genitori. È molto disponibile, ha una grande sensibilità per tutto quel che le accade intorno e valuta attentamente tutto.

CASO CLINICO N. 3

Yasmien, automutilazione

09/06/1995 - Nata il 25/08/1994. Bronchite ricorrente. 10/1994: polmonite. Pr/ Carcinosinum adenomammae 200K. Pr/ Antimonium tartaricum 200K. Pr/ Tuberculinum Koch 200K; Bacillus 7 200K; Variolinum MK. 03/12/1997 - Pr/ Borax veneta perché sta sempre attaccata alla mamma. Borax veneta è stato ripetuto parecchie volte con buoni risultati. 09/02/1999 - Borax veneta 200K.

ANAMNESI PERSONALE

Ha una sorella gemella e un fratello più grande di lei di un anno. **12/1997: I genitori hanno divorziato.** Aveva tre anni e quattro mesi. Il

padre è un artista iracheno. 2003: la compagna del padre vive con lui. 02/2007: nascita della sorellastra. 12/2007: il padre si è separato dalla compagna.

29/06/2000 - **Ha delle eruzioni aperte intorno al naso e in altre parti del corpo, che si gratta continuamente. In realtà si sta automutilando.** Ha ferite lungo tutto l'avambraccio. D'altra parte ci tiene molto al proprio aspetto fisico e cambia due volte abito prima di uscire. Si veste in maniera molto particolare, a volte un po' indecente, quasi oscena. È piuttosto vanitosa e orgogliosa. Cerca conferma delle proprie scelte ed è provocante. D'estate ha un bel colorito abbronzato ai primi raggi di sole. Una delle sue attività principali è vestirsi elegante e farsi vedere.

Ora deve portare gli occhiali da vista e le danno molto fastidio. Quando è caldo le sanguina spesso il naso. Ha poco appetito. Digriagna i denti tanto da svegliare la madre che dorme in un'altra stanza, anche di giorno. Rimugina su molte cose. Il padre è un direttore artistico iracheno, che vive una vita tutta sua, molto caotica. Per i figli è molto difficile accettarlo. Vuole essere leale con lui, ma è molto difficile. **Pensa che l'abbia abbandonata e a volte sostiene di non volerlo più vedere. Ma poi si pente e lo va a trovare di nuovo.** Sta sempre a pensare e ripensare. "Nessuno si prende cura di me!" A volte è arrabbiatissima con il padre, e a volte disperata per tutta la situazione e pensa che non ci sia niente da fare per cambiarla. È una bambina precoce e molto sveglia. Capisce perfettamente quello che accade intorno a lei. Pr/ LYSSINUM 200K.

FOLLOW UP

Fino al 01/2006 Lyssinum è stato ripetuto 16 volte fino alla diluizione XMK. **Il padre ha sempre trattato male la moglie e i figli e lo fa tuttora.** MIND - ABUSIVE MIND - ABUSIVE husband - insult-

ing; husband is - wife and children. Non sa bene come gestire la situazione, si sente a disagio. Ha ricominciato un po' a grattarsi. È molto orgogliosa dei seni che le stanno crescendo! È molto vanitosa. **Per lei i vestiti hanno una grande importanza.** La compagna del padre è incinta. **Si sente in mezzo fra il padre e la madre.** Vuole aver un buon rapporto con entrambi e non sempre è facile. Vuole che genitori facciano la pace. Pr/ Magnesia sulphurica 200K. MIND - INDIFFERENCE - appearance; to his personal

25/09/2007 - Tosse. Eziologia: l'inizio delle scuole medie è stato per lei un grosso cambiamento. Ha molta confusione riguardo ai genitori e al padre. Pr/ Magnesia sulphurica 200K con buoni risultati.

ANALISI GENERALE

Nel analizzare questi tre casi dobbiamo tenere conto del fatto che Yasmien è una bambina, nata nel 1993. Non è capace di esprimere i propri sentimenti come Els o Teresinha. Sintomi mentali: In tutti tre i casi osserviamo la tendenza ad automutilarsi. MIND - INJURING himself MIND - INJURING himself - sensation as if she could easily injure herself MIND - MUTILATING his body

Nel caso di Els perché è stata presa in giro e maltrattata dopo che ha cambiato città quando aveva 11 anni. MIND - AILMENTS FROM - abused; after being

Nel caso di Terezinha per i maltrattamenti del padre da piccola. MIND - AILMENTS FROM - abused; after being - physically MIND - AILMENTS FROM - mortification

Nel caso di Yasmien dipende dalla rab-

bia che prova nei confronti del padre. MIND - INJURING himself - sensation as if she could easily injure herself - rage; out MIND - DELUSIONS - abused, being MIND - DELUSIONS - attacked; being MIND - DELUSIONS - insulted, he is MIND - DELUSIONS - tormented; he is

Nel caso di Yasmien vediamo anche che il padre è ancora molto violento con la moglie e i figli. MIND - ABUSIVE MIND - ABUSIVE husband - insulting; husband is - wife and children.

È interessante notare, qui, che Lyssinum, non solo ha la 'falsa percezione di essere aggredito' ma anche il 'desiderio di aggredire'. MIND - ATTACK others, desire to MIND - BITING MIND - STRIKING

Nei due casi di Terezinha e Els percepiamo la sensazione di **soffrire per qualcosa di sbagliato che hanno fatto**, ma sono sicuro che anche Yasmien abbia la stessa sensazione. MIND - DELUSIONS - wrong - suffered wrong; he has Osserviamo la sensazione di essere abbandonata. MIND - FORSAKEN feeling MIND - FORSAKEN feeling - isolation; sensation of MIND - DELUSIONS - forsaken; is

In tutti tre i casi notiamo **disperazione**. Il caso di Els è quello in cui la disperazione è più accentuata. È una donna molto taciturna, prova avversione a rispondere alle domande, vuole persino **suicidarsi** e deve essere ricoverata in un ospedale psichiatrico. MIND - TACITURN MIND - ANSWERING - aversion to answer MIND - SADNESS MIND - IMPULSE; morbid - stab; to - his flesh with the knife he holds; to stab MIND - SUICIDAL disposition

Els ha detto chiaramente di aver cominciato ad automutilarsi per attirare l'attenzione che non riusciva ad avere normalmente. MIND - DESPAIR Yasmien rimane leale verso il padre ma tutti i suoi pensieri la rendono disperata. Ha continuamente **due opinioni contrastanti: odio e amore.** MIND - THOUGHTS - persistent MIND - THOUGHTS - two trains of thought MIND - DELUSIONS - thoughts - two different trains of thought influenced him at the same time

Yasmien cerca di attirare l'attenzione non solo **automutilandosi** ma anche **curando il proprio abbigliamento.** MIND - DRESS - indecently, dresses MIND - ECCENTRICITY MIND - LEWDNESS MIND - OBSCENE, lewd

In Terezinha e Yasmien notiamo **la facilità di comprensione** e la **precocità.** MIND - COMPREHENSION - easy MIND - PRECOCITY of children MIND - AWARENESS heightened

In Els notiamo la particolare **loquacità, parla in modo agitato, isterico.** MIND - LOQUACITY

In Terezinha vediamo la capacità di **sentire il dolore degli altri.** Ha sofferto tanto che riesce a percepire il dolore degli altri. MIND - SYMPATHETIC MIND - SYMPATHETIC - same pain his brother complained of; felt the SINTOMI GENERALI In due dei tre casi, Els e Terezinha, notiamo una **tosse secca, abbaiente e spasmodica.** Quella di Els è più una 'tosse isterica'. Per Terezinha la tosse è incominciata dopo aver avuto la polmonite. COUGH - BARKING COUGH - BARKING, like a dog. COUGH - SPASMODIC

In Els sono presenti **disturbi di stomaco:** STOMACH - BALL; sensation of a - rising up into throat STOMACH - ERUCTATIONS STOMACH - ERUCTATIONS - paroxysmal STOMACH - PAIN - eating - after - agg. STOMACH - VOMITING

Notiamo anche **gravi problemi di sonno nonostante prenda sonniferi!** SLEEP - RESTLESS SLEEP - SHORT SLEEP - SLEEPLESSNESS - despair; from SLEEP - SLEEPLESSNESS - narcotics - in spite of SLEEP - WAKING - frequent È talmente **stanca per l'impossibilità di dormire che non riesce a seguire una conversazione senza sbadigliare:** SLEEP - YAWNING - conversation, listening to a

Notiamo che la **libido è repressa:** GENERALS - SEXUAL DESIRE - suppression of sexual desire - agg.

Ha anche una forte **rinite allergica** da anni, curata con Lyssinum. Anche la tendenza a prendere spesso il raffreddore è stata curata da Lyssinum. Nel caso di Yasmien notiamo epistassi e **di-grignamento dei denti** non solo di notte ma anche di giorno.

PROPOSTE DI AGGIUNTE AL REPERTORIO

MIND DELUSIONS victim; she is a **L'emotività** è un sintomo importante di Lyssinum. Vi sono vari esempi di casi che ce lo riportano in mente. Nel 1853 due francesi furono morsi dallo stesso cane. Uno morì nel giro di un mese, l'altro partì in nave per l'America. Nel 1868 tornò in Francia, ignorando la sorte dell'amico. Appena seppe della tragedia avvenutagli, manifestò i sintomi

della rabbia e morì di idrofobia dopo tre settimane. *Douglas Hume*, 1932.

MIND DWELLS past disagreeable occurrences, on

MIND DWELLS unpleasant, disagreeable things

Durante il periodo di incubazione dopo il morso, **toccare la cicatrice dà sensazioni particolari: brividi, ansia e sospiri**. La reazione di **toccare vecchie ferite può essere traspunta a livello emotivo e le sue manifestazioni sono proprio brividi, ansia, sospiri ecc. quando si toccano argomenti dolorosi, che portano in superficie ricordi dolorosi o quando si ricevono cattive notizie**, come, per esempio, una diagnosi medica infausta.

MIND – AILMENTS bad news.

Una predisposizione fondamentale viene descritta da Hering: “Chi era afflitto da una sofferenza di qualsiasi genere aveva più probabilità di essere colpito dalla malattia”. Il medico italiano *Girolamo Fracastoro* (1483-1553) diceva che la rabbia era una “ferita incurabile” (Raue).

MIND - MOOD – changeable

MIND - DESPAIR - recovery, of

MIND - STRIKING - himself - knocking his head against wall and things

HEAD – KNOCKING head against things

MIND - DEATH – desires

MIND - DEATH - thoughts of

MIND - LOATHING – life

MIND - SUICIDAL disposition - thoughts

MIND - SUICIDAL disposition - sadness, from

Lyssinum ha una **immagine mediocre di se stesso**. Non solo **ha sofferto per qualcosa di sbagliato, ma ha fatto lui stesso qualcosa di male**. Ha commesso un errore e si sente inutile.

MIND - DELUSIONS - wrong - done wrong; he has

MIND - DELUSIONS - worthless; he is NOSE - HAY FEVER

NOSE - HAY FEVER - spring; in

TEETH - GRINDING - sleep agg.; during

FEMALE GENITALIA/SEX - SEXUAL DESIRE – suppressed

FEMALE GENITALIA/SEX - SEXUAL DESIRE - suppressed - agg.

GENERALS - COLD; TAKING A – tendency GENERALS –

HISTORY; personal - coryza; of recurrent

N.d.R.:

Le figure sono state inserite nella redazione dell'articolo, non erano parte della versione originale. Dall'articolo originario sono state tagliate le repertorizzazioni per problemi di spazio.

(Fine quarta parte – Continua)

KAOS
Scuola di Omeopatia Classica

GENOVA, 17-18-19 SETTEMBRE 2010

SEMINARIO CLINICO PER UNA NUOVA METODOLOGIA OMEOPATICA

I RIMEDI MARINI IN OMEOPATIA

Studio e discussione di casi clinici di:
**Ambra grisea, Aqua marina, Asterias rubens,
 Corallium rubrum, Homarus gammarus,
 Medusa, Sepia succus, Spongia tosta, Venus mercenaria**

La legge di similitudine e l'omologia
 Storia clinica e analisi del caso per temi
 Studio della Materia Medica per aree tematiche e famiglie
 Casi clinici pediatrici, adulti e veterinari con discussione e analisi differenziale

nella prestigiosa sede:
**SALA NAUTILUS
 ACQUARIO DI GENOVA - PORTO ANTICO**

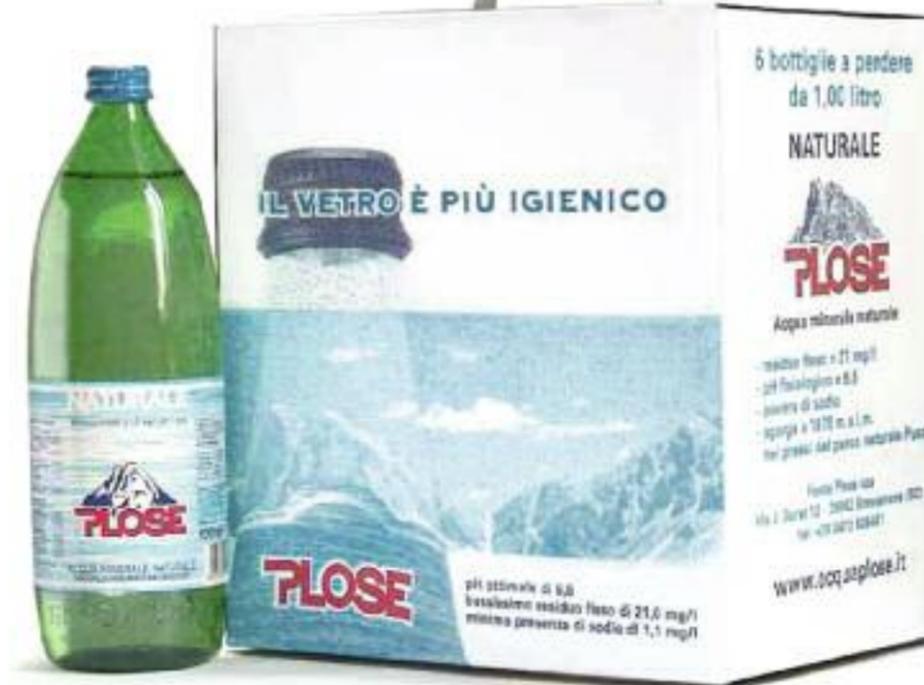
ACQUARIO DI GENOVA
 PORTO ANTICO

Nel costo del Seminario è compreso il cocktail di benvenuto e la visita guidata all'Acquario

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA:
 KAOS - Scuola di Omeopatia Classica tel: 010-31062111 Fax: 010-3198476
 e-mail: kaos.segreteria@tin.it www.kaos-omeopatia.org

Richiesti crediti ECM

ACQUA PLOSE



- bassissimo residuo fisso=21 mg/l
- bassissimo effetto tampone con pH=6,6
- presenza irrilevante di sodio e nitrati

In **omeopatia** è particolarmente indicata per la diluizione dei farmaci e come acqua di regime.

Plose, l'acqua di alta montagna leggerissima con un residuo fisso di soli 21,0 mg/l. e un pH fisiologico ottimale di 6,6 è ora disponibile nella nuovissima confezione **Easy Box**, per soddisfare meglio le esigenze dei suoi clienti.

MINSAN 903012363



La terapia omeopatica nelle broncopolmoniti

Analisi di alcuni casi in corso di epidemia virale

RIASSUNTO

L'Autore riporta sei casi clinici di broncopolmonite in adulti e bambini trattati con terapia omeopatica, in un lasso di tempo di 40 giorni, durante un'epidemia virale. I risultati raggiunti vanno da guarigione molto rapida a necessità di intervento con terapia classica e ricovero ospedaliero. Dall'esame dei casi clinici risulta che la terapia omeopatica può ottenere risultati persino eccezionali in tali patologie, ma occorre la concomitanza di numerosi fattori: l'attenta analisi del caso, la precisione nella scelta terapeutica, il monitoraggio del caso sia telefonico che domiciliare, la disponibilità del paziente o di chi ne ha la responsabilità.

PAROLE CHIAVE

Epidemia virale; broncopolmonite; simillimum omeopatico; monitoraggio del paziente; guarigione.

SUMMARY

The Author shows six clinical cases of broncopneumonia in adults and children, cured by homeopathic therapy, during forty days of viral epidemic. There is a wide range of results achieved: quick recovery in some cases and requirement of use of classical therapy or admission to the hospital in others. From the examination of the clinical cases the homeopathic therapy proves that it could get exceptional results in this kind of pathologies only if the following conditions are possible: analytic exam of the case, the accurate choice of therapy, the constant monitoring of the pathology development by phone or by home visit, availability of the patient or anyone in charge of him/her.

KEYWORDS

Viral epidemic; broncopneumonia; homeopathic simillimum; patient's monitoring; recovery.

INTRODUZIONE

Durante i mesi di Febbraio e Marzo appena trascorsi, con una coda nei primi giorni di Aprile, una epidemia virale ha generato numerose complicazioni a livello broncopolmonare. In un breve lasso di tempo numerosi pazienti sono ammalati, cosa che ha richiesto un lavoro straordinario e particolarmente difficile. Fra i molti sono stati individuati sei casi clinici paradigmatici dell'andamento della situazione e delle possibili evoluzioni in rapporto al differente combinarsi dei fattori in gioco: gravità della malattia, correttezza della raccolta dei dati, precisione della prescrizione, capacità di risposta terapeutica, capacità di tenuta psicologica del paziente, capacità di tenuta psicologica – e quindi lucidità - del medico.

CASI CLINICI

CASO N. 1

Donna di 72 anni. Affetta da fibrillazioni atriali ricorrenti; eccesso ponderale; sindrome depressiva; vertigini; gonartrosi bilaterale grave. Nel recente passato embolia polmonare. Sospesi da tempo antipertensivi, anticoagulanti ed antiulcera; assume condroitina e glucosamina. In terapia da 4 anni principalmente con Arnica montana, Plumbum metallicum, Platinum metallicum.

12 Marzo 2010 – Le chiedo di venire in studio dopo aver ricevuto una telefonata allarmata. Nei giorni precedenti ha avuto i sintomi di una rinite: sporadici

starnuti e senso di ovattamento, poi evoluti in tosse fastidiosa, stizzosa, che le ha impedito di dormire per tutta la notte appena trascorsa; ora ha ancora tosse, insieme a dolori diffusi a torace e stomaco. Temperature 36,9°C in un soggetto la cui temperatura media è in genere inferiore ai 36°C. All'auscultazione rilevo un rantolo localizzato in una ristretta zona del lobo inferiore destro.

La Paziente in genere si mostra assai coraggiosa, telefona raramente, anche quando ne avrebbe bisogno, ma stavolta è molto pallida, ha il viso tirato e un'espressione spaventata. Nel poco tempo disponibile concludo che la migliore terapia sia ARSENICUM ALBUM 200K. Le chiedo di avere notizie fra due giorni.

15 Marzo 2010 - In effetti ricevo una telefonata dopo meno di 48 ore in cui la Paziente mi comunica di essere realmente sposata al punto da dover rimanere a letto giorno e notte; la tosse persiste, insistente e fastidiosa, in più si è aggiunto un intenso mal di testa. Temperatura 37,1°C. Prescrivo STANNUM METALLICUM 200K, secondo la mia esperienza il medicamento più adatto ad una condizione di astenia causata da problematiche broncopolmonari. Le chiedo di tenermi informato giorno per giorno.

16 Marzo 2010 - La paziente mi telefona assai sollevata. Si è potuta alzare dal letto, non ha più mal di testa e la tosse le ha dato tregua, è iniziata solo alle 5 del mattino, permettendole di riposare. STANNUM METALLICUM 35K per 4 volte al giorno.

19 Marzo 2010 - La visito in studio, favorito dal fatto che vive molto vicina. L'aspetto è notevolmente migliore, la Paziente ha recuperato colore e fiducia in sé. La temperatura è 36,3°C, comunque leggermente superiore al suo standard; rimane un po' di tosse produttiva. All'auscultazione si odono rantoli grossolani localizzati al lobo inferiore destro, a testimonianza di un focolaio in avanzata evoluzione. STANNUM METALLICUM 35K

24 Marzo 2010 – Si riaffaccia una certa astenia, il resto bene. STANNUM METALLICUM 200K.

29 Marzo 2010 - Nei giorni seguenti ausculto ancora il torace della paziente, non c'è più traccia della patologia. Sopravviene una laringite con perdita di voce, senza alcun altro sintomo; attendo due giorni con la speranza che scompaia spontaneamente, poi prescrivo STANNUM METALLICUM MK.

7 Aprile 2010 – La paziente è in ottima forma, in procinto di partire per un viaggio.

CASO N. 2

Bambina di anni 5 e mezzo. Non in terapia.

27 Febbraio 2010 – Non conosco la piccola Paziente, che vive a circa 50 km dal mio studio, l'ho solo incontrata quando la mamma mi ha portato in visita il fratello. Ricevo una telefonata molto allarmata da parte della madre che mi comunica che la bambina ha una broncopolmonite, l'ha diagnosticata la collega pediatra in mattinata e le ha prescritto molti farmaci, fra cui una associazione antibiotica e cortisonici, che lei non vorrebbe somministrare. Replico che non prendo in cura situazioni di questo tipo senza la possibilità di visitare il malato più di una volta. Insiste e mi racconta la sintomatologia: la bambina ha febbre a 39°C dal risveglio notturno in cui piangeva per la paura di morire soffocata e si

stringeva addosso a lei. Con una sintomatologia così chiara prescrivo ACONITUM 30 CH, tre granuli ogni 3 ore; chiedo una dettagliata descrizione del risultato 24 ore più tardi.

28 Febbraio 2010 - Mi telefona la mamma, molto rincorata: la bambina si è svegliata solo due volte, ma senza paura, e dopo i granuli si è subito riaddormentata. Ora non ha più febbre, ha tosse produttiva. Chiedo di proseguire con la terapia, ogni 4 ore. Per quattro giorni la bambina assume Aconitum 30 CH con evidente vantaggio. La pediatra ausculto il torace e trova la situazione in veloce evoluzione.

4 Marzo 2010 - La situazione rimane buona, ma sembra non progredire. La bambina è tranquilla, ha tosse e sete per acqua: BRYONIA ALBA 30 CH, tre granuli ogni 4 ore.

8 Marzo 2010 - La pediatra la visita e le dà il permesso di tornare a scuola. La madre non è troppo soddisfatta, perché rileva pallore, occhiaie e debolezza. ARSENICUM ALBUM 30 CH, tre granuli per tre volte al giorno per tre giorni.

15 Marzo 2010 – Finalmente posso visitarla in studio per una terapia costituzionale. Della broncopolmonite non c'è traccia, la bambina è in ottima forma.

CASO N. 3

Donna di anni 38. In terapia da un anno per crisi di panico con extrasistolia e vertigini, cistiti ricorrenti, insufficienza tiroidea post-tiroidite, ovaie micropolicistiche, cefalea, rinite allergica, orticaria ricorrente, mastopatia fibrocistica, eccesso ponderale; inoltre la paziente soffre per esiti di numerosi interventi chirurgici. Assumeva numerosi farmaci classici, attualmente solo l-tiroxina ed alprazolam e atenololo in via di dismissione. Numerosi episodi acuti, spesso gravi e difficili da curare. Il medicamento che ha migliorato notevolmente la sua condizione è stato Terentula hispanica; nei casi acuti Apis mellifica e Colocynthis.

2 Marzo 2010 – La paziente viene in studio dopo aver sofferto di febbre per cinque giorni, scomparsa da due, con residuo di tosse ed affanno respiratorio. La paziente, molto sofferente e notevolmente in agitazione a causa di numerosi problemi contingenti, mi comunica: Quando ho la tosse mi manca il respiro, anche calore e vapore mi tolgono il respiro.

Mi sento soffocare, sono facilmente spossata.

Ho la sensazione che respirando l'aria mi bruci dentro, come se fosse peperoncino. Ho pochissima sete, ho nausea alla vista del cibo.

La tosse peggiora notevolmente al caldo, sia della stanza, sia del riscaldamento.

All'auscultazione del torace rilevo un focolaio broncopolmonare al lobo inferiore destro insieme a bronchite diffusa. In base a tali sintomi e relativa repertorizzazione* prescrivo KALIUM SULPHURICUM 30 CH, tre granuli ogni 4 ore.

4 Marzo 2010 - Per due giorni viene mantenuta la terapia prescritta, ma le condizioni della Paziente non migliorano; trascorre tutta la notte completamente insonne, non riesce a respirare, deve alzarsi dal letto, durante il giorno la situazione migliora un po'. In base ai sintomi raccolti prescrivo telefonicamente ACONITUM NAPELLUS 30 CH, ogni tre ore circa.

9 Marzo 2010 – Dopo aver monitorato telefonicamente la situazione, la rivedo in studio. La Paziente è molto più tranquilla e la condizione respiratoria è nettamente migliore. Riferisce che soffre solo di pochissima tosse, che inizia all'alba. Ha mal di pancia continuo, ma non ha diarrea. Come condizione generale è giù di tono, preoccupata, triste, prevalentemente per fattori esterni assai gravi. All'auscultazione rilevo pochi rantoli a grosse bolle al lobo inferiore

dell'emitorec sinistro. Prescrivo ACONITUM NAPELLUS 200K.

22 Marzo 2010 – La condizione respiratoria è risolta da tempo, ma l'inquietudine è ricominciata a causa dell'aggravarsi della situazione esterna. ACONITUM NAPELLUS 200K.

CASO N. 4

Donna di anni 40. In terapia da circa tre anni per cinetosi, litiasi biliare e per sindrome ansiosa; esiti di asportazione tiroidea a causa di un carcinoma. La paziente è un soggetto intenso, appassionato, emotivamente ipersensibile. Ha deciso da tempo di affidarsi alla terapia omeopatica insieme ai suoi due figli ed al marito. Vive assai vicino allo studio. La broncopolmonite di uno dei suoi figli (vedi caso n. 5), la sta mettendo a dura prova.

8 Marzo 2010 – Telefona a causa di una febbre elevata ed improvvisa che, insieme alla tosse, le impedisce di dormire. La notte deve alzarsi dal letto ed andare per casa e poi sdraiarsi sul divano. E' presente una certa inquietudine. ACONITUM NAPELLUS 30 CH, tre granuli ogni 3 ore.

10 Marzo 2010 - La situazione è migliore, la febbre è presente, ma meno violenta, la tosse sporadica. La paziente è assai tranquilla: BRYONIA ALBA 30 CH, tre granuli ogni 4 ore circa.

12 Marzo 2010 - Sono a domicilio per visitare il figlio e la trovo di ottimo aspetto, con sintomi molto lievi. Le dedico un tempo assai breve, considerandola in via di guarigione, mantengo la terapia prescritta.

13 Marzo 2010 - La notte successiva la paziente viene colta da tosse costante ed insistente, secca, che le impedisce di riposare. Repertorizzo i sintomi* e prescrivo SPONGIA TOSTA 30 CH. I risultati sono scarsi. Da lì in poi inizia una serie di visite domiciliari e prescrizioni, accurate sulla carta quanto inefficaci o insufficienti. Dopo qualche giorno affiorano

i segni auscultatori di un focolaio broncopolmonare al lobo inferiore destro. Prescrivo BRYONIA ALBA 200K, senza alcun risultato. Al settimo giorno di febbre costante fino a 39,8°C iniziano a comparire astenia ed inappetenza; decido che è tempo di prescrivere un antibiotico e lasciare la terapia omeopatica: amoxicillina + acido clavulanico 1g x 2/die. Il giorno seguente un collega visita la paziente ed aggiunge ceftriaxone 1g/die.

18 Marzo 2010 - Al decimo giorno di malattia sono di nuovo a domicilio della paziente, la cui condizione è ancora invariata: la temperatura costante sui 38,8°C, l'astenia aumentata, la PA diminuita ed una condizione familiare che le impedisce di riposare. Decido per il ricovero d'urgenza.

In ospedale viene somministrata levofloxacina; poi viene aggiunta claritromicina; più tardi viene sostituita la prima con cefotaxime. Inoltre corticosteroidi, lansoprazolo, inalazioni con broncodilatatori e fluidificanti.

30 Marzo 2010 - Ritrovo la paziente in studio, 48 ore dopo la dimissione dall'ospedale, sostanzialmente in buone condizioni, facilmente stanca, con desiderio di frutta e verdura. Non ho fiducia nelle sue "buone condizioni" che considero sostenute dai farmaci che sta ancora assumendo. CHINA OFFICINALIS 200K.

CASO N. 5

Bambino di anni 3 e mezzo, figlio maggiore della paziente precedente. In terapia da circa un anno e mezzo per reflusso gastro-esofageo, megauretere bilaterale, virosi ricorrenti, orzaioli ricorrenti, scarsa crescita. Staphisagria è stato uno dei medicinali più efficaci. Un episodio broncopolmonare già curato omeopaticamente. Attualmente il bambino ammalava meno frequentemente e si è fermata la progressiva dilatazione degli ureteri. Sospesi ranitidina e domperidone.

4 Marzo 2010 – Ha avuto febbricola per qualche giorno, è stato prescritto Lycopodium clavatum 30CH, che ha migliorato la situazione, ma è rimasta tosse sporadica, a crisi, lieve febbre. Condizioni generali buone. All'auscultazione si rilevano rantoli a grosse bolle diffusi a tutto l'emitorec destro. La madre riferisce che durante la notte è agitato e suda notevolmente. Suda all'improvviso e desidera essere coperto. Di giorno vuole uscire, fare cose, ma mantiene una certa capricciosità. Mangia poco, particolarmente dolci, budino, gelato; ha anche notevole sete. E' di ottimo umore, forse un po' troppo esuberante; afferma di essere guarito. Prescrivo SULPHUR 30 CH, cinque granuli ripetuti per due volte, confidando in una veloce conclusione.

5 Marzo 2010 - La condizione non è migliorata. Considerata la repertorizzazione*, sulla base della lateralità, della patologia e dell'efficacia delle terapie precedenti, prescrivo FERRUM PHOSPHORICUM 30 CH, ogni 4 ore.

7 Marzo 2010 - La terapia si dimostra rapidamente efficace, la febbre scompare, la tosse diminuisce notevolmente, le condizioni generali si mantengono ottimali.

8 Marzo 2010 - La notte del quarto giorno compare un prurito improvviso e violento al viso ed all'ano, che gli impedisce di dormire. Non trova posizione a letto, ha freddo, caldo, si copre e scopre di continuo. In studio lo trovo più vivace ed impetuoso del solito, oltre alla comparsa di alcune vescicole: si tratta di varicella. Il torace all'auscultazione mostra lievissimi residui della bronco-polmonite. CANTHARIS 30 CH, tre granuli ogni 4 ore.

L'esantema si dimostra molto violento, con vescicole diffuse per tutto il corpo. Ciò nonostante in quattro giorni evolve positivamente, con una velocità singolare. Ricompare della tosse ed una lieve febbre, prescrivo ancora FERRUM PHOSPHORICUM 30 CH e in due giorni si ha la soluzione del caso.

CASO N. 6

Bambino di 17 mesi, fratello del precedente. In terapia per reflusso gastroesofageo, dermatite atopica, stipsi, megauretere con infezioni urinarie ricorrenti. Il medicamento più frequentemente usato è stato Hepar sulphur. Ha sospeso il lansoprazolo; l'ultima infezione urinaria è stata curata da Berberis vulgaris, poi non ne sono più comparse; la dermatite si è notevolmente ridimensionata.

10 Marzo 2010 – Sono a domicilio per visitare mamma e fratello malati, mi comunicano che ha avuto per la seconda volta una febbre della durata di un giorno, senza altri sintomi. Osservo il bambino: è in ottima forma, mangia e dorme regolarmente, non ha sintomi respiratori. Lascio correre, senza auscultarlo né prescrivere medicine.

22 Marzo 2010 – Ricevo una telefonata dalla nonna che mi comunica che è stato colpito da varicella, come il fratello (caso n. 5) ed il padre. L'esantema si presenta violento e diffuso, con molto prurito notturno. La notte è molto agitato, vuole dormire nel letto paterno e rimane sveglio a lungo. Soffre per la mancanza della madre. RHUS TOXICODENDRON 30 CH, tre granuli ogni 4 ore.

29 Marzo 2010 – La varicella è violenta e prolungata, l'esantema molto diffuso. La madre è tornata dal ricovero ospedaliero e mi porta in visita il bambino per lieve febbre, tosse, inappetenza ed aumento della dermatite al viso. Rilevo alcuni rantoli a grosse bolle alla base dell'emitorec destro. Prescrivo HEPAR SULPHURIS 30 CH, tre granuli per 4 volte al giorno. Nei giorni seguenti ricevo notizie di miglioramento. HEPAR SULPHUR 30 CH, tre granuli per due volte al dì.

9 Aprile 2010 – Breve visita di controllo. Il bambino è in ottima forma, ha ripreso a mangiare abbondantemente

ed è aumentato di peso in modo evidente. Tosse rarissima, non febbre da molti giorni, esiti visibili di varicella con le ultime croste che stanno scomparendo; recrudescenza non grave di dermatite atopica per il corpo, mentre il volto, contrariamente al passato, è quasi indenne; non rantoli né rumori respiratori aggiunti. Nessuna prescrizione.

RISULTATI E DISCUSSIONE

Si evidenzia dai risultati dei casi 1, 2 e 3 come la scelta precisa del medicamento omeopatico più simile al quadro sintomatologico globale (simillimum) abbia la potenzialità di risolvere situazioni difficili in un tempo notevolmente più breve rispetto al trattamento con la terapia classica, senza alcun effetto collaterale.

Il caso n. 2 riassume tutti i parametri di una condizione particolarmente favorevole: un quadro clinico ben definito in un paziente sano e fortemente reattivo, insieme ad una ottima disponibilità da parte della madre della bambina; ciò permette di affrontare il caso con successo addirittura telefonicamente. Il caso n. 3 evidenzia la chiara differenza di azione terapeutica fra un medicamento non preciso ed un medicamento simillimum; quest'ultimo, oltre a guarire, apporta vantaggi alla patologia di base, le crisi di panico. Il caso n. 4, in cui la terapia omeopatica non ha avuto successo, è indubbiamente il più complesso per la virulenza del germe/i in questione, per il terreno portatore – il paziente era già stato colpito da gravi patologie – e per la difficoltà della prescrizione. In questi casi è più difficile evidenziare la similitudine fra la sintomatologia del paziente e la patogenesi di un medicamento omeopatico. Inoltre la risposta terapeutica è più lenta e meno definita, cosa che spinge a modificare la terapia ed a perdere il filo conduttore del caso. In situazioni di questo tipo occorre

mantenere una maggiore lucidità, saper attendere e riflettere prima di apportare modifiche alla terapia.

I casi 5 e 6 sono un ottimo esempio di come una azione omeopatica mirata possa evitare al paziente terapie debilitanti e prolungate. Va sottolineato che in questi due casi la fiducia dei genitori e la disponibilità del terapeuta a monitorare costantemente la malattia sono stati fondamentali per il successo terapeutico.

CONCLUSIONI

La Medicina Omeopatica può affrontare con successo una patologia acuta ed impegnativa quale la broncopolmonite. Tale possibilità, a volte sorprendente, non deve mai far sottovalutare la gravità della patologia in questione, né il successo di un caso può mai condizionare il giudizio prognostico di un altro.

In Medicina Omeopatica, molto più che nella terapeutica classica, vale la massima che ogni caso è un caso a sé. Si confermano condizioni determinanti: l'attenta analisi del caso, la precisione nella scelta terapeutica, il monitoraggio del caso sia telefonico che domiciliare, la disponibilità del paziente o di chi ne ha la responsabilità.

BIBLIOGRAFIA

1.F. SCHROJENS – *Essential Synthesis* – Homeopathic Book Pub. And ARCHIBEL S.A., Assesse (Belgium), 2008.

2.F. SCHROJENS – *Synthesis 9.2 – Radar Keynotes 3.0* (Italian) – ARCHIBEL S.A., Assesse (Belgium), 2009.

Si ringraziano i Pazienti che hanno permesso la pubblicazione dei dati clinici che li riguardavano.

**Nella redazione dell'articolo sono state tagliate le repertorizzazioni per mancanza di spazio.*

Norme per gli autori

Editore: FIAMO – Federazione Italiana Associazioni e Medici Omeopatici

Redazione: Piazza Vescovio 7 – 00199 ROMA ITALIA – rivista@fiamo.it

Direttore: Gustavo Dominici: gdominici@mclink.it

Vice Direttore: Antonella Ronchi: anto.ronchi@tiscali.it; Pietro Gulia: guliapt@libero.it

Comitato di Redazione: Renata Calieri: calieri.rena@tele2.it; Giovanna Giorgetti: omeopatia@fiamo.it; Francesco Marino: dr.fmarino@libero.it

Comitato di Revisori: Paolo Bellavite (Università di Verona); Andrea Brancalion; Nicola Del Giudice; Paola Landi; Giusi Pitari (Università di L'Aquila)

LA RIVISTA

Il Medico Omeopata è una rivista internazionale che ha come obiettivo la conoscenza, la diffusione e l'evoluzione della Medicina Omeopatica tramite la pubblicazione di articoli di elevata qualità riguardanti la clinica e la ricerca e promuovendo il dibattito in tale ambito. *Il Medico Omeopata* invita gli Autori italiani e stranieri alla pubblicazione. Si accettano lavori in lingua italiana ed inglese. I lavori devono essere originali e non pubblicati altrove. Saranno accettati solo lavori non pubblicati preventivamente in Italia o all'estero. I manoscritti non devono essere offerti ad altri editori nello stesso momento in cui sono messi a disposizione di questa rivista. Tutti i contributi sono sottoposti alla revisione di esperti indipendenti e la decisione finale della pubblicazione è dell'Editore. La pubblicazione è gratuita.

INVIO DEI MANOSCRITTI

Gli Autori devono inviare i lavori tramite posta elettronica all'indirizzo della Redazione: rivista@fiamo.it, o direttamente al Direttore responsabile: gdominici@mclink.it. Nel caso di articoli di Medicina Veterinaria vanno inviati anche al caporedattore responsabile: olikos@tin.it. Gli articoli possono essere inviati anche tramite cd all'indirizzo civico della Redazione.

USCITA DELLA RIVISTA

Il Medico Omeopata esce con 3 numeri all'anno. I termini entro cui gli Autori devono inviare i propri lavori sono: 31 Gennaio per il 1° numero; 30 Aprile per il 2°; 30 Settembre per il 3°.

STRUTTURA DEI MANOSCRITTI

I manoscritti dovranno essere strutturati come segue:

Titoli di pagina (Autori, Titolo del lavoro, Sottotitoli); **Riassunto**; **Parole Chiave**; **Corpo dell'articolo** (Casi clinici, Studi clinici, Composizioni); **Grafici, tabelle e figure**; **Bibliografia** (riviste, libri).

Titoli di pagina – Nome e cognome di ciascun Autore per esteso (se più di 6: indicare i primi 3 e aggiungere "et AL."), eventuali titoli accademici e/o professionali, indirizzo completo, numeri di telefono e fax, indirizzo di posta elettronica (se più di uno: indicare un referente cui inviare eventuali comunicazioni); titolo del lavoro; eventuali sottotitoli o brevi commenti.

Riassunto – Breve ma esauriente (lunghezza max 100 parole), se relativo a ricerche o casi clinici, deve comprendere scopo del lavoro, metodi, risultati, e conclusioni.

Parole Chiave – Da 3 a massimo 7 parole.

Corpo dell'articolo – Si usa la struttura standard di suddivisione in paragrafi tipo: *Per Casi clinici*: Introduzione, Descrizione del caso, Materiali e Metodi, Risultati, Discussione, Conclusioni, Bibliografia; l'analisi del caso (scelta dei sintomi, strategia prescrittiva, diagnosi differenziale, ecc.) devono essere chiari e ben giustificati; i casi devono includere un adeguato follow-up a dimostrare la tesi sostenuta; *Per Studi clinici o Proving omeopatici*: Introduzione, Materiali e Metodi, Risultati, Discussione, Conclusioni, Bibliografia; *Per Composizioni*: Introduzione, Stesura, Conclusioni, Bibliografia. Il nome di rimedi omeopatici, di libri o di riviste vanno indicate in corsivo. La nomenclatura dei rimedi omeopatici segue il sistema binomio e abbreviato convenzionale (es. *Nat-m.*, *Kali-ar.*) e la potenza va chiaramente indicata con la scala di diluizione specificata (CH, K, LM o Q, DH...). Altre abbreviazioni o contrazioni vanno spiegate all'inizio del testo. **Grafici, tabelle e figure** – Devono essere inviate in pagine separate dal testo, e numerate. Deve essere aggiunta una didascalia per ciascuno di essi, per spiegare contenuti ed eventuali abbreviazioni.

Bibliografia – Devono comprendere solo Autori e opere citate nel testo, richiamati con numerazione araba ed elencati alla fine del testo secondo l'ordine di apparizione corrispondente. Le forme per le citazioni bibliografiche devono seguire i seguenti criteri: *Per le Riviste*: Nomi degli Autori (cognome + iniziale del nome puntato), separati da virgola (se più di 6: indicare i primi 3 e aggiungere "et AL."), titolo per intero dell'articolo, titolo per intero della rivista o sua abbreviazione, anno di pubblicazione, numero del volume, numero di prima e ultima pagina. *Per i Libri*: Nomi degli Autori (cognome + iniziale del nome puntato), separati da virgola (se più di 6: indicare i primi 3 e aggiungere "et AL."), titolo per intero del libro, nome o iniziali dell'Editore, luogo di pubblicazione, anno di pubblicazione, numero del volume, numero di prima e ultima pagina o numero/titolo del capitolo.

FORMATO DEI MANOSCRITTI

Le pagine seguono la numerazione araba e in un formato A4 il carattere da usare è Times New Roman o equivalente, in dimensione 12, interlinea singola.

DIRITTI D'AUTORE

Al momento dell'accettazione dell'articolo, agli Autori verrà richiesto di firmare una dichiarazione di cessione dei Diritti d'Autore che assicurerà la divulgazione di informazioni più ampia possibile. La dichiarazione sarà la seguente: "I sottoscritti Autori (nome per esteso di tutti gli Autori) trasferiscono i Diritti d'Autore del manoscritto intitolato (titolo dell'articolo) all'Editore de *Il Medico Omeopata* – Roma, e dichiarano che l'articolo non è stato pubblicato in precedenza, né sottoposto contemporaneamente ad altri giornali per la pubblicazione". La rivista, inclusi tutti i contributi personali e le illustrazioni pubblicate, è legalmente tutelata dai Diritti d'Autore per tutto il periodo di copyright. Ogni uso, estrapolazione, o commercializzazione fuori dai limiti fissati dalla normativa di copyright, senza il consenso dell'Editore, è illegale e legalmente perseguibile. Ciò si riferisce anche alle copie o altre forme di duplicazione, traduzione, o preparazione di cd e raccolte elettroniche di dati.

BOZZE DI STAMPA

La Redazione de *Il Medico Omeopata* esamina il testo entro 30 giorni dal suo ricevimento e si riserva di chiedere delle modifiche agli Autori. Le bozze riviste andranno rinviate alla Redazione entro 5 giorni dal ricevimento, e se non ricevute entro tale termine, saranno considerate approvate dagli Autori per la pubblicazione.

RESPONSABILITÀ

La comparsa nell'articolo di schemi di trattamento o di terapia, dosaggi, o applicazioni, non coinvolge, implica o esprime alcuna garanzia o responsabilità dell'Editore sulle istruzioni di dosaggio o forme di applicazione presenti sulla rivista. Gli Autori sono responsabili delle affermazioni contenute nell'articolo.

il medico
OMEOPATA

GUIDE FOR AUTHORS

Publisher: FIAMO – Federazione Italiana Associazioni e Medici Omeopatici

Editorial office: Piazza Vescovio 7 – 00199 ROMA ITALY – rivista@fiamo.it

Editor: Gustavo Dominici: gdominici@mclink.it

Vice Editor: Antonella Ronchi: anto.ronchi@tiscali.it; Pietro Gulia: guliapt@libero.it

Editorial board: Renata Calieri: calieri.rena@tele2.it; Giovanna Giorgetti: omeopatia@fiamo.it;

Francesco Marino: dr.fmarino@libero.it

Editorial Advisory Board: Paolo Bellavite (University of Verona – Italy); Andrea Brancalion;

Nicola Del Giudice; Paola Landi; Giusi Pitari (University of L'Aquila – Italy)

The Journal

Il Medico Omeopata is an international journal aimed at improving the understanding and clinical practice of Homeopathy by publishing high quality articles on clinical and research. *Il Medico Omeopata* accepts Italian and foreign articles for publication. Italian and English languages are accepted. These should be original, and should not have been published elsewhere. Articles are accepted for consideration on the understanding that their contents have not been published in full or in part elsewhere. Furthermore, articles may not be offered to any other publications at the same time as they are under consideration for this journal. All contributions are subject to peer review by independent experts and the Editor's decision concerning publication is final. Publication is free.

Submission of a manuscript

Authors should send their work by e-mail to the editorial office: "rivista@fiamo.it", or directly to the Director: gdominici@mclink.it. Authors can also send work on a CD to the journal's postal address.

Publication

Il Medico Omeopata is published 3 times a year: Authors must submit their work within the following deadlines: 31 January for the first (1st) issue; 30 April for the second (2nd) issue; 30 September for the third (3rd) issue.

Layout of the manuscript

Papers should be laid out as follows: **Title page** (Authors, Title of article, short running title);

Abstract; Key Words; Text (Clinical case histories, Clinical Trials, compositions); **Graphs, tables and illustrations; References** (journals, books)

Title page – The full name and surname of each Author (if more than 6 Authors: give the first 3 and add "et AL."), full names of the Authors institutional affiliations, full postal address, telephone and fax numbers, e-mail address (if more than one Author: give the address to which any communications should be sent); title of the work; suggestions for a short running title.

Abstract – Short but complete (a maximum of 100 words), for clinical case or clinical research papers, the abstract should be divided into the following subheadings: Introduction, Methods, Results, and Conclusions.

Key Words – Give 3 to 7 key words.

Text – Use the standard format: **For Clinical case histories**: Introduction, Case history description, Materials and Methods, Results, Discussion, Conclusions, References; case analysis (symptoms selection, prescribing strategy, differential diagnosis, etc.) should be transparent and well justified; case histories should include adequate follow-up to demonstrate sustained improvement; **For Clinical trials or homeopathic Proving**s: Introduction, Materials and Methods, Results, Discussion, Conclusions, References; **For Compositions**: Introduction, Drawing up/Issue/Acknowledgement, Conclusions, References.

The names of homeopathic remedies, books or journals, should appear in italics. The binomial system and abbreviations are used for homeopathic remedies e.g. *Nat-m.*, *Kali-ar.* Potencies should be clearly indicated and the method of dilution specified (CH, DH, K, LM or Q). Other abbreviations and contractions should be defined in the text when first used.

Graphs, Tables and Figures – These should be numbered and sent on a separate page to the text. A legend should be included for each of these, to explain the content and any abbreviations used.

References – Only Author(s) or papers relevant to the published work should be cited. Arabian numbered, and listed at the end of text in numerical order corresponding to the one of citation in the text. The format for references should follow these criteria: **For Journals**: Name of Author(s) (surname + initial of name dot), separate by a comma (if more than 6 Authors: give the first 3 and add "et AL."), full title of paper; full name or abbreviated title of the journal, year of publication, volume number; first and last page number. **For Books**: Name of Author(s) (surname + initial of name dot) separate by comma (if more than 6 Authors: give the first 3 and add "et AL."), full title of book, full name or initials of Editor(s), place of publication, year of publication, volume number; first and last page number or number/title of chapter.

Layout of manuscripts

Pages should be numbered using Arabic numbers and should be in A4 format, the font should be Times New Roman or equivalent, 12 points, single-spaced.

Copyright

Upon acceptance of an article, Authors will be asked to sign a Journal Publishing Agreement that will ensure the widest possible dissemination of information. The Journal Publishing Agreement will be the following: "Subscribed Author(s) (full name of all the Authors) transfer the Copyright of manuscript titled (title of paper) to *Il Medico Omeopata* Publisher – Roma, and declare that they have not published previously, domestically or abroad, the same article; furthermore, manuscripts have not been offered to other publications at the same time as they are under consideration for this journal". The journal, including all individual contributions and illustrations published therein, is legally protected by Copyright for the duration of the Copyright period. Any use, exploitation, or commercialisation outside the narrow limits set by Copyright legislation, without the Publisher's consent, is illegal and liable to criminal prosecution. This applies in particular to copying or other forms of duplicating, translating, preparation of CD and electronic data processing or storage.

Proofs

The *Il Medico Omeopata* Publisher examines the text within 30 days of receipt and it reserves the right to ask for any modifications to the Authors. The checked proofs (responsibility of the Authors) should be returned to the Publisher within 5 days of receipt, and the Publisher may proceed with the publication of articles if no corrected proofs are received.

Disclaimer

Any treatment or drug therapy scheme, any dosage or application which appears in the paper does not involve, imply or express any guarantee or responsibility by the part of the editor in respect of any instructions about the dosage or forms of application present in the journal. The Authors are responsible for any statements made in the article.

Dai Laboratori Hering

GRANULI SGL[®]

SENZA GLUTINE
E SENZA LATTOSIO



L'assenza di glutine e lattosio esalta la sicurezza d'impiego dei nostri granuli.

HERING
LABORATORI

HERING S.r.l. - Zona ASI - Viale dello Sviluppo, 6 - 97015 Modica (RG)
Tel. +39 0932 777515 - Fax +39 0932 777519 - www.hering.it - info@heringlaboratori.com

Maggiore sicurezza in omeopatia

IL RIMEDIO OMEOPATICO CEMON



**La qualità della farmacopea
omeopatica tedesca redatta
sulla base di 200 anni
di esperienza, garantisce la
sicurezza del rimedio
omeopatico**



cemon
curare senza nuocere

www.cemon.eu

da 40 anni la Medicina
Omeopatica in Italia



dynamis[®]

info@cemon.eu

Ce.M.O.N. S.r.l. - Viale A. Gramsci, 18 - 80122 Napoli - Tel 081 2482376 - Fax 081 2482346