

# La “terapia dell’acqua fresca” in un paziente con esiti di grave trauma cranico con danno assonale diffuso

Lavoro presentato al Congresso FIAMO di Torino del 16-18 Marzo 2018, riveduto per la pubblicazione

## RIASSUNTO

Obiettivo di questo lavoro è la valutazione di un paziente in trattamento omeopatico dal dicembre 2016 per esiti di grave trauma cranico in politrauma stradale occorso nell'ottobre del 2014. Il paziente, affetto da danno assonale diffuso esito di plurimi focolai emorragici cerebrali bilaterali, dopo uno stato di coma di circa un mese e un ricovero durato quasi un anno presso un centro di riabilitazione per gravi cerebrolesioni, nell'autunno del 2015, al rientro a domicilio, si trovava in uno stato di minima vigilanza con afasia, anartria e tetraparesi spastica. Nell'anno successivo, durante il quale il paziente ha continuato la terapia riabilitativa, il quadro clinico si è mantenuto stazionario, come attestato dalle relazioni ospedaliere. Dal dicembre 2016 sono state effettuate visite omeopatiche periodiche, nelle quali sono stati prescritti in successione quattro rimedi, secondo la metodologia omeopatica classica, in rapporto alla variazione dei sintomi. Nel corso del trattamento si sono verificati cambiamenti positivi della vigilanza e della partecipazione all'ambiente, della deglutizione, dell'ipertono e della motricità, con comparsa di movimenti attivi finalizzati.

## PAROLE CHIAVE

Trauma cranico. Danno assonale diffuso. Coma. Focolai emorragici cerebrali. Tetraparesi spastica. Terapia riabilitativa. Metodologia omeopatica classica. Vigilanza. Deglutizione. Spasticità. Qualità di vita.

## SUMMARY

The goal of this study is to evaluate the homeopathic approach on a patient with outcomes of a severe head injury caused by a car accident in October 2014. The patient had a diffusal axonal injury because of multiple bilateral haemorrhagic outbreaks. After one month in a coma and one year of hospitalization in a rehabilitation center, in autumn 2015 the patient went back home and was in a state of minimal alertness with aphasia, anartria and spastic quadraparesis. In the following year, during which the patient continued rehabilitative therapy, the clinical picture remained steady, as shown by the hospital reports. Since December 2016 periodical homeopathic visits have been carried out and four remedies have been prescribed in succession, according to classical homeopathic methodology, in relation of the change of the symptoms. During the course of the treatment there have been positive changes of the alertness and of the emotional involvement with the environment, of the swallowing, of the spasticity and of the motor skills, with appearance of targeted active movements.

## KEY WORDS

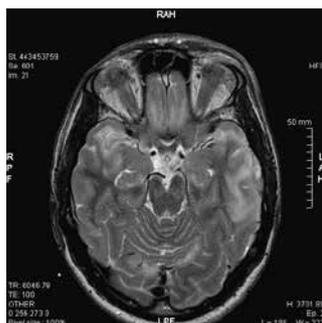
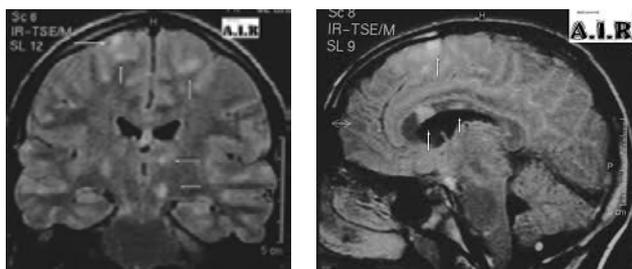
Head injury. Diffuse axonal injury. Coma. Cerebral haemorrhagic outbreaks. Spastic quadraparesis. Rehabilitative therapy. Classical homeopathic methodology. Alertness. Swallowing. Spasticity. Quality of life.

## INTRODUZIONE

Scopo di questo lavoro è la valutazione di un paziente in trattamento omeopatico dal dicembre 2016 per esiti di grave trauma encefalico in politraumatismo (frattura processi articolari di C5, contusione polmonare dx, frattura VIII costa dx) a seguito di incidente sulla strada avvenuto in data 11/10/14. Il paziente è affetto da danno assonale diffuso esito di plurimi focolai emorragici cerebrali bilaterali con emorragia intraventricolare dx. Per danno assonale diffuso (DAI=Diffusal Axonal Injury) si intende una grave lesione cerebrale post-traumatica con interessamento di più aree e interruzione definitiva degli assoni, in particolare a carico della giunzione tra corteccia e sostanza bianca e/o a carico del mesencefalo. Si tratta di un danno severo causato dallo stiramento globale degli assoni. E' ritardato di 24-48 ore rispetto al trauma; può essere evidenziato con tecniche di microscopia e può essere associato ad emorragie focali, visibili alla Risonanza magnetica (1,2). Tale condizione ha una prognosi grave e non ha indicazioni chirurgiche.

## MATERIALI E METODI

Il paziente C. M., dopo uno stato di coma di circa un mese e un ricovero durato quasi un anno presso un centro di riabilitazione per gravi cerebrolesioni, nell'autunno del 2015, al rientro a domicilio, si trovava in uno stato di minima vigilanza con afasia, anartria e tetraparesi spastica. Nell'anno successivo, durante il quale il paziente ha continuato la terapia riabilitativa neuromotoria, logopedica e neuropsicologica, il quadro clinico si è mantenuto stazionario, come attestato dalle relazioni neuropsicofisiologiche dell'aprile e di fine settembre 2016. Dal dicembre 2016 sono state effettuate visite omeopatiche periodiche a domicilio del paziente, date le condizioni cliniche e le difficoltà logistiche. I sintomi raccolti sono stati successivamente elaborati in studio per ottimizzare i risultati. L'approccio al paziente è stato quello dell'Omeopatia Classica o Hahnemanniana (3,4,5,6): sulla base dell'anamnesi,



dell'esame clinico e della repertorizzazione della totalità dei sintomi, sono stati prescritti nell'arco di circa un anno e mezzo 4 rimedi.

Durante tutto il percorso di cura, a causa dell'afasia e dei problemi cognitivi di C., è stata fondamentale la collaborazione dei genitori/"care giver", che sono stati sempre precisi nel riportare i sintomi e attenti alle variazioni del quadro clinico.

Sempre a causa dei problemi di vigilanza e dell'afasia, particolare rilievo hanno assunto i sintomi comportamentali "non verbali", sia osservati da me che riferiti dai parenti. In base alle variazioni del quadro sintomatologico ed ai risultati terapeutici si è deciso di volta in volta se ripetere il rimedio assunto, modificandone o meno la potenza, o di cambiare il rimedio, sostituendolo con un altro più adatto alla situazione. Per agevolare la ricerca del rimedio e la diagnosi differenziale tra i farmaci si è utilizzato il repertorio omeopatico informatizzato (7).

Di questo percorso di cura vengono riportate le visite più significative, evidenziando i sintomi più importanti, le rubriche repertoriali, la prescrizione e i risultati terapeutici.

## RISULTATI

### 16 dicembre 2016: prima visita

Paziente di 41 anni, geometra, destrimane. C. lavorava come agente di commercio (vendeva apparecchi elettrici), e parallelamente era impegnato nel volontariato in alcune associazioni che aveva contribuito a fondare. In particolare, era "clown-terapeuta" nell'ambito di un'associazione ospedaliera di volontari.

Soffriva di allergia alle graminacee e, sporadicamente, di cefalea, responsiva ai FANS. Aveva eseguito un intervento di plastica all'epiglottide causa il russamento, peraltro senza risultati. Fumava poche sigarette al giorno.

Era una persona molto socievole e gioviale: per lui l'amicizia veniva al primo posto, anche prima dell'amore. Era creativo e iperattivo. I genitori gli rimproveravano di dedicarsi troppo agli altri e poco a sé stesso. C. era poco amante delle regole e non sopportava essere comandato. Attualmente è allettato, affetto da tetraparesi spastica con ipertonia/paratonia e opposizione volontaria alla mobilizzazione passiva, prevalenti agli arti di sx. Scarsa è stata la risposta alla terapia antispastica a base di Baclofene e all'iniezione della tossina botulinica, per cui la mobilizzazione degli arti è molto difficile, specie di quelli di sx. I piedi hanno una postura forzata intraruotata in flessione/torsione. La sua vigilanza è fluttuante e tende ad assopirsi. Se stimolato, esplora con lo sguardo il campo visivo e, talora, segue per pochi secondi stimoli visivi. È afasico e anartrico (non emette suoni).

Scarso è il controllo del capo e del tronco. Non esegue ordini semplici. È portatore di PEG (assume talora pasti cremosi).

La terapia comprende: Clonazepam 3 +3 gocce, Levetiracetam 500 mg X 2, Propranololo 40 mg X 2, Lioresal 25 mg X 3, Pantoprazolo 20 mg, Movicol 1 bustina. Il Levetiracetam era stato inserito a scopo profilattico per evitare crisi epilettiche, poi era stato sospeso, ma presto reinserito causa il manifestarsi di crisi parziali motorie al risveglio. Data l'eziologia traumatica e i pregressi focolai contusivo-emorragici multipli, nonostante che il trauma risalga a più di due anni prima, si prescrive ARNICA 200K monodose 3 globuli una sola volta (utilizzo la 200K perché il paziente ha avuto crisi epilettiche nell'ultimo anno).

Nella settimana successiva i parenti mi telefonano entusiasti: riferiscono che si è verificato sin dal giorno successivo all'assunzione di Arnica un netto miglioramento della vigilanza e della partecipazione all'ambiente.

### 27/01/17: seconda visita

C. rimane sveglio molto più a lungo durante il giorno e interagisce maggiormente con lo sguardo, seguendo molto più a lungo gli stimoli visivi, e con le persone. L'ipertono è invariato. I parenti riferiscono che tutti i terapeuti hanno constatato un miglioramento della collaborazione. Tale miglioramento è stato progressivo ed è continuato per circa un mese, poi il paziente si è stabilizzato.

Prescrivo nuovamente ARNICA 200K monodose 3 globuli una sola volta, seguendo la scala di Kent. Nelle settimane successive i parenti riferiscono un ulteriore miglioramento della vigilanza. C. è molto più sveglio durante il giorno, non si assopisce più come prima e collabora di più. Anche dal punto di vista della deglutizione le cose vanno meglio: si riesce ad integrare l'alimentazione via PEG con

una maggiore quantità di alimenti cremosi. Non si sono manifestate crisi epilettiche.

**7/03/17: terza visita**

Da circa 10 giorni la situazione è stabile e i genitori non notano ulteriori cambiamenti. Decido di aumentare la potenza: ARNICA MK monodose 3 globuli una sola volta.

Nelle settimane successive C. è sempre più presente e interessato all'ambiente, sorride, guarda attentamente l'interlocutore, lo segue con lo sguardo, esegue qualche ordine semplice.

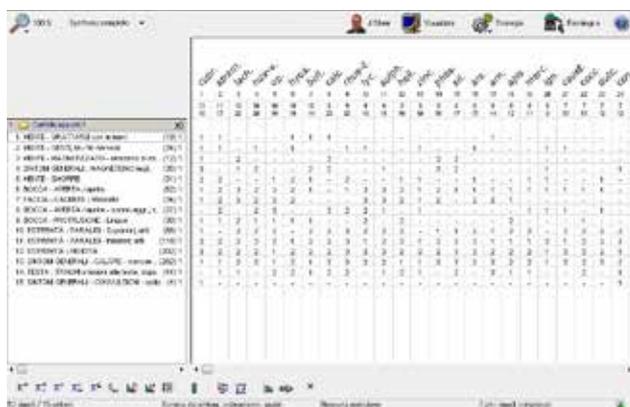
Si riesce ad incrementare ulteriormente la quota di alimenti per os.

Dopo 40 giorni però compare un movimento involontario ripetitivo, un "tic": C. si gratta ripetutamente la testa con la mano sx.

**30/04/17: quarta visita**

C. tende a grattarsi la testa con la mano sx. Viene distolto da questo tic se gli si offre da mangiare o se si tocca il suo braccio sx e/o lo si massaggia. Tende a fare qualche smorfia. Talora ha la bocca aperta, soprattutto nel sonno. Talora protrude la lingua. Tende a coprirsi.

Repertorizzo il caso.



1. MIND – SCRATCHING – with hands
2. MIND – GESTURES makes – tics; nervous
3. MIND – MAGNETIZED – desire to be
4. GEN – MAGNETISM – amel.
5. MIND – GRIMACES
6. MOUTH – OPEN
7. FACE – DROPPING – jaws
8. MOUTH – OPEN – sleep agg.; during
9. MOUTH – PROTRUDING – tongue
10. THROAT – SWALLOWING - difficult
11. EXTR – PARALYSIS – upper limbs
12. EXTR – PARALYSIS – lower limbs

13. EXTR – STIFFNESS

14. GEN – HEAT – lack of vital heat

15. HEAD – INJURIES of the head; after

16. GEN – CONVULSIONS – epileptic – injuries; after

17. GEN – FOOD AND DRINKS – cold drinks desire

Prescrivo CUPRUM METALLICUM 3LM 3 gocce tutte le sere, dinamizzando prima di ogni assunzione, per un mese. Tale prescrizione è anche confortata dal fatto che le crisi parziali motorie, a detta dei parenti, erano iniziate dalle mani (vedi rubrica: GEN – CONVULSIONS – epileptic aura – in hands).

Si ottiene una diminuzione dell'ipertono, soprattutto agli arti di sx: è agevolata la mobilizzazione passiva degli arti, con facilitazione della gestione da parte dei parenti. Si è ridotta la frequenza del tic all'As sx. Nell'ambito di visita foniatrica del 25/05/17 si conferma l'introduzione degli alimenti di consistenza solido-morbida, che il paziente gestisce con movimenti masticatori efficaci, dimostrando un buon controllo del bolo senza caduta predeglutitoria.

Nei mesi successivi proseguo con Cuprum metallicum, aumentando la potenza: 4LM dal 14/06/17 al 16/07/17. La deglutizione migliora ulteriormente: l'atto deglutitorio per tutte le consistenze assunte si compie più rapidamente, con un'adequata fase anticipatoria (il paziente apre la bocca spontaneamente appena vede avvicinarsi il cibo) e con innescio del riflesso di deglutizione ben coordinato, senza segni indiretti di penetrazione o aspirazione. Si nota anche una riduzione dello scolo anteriore. Il paziente può produrre movimenti attivi del distretto bucco-facciale, ripulendo i residui di cibo dalle labbra. Tenta di produrre un bacio quando vede avvicinare la guancia di una persona conosciuta. Alla luce di questa evoluzione, la presa in carico logopedica prosegue con l'obiettivo di un graduale svezzamento dalla nutrizione enterale, aumentando le quantità assunte per os. Il tic permane, anche se con frequenza ridotta.

Il 20/07/17 inizia l'assunzione di Cuprum metallicum 5LM. Compiono nuovi movimenti finalizzati, in particolare C. è in grado di tenere con la mano sx un cucchiaino, di portarlo alla bocca e di restituirlo alla madre. A settembre compaiono movimenti finalizzati anche alla mano dx.

Purtroppo però, nello stesso periodo, peggiora nettamente il tic all'arto superiore sx: C. si gratta ripetutamente la testa e in quella zona i capelli iniziano a diradarsi.

Provo a ridurre la frequenza di somministrazione (una volta ogni due giorni) e poi la quantità assunta (una sola goccia diluita e assunta dal secondo bicchiere), ma il tic continua invariato, per cui sospendo il Cuprum. Dopo qualche giorno la frequenza del tic si riduce parzialmente.

### Visita del 14/09/17

Persiste il miglioramento del tic con il tocco e con il massaggio. C. non protrude più la lingua. L'appetito si è fatto vorace. E' aumentata la salivazione. Il paziente desidera sempre bevande fredde e gradisce molto il gusto del vino. C'è un recente riscontro di incremento delle ALT (GGT nella norma). Repertorizzo nuovamente il caso.

1. MIND – GESTURES, makes – tics; nervous
2. MIND – SCRATCHING – with hands
3. MIND – GESTURES – hands; involuntary motions of the
4. GEN – TOUCH – amel.
5. GEN – MAGNETISM – amel.
6. HEAD – INJURIES of the head; after
7. MOUTH – SALIVATION – profuse
8. THROAT SWALLOWING - difficult
9. STOMACH – APPETITE – ravenous
10. ABDOMEN – LIVER and region of liver; complaints of
11. GEN – FOOD AND DRINKS – cold drinks desire
12. GEN – FOOD AND DRINKS - sweet aversion
13. GEN – FOOD AND DRINKS – wine desire

Prescrivo NATRUM SULPHURICUM MK monodose 3 globuli una sola volta (Sulphur e Natrum muriaticum si trovano ai primi posti della repertorizzazione).

Dopo circa un mese l'intensità e la frequenza del tic sono parzialmente diminuite.

Nel frattempo, in considerazione del miglioramento clinico degli ultimi 9 mesi, nel centro di riabilitazione si decide di sottoporre il paziente a un ciclo di stimolazione elettrica transcranica a corrente continua (tDCS). Tale ciclo, iniziato nel novembre 2017, proseguirà fino al gennaio 2018. Durante la tDCS la cura omeopatica è stata sospesa, in considerazione della potenziale interferenza da parte di questa metodica.

### Visita del 17/01/18

è terminata la tDCS. I parenti riferiscono un lieve mi-

glioramento della vigilanza. L'ipertono però è peggiorato. Anche la deglutizione è più lenta e meno efficiente. L'ALT permans elevata, nonostante la sospensione del Baclofene. Il tic va un po' meglio.

Nuova repertorizzazione:

Intensità considerata

Somma dei sintomi (+grad)	Intensità considerata																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
01. MENTE - GESTI. fa - to nervosi	1	24																	
02. MENTE - GRATTAGGIO con le mani	1	18																	
03. MENTE - GESTI. fa - mani; movimenti involontari delle mani	1	118	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2	1	2	-
04. SINTOMI GENERALI - TATTO, TOCCO - mag.	1	27	3	-	2	2	1	1	-	-	1	1	1	1	1	2	1	-	-
05. MENTE - MAGNETIZZATO - desiderio di essere toccato	1	12	3	1	3	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-
06. TESTA - TRALMI e lesioni alla testa, dopo	1	44	2	-	-	1	1	2	1	1	2	3	1	1	-	-	-	-	2
07. BOCCA - SALIVAZIONE - profusa	1	268	2	1	1	1	2	2	2	2	3	2	1	1	2	1	1	1	3
08. STOMACO - APPETITO - vorace	1	241	3	1	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	2	2	3	3	2
09. ADDOME - FEGATO e della regione epigastrica, disturbi del	1	225	3	2	3	2	3	2	1	1	3	2	2	2	2	1	3	3	3
10. SINTOMI GENERALI - CONVULSIONI - apatiche	1	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11. SINTOMI GENERALI - CIBI e bevande - fredde; bevande e acqua - desiderio	1	270	2	2	3	3	1	3	1	3	2	1	1	1	1	3	2	1	2
12. SINTOMI GENERALI - CIBI e bevande - vino - desiderio	1	78	2	-	3	2	3	1	1	1	-	1	-	2	-	1	2	-	2

1. MIND – GESTURES, makes –tics; nervous
2. HEAD – INJURIES of the head; after
3. MOUTH – SALIVATION – profuse
4. THROAT – SWALLOWING – difficult
5. STOM – APPETITE – ravenous
6. ABD – LIVER and region of liver; complaints
7. EXTR – STIFFNESS
8. EXTR – PARALYSIS – upper limbs
9. EXTR – PARALYSIS – lower limbs
10. GEN – TOUCH – amel.
11. GEN – MAGNETISM – amel.
12. GEN – FOOD AND DRINKS – cold drink, cold water – desire
13. GEN – FOOD AND DRINKS – wine – desire
14. GEN – ELECTROSHOCK; ailments from

Prescrivo PHOSPHORUS 3LM 3 gocce tutte le sere dinamizzando prima dell'assunzione, per 3 settimane.

### Visita del 9/02/18

C. è migliorato vistosamente a livello umorale e relazionale: è allegro, sorride, mi prende la mano e me la stringe. Il sonno è molto più tranquillo, tanto che i genitori sono tornati a dormire nella loro camera. La deglutizione è migliorata. L'ipertono si è ridotto. Il tic si è ulteriormente ridotto sia come intensità che come frequenza.

## DISCUSSIONE

Nel corso del trattamento si sono verificati cambiamenti positivi a carico della vigilanza e della partecipazione all'ambiente, della deglutizione, dell'ipertono e della motricità,

con comparsa di nuovi movimenti attivi finalizzati. Questi risultati sono documentati dalle relazioni neurologica e logopedica. Si sottolinea come tali cambiamenti si siano manifestati dopo l'inizio del trattamento omeopatico, mentre nell'anno precedente, nonostante il paziente continuasse la terapia riabilitativa neuromotoria, logopedica e neuropsicologica, il quadro clinico si era mantenuto pressoché stazionario.

Questo caso si presta ad alcune considerazioni: si tratta di un paziente con gravi lesioni cerebrali e un basso livello di energia vitale, che ha richiesto la somministrazione di potenze più basse e con un'azione più "dolce" (LM), ma che comunque ha risposto inequivocabilmente e positivamente ai rimedi somministrati.

Il primo rimedio (ARNICA) è stato prescritto non sulla base della repertorizzazione, ma sulla base dell'eziologia, anche se dopo più di 2 anni dal trauma. Si è iniziato con una potenza media (200K), date le importanti lesioni cerebrali e la presenza nell'anamnesi di crisi epilettiche. L'Arnica è stata poi ripetuta, aumentando la potenza secondo la scala di Kent. Si è lasciata agire ogni somministrazione per almeno 35 giorni. Le successive 2 somministrazioni (200K e MK) sono state fatte quando il miglioramento era cessato, mantenendo la stessa sintomatologia.

Il cambiamento del rimedio è stato poi determinato dal cambiamento della sintomatologia, con la comparsa di un nuovo sintomo (tic dell'arto superiore sx con grattamento del capo). Si tratta di un sintomo proprio anche di Arnica, quindi patogenetico, che indicava chiaramente che bisognava rivalutare il caso e cambiare rimedio.

La presa del caso è stata semplice ed essenziale, basata su sintomi chiari e ben definiti. Come già sottolineato, la maggior parte sono sintomi non verbali. Nella raccolta degli stessi è stato fondamentale l'apporto dei "care giver" (genitori).

Sono stati inclusi anche sintomi patognomici: il rimedio corretto doveva coprire anche i sintomi neurologici tipici di questa condizione (paralisi, rigidità spastica...).

Il rimedio successivo, Cuprum metallicum, è stato somministrato in potenze LM, partendo dalla 3LM, con somministrazioni giornaliere in gocce di volta in volta dinamizzate (5 succussioni).

La situazione clinica è stata monitorata con frequenza, anche con consultazioni telefoniche. Ogni diluizione LM è stata mantenuta per circa un mese, passando poi alla diluizione immediatamente superiore, fino alla 5LM. Durante l'assunzione di Cuprum 3LM il tic è parzialmente migliorato e si sono verificate modificazioni positive dell'ipertono, della motricità e della deglutizione, finché con la 5LM si è manifestato un netto peggioramento del tic. Tale aggravamento tardivo mi ha indicato un'eccessiva somministrazione di ri-

medio, per cui Cuprum è stato sospeso.

Il terzo rimedio somministrato, Natrum sulphuricum, è stato scelto sulla base della repertorizzazione (Sulph e Nat-m nei primi posti) e alla luce della grande importanza che questo farmaco ha nella cura degli esiti di traumi cranici. Nel mese successivo il movimento involontario di grattamento dell'arto superiore sx è parzialmente migliorato. In seguito non si è potuto valutare appieno l'azione del rimedio dato l'inserimento della terapia di stimolazione elettrica transcranica.

Nel gennaio 2018, alla luce del peggioramento di alcuni sintomi, il caso è stato nuovamente repertorizzato con l'emergenza di Phosphorus. Dopo l'assunzione di tale rimedio si sono verificati significativi e continui miglioramenti anche a livello emozionale, per cui, anche alla luce della personalità premorbo, si potrebbe ipotizzare che Phosphorus sia il rimedio costituzionale del paziente.

## CONCLUSIONI

L'evoluzione clinica positiva durante la cura omeopatica di questo paziente affetto da gravi lesioni cerebrali, dopo un lungo periodo di stasi precedente, consente di ipotizzare che anche in casi gravi, plurifarmacotrattati, resistenti alle terapie convenzionali (fisioterapia, antispastici, tossina botulinica...) e inguaribili l'Omeopatia possa agire, migliorando la qualità di vita del paziente e facilitando la gestione quotidiana dello stesso. E' così che la metodologia omeopatica classica, basandosi sui principi basilari che risalgono ad Hahnemann e a Kent, consente spesso di raggiungere risultati insperati.

## BIBLIOGRAFIA

1. Skandsen T., Kvistad KA., Solheim O., Strand IH., Falvik M., Vik A.: Prevalence and impact of diffuse axonal injury in patients with moderate and severe head injury: a cohort study of early magnetic resonance imaging findings and 1-year outcome. *J Neurosurg.* 2010 sep; 113 (3):556 – 563.
2. Almeida Vieira RC., Paiva WS., de Sousa RMC et Al.: Recovery of patients with pure diffuse axonal injury who remained in coma for 6 hours or more. *World Neurosurg.* 2018 Jan; 109: 140-146.
3. Hahnemann, CFS: Organon dell'arte del guarire – VI ed., trad. F. Meconi, S.I.M.O.H. Soc. Coop. A.r.l., 1993.
4. Hahnemann, CFS: Le malattie croniche, seconda edizione, trad. F. Meconi, S.I.M.O.H. Soc. Coop. A.r.l., 1995.
5. Kent, JT: Lectures on Homoeopathic Philosophy, trad. V. La Via, Ed. CE.M.O.N. (Napoli) a cura della L.U.I.M.O. "Samuel Hahnemann", 1993.
6. Boericke W.: Pocket manual of homoeopathic Materia medica – trad. R. Petrucci – ISBN – 2004.
7. Schrojens, F.: Radar Synthesis – Versione 10.1 – Archibel, Assesse (Belgio), 2002 – 2016.

## Norme per gli autori

**Editore:** FIAMO – Federazione Italiana Associazioni e Medici Omeopatici  
**Redazione:** Via Stimigliano, 22 – 00199 ROMA – ITALIA – omeopatia@fiamo.it  
**Direttore:** Gustavo Dominici: gustavo.dominici@omeopatia-roma.it  
**Vice Direttore:** Antonella Ronchi: anto.ronchi@iscali.it  
**Capo Redattore Veterinaria:** Enio Marelli: marellenio@gmail.com  
**Comitato di Redazione:** Giovanna Giorgetti: omeopatia@fiamo.it  
**Comitato di Revisori:** Paolo Bellavite (Università di Verona); Manuela Sanguini; 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: omeopatia@fiamo.it, o direttamente al Direttore responsabile: gustavo.dominici@omeopatia-roma.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.

## GUIDE FOR AUTHORS

**Publisher:** FIAMO – Federazione Italiana Associazioni e Medici Omeopatici  
**Editorial office:** Via Stimigliano, 22 – 00199 ROMA – ITALY – omeopatia@fiamo.it  
**Editor:** Gustavo Dominici: gustavo.dominici@omeopatia-roma.it  
**Vice Editor:** Antonella Ronchi: anto.ronchi@iscali.it  
**Veterinary:** Enio Marelli: marellenio@gmail.com  
**Editorial board:** Giovanna Giorgetti: omeopatia@fiamo.it  
**Editorial Advisory Board:** Paolo Bellavite (University of Verona – Italy); Manuela Sanguini; Giusi Pitari (University of L'Aquila – Italy)

### The Journal

The *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. The *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: "omeopatia@fiamo.it", or directly to the Director: "gustavo.dominici@omeopatia-roma.it". Authors can also send work on a CD to the journal's postal address.

### Publication

The *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: 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. Arabic 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.