

# HIM@d

## HOMEOPATHY and Integrated Medicine



Novembre 2012 | Volume 9 | Numero 1

**SIOMI**  
SOCIETÀ ITALIANA DI OMEOPATIA  
E MEDICINA INTEGRATA

Organo ufficiale della  
SOCIETÀ ITALIANA DI OMEOPATIA E MEDICINA INTEGRATA

# DISBIO<sup>®</sup> COL

FORMULA  
BREVETTATA

ALIMENTO DIETETICO  
DESTINATO A FINI MEDICI SPECIALI  
A BASE DI:

- ACIDO BUTIRRICO
- FRUTTOLIGOSACCARIDI
- BIFIDOBATTERI CERTIFICATI

## FILMATURA ESTERNA

Impenetrabile ai succhi  
gastrici e agli acidi biliari

I COMPONENTI ATTIVI  
ATTRAVERSANO  
INDENNI L'INTESTINO TENUE

## NUCLEO COMPRESSA

Granulazione Retard Gastroresistente

RILASCIO E DISSOLUZIONE  
DEI PRINCIPI ATTIVI  
PROGRAMMATO

AGISCE  
DIRETTAMENTE  
NEL COLON

## FILMATURA INTERMEDIA

Riveste il nucleo centrale

SI SCIOGLIE A PH SPECIFICO  
LIBERANDO I PRINCIPI ATTIVI  
DIRETTAMENTE NEL COLON



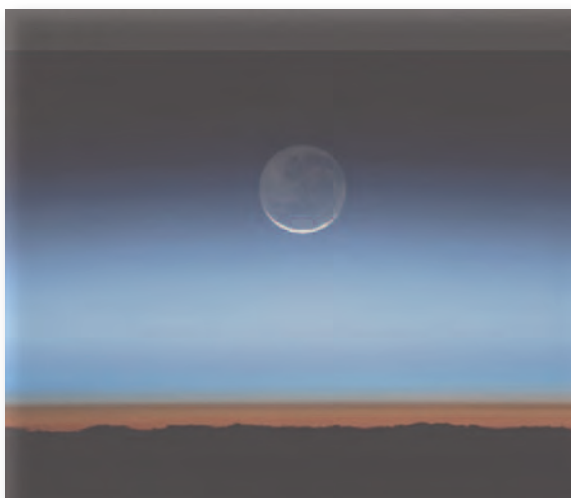
## POSOLOGIA:

Si consiglia di iniziare con 2 compresse al dì;  
dopo miglioramento continuare con 1 compressa.



Numero Verde  
**800 125710**  
[www.laboratorilegren.it](http://www.laboratorilegren.it)

Laboratori  
**Legren**



In copertina: Eclissi totale di luna  
Per gentile conc. NASA and the Hubble Heritage Team (AURA/STScI).

Organo ufficiale della  
**Società Italiana di Omeopatia  
e Medicina Integrata**

Direttore Responsabile: **Gino Santini**  
Direttore Scientifico: **Simonetta Bernardini**  
Registrazione al Tribunale di Roma n. 61 del 24 febbraio 2010  
Periodicità: Semestrale

© 2010-2014 SIOMI - Tutti i diritti riservati. Nessuna parte  
di questa pubblicazione può essere riprodotta o trasmessa  
in alcuna forma, senza il permesso scritto della SIOMI.  
Le copie arretrate possono essere richieste alla SIOMI.

Direzione: c/o ISMO - Via Adolfo Venturi, 24 - 00162 Roma  
Amministrazione, Pubblicità: c/o FIMO - Via Kyoto, 51 - 50126 Firenze  
Tel.: 055.6800.389 - Fax: 055.683.355 - E-mail: segreteria@siomi.it

Finito di stampare nel mese di luglio 2014  
presso Grafica Di Marcotullio s.a.s.  
Via di Cervara, 139 - 00155 Roma

#### COMITATO SCIENTIFICO

##### Area di omeopatia e medicina integrata

Simonetta Bernardini, Francesco Bottaccioli,  
Tiziana Di Giampietro, Carlo Di Stanislao, Rosaria Ferreri,  
Peter Fisher, Italo Grassi, Francesco Macri, Ennio Masciello,  
Roberto Pulcri, Gino Santini, Gabriele Saudelli

##### Area accademica e medicina convenzionale

Ivan Cavicchi, Andrea Dei, Giuseppe Del Barone,  
Gian Gabriele Franchi, Luciano Fonzi, Antonio Panti,  
Paola Massarelli, Roberto Romizi  
Mauro Serafini, Umberto Solimene

# HIM@d

## HOMEOPATHY and Integrated Medicine

Anno 5 - Numero 1, Giugno 2014

### ■ Editoriale

#### 2 Dove va l'Omeopatia in Italia - Epilogo

di Simonetta Bernardini

### ■ In primo piano

#### 4 Medicina omeopatica e convenzionale - Due medicine diversamente simili

di Francesco Macri

### ■ Contributi originali

#### 7 L'infermiere nella gestione dell'ambulatorio oncologico integrato

di Lidia Gioachin

#### 12 Saper fare, saper essere, saper divenire

##### Metodo integrato nella presa in carico del paziente psichiatrico

di Mariagrazia Panzeri

#### 16 Un "morso" che cura

di Eva Veropalumbo

#### 24 La dermatite di Pepito

di Lavinia Forti Grazzini

#### 26 Medicina narrativa versus EBM - Due ali per un unico volo

di Luigi Turinese

#### 30 Le CAM nel trattamento della malattia di Alzheimer

di Alessandra Augino

#### 38 Storia e teoria della medicina

##### Nuovi approcci e loro rilevanza in chiave omeopatica

di Teresa De Monte

### ■ I grandi personaggi dell'omeopatia

#### 21 Renzo Galassi

Presidente Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis

a cura di Simonetta Bernardini

### ■ Spotlight - La ricerca scientifica in Medicina Integrata

#### 36 a cura di Gino Santini

Omeopatia e febbre Chikungunya - Apis mellifica rivela la moderna similitudine omeopatica -  
Geni cellulari evidenziano la stimolazione di un medicinale omeopatico - Gelsemium in dosi ul-  
tralow influenza l'espressione genetica - Arnica e Hypericum migliorati dalla microcorrente nel ri-  
marginare ferite - Arsenico in dosaggio low e ultralow influenza la germinazione del polline

### ■ Quaderni di Medicina Integrata

#### La psoriasi

#### 42 Il contributo dell'omeopatia

di Luciano D'Auria

#### 45 Il contributo dell'agopuntura

di Carlo Di Stanislao e Leonardo Paoluzzi

#### 47 Il contributo della fitoterapia

di Leonardo Paoluzzi

### ■ L'omeopatia raccontata

#### 33 Assassinio in Guardia Medica

di Italo Grassi



## Dove va l'Omeopatia in Italia - Epilogo

**Simonetta Bernardini**

Presidente SIOMI, Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata  
E-mail: s.bernardini@siomi.it

Come avevamo promesso, a distanza di sei mesi dal precedente editoriale torniamo a parlare della travagliata vicenda della registrazione dei medicinali omeopatici e antroposofici in Italia. E' d'obbligo premettere che la parola "epilogo", almeno per quanto riguarda la legislazione italiana, rappresenta, al punto in cui siamo, null'altro che un auspicio. Ad oggi, infatti, il problema non è stato risolto, i medicinali continuano a sparire dal mercato italiano, le Aziende sono preoccupate, i medici e i pazienti sgomenti. In mancanza di buone notizie, daremo conto dei molti fatti accaduti in questi mesi oltre a proporre una soluzione messa a punto dalla nostra Società in un modo che noi riteniamo possa aiutare ad uscire da questo immobilismo.

### *La sentenza del TAR*

Nel febbraio scorso il TAR si è espresso sul ricorso presentato da Omeimprese e da Boiron avverso AIFA e Ministero della Salute accogliendo alcune istanze promosse dai produttori di medicinali omeopatici e antroposofici per l'annullamento del Decreto pubblicato sulla GU del 15 marzo 2013 nella parte riguardante i medicinali omeopatici. In particolare, la sentenza del TAR ha dato ragione ai ricorrenti in merito alle tariffe di registrazione contemplate dal Decreto Balduzzi secondo le quali il prezzo per il mantenimento in commercio dei medicinali omeopatici in Italia avrebbe potuto comportare aumenti anche del 70.000% del prezzo in vigore fino al 31 dicembre 2015. In sostanza il TAR ha riconosciuto il diritto dello Stato italiano di aumentare le tariffe del 10% rispetto alla tariffa di 31 euro per la registrazione di un medicinale omeopatico unitario e di 154,95 euro per una specialità aziendale. Per contro, il TAR non ha accolto la parte del ricorso che si riferiva ai medicinali omeopatici di nuova registrazione. Dunque, tutti i nuovi eventuali medicinali che dovessero essere registrati restano soggetti alle gravose tariffe fissate dal Decreto Balduzzi, mentre solo i prodotti presenti sul mercato al 1995 e per i quali già esiste l'autorizzazione all'immissione in commercio, possono continuare a godere di registrazione semplificata. In pratica, in Italia, un medicinale nuovo non avrà modo di essere registrato stante il costo esorbitante delle nuove registrazioni. Inoltre, rimane valida la regola (tutta italiana) di non riportare sulla confezione indicazioni terapeutiche e regole posologiche. In Italia, anche se si avrà la tanto attesa registrazione dei medicinali omeopatici e antroposofici, questi rimarranno emeriti sconosciuti, ben lontani dall'aver quel minimo di fruibilità garantita per gli stessi prodotti ai consumatori d'oltralpe.

### *Le modalità di registrazione*

Dopo la sentenza del TAR rimangono immutate le procedure di rinnovo previste dalla L. 189/2012. In par-

ticolare, la definizione dei requisiti dei dossier tecnici richiesti per i medicinali omeopatici e antroposofici. Ma tali requisiti sono giudicati essere particolarmente pesanti dalle Aziende italiane. Tra essi, per esempio, il modulo 4 che prevede la figura di un farmacologo esperto in omeopatia per la certificazione di innocuità del principio attivo riguardante medicinali omeopatici di derivazione biologica. Più in generale, la richiesta documentale sulla sicurezza e innocuità imposta dai AIFA per la registrazione degli omeopatici è ritenuta sproporzionata se riferita alla materia specifica, e nei fatti molto più onerose di quelle richieste da altri Stati della UE.

### *L'adeguamento delle nuove tariffe di registrazione*

Sebbene il TAR abbia stabilito le tariffe di nuova registrazione pari a circa 35 euro per il medicinale unitario e a circa 200 euro per le specialità, tali tariffe non sono parse adeguate ai costi necessari ad AIFA per sostenere le registrazioni. A seguito dunque di successive trattative, le Aziende e le Istituzioni italiane hanno concordato tariffe definitive che dovrebbero essere: 800 euro per gli unitari e 1200 euro per le specialità.

### *L'attesa di un nuovo decreto*

In ragione di tale accordo, fin dal mese di novembre 2013 è attesa l'approvazione di un emendamento al Decreto Balduzzi. In mancanza di esso, infatti, le Aziende non possono dare il via alla registrazione che comporterebbe, al momento, l'accettazione delle tariffe precedenti cioè di quelle già licenziate come improprie dal TAR. Nel contempo le Aziende confidano, sia in una proroga dei tempi di presentazione dei dossier per le registrazioni, azione resa necessaria in conseguenza dei due anni di immobilismo e ripensamenti, sia in un alleggerimento delle regole imposte per la presentazione dei dossier.

### *La nuova mobilitazione*

#### *del mondo dell'omeopatia e dell'antroposofia*

Dopo la protesta dell'autunno del 2013, reazione che ha compattato tutto il mondo dell'omeopatia e dell'antroposofia italiana e europea (medici e pazienti), a tal punto da impressionare le Istituzioni, all'indomani della sentenza del TAR un nuovo documento è stato emesso dalle stesse sigle volto a fornire suggerimenti riguardanti le norme di registrazione semplificata. In particolare, le Società scientifiche e Associazioni dei medici e quelle dei cittadini utenti richiamano l'attenzione delle Istituzioni su: a) regole troppo restrittive che di fatto impediscono la registrazione di nuovi medicinali limitando la reperibilità in Italia ai soli medicinali autorizzati nell'ormai remoto 1995; b) procedure di registrazione troppo gravose che,



sebbene possano considerarsi adeguate per la registrazione dei farmaci convenzionali, per i quali vengono autorizzati sia gli effetti terapeutici che quelli collaterali, non sono adeguate alla prevalente innocuità (mancanza di tossicità già stabilita dalle Farmacopee) del settore omeopatico e che di fatto minacciano l'impossibilità alla produzione dei medicinali omeopatici in Italia. Pertanto, sulla base delle esigenze di disponibilità sul mercato italiano dei medicinali, le sigle firmatarie individuano alcune istanze urgenti per le quali richiamano Ministero della Salute e AIFA ad una pronta revisione dei criteri di registrazione per adeguare le regole imposte alle reali esigenze di questa tipologia di mercato anche in riferimento alle normative meno indagose e limitative presenti nella UE.

In particolare si richiedono regole meno onerose per: 1) produzione di prodotti di derivazione biologica quali nosodi e organoterapici; 2) produzione di medicinali provenienti da materia prima classificata come droga stupefacente; 3) produzione di medicinali provenienti da materia prima classificata come radiofarmaco; 4) medicinali ad uso veterinario; 5) medicinali estemporanei su prescrizione medica.

#### *La questione dei medicinali meno prescritti*

Un capitolo a sé è rappresentato dai medicinali di prescrizione rara, sia di vecchia che di nuova registrazione. Infatti, essi sarebbero destinati a scomparire del tutto dopo il 2015 qualora le regole di registrazione fossero omologate a quelle dei medicinali maggiormente prescritti. Per questo le sigle firmatarie hanno richiesto alle Istituzioni di adeguare le tariffe di registrazione alla scarsa "resa" di tali prodotti. Su questo punto la SIOMI ha insistito particolarmente, anche nel corso dell'audizione concessa dal Ministero della Salute, riguardo alla possibilità di favorire nel futuro la loro produzione come medicinali estemporanei prodotti dalla Aziende su ricetta del medico omeopata prescrittore. Infatti, qualora le norme di buona fabbricazione richieste da AIFA non fossero (come lo sono ora) proibitive, sarebbe possibile per un'Azienda reperire sul mercato estero la materia prima non più disponibile in Italia e produrre come estemporaneo il medicinale poco prescritto. Ci sembra questa la via più semplice da percorrere nelle more delle molte autorizzazioni necessarie per raggiungere un accordo.

#### *Fare una cosa semplice*

Per arrivare alla promulgazione di regole adeguate al settore omeopatico, una cosa semplice sarebbe accettare la nostra richiesta di avviare una Commissione nazionale per i medicinali omeopatici. Un tavolo di lavoro composto da

Ministero della Salute, AIFA, sigle dell'omeopatia e dell'antroposofia nazionale, associazioni dei pazienti omeopatici e antroposofici e Aziende produttrici. Sarebbe opportuno semplicemente sedersi ad un tavolo, analizzare le problematiche, parlare dei medicinali omeopatici con nozione di causa, come si farebbe con un soggetto ben conosciuto (almeno agli addetti ai lavori), piuttosto che con un "marziano", come sembra essere questo medicinale a giudicare dagli errori reiterati delle Istituzioni preposte alla sua regolamentazione

#### *Epilogo: il ruolo centrale del farmacista nel futuro prossimo*

Nelle more della regolamentazione e nell'incertezza dei tempi necessari alla stessa nonché della corretta interpretazione delle reali esigenze del settore, SIOMI ritiene che il farmacista abbia e avrà sempre più un ruolo centrale nel rendere disponibili i medicinali omeopatici necessari alla professionalità dei medici e alla cura dei cittadini. Sarebbe, in fondo, un ritorno all'antico, visto che trenta anni fa erano principalmente le farmacie a preparare i medicinali omeopatici. Il farmacista, infatti, può preparare medicinali omeopatici monocomponente o complessi (magistrali omeopatici) come previsto dal DLT del 24-4-2006 n. 219. Inoltre, le materie prime non reperibili in Italia potrebbero essere approvvigionate nel mercato estero. Del resto, la GMP (Good Manufacturing Practice) è la stessa in tutta Europa. Pertanto noi auspichiamo che nell'immediato futuro il farmacista abbandoni il suo unico ruolo di dispensatore di medicinali aziendali e si riappropri del suo compito di preparatore.

A tal fine SIOMI organizzerà, nel prossimo mese di novembre a Firenze, un convegno dedicato completamente al medicinale omeopatico: dalle regole di registrazione a quelle di preparazione. Al convegno saranno invitati tutti, sia i medici omeopati che, forse, sino ad oggi non avevano sentito il bisogno di disporre di estemporanei omeopatici grazie alla disponibilità più ampia del mercato, sia i farmacisti che potranno crescere in questo ruolo anche grazie alla formazione di una comunità nazionale di farmacisti preparatori che potrà trovare un punto di incontro proprio nella nostra Società. Ci sembra questa una buona maniera di uscire dall'immobilismo e di sottrarsi alla morsa inaccettabile di dover dipendere, noi prescrittori e noi pazienti, da regole decise sempre sopra la nostra testa, sia da parte delle Istituzioni, sia da parte delle Aziende del settore affannate nelle loro problematiche conseguenti alle scelte delle Istituzioni.

In attesa di essere sorpresi dalle buone notizie nazionali, arrivederci a Firenze il 23 novembre 2014! ■

# Medicina Omeopatica e Convenzionale

## Due medicine diversamente simili

**Francesco Macri**

Vicepresidente SIOMI, professore aggregato di pediatria, Università "Sapienza", Roma  
E-mail: f.macri@siomi.it

**D**iceva Ilkka Tuomi: "impossibile dividere la conoscenza in due campi nettamente separati, quello della conoscenza inespressa e quello della conoscenza esplicita" (Corporate Knowledge, 1999). Possiamo ritenere che alla conoscenza inespressa appartiene l'Omeopatia e a quella esplicita appartiene la Medicina Convenzionale? Sì, se espressione ed esplicitazione si riferiscono alla capacità di documentare sul piano scientifico la impostazione metodologica delle due medicine, no, se consideriamo la espressione e la esplicitazione come prove di veridicità. D'altronde, se la conoscenza inespressa si dedica, anche se in modo diverso, agli stessi argomenti di quella esplicita, può rappresentare per essa motivo di arricchimento sul piano epistemologico.

Questo concetto porta alla considerazione che la diversità tra Medicina Omeopatica e Medicina Convenzionale è data erroneamente spesso per scontata e che può essere interessante approfondire questo tema così dibattuto, alla ricerca di elementi comuni tra esse. Francois Laplantine riuscì nel suo libro, "Antropologia della Malattia" (Ed. Sansoni, 1988), ad affrontare, in un modo che mi sentirei di definire perfetto, l'argomento della apparente diversità tra le due medicine, prospettando una chiave di lettura sicuramente originale e interessante. Laplantine raccoglie interviste fatte a medici e pazienti e la descrizione di malattie fatte da grandi autori francesi (Balzac, Proust, etc.) giungendo alla conclusione che i concetti alla base della interpretazione delle malattie e della loro terapia sono in realtà da cogliere nella loro essenza immutabile e universale e sono i seguenti, affiancati in coppia per analogia:

AGGIUNTIVO	SOTTRATTIVO
SOSTANZA	RELAZIONE
MONISMO	DUALISMO
INTERNO	ESTERNO
INIBIZIONE	STIMOLAZIONE
QUANTITA'	QUALITA'
OMOGENEO	ETEROGENEO
INDIVIDUALE	SOCIALE
SIMILE	CONTRARIO
NATURA	CULTURA

Questi concetti, che possiamo considerare transculturali, non risentono né dello scorrere del tempo, né della situazione socioculturale in cui si vive.

E' sulla base di questa considerazione che possiamo comprendere come la genetica, che oggi si basa sullo studio molecolare, a metà del secolo scorso si affacciava alle malattie che suggerivano una trasmissibilità considerandole come conseguenze del rapporto tra consanguinei (la scoperta del DNA da parte di Watson e Crick risale alla fine degli anni

'50), e, allo stesso modo, come le malattie che il mondo occidentale oggi definisce in termini di meccanismi patogenetici e affronta con possibilità diagnostiche e moduli terapeutici sempre più aggiornati, in alcune realtà sociali di tipo tribale vengono interpretate dallo sciamano sulla base del conflitto tra il Bene e il Male. Ma sono le stesse malattie!

Quei venti concetti elementari, secondo Laplantine, sono imm modificabili e condivisibili, al punto tale che organizzandoli in modo coerente è possibile individuare modelli essenziali di interpretazione delle malattie, che sono sempre affiancati in coppia per analogia:

ENDOGENO	ESOGENO
ONTOLOGICO	RELAZIONALE
ADDITTIVO	SOTTRATTIVO
BENEFICO	MALEFICO

Essi hanno una loro rilevanza non solo teorica. Pensiamo ad esempio al modello endogeno-esogeno: endogeno è quello adottato dal paziente che esprime "mi sono preso la tale malattia", esogeno è quello adottato dal paziente che esprime "mi è venuta la tale malattia". La malattia in realtà è la stessa, ma la differenza sta nel modo in cui il paziente la vive. E non è differenza da poco, visto che il paziente che fa suo il modello endogeno risulta rispondere meno alla terapia, in linea con l'idea che la malattia è dovuta ad una sorta di autoderterminazione e quindi interventi dall'esterno hanno scarsa possibilità di successo. Così i modelli di terapia, sempre in coppia:

ADORCISTICO	ESORCISTICO
OMEOPATICO	ALLOPATICO
SEDATIVO	ECCITATIVO
ADDITIVO	SOTTRATTIVO

E la flessibilità che consente l'accostamento dei modelli di interpretazione delle malattie può, analogamente, consentire il passaggio da un modello di terapia all'altro, posti nella stessa coppia, in particolare da quello allopatico a quello omeopatico.

In pratica, in un discorso più ampio riguardante l'intera modalità di approccio diagnostico-terapeutico alle malattie, la Medicina Convenzionale e la Medicina Omeopatica sono in contraddizione solo apparente. Ecco un esempio: dietro la classificazione costituzionale degli individui in carbonici, sulfurici, fosforici e fluorici, affermata in omeopatia, cosa c'è se non un chiaro richiamo alla genetica, vista come predisposizione individuale a sviluppare specifiche patologie? Gli studi in tal senso hanno evidenziato come i mesoblasti (sulfurici n.d.r.) sono, ad esempio, a maggior rischio di patologie cardiovascolari e gli endoblasti (carbo-

nici n.d.r.) sono a maggior rischio di patologie dismetaboliche (Herrera et al, Gerontol. 2004; Ghosh et al, JRSH, 2000). Gli stessi concetti alla base di queste considerazioni sono solo apparentemente diversi nella Medicina Convenzionale: infatti, come la Medicina Convenzionale fa riferimento al genotipo (assetto genetico) e al fenotipo (manifestazione clinica), così l'omeopatia fa riferimento alla costituzione (predisposizione morbosa, quindi genetica) e alla malattia cronica (espressione clinica, quindi fenotipo). C'è solo una differenza e sta nel fatto che mentre la Medicina Convenzionale approfondisce l'assetto genetico a livello molecolare, l'omeopatia intercetta la genetica sul piano biomorfologico: il soggetto carbonico con le sue caratteristiche somatiche e funzionali corrisponde ad una specifica situazione genetica diversa da quella del soggetto sulfurico.

E' utile illustrare tali concetti facendo riferimento ad una patologia cronica, consideriamo l'asma bronchiale. La Medicina Convenzionale si dibatte nell'indicare gli aspetti molecolari identificando di volta in volta nuove codifiche di tipo genetico e attribuendo ad ognuna una specifica funzione nel determinare un singolo meccanismo patogenetico senza riuscire a definire il quadro patogenetico globale, sicuramente molto complesso. Gli ultimi studi dedicati all'argomento indicano tre cromosomi coinvolti nel determinismo della malattia asmatica: 5, 6 e 11. Su questi cromosomi sono presenti numerosi geni che codificano per i fattori patogenetici implicati nell'asma bronchiale (Mukherjee, J Biol Chem, 2011) e, essenzialmente, possiamo identificare quattro gruppi di geni codificanti per:

- le funzioni immunologiche dedicate alla immunità innata;
- le funzioni immunologiche responsabili dell'attività Th2;
- i fattori coinvolti nella biologia e nelle funzioni della mucosa bronchiale;
- la modulazione del *remodeling* e della funzionalità respiratoria e, quindi, della gravità della malattia.

Questa suddivisione da una parte esprime la complessità della fisiopatologia della malattia e, dall'altra, dimostra la mancanza di una visione organica ed esaustiva del problema.

L'omeopatia riesce a effettuare tale sintesi, così l'asma dell'endoblasta sarà diversa da quella del mesoblasta, sicuramente perché dietro l'endoblasta ci sono aspetti genetici diversi da quelli che caratterizzano il mesoblasta. E ciò è sufficiente ai fini dell'intervento terapeutico. Che si sia o no in grado di identificare a livello molecolare tali differenze, non ha molta rilevanza dal punto di vista del trattamento, come avviene invece per la medicina convenzionale che è costretta a formulare di volta in volta, sulla base delle nuove acquisizioni scientifiche, nuove ipotesi di terapia farmacologica, senza però mai riuscire a sganciarsi dalla impostazione che le Linee Guida continuano ad affermare, in base alle quali la terapia di controllo dell'asma è comunque sempre basata da 20 anni su tre categorie di farmaci (cortisonici inalatori  $\beta_2$  stimolanti e antileucotrieni): le nuove acquisizioni sperimentali non si traducono in cambiamenti sostanziali.

E' come se l'intercetta terapeutica avvenisse a valle dei meccanismi patogenetici e non a monte. Ovviamente diviene indispensabile verificare se è possibile l'affermazione che dietro un aspetto di tipo "morfologico", c'è un corrispondente aspetto di tipo funzionale o, comunque, fisiopatologico. Di fatto è un'affermazione scontata: il soggetto Pulsatilla (capelli e occhi chiari, efelidi, dolcezza caratteriale, seno abbondante, sangue mestruale scuro, angiomi stellati) avrà tendenza a sintomi respiratori, digestivi e circolatori con alcune caratteristiche, che sono sicuramente legate all'assetto genetico di Pulsatilla.

Ma esempi di tale collegamento tra aspetti morfologici e predisposizione alle malattie li troviamo anche nella medicina *ufficiale*: pensiamo come, ad esempio, il rapporto tra la lunghezza del 2° e 4° dito della mano porta a differenziare soggetti di tipo maschile (rapporto basso) da quelli di tipo femminile (rapporto vicino alla unità) a causa della esposizione o meno al testosterone in gravidanza. Il rapporto di tipo femminile (-1) si correla ad un minor rischio di cancro alla prostata e malattie cardiache (Jung, BJU Int 2011). In pratica si tratta semplicemente di voler affermare, e non vedo remore in ciò, che ad un certo genotipo corrisponde un aspetto morfologico, funzionale e biologico specifico. L'omeopatia fa direttamente riferimento alla morfologia, alla funzione e alla biologia, non avendo, nella sua impostazione metodologica, la possibilità, e forse neanche l'interesse, di studiare e verificare l'assetto genetico.

E nella patologia acuta? Nella patologia acuta, situazione in cui l'omeopatia trascurava la valutazione dell'aspetto morfofunzionale che potrebbe per certi versi essere fuorviante, viene considerata la sintomatologia in atto sulla base delle modifiche che subisce a causa di fattori ambientali: è lo studio della fenomenologia. Ma anche in tal caso è dato presumere che ad una espressione clinica, alla quale l'omeopata dedica tutta la sua attenzione per ottenere un inquadramento il più possibile esaustivo, corrisponda una alterazione biologica: così la febbre è l'espressione della produzione del *pirogeno endogeno* (IL-1) e l'ittero è l'espressione della iperbilirubinemia.

L'aspetto che sicuramente riveste più interesse è quello legato alla impostazione, sopra accennata, in base alla quale l'omeopata non si limita a rilevare il sintomo, ma pone attenzione anche alle situazioni ambientali o fisiologiche che possono comportare variazioni del sintomo: la tosse di Antimonium tartaricum peggiora in posizione orizzontale, quella di Bryonia con il movimento, il raffreddore di Pulsatilla migliora all'aria aperta, i sintomi di Nux vomica peggiorano dopo il pasto etc. Ora è vero che non abbiamo la possibilità di comprendere perché esistono tali diversificazioni cliniche in fase acuta, non sappiamo perché in un soggetto la tosse sarà da Antimonium tartaricum e in un altro soggetto sarà da Bryonia o, addirittura, perché nello stesso soggetto potremo avere tosse da Antimonium tartaricum oppure, in un altro episodio, tosse da Bryonia, ma ogni medico, nella pratica quotidiana, è in grado di constatare come durante una fase epidemica di una certa malattia il quadro sintomatologico tende ad essere diverso da soggetto a soggetto e che nello stesso soggetto il sintomo può cambiare durante il decorso della malattia. E non è vero, in generale, che fattori ambientali di vario tipo pos-



sono modificare in modo rilevante la espressione clinica di una malattia? I bambini indiani hanno più tosse e raffreddore se vivono in case con il riscaldamento a legna piuttosto che in case con il riscaldamento a gas, OR 4.2 vs OR 1.5 (Padhi, Annals NY Academy of Sciences, 2008). E' questo un esempio di quelli che vengono definiti *effetti epigenetici*, ma la fenomenologia ha sicuramente degli aspetti in comune con la epigenetica, se non altro nella misura in cui entrambe pongono l'attenzione sulla variabilità clinica di una malattia sulla base di variazioni ambientali, ma forse anche nelle dinamiche cui entrambe fanno riferimento. L'epigenetica ne sta venendo a capo grazie alla scoperta dei meccanismi di metilazione o di acetilazione che sono in grado di inibire o esaltare la trascrizione genica rispettivamente (Bird, Nature, 2007), la fenomenologia con la descrizione di ciò che succede attraverso la repertorizzazione, ma entrambe si dedicano ad eventi dotati dello stesso significato.

Un esempio: in medicina convenzionale è noto che lo stress è dotato di effetti epigenetici (Le Shan negli anni '70 dimostrò un aumento di incidenza di neoplasie in soggetti sottoposti a periodi emotivamente stressanti), in omeopatia lo stress rappresentato dalla malattia esplicita gli aspetti mentali ed emotivi (il Mind) e le loro variazioni, in fase di malattia, qualificano in modo più dettagliato l'espressione di un sintomo. Tutte le considerazioni di questo articolo devono portare a capire come il progetto della Medicina Integrata non si basa soltanto su un accostamento di strategie terapeutiche, ma anche, e soprattutto, su una condivisione di principi essenziali alla base della modalità di approccio al paziente e alla sua malattia. Ammesso ciò non sarà difficile comprendere e ammettere che, in fondo, sono gli stessi "tipi di conoscenze, di idee, di innovazioni, che si trovano tra gli intellettuali, nei villaggi tra i contadini, nelle foreste tra i membri delle tribù e anche nelle Università tra gli scienziati" (V. Shiva, *The World on the edge*, 2000). ■

## Dalle pagine di OmeopatiaOnline...

**Marialucia Semizzi** - Ho bisogno del consiglio dei colleghi veterinari, se potete aiutarmi per la mia gatta, grazie. E una gatta bianca con gli occhi verdi, buonissima e dolcissima, coccolona, di undici mesi e con me da otto mesi e mezzo, sterilizzata quattro mesi fa, pesa 3,8 kg. Già alcuni mesi fa vi avevo chiesto aiuto per lei che aveva gli acari recidivanti

alle orecchie, per i quali è stato dato di tutto. La storia è andata avanti sei mesi, il veterinario le ha fatto per due volte una iniezione (una ogni venti giorni di ivermectina mi pare) e fatto mettere Zeckout nelle orecchie una volta alla settimana e così alla fine è guarita. Dopo circa un mese di benessere, una ventina di giorni fa è tornata ad avere l'orecchio a bandiera e a grattarsi. Il veterinario non ha più visto acari, ma un grosso papilloma nell'orecchio destro (e un tappo di cerume nell'altro). Allora ha dato Tresaderm gocce auricolari una volta al giorno e Thuja 30CH, 3 granuli ogni giorno. Ho iniziato a darle la Thuja una settimana fa (le metto i granulini in fondo alla lingua e li manda giù). Dopo la prima dose sembrava fatta di coca, le pupille dilatate, si è messa a correre come una matta anche sul bordo del poggiatesta (non solo sul bordo grosso di cemento dove sta sempre, ma anche sulla parte sottile e rotonda di metallo, dove di solito non va) come inconsapevole del rischio... Si è calmata dopo mezz'ora. Nei giorni successivi non ha avuto grosse reazioni acute, ma sta cambiando carattere, diventa scontrosa, solitaria, se ci si avvicina evita il contatto che prima cercava, non vuole più stare in braccio, non dorme più sul mio letto ma da sola sul divano in salotto.... Mi chiedo se cambia perché ha undici mesi ed è una adolescente o può essere un cambiamento dato dalla Thuja. Ci terrei tanto che il papilloma (che penso sia infiammatorio per la lunga storia di otiti) guarisca, ma mi chiedo se continuare con Thuja alla 30CH ogni giorno o se darlo a giorni alterni o se passare alla 15CH. Cosa mi dite?

**Simonetta Bernardini** - Sono una pediatra, quindi quasi un veterinario... Penso che in questi casi, quando non si capisce se c'è causa-effetto, l'unica saggia soluzione sia interrompere la somministrazione, ripristinare le condizioni del gatto (o del bambino, uomo, vecchio) a prima della somministrazione e riprovare per capire se risuccede (solo così si potrà affermare un rapporto causa-effetto). Riguardo a Thuja: personalmente darei la 9CH come diluizione quotidiana. Con una 9CH di Arsenicum album ho visto guarire il mio gatto (io scioglievo tre grani al giorno in poca acqua della ciotola in modo che potesse leccare accuratamente il rimedio) da una insufficienza renale terminale! E' stato il mio gatto a regalarmi (tra le tante cose che quella saggia persona mi ha regalato) la certezza che l'omeopatia funziona. L'ho scritto anche in un libro...

**Marialucia Semizzi** - Grazie Simonetta! Anche io quando uso i rimedi per avere effetto somatico uso le basse diluizioni e mai le 30CH che hanno effetto psichico, anche se le scuole di pensiero sulle diluizioni sono tante! Su di me, per smaltire mesi di cortisone ho preso Thuja alla 15CH a giorni alterni (e comunque mi ha resa molto nervosa i primi giorni), però sugli animali non so come vada la cosa e come agiscano le diluizioni.... Così l'esperienza personale diventa occasione di scoprire realtà nuove... Per tornare alla mia Macka, oggi non le ho dato i granuli e questa sera di nuovo è tornata a farsi toccare, non è più inquieta e si lascia avvicinare senza scappare, anche se non è ancora lei. Trovo fantastico vedere l'effetto sul mentale in un animale!

**Marialucia Semizzi** - Carissimi, vi aggiorno sulla mia Macka. Sospesa Thuja in due giorni è tornata quasi lei e alla seconda notte è tornata a dormire sul mio letto. Con il consiglio del veterinario che aveva prescritto Thuja 30CH ho deciso di mantenere quella diluizione ma diradare a una volta alla settimana. I tre granuli dati dopo una settimana di sospensione hanno determinato un simile cambiamento il giorno successivo alla somministrazione (scontrosa, evitava il contatto come fanno i gatti selvatici e aveva comportamenti bizzosi), e poi dopo altri due giorni invece hanno lasciato posto a una eccessiva (per le sue consuetudini) richiesta di coccole con atteggiamenti tipo buttarsi per terra a pancia in su e strofinarsi sulle gambe e volere essere carezzata a lungo (di solito fa queste cose, ma molto brevemente e poi se ne va). Domani le do la dose settimanale successiva e vediamo cosa succede e poi la riporterò dal veterinario a controllare cosa è successo al papilloma (ho provato a guardarla io ma se scuote la testa ritira subito l'otoscopio perché ha paura di farle male e così non vedo niente... ma mi pare si sia ridotto e abbia aspetto meno teso). Poi vi so dire. Anche il veterinario era entusiasta di vedere gli effetti dell'omeopatia sul carattere, ha detto che la usa molto e nessuno ha mai riferito variazioni così marcate di personalità. Altro che placebo! ■



# L'infermiere nella gestione dell'ambulatorio oncologico integrato

Lida Gioachin

Infermiera Case Manager - E-mail: lida.gioachin@aosp.bo.it

Estratto dalla Tesi di Master Universitario di I livello in "Medicine Complementari e Terapie Integrate", dal titolo: "L'infermiere nella gestione dell'ambulatorio oncologico integrato"

Il presente articolo intende analizzare quale possa essere l'influenza dell'assistenza infermieristica olistica sull'equilibrio psicosomatico della persona. Questa analisi è stata condotta innanzitutto esplicitando il concetto olistico, che vede l'essere umano come formato da componenti che sono in uno stato di integrazione e intercorrelazione non frammentabile, non separabile, e mettendolo a paragone con il modello biomedico, nel quale l'azione è concentrata in primis sul trattamento dei sintomi, sull'estrema specializzazione, sull'enfatizzazione dell'efficienza, con una professionalità legata ad un approccio emotivo neutrale. Si è poi focalizzata l'attenzione sui concetti di corpo e mente, su come essi siano collegati e su come si influenzino a vicenda. Il fine ultimo di questa tesi è, infatti, quello di individuare come sia proprio la persona, la sua mente, le sue emozioni, a influenzare il corpo e i sintomi che presenta. A ciò è appunto dedicato il secondo capitolo, dove sono presentate le varie terapie complementari in grado di produrre nella persona assistita uno stato di rilassamento, di sollievo dal dolore, dall'ansia, dalla depressione, e dalla deprivazione di sonno ma anche le tecniche che gli operatori sanitari possono acquisire per evitare di sentirsi sopraffatti dal contesto odierno, caratterizzato da elevate esigenze e scarse risorse, dove l'infermiere è costretto a produrre più risultati in meno tempo. Ovviamente le cure complementari presentate sono sostenute da ricerche costanti di evidenze scientifiche come fondamento della pratica assistenziale (Evidence-based-Nursing), allo scopo di aumentarne l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza e consentire di proporre prestazioni infermieristiche più qualificate e complete, nella considerazione "olistica" della persona, della sua più profonda essenza e delle sue dimensioni psicologiche e socio-culturali. Inoltre, l'importanza della selezione del personale, che deve essere scelto in base alle attitudini e alla formazione. Il clima di cooperazione ed armonia verrà mantenuto grazie al personale olistico stesso, dove il più esperto formerà quello più giovane con incontri di gruppo e laboratori sulle terapie complementari, che si possono apprendere e padroneggiare solo dopo averle provate su se stessi e frequentano corsi di formazione specifici.

Il progetto qui descritto è sicuramente impegnativo per la nostra realtà sanitaria, già gravata da sempre più richieste e sempre meno risorse, ma forse proprio in un contesto problematico si possono fare nuove considerazioni, cercando di sviluppare nuove idee, che vadano verso questa direzione, verso un approccio integrato, verso un'assistenza infermieristica autentica, un "prendersi cura" della persona, che porti a più gratificazioni e

motivazione per il personale, che sarà quindi più produttivo e porterà più serenità alle persone assistite.

## Assistenza sanitaria e Infermieristica Olistica

L'assistenza sanitaria a persone con malattie cronico-degenerative, che necessitano di lunghi periodi di cura a casa o in ospedale, nell'ambito delle cure palliative, nei post acuti, può beneficiare di un approccio olistico. L'approccio biomedico è funzionale al trattamento di situazioni acute, in cui è necessario intervenire subito, per ristabilire le funzioni vitali; si parla, inoltre, di interventi salva vita in cui l'efficacia e l'efficienza degli operatori sono i requisiti più importanti per garantire la salute e la sicurezza del paziente.

In questi ambiti quindi l'organizzazione a "catena di montaggio" è più tollerata, anche se è sempre sbagliata quando si parla di persone, ma è l'unico modo per poter trattare un gran numero di persone, velocemente, con efficienza. Anche in questi ambiti di emergenza, urgenza e nelle sale operatorie si distinguono sempre molte persone più umane e comunicative che per fortuna rendono questi ambienti meno freddi e inquietanti. In realtà l'approccio olistico non lo troviamo neppure nei reparti di lungo degenza, geriatrici, pediatrici ed oncologici, in cui tale approccio avrebbe il massimo della potenzialità per il miglioramento della salute della persona, perché spesso mancano le conoscenze, nonostante ci sia la volontà di cambiamento degli operatori, oppure non sono appoggiati dai coordinatori che vedono in questo tipo di assistenza il pericolo di una minore efficienza del reparto.

Anche l'assistenza domiciliare, che sostiene persone per lunghissimi periodi conoscendole nel proprio ambiente domestico, è un'assistenza molto sbrigativa e tecnica, soprattutto per i tempi di lavoro e le distanze tra un paziente e l'altro, che non permettono certo di stare a sedersi e parlare con i propri pazienti; anche questo ambito in cui l'infermiere avrebbe un enorme potenziale terapeutico sulla persona presa in carico e sull'intera famiglia, non viene utilizzato un modello olistico. Quindi un primo miglioramento dell'assistenza sanitaria dovrebbe avvenire in questi ambiti, in cui formando il personale ad un approccio olistico, avremmo un significativo beneficio in salute e benessere. L'assistenza infermieristica olistica è quell'assistenza che si prende carico dell'uomo nelle sue tre dimensioni antropologiche di mente corpo e spirito, in interrelazione con gli altri sistemi e introduce nella pratica professionale un modello integrato.

Sul versante scientifico, il processo di assistenza olistica si basa sulle teorie, sulle evidenze, sulla ricerca e sul pensiero critico. Le teorie utilizzate sono di natura sia infermieristica sia multidisciplinare, ed hanno in comune una visione della realtà caratterizzata dall'elemento di interconnessione di un sistema indivisibile e non frazionabile. La ricerca è finalizzata soprattutto alla produzione della best-practice, con produzione di linee guida, protocolli, dunque di processi di standardizzazione dell'assistenza e del linguaggio, permettendo poi nella pratica clinica la personalizzazione, fondamentale per l'assistenza olistica. L'infermiere olistico coniuga quindi le sue conoscenze scientifiche con la sua dimensione artistica e creativa, si lascia guidare anche dal suo intuito e sviluppa le sue capacità personali di presenza e consapevolezza. L'unione di queste due dimensioni permette un'assistenza più completa e benefica per la persona.

Questo processo di assistenza olistica si avvale della classificazione NANDA per le diagnosi infermieristiche, NIC per la classificazione degli interventi infermieristici e della NOC per la classificazione dei risultati infermieristici. L'assistenza infermieristica rispetta il mondo dei valori e dell'etica olistica; valori quali: l'unità, la globalità, la personalizzazione, l'umanizzazione, la dignità, la responsabilità e la legalità di ogni azione infermieristica. L'infermiere olistico mantiene una costante apertura verso modelli, filosofie, paradigmi e approcci provenienti da altre culture, che portano diverse e nuove conoscenze, da utilizzare a scopo terapeutico.

La nostra relazione, infatti, è terapeutica in quanto può portare alterazioni dei sistemi fisiologici, cioè alterare l'asse psiconeuroendocrinoimmunologico, perché influenziamo lo stato emotivo, il senso di sicurezza di benessere, e questo influenza lo stato mentale, neurologico, endocrino, immunitario. Possiamo utilizzare come arma terapeutica, che influisce sul nostro stato d'animo, i colori, le luci, gli aromi, le immagini, il suono, la musica, le piante e la natura. Come l'ambiente di una casa influenza lo stato d'animo dei suoi abitanti, allo stesso modo, le persone costrette a restare in un ambiente ospedaliero a loro sconosciuto e dormire in una camera con degli estranei, devono trovare nell'ambiente un'atmosfera il più familiare e serena possibile; a questo scopo l'approccio olistico si allarga a considerare e modificare gli spazi per renderli terapeutici, positivi, "caldi".

L'uomo come network, costituito da varie componenti interconnesse, unico e irripetibile, va sempre considerato all'interno di un ambiente e all'interno di un contesto sociale, perché le relazioni della persona e il suo ambiente ne influenzano la salute.

### **Assistenza olistica in oncologia**

Per capire l'importanza e l'efficacia di un approccio olistico in oncologia dobbiamo prima conoscere le caratteristiche della persona a cui viene diagnosticato il cancro.

Quando si parla di una persona con il cancro si deve pensare ad una persona che "esce" improvvisamente dalla sua vita quotidiana, dalle sue abitudini, dalla sua routine, si trova catapultata in un'altra realtà, si allontana da tutti

i problemi della vita precedente, che diventano insignificanti, al cospetto di una enorme angoscia e paura, verso qualcosa che non conosce e non capisce veramente, verso le terapie che dovrà affrontare e i cambiamenti che avverranno. Tutte le sue sicurezze si sgretolano improvvisamente. Nonostante i continui miglioramenti in campo oncologico e l'aumento dei successi, la parola cancro evoca sempre, alla nostra mente, qualcosa di sconosciuto, che rappresenta il male, la morte, qualcosa di incontrollabile. Proprio in questo scenario, con questi presupposti, la persona può ricavare beneficio da un'assistenza autentica, totale, di vicinanza e calore; un approccio olistico, che limiti gli effetti collaterali delle terapie antitumorali, potenziandone gli effetti, estrapolando le risorse nascoste e mai utilizzate; che sfrutti il momento del trauma e della crisi, per portare la persona ad una nuova evoluzione, ad un cambiamento.

L'infermiere olistico agirà quindi sull'intero asse bio-psico-socio-spirituale della persona, partendo dalla diminuzione dei sintomi fisici e dalla riduzione dell'ansia arriverà ad agire sulle relazioni sociali della persona fino ad affrontare dubbi profondi che affiorano alla mente della persona, riguardanti la vita, il futuro, il passato, il dolore, la sofferenza e la morte.

### **L'aspetto somatico della persona con cancro**

La persona con cancro viene sottoposta a trattamenti chemioterapici e radioterapici, che provocano molti effetti collaterali ma altri sintomi sono dovuti alla presenza fisica del tumore e all'azione di mediatori rilasciati dal tumore stesso. La chemioterapia può portare a guarigione completa, oppure ad una regressione oggettivabile della malattia, con un prolungamento della sopravvivenza, oppure può portare solo ad un miglioramento clinico; questo dipende da fattori inerenti la neoplasia e il paziente.

Spesso è necessaria la combinazione di più farmaci per una terapia più efficace, perché diversi farmaci hanno meccanismi d'azione diversi, quindi forniscono più punti d'attacco alle cellule tumorali.

### **L'educazione alimentare al paziente oncologico**

L'interesse scientifico nel rapporto fra nutrizione ed insorgenza e trattamento dei tumori risale ai primi anni del '70. Negli Stati Uniti venne creato un gruppo di studio governativo, il National Cancer Institute, che pubblicò nel 1971 il National Cancer Act, un documento nel quale, tuttavia, l'aspetto dell'importanza della nutrizione nel corso di terapie antitumorali era poco considerato. Questo era dovuto in parte agli scarsi dati scientifici relativi al rapporto tra nutrizione e terapia. Attualmente l'evidenza scientifica in materia suggerisce un ruolo diverso della nutrizione nei pazienti con neoplasia. Studi più recenti hanno riconfermato l'impatto della malnutrizione sull'outcome clinico, sulla risposta e la tolleranza ai trattamenti in diverse aree terapeutiche. Alcuni fra i problemi che con maggiore frequenza deve af-

frontare chi è affetto da malattia oncologica sono legati alle difficoltà nutrizionali.

Oggi sappiamo che più dell' 80% dei pazienti neoplastici presenta, nel corso della malattia, difficoltà legate all'assunzione o alla digestione del cibo.

#### *Nausea e vomito da chemioterapia: gestione dei sintomi anticipatori*

Nelle terapie oncologiche un'alimentazione guidata è importante quanto una chemioterapia ben modulata. L'alimentazione in oncologia non può e non deve essere semplice prescrizione come spesso accade (il classico consiglio del medico: no al latte e alla carne rossa), ma è una selezione ragionata e personalizzata degli alimenti attraverso una consulenza specialistica utilizzando le informazioni provenienti da strumenti diagnostici avanzati come test genetici, BIA, lipidomica e altri.

Nonostante i significativi progressi che si sono avuti in ambito oncologico negli ultimi 20 anni, il vomito e in particolare la nausea rimangono i due effetti avversi più frequenti del trattamento chemioterapico. La nausea e il vomito possono avere un grande impatto sulla qualità di vita dei pazienti sottoposti a chemioterapia. Un trattamento antiemetico inadeguato può influenzare sensibilmente i pazienti e il loro modo di affrontare la terapia proposta nelle sedute successive, aumentando il rischio di mancata compliance e portando i pazienti a interrompere trattamenti potenzialmente salvavita. Secondo le linee guida della Multinational Association of Supportive Care in Cancer e della Società Europea per l'oncologia medica, la nausea e il vomito anticipatori compaiono in una proporzione di pazienti che può raggiungere il 20% entro il quarto ciclo di trattamento. Studi più recenti registrano un tasso di nausea e vomito anticipatorio più basso rispetto a quello osservato negli studi più datati in quanto l'efficacia della profilassi antiemetica è migliorata negli anni. A oggi il tasso di nausea anticipatoria è intorno al 10% e quello di vomito anticipatorio intorno al 2%, e comunque tende ad aumentare con l'aumentare del numero di cicli effettuati: una volta instaurati sono difficili da trattare e possono persistere per un anno.

L'insorgenza di nausea e vomito indotti dai farmaci antitumorali può essere influenzata da molti fattori dipendenti da caratteristiche soggettive del paziente e dal trattamento scelto per la cura del tumore. Il rischio di avere nausea e vomito è più alto nelle donne e in particolare in quelle che in gravidanza hanno sofferto di nausea e vomito. L'ansia può facilitare la comparsa di nausea e vomito e peggiorarne i sintomi già esistenti. Nei soggetti già sottoposti a trattamenti chemioterapici e che hanno sofferto di nausea e vomito il rischio di avere i sintomi è più alto. Infine la storia di cinetosi e di scarso o nullo consumo di alcol si associano più spesso alla comparsa di nausea e vomito da chemioterapia. Sembra che i sintomi anticipatori siano più frequenti nei soggetti di età superiore ai 50 anni e in quelli ansiosi. Inoltre la sudorazione dopo il primo trattamento chemioterapico è un evento che può far presagire lo sviluppo di nausea e vomito anticipatori.

La scelta del tipo di trattamento, nella maggior parte dei casi, non è influenzata da nessuno dei fattori di rischio correlati alle caratteristiche soggettive del paziente.

E', comunque, importante conoscere i pazienti e i potenziali fattori che potrebbero influire sulla nausea e il vomito da chemioterapia. I sintomi anticipatori sono difficilmente controllabili con metodi farmacologici. Le linee guida più recenti considerano come approccio migliore la terapia utilizzata per il trattamento dei sintomi acuti e ritardati. Le terapie comportamentali e in particolare gli esercizi per favorire il rilassamento muscolare possono essere consigliati per il trattamento della nausea e del vomito anticipatori.

#### **Le tecniche di respirazione**

Tutte le antiche tradizioni e filosofie hanno trattato la questione della respirazione. La respirazione secondo gli antichi cinesi era un mezzo per ottenere il controllo del corpo e della mente; attraverso l'inspirazione si introduce energia che circola nel corpo. Ciò che è importante sottolineare è che qualsiasi tradizione sia adottata, il respiro può trasformare il corpo in un luogo di benessere oppure un luogo di sofferenza, se non utilizzato in modo corretto. Il respiro coincide con la vita: ne segna l'inizio, l'accompagna durante tutta la sua durata e cessa con la morte.

L'organismo è programmato per nutrirsi di cibi solidi, liquidi e di aria: sicuramente l'aria è l'elemento senza il quale possiamo resistere di meno. L'aria è un cibo altamente energetico che permette di avere a disposizione energia immediata, senza dover attendere come per i cibi solidi e liquidi, vari passaggi metabolici. La respirazione ha effetto sulle condizioni mentali, porta ad un migliore equilibrio mente-corpo, per prepararsi in maniera meno ansiosa ad un esame o ad una prova difficile. La respirazione migliora anche la concentrazione e la comunicazione con gli altri, depotenziando la nostra aggressività. Allena la mente a stare nel presente, in un punto preciso.

Noi comandiamo la mente, la respirazione controllata riduce il numero di pensieri che ci travolgono, aumenta la nostra attenzione, riduce il metabolismo, quindi anche i cataboliti, cioè meno scorie, meno radicali liberi, e quindi rallenta anche l'invecchiamento. La respirazione controllata ci carica di energia, rappresenta l'unione fra corpo e mente, permette il rilassamento del corpo e della mente allo stesso tempo. Inoltre, concentrarsi sulla respirazione aiuta anche ad addormentarsi. La respirazione può portare ad un abbassamento delle catecolamine (adrenalina, noradrenalina) secrete in risposta allo stress e all'ansia, e all'innalzamento delle endorfine e serotonina, che diminuiscono la percezione del dolore e influiscono positivamente sull'umore. Esistono varie tecniche che si possono insegnare, e sperimentare su se stessi, in un ambiente tranquillo e in posizione comoda. Da un punto di vista assistenziale, si può riscontrare l'utilizzo di queste tecniche soprattutto in ambito oncologico. Molti malati di cancro e, a dire il vero, anche molti familiari possono rilassarsi e provare un senso di tranquillità con l'applicazione di queste semplici tecniche.



### **Le evidenze scientifiche**

Ci sono diversi studi che dimostrano la validità di questa tecnica. Effetti di un esercizio di rilassamento respiratorio sulla fatica nei pazienti con trapianto di cellule staminali emopoietiche. Lo scopo era quello di indagare l'effetto di un esercizio di rilassamento respiratorio sulla fatica nei pazienti sottoposti trapianto di cellule staminali emopoietiche allogeniche. L'esercizio fisico è un approccio promettente nel migliorare la fatica associata al cancro e il suo trattamento.

### **L'immaginazione guidata**

L'immaginazione è storicamente documentata e viene generalmente associata allo sciamanismo americano e africano e ad alcune medicine orientali. Dall'inizio degli anni '70 i nomi di Carl e Stephanie Simonton sono divenuti sinonimi di questa tecnica, che essi avevano iniziato ad impiegare per malattie gravi come il cancro. Per praticare l'immaginazione, si insegna al soggetto a concentrarsi su un'immagine, preferibilmente scelta da lui, per indurre sensazioni di felicità e serenità o promuovere delle modificazioni positive in termini di salute o in riferimento a una circostanza.

### **La connessione psicosomatica**

La neuropsicologia delle immagini mentali, in base ai dati sperimentali, ammette l'esistenza di processi cognitivi specifici della facoltà immaginativa legati a specifici substrati cerebrali. Infatti gli studi dimostrano che i disturbi della capacità immaginativa sono legati a lesioni di determinate zone cerebrali: le aree posteriori dell'emisfero sinistro e l'area parieto-temporale destra.

### **Sviluppo delle immagini mentali**

Per potenziare le immagini mentali è necessario effettuare un training che sviluppi le cinque modalità sensoriali, allo scopo di incrementare gli effetti delle immagini sull'asse mente-corpo. Gli effetti terapeutici sull'asse psicosomatico prodotti dalle tecniche immaginative, sono direttamente proporzionali al grado di intenzionalità, di attenzione e di partecipazione con tutti i cinque sensi percettivi durante le scene immaginative.

### **L'immaginazione guidata nell'assistenza infermieristica**

Le tecniche di immaginazione sono un prezioso strumento a disposizione del personale infermieristico e l'acquisizione di tale competenza può permettere nella fase di ricezione degli stimoli stressogeni, di effettuare una rapida analisi e valutazione emotiva, al fine di fornire una risposta mediata con i fini assistenziali e personali attraverso il background psicosintetico ottenuto dal training immaginativo. In Italia da pochi anni l'infermiere può accedere ad un'offerta formativa riguardante la guided imagery, erogata da alcuni provider a livello dell'Educazione Continua in Medicina (ECM). Negli ultimi anni grazie ad un fiorente interesse accademico e clinico per

la formazione e l'applicazione di tecniche complementari, anche nella classificazione NIC (Nursing Interventions Classification) è stato incluso l'intervento di Immaginazione Guidata, dal titolo: "Visualizzazione Guidata Semplice" e tale intervento è spesso utilizzato dagli infermieri per la promozione del benessere psicologico per nell'ambito della gestione del dolore (inserito nella tassonomia degli interventi infermieristici).

L'immaginazione guidata con il rilassamento (GIR) creata appositamente per l'OA può essere un utile intervento di auto-gestione, che permette di ridurre sia i sintomi che l'uso di farmaci. E' stato utilizzato un disegno sperimentale di assegnazione longitudinale randomizzato, per studiare l'efficacia della GIR nel ridurre il dolore, il consumo di farmaci, con relativo miglioramento della mobilità.

### **Floriterapia di Bach**

Il campo su cui maggiormente agiscono i Fiori di Bach è quello dell'emotività e degli stati d'animo, ma certamente come la medicina psicosomatica insegna che la mente non è staccata dal corpo, e ciò che si mostra a livello mentale, ha un significato ed un'influenza anche sul piano fisico. I segnali che le emozioni danno, sono solo dei segnali precedenti a quelli del corpo, vale a dire i sintomi fisici, perciò osservando e conoscendo l'aspetto emotivo e mentale si può correggere anche ciò che succede nel fisico.

La floriterapia non cura la malattia, ma gli stati d'animo e le reazioni agli eventi delle persone. Esempio: come reagiamo ad un determinato avvenimento: con rabbia, paura, indifferenza, scoraggiamento, ecc. La risposta che diamo all'evento o al sintomo ci indica quali fiori ci saranno utili in quel momento. I Fiori creano equilibrio, armonizzano. Aprono l'interesse e l'amore verso la natura in genere. Hanno azione vibrazionale, vengono studiati sotto l'aspetto dello stato d'animo negativo al quale rispondono. Ma loro lavorano sullo stato d'animo positivo! Non si può scegliere i Fiori in base alla virtù del fiore, lo si deve scegliere in base alla persona.

### **Conclusioni**

L'interesse nei confronti delle Terapie Complementari dal punto di vista infermieristico, si presenta come un'opportunità di arricchimento sia per l'assistito che per l'infermiere:

- l'assistito sperimenterà grazie al professionista competente, un'assistenza innovativa, non invasiva e che non rende la persona trattata come un'unica e vera protagonista dell'assistenza; inoltre miglioreranno il loro benessere, favoriranno il loro processo di guarigione, ottimizzeranno la qualità della vita attraverso la promozione di comportamenti di salute (autocura);
- l'infermiere arricchirà l'assistenza infermieristica di un valore aggiunto, che si esprimerà attraverso una maggiore soddisfazione dell'utenza e una maggiore motivazione per l'infermiere; acquisirà un livello superiore di autonomia e ridurrà lo stress e il burnout.

Alcune tecniche CAM offrono l'opportunità all'infermiere di mantenere il contatto con la persona, affinché prenda coscienza di sé stessa e di quanto sta accadendo; non per ultimo questi approcci, applicati soprattutto in campo oncologico e nel trattamento delle patologie acute e croniche permettono di ridurre alcuni sintomi o per lo meno di attenuarli.

La persona ne trarrà beneficio e un senso di sicurezza e serenità, che contribuiranno al raggiungimento del miglior benessere possibile. Dalle ricerche effettuate emerge che l'applicazione dei trattamenti non farmacologici a livello mondiale è decisamente superiore rispetto all'applicazione degli stessi in Italia, infatti negli Stati Uniti, paese in cui queste tecniche hanno il maggior impiego, la CAM viene utilizzata sia dagli adulti (soprattutto donne, con un livello di istruzione superiore e un reddito medio-alto) che dai bambini. Anche in Australia si è verificato un incremento dell'utilizzo di CAM, tuttavia è emerso che il più delle volte i medici non sembrano essere a conoscenza del fatto che i propri pazienti usino la CAM.

In Italia un italiano su otto utilizza CAM e, come per gli USA, le donne con un livello di istruzione alto ed un reddito medio-alto sono coloro che ne fanno il maggior uso. Nel nostro Paese non esiste un elenco ufficiale dei medici che praticano le CAM e non esiste nemmeno una normativa che disciplini la CAM e il suo impiego pratico. Per quest'ultimo motivo, alcune regioni come la Toscana e l'Emilia Romagna hanno avviato dei programmi regionali con lo scopo di favorire sia la ricerca che l'applicazione di questi trattamenti in ambito sanitario. Infine, la posizione del Collegio IPASVI è chiara fin dal 2001, anno in cui è stato redatto il documento dal titolo "Linee Guida per un Percorso di Alta Formazione - Infermieristica e Cure Complementari", in cui veniva delineato nello specifico un corso di formazione avanzata per l'acquisizione di competenze specifiche per l'integrazione di tecniche afferenti alle Cure Complementari nel bagaglio culturale dell'infermiere, ma a tutt'oggi in Italia non è stato istituito alcun corso di formazione e il Paese rimane l'unico in Europa, dove non esiste ancora la figura dell'infermiere olistico e il modello riduzionistico è ancora oggi di riferimento nella maggioranza delle organizzazioni sanitarie e di formazione universitaria. Inoltre, in questi ultimi anni, si è verificato un aumento delle pubblicazioni e delle evidenze scientifiche, di cui quattordici con *impact factor*, che hanno come oggetto lo studio sull'efficacia delle Terapie Complementari.

L'interesse a livello Internazionale è altissimo, lo si può notare dalla presenza di numerose riviste, come: Journal of Holistic Nursing, eCAM, Complementary Therapies in Medicine, Complementary Therapies in Nursing & Midwifery, etc. Concludo con la speranza che la figura dell'infermiere olistico, nasca e si sviluppi anche in Italia, portando così il nostro Paese ad equipararsi ai livelli Internazionali. ■

**Gino Santini** - Help dai pediatri in lista. Bambino di 6 anni, fosforico, estremamente vivace e con genitori inesistenti sul piano educativo (a volte capisco quel simpaticone di Erode!) per cui ogni visita è una battaglia. Sta bene, cresce bene, ma ha un problema di enuresi che sembrava rispondere bene a Stramonium (prima alla 6LM e poi alla 18LM). Dopo un periodo di benessere (qualche mese), il problema è tornato alla ribalta, peggio di prima, nel senso che ora non abbiamo più un orario di riferimento, anche se grossolano. Visto da un neuropsichiatra infantile, è stata fatta questa diagnosi di "enuresi primaria". Suggestimenti?

**Anna Caputo** - Nell'antroposofia l'enuresi notturna viene collegata con una "maleducazione" in senso allargato. Insieme alla cura di base si consiglia i genitori di dare dei limiti: pochi, chiari e improrogabili. Poi in genere dico ai genitori di promettere qualcosa che il bambino desidera tantissimo, se riesce a non bagnare più il letto per molto tempo, due o tre mesi, concedere il premio! Utilizzare la storia del bambino che salvò la città chiudendo con il dito la falla che si stava creando nella diga, può aiutare a livello immaginativo... Se il bambino è un essere imitatorio, imita anche la mancanza di controllo e di ritmo!

**Tiziana Di Giampietro** - Strano, se per mesi è stato bene il problema potrebbe essere funzionale e non strutturale (vescica piccola, instabile...). Se dorme prono: Medorrhinum 30CH una dose al mese o altro rimedio di fondo. Valutare eventuali allergie (<http://www.oldeconomy.org/2012/05/enuresi-infantile-l'alimentazione-puo-giocare-un-ruolo.html>), valutare intervento psicologico (genitori assenti, Il chakra debole).

**Silvia Cocci Grifoni** - Estremamente vivace? A volte la psicomotricità come intervento riabilitativo aiuta il bambino ad elaborare dei sottili vissuti di ansia che a causa di un cognitivo non ancora ben strutturato confluiscono sul *soma* con potenziali multiple espressioni (anche enuresi, perchè no?). A volte anche l'osteopatia può dare un contributo riequilibrando orto- e parasimpatico. ■

Dalle pagine di OmeopatiaOnline...

Scarica l'App SIOMI  
per il tuo iPhone!



Rimani connesso con la tua  
Società Scientifica di riferimento  
anche con il tuo smartphone...

# Saper fare, saper essere, saper divenire

## Metodo integrato nella presa in carico del paziente psichiatrico

**Mariagrazia Panzeri**

*Infermiere Professionale*

*E-mail: m.panzeri@usl9.toscana.it*

**S**ono professionalmente un'infermiera che lavora in ambito psichiatrico, ma con enormi soddisfazioni anche una "volontaria" che investe tempo nel dedicare cura a persone con disagio non solo psichico. Nel corso degli anni di questa mia esperienza lavorativa e di volontariato mi sono sentita dire dalle persone con cui mi confrontavo: "Ma tu sei un angelo".

Angeli figure enigmatiche o forse persone del tutto semplici, così semplici che non si riesce a comprenderne la singolarità. L'etimologia ci dice che gli angeli sono annunciatori, messaggeri, portatori di una parola: ma possiamo anche descriverli come coloro che portano cura, coloro che si curano: di sé, degli altri, dei segni, delle cose, degli eventi, della relazione, delle vibrazioni e dei ritmi, dei segnali, dei simboli, delle parole dette e di quelle che non si dicono ma sono sospese nell'aria. Alla fine dell'epoca moderna si è aperta, lo vediamo tutti, una voragine di distruzione, di violenza, di odio e di guerra. Non siamo in grado di prevedere quale destino attenda la razza umana in questo scatenarsi di potenze devastatrici. Non siamo in grado neppure di agire con determinazione verso uno scopo perché nel sovraccarico di stimoli e di emozioni non sembra possibile indicare con sicurezza una direzione nella quale vi sia la riscossa, la rinascita, la liberazione, o semplicemente la salvezza. Ma una cosa la possiamo fare.

Possiamo impedire alla disumanità di insinuare le sue radici dentro la nostra anima. E' un compito non solo spirituale, ma anche terapeutico, comunicativo e politico. E' il compito della cura, che si manifesta nel soffermarsi attentamente e silenziosamente sull'istante presente. Cent'anni di psicoterapia e il mondo va sempre peggio, è il titolo di una lunga intervista di James Hilman. Ma non è colpa della psicoterapia se il mondo va sempre peggio. Il problema è che la psicoterapia non può svolgere una funzione utile se rimane sempre acquartierata nei suoi spazi protetti, ad occuparsi dell'affettività, dell'emozione, della sessualità, del linguaggio, come se in questi spazi non soffiassero, violento, il vento della devastazione sociale, dell'aggressività, della guerra, dell'ingiustizia e dell'umiliazione.

Ma non possiamo limitarci a queste forme, se vogliamo oggi comprendere quelle della sofferenza psichica, e soprattutto se vogliamo modulare modalità di elaborazione linguistica, concettuale, pragmatica capaci di modificare il campo sociale della sofferenza, e di offrire alla sofferenza un percorso di maturazione, un senso (perché questo si tratta, non di cancellare, di anestetizzare la sofferenza, ma di renderla consapevole).

La psicopatia ha preso un andamento nuovo durante l'ultimo secolo. Nei secoli passati la follia circolava nei vicoli del villaggio, come una distorsione della visione intima, o come un'acutizzarsi più o meno dolorosa della percezione.

Nell'epoca borghese e moderna la psicopatia aveva le forme familiarizzate della nevrosi che corrode un'emotività contenuta, ristretta, repressa. A partire da un certo momento la psicopatia ha acquistato una velocità di propagazione proporzionale alla velocità dei circuiti elettronici che conducono l'informazione in ogni cellula della vita sociale. La conseguenza è una forma di elettrocuzione permanente, di mobilitazione ininterrotta dell'organismo psichico, di costante eccitazione. La sindrome del panico, che la psicopatologia diagnostica con sempre maggiore frequenza, è una forma di reazione disordinata e dolorosa dell'organismo cosciente, di fronte ad un diffondersi proliferante di stimoli portatori di un'informazione che mobilita l'emotività, e che attiva l'affettività ad un ritmo intenso, incessante, travolgente, insostenibile. Panico è la reazione di un organismo cosciente di fronte ad un flusso di stimolazione talmente intenso e veloce da non poter essere adeguatamente elaborato. Questo flusso invade lo spazio psichico come un fiume in piena, e pompa ansietà nei circuiti affettivi fino ad impedire ogni attività cosciente.

Al panico può seguire un'esplosione rabbiosa di aggressività, l'identificazione di un oggetto su cui scatenare l'azione incontrollabile. Oppure può seguire un disinvestimento emozionale di tipo depressivo. Panico e depressione appaiono strettamente collegati, come due poli della stessa vibrazione. Credo che il compito del terapeuta sia oggi come non fu mai nel passato, quello di offrire un esempio, non in senso morale o pedagogico, ma piuttosto in forme di contagio. Come quando si percepisce il montare del panico è opportuno governare la respirazione, imporsi una respirazione profonda e comunicarla a chi sta vicino, così l'azione terapeutica deve probabilmente trasformarsi in un'attività contagiosa capace di indurre modi dell'attitudine collettiva. Comportamento, respirazione, tono della voce, postura, sorriso. Questi sono gli strumenti di cui dispongono gli angeli, portatori di un contagio che rallenta il ritmo, che armonizza gli animi, che libera dall'ansia. Ciò che più ci manca è una percezione felice di condivisione. La generosità, consapevolezza vissuta di appartenenza al genere (umano). Gratuità, piacere dell'offrire il proprio tempo in cambio del tempo gratuito dell'altro. La cura consiste nel riattivare la gratuità, il piacere di agire, di parlare, di offrire generosamente, cioè in virtù della condivisione e



non in funzione dello scambio. Questo per me è anche il significato della cura, questo il ruolo terapeutico che posso svolgere, agendo sul ritmo respiratorio, sulla postura fisica, sull'apertura ironica al mondo, sul rifiuto di subire la velocità ossessionante dell'economia, creando autonomia, distruggendo il potere con la forza sottile dell'ironia.

Ad un certo punto della mia esistenza mi sono chiesta che cosa fosse l'argomento che mi faceva agitare tanto. Quale era il problema, tanto importante per me, che mi faceva porre tante domande, intorno cui andavo approfondendo gli sforzi di esperienza di vita. La risposta, nemmeno troppo difficile da trovare, è stata che questo argomento problematico era la cura. La capacità di prendersi cura di tutto ciò che vive e nei modi più svariati possibile, non relegata unicamente ai supposti esperti della cura. Nella ricerca di nuovi e più evoluti, per me, strumenti necessari alla cura, mi sono iscritta al Master di Medicina Complementare e Terapia Integrata, presso l'Università di Siena, con sede in Colle Val D'Elsa. Sin dal primo modulo di studio, nei primi giorni del percorso formativo, ricordo con affetto la lezione magistrale di Andrea Dei, colui che mi ha dato tanto su cui riflettere; ho assorbito il suo entusiasmo e la forza di continuare a "crescere in conoscenza e virtù". E ancora è stato Francesco Bottaccioli, maestro ad introdurre l'affascinante mondo della Psico-Neuro-Endocrino-Immunologia (PNEI), e porre in me il seme della passione: per la filosofia, per la PNEI, per la meditazione, e non solo; ho voluto seguire il suo consiglio: conoscere i filosofi, ri-studiare l'anatomia e la fisiologia ponendo attenzione al paradigma del modello scientifico Pnei e alla modulazione del network umano, e infine ad approfondire e sperimentare lo studio sulla meditazione.

### **Meditazione Mindfulness**

Il termine "mindfulness" è la versione inglese della parola sat dell'antica lingua pali delle scritture buddhiste, traducibile con attenzione consapevole, meditazione di consapevolezza o brevemente consapevolezza.

In tempi recenti le pratiche orientali hanno avuto grande diffusione in Occidente da parte di monaci buddhisti, maestri zen e di altre tradizioni costretti all'esilio. La meditazione mindfulness si rifà alla pratica meditativa vipassana, che è la più antica delle pratiche buddhiste, nella tradizione buddhista theravada nata nell'Asia meridionale e sud orientale, in uso sia nell'ambiente monastico sia in quello laico da più di 2500 anni. La mindfulness non è una tecnica da apprendere, ma una pratica: solo attraverso l'esperienza diretta, l'impegno personale, la pratica continua e regolare si può arrivare a questo tipo di consapevolezza." Il cuore vivo della pratica meditativa deve scaturire dall'esperienza personale" (Guanaratama, 1995). Si tratta di una nuova consapevolezza che ci permette di renderci conto dei pensieri e delle convinzioni che abbiamo ricevuto e appreso senza spirito critico, tramandati dalle tradizioni e dalle abitudini: la mente è attraversata da un continuo flusso di pensieri spesso inconsapevole e automatico. Pensieri che rimandano a giudizi, preoccupazioni, aspettative, tentativi di

controllo, che causano malessere. A causa di questi pensieri ci troviamo spesso assenti, non presenti a noi stessi, a rimuginare sul passato e sul futuro.

Jon Kabat Zinn, professore di medicina americano, alla fine degli anni '70, elaborò presso la University of Massachusetts Medical Center il protocollo Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) per la riduzione dello stress; Kabat-Zinn ha introdotto degli adattamenti rispetto alla pratica spirituale buddhista per renderla adatta a persone affette da dolori fisici e sofferenti per lo stress della vita. I pazienti, spesso affetti da gravi malattie croniche, con la pratica della mindfulness evitavano di innescare pensieri automatici responsabili del peggioramento delle condizioni di stress. Attraverso la pratica della mindfulness il paziente riconosce i propri pensieri negativi come tali, cioè li identifica, realizza che sono eventi mentali, non necessariamente realistici e ne prende le distanze. Il fondamento della mindfulness consiste nel distanziarsi, attraverso la consapevolezza profonda, da ciò che avevamo ritenuto reale, cioè i pensieri negativi ricorrenti: i pensieri sono solo pensieri, non fatti e noi non siamo i nostri pensieri.

Secondo la definizione di Kabat-Zinn, mindfulness significa prestare attenzione in modo particolare: intenzionalmente, nel momento presente, in modo non giudicante. Il suo scopo è raggiungere una consapevolezza caratterizzata dall'essere svegli, attenti e presenti a ciò che si sta vivendo momento per momento. Non ha nulla a che fare con una condizione misteriosa o mistica, con stati di beatitudine, di carattere religioso o spirituale: la meta è la consapevolezza. Benché si sia sviluppata all'origine all'interno della tradizione buddhista, non richiede ai praticanti di essere buddhisti, ma consiste semplicemente nell'imparare ad assumere un atteggiamento di attenzione e di apertura verso tutto ciò che si presenta.

La focalizzazione sul respiro è un grande passo avanti verso la meditazione, infatti la meditazione vipassana comincia con la percezione del respiro che entra e che esce: non si tratta di controllare il respiro ma di percepirlo. Siamo quello che percepiamo in questo momento, imparando ad accettare ciò che c'è, anche i dolori, senza giudicare, ma osservando. L'accettazione non giudicante della nostra esperienza è qualcosa di nuovo poiché siamo abituati a dare giudizi su ciò che ci accade in termini di buono-cattivo, bello-brutto, giusto-ingiusto, etc.

Con la mindfulness osserviamo le cose direttamente nel presente come se fosse la prima volta che le vediamo; vediamo e accettiamo le cose in ogni momento presente così come sono per quello che sono, non secondo quello che noi vorremmo che fossero. In altri termini attraverso la mindfulness accettiamo la realtà anche se all'inizio la giudichiamo sgradevole e attraverso questo procedimento ne prendiamo le distanze facendone perdere importanza. La mindfulness è quindi caratterizzata da due componenti strettamente interconnesse tra loro:

- l'abilità di dirigere l'attenzione al momento presente (autoregolazione dell'attenzione);
- l'attitudine con cui lo si fa, fatta da curiosità, apertura e accettazione.

Queste componenti insieme permettono alla persona di relazionarsi in maniera mindful alle proprie esperienze (con consapevolezza, accoglienza e accettazione). La mindfulness viene infatti anche detta “modalità dell’essere” o del “non fare” per la caratteristica del vivere tutto ciò che viene senza fare niente per cambiarlo, mandarlo via o trattenerlo, ma lasciandolo essere e lasciandolo scorrere. (Rainone, 2012). La mindfulness non è: una tecnica di rilassamento, un pensare a pensieri sublimi, un modo per tirarsi su di morale, una specie di trance o comunque uno stato alterato di coscienza, un modo per sfuggire dalla realtà, un’attività paranormale. (Chiesa 2011).

### **Mindfulness e terapia cognitiva**

Quando nell’animale si attiva la reazione da stress, passato il pericolo, l’animale si riposa, dà il tempo al proprio organismo di riprendersi dalla lotta o dalla fuga e l’effetto tossico delle sostanze messe in circolo si riduce fino a tornare a livello basale. Nel caso dell’essere umano, invece, la capacità di differire il riposo, unitamente alla tendenza, in molti individui, al rimuginio, al pensiero catastrofico ed ad altri meccanismi cognitivi disfunzionali, fa sì che, prima che una reazione da stress si sia completamente placata, altri stressors, esterni o interni, ne stiano già alimentando una nuova, aumentando nel tempo la probabilità di ammalarsi di disturbi quali depressione, ansia, disturbi cardiaci e anche tumori. Essere in grado di gestire efficacemente lo stress, riducendo le situazioni in cui attiviamo la reazione da stress e imparando a fermare tale reazione prima che arrivi al picco, o sviluppando la capacità di riprenderci più velocemente da essa è una questione di capitale importanza nelle nostre vite. (Chiesa, 2011).

La mindfulness, non è una panacea ma la sua applicazione può essere utile per la riduzione dello stress, nei disturbi d’ansia e in ulteriori disturbi psichiatrici, nel dolore cronico e in ulteriori disturbi fisici, infine in condizioni non cliniche (personale sanitario, care-giver, studenti etc.).

La mindfulness diminuisce la ruminazione mentale e aumenta la capacità di accettare l’esperienza presente; con la pratica si elimina il problema secondario, fatto di valutazione negativa e strategie disfunzionali di soluzione, che mantiene e accresce il disturbo (problema primario). Aumenta il decentramento per cui gli stati mentali (pensieri, emozioni e sensazioni somatiche) sono riconosciuti e trattati come tali e non come fatti o caratteristiche immutabili e “definitivi” della persona. Diminuisce il ricorso al meccanismo dell’ “affect as information”, in cui l’emozione è considerata un’informazione sullo stato del mondo e sulla natura del sé. Aumenta l’esposizione con prevenzione della risposta che permette di modificare, in vivo ovvero attraverso un apprendimento esperienziale, i significati patogeni. (Rainone, 2012). In particolare si possono individuare due importanti fattori terapeutici:

- il fermarsi o “non fare”, non entrando nelle reazioni automatiche mentali, comportamentali e somatiche o sapendone uscire accorgendosene, non giudicando e lasciando andare.

- la consapevolezza accettante o accettazione del momento attuale interno ed esterno, del funzionamento della mente e di se stessi con il proprio personale progetto esistenziale fatto di desideri e scopi a breve e a lungo termine, e di valori personali.

A questi fattori va aggiunto il “fare consapevole” ovvero il piano d’azione che viene dopo il non fare, è progettato sulla sua base e, se ritenuto utile, può consistere nel continuare a non fare. Questo non è strettamente parte della mindfulness, ma permette di progettarlo in modo più funzionale al momento presente e al proprio progetto esistenziale e valori personali. L’organizzazione del comportamento non è fatta sulla base dell’automaticità, ma sulla base: a) del vivere consapevolmente o in modo accettante il momento; b) della previsione delle conseguenze, dei propri desideri e scopi a breve e lungo termine, e dei propri valori. Quindi un piano funzionale specifico può essere anche “semplicemente” vivere il momento senza cercare di modificarlo in alcun modo. (Rainone, 2012).

### **La mindfulness: aspetti neurobiologici**

Nell’ultimo decennio gli studi di neuro-imaging hanno iniziato a fornire un fondamento empirico delle modificazioni psicofisiologiche che sottendono i benefici clinici osservati a seguito degli interventi basati sulla mindfulness. Gli studi di neuro-imaging funzionale suggeriscono che le pratiche di mindfulness si associno ad una maggiore processazione dei conflitti emotivi a opera della corteccia prefrontale e della corteccia anteriore cingolata e a una concomitante riduzione della reattività emozionale mediata dall’amigdala.

Gli studi di neuro-imaging strutturale stanno fornendo preliminare supporto all’ipotesi che tali pratiche si associno anche a modificazioni strutturali delle aree cerebrali maggiormente coinvolte nella “coltivazione” della mindfulness. Evidenze preliminari, inoltre, suggeriscono che la pratica di un intervento basato sulla mindfulness, sembrerebbe associarsi a specifiche modificazioni elettroencefalografiche correlate alla percezione di emozioni positive e a un miglioramento del sistema immunitario. (Chiesa, 2011). Il sistema nervoso esteso distribuito in tutto il corpo implica il legame tra regioni nervose, differenziate e separate, e le loro funzioni specializzate. Il focus dell’attenzione, che si sviluppa in ogni pratica di meditazione effettuata con esercizio e costanza, dirige il flusso di energia e informazione attraverso particolari circuiti nervosi e getta le fondamenta per cambiare le connessioni tra neuroni che si attivano per mezzo di un processo fondamentale, detto neuroplasticità. La funzione della nostra mente, cioè la regolazione del flusso di energia e informazione, può effettivamente cambiare la struttura del cervello. Un esempio d’integrazione neurale è rappresentato dal funzionamento che emerge dalla corteccia prefrontale mediale appena dietro la fronte, e che comprende: la corteccia anteriore del cingolo, la corteccia orbitofrontale, le aree prefrontali mediali e ventrolaterali; le fibre prefrontali mediali collegano tra loro l’intera corteccia, le aree limbiche, il tronco encefalico, il corpo e infine i sistemi sociali.

Le funzioni prefrontali che emergono da questa integrazione neurale multidimensionale sono: l'intuizione, la moralità, la flessibilità di risposta, l'equilibrio emotivo, l'empatia, la modulazione della paura, la comunicazione sintonizzata, la consapevolezza dei propri sentimenti ed emozioni (insight). L'esercizio riflessivo di focalizzare l'attenzione interna sulla mente stessa con apertura, osservazione e obiettività promuove lo sviluppo di queste fibre integrative prefrontali mediali. Ciò costituisce il fondamento della neuroplasticità, come l'esperienza trasforma la struttura del cervello.

In conclusione, oggi possiamo identificare in modo scientifico, le dimensioni neuronali della nostra ristretta definizione di sé. Quando i nostri circuiti della risonanza sono attivati, possiamo sentire i sentimenti di un altro e creare una mappa corticale che ci porta a comprendere cosa sta succedendo nella mente dell'altro, perché è come la nostra. Ma se non riusciamo ad identificarci con l'altro, questi circuiti della risonanza si bloccano.

Questo blocco dei circuiti della compassione può essere una spiegazione della storia violenta della nostra specie. Essere coinvolti in qualcosa di più grande del sé personale crea un senso di significato e di benessere. Si tratta di una forma di benessere radicato nel senso, nella connessione e nell'equanimità, che gli antichi Greci chiamavano eudaimonia e che oggi possiamo definirla come felicità autentica o interiore. La scienza ci ha mostrato che il benessere e la felicità derivano dal definire i nostri sé come parte di un tutto interconnesso; entrare in connessione con gli altri e con noi stessi in modi autentici che spazzano via i confini isolanti di un sé separato. Tali connessioni possono essere create attraverso lo sviluppo di una pratica meditativa, che ci permette di tracciare il flusso dell'energia dentro e tra di noi. Coltivare la nostra capacità di sentire il flusso di energia e informazione ci aiuta a espandere il "sé" oltre i confini del nostro corpo, e a rivelare la verità fondamentale che siamo davvero una parte di un mondo interconnesso. ■

**Simonetta Bernardini** - Condivido con voi un caso clinico molto doloroso che mi sono trovata ad affrontare. E' venuta nel mio studio una signora straniera di 50 anni accompagnata da suo figlio di sette anni. Nonostante la regola del mio studio sia che i bambini aspettano fuori la visita dei loro genitori, non è stato possibile attuarla. Il ragazzo ha seguito con grande, vigile attenzione, come un piccolo uomo, la breve visita. Breve perchè la Signora mi ha detto di aver cresciuto il bambino da sola, il babbo l'ha lasciata quando era in gravidanza e di aver cambiato la sua vita professionale e la sua residenza, fissandola in Italia per seguire il figlio. Mi ha detto di essere stata operata per un carcinoma al seno (destro, ovviamente...), di avere due linfonodi con metastasi e di aver scelto di NON fare chemioterapia e radioterapia. Mi ha anche detto che ha dovuto disdire per due volte l'appuntamento con l'oncologo per l'inizio della chemioterapia perchè la notte prima delle due visite ha avuto la febbre alta. Questa la ha (ahimè) convinta che non deve fare la chemioterapia perchè la chemioterapia "aumenterebbe solo del 15% le possibilità di sopravvivenza e la metterebbe a rischio di altri tumori". Perciò è venuta da me, in quanto "medico olistico" per essere aiutata nella sua scelta di non fare terapie oncologiche classiche e di fare solo medicina naturale. Le ho detto che non ero d'accordo con lei e che invece l'avrei aiutata a sopportare meglio la chemioterapia e a trovare più risorse fisiche e mentali per reagire alla malattia. Che al secondo tumore da chemio non era il caso di pensare, visto che stavamo per cominciare insieme la guerra al primo. Che in trenta anni di professione io non avevo mai visto un secondo tumore da chemio, ma invece avevo visto molto tumori alla mammella guariti bene e definitivamente proprio grazie alla chemio. Che lei è giovane, che ha un figlio e che per tutti i motivi che si capiscono doveva approfittare al meglio della due medicine. La signora si è alzata dalla sedia e mi ha salutato dicendomi che io stavo tradendo il mio ruolo di medico olistico. Il bambino le ha chiesto perchè andavano via e lei gli ha detto: "La dottoressa non condivide la mia scelta". Allora le ho scritto una email nella quale le dicevo che io non avevo intenzione di abbandonarla. Mio Dio che gelo quella povera signora e quel povero bambino che se ne andavano verso una sorte di sola solitudine e con il rischio di finire nelle mani di qualcuno magari concorde nel tentare e un delirio di onnipotenza contro la malattia! E che le offrivano ancora la mia complicità, l'aiuto, da medico e da... madre. Niente da fare, mi ha risposto che ancora una volta la offendevo con le mie parole. Voi cosa avreste fatto?

**Maria Lucia Semizzi** - Non c'è molto da fare e mi pare che con la e-mail hai fatto proprio tutto. Mi è capitato di accompagnare una donna terminale che aveva fatto la scelta della tua paziente con K mammella... Era tedesca, psicologa, rifiutò la chemio convinta di farcela con le sue forze naturali... Poi le feci agopuntura antalgica per le metastasi ossee e alla fine il male prevalse. Fino alla fine disse che era convinta di avere fatto la scelta giusta perchè non avrebbe sopportato le chemio. Credo che occorra essere molto decisi e molto chiari a stabilire i tumori che NON vanno affrontati senza saltare la chemio e la radio e quelli in cui si può dare opzione. Dovremmo provare a fare una revisione di letteratura seria con le casistiche di successo della chemio e radio e tenerle a portata di mano. Perchè ci sono ancora omeopati che trattano l'argomento tumori facendo di tutte le erbe un fascio solo! Occorrerebbe fare un cartello di utilizzo della terapia complementare in oncologia, credo sia necessario e urgente. Per esempio si vedono erbe e rimedi dotati di azione antineoplastica associati alla chemioterapia (andrebbero invece dati successivamente), così come terapie detossificanti date in contemporanea senza verificare statisticamente se annullano solo gli effetti collaterali o anche quelli terapeutici...

**Gabriele Saudelli** - D'accordo su tutto, con te, cara Marilù. Su una sola cosa non concordo, cioè l'impiego di alcuni fitoderivati (erbe) in corso di chemioterapia; anzi, rilancio: alcuni sono fondamentali proprio per mantenere il paziente in uno stato di buona salute per rispettare meglio i protocolli chemioterapici, magari un po' più a lungo, consentendo così maggiori probabilità. Alcune droghe vegetali, come Aloe, Echinacea, invece sono proprio da evitare. Sulla tua proposta di invocare un cartello su questo argomento, invece, ne sarei entusiasta anche io! ■

Dalle pagine di OmeopatiaOnline...



# Un "morso" che cura

**Eva Veropalumbo**

*Dirigente Medico presso UO Immunoematologia e Medicina Trasfusionale AUSL9 Grosseto, esperto in omeopatia - E-mail: medla@libero.it  
Tratto dalla Tesi di Master di II livello in Medicina Integrata presso l'Università degli Studi di Siena, AA 2012-2013, dal titolo "Un morso che cura"*

I veleni di origine animale (serpenti, aracnidi, anfibi, etc), con la loro straordinaria miscela di polipeptidi, sono oggetto di studio fin dall'antichità. In particolare i veleni di serpenti sono costituiti da numerose tossine ed enzimi, sempre più in evoluzione, che sono necessari agli animali stessi sia come strumento letale di attacco per cacciare e digerire le prede che come mezzo indispensabile di difesa contro i predatori. Ovviamente non tutti i serpenti sono velenosi né tanto meno tutti i veleni hanno la stessa azione.

I serpenti appartengono al sottordine dei vertebrati: i rettili. Circa due terzi di tutte le specie di rettili producono secrezioni tossiche in ghiandole poste sotto la mascella superiore.<sup>1</sup> I serpenti velenosi sono divisi in cinque famiglie: Viperidae, Elapidae, Colubridae, Hydrophidae, Antractaspididae. La famiglia delle Viperidae è suddivisa in due sottofamiglie: le Viperinae (vipere del Vecchio Mondo) e Crotalinae (vipere del Nuovo Mondo: Lachesis Muta, Crotalus Horridus, Bothrops Lanceolatus, etc).

In base alla divisione in famiglie si può generalizzare sull'azione principale dei veleni: alterazione dell'emostasi e necrosi muscolare per i veleni delle Famiglie Viperidae (Viperinae e Crotalinae), Colubridae ed Elapidae; azione neurotossica presinaptica simil-curarizzante, paralisi neuromuscolare e depressione respiratoria per i veleni delle Famiglie Elapidae e Hydrophidae.<sup>2</sup>

In letteratura esistono diversi studi sulle tossine di veleni di serpenti, i loro effetti e le loro similitudini con le proteine del sistema emostatico.<sup>3, 4, 5, 6, 7</sup> Molti studi sono stati intrapresi per l'utilizzo possibile in campo laboratoristico, diagnostico e terapeutico delle proteine dei veleni di serpenti.<sup>8, 9, 10</sup> Oggi molte proteine, isolate da veleni di serpenti, vengono sequenziate attraverso tecniche di biologia molecolare e comparate con sequenze di fattori della coagulazione di origine umana per migliorare alcuni test diagnostici per le coagulopatie e per ottenere nuovi agenti terapeutici da utilizzare nei disordini della crisi ematica.<sup>11,12,13</sup>

Recentissimi sono gli studi sull'azione antiflogistica, antidolorifica ed antitumorale di alcune proteine estratte da veleni di serpenti.<sup>14, 15</sup> Comunque tutti questi studi risultano essere per lo più teorici ed esistono attualmente pochissime applicazioni cliniche per la maggior parte delle proteine derivate da veleni di serpenti.<sup>16, 17</sup> Di contro è noto da tempo l'efficacia nell'utilizzo dei veleni nel trattamento di diverse condizioni fisiopatologiche nella medicina omeopatica, Ayurveda ed indiana.<sup>17</sup>

## **Il serpente tra simbologia, mitologia e storia**

La figura del serpente è stata oggetto, sia nel bene che nel male, di ogni genere di leggenda, entrando a far parte della maggior parte delle grandi civiltà del mondo antico, divenendo oggetto di culto, di studio e di mito. Graficamente il serpente è una linea ma linea vivente che può prendere la forma di tutti gli ambienti che lo circondano con atteggiamenti anche inaspettati. Ciò spiega come il simbolismo del serpente sia doppio: esso rappresenta la carezza e la sorpresa; esprime da un lato l'idea di sensualità e dell'incantamento, dall'altra della sottigliezza e dell'astuzia; sensualità creatrice e malvagità diabolica. Simbolicamente il serpente passa attraverso la parte negativa del mondo e si rigenera nel massimo grado della positività attraverso un evento del tutto naturale, la "muta" (esuviazione).

Nelle diverse religioni il serpente acquisisce significati importanti e disparati. Nella religione egizia una parte del copricapo indossato dai grandi sovrani era costituita da una statuette raffigurante un cobra eretto, spesso d'oro, denominata ureo, simbolo di magnificenza e di rispetto. In India, nonostante ogni anno i lavoratori delle risaie muoiano a causa di morso di serpenti, la divinità creatrice, Vishnù, nell'iconografia classica è rappresentata su un enorme serpente e con il capo attorniato da diversi cobra con il cappuccio aperto. Il cobra per gli indiani è un'entità da rispettare ed onorare in quanto custode della conoscenza: secondo la tradizione buddista il cobra si pose sulla testa di Buddha in meditazione per proteggerlo dai raggi solari. Nella religione cinese, la simbologia del serpente si confonde con l'immagine del dragone, simbolo propiziatorio atto ad allontanare influssi maligni. Anche nelle civiltà europee, al serpente viene attribuito valore mistico-religioso. Si pensi alle famose statuette votive cretesi della dea che stringe tra le mani due serpi. Nella tradizione minoica il serpente è un elemento positivo e propiziatorio nonché simbolo di fertilità legato alla sfera della simbologia di tipo sessuale (per i cretesi, come per gli indiani, il serpente è un simbolo fallico). Per gli antichi Romani il serpente è legato ad una divinità, Esculapio, custode della medicina; Esculapio utilizza un bastone con un serpente attorcigliato, diverso dal Caduceo della mitologia greca, segno di pace rappresentato da un bastone con due ali aperte e due serpenti attorcigliati che si guardano l'un l'altro, logo usato dalle Associazioni mediche internazionali. Nella religione cristiana i serpenti ricevono un'accezione puramente negativa (il serpente tentatore, simbolo di Satana): la Vergine Maria viene ritratta mentre comprime con il piede la



**DR. RECKEWEG iMO**

# OMEOPATIA PASSWORD PER LA SALUTE

Tutto ha inizio nel 1926 quando il Dott. Heinrich Reckeweg registrò, in Germania, il suo studio Omeopatico. La sua casa diventa il suo luogo di lavoro. Da allora sono passate 3 generazioni, tutto è cambiato, lo studio è diventato una vera e propria fabbrica (Dr. Reckeweg & Co. GmbH-1947), le linee di prodotti cresciute in maniera esponenziale, i rapporti commerciali si sono ampliati in tutto il mondo. Una cosa resta la stessa dal 1926: l'entusiasmo e la continua ricerca in campo omeopatico. La commercializzazione in Italia è stata e continua ad essere possibile, da oltre sessant'anni, grazie a un partner come IMO, la Società più importante e rappresentativa dell'Omeopatia in Italia.

IMO SPA - VIA FIRENZE 34  
20060 TREZZANO ROSA (MI)  
TEL. 02 90 93 13 250  
FAX 02 90 93 13 211

[www.omeoimo.it](http://www.omeoimo.it)

IMO. DA OLTRE 60 ANNI IL CUORE DELL'OMEOPATIA IN ITALIA

testa di un serpente in segno di sconfitta del peccato.

Ma la storia della medicina ha da sempre decantato gli straordinari poteri curativi dei serpenti. Basti pensare che la carne di vipera era stata individuata come principio attivo della Theriaca. La leggenda narra che Andromaco introdusse la carne di vipera alla Theriaca di Mitridato in seguito ad una sconfitta della flotta navale romana ad opera di Annibale che, per sopraffare il nemico, fece gettare sulle navi vasi contenenti vipere, usate come arma letale. Gli antichi erano convinti che il veleno dei serpenti fosse contenuto su tutto il corpo e che dunque la vipera per sopravvivere avesse in sé l'antidoto al suo stesso veleno. Per tale motivo, nella prescrizione della preparazione del principio attivo della Theriaca di Andromaco si raccomandava di porre le vipere ancora vive in un pentolone caldo e di bacchettarle per eccitarle in modo da schiacciare il veleno all'estremità del corpo, quindi di tagliarne la testa e la coda.<sup>18</sup>

Ma scritti sull'uso della carne di vipera si trovano con Plinio (Antonio Musa, medico di Augusto, curò un'ulcera ritenuta inguaribile), con Galeno (ottimi risultati in casi di elefantiasi e lebbra con l'uso di vino in cui erano state fatte cuocere le vipere), con Dioscoride (utilizzava la carne di vipera cotta in olio, vino ed aceto nei casi di debolezza ai reni, per rischiarare la vista e prolungare la vita). Ancora si citano amuleti composti con polvere di testa di vipera, avvolta in nastri e tenuta al collo contro il gozzo ed il mal di gola<sup>19</sup> e i cordoni viperini che si preparavano a Venezia, costituiti da cordoni di seta imbevuti nel sangue di vipera, che portati indosso erano ritenuti infallibili contro l'angina e l'eresipela. Solo nella metà del 600 inizia lo studio scientifico sul veleno delle vipere grazie al medico e filosofo toscano Francesco Redi. Egli, nonostante la forte credenza del tempo sui poteri miracolosi della carne di vipera, affermò che il veleno dell'animale era in liquido giallo che colava dai denti maggiori.

L'uso del veleno di serpente venne studiato da Costantin Hering. Nel luglio del 1828, Hering si trovava in missione botanica e zoologica nell'Alta Amazzonia. Dietro promessa di una grossa ricompensa, lo studioso invitò gli indigeni alla cattura di un esemplare vivente del terribile Surucucu. Essi riuscirono a farne entrare uno in una gabbia di bambù: si trattava di un esemplare lungo più di due metri, di colore rosso bruno e decorato da disegni romboidali neri sul dorso. Posata la gabbia e ritirato il loro compenso, gli indigeni fuggirono spaventati e lasciarono soli Hering e la moglie che lo accompagnava. Hering aprì la gabbia, stordì il serpente colpendolo sulla testa e, tenendo fermo il collo dell'animale con un legno a forcella, spremette il contenuto della ghiandola velenosa in un recipiente contenente lattosio e procedette immediatamente a preparare delle triturazioni. Il semplice fatto di avere compiuto queste manipolazioni, lo portò accidentalmente a contatto con il veleno manifestando a breve gravi sintomi di intossicazione con febbre e delirio che durano parecchie ore. Quindi si addormentò e al suo risveglio era completamente ristabilito e cosciente. Bevve dell'acqua e chiese alla moglie, che aveva assistito atterrita al fenomeno, che cosa avesse detto o fatto. I sintomi dell'intossicazione furono anno-

tati diligentemente dalla moglie e questa fu la prima e unica sperimentazione tossicologica del veleno di Lachesis. Nel 1937, il farmacista-biochimico tedesco Waldemar Diesing (1902-1992), riuscì a liberare questi veleni dalla componente proteica nociva, preservando sostanze, soprattutto enzimi, utilizzabili in campo medico e farmacologico. Infatti negli anni settanta il veleno di Bothrops jararaca ha favorito la nascita degli ACE-inibitori con il Captropil (1975). La ricerca era partita con l'intento di capire perché i contadini delle piantagioni di banana morsi da questo serpente subissero cali pressori così drastici da perdere i sensi. Da ciò è partita la sfida delle case farmaceutiche a studiare ed estrarre quante più molecole utilizzabili a scopo terapeutico.

### **Veleni di serpenti e medicina: utilizzo attuale e novità della letteratura**

In medicina sono circa una ventina i veleni di serpenti che trovano impiego importante in farmacologia ed in medicina di laboratorio. Basti pensare all'ausilio nella diagnosi della sindrome da anti-fosfolipidi (APS). Gli anticorpi antifosfolipidi (aPL) costituiscono una categoria ampia ed eterogenea di immunoglobuline dirette verso differenti complessi proteine-fosfolipidi e capaci di prolungare i test della coagulazione fosfolipide-dipendenti. Gli aPL includono il lupus anticoagulante e gli anticorpi anticardiolipina. Il primo riconosce il complesso protrombina-fosfolipidi, i secondi sono diretti verso la  $\beta_2$  glicoproteina 1 legata ai fosfolipidi anionici. La presenza di questi anticorpi e di manifestazioni cliniche quali trombosi, piastrinopenia e poliabortività, definisce il disordine acquisito, di natura autoimmune, chiamato Sindrome da Anticorpi Antifosfolipidi (APS). I criteri classificativi preliminari proposti nel 1999 dal gruppo internazionale che da anni si occupa della APS sono rappresentati dalla positività degli anticorpi anti-cardiolipina (aCL)  $\beta_2$ -glicoproteina e del lupus anticoagulante (LAC). I test che più comunemente vengono utilizzati per la ricerca di LAC sono il tempo di coagulazione al caolino (KCT) e il test al veleno di vipera Russel diluito (dRVVT). Il KCT è un test globale (esplora l'intera cascata coagulativa), molto sensibile (per l'assenza di fosfolipidi nella sua formulazione), capace di rivelare la presenza di LAC anche a basso titolo, ma è meno specifico del dRVVT che esplora invece la cascata coagulativa a valle del fattore X attivato ed essendo di semplice esecuzione oltre che automatizzabile, è di fatto il test più diffuso nei laboratori clinici.<sup>20</sup>

La scienza medica è ancora attratta, a ragion veduta, dai componenti presenti nei veleni di serpenti. Dimostrazione di tanto interesse è lo studio che descrive il potenziale terapeutico dei veleni di serpenti nella terapia del cancro<sup>14</sup> dove dopo un'elenco di molecole presenti nei veleni e la loro azione, gli autori descrivono come i veleni di serpente agiscono inibendo la proliferazione cellulare e promuovendo la morte cellulare mediante diversi meccanismi: induzione di apoptosi in cellule di cancro, aumentando  $Ca^{2+}$ ; inducendo rilascio del citocromo C; diminuendo o aumentando l'espressione di proteine di controllo del ciclo cellulare, causando danni alle mem-



brane cellulari. Recente è anche lo studio che, ponendo la problematica delle sempre più frequenti resistenze antibiotiche che insorgono in corso di terapia verso batteri patogeni Gram positivi e Gram negativi, spinge a riflettere sulla possibilità di nuovi farmaci sfruttando l'azione antimicrobica di enzimi quali fosfolipasi A2 (idrolisi dei fosfolidi di superficie di membrana delle cellule batteriche), metallo proteasi ed L-aminoacido ossidasi (enzimi proteolitici, agenti inattivanti, che aiutano nella catalisi cellulare) tutti presenti ed isolabili da veleno di serpenti.<sup>21</sup> Ancora un altro studio riguarda la coagulazione ed in particolare nuovi attivatori della protrombina derivati da veleni di serpenti simili al fattore X umano: ecarina isolata da *Echis carinatus*, trocarin da *Tropidechis carinatus* e oscutarin da *Oxyuranus scutellatus*.<sup>13</sup> Questi cofattori sono stati espressi in cellule di mammifero con lo scopo di ottenere attivatori di protrombina ricombinanti che potrebbero essere utilizzati per convertire la protrombina in trombina. Trocarin e oscutarin sono simili al Fattore umano X (FX) della coagulazione e quindi per la loro azione necessitano di cofattori aggiuntivi. Inoltre il sequenziamento molecolare di frammento genomico di oscutarin ha confermato la somiglianza con il FX umano.

### Veleni di serpenti e omeopatia

Dall'osservazione degli stadi di avvelenamento da morso di serpenti nasce l'utilizzo omeopatico dei loro veleni liofilizzati. Ovviamente l'azione generale, con i segni locali e generali, ed i segni caratteristici, con sensazioni e modalità, orientano alla scelta del rimedio omeopatico, ma in generale si possono riassumere alcune indicazioni cliniche principali per ogni veleno. *Bothrops Lanceolatus* (crotalo-vipera "punta di lancia") si rivela efficace in indicazioni apparentemente opposte come conseguenze di trombosi vascolari (flebiti, coronaropatie, infarto del miocardio) in alternativa agli anticoagulanti ed emorragie di sangue nero non coagulabile. *Crotalus Horridus* (crotalo dei boschi o serpente a sonagli) associato alle terapie classiche, o somministrato quando queste non ottengono risultati, è estremamente efficace nelle emorragie di sangue nero poco coagulabile o incoagulabile (epistassi persistenti, emorragie uterine) e nelle forme emorragiche di malattie infettive (febbre gialla). *Lachesis* (*Crotalus mutus*, *Lachesis muta*) è indicata in stati infettivi gravi e suppurazioni acute (in associazione o in sostituzione della terapia antibiotica, se si rivela inefficace, a condizione di riscontrare le caratteristiche essenziali: iperestesia al contatto; dolori pulsanti, martellanti; colorito rosso porpora o violaceo delle regioni infiammate; brusca interruzione di un flusso purulento come sinusite o otite); in emorragie di sangue nero con miglioramento di dolori o stato generale con la comparsa del flusso (cefalea che migliora con epistassi; dolori emorroidari che migliorano sanguinando; dismenorrea colmata dal flusso mestruale); in angine. Ma *Lachesis* è efficacemente utilizzata nella perimenopausa, nell'alcolismo e nelle crisi di gelosia infantile quando nasce un altro bambino. *Naja Tripudians* (*Naja naja* L.; cobra comune - serpente dagli occhiali) è indicato nelle patologie coronariche non appena si manifestano i dolori caratteristici (cardialgia, irradiazione del dolore al braccio sinistro e/o dolore interscapolare,

sensazione di soffocamento); efficace complemento da associare alla terapia classica delle valvulopatie; nell'asma cardiaco degli anziani. *Vipera Redi* (*Vipera aspis*, *Coluber aspis*, *Vipera aspid*) trova indicazione nelle flebiti superficiali, varici, varicosità, sindrome delle gambe pesanti, porpora, ecchimosi e petecchie.

### Conclusioni

Studiare i veleni di serpenti, i loro costituenti e le relative azioni, significa inoltrarsi in un campo complesso ed in continua evoluzione. I veleni, essendo di origine animale, stanno subendo la mutevolezza sia climatica e ambientale che evolucionistica della specie. Ma la materia resta affascinante e ricca di risorse sia terapeutiche che diagnostiche. L'approccio ideale di utilizzo di queste risorse dovrebbe essere quello della Medicina Integrata. Se da un lato la medicina allopatica è vincolata a studi teorici ed alla preoccupazione degli effetti collaterali legati all'utilizzo di farmaci sintetici, la medicina omeopatica, nella sua consapevolezza dell'efficacia clinica dei medicinali, non è supportata da studi clinici. Quindi si potrebbe immaginare il mondo della medicina come l'uroboro (simbolo molto antico che rappresenta un serpente che si morde la coda, ricreandosi continuamente e formando così un cerchio). In alcune rappresentazioni il serpente è raffigurato mezzo bianco e mezzo nero, richiamando il simbolo dello Yin e Yang, che illustra la natura dualistica di tutte le cose e soprattutto che gli "opposti non sono in conflitto tra loro". Questo sembrerebbe proprio il fondamento della Medicina Integrata come viene illustrato nel "Manifesto per la Medicina Integrata".<sup>22</sup> ■

### Bibliografia

1. [www.omeopatiadirisonanza.it/pdf\\_congresso\\_nazionale/3.pdf](http://www.omeopatiadirisonanza.it/pdf_congresso_nazionale/3.pdf).
2. Lu Q., Clemetson J. M., Clemetson K. J. (2005) Snake venoms and hemostasis. *J Thromb Haemost* 3: 1791-9.
3. Meier J, Stocker K. (1991) Effects of snake venoms on hemostasis. *Toxicol* 21:171-82.
4. Ouyang C, Teng C. M., Huang T. F. (1992) Characterization of snake venom components acting on blood coagulation and platelet function. *Toxicon* 30: 945-66.
5. Marsh N. A. (1994) Snake venoms affecting the haemostatic mechanism- a consideration of their mechanisms, practical applications and biological significance. *Blood Coagul Fibrinolysis* 5: 399-410.
6. Markland F. S. (1998) Snake venoms and the hemostatic system. *Toxicon* 36: 1749-800.
7. Braud S., Bon C., Wisner A. (2000) Snake venom proteins acting on hemostasis. *Bioch* 82: 851-9.
8. Marsh N. A. (1998) Use snake venom fractions in coagulation laboratory. *Blood Coagul Fibrinolysis* 9(5): 395-404.
9. Marsh N. A., Fyffe T. L. (1996) Practical applications of snake venom toxins in haemostasis. *Boll Soc Ital Biol Sper* 72(9-10): 263-78.

10. Marsh N. A. (2001) Diagnostic uses of snake venom. *Haemostasis* 31(3-6): 211-7.
11. Jeremiah S., Joseph R., Manjunatha Kini (2001) Snake venom prothrombin homologous to blood coagulation factor Xa. *Haemostasis* 31: 234-240.
12. Kini R. M. (2011) Toxins in thrombosis and haemostasis: potetial beyond imagination. *J Thromb Haemost* 9 Suppl 1:195-208.
13. Jonebring A., Lange U., Bucha E., Deinum J., Elg M., Lovgren A. (2013) Recombinant snake venom prothrombin activators. *Bioengineered* Vol 4 3:1-5.
14. Vivek Kumar Vyas, Keyur Brahmabhatt, Hardik Bhatt, Utsav Parmar (2013) Therapeutic potetial of snake venom in cancer therapy: current perspectives. *Asian Pac J Trop Biomed* 3(2): 156-162.
15. Mi H Park, MiRan J. (2012) Snake venom toxin from *Vipera Labetina Turanica* induces apoptosis of colon cancer cells via upregulation of ROS- and JKN- mediated death receptor expression. *BCM Cancer* 12:228.
16. Sajevic T., Leonardi A. Krizaj I. (2011) Haemostatically active proteins in snake venoms. *Tox* 57(5): 627.
17. Holland J. S. (2013) Un morso che cura: il potenziale medico dei veleni. *National Geographic Italia* Vol. 31 n° 2:48-67.
18. <http://wsimagazine.com/it/diares/report/cultura>.
19. Donzelli, Teatro farmaceutico Dogmatico e Spagirico, 1677.
20. Tripodi A., Chantarangkul V., Clerici M., Mannucci P. M. (2002) Laboratory diagnosis of lupus anticoagulants for patients on oral anticoagulant treatment. Performance of dilute Russel viper venom test and silica clotting time in comparison with Staclot LA. *Thromb Haemost* 88:583-6.
21. Oliveira Junior N. G., Silva Cardoso M. H., Franco O. L. (2013) Snake venom: attractive antimicrobial proteinaceous compounds for therapeutic purpose. *Cell Mol Life Sci* May 9: epub ahead of print.
22. HIMed – Homeopathy and Integrated Medicine (novembre 2011). Numero Speciale n. 2, Vol 2, n1; [http://www.siomifile/siomifile/siomifile\\_pdf/HiMed\\_2011\\_n4\\_manifesto.pdf](http://www.siomifile/siomifile/siomifile_pdf/HiMed_2011_n4_manifesto.pdf).

# Corso di Omeopatia Classica in Medicina Integrata

Sede: CEDIFAR, Via del Lavoro, 71 - Casalecchio di Reno (Bologna)

Coordinamento: Ennio Masciello

**42 CREDITI ECM**



## PROGRAMMA DEL CORSO

- ✓ **Sabato 4 ottobre 2014** - S. Segantini, E. Masciello  
L'evoluzione dell'Omeopatia Classica
- ✓ **Sabato 8 novembre 2014** - L. Biasci, E. Masciello  
Il "mind" dei rimedi
- ✓ **Sabato 13 dicembre 2014** - I. Grassi, E. Rossi  
I veleni animali
- ✓ **Sabato 28 febbraio 2015** - M. Gardarelli, I. Grassi, S. Segantini  
Le Solanacee
- ✓ **Sabato 18 aprile 2015** - E. Masciello, P. Martra  
Le Composite  
Metodologia kinesiologica per la ricerca del rimedio omeopatico

## COSTI

Entro il 30 agosto 2014

Soci SIOMI: € 500 +IVA  
Non soci: € 650 +IVA

Dopo il 30 agosto 2014

Soci SIOMI: € 650 +IVA  
Non soci: € 800 +IVA

*Per informazioni e iscrizioni:*

Segreteria SIOMI c/o FIMO srl  
Via Kyoto, 51 - 50126 Firenze  
Tel.: **055.6800389** - Fax: **055.683355**  
E-mail: [segreteria@siomi.it](mailto:segreteria@siomi.it)

# Renzo Galassi

Presidente Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis

a cura di **Simonetta Bernardini**

Presidente SIOMI



## ■ Ci racconta brevemente la sua formazione omeopatica?

È una storia molto semplice. Mi sono formato con il prof. Antonio Negro e con la dott.ssa Rodriguez alla Luimo, dall'83 all'86. Sono stato 16 anni in Messico durante i mesi estivi per migliorarmi presso la scuola e lo studio privato di Proceso Sanchez Ortega, ho seguito molti seminari di illustri omeopati internazionali e ho assistito a molti congressi internazionali e nazionali. Quando ho potuto mi sono messo in viaggio per andare in paesi lontani a vedere dal vivo come lavoravano Maestri di omeopatia di grande nome, cercando di capire se ciò che raccontavano nelle conferenze corrispondeva anche al loro modo di attuare con i pazienti. Lentamente mi sono fatto le mie idee e le mie esperienze rispetto a questa meraviglia della terapeutica che è l'omeopatia.

## ■ E della sua carriera fino alla prestigiosa carica di presidente mondiale della LIGA?

È una storia molto semplice. Io sono prevalentemente un clinico. Passo più di 10 ore al giorno a disposizione dei pazienti. Dall'89 insegno privatamente nella scuola che ho fondato con alcuni colleghi autotassandoci per non dover ricorrere a sponsorizzazioni di alcun tipo. L'Ordine dei Medici ci ha sempre dato i locali ed è stata sempre una bella esperienza di crescita omeopatica e di amicizia. Dal 1990 frequento i congressi della Liga, con l'intento di conoscere i migliori omeopati del mondo, ho investito molti dei miei risparmi per frequentare questi congressi e per frequentare corsi, ma sono stato ripagato dalla conoscenza di autentici monumenti della clinica omeopatica. Tutto ciò mi ha arricchito sul piano personale e professionale.

Poi nel 2001 l'allora rappresentante per l'Italia della Liga (National Vice-president) Carlo Cenerelli di Milano, mi chiese se avessi voluto farmi carico di quella responsabilità, visto che lui stava terminando ed io avevo acquisito esperienza frequentando già molti congressi mondiali. Fu così che entrai nel International Council della Liga e nel 2002 a Mosca ebbi la prima esperienza. Dopo il primo mandato di tre anni fui rieletto per un secondo mandato e nel 2007 a Puebla (Messico) colui che sarebbe diventato Presidente mondiale, il tedesco Ulrich Fischer, mi chiese di candidarmi alla segreteria generale, visto che era tempo che l'Italia fosse rappresentata nel Comitato Esecutivo e che io avevo dimostrato nei sei anni precedenti di lavorare bene. Vinsi le elezioni e dopo tre anni di duro lavoro fui eletto a Los Angeles 2010 vicepresidente mondiale. Da lì il passaggio a presidente è sostanzialmente automatico e quindi a Quito mi hanno votato all'unanimità, tranne un astenuto, io.

zionalmente automatico e quindi a Quito mi hanno votato all'unanimità, tranne un astenuto, io.

## ■ Chi sono e quanti sono gli iscritti alla LIGA nel mondo? Quali sono i Paesi maggiormente rappresentati da essa?

Nell'ambito della Liga abbiamo medici, farmacisti, odontoiatri e veterinari che hanno la possibilità di essere full members e poi personale sanitario e simpatizzanti che possono essere *associate member*, senza diritto di voto. Ci sono poi istituzioni che ci supportano, la Liga è una *no-profit organization* e può ricevere donazioni. Non abbiamo sponsorizzazioni commerciali, viviamo della modeste quote associative. Siamo rappresentati in 78 paesi, dai cinque continenti, i meno presenti sono l'Africa e l'Oceania, ma stiamo lavorando per portarli a conoscenza di questa stupenda organizzazione. Per dimostrare apertura ho voluto fortemente un sudafricano, alla guida del comitato dei *proving*.

## ■ Che cosa ci dice a proposito delle correnti di omeopatia pluralista o clinica che fino ad oggi poco si sono riconosciute nella LIGA (come ad esempio la SIOMI in Italia e il CEDH in Francia)? Lei personalmente è favorevole al riconoscimento di tutte le correnti di pensiero omeopatico, non solo l'omeopatia classica hahnemanniana altrimenti detta omeopatia unicista?

La Liga è la casa mondiale degli omeopati. L'uscita della corrente pluralista legata ai laboratori francesi fu dovuta ad una grande disputa al congresso mondiale di Atene 1988, quando la Liga decise di eliminare la presenza di società commerciali dal suo interno. Dopo il litigio, i francesi crearono lo strappo e tentarono di creare una associazione parallela, che non ha mai ottenuto i fasti, la tradizione e la rappresentatività della Liga. All'interno della Liga, oggi, non c'è nessuna preclusione ad approcci diversi da quello hahnemanniano, ogni omeopata è il benvenuto, purché sia medico e ben formato nella nostra pratica medica. Io non mi sento di giudicare nessuno e di aprire o chiudere le porte a qualcuno. Io sono solo un semplice operaio che cerca di gestire una associazione che esiste dal 1925 e che nel suo nome ha anche il suo programma: Liga. Liga significa *unione*, per questo e con questo fine lavorerò per tre anni, unire tutti gli omeopati del mondo. Con queste premesse può ben capire che SIOMI o CEDH sono benvenute in qualsiasi momento.

Renzo Galassi



■ **Perché, a suo parere, nell'epoca della medicina integrata è ancora così difficile l'integrazione tra correnti di pensiero omeopatico?**

Penso (questo accade in tutto il mondo) che sia dovuto al personalismo di chi dirige le associazioni. Manca lo spirito di corpo, ognuno parte dal principio che il suo modo di pensare o di gestire la materia sia il migliore e quindi si arriva necessariamente alla divisione. Io, che sono in un osservatorio particolare, cioè al di sopra delle parti e non ho smanie di potere (anche se situazioni fortuite me ne hanno dato), non ho desiderio di rimanere per sempre al mio posto di comando (anzi, non vedo l'ora che termini il mio mandato per tornare alla mia passione del lavoro con i pazienti e allo studio dei classici omeopatici).

Devo dire con la morte nel cuore, che ciò che diceva Hahnemann è vero: "I peggiori danni all'omeopatia arrivano dagli omeopati stessi, non dai detrattori".

■ **Quali sono le Nazioni in cui la comunità omeopatica è più forte e aggregata?**

Sono molte: in Europa sono Germania, Austria, Svizzera, Belgio e Regno Unito; in America sono Messico, Ecuador, Colombia, Brasile e Argentina; in Asia sono India, Bangladesh e Sri Lanka; in Africa, il Sud Africa.

■ **Quali sono le nazioni in cui l'omeopatia è meno accettata dalla medicina accademica?**

Mi viene da pensare ai nostri paesi vicini, Slovenia e Croazia: sono stato a tenere seminari là ed i colleghi mi parlavano di tristi situazioni di semi-clandestinità. Anche in Polonia la situazione è pesante, ma in linea generale gli omeopati si difendono bene.

■ **Ad esempio, come vanno le cose negli USA e in Canada, dove le CAM sappiamo essere ben integrate mentre l'omeopatia è pressochè sparita dai servizi sanitari? Secondo lei quali sono le cause?**

L'omeopatia scomparve dagli States, il paese che costituì la sua culla ideale con università ed ospedali omeopatici in ogni grande città all'inizio del 1900.

Metà della popolazione degli Stati Uniti si curava con l'omeopatia nella seconda metà del 1800: i cercatori d'oro partivano per le loro imprese con la valigetta dei rimedi omeopatici.

Con il rapporto Flexner del 1910, gli omeopati furono messi fuori legge, ci fu la fine di tutto, tranne qualche medico che in condizione di clandestinità portò avanti il lavoro di apostolo della Medicina Verità. Ad oggi la situazione è buona con crescente successo e numero di praticanti. È ovvio che l'omeopatia sia sempre più osteggiata dalle altre CAM, visto che la prescrizione omeopatica è spesso, da sola, sufficiente a risolvere i problemi del malato. Qui subentrano interessi e battaglie commerciali...

■ **E che dire della Germania, che nonostante abbia una legge di regolamentazione delle medicine**

**complementari dal 1978, non sta dando riconoscimenti nel servizio sanitario a questa disciplina?**

La situazione della Germania è molto buona; gli omeopati che sono nell'associazione nazionale DZHAe sono autorizzati ad emettere fatture per le loro prestazioni che sono regolarmente rimborsate ai pazienti. Non mi sembra male! Ci sono centri di ricerca straordinari, mi sembra abbastanza.

■ **Lei pensa che la presenza contemporanea nel nord Europa di omeopati medici e non medici possa essere la causa della chiusura della medicina ortodossa verso la nostra medicina?**

Di certo non è un bel biglietto da visita. Ovunque mi rechi per congressi o manifestazioni pubbliche o con politici, questo è un tema dominante di discussione. Due giorni fa sono tornato dalla Spagna per l'Hahnemann Day 2014 e là mi hanno condotto a parlare con molti politici in ogni città visitata: Siviglia, Barcellona, Madrid, Tenerife, il tema dominante era sempre lo stesso, arginare la piaga dell'intrusismo medico, cioè l'abusivismo e la richiesta della condizione di *atto medico* per la prescrizione omeopatica. I politici si sono dimostrati molto sensibili a questo argomento ed ovviamente dobbiamo difendere i cittadini da questi pericoli.

■ **E, se sì, come si potrebbe oggi rimediare per ridare dignità alla nostra disciplina in quelle nazioni?**

Penso che *in primis* debbano essere i medici a porsi il problema, a lottare e a mobilitarsi, come hanno fatto gli spagnoli in questi intensi giorni di lavoro politico e di celebrazioni e poi sensibilizzare le associazioni di pazienti a richiedere un maggior controllo del fenomeno alle istituzioni.

■ **L'omeopatia, a suo dire, può essere o non essere integrata con la medicina convenzionale? Quali sono i vantaggi secondo lei e quali gli eventuali rischi?**

L'omeopatia è parte della medicina ed ha un suo raggio d'azione, ampio sì, ma non totale. È una medicina perfettibile, ma la variante umana, medico o paziente, non la rende perfetta, pertanto considerando i grandi progressi dell'allopattia dai tempi di Hahnemann, è bene saper utilizzare qualche vantaggio offerto nel risolvere alcune problematiche. Il medico omeopata deve saper capire quando è possibile curare "tutto" con l'omeopatia e quando si deve chiedere l'ausilio dei colleghi allopatiti. Io ho una rete di colleghi specialisti allopatiti con cui mi consulto o ai quali indirizzo i miei pazienti quando rilevo l'impossibilità di curarli con la sola omeopatia. I vantaggi di ciò sono la risoluzione più rapida e sicura di alcune problematiche dei pazienti. I rischi? Beh, non ho inventato io, ma Hahnemann, il concetto di soppressione usando la legge dei contrari allopatiti, quindi per il bene futuro del paziente, bisogna limitare al massimo l'utilizzo dell'allopattia.

A mio parere le due figure professionali, che sono ben distinte, utilizzano due leggi terapeutiche opposte, quella dei simili gli omeopati, quella dei contrari gli allopatiti,

non possono, se non in casi particolari, disperati, conciliare gli opposti. Hahnemann dà un chiaro monito nel par. 52 dell'Organon, 6° edizione: "I due metodi sono contrari l'uno l'altro e solo chi non li conosce può illudersi che si possano avvicinare od anche abbinare e può perfino arrivare alla ridicolaggine di curare il malato a suo piacere ora allopaticamente ora omeopaticamente. Questo procedimento costituisce un tradimento delittuoso verso la divina omeopatia". Molta acqua è passata sotto i ponti da quel giorno ed io penso che una qualche forma di ammorbidimento o di conciliazione su certe posizioni si possa avere, specie in particolari malati e in certe sintomatologie, ma il monito è abbastanza chiaro.

- **Nel 2011 la SIOMI ha presentato un Manifesto per la Medicina Integrata che ha ricevuto molte adesioni ma non è stato sottoscritto dalle associazioni uniciste italiane. Secondo lei da cosa dipende. Lei personalmente condivide i contenuti del Manifesto?**

Non conosco le ragioni precise, ma penso che il monito di Hahnemann, di colui che l'omeopatia l'ha scoperta e lasciata ai posteri sia abbastanza determinante in tutto questo. Questo non vuol dire che le due correnti di pensiero debbano vivere sul piede di guerra, al contrario, si deve favorire uno scambio e soprattutto il rispetto reciproco. È ovvio che, se un medico non ha il tempo, l'opportunità e la situazione idonea per approfondire al massimo lo studio dell'omeopatia, è liberissimo di "arricchire" la sua prescrizione con uno o più farmaci allopatrici, secondo la sua scienza e coscienza. L'importante è che il malato ritrovi il suo benessere. Ma allo stesso tempo non si deve censurare quell'omeopata che dopo una vita dedicata allo studio ed alla vocazione omeopatica decide di curare una bronchite o una tonsillite (io lo faccio ogni giorno da 30 anni) con il solo farmaco omeopatico. Questo è già accaduto milioni di volte nei due secoli di storia dell'omeopatia e non capisco perché non si possa fare oggi.

Penso che da entrambe le parti si debba meditare ed in primo luogo rispettarsi, lasciando da parte considerazioni politiche o logiche di potere. Siamo tutti fratelli che percorrono lo stesso sentiero. Non c'è spazio per divisioni, ci vuole rispetto e tolleranza, solo così le istituzioni ci rispetteranno, anche se i nostri approcci al malato sono un po' divergenti. C'è di peggio nella nostra società di queste sottili differenze interpretative...

La Liga in tutto questo cercherà a luglio prossimo, a Parigi, durante il suo 69° congresso mondiale, di dare spazio a tutti i possibili approcci terapeutici. Questo è il tema dominante del congresso quindi, benvenuti a tutti. Questo è il segno del mio mandato, ascoltare tutti, rispettare il pensiero di tutti, senza dimenticare che l'omeopatia ha comunque un suo statuto epistemologico che va studiato e ricordato. Mi congedo inviando un caro saluto a tutti i lettori che ogni giorno si prodigano per il bene dei pazienti con l'utilizzo della medicina omeopatica o se vuole, integrata. ■

**Sabrina Montironi** - Sarei curiosa di sapere un po' di più sulla Pulsatilla maschile (così rara?). I sacri testi non mi sono di grande aiuto. Meglio se le indicazioni sono accompagnate da racconti esperienziali, che sono quelli che più mi rimangono in mente... La fascia di età è preferibilmente quella adolescenziale, ma non disdegno altre fasi. Qualcuno mi può aiutare?

**Maria Borriello** - Il maschio Pulsatilla è assolutamente dipendente dal cordone ombelicale non reciso con la madre, per cui tende a non essere indipendente e a non prendere decisioni che lo allontanano. E poi emotivamente ha la lacrima facile, si commuove.

**Tiziana Di Giampietro** - Aggiungo all'ottimo profilo di Maria Borriello che l'uomo "Anemone" non è diverso dalla donna "Pulsatilla": anche lui vuole essere al centro dell'attenzione, desidera comprensione e, per averla, si finge più pauroso/bisognoso di quanto non sia; vuole essere ammirato da tutti e per farlo è capace di vestirsi in modo eccentrico o di farsi coccolare. Usa l'astuzia per ottenere attenzione, fatto che ne fa uno scaltro realizzatore nella vita e, nonostante apparentemente sembra aver bisogno di appoggiarsi a qualcuno, in effetti lo fa solo per conseguire i suoi obiettivi con l'approvazione di tutti. In compagnia è simpatico e brillante, da solo si sente sperduto.

**Luca Biasi** - Va bene mi avete provocato ed allora entro anche io in questa discussione sul maschio Pulsatilla, discussione peraltro tutta al femminile fino ad adesso, chissà perché. Un analista avrebbe di che riflettere (mi son detto guardandomi allo specchio) ed aggiungo una nota un po' osé: i pochi maschi a cui penso di aver dato Pulsatilla come rimedio unico per una azione profonda e con buoni risultati, avevano tutti labbra molto carose ed a forma di cuore....

**Italo Grassi** - Pur avendo dato più Pulsatilla a donne, mi è capitato in un certo numero di casi di darlo anche a maschietti. Questi maschi bisognosi del rimedio Pulsatilla avevano in comune il rapporto con la loro mamma. Faccio l'esempio di un mio amico che, a 35 anni, causa rottura di profilattico (!) rischiò di mettere incinta la sua ragazza. Da quel momento iniziò a formare calazi recidivanti sulle palpebre, arrivò a produrne 17 in un mese (!). Il problema: sposarsi e separarsi dalla sua mamma. Fortunatamente, per lui, la ragazza non rimase incinta, quindi non dovette lasciare la sua casa con mamma incorporata. Però i calazi continuarono a fiorire e s'interruppero solo con l'aiuto di Pulsatilla (la ragazza nel frattempo se n'era già andata). A 48 anni lui prese il coraggio a due mani e andò a vivere da solo in un appartamento a 35 metri dalla casa della sua mamma (!). Adesso, che lui ha 55 anni, la mamma è morta e lui convive per due giorni la settimana con la nuova ragazza, negli altri 5 giorni sta nel vecchio appartamento, quello dove viveva con la mamma, da bambino... Però prevede, in futuro, una convivenza più prolungata dal momento che la mamma non c'è più, purtroppo.

**Tiziana Di Giampietro** - Natrum muriaticum e Pulsatilla, paralleli alla sinistra di Calcarea phosphorica e alla destra di Sulphur, sembrano toccarsi se visti dall'angolazione sbagliata, ma come due rette, non si toccano se non all'infinito. ■

## La dermatite di Pepito

**Lavinia Forti Grazzini**

Medico Veterinario, Ospedale Veterinario "Masaccio", Firenze  
E-mail: [lavinia.fortigrazzini@fastwebnet.it](mailto:lavinia.fortigrazzini@fastwebnet.it)

**P**epito è un cane, maschio, meticcio media taglia, dolicomorfo, castrato in età prepuberale, di due anni di età, mantello chiaro a pelo raso, di costituzione sulfurica. E' un cane magro con solchi intercostali molto evidenti, nonostante che sia la qualità che la quantità dell'alimento somministrato sia più che adeguata.

Il motivo della mia visita è il perdurare di una dermatite cronica ad andamento ecsematoso essudativo sulla faccia dorsale degli arti anteriori. Le lesioni originate a livello delle dita si sono estese fino alla regione del carpo e dell'avambraccio, sono iniziate abbastanza improvvisamente con un fenomeno infiammatorio acuto che, a causa delle lesioni secondarie all'incessante leccamento, si è fortemente complicato.

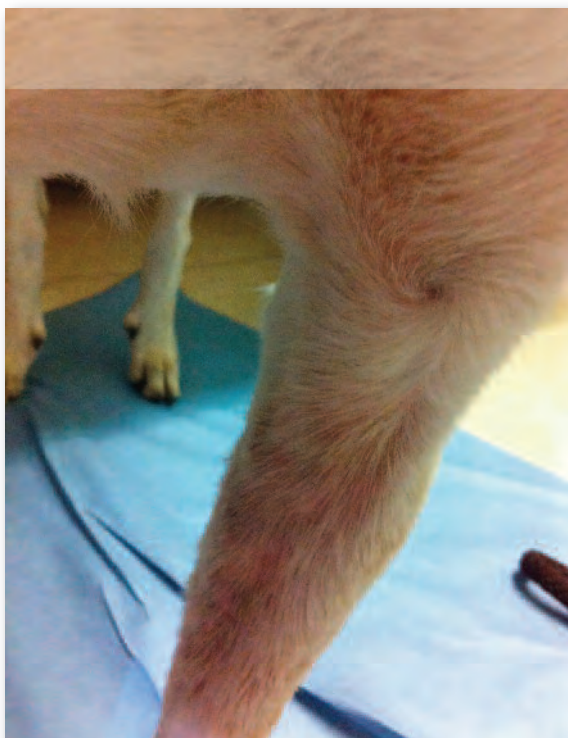
Il cane nei momenti più gravi passava addirittura le intere nottate a strapparsi il pelo e a mordersi le zampe; di conseguenza le iniziali lesioni erosive sono degenerare in una importante dermatite batterica con imponente piodermite che, a partire dagli spazi interdigitali, ha raggiunto gli avambracci di entrambi gli arti anteriori. Sulle altre parti del corpo la pelle si presentava lievemente arrossata in modo uniforme.

La proprietaria è un medico veterinario allopatha che aveva sottoposto più volte il cane a cicli di terapia con antibiotici e corticosteroidi secondo tutti i dettami della medicina convenzionale, ottenendo però risultati assolutamente insufficienti e la cui durata si limitava appena alla durata della terapia con recidive sempre più frequenti e di intensità maggiore.

La collega è una ragazza single, molto amante del suo lavoro, che si svolge prevalentemente in area chirurgica; estroversa, ma non troppo, alta e molto magra, amante dello jogging; vive da sola con Pepito ed una gatta.

Pepito viene adottato a 50 giorni di età, solo due giorni dopo la morte dell'amatissimo cane precedente. Generalmente in situazioni analoghe il nuovo animale adottato presenta caratteristiche morfologiche o di sesso, o addirittura di specie completamente diverse dal precedente; in questo caso invece la collega ha cercato in lungo ed in largo in tutti i canili italiani ed europei fino a trovare il perfetto sosia del cane defunto.

Le lesioni peggiorano in estate, all'aria aperta, dopo le uscite, con il tempo umido; migliorano però dopo la pioggia, quando il cane è in compagnia. Pepito è un cane che beve poco, e beve soltanto se l'acqua somministrata viene mescolata ad un po' di latte; infatti il suo cibo pre-







ferito sono i latticini (anomalia in un carnivoro). E' un cane con un buonissimo tono muscolare perché accompagna la sua padrona nello jogging, ma è da notare che corre solo se lei lo conduce al guinzaglio; se lasciato libero invece si impaurisce, va letteralmente nel panico e si infila nel primo portone aperto che trova, oppure dentro un negozio, alla ricerca di un luogo chiuso.

Il suo rapporto con gli altri cani che incontra per strada e nei parchi cittadini si può riassumere in un comportamento tra il timoroso ed il diffidente; in effetti quando li vede, già da lontano manifesta l'orripilazione dei peli della linea del dorso dal collo alla coda, ma se gli altri abbaiano e lui è sciolto scappa. Se si tratta di cani molto ben socializzati e che nonostante la sua scontrosità gli si avvicinano, dopo averli ben annusati e controllati, operazione che talvolta richiede anche dieci minuti, solo allora timidamente scodinzola e comincia con qualche incertezza a giocare insieme.

Stranamente manifesta paura/aggressività nei confronti delle immagini di animali, per esempio immagini pubblicitarie in strada, e con non poco imbarazzo per la padrona si ferma atterrito tremando di fronte ai venditori ambulanti di colore.

Si relaziona molto bene con il gatto di casa, che è una femmina sterilizzata, con la quale gioca molto e condivide sia i luoghi del sonno (divano e cuccia), sia le ciotole dell'acqua e del cibo. E' molto docile ed affettuoso con le persone, anche con gli estranei, tanto che non fa minimamente la guardia alla casa; è dolcissimo e protettivo verso i bambini.

Ho notato che durante il racconto in più occasioni la proprietaria mi dice: "Non sono ancora riuscita ad insegnargli a fare questo o quello, come invece faceva benissimo il cane precedente"; in qualche modo ho avuto la

sensazione che lei si aspetti da lui esattamente le stesse reazioni dell'altro cane e che quando ciò non avviene sia, pur non ammettendolo, un po' delusa, ma Pepito se n'è accorto, e tutte queste regole e aspettative non gli sono congeniali.

### Terapia

Inizio: Apis 15CH, 3 granuli/bid; Sulphur 9CH, 3 granuli/bid; Mercurius solubilis 30CH; 3 granuli/bid. Effettuo la seconda visita dopo sette giorni, dove noto che la componente essudativa della lesione si sta notevolmente ridimensionando.

A 20 giorni: Sulphur 9CH, 3 granuli 3 volte alla settimana per due settimane; Mercurius 30CH, 3 granuli volte al giorno per un mese.

A 50 giorni le lesioni sono praticamente guarite, Pepito si relaziona molto bene con gli altri cani ai giardini. Senza interpellarmi viene sospesa ogni forma di terapia: in effetti la dermatite è passata e l'umore di Pepito è assolutamente buono.

Inaspettatamente una mattina alle sette accade un grosso problema: mentre giocava in un parco con altri cani, Pepito trova una pallina da tennis nel prato, comincia a correre con la pallina in bocca mentre la proprietaria gli intima di lasciarla e gli altri cani lo rincorrono per levargliela di bocca; in un attimo il dramma: Pepito ingoia la pallina che si ferma nell'esofago intratoracico esattamente sulla base del cuore.

Immediatamente portato in sala chirurgica con forte dolore disfagia, insufficienza respiratoria ed aritmie, si procede ad intubazione e ventilazione assistita, dopo aver tentato inutilmente di estrarre la pallina per via endoscopica, tramite sonda esofagea somministriamo 50 ml di vasellina, quindi riusciamo finalmente a spingere il corpo estraneo lentamente nello stomaco; si procede quindi con la gastrotomia per la rimozione dello stesso.

Dopo la chirurgia Pepito si riprende velocemente.

Per il mantenimento viene somministrato Mercurius 30CH, 5 granuli a giorni alterni; sono passati ormai quattro mesi dall'intervento, la dermatite è risolta e la risposta ai comandi è più costante, sta diventando un cane pienamente affidabile. ■

### Letture selezionate

Budjng JB - Flaherty Y-J: Alternative therapies in veterinary dermatology.

Del Francia F: Collezione dei quadri essenziali dei rimedi omeopatici.

De Marque, Jouanny: Farmacologia e Materia medica omeopatica.

Dujany R.: Materia Medica Omeopatica.

Rigamont B.: Manuale di omeopatia nel cane e nel gatto.

Schoroyens F.: Synthesis.

# Medicina narrativa versus EBM

## Due ali per un unico volo

**Luigi Turinese**

*Medico esperto in omeopatia, psicoterapeuta  
E-mail: turiness@tin.it*

A partire dall'inizio degli anni '90, abbiamo assistito alla diffusione nella comunità medico-scientifica della cosiddetta Evidence Based Medicine (EBM). L'EBM (medicina basata sulle prove) venne presentata ufficialmente nel 1992 su JAMA, al termine di un percorso di revisione dell'uso pratico della letteratura internazionale che avrebbe portato, l'anno seguente, alla fondazione della "Cochrane Collaboration", un network internazionale avente lo scopo di diffondere studi clinici controllati. L'EBM viene definita come "il processo della ricerca, della valutazione e dell'uso sistematico dei risultati della ricerca contemporanea come base per le decisioni cliniche" (Sackett D. L. et al., 1996).

Essa si fonda sul principio della valutazione dei migliori risultati della ricerca disponibili in quel preciso momento di ricerca scientifica. La sua codificazione, oramai assurda a feticcio scienziato, ha ragioni di esistenza non solo scientifiche ma anche e forse soprattutto economiche: razionalizzare le cure in base a protocolli standardizzati sicuramente evita sprechi; ma, al tempo stesso, appiattisce le possibilità di intervento creando una medicina procedurale e perciò stesso non individualizzata. In una lezione tenuta nel 2002 nell'ambito di un Corso di Formazione in Bioetica dell'Istituto Italiano di Bioetica Campania, Ivan Cavicchi affrontava l'argomento con la franchezza e la chiarezza consuete: "La cosa davvero curiosa è che nel mentre l'EBM dà al dato quasi un carattere metafisico e nel mentre avversa in nome dei dati le speculazioni, i soggettivismi, le astrazioni dei medici, non si accorge di costruire la perentorietà del dato proprio sull'astrazione [...] L'EBM non è pratica contro teoria, ma più semplicemente una teoria statistica della pratica. Non ho nessuna difficoltà a riconoscere all'EBM un'indubbia utilità, ma non possiamo nascondere che essa, suo malgrado, è un modo di garantire un vecchio modo di intendere la scientificità. Essa, a mio parere, rappresenta il tentativo tecnico di difendere una scientificità attraverso la conoscenza statistica. Niente di male, per carità. Se c'è tuttavia una cosa da rimarcare nel pensiero moderno è la grande problematicità di ridurre la realtà a rispecchiamento statistico. Il che non vuol dire che non si debba usare la statistica. Con l'idea di "rispecchiamento" si rischia di far regredire la riflessione al più vecchio positivismo per il quale valevano le coppie di opposizione oggettivo/soggettivo; teoria/pratica; vero/falso; razionale/irrazionale. Coppie che da Quine in poi sono state messe seriamente in discussione. La clinica può usare la statistica, ma in nessun caso ne può essere vicariata. Oggi, nella discussione epistemologica moderna si preferisce parlare di spiegazioni convenienti anziché di

spiegazioni vere. Il presupposto di questa nuova scientificità è uno solo: l'ineliminabilità di un criterio soggettivo dell'operatore, criterio che per l'EBM, nelle sue rappresentazioni più estremistiche, rappresenta invece il problema per antonomasia. Spesso non si tratta solo di trovare l'accordo tra un'ipotesi terapeutica e un fatto patologico, ma anche di scegliere tra più ipotesi e più fatti. In tutto questo, l'EBM resta una tecnica epidemiologica utile, come qualsiasi altro tipo di dato di conoscenza. Essa aiuta a decidere, a combattere gli sprechi, le inutilità e tutto quello che si vuole, ma in nessun caso può pretendere di sostituirsi ad un criterio soggettivo dell'operatore. L'EBM è uno strumento dentro una cassetta di attrezzi fatta da tanti altri strumenti. Tutti utili a seconda delle circostanze. Ma tutti in qualche modo funzionali ad un'abilità che resta clinica".

I sostenitori dell'EBM deducono da una rappresentazione statistica del malato una medicina procedurale, da cui deriva una clinica assiomatica. Ma la malattia è sempre un dis-ordine (Cavicchi, 2000: 103), per cui le asserzioni di singolarità prevalgono sempre, ricordandoci che il medico deve guardare ad ogni singolo individuo come se fosse unico. Il caso clinico corrisponde, in un certo senso, più al caso che alla necessità. Come scrive Ivan Cavicchi riprendendo un concetto di Giovanni Federspil (Federspil, 1980): "La clinica [...] sta diventando sempre più scienza del singolo caso" (Cavicchi, 2000: 128). L'applicazione di una medicina basata solo sulle prove scientifiche si basa sull'erroneo principio secondo cui l'osservazione clinica è oggettiva e, come tutte le procedure scientifiche, dovrebbe essere sempre riproducibile nello stesso modo. Le cose tuttavia non sono così semplici. Ogni malattia ha sì una fisiopatologia e un decorso; ma anche una valenza metaforica: si pensi ai significati che può suggerire la parola immunità. Allo stesso modo, ogni sistema medico veicola, accanto a un bagaglio tecnico-scientifico, anche profondi significati simbolici; e ogni malato presenta, accanto a una dimensione oggettiva - non sempre rilevabile da subito - una dimensione soggettiva, che non solo accompagna ogni malattia ma può a lungo rappresentarne l'unico disagio avvertito. Casi come questi sono relegati, da parte di sanitari privi di sensibilità clinica, tra i "malati immaginari", oggi definiti più elegantemente nevrotici o "psicosomatici". Nell'affrontare questa delicata questione ci soccorre la distinzione - propria della fenomenologia - tra corpo fisico (körper) e corpo vissuto (leib): il primo è una sorta di astrazione anatomo-fisiologica priva di storia e di coscienza, mentre il corpo vissuto porta in sé la verità dell'unità psicofisica, intimamente attraversata dalla

dimensione soggettiva del sentire. Il clinico si rivolge sempre, dunque, al corpo vissuto. Occupandosi della totalità dell'uomo sofferente, gli si accosta con un bagaglio costituito da conoscenza e da empatia, ponendosi di fronte alla persona che ogni malato è, e che gli chiede di essere interpretata nella sua realtà umana: dunque che si conferisca un orizzonte di senso ai suoi disturbi. In questo percorso si adombra il passaggio dal segno al significato. È su questo punto che la medicina clinica si interfaccia con l'ermeneutica, scienza dell'interpretazione. Essa, inoltre, manifesta una dimensione morale che costituisce un valore aggiunto alla competenza scientifica. "Il medico [...] è [...] un essere umano transeunte insieme a un altro essere umano transeunte" (Jaspers, 1986: 108). Va da sé che tale atteggiamento non si limita a vedere il paziente come portatore di una patologia ma lo considera come un essere umano con una sua biografia. La malattia non si esaurisce nella dimensione biologica ma si sostanzia di vissuto soggettivo. Già alla fine degli anni '60 del secolo scorso, al fine di correggere l'unilateralità della medicina tecnologica, si sviluppa il movimento delle Medical Humanities, raccolto intorno alla figura del bioeticista Edmund Pellegrino (1920-2013) e di altri professionisti convinti che le discipline umanistiche possano influenzare la formazione e la pratica in Medicina. Alla Harvard Medical School, più o meno negli stessi anni, la Medical Anthropology studia la salute e la malattia in rapporto all'adattamento culturale e in una prospettiva sistemica. Si deve all'Antropologia Medica una triplice definizione di malattia: *disease*, che ne sottolinea gli aspetti biologici; *illness*, che ne mette in evidenza gli aspetti soggettivi; *sickness*, che studia le limitazioni sociali dell'essere malati. In questo snodo fondamentale si inserisce il movimento di Medicina Narrativa, fondato da Rita Charon presso la Facoltà di Medicina della Columbia University e basato sull'introduzione nella pratica clinica di elementi desunti dalla cultura umanistica. Si tratta di una modalità di relazione terapeutica che pone un' enfasi particolare sulla storia della malattia così come viene vissuta dal paziente e sul suo contesto. Charon giunge sino a proporre una Parallel Chart, sorta di diario che raccoglie l'esperienza dell'essere malato in un progetto di ampliamento dei dati della tradizionale cartella clinica. Il paziente racconta la propria storia, inserendo la sua soggettività in un contesto relazionale e culturale e recuperando in tal modo il significato di ciò che gli accade; l'enfasi sulla dimensione intersoggettiva gli consente di attenuare il vissuto altrimenti alienante della malattia. Nel cercare nuove vie per migliorare la capacità dei medici di comprendere ciò che il paziente dice loro e di comunicare a loro volta, la Medicina Narrativa conduce ad una vera e propria rivoluzione epistemologica: essa costituisce un "progetto di medicina centrata sul paziente" (Masini) e uno strumento di verifica del vissuto del medico. I vantaggi sono facilmente intuibili: se da un lato facilita e rende più precisa la diagnosi e consente di porre attenzione ai movimenti di *transfert* e di *controtransfert*, dall'altro costituisce un elemento terapeutico, migliorando lo stato d'animo del paziente e incrementandone la compliance.

Più precisamente, nell'ambito della diagnosi descrive la

forma fenomenica in cui i pazienti sperimentano la malattia, incoraggia la comprensione reciproca e fornisce informazioni non conoscibili sulla base dell'anamnesi tradizionale; sul piano terapeutico ha una valenza curativa in sé, favorisce un approccio olistico e incoraggia verso terapie complementari, col risultato di poter essere una preziosa alleata nella costruzione di una Medicina Integrata. Se immaginiamo il paziente come un testo da interpretare, si comprende come le competenze narrative possano rendere medici migliori. Gli obiettivi di un "training narrativo" - che si snoda attraverso tappe che comprendono tra le altre la cosiddetta autobiografia medica ed esercizi di scrittura creativa - sono i seguenti:

- imparare a seguire una trama narrativa;
- saper adottare punti di vista multipli e talora anche contraddittori;
- immaginare soluzioni;
- decodificare immagini e metafore forniti dal paziente
- seguire il flusso temporale della storia clinica;
- saper tollerare l'incertezza, pane quotidiano dell'attività clinica, e insegnare al paziente a fare altrettanto.

La Medicina Narrativa consente di spostare l'attenzione dal corpo fisico al corpo vissuto (v. sopra), attraverso l'esercizio complementare di empatia e exotopia: ovvero sapersi mettere nei panni dell'altro, ma anche accettare l'altro proprio in quanto *altro*. Il percorso che sto cercando di disegnare consente il recupero di una dimensione autenticamente clinica, oltre l'attuale primato della Patologia. Ne consegue una migliore comprensione dei nessi tra costituzione genetica, ambiente e stile di vita e, di più, una solida base teorico-clinica per fondare scientificamente la psicosomatica. Nasce da queste premesse un modo nuovo di fare medicina. La Narrative Based Medicine (NBN) si propone di integrare l'EBM affiancando all'impostazione statistico-protocollare di questa una raccolta di dati di tipo qualitativo, relativi al vissuto del paziente: tristezza, sentimento di solitudine, scoraggiamento. Laddove l'EBM aumenta la conoscenza e aiuta a comprendere la malattia, la NBN facilita la relazione e aiuta a comprendere il malato. "La medicina narrativa è emersa come nuova struttura per la medicina clinica e comprende le abilità testuali e interpretative nella pratica della medicina" (Charon, 2001: 1899).

La raccolta dei dati e la relazione col paziente ne vengono enormemente accresciute; anche se bisogna osservare che soltanto una farmacologia che includa i dati soggettivi nella scelta terapeutica - tipica della medicina omeopatica - può completare le premesse della NBN. Compito del clinico, pertanto, è ordinare gerarchicamente segni e sintomi, avvalendosi di una logica operativa che si affranchi da una volontà meramente oggettivante per raggiungere una piena comprensione dell'essere umano sofferente. Per far ciò occorre mettere in atto una capacità di osservazione e di ascolto che sappia valutare appieno la dimensione soggettiva oltre che quella strettamente scientifica. Tale operazione pone al centro della scena la relazione terapeutica, che è una prassi sostenuta da una teoria adeguata. ■



**LETTURE CONSIGLIATE**

- Cavicchi I: "Pluralismo o Babele medica? Chi, come e che cosa scegliere per curarsi", in AA. VV. : Medicina e multiculturalismo. Dilemmi epistemologici ed etici nelle politiche sanitarie, Apèiron, Bologna 2000.
- Cavicchi I: La medicina della scelta, Bollati Boringhieri, Torino 2000.
- Cavicchi I: Filosofia della pratica medica, Bollati Boringhieri, Torino 2002.
- Cavicchi I: La clinica e la relazione, Bollati Boringhieri, Torino 2004.
- Cavicchi I: Ripensare la medicina, Bollati Boringhieri, Torino 2004.
- Charon R: Narrative Medicine: a model for empathy, reflecton, profession, and trust, in JAMA 286, 2001.
- Charon R: Narrative medicine: honoring the stories of illness, Oxford University Press 2006.
- Cochrane AL (1972): L'inflazione medica. Efficacia ed efficienza nella medicina, Feltrinelli, Milano 1978.
- Evidence-based Medicine Working Group: Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine, in JAMA, 268:2420-5,1992.
- Eysenck HJ: Handbook of abnormal psychology, Basic Books, New York 1971.
- Federspil G: I fondamenti del metodo in medicina clinica e sperimentale, Piccin Editore, Padova 1980.
- Federspil G: Logica clinica. I principi del metodo in medicina, McGraw-Hill, Milano 2004.
- Jaspers K: Psicopatologia generale, (1913/1959), Il Pensiero Scientifico, Roma 1964.
- Jaspers K (1986), Il medico nell'età della tecnica, Raffaello Cortina, Milano 1991.
- Lain Entralgo, P: Il medico e il paziente (1969), Il Saggiatore, Milano 1969.
- Masini, V.: Medicina narrativa, comunicazione empatica e interazione dinamica nella relazione medico-paziente, Franco Angeli, Milano 2005.
- Sackett DL, Richardson WL, Rosenberg WMC, Gray, JAM, Haynes RB: Evidence-based medicine: what it is and what it isn't, in BMJ 1996, 312: 71-2.
- Sackett DL, Richardson WL, Rosenberg WMC, Haynes RB: Evidence Based Medicine, Churchill Livingstone, Edinburgh 1997.
- Turinese L: Il concetto di modello reattivo come strumento ermeneutico: oltre l'omeopatia, in "Filosofia della medicina", Manifestolibri, Roma 2001.
- Turinese L: Biotipologia. L'analisi del tipo nella pratica medica, Tecniche Nuove, Milano 2006.
- Turinese L: Modelli psicosomatici. Un approccio categoriale alla clinica, Elsevier-Masson, Milano 2009.

**Dalle pagine di OmeopatiaOnline...**

**Laura Minà** - Sono una farmacista e vorrei porvi un quesito che riguarda lo "smettere di fumare". L'altro giorno una cliente in farmacia mi ha detto che ha letto di un rimedio isoterapico per smettere di fumare. Voi sapete darmi qualche indicazione in merito?

**Tiziana Di Giampietro** - Il fumo è un artificiale su cui si scaricano insicurezze di altra natura. Rimuovere il problema creato, problema artificiale (la dipendenza dalla sigaretta) senza aver risolto il problema originario (disagio psichico), come sempre accade quando si toglie un sintomo senza rimuovere la causa etiologica, provoca una recidiva in breve o lungo tempo, nello stesso o in altro modo dunque più radicato e complesso. Come accade nella terapia dei contrari, che si limita ad azzittire il sintomo, che è il linguaggio del corpo, se non si riequilibra il terreno psicofisico (medicinale di fondo) la cura non sarà risolutiva.

**Francesco Macrì** - Potrei dire che questa storia dell'isoterapico per smettere di fumare fu uno degli aspetti più discutibili di tutta la storia dell'omeopatia; consisteva nel preparare l'isoterapico con il tabacco ottenuto dalle stesse sigarette fumate dal paziente... Non male, eh?

**Giorgio Cavenago** - E' senz'altro utile usare, in questa situazione, i Fiori di Bach: Heather per la dipendenza (il bambino che è in tutti noi e che necessita di attenzioni) e Agrimony, il grande ansiolitico del sistema Bach. ■

**Iscriviti alla SIOMI e con soli 50 euro potrai...**

- Leggere **SIOMIinforma**, la newsletter online della SIOMI.
- Partecipare a **OmeopatiaOnline**, la mailing-list dei soci SIOMI.
- Avere accesso agli articoli in full-text di "**Homeopathy**" e "**JACM**".
- Usufruire degli **sconti** per partecipare agli eventi culturali organizzati dalla SIOMI.
- Ricevere a casa tua "**HiMed**", la rivista ufficiale della SIOMI.

Pagamento tramite Carta di Credito telefonando alla Segreteria SIOMI al numero **055.6800389**

oppure tramite versamento su C/C bancario n. 170173 (CAB: 02806 - ABI: 06200)

IBAN: IT67N 06200 02806 000000170173

E-mail: [segreteria@siomi.it](mailto:segreteria@siomi.it) - Tel.: **055.658.2270** (dal lunedì al venerdì, dalle ore 14:30 alle ore 16:30)



# oscillococcinum® per la prevenzione e il trattamento delle sindromi influenzali.

oscillococcinum® è il medicinale omeopatico tradizionalmente utilizzato:<sup>1,2,3,4,5</sup>

- Nella prevenzione di episodi influenzali e simil-influenzali.<sup>2a,2b,2e</sup>
- Ai primi sintomi; 70% di risoluzioni in più nelle prime 48 ore, rispetto al placebo.<sup>2c</sup>
- Nella fase acuta; minore incidenza e intensità dei sintomi, guarigione più rapida.<sup>2f</sup>

oscillococcinum® è indicato negli adulti e nei bambini:<sup>6,7,9,10,11,12</sup>

- Ampia documentazione clinica.<sup>2,3,4</sup>
- Non presenta effetti collaterali per la sua diluizione omeopatica alla 200K.<sup>6,7,8,9,10,13</sup>
- Utilizzabile in associazione ad ogni altra terapia farmacologica.<sup>2b,2c,2f,6,7,10</sup>
- Utilizzato da 80 anni in 60 paesi nel mondo.
- Il più utilizzato in Francia<sup>14</sup> per le sindromi influenzali.



**D.Lgs. 219/2006 art. 85: "Medicinale omeopatico senza indicazioni terapeutiche approvate".**  
**D.Lgs. 219/2006 art. 120 1 bis: "Trattasi di indicazioni per cui non vi è, allo stato, evidenza scientificamente provata dell'efficacia del medicinale omeopatico".**

Medicinale non a carico del SSN.

# Le CAM nel trattamento della malattia di Alzheimer

Alessandra Augino

Erborista esperta in fitoterapia

E-mail: [aleaugino@hotmail.it](mailto:aleaugino@hotmail.it)

Tratta dalla Tesi del Master di I Livello in Medicine Complementari e Terapie Integrate, Università di Siena, Anno Accademico 2012-2013

La malattia di Alzheimer è una malattia neurodegenerativa che interessa principalmente le regioni ippocampali e neocorticali del cervello, e che comporta un progressivo e cronico deficit delle funzioni cognitive ed intellettive.

I segni istopatologici caratteristici della malattia si verificano sia a livello macroscopico con un cervello di peso e volume ridotto (atrofia cerebrale), sia a livello microscopico con la formazione delle placche amiloidi e dei grovigli neurofibrillari: le placche amiloidi sono delle lesioni extracellulari costituiti da aggregati a palizzata del peptide  $\beta$ -amiloide ( $A\beta$ ), i grovigli neuro fibrillari invece sono invece costituite da doppi filamenti di circa 10 nm che formano eliche a causa della iperfosforilazione della proteina  $\tau$  (tau) dei microtubuli, così da rendere funzionalmente inefficiente il citoscheletro neuronale e la struttura degli assoni.

La patogenesi è spiegata con l'ipotesi della cascata amiloidea. Il peptide  $\beta$ -amiloide 1-42 si forma a partire da una proteina precursore, l'APP. Mutazioni a carico dell'APP, ma anche una riduzione degli enzimi coinvolti nel metabolismo, comportano un accumulo del peptide  $A\beta$  che spontaneamente può autoaggregarsi in strutture intermedie denominate oligomeri, che possono essere costituiti da 2 fino a 12 peptidi. La proteina  $\beta$ -amiloide può anche evolvere in fibrille, che si dispongono in foglietti  $\beta$ -ripiegati per formare le fibre insolubili di placche amiloidi avanzate. Questo comporta morte neuronale e formazione di grovigli neurofibrillari, tutti eventi che conducono alla neurodegenerazione del sistema colinergico e quindi deficit cognitivi<sup>1</sup>.

I farmaci attualmente in uso nel trattamento farmacologico della malattia di Alzheimer sono esclusivamente di tipo sintomatico, ovvero non interferiscono con i processi neurodegenerativi che sono alla base della malattia ma ritardano i deficit cognitivi che si accompagnano alla malattia stessa. In una fase lieve-moderata vengono utilizzati gli inibitori delle colinesterasi (Donepezil, Rivastigmina, Galantamina) che inibiscono i principali enzimi a livello neuronale e gliale che degradano l'acetilcolina. Gli antagonisti dei recettori NMDA vengono utilizzati in una fase moderato-severa. La memantina infatti inibisce l'eccessiva attivazione del sistema glutammatergico che rappresenta uno degli eventi patogenetici più importanti nell'AD, poiché determinerebbe al contempo fenomeni neurodegenerativi, legati ai fenomeni di eccitotossicità, e deficit cognitivi riconducibili alla compromissione dei processi di LTP<sup>2</sup>.

Considerate le notevoli reazioni avverse che si accompagnano all'uso di questi farmaci (vertigini, agitazione, confusione, astenia, incontinenza urinaria, ipertensione, vertigini, cefalea, stipsi) oggi gli sforzi della Medicina Integrata sono

focalizzate nell'acquisizione di ulteriori opportunità terapeutiche non in concorrenza con la medicina tradizionale, ma in alleanza tra strumenti di cura e come condivisione dei pazienti tra operatori sanitari diversi, così come il centro di Medicina Integrata dell'ospedale di Pitigliano sta cercando di portare avanti da tre anni. Di seguito quindi un'esempio di utilizzo della moxibustione, del Tai Chi e della fitoterapia come modelli di CAM nel trattamento dell'AD.

La moxibustione è una metodica terapeutica fondamentale nella medicina tradizionale cinese e si avvale del calore ai fini terapeutici utilizzando i punti di agopuntura. Può essere diretta o indiretta, a seconda se la combustione della polvere della pianta utilizzata (*Artemisia vulgaris*) sia direttamente o indirettamente a contatto con la pelle. Negli ultimi anni numerosi studi si sono focalizzati sul meccanismo di riparazione tissutale che si verifica dopo un trattamento con la moxa, in particolar modo si è evidenziato un aumento della produzione di quelle proteine da shock termico (HSP), fondamentali per la riparazione proteica intracellulare. D'altra parte, mentre gli effetti di riparazione e rigenerazione del meccanismo indotto dall'agopuntura vengono solitamente attribuiti al miglioramento del flusso sanguigno e al sistema colinergico antinfiammatorio, il ruolo delle HSP sulla riparazione tissutale indotta dall'agopuntura è stata documentata in letteratura. Uno studio del 2007 (Yan et al., 2007) ha dimostrato come 15 minuti di moxibustione aumentavano significativamente i livelli di HSP70 e attivavano la riparazione del tessuto cerebrale<sup>3</sup>. È chiaro quindi come gli effetti di sopravvivenza indotti dalla moxibustione forniscano una solida base per valutare questa tecnica come trattamento in condizioni cliniche appropriate.

Il Tai Chi è una delle più importanti branche delle arti marziali cinesi e ricerca l'armonia e l'equilibrio tra Yin e Yang tramite l'armonia e la fluidità dei movimenti. È stato dimostrato come pazienti affetti da Alzheimer che praticavano il Tai Chi tre volte a settimana per un periodo di 8 mesi evidenziavano aumenti di volume di cervello e miglioramenti cognitivi valutati tramite test psicologici di memoria e di pensiero. Studi epidemiologici hanno inoltre dimostrato che le persone che si mantengono attive fisicamente e che sono socialmente più attive hanno un rischio più basso di insorgere in AD<sup>4</sup>.

La fitoterapia invece è l'utilizzo delle piante ai fini terapeutici; numerosi studi suggeriscono che principi attivi estratti dalle piante officinali possiedono effetti neuro protettivi, suggerendo un possibile impiego di tali piante sia nel declino cognitivo associato all'invecchiamento che nella prevenzione e nel trattamento dell'AD.



Le piante officinali maggiormente studiate sono il Ginkgo biloba, la Salvia officinalis, la Melissa officinalis e l'Huperzia serrata.

Il Ginkgo biloba è una pianta arborea di origine cinese i cui estratti maggiormente utilizzati negli studi clinici sono l'Egb761 e Li1370, che vengono standardizzati in base al contenuto di glicosidi flavonici (22-27%) e di lattoni terpenici - ginkgolidi A, B, C - (5-7%). L'estratto maggiormente utilizzato è l'Egb761, che contiene il 6% di Terpenoidi (ginkgolidi A, B, C e bilobalidi), che agiscono riducendo la formazione e l'aggregazione del peptide  $\beta$ -amiloide ( $A\beta$ ) e il 6% di flavonoidi (quercetina). Seppure appare scarsa l'efficacia di questo estratto nella prevenzione dell'AD, studi controllati iniziali (1997-2004) hanno mostrato risultati positivi a un dosaggio di 240 mg/die nel trattamento dell'AD, seppure esiste una grande eterogeneità nella metodologia utilizzata e nei campioni analizzati. Una metanalisi di Cochrane del 2009 suggerisce una limitata efficacia degli estratti di Ginkgo biloba in quel sottogruppo di pazienti affetti da sintomi neuropsichiatrici<sup>5</sup>.

La Salvia officinalis è un piccolo arbusto sempreverde che contiene il 2% di olio volatile i cui componenti principali sono composti monoterpene ( $\alpha$ -pinene,  $\beta$ -pinene, 1,8 cineolo, tujone, canfora e geraniolo) e composti polifenolici (acido rosmarinico, l'acido caffeico e la luteolina) ritenuti responsabili dell'attività farmacologica dell'intera pianta. Agiscono infatti come inibitori delle colinesterasi, hanno un'azione antiossidante e antinfiammatoria e *in vitro* è stata dimostrata direttamente un'azione neuroprotettiva a livello neuronale prevenendo i fenomeni neurotossici indotti dalla proteina  $\beta$ -amiloide. Disponiamo però di un solo studio clinico *versus* placebo (Akhondzadeh et al., 2003) che ha dimostrato l'efficacia dell'olio essenziale di *S. lavaendulefolia* nel trattamento dei deficit cognitivi associati all'AD<sup>6</sup>.

La Melissa officinalis è una pianta perenne originaria del sud Europa il cui componente più importante dell'olio essenziale è senza dubbio l'acido rosmarinico che agisce come inibitore delle colinesterasi e ha un'attività diretta sui recettori ionotropici e metabotropici per l'acetilcolina, mentre l'azione antiossidante si attribuisce alla quercetina. È stato dimostrato (Kennedy et al., 2003) che gli estratti migliorano le prestazioni cognitive (memoria e attenzione) nei volontari sani al dosaggio di 1200 mg/die per gli effetti pro colinergici. L'olio essenziale di Melissa officinalis si è dimostrato efficace sui sintomi neuropsichiatrici quali l'agitazione psicomotoria in un RCT condotto su 71 pazienti affetti da AD grave (Ballard et al., 2003). Preliminari appaiono invece le evidenze di efficacia dei deficit cognitivi ottenute in un piccolo studio clinico in pazienti con AD lieve-moderato (Akhondzadeh et al., 2003). Sono dunque necessari ulteriori studi clinici per confermare i benefici della Melissa officinalis nel trattamento dell'AD<sup>7</sup>.

La Huperzia Serrata (nota anche come Lycopodium serratum), è una pianta originaria della Cina, utilizzata per secoli nella medicina tradizionale cinese. Il componente principale è l'huperzina A, un alcaloide sesquiterpenico capace di inibire l'azione dell'acetilcolinesterasi cerebrale prevenendo la degradazione dell'acetilcolina e la degenerazione del sistema colinergico, ha un effetto antiossidante e ha effetti neuroprotettivi nei confronti dei fenomeni neurotossici indotti da

$A\beta$ . Sono disponibili 6 studi clinici controllati su un totale di 454 pazienti AD (Cochrane, 2009), di cui solo uno comprendeva un numero di pazienti adeguato (202 pz), mentre il dosaggio utilizzato di huperzina A era compreso tra 0,2 e 0,4 mg/die. Gli autori della metanalisi hanno riportato una parziale efficacia clinica della huperzina A sulle funzioni cognitive e sui disturbi comportamentali dell'AD. Uno studio recente di fase II ha dimostrato effetti significativi, ma transitori, sul deterioramento cognitivo di pazienti AD dopo 11 settimane di trattamento (Rafii et al., 2011). Sono comunque necessari ulteriori studi clinici, anche di confronto con farmaci di sintesi, come gli inibitori delle colinesterasi, per verificare l'efficacia clinica della huperzina A nel trattamento dell'AD<sup>8</sup>.

In conclusione la malattia di Alzheimer è una malattia neurodegenerativa attualmente incurabile per la quale disponiamo soltanto di farmaci di sintesi che esercitano un'azione sintomatica senza arrestare la progressione della malattia. Gli sforzi nei processi di drug discovery sono finalizzati ad identificare nuovi farmaci in grado di interferire con la patogenesi dell'AD ed è proprio in questo ambito che si colloca l'acquisizione di ulteriori opportunità terapeutiche e alleanza tra strumenti di cura. ■

## BIBLIOGRAFIA

1. Ballard C, Day S, Sharp S, et al.: Neuropsychiatric symptoms in dementia: importance and treatment considerations. *Int Rev Psychiatry* 2008; 20:396-404.
2. Klafki H, Staufienbiel M, Kornhuber J, et al. Therapeutic approaches to Alzheimer's disease. *Brain* 2006; 129:2840-2855.
3. Yan XY, Effect of electroacupuncture on free radical content and HSP70 expression in the brain tissue in rats with cerebral ischemia-reperfusion injury. *Zhen ci Yan Jiu* 2007; 32:102-4.
4. James A, Mortimer, Ding Ding Amy R, et al. Le variazioni del volume del cervello e cognizione in uno studio randomizzato di esercizio fisico e di interazione sociale in un campione su base comunitaria di anziani non affetti da demenza. *Jornal of Alzheimer* 2012; 30 (4).
5. Weinmann S, Roll S, Schwarzbach C, et al. Effects of Ginkgo biloba in dementia: systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr*. 2010; 10:14.
6. Akhondzadeh S, Noroozian N, Mohammadi M, et al. Salvia officinalis extract in the treatment of patients with mild to moderate Alzheimer's disease: a double blind, randomized and placebo-controlled trial. *J Clin Pharm Ther* 2003; 28: 1-7.
7. Kennedy DO, Wake G, Savelev S, et al. Modulation of mood and cognitive performance following administration of single doses of Melissa officinalis (Lemon balm) with human CNS nicotinic and muscarinic receptor binding properties. *Neuropsychopharmacology* 2003; 28: 1871-81.
8. Li J, Wu HM, Zhou RL, et al. Huperzine A for Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; (2): CD005592.



# Gel all'Arnica

Sollievo immediato in caso di piccoli traumi  
e contusioni

L'**Arnica Weleda** proviene esclusivamente da raccolta spontanea biocertificata in terreni gestiti e curati in modo sostenibile. Le proprietà benefiche dell'Arnica montana sono molto apprezzate, anche in ambito sportivo, per trattare in modo naturale traumi e contusioni provocati da sforzi fisici o da piccoli incidenti quotidiani. Privo di conservanti e componenti di origine sintetica, il Gel all'Arnica ha il grande vantaggio di non ungere e di essere di facile assorbimento - **in accordo con uomo e natura.**



Weleda da sempre non esegue e non commissiona test su animali  
Dialoga con l'Esperto Arnica & Sport e informati su [www.weleda.it](http://www.weleda.it)

 Weleda Italia è su Facebook

# Assassinio in Guardia Medica

**Italo Grassi**

*Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Medico esperto in omeopatia, Consigliere SIOMI*  
E-mail: [i.grassi@siomi.it](mailto:i.grassi@siomi.it)

**L**e sei del mattino. La stanza della guardia medica, illuminata dalla pallida luce di una lampadina di pochi watt, languiva in un caldo silenzio d'attesa. Il magistrato Ortensia Pecca sedeva sul lettino, l'indice della mano destra impegnato ad attorcigliare una ciocca dei suoi lunghi capelli rossi, la mente rivolta a comprendere la dinamica del decesso avvenuto poco prima. C'era qualcosa in quella disgrazia che non la convinceva. Però faticava a mettere a fuoco i suoi dubbi e provava un forte stato di tensione. La porta si aprì improvvisamente. Entrò il maresciallo Valentino Birillo. Dietro di lui il dottor Tarcisio Giretti, viso non rasato e sorriso a denti stretti.

- Dottore, finalmente sei arrivato! - esclamò Ortensia Pecca, alzando le braccia per stringere a sé il medico e per ricevere il consueto scontoso bacio sulle guance.

- Queste dove le metto? - brontolò Tarcisio, ancora stordito dal precoce risveglio, mostrando il mazzo di rose rosse che teneva tra le mani.

- Che pensiero carino! - squittì il magistrato, credendo che fossero destinate a lei.

- Oggi è la festa della mamma. - grugnì il medico. - Ho visto un fiorista aperto e le ho comprate. -

Il viso di Ortensia avvampò di sorpresa e di imbarazzo. - Lo so che giorno è oggi. - menti lei. - Infatti penso che sia un nobile pensiero ricordarsi della propria madre.

Prese il mazzo di rose e lo mise in mano al maresciallo Valentino Birillo. Il carabiniere la guardò con perplessità e domandò: - Che ci faccio? Mia madre abita a mille chilometri da qua.

- Suvvia maresciallo, prenda un vaso, lo riempra d'acqua e ce li metta dentro!

- Qua siamo in un servizio di guardia medica. Dove lo trovo un vaso?

- Lo cerchi. - tagliò corto Ortensia Pecca. Poi, mentre il carabiniere si allontanava imprecaando sottovoce oscure frasi in dialetto siciliano, lei indicò un uomo basso e grasso, il viso imperlato di gocce di sudore, seduto in un angolo della stanza, dietro una vecchia scrivania di legno.

- Ti presento il dottor Giovanni Cataro, il medico di guardia.

L'uomo restò seduto, fermo a tal punto da sembrare piantato sulla sedia.

- La ringrazio per la sua cortesia. - disse rifiutando di stringere la mano che Giretti gli porgeva.

- La mia cortesia per cosa? - domandò, piccato, Giretti.

- Per ascoltare ciò che ho da dire. - ribatté l'uomo.

Tarcisio guardò Ortensia con il forte impulso di stringere il suo collo tra le mani. - Mi hai tirato giù dal letto alle cinque di mattino per venire ad ascoltare un antipatico collega di guardia medica?

- Scusi, ma non è lei l'esperto di quella pseudo medicina chiamata omeopatia? - si stizzì il dottor Cataro.

- Lo sono anche alle 9 del mattino, anzi a quell'ora ragiono molto meglio - si stizzì ancor di più il dottor Giretti.

Il magistrato gli mostrò un tubulo omeopatico di Calcarea carbonica. - A cosa serve questo rimedio omeopatico?

- Vuoi una descrizione dettagliata o ti basta una sintesi della materia medica di Calcarea carbonica? - sbuffò Giretti.

Il dottor Cataro emise un grugnito ben poco signorile.

- Adesso mi devo sorbire anche una dissertazione sulla medicina del nulla! Ma che situazione ridicola è mai questa?

Tarcisio deglutì la rabbia e iniziò: - Calcarea carbonica è un rimedio indicato per gli individui lenti e metodici sul lavoro. Per coloro che soffrono di problemi di pelle quali eczemi, orticaria e verruche; per problemi respiratori come otiti faringiti e asma; per problemi metabolici quali l'ipertensione, la gotta e il diabete; inoltre serve nelle litiasi urinarie e biliari, nei problemi digestivi come l'intolleranza al latte, nell'artrosi e nelle emicranie.

Fissò il collega e soggiunse: - Di solito questi soggetti sono obesi, molli, sudaticci; apprendono le cose in modo lento e tardivo.

- Ehi, perché guarda me? Io non ho bisogno di questa roba, non la conosco, sono sicuro che non serve a nulla e non la voglio utilizzare! - brontolò l'altro medico.

Prima che la situazione degenerasse in una lite, Ortensia Pecca si affrettò ad intervenire. - Poche ore fa, in questa guardia medica, è avvenuta una disgrazia: il signor Tazio Fornaio è morto dopo che il dottor Cataro gli ha iniettato un farmaco antinfiammatorio.

- Si è presentato a me dicendo di avere un fortissimo male di testa - rispose il dottor Cataro. - Gli ho iniettato un farmaco che conteneva acido acetilsalicilico. Il poveretto ha avuto uno shock anafilattico ed è morto nonostante i miei tentativi di rianimarli. Sicuramente non sapeva di essere allergico a questa sostanza, altrimenti me lo avrebbe detto prima che gli facessi l'iniezione.

Tarcisio s'arrabbiò con Ortensia - Posso sapere perché mi hai chiamato qua? Spero non per parlare dell'utilità



di un rimedio come Calcarea carbonica ad un collega che non crede al valore dell'omeopatia!

Il magistrato prese Tarcisio sottobraccio e, come se volesse mostrargli qualcosa, lo condusse nel corridoio. - Pensavo di trovarmi di fronte ad una disgrazia, ma il fatto di avere trovato un tubulo di Calcarea carbonica mi ha fatto venire dei dubbi. - disse lei in modo sibilino.

- Io, invece, continuo a non capire. - disse Giretti. - Cosa c'entra un tubulo omeopatico con la morte dello sventurato tizio per allergia?

- Hai ragione, ti devo spiegare meglio la situazione: solo così potrai aiutarmi a chiarire le mie perplessità. - Gli disse sorridendo. - Questa guardia medica, come hai potuto vedere, si trova nel contesto di un piccolo ospedale che comprende solo due divisioni distaccate di geriatria. Qua non c'è un servizio di Pronto Soccorso, ma solo una portineria. Essendo dislocato in periferia, in una zona non facilmente accessibile, ben difficilmente qualcuno viene di notte a farsi visitare ma, se capita, il portiere telefona al medico di guardia, che dorme in una stanza due piani più sopra. Il dottore scende e visita il malato nella stanza da dove siamo appena usciti. Hai capito bene?

- Sì, tranne il motivo per cui mi trovo qua - protestò ancora Tarcisio, sbadigliando rumorosamente.

Entrarono in un'altra stanza, piccola e senza finestre, una specie di magazzino dove i farmaci erano tenuti imballati in grosse casse di plastica. Seduto sopra uno sgabello c'era un omino sulla quarantina, vestito di nero, magro e pallido, il viso imberbe dalla forma triangolare, gli occhi grandi e sporgenti.

- Ti presento il signor Teodoro Fischietti, uno dei due titolari della ditta di pompe funebri "Sordi & Fischietti" - disse il magistrato. Poi rivolta all'uomo domandò: - Ci dica il motivo della sua presenza in questo luogo.

- L'ho già spiegato, prima al maresciallo poi a lei. - protestò l'uomo con una flebile vocina infantile.

- Voglio che lei lo ripeta un'altra volta - ordinò Ortensia Pecca.

L'omino lanciò un sorriso accondiscendente al magistrato e obbedì. - Intorno alle tre di questa notte, Adamo, l'addetto alla portineria dell'ospedale, mi ha telefonato dicendo che c'era un biondino che aveva bisogno con urgenza del mio intervento.

Tarcisio non riuscì a trattenere un'amara risata: - E' la prima volta che sento parlare di una chiamata urgente per le pompe funebri, come se i morti potessero scappare.

L'omino annuì. - Concordo con lei, però mi sono precipitato ugualmente pensando di precedere la concorrenza. I tempi sono difficili e ci sono molte altre ditte come la mia, una in competizione con l'altra. Quindi il primo che arriva si prende il morto.

Ortensia Pecca a Giretti: - Innanzitutto devi sapere che, purtroppo, questo portiere Adamo, quando lavora di notte, ha la tendenza ad alzare il gomito e non è la prima volta che, il mattino successivo, lo si trova completamente sbronzo.

Poi, rivolta all'omino. - Gli spieghi cos'ha visto quando lei è entrato nella stanza della guardia medica.

L'omino sbarrò gli occhi come se si trovasse nuovamente davanti all'angosciante scena. - Mi aspettavo di vedere un cadavere, invece l'uomo era sul lettino ancora agonizzante e il dottor Cataro stava cercando di rianimarlo. Non erano soli, nella stessa stanza c'erano altri tre uomini, ammutoliti che stavano in piedi intorno al lettino. Purtroppo pochi secondi dopo il poveretto morì. Fu a quel punto che...

L'omino s'interruppe e attese un cenno di assenso da parte del magistrato. Quando lo ebbe continuò: - Dalla mano gli cadde il tubulo omeopatico che le ho consegnato.

- Capisci Tarcisio? - s'infervorò Ortensia. - L'uomo teneva in mano questo tubulo omeopatico di Calcarea carbonica!

Tarcisio guardò il tubulo con lo stesso interesse di chi osserva un foglio bianco.

Disse: - E' ancora chiuso, sigillato con un'etichetta, come lo si compra in farmacia. Quindi nessuno l'ha usato.

Il magistrato, rivolta nuovamente all'omino, domandò: - Ripeta cosa il portiere le disse al telefono.

- Che c'era un biondino che aveva bisogno del mio aiuto - sbuffò l'omino che non ne poteva più di ripetere le stesse cose.

- Il defunto Tazio Fornaio, di padre italiano ma di madre nigeriana, aveva la pelle molto scura, quindi non poteva essere lui il biondino bisognoso di aiuto. - sottolineò Ortensia al dottor Giretti.

Tarcisio alzò le spalle con sufficienza. - Non mi stupirei che il portiere, stordito dall'alcol, abbia scambiato un uomo scuro di pelle e di capelli per un biondino.

Sperando di avere chiarito ogni dubbio, il medico si sfregò le mani ed esclamò: - Adesso torno a dormire!

- Però, per una strana coincidenza, un biondino c'era davvero, quella sera assieme a Tazio Fornaio - commentò Ortensia Pecca. - Infatti uno dei uomini che stavano intorno al lettino è proprio piccolo e biondo di capelli.

Poi, con lo sguardo luccicante come se si apprestasse a calare un poker d'assi, lei aggiunse: - Inoltre come spieghi che il medico di guardia, nonostante il portiere avesse chiamato l'impresario di pompe funebri e non lui, fosse ugualmente presente, alle tre di notte, per visitare lo sventurato Tazio Fornaio?

Un'improvvisa scossa elettrica s'incuneò sotto le palpebre quasi completamente abbassate del medico. Gli si sbarbarono gli occhi. - Oibò, questo perché non me l'hai detto prima?

- Perché aspettavo il momento giusto - sbottò il magistrato. - Quindi adesso ti sintetizzo questa situazione apparentemente incomprensibile: il portiere ubriaco sbaglia e, anziché il medico di guardia, chiama il responsabile delle pompe funebri; il medico di guardia, tuttavia, arriva ugualmente anche senza essere chiamato; il biondino, che dovrebbe stare male, in realtà è un uomo dalla pelle e dai capelli scuri; mentre l'unico biondino presente risulta sano e vispo; infine un tubulo, ancora sigillato, di

Calcarea carbonica cade dalla mano di colui che muore per allergia in seguito all'iniezione dell'antinfiammatorio. Secondo me ci sono tante cose strane. Tu che ne pensi?

Giretti ci pensò su per un lungo momento poi domandò: - Lui, cioè il dottor Cataro, come si è giustificato?

- Afferma che, soffrendo d'insonnia, si trovava, alle tre del mattino, per caso a passare dalla portineria quando ha visto arrivare il dolorante Tazio Fornaio accompagnato dai suoi tre amici.

Calò un breve silenzio. Poi Tarcisio disse: - Prima di dare un giudizio definitivo, devo vedere i tre che hanno accompagnato la vittima in guardia medica. E'anche importante che io parli con il portiere.

- I tre amici della vittima sono in sala d'attesa - il magistrato sospirò dolorosamente. - Con loro c'è il portiere Adamo, ma lui sarà difficile interrogarlo. Vieni con me e lo capirai.

Nella sala d'attesa della guardia medica si trovavano quattro uomini. I due che sedevano sopra il divano si assomigliavano parecchio: corpo tozzo, addome prominente, faccia rotonda e vistoso doppio mento, stessa espressione truce sul viso. Gli altri due stavano in piedi vicino alla finestra. Uno aveva un viso da cupido sbarazzino con lunghi boccoli biondi e labbra carnose e vermiglie: con le mani cercava di allontanare da sé un tipo calvo e corpulento, sulla sessantina, dal viso angoloso dominato da un rossore diffuso sulle guance e sul mento, che gli andava vicino cantando: "Fa la nana, fa la nana, /fa la nana me bel bambin. / Fa la nana me bel bambin, / fa la nana me bel tesor."...

Ortensia si avvicinò a Tarcisio e gli spiegò: - I due tizi seduti sono i fratelli Ramos e vengono dall'Albania. In-

vece il biondino, Dragos il suo nome, è rumeno. Erano a cena con Tazio Fornaio, quando lui ha iniziato ad avere forti dolori di testa, fino a vomitare. Per questo motivo, allarmati, lo hanno accompagnato in questa guardia medica.

Tarcisio indicò l'uomo corpulento che cantava.

- Il portiere Adamo, ovviamente, è quello ubriaco.

Ortensia alzò le spalle e guardò verso il basso con rassegnazione: - Il fatto di essere spesso ubriaco crea molti problemi a questo ospedale, soprattutto di notte quando Adamo si trova da solo in portineria: sbaglia a trasferire le telefonate, chiama le persone sbagliate oppure neppure risponde poiché facilmente si addormenta. Ma nessuno ha il coraggio di licenziarlo: al poveretto è morta da poco tempo la moglie e vive con un figlio tossicodipendente.

Tarcisio scosse la testa. - Viste le sue condizioni, non credo che Adamo ci sarà di molto aiuto.

- Lo penso anch'io, anche perché quando ritornerà sobrio non ricorderà nulla - confermò Ortensia Pecca.

- Chi vuoi interrogare per primo dei tre amici di Tazio Fornaio?

Tarcisio diede una lunga occhiata ai tre uomini, mentre con le mani si grattava la barba ispida del mento. Infine disse: - Non è necessario che io parli con loro. Ho capito come sono andate le cose e confermo i tuoi dubbi: non si è trattato di una disgrazia ma di un omicidio.

Ortensia lo guardò a bocca spalancata. - E tu sai chi è il colpevole?

- Certamente. Adesso ti dico cos'è accaduto, così lo potrai arrestare...

*Prova a dare una tua soluzione e poi confrontala con quella che si trova a pagina 41*

Le ultime news, l'elenco dei medici SIOMI, le FAQ sull'omeopatia, più di 600 abstract, motore di ricerca interno e molto altro su:

**[www.siommi.it](http://www.siommi.it)**

*E da oggi, puoi seguire il sito SIOMI anche sul tuo iPhone!*



# Spotlight

## La ricerca scientifica in Medicina Integrata

a cura di **Gino Santini**

Segretario Nazionale SIOMI  
Direttore ISMO, Istituto di Studi di Medicina Omeopatica, Roma  
E-mail: g.santini@siomi.it

### Omeopatia e febbre Chikungunya

Gyandas G. Wadhvani - **Homeopathic drug therapy Homeopathy in Chikungunya Fever and Post-Chikungunya Chronic Arthritis: an observational study** - Homeopathy, 2013, 102 (3), 193-198.

La Chikungunya è una zoonosi trasmessa all'uomo attraverso la puntura di zanzare infette, caratterizzata da febbre acuta e forti dolori alle articolazioni. L'infezione è causata da un virus appartenente alla famiglia delle *Togaviridae*, isolato per la prima volta dal sangue di un paziente febbrile in Tanzania nel 1952. La diagnosi preliminare della malattia è basata sulle caratteristiche cliniche. Per la diagnosi clinica sono disponibili diversi metodi, dotati di sensibilità variabile. Il virus può essere isolato dal sangue durante i primi giorni di infezione. Non sono disponibili specifici farmaci antivirali per la febbre chikungunya. L'obiettivo della terapia consiste principalmente nel controllare ed alleviare i sintomi, compreso il dolore alle articolazioni. Il trattamento sintomatico è consigliato dopo l'esclusione diagnostica di condizioni più gravi, come dengue o altre infezioni batteriche. La terapia può includere riposo, l'assunzione generosa di fluidi, l'uso di analgesici e di antipiretici per abbassare la febbre. In questo studio condotto nel villaggio di Aali, presso Nuova Delhi in India, sono stati arruolati 126 pazienti nel corso di sei mesi consecutivi, di cui 75 con febbre in fase acuta e 51 con artrite post-febbrile sottoposti, dopo consulto omeopatico di tipo specialistico, a somministrazione di un solo rimedio desunto in relazione alla Materia Medica, ai sintomi e alle caratteristiche biotipologiche individuali. Si è registrata una guarigione nel 84,5% dei soggetti febbrili con una media di 6,8 giorni e nel 90,4% dei soggetti con artrite, in 32,5 giorni in media. I risultati sono molto confortanti e significativi, ma dovranno essere validati in studi randomizzati e controllati. ■

### Apis mellifica rivela la moderna similitudine omeopatica

Elisabetta Bigagli, Cristina Luceri, Simonetta Bernardini, Andrea Dei, Angelica Filippini, Piero Dolara - **Exploring the effects of homeopathic Apis mellifica preparations on human gene expression profiles** - Homeopathy, 2014, 103 (2), 127-132.

L'utilizzo delle api in medicina è stato descritto nei testi antichi di medicina, a cominciare da Ippocrate e da Galeno. Nel Medio Evo il veleno di ape era usato per curare malattie infiammatorie come artriti e reumatismi. Comunemente in omeopatia si utilizzano diluizioni di ape in accordo con il principio di similitudine

secondo il quale i pazienti possono essere trattati con diluizioni delle stesse sostanze che possono provocare analoghi sintomi di malattia nel sano. Oggi sappiamo che la risposta inversa, dose correlata, di una sostanza è definita *ormesi*. Un fenomeno difficile da valutare a livello farmacologico a causa della difficoltà di rilevamento del segnale ad un certo effetto soglia. Nel lavoro pubblicato su Homeopathy tale difficoltà è stata superata mediante lo studio delle modificazioni di geni cellulari ottenuto con la tecnica del DNA array. Per tale scopo è stato valutato l'effetto di Apis mellifica in TM, 3CH, 5CH e 7CH (fornita dai Laboratoires Boiron) sull'epitelio normale di prostata, valutando per ciascuna concentrazione l'attività espressa sui geni (down/up regulation, misura dei geni sottoespressi e dei geni sovraespressi). Ugualmente gli esperimenti sono stati ripetuti con placebo costituito da etanolo e acqua dinamizzata. Rispetto al placebo le diluizioni di Apis hanno dimostrato di avere un'attività sull'espressione dei geni cellulari. In particolare, il numero dei geni espressi dalla TM e dalla 3CH è simile, il che dimostra che vi è una chiara attività farmacologica non solo nella TM ma anche in una diluizione 3CH (un milione di volte meno concentrata). Non solo, anche diluizioni molto maggiori di Apis (5CH e 7CH) modulano un numero seppure minore di geni cellulari; questo dimostra che soluzioni molto deconcentrate di un medicinale omeopatico possiedono una chiara attività sulle cellule e consente di poter iscrivere in via definitiva un medicinale omeopatico nel moderno capitolo della farmacologia delle microdosi. Ma c'è da notare anche che il lavoro dimostra come alcune diluizioni di Apis mellifica si comportino sui geni cellulari in maniera opposta rispetto alla TM. In particolare, solo le soluzioni maggiormente diluite di Apis (5CH e 7CH) sono capaci di inibire i geni dei processi apoptotici, evidenziando in tal modo un altro importante aspetto non preventivato: diluizioni diverse hanno potere farmacologico differente. Infine, ancora più interessante è il rilievo dell'azione di Apis sul gene della interleukina 1 $\beta$ , una citochina a potente azione pro-infiammatoria. Il gene, sovraespresso dalla TM di Apis mellifica, è sottoespresso da tutte le diluizioni della TM (3CH, 5CH e 7CH). Il dato dunque non solo conferma il fenomeno dell'*ormesi* nell'attività di Apis mellifica, ma rappresenta anche una chiara conferma del principio di similitudine omeopatica e, pertanto, della validità dell'osservazione sperimentale dell'utilità della prescrizione di Apis mellifica per la guarigione dei processi infiammatori. Ne deriva che i moderni studi sui geni cellulari confermano non solo l'attività farmacologica di diluizioni di un medicinale omeopatico, ma consentono oggi anche di indagare in chiave moderna il fenomeno della similitudine. ■



### Geni cellulari evidenziano la stimolazione di un medicinale omeopatico

Carolina Camargo de Oliveira, Simone Martins de Oliveira, Viviane M. Goes, Christian M. Probst, Marco Aurelio Krieger and Dorly de Freitas Buchi - **Gene expression profiling of macrophages following mice treatment with an immunomodulator medication** - J Cell Biochem, 2008, 104 (4), 1364-1377.

Il medicinale omeopatico Canova (Aconitum 11DH, Thuja 19DH, Bryonia 18DH, Arsenicum album 18DH, Lachesis 1DH, diluizioni ai limiti o anche di poco superiori al numero di Avogadro) è usato in Brasile per i pazienti immunodepressi come nei casi di AIDS, epatiti e tumori. Gli autori hanno valutato l'attività di Canova sull'attività dei macrofagi di topo. I topi sono stati trattati con Canova (CA) ogni giorno per sette giorni, alla dose sottocutanea di 7 mcl/gr succussi vigorosamente prima della iniezione e confrontati con gruppi di controllo di topi cui vengono somministrati soluzione di etanolo dinamizzata (HS) e non succussa (H) e topi non trattati (N); i macrofagi sono poi stati prelevati dal peritoneo. Le cellule sono identificate con anticorpi specifici per valutare la loro capacità di produrre TNF-alfa, Interferon-gamma e Interleukina 2, 4 e 5 (IL2, IL4 e IL5); con altri kit specifici è stata valutata l'espressione genica. Il gruppo trattato con CA ha mostrato una significativa riduzione di produzione *in vivo* di IL2 e IL4 mentre la sola IL2 è significativamente ridotta anche nel gruppo HS. Non si osservano altre differenze per altri marcatori studiati nei gruppi verum e controllo. ■

### Gelsemium in dosi ultralow influenza l'espressione genetica

Marta Marzotto, Debora Olioso, Maurizio Brizzi, Paola Tononi, Mirco Cristofolletti and Paolo Bellavite - **Extreme sensitivity of gene expression in human SH-SY5Y neurocytes to ultra-low doses of Gelsemium sempervirens** - BMC Compl Alt Med, 2014, 14 (104).

La tecnica di indagine del DNA microarray rappresenta un moderno filone di ricerca per verificare l'azione dei medicinali omeopatici che si è sviluppato dal 2006 ad oggi. Essa permette di evidenziare e le modificazioni indotte da xenobiotici su geni cellulari offrendo una conferma incontrovertibile di una azione farmacologica di diluizioni estreme degli stessi quando l'azione è confrontata verso placebo (diluizioni dinamizzate o non di etanolo, veicolo abituale in cui vengono sciolti i medicinali omeopatici). In questo lavoro si è valutato l'azione di Gelsemium sempervirens a diluizioni 2-5CH e 30CH su geni di cellule di neuroblastoma in coltura per confronto con diluizioni dinamizzate di etanolo anch'esse comprese tra 2CH e 30CH. Oltre a valutare l'espressione dei geni si è provveduto anche alla loro identificazione mediante Rt-PCR. Le cellule sono state incubate con le diluizioni di Gelsemium o del veicolo di controllo (etanolo) per 24 ore. Su 45033 geni indagati Gelsemium 2CH promuove una sottoespressione di 49 geni e una sovraespressione di 7 geni. La prevalenza di geni sottoespressi è coerente con l'azione evidenziata nei sistemi biologici, dove Gelsemium dimostra la sua capacità di ridurre lo stato di eccitazione dei topi in più diluizioni (Bellavite et al., Evidence-Based CAM, 2012). ■

### Arnica e Hypericum migliorati dalla microcorrente nel rimarginare ferite

Fabiene C.B. Castro, Amanda Magre, Ricardo Cherpinski, Paulo M. Zelante, Lia M.G. Neves, Marcelo A.M. Esquisatto, Fernanda A.S. Mendonça, Gláucia M.T. Santos - **Effects of microcurrent application alone or in combination with topical Hypericum perforatum L. and Arnica montana L. on surgically induced wound healing in Wistar rats** - Homeopathy, 2012, 101 (3), 147-153.

L'articolo brasiliano riferisce una sperimentazione piuttosto originale eseguita su ratti: dopo epilazione delle aree da sottoporre alla sperimentazione, previa anestesia generale venivano praticate incisioni chirurgiche a tutto spessore senza procedere successivamente alla sutura delle stesse. I ratti sono stati suddivisi in sei gruppi distinti: controllo, applicazione di microcorrente, applicazione locale di gel a base di Iperico, applicazione dello stesso gel con microcorrente, applicazione locale di gel a base di Arnica, applicazione locale di gel di Arnica e microcorrente. Nei diversi gruppi, selezionando gli animali dopo 2, 6 e 10 giorni dalla incisione, sono stati eseguiti gli esami istologici che hanno evidenziato l'inefficacia dei due gel singolarmente, mentre hanno provato l'efficacia dei due prodotti quando veniva aggiunta la microcorrente che elicitava la guarigione dei tessuti (per microcorrente si intende una corrente di 10 microAmpère ad una frequenza fissa di 0,3 Hz per due minuti). I gel utilizzati erano in diluizione omeopatica: 3D al 10%. L'insuccesso dei gel quando non era applicata la corrente è piuttosto noto: le due droghe citate, in diluizione o meno, notoriamente non andrebbero poste a diretto contatto con cute lesa. È, invece, interessante il concetto di elettrostimolazione al fine di ottenere una più rapida guarigione, già ben noto nella elettroanalgesia tramite agopuntura, pur se applicando parametri (tempi e frequenza, principalmente) ben diversi e - questa la reale differenza e stimolo - cimentando assieme ad essa i tessuti con sostanze di per sé non idonee. ■

### Arsenico in dosaggio low e ultralow influenza la germinazione del polline

Betti L, Zurla M, Trebbi G, Brizzi M, Borghini G, Borghini F - **Extremely Low Doses of Arsenic Affect *in vitro* Pollen Germination** - Forsch Kompl, 2013, 20 (4), 254-260.

Uno studio tutto italiano ha valutato gli effetti positivi *in vitro* conseguenti all'uso di dosi estremamente basse di triossido di arsenico alla 5DH e 45DH, rispetto al controllo e diluite in acqua pura, preparate secondo la tradizionale metodica del medicinale omeopatico. È stato utilizzato, come modello vegetale sperimentale, il polline estratto dai fiori della Actinidia deliciosa (della famiglia delle *Actinidiaceae*) raccolto nei pressi di Ravenna che, successivamente, è stato stressato con 150 e 200 micromoli di triossido di arsenico al fine di ridurre il tasso di germinazione. In seguito le medesime sostanze, secondo il classico modello isopatico, cioè triossido di arsenico alla 5DH e alla 45DH, entrambe diluite e dinamizzate, sono state testate secondo la metodica del singolo cieco per valutare il tasso di germinazione del polline dopo 3 ore e 30 minuti mediante microscopio Axio-plan dall'inoculazione dei campioni vegetali. ■

# Storia e teoria della medicina

## Nuovi approcci e loro rilevanza in chiave omeopatica

**Teresa De Monte**

*Medico esperto in omeopatia, Pediatria e specialista in Scienza dell'Alimentazione, Degree in Ayurvedic Medicine  
E-mail: dr\_teresademonte@yahoo.it*

Josef M. Schmidt ci propone una dissertazione filosofica-medica sulla evoluzione metodologica della medicina classica e omeopatica. La ricerca di base, in medicina, è associata a studi clinici, laboratoristici ed epidemiologici altamente specializzati, ma oggi, oltre alle scienze naturali, le scienze umane hanno un posto sempre più rilevante come osservatrici e sorveglianti i molteplici cambiamenti cui la medicina è soggetta.

L'omeopatia non è esclusa e anzi è messa in discussione al fine di trovare e ridefinire il suo posto adeguato con l'aiuto di nuovi approcci nell'ambito della storia e teoria della medicina. Fin dalla sua nascita, circa 200 anni fa, l'omeopatia ha ottenuto importanti risultati positivi documentati, tuttavia il riconoscimento e il pieno apprezzamento da parte della medicina convenzionale è ancora flebile. L'Autore si pone il quesito come sia possibile spiegare questo paradosso e come possa essere risolto. La tesi suggerita è che la medicina convenzionale rifiuta la rivendicazione dell'omeopatia di essere una medicina scientifica in quanto derivata principalmente da una inesatta comprensione degli scopi, compiti e limiti scientifici, e il loro status appropriato nella nostra vita. D'altra parte, se prendiamo veramente tutte le scienze come strumenti per la conoscenza e la pratica, anziché l'autorità che ci costringe a lavorare sotto la riduzionistica implicita visione del mondo, e se applichiamo il loro approccio critico a se stessi, alla loro specifica metodologia e al loro orizzonte limitato, fino al punto da rivelare i propri presupposti e la limitata validità, è possibile ritrovare e guardare una nuova, libera realtà.

Cosa vuol dire essere omeopati e praticare l'omeopatia? L'omeopatia non usa sostanze mediche materiali, ma diluizioni ultramolecolari, non prescrive secondo diagnosi convenzionali basate su tecnologie oggettive, ma secondo disturbi soggettivi e idiosincrasie e invece di cercare di rimuovere le cause materiali delle malattie, cura secondo il principio dei simili, che non è considerato scientifico. Da studi clinici conformi al gold standard della medicina basata sulle evidenze, come studi in doppio cieco, randomizzati, in genere si dice che non v'è differenza significativa tra trattamento omeopatico e placebo, e la medicina convenzionale conclude rapidamente che gli omeopati praticano la terapia placebo. Questa affermazione, però, non può essere considerata scientifica fintanto che non menziona i propri presupposti e il contesto limitativo.

La moderna teoria della scienza affronta questi problemi in un più generale ma altrettanto intransigente modo. Dalla logica filosofica si potrebbe dimostrare che ogni scienza si basa su presupposti che non possono razional-

mente essere derivati da se stessi. "Stili di pensiero" e "collettivi di pensiero" che sottendono la cosiddetta realtà scientifica oggi, nell'epistemologia, è ampiamente accettato che la scienza è fondamentalmente un processo sociale che opera con successo nel campo dell'applicazione di certi paradigmi, ma questi non hanno validità assoluta, sebbene possano essere e in effetti sono stati rivoluzionariamente cambiati di volta in volta, come dimostrato dalla storia delle scienze.

La teoria della medicina, ispirata da queste intuizioni, è emersa come una disciplina giusta e si è sviluppata significativamente durante la seconda metà del ventesimo secolo. Contrariamente alla valutazione data dalla medicina convenzionale che l'omeopatia è nient'altro che una scienza naturale applicata, ora si deve accettare che questa medicina va considerata una scienza pratica sui generis, che corrisponde al tradizionale concetto dell'arte della guarigione e dal momento che la medicina implica la presenza del medico per aiutare il paziente, che impone al medico il dovere di agire e/o di dare consigli, l'acquisizione della conoscenza non può mai essere un obiettivo indipendente in sé, ma ha solo uno status secondario, come mezzo facilitatore l'obiettivo primario dell'azione benefica.

L'uomo è un modello dinamico e come tale è considerato dagli omeopati e dalla medicina omeopatica. È essenziale percepire e trattare il paziente come una unità fisiologica, mentale, sociale in costante divenire. Quando il paziente è in uno stato che richiede un rimedio specifico, il medico rileva questa particolare esigenza mediante una interpretazione semeiotica dei suoi sintomi e glieli offre per guarire. Pertanto, non è il rimedio che guarisce il paziente, ma il paziente stesso (mediante il rimedio), perché egli è l'unico protagonista vivente in questo processo. E non sono la malattia o i sintomi che determinano il rimedio giusto, ma il medico, perché l'agire, come la ricerca e la scelta di un rimedio, può essere compiuto solo da un essere vivente. La differenza più evidente di questo modello di uomo, in confronto al materialista convenzionale, è che può rappresentare e spiegare che cosa gli omeopati stanno facendo in modo scientifico e senza essere ostacolati da obiezioni materialistiche e dallo scetticismo. Quando i processi del significato sono primari nel mondo, sembrano essere secondari se la informazione medicinale percepita ed elaborata dal paziente è fisica, chimica o virtuale, purché rappresenti esattamente il significato su cui il paziente si fissa nel suo stato corrente. Inoltre, i termini e i concetti suggeriti dal modello biopsicosociale potrebbero fornire un valido strumento per gli omeopati a chiarire e precisare la loro comprensione in modo scientifico. L'Autore si pone allora il quesito di come sia possibile che l'individuo, avan-

zato e scientifico, non sia nulla di tutto ciò, ma anzi sia convenzionale, banale, materialista e la risposta che ci offre è che le scienze mediche, naturali e le sociali, morali, umanistiche, considerate pure, devono, per un attimo, essere messe da parte. Gli esseri umani, per la sociologia, sono esseri sociali, cioè si associano, socializzano, costruiscono una società, per la sociologia convenzionale ingenuamente è usata per esaminare le società, come fossero neutrali oggetti di ricerca per gli osservatori scientifici indipendenti. Una società non è un aggregato di cose materiali, ma il risultato di processi mentali significativi, eseguiti sia individualmente sia collettivamente, la sua forma ed esistenza dipende proprio dal processo di ricostruzione dei suoi soggetti, che a loro volta sono costituiti da un incessante costruzione collettiva e rispetto dei pensieri. È fondamentale il superamento degli approcci linguistici convenzionali con l'analisi di parole e frasi, di una critica avanzata, di un dialogo aperto e ampio tra più soggetti, del resto il linguaggio è un processo la cui realtà dipende dalla performance e dalla partecipazione dei parlanti. Applicato all'omeopatia ciò vuol dire che non la si può capire senza essere direttamente coinvolti e senza veramente praticarla.

Idioma, scienza, omeopatia sono processi sociali significativi, che significato hanno in questo contesto? Di primo acchito la scienza economica non sembra avere nulla a che fare con questo quesito, ma volgendo lo sguardo nel profondo, si vede che l'economia ha un enorme impatto sulla nostra vita, sul modo di vedere noi stessi, su come gestiamo le scienze. Josef M. Schmidt prosegue valutando la storia della medicina dal punto di vista filosofico, scomoda la sociologia, la scienza della comunicazione, invoca il superamento di approcci linguistici convenzionali con le loro analisi di parole e frasi, l'economia convenzionale, come viene comunemente insegnato nelle università e nelle business school, che pretende di spiegare l'economia in termini di scarsità di beni, limitazioni pratiche, e il denaro come mezzo di baratto. Tutto e tutti sono inclini ad essere considerati come un mezzo a scopo di lucro. Cercando di andare a fondo della questione, si scopre che il denaro non è una cosa, una sostanza o qualcosa con un valore intrinseco, ma una forma di pensiero, una modalità mediante cui le persone socializzano nelle società capitaliste moderne.

Contrariamente agli esseri viventi o ai beni fisici, il denaro è privo di attributi qualitativi, è una nuda quantità astratta, che può essere aumentata dall'interesse. Mentre le risorse naturali sono limitate e non possono essere infinitamente proliferate, i soldi sono l'opposto. I medici e le aziende farmaceutiche sono tentati di usare i pazienti come un mezzo per fare soldi, gli scienziati tendono a fornire risultati che soddisfano le aspettative dei loro sponsor. Il fabbisogno di nuovi prodotti vengono continuamente creati dalla pubblicità e per lo scopo principale di acquisire nuovi consumatori. Il prodotto lordo nazionale è considerato come un indicatore del livello della vita, ma esso è solo una misura quantitativa, che ignora la qualità della vita. In Europa durante il Medio Evo l'agricoltura e l'economia di sussistenza prevalevano, e il denaro non aveva un suo ruolo. La maggioranza degli europei ha vissuto, lavorato, mangiato, bevuto e aiutata a vicenda sulla base di convenzioni, di morale religiosa senza frapporre il denaro

o il calcolo finanziario sulle loro azioni: malati e invalidi sono stati curati nelle loro famiglie o in ospizi, i guaritori, se disponibili, sono stati pagati in natura, ma non appena furono fondati i primi mercati azionari e stampate le banconote, una inquietudine sconosciuta, una nuova dinamica agitazione emersero incentivando il proliferare del denaro grazie a nuovi mestieri e interessi. Ciò ha portato alla scoperta e alla conquista di nuovi continenti, colonizzazione e schiavitù, sfruttamento e contaminazione.

Per Francis Bacon (1561-1626), l'atteggiamento di fondo degli scienziati moderni nei confronti della natura non è più il rispetto e il desiderio di vivere in armonia con lei, ma la tentazione di carpirne i segreti e controllarla, perché il denaro può essere fatto con invenzioni basate sulla conoscenza acquisita in quel modo. Quantificazione, matematizzazione, standardizzazione, riproducibilità, materialismo, positivismo, riduzionismo, etc., concetti su cui la scienza moderna convenzionale e dal XIX secolo la medicina moderna convenzionale sono essenzialmente fondati, non avrebbero senso senza il processo di socializzazione in termini di denaro posto dalle società capitaliste moderne. Dopo aver abbandonato il divieto medievale di usura come un fattore per guadagnare o perdere il denaro con l'interesse, il significato del tempo è aumentato grandemente sensibilizzando l'opinione pubblica perché identificato con il denaro. L'orologio diventa onnipresente, fisiologico, il tempo è stato sostituito dal cronometro e l'orologeria è il paradigma per qualsiasi tipo di meccanismo scientifico.

Accanto al tempo anche lo spazio diventa una opportunità per fare soldi. Nella civiltà occidentale, dove i consumatori sono saturi di beni materiali durevoli, i mercati hanno sempre più persone pronte a consumare in meno tempo, la compressione del tempo, noto come multitasking, è il risultato diretto del predominio del denaro nella civilizzazione capitalista e questo è visibile nelle scuole di medicina e negli studi medici. Tutto è in accelerazione. Nemmeno la scienza della filosofia, cioè la self reflection della mente, sembra essere priva degli effetti del denaro come forma di pensiero. La ratio romana, l'intuizione, il concetto del razionalismo e dei suoi derivati come illuminazione, progresso, emancipazione, ecc., appaiono in una nuova luce. Per parlare di progresso si deve sapere dove andare o almeno ciò che vale. Dal XIX secolo i filosofi sono sempre più presi dai concetti della dinamica, dalla progressione, dalla valorizzazione, ecc. e non si rendono conto del proprio status di portavoce dello spirito dell'età piuttosto che creatori originali di una nuova filosofia. Descartes (1596-1650) conia *cogito, ergo sum* in un momento quando la gente inizia a riporre le proprie speranze sui soldi piuttosto che sui rapporti personali con gli esseri umani a causa dei primi crolli del mercato azionario, la fede nel valore astratto del denaro era sempre mescolato con la paura della perdita. Questo dubbio esistenziale, che pervade il moderno in maniera sempre crescente, sembra parta da Cartesio. Anche la scienza dell'etica appare infiltrata dalla razionalità in termini di statistiche monetarie, di quantificare e di un pensare competitivo. Dal XVIII secolo, l'utilitarismo sostiene che l'azione sarebbe etica quando massimizza il beneficio complessivo del più grande numero di individui. Dal XIX secolo, il darwini-



simo sociale lotta per l'esistenza. Secondo l'etica medica moderna, nella situazione critica di un paziente, gli interessi di tutti, sociali, economici, finanziari, familiari sono negoziati secondo il paradigma di contrattazione del mercato. La guida dei principi etici come beneficenza, maleficenza, rispetto per l'autonomia, giustizia sono ammessi solo su un livello medio, mentre le dimensioni umane e teologiche come amore, fede, dovere, colpa, vergogna, virtù, etc., possono essere percepiti solo come altri fattori e quindi compresi, invalutabili. Lo stesso Friedrich Nietzsche (1844-1900) gridando: "Dio è morto e noi lo abbiamo ucciso!" vuole far comprendere all'uomo che nelle civiltà capitalista il processo di socializzazione in termini di denaro ha trasformato tutti i regni e le dimensioni della vita, comprese le scienze. Questo è il motivo per cui entro un modello biopsicosociale di esseri umani la medicina convenzionale non ha alcuna possibilità di giocare un ruolo significativo e perché l'omeopatia è ancora in corso di valutazione. Per essere certi, ogni indagine sull'essenza dell'omeopatia deve considerare il suo fondatore, Samuel Hahnemann, e il suo metodo unico di guarigione. Gli omeopati praticano un sistema di medicina che non è stato compilato da squadre di scienziati anonimi, ma fondata da un singolo uomo ben noto, che ha vissuto una vita morale esemplare, esente da conflitti di interessi. Nell'antichità, la consapevolezza della distinzione tra una idea e la sua concreta incarnazione era ancora presente. Aristotele alla domanda: "Che cosa è virtuoso?" risponde "Quello che un uomo virtuoso sta facendo!", riferendosi così alla pratica di un essere umano concreto, senza compromessi, senza lucrosità, ma al servizio del benessere dei suoi fratelli umani.

Hahnemann, tuttavia, non era un santo. Uomo nato a cavallo di due epoche molto diverse, è stato diviso tra essere conservatore della fede metafisica in Dio, la verità, la moralità, la provvidenza, l'osservazione senza pregiudizi, ecc. da un lato, e le ambizioni scientifiche progressive di trovare un metodo razionale di terapie, con una visione di guarire le malattie con certezza matematica dall'altro. Nel 1819, giunto al concetto di arte omeopatica, egli notò che una percentuale crescente di popolazione non era più sana, ma in uno stato di malattia cronica. Nel 1828 conia i termini di *miasma cronico*: *psora*, *sycosis*, *syphilis*, alle soglie dell'era batteriologica suggerisce una teoria secondo cui le malattie croniche sarebbero causate dalla trasmissione, da uomo a uomo, di invisibili agenti morbilifici, definiti miasmi. Per Hahnemann, la maggior parte delle malattie croniche non veneree sarebbero causate da psora, una scabbia interna, mentre le malattie sessualmente trasmissibili avrebbero due possibili origini, sifilide o *sycosis*, quest'ultima descritta come una combinazione di gonorrea e condilomi acuminati.

È interessante notare che questo era un momento in cui gli effetti malsani dell'industrializzazione, monetizzazione, ecc. iniziavano a essere avvertiti in Sassonia da Hahnemann e da pazienti di altri paesi europei. Le nozioni scientifiche e i concetti cui Hahnemann si poteva avvalere erano limitati, ma ha fatto del suo meglio per applicarli mirando a far progredire la scienza medica e considerato il lavoro della sua vita come servizio per la verità. Quindi gli omeopati hanno un paradigma umano da seguire in

termini di giustizia, affidabilità e la ricerca della verità senza alcun compromesso. La dottrina di Hahnemann è ancora libera da concetti di quantificazione, standardizzazione, matematizzazione, riproducibilità, materialismo, meccanismo, statistica, ecc. del fare denaro. Il suo approccio è qualitativo, individualizzante, ermeneutico, teleologico, pieno di rispetto per le idiosincrasie dei pazienti e dei dettagli fenomenologici e gli omeopati dovrebbero considerare questa eredità come un privilegio. Il metodo omeopatico stesso può essere uno strumento di correzione per tutti coloro le cui menti sono infiltrate e dominate dal denaro come forma di pensiero. Nella misura in cui come dal principio dei simili vere guarigioni possono essere compiute, gli omeopati devono essere inclini ad avvalersi di questo metodo per guarire se stessi dai miasmi di ogni genere, anche i mentali.

Infatti, nella storia del concetto hahnemanniano di miasma non si indica solo una infezione fisica, ma anche una disposizione, diatesi, sostanza semplice, peccato originale, struttura mentale. L'approccio scientifico critico può rivelarsi omeopatico in senso figurato, simile all'approccio buddista o induista capace di ridurre le illusioni più che l'analisi causale di una medicina moderna convenzionale. Essa si basa sul presupposto che i bambini nati dopo l'epoca tardo capitalista non possono essere aiutati, ma iniziano a pensare con mente smarrita e in analogia con i pazienti psorici la cui forza vitale, secondo la dottrina omeopatica, è detta essere squilibrata. Se, tuttavia, secondo Hahnemann, la forza vitale squilibrata è provvista di una immagine leggermente ingrandita del suo nemico, cioè l'immagine del miasma sotto forma di un rimedio potenziato, alla vitalità sarà richiesto di aumentare la sua energia e sconfiggere questo miasma e, dominato, la forza vitale ripristinerà se stessa e ritroverà il suo potere supremo. Analogamente, i soggetti d'oggi, eteronomi, rilevando la loro prevalenza miasmatica mentale in forma di denaro, dovrebbe riconoscere e affrontare questo problema diventando consapevoli e in grado di liberarsi di esso.

Pensando e lavorando in questo modo l'omeopatia può essere in grado di liberare anche l'omeopatia da interessi economici e schemi capitalistici, capaci di lavorare e realizzare un livello di medicina consapevole e scientifica così che, contrariamente alla medicina moderna convenzionale, l'omeopatia potrebbe anche essere perfettamente praticata come economia di sostentamento, senza dover rigirare crescenti somme di denaro sui mercati in espansione. In conclusione, Hahnemann insegna a osare di pensare liberamente e indipendentemente; un approccio globale dell'interpretazione del suo principio dei simili può portare a fare ampi studi usando le scienze moderne ed eliminando le condizioni limitanti e deformanti il loro modo di pensare e dell'agire libero e genuino; se, poi, si riconosce il tipo di miasma mentale detto sopra e lo si elimina, ci si rende liberi come l'omeopatia, ma il vero hahnemanniano deve intraprendere un percorso che conduce alla sfida finale della vita, che nell'antica filosofia greca si chiama *conosci te stesso*, che corrisponde al realizzare (*tat twam asi*) *io sono quello* in Upanishad Vedanta, considerato la massima saggezza. ■

LA SOLUZIONE

## Assassinio in Guardia Medica

Tre giorni dopo Ortensia Pecca entrò nello studio del dottor Giretti. Con lei c'era il procuratore Prospero Denti: cinquantenne, alto, brizzolato e abbronzato. Intenzionata a fare una bella figura davanti al suo capo, Ortensia esordì con uno dei suoi sorrisi più smaglianti. Strepitò: - Il caso è risolto: sul corpo del cadavere abbiamo trovato segni che confermavano ciò che tu avevi supposto, cioè che Tazio Fornaio fu immobilizzato quando gli venne fatta l'iniezione dal dottor Cataro.

Lo disse abbracciando con entusiasmo il medico. Tarcisio, refrattario a qualsiasi tipo di effusione, tentò di respingerla ma si dovette rassegnare a prendere un paio di schioccanti baci sulle guance. Allontanandosi da lei, mugugnò: - Bè, non era poi così difficile capire cosa fosse avvenuto. Il rimedio Calcarea carbonica...

Ortensia Pecca lo interruppe e, con un trionfante sguardo rivolto verso il procuratore Denti, riprese a parlare come un fiume in piena: - Tazio Fornaio, di professione commerciante, in verità era un usuraio. I due fratelli albanesi e Dragos, il biondino rumeno, gli dovevano parecchi soldi. Costoro, per non restituirglieli, architettarono un piano per ucciderlo. Organizzarono una cena in un ristorante: durante la cena Dragos finse di sentirsi male e si fece accompagnare in guardia medica dai due fratelli e dall'ignaro Tazio Fornaio. Ad attenderli c'era il dottor Cataro un medico disposto a tutto per denaro, anche a simulare un falso incidente. Una volta giunti nella stanza di guardia medica, senza la presenza di testimoni, i tre stranieri immobilizzarono Tazio Fornaio e il medico gli somministrò l'iniezione letale.

Tarcisio Giretti, conscio di avere avuto una parte determinante nelle indagini, fece ampi cenni di assenso con il capo e spiegò: - Letale poiché conteneva una sostanza, l'acido acetilsalicilico, alla quale il povero commerciante sapeva di essere allergico, al contrario di ciò che ha sostenuto il dottor Cataro...

Ortensia Pecca, presa dal furore dell'esposizione e dal voler fare bella figura davanti al suo capo, lo interruppe nuovamente: - Infatti da lì mi è partito il primo dubbio: l'aver trovato il rimedio Calcarea carbonica nelle mani della vittima. Un rimedio che tu, Tarcisio, tempo fa avevi prescritto a mio fratello, proprio contro la sua allergia all'Aspirina!

Giretti si avvicinò ad Ortensia e cercò di calmarla con un cioccolatino. Disse: - In effetti la Calcarea carbonica... Ma Ortensia, scartato e trangugiato in fretta il cioccolatino, lo interruppe nuovamente: - Ho interrogato una cugina della vittima. Essendo allergico a farmaci contenenti acido acetil salicilico, Tazio Fornaio sapeva di rischiare un'allergia anche durante una comune cena: infatti i salicilati si possono trovare in vari alimenti, come in certi frutti quali il ribes rosso, i mirtilli, le fragole, i lamponi, oppure in determinate spezie come il cumino, la senape, il pepe di cayenna e in altri cibi ancora. Quindi Tazio Fornaio, quando andava al ristorante, per timore di incorrere in qualche allergia, assumeva Calcarea Carbonica come antiallergico. Purtroppo quella sera fu immobilizzato prima di riuscire ad assumere il rimedio omeopatico, lo testimonia il fatto che il tubulo era ancora sigillato.

A questo punto Tarcisio, che voleva dare risalto alla sua fondamentale presenza nell'indagine, tirò fuori dal frigorifero e stappò una bottiglia di spumante. Mentre i due magistrati erano intenti a bere, lui si affrettò a concludere: - I tre uomini e il dottor Cataro pensavano di avere escogitato un piano perfetto...

Ortensia bevve così in fretta che per poco il vino non le andò per traverso, diede alcuni colpi di tosse ma riprese a raccontare: - La presenza di Adamo, il portiere ubriacone, ha scompaginato i loro piani. Adamo ha chiamato il responsabile della ditta di Pompe funebri anziché il medico di guardia. Quando Teodoro Fischietti è entrato nella stanza del medico, quest'ultimo ha dovuto fingere di rianimare Tazio Fornaio, e non ha dato peso al tubulo di Calcarea carbonica in mano alla vittima.

A quel punto, il dottor Giretti capì che gli rimaneva solo una cosa da fare per fermare l'inarrestabile logorrea di Ortensia. Afferrò la donna per le spalle e, prima che lei riuscisse ad opporsi, la baciò sulla bocca. Un lungo e prolungato bacio che terminò con un gemito della donna. Il procuratore capo, imbarazzato, finse di guardare alcuni fogli che teneva in mano, mentre Ortensia, paonazza in viso, balbettò: - Tarcisio... Io... Tu... Noi...

Il dottor Giretti, incurante del clima di disagio che si era creato, alzò l'indice verso l'alto e assunse una posa pomposa. - Sarebbe bastato che il dottor Cataro facesse sparire il tubulo di Calcarea carbonica e nessuno avrebbe pensato che dietro la morte di Tazio Fornaio si celasse un omicidio. Ma come ha detto lo stesso mio collega, riferendosi ai rimedi omeopatici... - Si sfregò le mani perché era questa la frase che lui voleva evidenziare: "Io non ho bisogno di questa roba omeopatica, non la conosco, sono sicuro che non contenga nulla e non la voglio utilizzare" Giretti sorrise in modo amaro. - Se il dottor Cataro fosse stato meno supponente e, soprattutto, meno ignorante, avrebbe saputo che la presenza di Calcarea carbonica poteva mandare a monte i suoi piani. Non ha pensato di nascondere il tubulo, quindi è stato punito dalla sua stessa arroganza.

Tarcisio strinse la mano del procuratore Denti e, volutamente, ignorò lo sguardo trasognato di Ortensia. Aprì la porta dello studio. - Adesso ho pazienti da visitare, quindi se non avete altro da chiedere vi prego di accomodarvi fuori. Arrivederci.

## Il contributo dell'omeopatia

Luciano D'Auria

Specialista Dermatologo, Medico esperto in omeopatia  
E-mail: onda.vento@virgilio.it

La psoriasi è una dermatosi infiammatoria cronica; colpisce il 2-3% della popolazione italiana, senza particolari differenze di sesso, con picco intorno ai 40 anni di età. Il 10% circa dei pazienti affetti da psoriasi ne soffre in forme gravi (pustolosa, eritrodermica, artropatica). Il meccanismo patogenetico si esplica con infiammazione, iperplasia epidermica e neoangiogenesi del derma papillare; il processo infiammatorio è sostenuto da CD4+, CD8+, NK-cell, cellule dendritiche, monociti e neutrofilii. Citochine Th1 sono rilasciate da T-linfociti, NK-cell, cheratinociti e cellule dendritiche; recentemente è stata dimostrata la presenza di linfociti Th17 (caratterizzati dalla produzione di IL-17, di IL-22 e di IL-23) e di linfociti Treg; la psoriasi è oggi considerata una dermatosi a pattern Th1/Th17.

Il 30% dei pazienti riferisce psoriasi nei parenti di primo grado; da un punto di vista genetico è considerata una malattia complessa, che si sviluppa dall'interazione tra fattori ambientali e genetici. I soggetti con determinati alleli di suscettibilità possono manifestare la dermatosi se esposti a fattori ambientali "scatenanti" quali traumi fisici ripetuti, eventi stressanti maggiori, alcuni farmaci, infezioni. Sono considerati fattori di rischio il fumo di sigaretta, il consumo eccessivo di alcolici, l'obesità, l'incremento del BMI.

### Clinica e semeiotica

La psoriasi a placche è la forma più diffusa (80%); si manifesta con lesioni eritemato-desquamative localizzate prevalentemente in corrispondenza della superficie estensoria dei gomiti e delle ginocchia, del cuoio capelluto, della regione lombare; tuttavia, lesioni psoriasiche possono comparire su tutto l'ambito cutaneo. Squame bianco-argentee di dimensioni variabili (furfuracee, lamellari) ricoprono la cute sottostante che si presenta eritematica; il distacco delle squame provoca sanguinamento (segno di Auspitz). A livello dei genitali le lesioni possono assumere un aspetto prevalentemente eritematico.

- **Psoriasi ungueale** - Le lesioni ungueali in corso di psoriasi comprendono distrofie, pitting, onicolisi, ipercheratosi subungueale, oil drop, linee di Beau.
- **Psoriasi guttata** - Si manifesta con la comparsa eruttiva di piccoli elementi eritematici, tondeggianti, del diametro di pochi millimetri, ricoperti da piccole squame biancastre; la psoriasi guttata si può presentare in seguito ad episodi infettivi della sfera otorinolaringoiatrica od odontoiatrica.

- **Psoriasi invertita** - Colpisce le grandi pieghe (cavi ascellari, inguine, solco intergluteo).
- **Psoriasi palmoplantare** - Fortemente invalidante, può manifestarsi sia con lesioni desquamative che interessano l'intera superficie del palmo della mano e della pianta del piede, sia come quadro pustoloso.
- **Eritrodermia psoriasica** - La cute appare interamente o parzialmente (sub-eritrodermia) eritematica e desquamante; a causa della perdita di sali, proteine ed altre importanti sostanze attraverso la cute, i pazienti con eritrodermia necessitano solitamente di trattamento in ambito ospedaliero.

Il prurito è presente in modo variabile in circa la metà dei pazienti; l'esposizione al sole è quasi sempre terapeutica; in circa il 5% dei casi però l'esposizione agli UV è causa di peggioramento della dermatosi (psoriasi fotosensibile). Circa il 5% dei pazienti affetti da psoriasi soffre anche di artropatia. Il fenomeno di Koebner consiste nella comparsa di lesioni psoriasiche su cute traumatizzata; è un segno caratteristico della psoriasi ed anche di altre dermatosi.

### Diagnosi

La diagnosi nosografica è l'atto fondamentale da cui consegue la scelta terapeutica più appropriata (farmacologica, omeopatica, etc). La diagnosi di psoriasi è essenzialmente clinica; una biopsia cutanea sarà indicata nei casi dubbi. A seconda delle forme cliniche, la diagnosi differenziale si porrà con le seguenti dermatosi: pitiriasi rosea di Gibert, micosi, dermatite seborroica, sebopsoriasi, dermatite allergica da contatto, dermatite irritativa da contatto, eczema nummulare, sifilide secondaria, lichen, lupus eritematoso, malattia di Darier, pitiriasi lichenoidale, pitiriasi rubra pilaris, pustolosi palmoplantare, cheratodermia palmoplantare, disidrosi, micosi fungoide, eritrodermia paraneoplastica, reazioni da farmaci.

### Indici di gravità

La gravità di malattia è un altro importante parametro per la scelta terapeutica e, quindi, per poter valutare i possibili livelli e/o tempi di integrazione. Esistono numerosi indici di calcolo: la misurazione più frequentemente adottata è l'indice PASI (Psoriasis Area and Severity Index) che prende in considerazione estensione, eritema, desquamazione, infiltrazione e prurito ricavando, mediante un calcolo, un punteggio che corrisponde alla severità clinica.



Secondo una classificazione più semplice, possiamo suddividere la gravità della dermatosi in: psoriasi in remissione o minima, psoriasi lieve, psoriasi moderata, psoriasi moderata-grave, psoriasi grave (sub-eritrodermica, eritrodermica, artropatica).

### Terapia dermatologica

La terapia dermatologica della psoriasi si articola in terapia topica, fototerapia, terapia sistemica, cercando di utilizzare la metodica più appropriata nell'ottica dell'equilibrio tra farmaco, effetti collaterali e risultato clinico. I principali criteri da considerare sono rappresentati da: varietà clinica, topografia, severità, estensione, compliance del paziente, impatto psicologico, disabilità per la vita del paziente, malattie pregresse e/o concomitanti, fase di malattia. La terapia per uso locale è indicata per pazienti con psoriasi lieve o moderata. Idratanti ed emollienti sono parte integrante della terapia in quanto la cute del paziente psoriasico necessita di idratazione sia per la desquamazione propria della malattia, sia per la xerosi che caratterizza l'epidermide, causa ulteriore di prurito. I cheratolitici (acido salicilico, urea, etc.) sono molto utili per eliminare la componente desquamativa. Farmaci di più comune impiego sono i derivati della Vitamina D3 (calcipotriolo, tacalcitolo, calcitriolo), ditanolo, steroidi di varia potenza (utilizzo limitato per effetti collaterali, tachifilassi e rebound), retinoidi (tazarotene); alcuni di questi farmaci sono disponibili anche in associazione. La fototerapia è indicata (in associazione con terapia topica) in pazienti con psoriasi media, la fototerapia può avvalersi di diversi protocolli (UVB-narrow band 311 nm, UVB banda larga, UVA, PUVA terapia, etc.). La terapia sistemica è indicata (in associazione con la terapia topica) nei pazienti con psoriasi medio-grave, grave, sub-eritrodermica, eritrodermica, prevede l'impiego di retinoidi (acitretina, anche in associazione con fototerapia), ciclosporina A, methotrexate. Allo scopo di ottimizzare la risposta terapeutica verso un dato farmaco e di minimizzarne gli effetti collaterali dipendenti dal dosaggio cumulativo, si può ricorrere ad una terapia combinata ed alla cosiddetta terapia rotazionale.

Da alcuni anni sono disponibili (solo per uso ospedaliero) i farmaci biologici, per il trattamento della psoriasi a placche moderata-severa nei pazienti che non hanno risposto, presentano controindicazioni o sono intolleranti ad altre terapie sistemiche e per pazienti con psoriasi artropatica. Si tratta di un gruppo di molecole che interferiscono con le funzioni dei linfociti T a diversi livelli, con azione di inibizione del TNF-alpha o con azione anti-citochinica (anti IL-12/IL-23); riguardo all'utilizzo dei biologici, esistono rigorosi criteri di screening e di esclusione dei pazienti sulla base della loro anamnesi personale e di eventuali effetti indesiderati in corso di terapia. La scelta della terapia sistemica terrà conto anche di eventuali comorbilità quali obesità, sindrome metabolica, dismetabolismo, steatosi epatica non-alcolica (NAFLD), ipertensione arteriosa, infarto del miocardio, diabete di tipo II, artropatia; descritta anche associazione con altre malattie infiammatorie immuno-mediate.

### Aspetti psicologici

In letteratura sono presenti numerosissimi lavori sulla relazione tra psoriasi e psiche; la psoriasi incide profondamente sulla qualità della vita delle persone che ne sono affette. La comparsa e la presenza di questa dermatosi intacca la sfera personale, sociale, relazionale toccando difficili tematiche quali il sentirsi evitati dagli altri (per ignoranti paure di contagio delle malattie della pelle), conseguente senso di vergogna ed isolamento e, in generale, l'immagine corporea. L'origine ectodermica della cute è alla base della concomitanza e dell'alternanza di sintomi dermatologici e psichici; il modello PNEI ci fornisce il paradigma di questa profonda relazione.

### Psoriasi e omeopatia

Se consideriamo il paziente psoriasico e, in generale, il paziente affetto da una dermatosi a carattere cronico-ricidivante, gli obiettivi terapeutici sono essenzialmente di due ordini: il primo consiste nel risolvere il quadro acuto di malattia nel minore tempo possibile, il secondo nell'ottenere un periodo di remissione clinica il più lungo possibile. In generale, la terapia dermatologica è in grado di lavorare sulla fase di riacutizzazione sebbene con alcune difficoltà legate all'efficacia, agli effetti collaterali di alcuni farmaci, alla sicurezza terapeutica a lungo termine, alla difficoltà per il paziente di effettuare le stesse cure (applicare una crema più volte al giorno, recarsi presso i centri ospedalieri per la fototerapia, etc) e, non ultimo, il costo elevato di alcuni farmaci. Riguardo al mantenimento della remissione clinica, gli strumenti a disposizione sono, purtroppo, quasi inesistenti. L'omeopatia può offrire un'integrazione importante per colmare - seppur con qualche difficoltà - questi "spazi vuoti": intervenire sui fattori di rischio, risparmiare farmaci (e quindi effetti collaterali), ridurre frequenza ed entità delle recidive ed aumentare i tempi di benessere del paziente.

La scelta terapeutica, il livello ed i tempi di integrazione andranno valutati di volta in volta secondo criteri legati alla forma clinica della psoriasi, all'indice di gravità ed alla fase clinica (remissione, stato, riacutizzazione), alla comorbilità ed alle attitudini e caratteristiche del paziente che dovrà essere attivamente collaborativo e con il quale dovremo ovviamente avere un buon livello di relazione. In linea di massima, l'omeopatia sarà indicata nei pazienti affetti da psoriasi in placche di gravità lieve, in fase di stato e/o di remissione clinica; assolutamente indispensabili invece le terapie farmacologiche tradizionali per le persone con psoriasi medio-grave, grave, sub-eritrodermica, eritrodermica, artropatica; evidentemente, modalità e livello di integrazione andranno valutati caso per caso. E' di fondamentale importanza vigilare (insieme al paziente) su eventuali brusche riacutizzazioni, possibili nel decorso naturale della psoriasi, per poter tempestivamente correggere e/o modificare la terapia in corso.

Un approccio integrato dovrà lavorare anche sull'alimentazione, sullo stile di vita, sugli aspetti psicoemotivi e su tutto ciò che costituisce la globalità del paziente. Curare una persona con psoriasi non è né semplice, né facile: quale può essere il contributo dell'omeopatia?

### Terapia sintomatica

Innanzitutto, un intervento sul prurito sarà possibile utilizzando i numerosi rimedi dedicati a questo fastidioso sintomo. La psoriasi è una dermatosi eritemato-desquamativa pertanto la terapia sintomatica omeopatica potrà attingere ai numerosi medicinali di questa lesionalità, qualificando la scelta sulla base delle caratteristiche del paziente. In alcuni casi la scelta del rimedio dovrà considerare anche la topografia della dermatosi. Inoltre, alcuni dei seguenti medicinali (policresti) possono anche essere il rimedio di fondo del paziente.

- Lesioni eritematiche: Apis mellifica, Belladonna
- Lesioni eritemato-desquamative: Arsenicum album (desquamazione fine, furfuracea, prurito, bruciore; migliora al sole ed al caldo), Arsenicum iodatum (desquamazione lamellare, lichenificazione), Kali arsenicosum (psoriasi di vecchia data, il prurito peggiora con il calore), Natrum sulphuricum (desquamazione lamellare su cute eritematica e lucida), Natrum muriaticum (psoriasi fotosensibile), Hydrocotyle asiatica (desquamazione ostracea), Sepia officinalis (psoriasi palmoplantare, fissurazioni), Lycopodium clavatum (psoriasi in chiazze, palmoplantare), Calcarea carbonica (psoriasi palmare), Berberis vulgaris (lesioni circinnate, nummulari), Staphysagria (prurito erratico, xerosi, nuca, genitali), Graphites (psoriasi invertita, palmoplantare, cuoio capelluto), Anagallis arvensis (psoriasi palmoplantare), Petroleum (bruciore, fissurazioni, peggioramento invernale), Croton tiglium (psoriasi cuoio capelluto).
- Psoriasi guttata: l'omeopatia sarà di aiuto nella cura e nella prevenzione di eventuali foci infettivi a livello della sfera otorinolaringoiatria ed odontostomatologica.
- Fenomeno di Koebner: Arnica montana
- Artropatia psoriasica: i pazienti affetti da artropatia potranno integrare la terapia farmacologia tradizionale con medicinali omeopatici comunemente utilizzati per le patologie osteoarticolari e reumatologiche, con lo scopo di ridurre l'assunzione di antinfiammatori non steroidei e di antidolorifici.

Una difficoltà frequente nell'utilizzo della terapia omeopatica sintomatica (difficoltà condivisa con la scelta della terapia dermatologica per uso topico) è rappresentata dal polimorfismo lesionale di cui il paziente è portatore: le lesioni psoriasiche infatti raramente sono omogenee poiché possono coesistere alcune lesioni francamente eritematiche con altre desquamative, a loro volta con desquamazione differente le une dalle altre; questo aspetto implica - oltre ad una buona dimestichezza con la semeiotica della pelle - la necessità di scegliere non uno ma più di un medicinale omeopatico, se si desidera coprire il quadro lesionale nella maniera più completa possibile.

La terapia basata sulla morfologia delle lesioni dovrà poi essere modificata e adattata sulla base dei cambiamenti evolutivi delle lesioni psoriasiche stesse nel corso della cura e del tempo.

Da valutare caso per caso l'opportunità di utilizzare in associazione una terapia dermatologica tradizionale per uso topico; sicuramente sarà sempre utile l'impiego di idratanti, emollienti, cheratolitici.

Il principale obiettivo della terapia omeopatica sintomatica consiste nel risparmiare l'uso di farmaci e, conseguentemente, nella riduzione di effetti collaterali.

### Terapia di terreno

La psoriasi - come quasi tutte le malattie della pelle - è una dermatosi che coinvolge l'intera persona: i fattori scatenanti e la comorbilità sottolineano la relazione tra la cute e gli altri apparati.

La cura di questa malattia richiede dunque un approccio che tenga conto dell'insieme dei sintomi e dei disturbi espressi dal paziente, per poter intervenire sia sugli aspetti dermatologici, sia su quelli extra-dermatologici. La terapia farmacologica - seppur indispensabile nei casi di psoriasi medio-grave e grave - limitandosi ad eliminare le lesioni cutanee, non riesce ad agire sulla complessità degli eventi che sono alla base di questa patologia.

La terapia omeopatica di terreno può integrare gli strumenti a disposizione del dermatologo riequilibrando e regolando la fisiologia del paziente utilizzando, ad esempio, i preziosissimi momenti di remissione clinica oppure quando la psoriasi si manifesta in entità lieve; stabilizzare significa prevenire frequenza ed entità di - purtroppo prevedibili - recidive cliniche il che significa maggior benessere e risparmio di farmaci. Un terreno poco curato, pieno di erbacce e di rami secchi può infiammarsi facilmente: è di vitale importanza mantenerlo quanto più possibile in ordine ed efficiente.

La comorbilità della psoriasi è un esempio della relazione tra cute ed organi interni; fermo restando l'indispensabile ruolo degli specialisti esperti delle varie manifestazioni patologiche espresse dal paziente (dermatologo, reumatologo, cardiologo, etc.), nelle malattie presenti come comorbilità ed in alcuni fattori di rischio della psoriasi - considerati nel loro insieme - possiamo riconoscere importanti "frammenti" delle costellazioni di molti policresti. Tra i principali: Arsenicum album, Natrum muriaticum, Sulphur, Sulphur iodatum, Lycopodium clavatum, Sepia officinalis, Psorinum, Staphysagria, Silicea, Nux vomica, Thuja occidentalis, Natrum sulphuricum. Mettendo insieme questi elementi e componendo tutti i tasselli espressi dal paziente, sarà possibile risolvere il complesso puzzle del simillimum.

I rimedi appena elencati esplicano la loro azione anche sullo psichismo: il lavoro di insieme della terapia di fondo potrà dunque essere di aiuto anche nell'ambito dei disagi psicoemotivi frequentemente manifestati dalle persone affette da psoriasi; da tenere presenti quindi anche medicinali come Ignatia amara, Gelsemium, Argentum nitricum, etc.

Evidentemente, anche in questo caso dovremo valutare l'integrazione con altri interventi come, ad esempio, un supporto di tipo psicologico vero e proprio.

Nei pazienti con psoriasi il modello reattivo predominante è quello psorico (o psoro-sicotico); tuttavia, spesso dovremo lavorare anche sulla sicotizzazione conseguente ad eventuali terapie farmacologiche, soprattutto dopo quelle per uso sistemico.

Il modello reattivo luesinico ed il fluorismo (da leggere nel contesto della costituzione di base del paziente) ci forniscono importanti elementi: le caratteristiche cutanee (cute xerosica, biancastra, fissurata, distrofie ungueali) sono tipiche della fisiopatologia della psoriasi, mentre gli aspetti dello psichismo (ansia, instabilità, insonnia, paura, tratti depressivi, uso di alcolici) ricalcano alcuni tratti psicologici che accompagnano questa dermatosi. A tale proposito potremo quindi valutare medicinali quali Calcarea fluorica, Luesinum, Mercurius solubilis, Platina, etc.

Nella gestione del paziente con psoriasi ci imbattiamo nelle difficoltà tipiche del trattamento di tutte le malattie croniche: non essendo possibile eliminarle, è necessario trovare modalità accettabili per conviverci. L'approccio omeopatico può integrare quello dermatologico tradizionale - e viceversa - in maniera complementare: a seconda della gravità e della fase clinica della malattia, delle caratteristiche del paziente, avremo a disposizione differenti strumenti terapeutici da proporre ed impiegare di volta in volta. La nostra conoscenza e l'esperienza ci indicheranno il modo più appropriato di utilizzarli rispetto alla situazione da gestire: Medicina Integrata come sinergia. ■

**BIBLIOGRAFIA**

1. Naldi L, Rebora A. Psoriasi in Dermatologia basata sulle prove di efficacia. Masson - Elsevier, Milano 2006.
2. Michalak-Stoma A, et al. Cytokine network in psoriasis revisited. Eur Cytokine Netw 2011 Dec; 22(4): 160-8.
3. Brigo B. Omeopatia e dermatologia. Ed. Tecniche Nuove, Milano 2001.
4. Houmard A. Therapeutique homeopathique en dermatologie. Ed. Boiron, France 1992.
5. Turinese L. Biotipologia. II Edizione. Ed. Tecniche Nuove, Milano 1997/2006.
6. Witt CM, Ludtke R, Willich SN. Homeopathic treatment of patients with psoriasis – a prospective observational study with 2 years follow-up. JEADV 2009 May; 23(5): 538-43.
7. Ben-Arye E, Ziv M, Frenkel M, Lavi I, Rosenman D. Complementary medicine and psoriasis: linking the patient's outlook with evidence-based medicine. Dermatology 2003; 207(3): 302-7.
8. Esposito M. et al. An Italian study on psoriasis and depression. Dermatology 2006; 212:123-127
9. Turinese L. Modelli psicosomatici. Elsevier, Milano 2009.
10. Yeung H. et al. Psoriasis severity and the prevalence of major medical comorbidity: a population-based study. JAMA Derm 2013 Oct; 149(10): 1173-9.

## Il contributo dell'agopuntura

**Carlo Di Stanislao, Leonardo Paoluzzi**

E-mail: [carlo.distanislao@gmail.com](mailto:carlo.distanislao@gmail.com), [paoluzzi47@interfree.it](mailto:paoluzzi47@interfree.it)

Un recente studio italiano<sup>1</sup> ci dice che l'agopuntura è impiegata dal 33% dei pazienti con psoriasi, soprattutto nel sesso femminile e fra stati sociali di livello culturale ed economico medio-alto. La pratica è ritenuta pericolosa per via del fenomeno di Koebner<sup>2</sup>, che tuttavia è piuttosto raro dal momento che gli aghi vengono impiantati superficialmente e non creano soluzioni di continuità di dimensioni tali da dar luogo al fenomeno aggravativo noto come isoformismo reattivo. Nella Cina attuale il trattamento d'elezione, prima dell'uso di topici a base di steroidi o calcipotriolo o di farmaci sistemici immunosoppressivi o derivati aromatici della vitamina A, prevede l'impiego di agopuntura somatica ed auricolare e di formule erboristiche diverse a seconda della varietà espressa<sup>3</sup>. Attraverso i secoli, i cinesi hanno attribuito diversi nomi al disturbo: "piaga pugnale bianco" (bai bi), "tigna a pelle di pino" (song pi

xuan) e "serpente pidocchio" (she shi). Lo Specchio Serpente della Medicina, classico del 1742, fornisce la seguente descrizione delle cause della psoriasi: "...Le ferite dalla forma di un pugnale bianco sono causate da un vento patogeno che alloggia nei tessuti e nella pelle, ed anche da secchezza del sangue che nutre a stento l'esterno..."<sup>4</sup>. Attualmente<sup>5</sup> si ritiene che le principali cause di psoriasi sono da ricondurre alla insufficienza dei livelli protettivo e nutritivo che provoca vento e secchezza, cosicché la pelle perde il suo nutrimento. Negli stadi iniziali, gli attacchi di vento freddo o vento calore, causano disarmonia tra i livelli protettivi e nutritivi impedendo la circolazione di qi e sangue, permettendo così ai fattori patogeni di annidarsi nei tessuti. Potrebbe anche succedere che del preesistente calore umido possa accumularsi nei tessuti riscaldandoli e causando dunque le lesioni. Man mano che la malattia progredisce, vento



freddo, vento calore, o calore umido si trasformano in calore, consumando e danneggiando qi e sangue e causando insufficienza sanguigna e vento secco (secchezza del sangue) e contribuendo a peggiorare la situazione. Un altro possibile risultato della insufficienza dei livelli nutritivi e del sangue è data dall'ostacolo arrecato alla circolazione di qi e sangue, che porta ad un ristagno nei tessuti e nella pelle dando origine così alle lesioni.

Se le condizioni persistono, emergono altresì delle disfunzioni organiche. Nella psoriasi sono particolarmente colpiti Fegato e Reni; la loro insufficienza determina disarmonia fra il chong mai e il ren mai e una più pronunciata insufficienza dei livelli nutritivo e protettivo e del sangue. La psoriasi da fuoco o da calore risulta da un disturbo emozionale che se non risolto si trasforma in fuoco; gli attacchi del calore tossico o del vento freddo si trasformano in calore e quindi in secchezza dando origine al calore secco, che poi si trasforma in tossicità che sotto forma di calore tossico entra nei tessuti e nella pelle, producendo le lesioni. I quadri da calore sono originati spesso da calore nel Cuore e/o nel canale del Fegato che può essere causato da disturbi emozionali. Man mano che il calore si accumula, entra nel livello del sangue e compromette i tessuti e la pelle producendo le lesioni tipiche della psoriasi detta pustolosa, sia localizzata, che diffusa ed anche artropatica. Le forme circoscritte alle unghie si legano a vuoto di sangue di Fegato con secchezza<sup>6</sup> e possono essere trattate con i punti 3LR (taichong), 7PC (daling), 17BL (geshu).

Negli ultimi anni mentre si differenziano, in Cina, le formule erboristiche da usare - in relazione alla presenza di eritema (calore), squame (secchezza), essudazioni (umidità), prurito e diffusione (vento), stasi di sangue - fissi sono i punti agopunturistici usati<sup>4-7</sup>. Gli schemi agopunturali prevedono di conficcare un ago di 28 gauge bilateralmente il punto BL40 (wei zhong), applicare una forte manipolazione disperdente per 5-10 minuti e lasciare uscire, rimuovendo l'ago, 1-2 gocce di sangue. Bisognerà trattare a giorni alterni per 10 sedute. Per tutti i tipi di psoriasi, inoltre, possono essere considerati i due seguenti gruppi di punti: A) GV14 (da zhui), BL12 (feng men), BL18 (gan shu); B) GV12 (shen zhu), BL13 (fei shu), BL20 (pi shu).

La coppettazione può essere applicata da sola o dopo l'agopuntura. Trattare a giorni alterni per sette sedute, che rappresentano il ciclo di una terapia. Lo schema è utile per forme con eritema, il secondo per forme più squamose<sup>5,6</sup>. Un altro schema empirico molto impiegato in Cina soprattutto per forme inveterate al cuoio capelluto, prevede la puntura con aghi a sette stelle (o martelletto a fiore di pruno) unita a suffumigio medicinale, ottenuto unendo il principio Folium Artemisiae Argyi (ai ye) in una quantità sufficiente tale da formare un rotolo lungo 15 cm e dal diametro di 2,5 cm, a 10 g di Sulphur in polvere (liu huang), più 10 g di Radix Angelicae Dahuricae in polvere (bai zhi), 10 g di Radix Aucklandiae Lappae in polvere (mu xiang), 10 g di Radix Angelicae Pubescentis in polvere (du huo) e 1 g di Borneolo in polvere (bing pian).

Si forma così un rotolo di moxa lungo 1 cm e del diametro di 2,5 cm. Si provvede lavando prima le lesioni con acqua calda, e disinfettando con alcool, poi si conficca delicatamente un ago a sette stelle finché non compariranno alcune gocce di sangue. Poi si accende il rotolo di moxa e si affumicano le lesioni facendo arrivare il fumo dal basso. Dopo la combustione si spargono le ceneri sulle lesioni. Si tratta una volta al giorno per 15-20 minuti e il miglioramento di solito si manifesta entro 20-30 giorni. In base, invece, ad esperienze di clinici francesi<sup>8,9</sup> e alle nostre personali verifiche<sup>10</sup> noi usiamo punti differenti nelle diverse condizioni.

Nel caso di placche psoriasiche con calore e secchezza queste tendono a migliorare con i punti 11ST (qi she), 39ST (xia ju xu), 10LR (shou san li), da trattare con infissione superficiale al fine di non causare isomorfismo reattivo (Koebner) e, pertanto, aggravamento ed estensione della dermatosi, invece nei casi in cui predomina il Calore (forme intertriginose), la sola Secchezza (forme rupioidi), il calore di tipo tossico (Barber, Lapiere e von Zumbusch) i punti 2LR (taichong), 4-11LI (heguquchi), 11LU (shaoshang), 45ST (lidiu), 14GV (dazhui). Nel caso di forme con artropatia, per muovere il sangue, i punti 21SP (da bao), 40BL (weizhong) e 7PC (daling), nelle forme estese ad ampie aree trattamento del Distinto più compromesso (Milza, Rene, Fegato, soprattutto), con ting (o jing distale) opposto al sesso e riunione in basso e in alto. Nelle frequenti condizioni psicosomatiche, infine, considerando che il paziente psoriasico non sta bene con se stesso, ovvero nella propria pelle ed ha come la sensazione, nella vita, di trascinarsi avanzando su ginocchia e gomiti (zone elettive di manifestazione della malattia) utilizzando palmi delle mani e dei piedi (psoriasi palmo-plantare), è sempre utile aggiungere agli altri punti, come il Luo di Piccolo Intestino: 7SI, che controlla la pelle come mezzo di comunicazione col mondo e l'asse detto Shao-Yin, che collega Reni e Cuore, con i punti 1KI e 23CV.

L'esperienza maturata ad esempio nel servizio di agopuntura e moxa della UOC di Dermatologia della ASL 01 de L'Aquila dal 1997 al 2013, ci dice che, poiché trattare efficacemente la psoriasi risulta molto difficile, in quanto è considerata da molti ancora una malattia incurabile visto che le sue cause biomediche restano ancora incerte, il trattamento agopunturale, da solo o molto spesso combinato a terapia fisica (ultravioletti a e B) o farmacologica, è in grado di determinare una remissione se associato ad un corretto modello differenziato e soprattutto, se il paziente si sottopone diligentemente a lunghi trattamenti, della durata media di 3-5 mesi<sup>10</sup>, da ripetersi due o più volte l'anno. Non tanto l'estensione quanto la forma e le caratteristiche etiologiche condizionano la risposta alla terapia agopunturale, con migliore riuscita nelle forme più eritematiche e meno squamose, in quelle con forte impronta psichica e minore nei casi di meta-focalità o obesità o turbe metaboliche.

Il fumo condiziona la risposta in senso negativo, mentre la combinazione con isotretinoina topica rende l'agopuntura molto efficace in corso di varietà onicopatiche. Eccellente la risposta, con terapia di stabilizzazione a base di Metotrexato o Ciclosporina A, in corso di artropatia

psoriasica, mentre l'uso locale del martelletto con lieve sanguinamento può rendere migliore la responsività a cheratolici e riducenti come acido salicilico, catrame, coaltar e cignolina in forme rupioidi o ostracee. Di solito rispondono alla sola agopuntura le forme minime lievemente desquamanti degli angoli della bocca ed in sede periungueale ed anche le forme oculari e del volto e dell'orecchio, mentre recalcitranti si mostrano quelle delle pieghe e di mucose e pseudomucose. Mentre è sinergica la combinazione con trattamenti sistemici a base di Ciclosporina e Mofetil Micofenolato, non si potenzia, in forme universali o eritrodermiche, la risposta ai Retinoidi. Non abbiamo, infine, verificato una differenza di risposta in relazione al sesso, all'età ed agli antigeni di classe I e II del sistema HLA. ■

### BIBLIOGRAFIA

1. Altobelli E, Marziliano C, Fagnoli MC, Petrocelli R, Maccarone M, Chimenti S, Peris K: Current psoriasis treatments in an Italian population and their association with socio-demographical and clinical features, *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2012 Aug; 26(8): 976-82.
2. Zhu LL, Hong Y, Zhang L, Huo W, Zhang L, Chen HD, Gao XH: Needle acupuncture-induced Koebner phenomenon in a psoriatic patient. *J Altern Complement Med*. 2011 Dec; 17(12): 1097-8.
3. Qing H, Tian YS, Fan JM, Tang BY, Niu HQ, Lu JY: Meridian three-combined therapy for treatment of ordinary psoriasis: a multi-center randomized controlled study, *Zhongguo Zhen Jiu*. 2009 Mar; 29(3): 181-4.
4. Di Stanislao C. (a cura di): Libro Bianco sull'agopuntura e le altre terapie della tradizione estremo-orientale, Ed. SIA-CEA, Milano, 2000.
5. Lin L.: Psoriasis in TCM, Ed. Hai Feng, Hong Kong, 1995.
6. De Hui S., Rui-fen X., Wang N.: Manuale di Dermatologia in MTC, Ed. CEA, Milano, 1997.
7. Song, F.: Plum -blossom Needling Combined with Medicinal Fumigation in the Treatment of Psoriasis. *Journal of New Chinese Medicine*, 1988; 20(1): 39-41.
8. Andrès G.: Le malattie della pelle in MTC, Ed. AMSA, Roma, 1997.
9. Colin D : Wai Ke, Ed. Colin, Paris, 1987.
10. Di Stanislao C., Flati G., De Angelis D., Biamonte A. Esperienze agopunturistiche in dermatologia. *Esperienze dermatologiche*, 2010; 1: 29-37.

## Il contributo della fitoterapia

Leonardo Paoluzzi

Medico esperto in Fitoterapia, Presidente Commissione Medicine Non Convenzionali, Ordine dei Medici di Terni  
E-mail: paoluzzi47@interfree.it

Affrontare la psoriasi ritengo che sia un problema difficile per qualsiasi medico e per qualsiasi tipo di medicina, sia biologica che non. Certo è però che ci sono più chance se viene affrontata in maniera naturale e globale, con una visione di insieme, piuttosto che dal solo punto di vista dermatologico. In una visione globale dell'uomo, va detto che non è una malattia nel senso classico ma rappresenta un sintomo di uno squilibrio più ampio. Pertanto il riequilibrio generale della persona affetta (sia in termini di stile di vita sia in termini energetici), permette margini più ampi e maggiori possibilità di successo, intendendo con ciò remissioni più lunghe.

Secondo la nostra esperienza un ruolo importante gioca la personalità del soggetto e il suo stato "tossico" sia fisico che mentale. Si tratta di un soggetto che trova nella pelle e nella formazione di "placche psoriasiche" un suo modo per liberarsi dell'eccesso che non trova una via metabolica normale, quasi volersi costruire una corazza difensiva nei confronti del mondo ostile. Secondo la Medicina Tradizionale Cinese (MTC) siamo di fronte ad un soggetto che ha tendenze ansioso-depressive con grande

paura del futuro e inoltre non riesce a convertire in qualcosa d'altro l'eccesso di "calore" e di "energia". In tali condizioni un drenaggio fitoterapico con piante ad azione epato-renale si impone, pena l'insuccesso di qualsiasi azione terapeutica. Lo schema ideale di approccio sarebbe quello di agire su tre livelli distinti, con il progetto appunto di trattare il sintomo, gli emuntori e la causa.

Il trattamento del sintomo deve prevedere l'uso di oli vegetali e burri da applicare localmente al fine di ridurre la formazione di placche e ripristinare per quanto possibile il normale film idrolipidico cutaneo. In particolare citiamo il burro di karité e il burro di avocado che hanno anche azione lenitive, detergente e disincrostante. Se c'è prurito consiglieremo per via generale una preparazione a base di Ribes nigrum gemme alla 1DH con l'intento di sfruttare la sua azione cortison-like e di ridurre lo stato infiammatorio conseguente. Studi recenti condotti in Italia (GC-MS profiling of the phytochemical constituents of the oleoresin from *Copaifera langsdorffii* Desf. and a preliminary *in vivo* evaluation of its antipsoriatic effect; Gelmini F, Beretta G, Anselmi C, Centini M,

Magni P, Ruscica M, Cavalchini A, Maffei Facino R) hanno messo in evidenza che l'olio essenziale di Copaiba ottenuto dalla *Copaifera*, piccolo albero della regione tropicale del Brasile e della foresta amazzonica, unitamente ad alcune frazioni resinose, viene usato nella medicina *folk* di quelle regioni, con spiccata attività antinfiammatoria e antibatterica. In particolare lo studio sottolinea che tre pazienti affetti da psoriasi cronica trattati per via orale e per via topica con l'oleo-resina di Copaiba, avevano mostrato una significativa riduzione dei segni tipici di questa malattia e probabilmente tale attività antinfiammatoria è legata all'inibizione del NF-kB nucleare e alla secrezione di citochine proinfiammatorie. Altro lavoro del 2012 (The evaluation of the clinical effect of topical St Johns wort - *Hypericum perforatum* L. - in plaque type psoriasis vulgaris: a pilot study; Najafzadeh P, Hashemian F, Mansouri P, Farshi S, Surmaghi MS, Chalangari R.), condotto su dieci pazienti trattati con olio di *Hypericum perforatum* applicato sulle placche due volte al giorno ha ridotto in maniera significativa i parametri considerati (eritema, scaling, thickness). Un lavoro australiano del 2012 (Evaluation of the antipsoriatic activity of Aloe vera leaf extract using a mouse tail model of psoriasis: Dhanabal SP, Priyanka Dwarampudi L, Muruganantham N, Vadivelan R) mette in evidenza come un gel di Aloe vera foglie, tradizionalmente usata per il trattamento delle malattie della pelle inclusa la psoriasi, valutato in alcuni studi sperimentali in confronto al tazarotene allo 0,1% (carotenoide ben noto), ha dimostrato una significativa riduzione del grado di cheratosi in modelli sperimentali su topi. Anche la Centella asiatica trova applicazione nel trattamento della psoriasi in quanto i suoi estratti (frazioni triterpeniche) sono in grado di avere molteplici effetti biologici e i più importanti sono: controllo sull'edema e la filtrazione capillare; un forte potere antiossidante; un'azione antinfiammatoria; la modulazione della produzione del collagene evitando la formazione di cheloidi; una modulazione dei fattori di crescita locali; modulazione dell'angiogenesi. Ciò permette un'azione globale sui problemi infiammatori della pelle e la possibilità di intervenire su diverse patologie cutanee a partire dal lupus, dermatite atopica per arrivare alla psoriasi.

Il trattamento drenante è, come già accennato, il più importante in quanto permetterà al trattamento causale di poter agire. Esso consiste nell'utilizzare l'*Arctium lappa* L. e la *Zea mais* L. in estratto fluido alla dose rispettiva di 30 gocce due/tre volte al giorno per circa 20/30 giorni. Inoltre non deve essere trascurato il buon funzionamento intestinale che si correla da un punto di vista energetico proprio con la pelle e quindi *Vaccinium myrtillus* L. sia come disinfettante che come capillaro protettore. Anche la dieta svolge un ruolo drenante importante soprattutto quando si predilige una alimentazione fresca a base di frutta, verdura e ortaggi, preferibilmente crudi o cotti al vapore. Vanno di sicuro evitati cibi caldi e speziati che andrebbero ad aumentare il calore già elevato e in particolare modo le carni rosse ricche di colesterolo.

Il trattamento causale/energetico prevede l'uso della *Oldenlandia diffusa* (Bai hua - fiore bianco - She She- lingua erbaccia- Cao) della famiglia delle Rubiacee originaria

dell'Asia centrale, e della *Scutellaria baicalensis*. La prima, tra le varie attività, ha una forte proprietà antiproliferativa verso le cellule tumorali in quanto è in grado di aumentare l'apoptosi. Le due sono attualmente molto studiate in Cina per la loro attività anche su infezioni virali (vento calore, vento freddo), per l'azione che hanno sul "calore tossico" a livello cutaneo, unitamente alla *Rehmannia glutinosa* e alla *Salvia miltiorrhiza*. Studi sperimentali condotti su queste piante e loro derivati hanno mostrato capacità antinfiammatoria, antiproliferativa ed altre azioni di rilievo per il trattamento della psoriasi.

In particolare la *Scutellaria baicalensis* viene usata dalla MTC per il trattamento delle forme infiammatorie quali epatiti e forme tumorali. Un recente lavoro del 2013 (Flavonoids Identified from Korean *Scutellaria baicalensis* Georgi Inhibit Inflammatory Signaling by Suppressing Activation of NF- $\kappa$ B and MAPK in RAW 264.7 Cells) ha messo in evidenza che l'azione antinfiammatoria è dovuta ai flavonoidi che diminuiscono i mediatori dell'infiammazione come l'ossido nitrico sintetasi, la ciclo ossigenasi 2, l'interleukina 6, il fattore alfa della necrosi tumorale e l'inibizione della fosforilazione del fattore kB nucleare ed altri fattori. Sembra quindi che questi flavonoidi isolati dalla pianta avrebbero un effetto antinfiammatorio regolando l'espressione dei mediatori dell'infiammazione attraverso l'inibizione dell'NF-kB.

In un lavoro di quest'anno, sul *Journal Ethnopharmacological*, alcuni AA. riportano che l'estratto acquoso di *Viola* contenente ciclotidi bioattivi inibisce la proliferazione dei linfociti attivati riducendo la secrezione di citochine IL-2 senza interessare l'espressione dei recettori IL-2. Suggestendo così l'uso della pianta quando c'è una risposta superattiva del sistema immunitario.

Da un punto di vista fitoterapico-energetico, distinguiamo vari tipi di psoriasi in base al soggetto più che alla lesione dermatologica. In un soggetto bilioso colerico, con tendenza cefalalgica, talora ansioso, isteroide, con intenso prurito a manifestazione improvvisa guttata ad evoluzione rapida, insorta dopo uno stress più spesso inesperto, useremo la lavanda, l'ortica e il citrus amaro; nel soggetto vascolare con patologie a tendenza cardiaca e circolatoria sclerotica, avremo una psoriasi molto congesta con squame poco aderenti ed invertita nei soggetti distimici, useremo la betulla, la borago, la lavanda e l'orthosiphon; il soggetto pletorico sanguigno facile alle intolleranze alimentari, che si preoccupa e rimugina che presenta lesioni essudanti e crostose, aggravate dal vino, useremo la bardana, il *chrysanthellum americanum*, la noce e la quercia; nel caso del soggetto ansioso depressivo, melanconico, astenico, le piante più indicate saranno ancora la bardana, la betulla e l'isoppo, anche perchè troveremo una lesione dermatologica molto secca con infiltrazioni ipercheratosiche e squame aderenti; infine in un soggetto a tendenza anergica, pauroso, con lesioni anche articolari precoci, tendente all'eritrodermia con un quadro generale ematico alterato immunitario, presenza di anticorpi anticheratina, useremo la solidago, il ginepro e l'isoppo. ■





Vanda Homeopatie  
Integrative Health Care



Ostenda 1973  
[www.vandaomeopatie.nl](http://www.vandaomeopatie.nl)