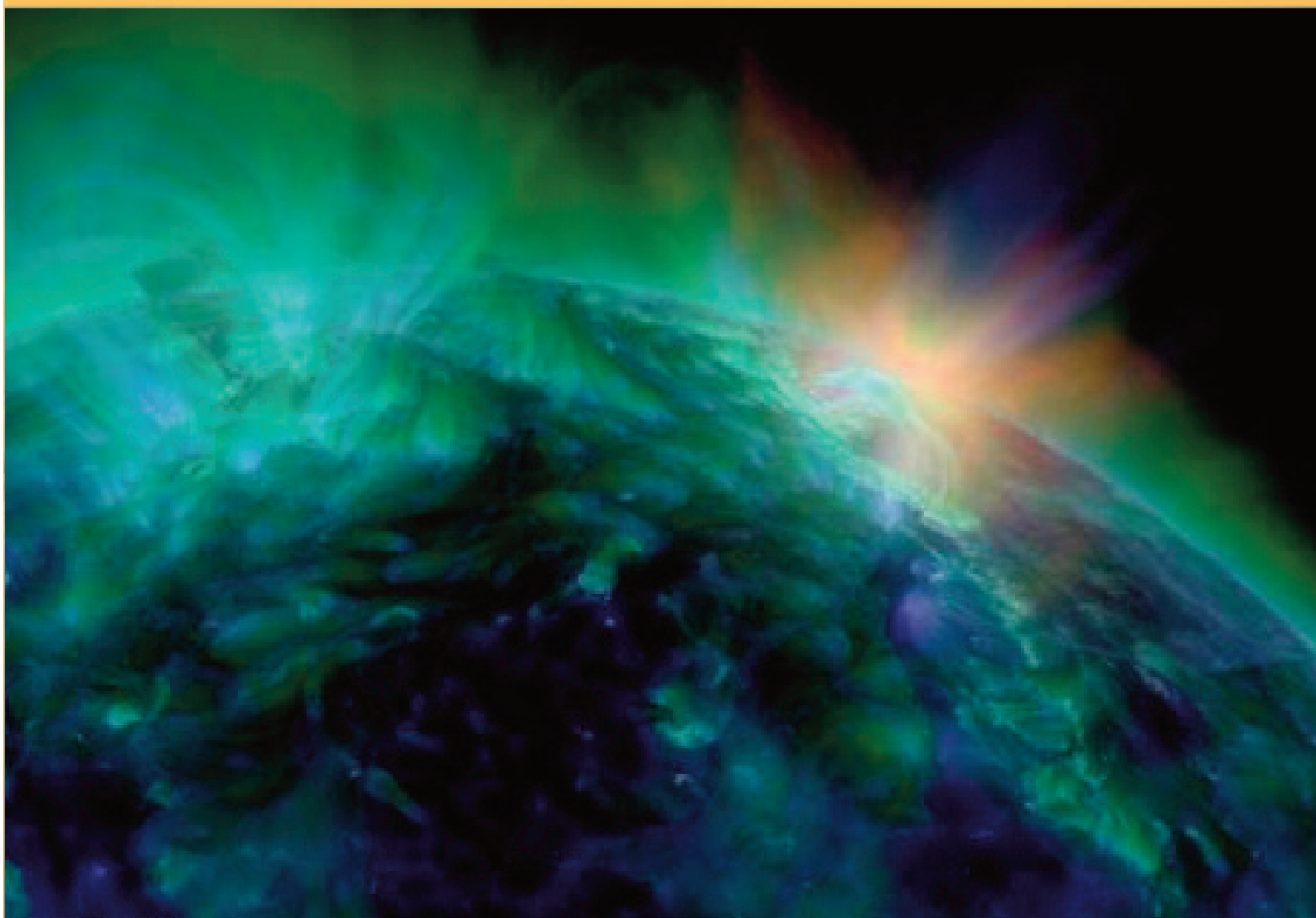


HIM@d

HOMEOPATHY and Integrated Medicine



Maggio 2015 | Volume 6 | Numero 1

SIOMI
SOCIETÀ ITALIANA DI OMEOPATIA
E MEDICINA INTEGRATA

Organo ufficiale della
SOCIETÀ ITALIANA DI OMEOPATIA E MEDICINA INTEGRATA

fisiodren®

Drenante e depurativo generale



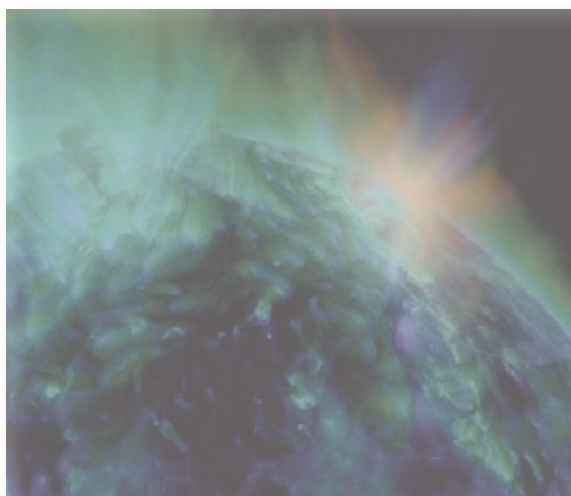
Utile per favorire il ricambio generale, coadiuvare l'eliminazione di scorie dall'organismo e il drenaggio dei principali sistemi emuntori.

Si consiglia l'assunzione di un misurino da 10 ml diluito in un bicchiere d'acqua 2-3 volte al dì. Oppure disciogliere 20-30 ml di soluzione in un litro d'acqua minerale naturale, da bere in più riprese nell'arco della giornata.

Laboratori
Legren

LABORATORI LEGREN S.r.l.
Corso Italia, 126 - 18012 Bordighera (IM)
Tel. 0184.268240 - Fax 0184.267007

www.laboratorilegren.it



In copertina: *Perturbazioni solari (elaborazione a colori)*
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

© 2010-2015 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 giugno 2016
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,
Paolo Roberti di Sarsina, 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 7 - Numero 1, Maggio 2016

■ Editoriale

2 **Medicina Narrativa e Omeopatia, simili e lontane**

di Simonetta Bernardini

■ In primo piano

4 **La Medicina Centrata sulla Persona**

Cosa è e cosa non è: introduzione al Paradigma

di Paolo Roberti di Sarsina e Mariateresa Tassinari

■ Contributi originali

7 **La granulomatosi di Wegener (I)**

Letture di malattia e contesto storico in chiave omeopatica

di Ennio Masciello

10 **Fenotipo e costituzione in odontoiatria**

di Edoardo Bernkopf

15 **L'uomo come opera d'arte**

di Francesco Eugenio Negro

18 **Omeopatia, tra narrazione ed evidenza**

di Luigi Turinese

33 **Dieta di eliminazione IgG4**

di Francesco Cosentino e Maria Concetta Giuliano

36 **Omeopatia tra Fenomenologia ed Epigenetica**

di Francesco Macri

■ I grandi personaggi dell'omeopatia

21 **Vega Palombi Martorano**

Presidente Onoraria APO Italia - Associazione Pazienti Omeopatici

a cura di Rosaria Ferreri

■ Spotlight - La ricerca scientifica in Medicina Integrata

30 *a cura di Gino Santini*

Omeopatia nella menopausa - Affetto di Apis mellifica sui geni cellulari - Diluizioni e dinamizzazioni: l'azione sull'attività follicolare - Thuja occidentalis efficace sulla cellule di glioblastoma - Rhus tox dinamizzato omeopaticamente è attivo in vitro - Omeopatia nella prevenzione delle infezioni respiratorie recidivanti

■ Quaderni di Medicina Integrata - Litiasi

40 **Il contributo dell'omeopatia** *di Roberto Pulcri*

43 **Il contributo della MTC e della fitoterapia** *di Gabriele Saudelli*

46 **Il contributo della fitoterapia** *di Maria Concetta Giuliano*

■ Case Report

16 **Fare più con meno - Elogio del coltellino svizzero in omeopatia** *di Massimo Saruggia*

24 **Un caso clinico di epilessia felina** *di Bruno Cipollone*

28 **Il pemfigoide bolloso di Mafalda** *di Mariarosa Chiarantano*

38 **Una sofferenza sotterranea** *di Teresa De Monte*

■ L'omeopatia raccontata

26 **Assassinio in autostrada**

di Italo Grassi

Medicina Narrativa e Omeopatia, simili e lontane

Simonetta Bernardini

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

La medicina narrativa fa parte della medicina fin dai tempi di Ippocrate ed essa è parte fondante dell'omeopatia. Alla fine degli anni novanta del secolo scorso essa è stata riscoperta dall'ortodossia medica all'Università di Harvard ad opera di Arthur Kleinman e Byron Good, due psichiatri e antropologi secondo i quali la medicina è un sistema culturale, vale a dire un insieme di significati simbolici che modellano il vissuto del malato. A Kleinman (1988), si deve la distinzione di malattia in *disease* e *illness* cui va aggiunta la *sickness*.

Disease è il termine medico che implica una diagnosi specifica e che inquadra una patologia prettamente organica. Un evento dunque oggettivabile con specifici parametri di riferimento biomedici. Ad essa fa riferimento la Evidence Based Medicine (EBM).

Illness rappresenta la sofferenza nel senso più ampio: fisico e mentale. Si tratta dunque di una infermità. Nel concetto di *illness* è insita l'esperienza soggettiva della sofferenza, la percezione dello stare male dell'individuo. Tale sofferenza è sempre culturalmente mediata. Si pensi, per fare un solo esempio, al parto fisiologico, il quale, pur essendo una grande sofferenza, non è interpretato come tale grazie ai fattori culturali dei popoli.

Sickness è la definizione di malattia ad un punto di vista sociale. Rappresenta l'impossibilità di condurre la vita di tutti i giorni a causa della malattia. Tale termine implica dunque il riconoscimento sociale dello stato di malattia. In tal caso lo stesso parto fisiologico, pur non essendo una *illness*, si qualifica come *sickness* e accede sia ai fattori sociali sia ai rimborsi assicurativi. Dunque un soggetto malato, (*ill*) ha una malattia (*disease*) con la quale può avvantaggiarsi della terapia medica e che gli impedisce, in quanto *sick*, di condurre una vita sociale.

Solo la comprensione di tutti e tre i caratteri della malattia consente di comprendere il malato ad un punto di vista fisico, sociale e morale. Infatti, possono esistere *disease* senza *sickness* e senza *illness* (nel caso di malattie riconoscibili, ad esempio, dagli esami di laboratorio, ma che non sono percepite dalla persona che quindi non le fa ricadere sul sociale). Così come esistono *illness* senza *disease* e senza *sickness*, come la malinconia o l'ansia che non è obiettabile e pertanto può non essere curabile e nemmeno protetta a livello sociale. Infine, esistono *sickness* senza *disease* e senza *illness*, ovvero malattie che hanno un carattere puramente sociale e culturale (come potrebbe essere stata classificata l'omosessualità per lungo tempo in molti paesi). La fondatrice della Medicina Narrativa, Rita Charon, (Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness, Oxford University Press, 2008) ci dice che: "I medici possono essere fieri

di saper curare il cuore, le infezioni fatali, la leucemia nei bambini e anche di saper trapiantare organi. Ma, a dispetto di queste capacità, essi non sono abili nel saper affrontare le situazioni di sofferenza dei pazienti, di estendere empatia con la loro sofferenza, di porsi in maniera onesta e coraggiosa dalla loro parte nella lotta contro la sofferenza nelle malattie croniche e/o davanti alla morte".

Secondo Good, "le narrazioni non solo riportano e riferiscono le esperienze e gli eventi dal punto di vista limitato e parziale del presente, ma proiettano anche nel futuro, organizzando i desideri e le strategie e dirigendogli verso scopi immaginati. L'esperienza vissuta e le attività sociali hanno quindi una relazione complessa con le storie attraverso le quali sono riferite". Non a caso, la malattia grave e invalidante è stata definita come una "rottura biografica", un vero e proprio punto di frattura. La grande espansione delle tecnologie diagnostiche, terapeutiche e chirurgiche, avvenuta dopo gli anni '40 del secolo scorso, ha contribuito all'affermarsi di una "medicina tecnologica", che ha reso il paziente sempre più passivo e il resoconto della sua esperienza di malattia sempre più irrilevante. (Guido Giarelli, Storie di cura. Medicina narrativa e medicina delle evidenze: l'integrazione possibile. Franco Angeli, 2005). E ancora condividiamo le parole di Charon: "Una medicina cui manca la consapevolezza della depressione del paziente è una medicina vuota o una mezza medicina". Così Charon, che è un clinico medico, continua: "La Medicina Narrativa fortifica la pratica clinica con la competenza narrativa per riconoscere, assorbire, metabolizzare, interpretare ed essere sensibilizzati dalle storie della malattia: aiuta medici, infermieri, operatori sociali e terapeuti a migliorare l'efficacia di cura attraverso lo sviluppo della capacità di attenzione, riflessione, rappresentazione e affiliazione con i pazienti e i colleghi."

Dalla Medicina Narrativa alle medical humanities

Negli stessi anni le *humanities* entrano a far parte del corso di Laurea in Medicina: *medical humanities*. "È necessario, dunque, intendere la competenza clinica del medico non soltanto come bagaglio tecnico-scientifico e quindi come un sapere, ma anche come un saper essere (concezione del mondo e della vita, capacità di relazione) e come un saper fare (comunicazione e gesto terapeutico). Per una formazione completa, al paradigma biomedico va allora affiancato quello umanistico (metafisica, antropologia, etica, psicologia)" (Maria Teresa Russo, Acta philosophica, vol. 10, 2001, fasc. 1, 111-120).



Le *medical humanities* vogliono essere luogo in cui la medicina non solo rafforza i propri rapporti con le scienze sociali e comportamentali (sociologia, psicologia, diritto, economia, storia, antropologia culturale) ma dove può entrare in dialogo con la filosofia morale (bioetica e teologia morale) e con gli apporti delle arti espressive (letteratura, teatro, arti figurative; <http://www.arcodigiano.org/medical-humanities>). Tra il medico e il malato si instaura un setting clinico nel quale entrambi collaborano alla costruzione della storia di malattia attraverso un comportamento comunicativo (verbale e non-verbale). Tale comportamento comunicativo, nel quale il medico fornisce informazioni e spiegazioni e si mostra sensibile ai bisogni e alle preoccupazioni del paziente offrendogli rassicurazione e supporto morale, fa sì che il paziente si affidi realmente al medico, ne comprenda meglio la terapia proposta e sia più incline a metterla in atto. La comunicazione medico-paziente è fondamentale nel processo di cura.

E l'omeopatia?

Se *illness* è la malattia come essa è percepita dal paziente, anche in omeopatia la distinzione tra malato e malattia è netta ed essa implica la presenza nel malato del concetto di "ill" che è del tutto assente nella malattia. Quanto ho appena citato per la medicina narrativa potrebbe essere riscritto per la relazione medico-paziente che si instaura in una visita omeopatica ritmata da circostanze specifiche, a cominciare dal racconto spontaneo e dall'ascolto, entrambi momenti imprescindibili della visita omeopatica. Così anche i concetti tipici della medicina narrativa dove il racconto consente di mobilitare risorse individuali (*empowerment*) è ben chiaro all'omeopata che a questa presa in carico del se restituisce la fiducia di un corpo in grado di guarire se stesso così come di mettere in pratica meccanismi di resilienza nei confronti di situazioni nuove. L'omeopatia definisce il metodo di approccio al malato, mai alla sola malattia. E il malato è la sua storia personale di malattia intesa come "modificazioni del modo di sentire e di agire in risposta al disagio fisico o morale subito". (Samuel Hahnemann, *Organon dell'arte del Guarire in*: Denis Demarque: *L'omeopatia medicina dell'esperienza*, Boiron edizioni, 2001). Per Hahnemann la malattia rappresenta la rottura dell'equilibrio della forza vitale. Così nella malattia come nella guarigione è l'intera persona a partecipare nella sua unità di corpo ed anima. Per dirla con le parole di Denis Demarque: "Non esistono malattie senza malati: è, in ultima analisi, la reazione del malato che condiziona la malattia nella sua esistenza, evoluzione e gravità" (ibidem).

Omeopatia e Medicina Narrativa: la frattura

La medicina narrativa è un movimento che è stato riscoperto dall'ortodossia e che all'ortodossia vuole rimanere ancorato. Di fatto non dovrebbe esserci nessuna frattura, piuttosto una continuità culturale e di intenti dal momento che la medicina ortodossa si appropria di contenuti che appartengono da sempre alle medicine complementari e all'omeopatia in particolare.

In definitiva, la medicina narrativa è un aspetto della Medicina Integrata. Tuttavia, se di integrazione si parla, anche a proposito di *medical humanities*, si parla, in ogni caso, di integrazione con altre "scienze". Si perde così la relazione con le Medicine Complementari tutte, aprendo la porta, piuttosto, ad alcune discipline di area complementare come l'arte terapia, come fa, ad esempio, Sandro Spinsanti, uno dei massimi esponenti della bioetica nazionale, nella sua prefazione ad un libro dedicato a questa materia (<http://sandrospinsanti.eu/index.php/21-editoria/presentazioni/692-06arteterapia>) nella quale riporta l'esperienza di Tiziano Terzani (*Un altro giro di giostra*, Longanesi, 2004), ma non ne fa suoi i contenuti riferiti chiaramente da Terzani alle Medicine Complementari. Dunque una frattura profonda tra due saperi così vicini per l'uomo e così importanti entrambi che deve essere sanata portando i contenuti dell'omeopatia e delle medicine complementari al confronto con la medicina narrativa e le *medical humanities*.

A questa frattura ha iniziato a porre rimedio il Convegno SIOMI del marzo 2016, che ha dedicato i lavori del venerdì pomeriggio proprio alla medicina narrativa e all'omeopatia con la sessione: "Il malato e la sua malattia, dal racconto alla diagnosi". Una gran bella esercitazione di integrazione di saperi, grazie ai contributi di Andrea Dei ("Il limite della scienza normale"), di Paolo Roberti di Sarina ("Il paradigma della medicina centrata sulla Persona"), di Luigi Turinese ("Omeopatia tra narrazione ed evidenza") e di Alfredo Zuppiroli ("Medicina narrativa e *medical humanities*"), esponente di pregio del movimento della medicina narrativa, con il quale ho avuto l'onore di condividere la mia esperienza nella Commissione di Bioetica della regione Toscana della quale lui era Presidente. Zuppiroli è autore del bel libro: "Le trame della cura. Le narrazioni dei pazienti e l'esperienza di un medico per ripensare salute e malattia." (La Feltrinelli, 2014). Sta a noi, ora, costruire ponti culturali, come è nello spirito della Società che abbiamo fondato, e promuovere riflessioni che ricompongano saperi che appartengono sia alla storia sia all'attualità della medicina. ■

La Medicina Centrata sulla Persona

Che cosa è e che cosa non è: introduzione al Paradigma

Paolo Roberti di Sarsina, Mariateresa Tassinari

Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona ONLUS - Ente Morale
Mail: medicinacentratasullapersona@medicinacentratasullapersona.org

Un paradigma è, per definizione, un modello di riferimento, un insieme di regole metodologiche e modelli esplicativi i quali conferiscono al paradigma stesso, un significato esemplare. La sua caratteristica peculiare è quella di avere una denotazione precisa attribuitagli dai termini attraverso cui si identifica ed esprime.

Se questa delimitazione linguistica presenta l'intrinseco svantaggio di confinare dal punto di vista epistemologico il paradigma, dall'altro permettere allo stesso di ricoprire contemporaneamente una funzione e prescrittiva e descrittiva. Per questo motivo si rende evidente la mancata possibilità di una sostituzione di termini (in questo caso specifico persona e non paziente ad esempio) la quale attenua indirettamente l'idea che la pratica ricopra un ruolo, sotto il profilo valoriale, superiore perché la medicina è composta da azioni, ma anche di teorie, le persone non solo agiscono ma discutono e giungono ad accordi.

Da quanto affermato, diventa quindi necessario chiarire che cosa il paradigma della Medicina Centrata sulla Persona definisca e perché è l'unico modo possibile per una medicina sostenibile.

Utilizziamo il termine persona e non paziente per evitare un'interpretazione distorta del paradigma in questione: la medicina centrata sulla persona, non si risolve, infatti, in un atteggiamento educato e empatico con il paziente, dandogli tutta l'attenzione che richiede; questa è deontologia, niente di più.

Identificare la Medicina Centrata sulla Persona attraverso questi termini è senza dubbio un deficit ed una ridotta visione del paradigma, limitandone in questo senso i suoi potenziali effetti. Deve essere una Medicina Centrata sulla Persona ancor prima che il paziente venga identificato attraverso tale sostantivo per il rispetto della dignità sostanziale e non solo formale di ogni essere umano, contribuendo all'autodeterminazione della persona sofferente prestando attenzione alle credenze e ai culti professati, all'appartenenza culturale ed alla personale sensibilità.

E' evidente che la Medicina Centrata sulla Persona non è un equivalente terminologico, definitorio e epistemologico di "Medicina Personalizzata", né della cosiddetta "Medicina di Precisione".

Medicina Centrata sulla Persona è ancora di più.

È un mezzo per ridurre le disuguaglianze sanitarie attraverso l'Empowerment della persone e trattamenti sostenibili: è Salutogenesi e non solo prevenzione.

Analogamente alle Medicine Non Convenzionali (MNC) significa anche prendersi cura e curare l'intera persona valutandone la dieta, l'ambiente, i rapporti sociali e tutte gli altri Determinanti della Salute.

La Salute è una responsabilità individuale ma soprattutto un diritto che deve essere preservato dai governi e non solo quindi un bene che deve essere affidato alla Medicina; le sfide a cui è sottoposta la società odierna convergono su questo punto.

Le premesse teoriche di quanto ora affermato si ritrovano nella Dichiarazione di Alma Ata sull'assistenza sanitaria primaria risalente al 1978, in cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) fece appello alla comunità internazionale sostenendo l'inclusione delle Medicine Tradizionali, Complementari e Alternative e terapie tradizionali di efficacia scientificamente provata nei sistemi sanitari nazionali, sulla base del contributo che esse possono offrire nella riduzione sia del consumo di prodotti farmaceutici convenzionali che della spesa sanitaria; l'uso di farmaci tradizionali riduce l'incidenza di reazioni avverse dei pazienti ai farmaci, il quale occorre ricordare, è un problema sostanziale con l'uso di farmaci convenzionali.

L'esempio del dolore

Dolore è in realtà esperienza di dolore: stato i cui confini sfuggono alla demarcazione esistente tra ontico ed ontologico, dolore misurato e dolore percepito, oggettività e soggettività. Il dolore incarnato nella Persona è sofferenza fisica, psichica e spirituale in cui la dignità, in quanto rispetto per la natura sacrale di ogni essere senziente, emerge come valore a priori su cui intraprendere qualsiasi intervento terapeutico.

È quindi questo intrinseco riconoscimento valoriale il punto su cui l'Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona basa il centro di gravità diagnostico-terapeutico di ogni malato. Perché il dolore è esperienza complessa, spesso invalidante, condizionante e a sua volta condizionata, dall'ambiente, la dieta, i rapporti sociali, il reddito e i vari determinanti di salute. Crediamo inoltre che la cura del dolore non possa prescindere dalla sinergia di vari settori e figure professionali. Sosteniamo infatti il valore delle Medicine Tradizionali e Non Convenzionali di provata efficacia con cui è possibile curare e prendersi cura della Persona attraverso un approccio non riduzionista (come da anni richiede l'OMS).

Ogni singola patologia è costituita da sintomi oggettivi, misurabili, e soggettivi, espressi dalla persona che ne è

affetta, e che il medico insieme a tutti gli altri professionisti della salute possono comprendere solo mediante un approccio che potremmo definire maieutico, tra il mondo interno delle percezioni del paziente ed il mondo esterno, in cui il dolore deve trovare giustificazione e soprattutto cura e ascolto.

Produrre e utilizzare i Sistemi di Medicine Tradizionali promuove inoltre lo sviluppo delle economie autoctone e la sostenibilità dei servizi sanitari locali, salvaguardandone le forme di conoscenza che si sono sviluppate in diversi modi e luoghi, promuovendo così un approccio multiculturale, multidisciplinare, multiprofessionale, multidimensionale e multimodale al tema della salute.

Termini come *Complementary and Alternative Medicine** e altri presenti nella letteratura scientifica internazionale possono essere usati correttamente e adeguatamente solo se adottati nel contesto appropriato, ad esempio: ricerca, formazione, sociologia della salute, sociologia della medicina tradizionale e non convenzionali, antropologia medica, politica sanitaria, ecc. Infatti i vari termini non possono assolutamente essere usati in modo de-contestualizzato o come equivalenti, in quanto contesto-specifici.

L'approccio multisettoriale deve essere adottato per recepire l'apporto dei determinanti sociali della salute e come già affermato, il programma di ricerca e sviluppo dei governi deve rispondere a queste sfide. Ciò è di notevole importanza, sia per i paesi ricchi e poveri, per contribuire all'interazione tra conoscenze tradizionali e medicina convenzionale dalla formazione universitaria in modo che gli studenti conoscano come le pratiche si sono evolute nei vari paesi.

Ciò è di notevole importanza, sia per i paesi ricchi e poveri, per contribuire all'interazione tra Sistemi di Salute su Base Antropologica e Biomedicina a partire dalla formazione universitaria in modo che gli studenti conoscano come a) sistemi, b) metodi, c) pratiche e d) tecniche si sono evoluti nei vari paesi.

E' inoltre importante al fine di proteggere le persone da comportamenti scorretti e non etici, promuovere lo standard di buona pratica raggiunto dalla biomedicina. Infine i Sistemi di Salute e Cura delle Medicine Tradizionali rappresentano uno strumento importante per arricchire la capacità dei sistemi sanitari pubblici nel migliorare la qualità della vita delle persone.

Da queste premesse teoriche si evince quindi l'importanza di inserire ed implementare le terapie appartenenti alle Medicine Non Convenzionali nei livelli essenziali di

* CAM is a variety of different medical systems and healthcare methods, which roots come from the European culture or reflect different philosophical backgrounds and cultural origins, based on the knowledge, skills and practices used to protect and to restore health, that is to prevent, diagnose, improve or treat physical or mental illness and include medication therapies and non-medication therapies. A distinctive feature common to these health knowledges is a holistic, person-centred, spiritual, inclusive, approach. In countries where the dominant health care system is based on biomedicine or allopathic medicine these health and healing knowledges are not included into the national health care system being considered unconventional medicine. Paolo Roberti di Sarsina, definition proposed to the European (FP7) CAMBrella Consortium, 2012.

assistenza: resta forse da approfondire il motivo per il quale lo sono nel contesto di una Medicina Centrata sulla Persona.

Molte, come si è detto, sono le ragioni (perché sono metodi di guarigione naturali che trattano la persona piuttosto che i sintomi, o perché agiscono soprattutto sulla capacità di guarigione innata dei pazienti e così via), ma occorresse scegliere una sola risposta crediamo che la più adatta è che questi sistemi di salute sono la prova che la Medicina Centrata sulla Persona non solo è necessaria, ma soprattutto possibile. Le condizioni di questa possibilità sono racchiuse in un nodo semantico.

Interazione (tra MNC e Biomedicina) versus Integrazione, perché:

- gli strumenti per comprendere la complessità non possono essere rappresentati da un solo sistema gerarchico;
- occorre evitare la perdita di ontologia di queste conoscenze tradizionali;
- è necessario tradurre, ma non tradire, diversi epistemi ricordando che ambienti diversi, differenti modi di vivere richiedono trattamenti specifici orientati alle circostanze.

Solo se saremo in grado di rispettare queste tre premesse potremmo trasformare la teoria, cioè quanto precedentemente affermato, in pratica, mutando l'attuale paradigma, a nostro avviso impreciso e gravido di fraintendimenti, che definisce in modo de-contestualizzato, quindi errato, l'interazione tra Biomedicina e MT/CAM/MNC.

Proponiamo il Paradigma della Medicina Centrata sulla Persona, per una lettura e comprensione diacronica della realtà bio-psico-spirituale e della sofferenza degli esseri senzienti e la loro cura: la visione multidimensionale, multimodale, multidisciplinare e multiprofessionale che supera dunque ogni dualismo contrappositivo per la rifondazione epistemologica, sociale e sostenibile della Medicina e del Concetto di Salute. ■

Bibliografia

- Roberti di Sarsina P, Tassinari M. Person-centred healthcare and medicine paradigm: it's time to clarify. EPMA Journal 2015, 6:11.
- Tassinari M, Alivia M, Poma L, Roberti di Sarsina P. (a cura di). Le ultime rilevazioni demografiche sulle Medicine Non Convenzionali in Italia commentate dalle società scientifiche del settore. Tavola rotonda a cura dell'Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona ONLUS-Ente Morale. Advanced Therapies 2015; 4(8): 3-16.
- Roberti di Sarsina P. Scientific evidence and patient-reported outcomes. Can Traditional, Complementary and Alternative Medicine (CAM) form part of the person-centered healthcare framework? The Second Annual Conference of The European Society For Person Centered Healthcare, Madrid 19.06.2015.
- Gensini GF, Roberti di Sarsina P, Tognetti Bordogna M. (a cura di). La Formazione nelle Medicine Tradizio-

- nali e Non Convenzionali in Italia. Attualità, esigenze, criticità e prospettive. FrancoAngeli, Milano, 2015. ISBN: 9788891705945.
- Fioretto F, Donegani S, Ott S, Roberti di Sarsina P, Rosini G, Torsello M. La Nonviolenza in Medicina e Nelle Pratiche di Cura. eBook, Nuova Ipsa Editore, Palermo, 2015.
- Tassinari M, Roberti di Sarsina P. Sick or Sickness? The importance of Person Centred Healthcare and Medicine Paradigm. TANG (Humanitas Medicine, HTM) 2014; 4:4-e24.
- Tassinari M. Le questioni delle Medicine Non Convenzionali. Semantica, Epistemologia, Salutogenesi e Medicina Centrata sulla Persona. Palermo, Nuova Ipsa Editore, 2014. ISBN: 9788876765711.
- Roberti di Sarsina P, Alivia M, Guadagni P, Iseppato I, Tassinari M, Fossati EM, Poma L. Biomedicina, Medicine Non Convenzionali e Medicina Centrata sulla Persona. *Advanced Therapies-Terapie d'avanguardia* 2014; 5:20-26.
- Alivia M, Guadagni P, Roberti di Sarsina P. La Salute quale responsabilità individuale. Spunti dalla Medicina Antroposofica. *Advanced Therapies-terapie d'avanguardia* 2014; 5:3-12.
- Roberti di Sarsina P, Alivia M, Guadagni P. The Contribution of Traditional, Complementary and Alternative Medical Systems to the Development of Person Centred Medicine: the Example of the Charity Association for Person Centred Medicine. *OA Alternative Medicine* 2013; 1(2): 13.
- Roberti di Sarsina P. Italy and the Dialogue on Human Health between Traditional Chinese Medicine Culture and Western Medicine Culture (TCM Dialogue). *Forschende Komplementärmedizin* 2013; 20:148-150.
- Roberti di Sarsina P. The Charity Association for Person Centred Medicine. *Integral Leadership Review*. Jan. 2013.
- Roberti di Sarsina P, Morandi A, Alivia M, Tognetti M, Guadagni P. Medicine Tradizionali e Non Convenzionali in Italia. Considerazioni su una Scelta Sociale per la Medicina Centrata sulla Persona. *Advanced Therapies-Terapie d'Avanguardia* 2012; 1:3-29.
- Roberti di Sarsina P, Alivia M, Guadagni P. Traditional, Complementary and Alternative medical systems and their contribution to Personalisation Prediction and Prevention in Medicine - Person Centred Medicine. *EPMA Journal* 2012; 3(1): 15.
- Roberti di Sarsina P, Alivia M, Guadagni P. Widening the Paradigm in Medicine and Health: Person Centred Medicine as Common Ground of Traditional and Non Conventional Medicine. In: "Healthcare Overview: New Perspectives", Ed. V. Costigliola, Book Series "Advances in Predictive, Preventive and Personalised Medicine", Series Ed. O. Golubnitschaja, EPMA/Springer Dordrecht Heidelberg New York London, 2012. p. 335-353, Springer XVIII, 521 p. 86 illus., 73 in color. ISBN: 978-94-007-4601-5. DOI 10.1007/978-94-007-4602-2_18.
- Alivia M, Guadagni P, Roberti di Sarsina P. Towards Salutogenesis in the Development of a Personalised and Preventative Healthcare. *EPMA Journal* 2011; 2(4): 381-384.
- Roberti di Sarsina P, Iseppato I. Traditional and Non Conventional Medicines: the Socio-anthropological and Bioethical Paradigms for Person-Centred Medicine. The Italian context. *EPMA Journal* 2011; 2(4): 439-449.
- Cipolla C, Roberti di Sarsina P. (a cura di). Le peculiarità sociali delle Medicine Non Convenzionali. Milano, Franco Angeli, 2009. ISBN: 9788856804331.
- Morandi A, Tosto C, Roberti di Sarsina P, Dalla Libera D. Salutogenesis and Ayurveda: indications for public health management. *EPMA J.* 2011; 2:459-465.
- Roberti di Sarsina P, Ottaviani L, Mella J. Tibetan Medicine: a Unique Heritage of Person Centred Medicine. *EPMA Journal* 2011; 2(4): 385-389.
- Roberti di Sarsina P, Tognetti Bordogna M. The Need for Higher Education in the Sociology of Traditional and Non Conventional Medicine in Italy. Towards a Person Centred Medicine. *EPMA Journal* 2011; 2(4): 357-363.
- Roberti di Sarsina P, Iseppato I. Non Conventional Medicine in Italy: the present situation. *European Journal of Integrative Medicine* 2009; 1(2): 65-71.
- Roberti di Sarsina P, Iseppato I. Looking for a Person-Centred Medicine: Non Conventional Medicine in the Conventional European and Italian Setting. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine 2009 doi: 10.1093/ecam/nep048.
- Roberti di Sarsina P, Iseppato I. Person-Centred Medicine: Towards a Definition. *Forschende Komplementärmedizin* 2010; 17(5): 277-278.
- Giarelli G, Roberti di Sarsina P, Silvestrini B. (a cura di) Le Medicine Non Convenzionali in Italia. Storia, problemi e prospettive d'integrazione. Franco Angeli, Milano, 2007. ISBN: 9788846484598.
- Roberti di Sarsina P. The Social Demand for a Medicine Focused on the Person: The Contribution of CAM to Healthcare and Healthgenesis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2007; 4(S1): 45-51.
- Roberti di Sarsina P. Le Tecniche Yoga e il Controllo del Corpo. Bastogi Editrice Italiana, Foggia, 1983. Con la supervisione di Emilio Servadio. ISBN: 9786000737740.

La granulomatosi di Wegener (I)

Lettura di malattia e contesto storico in chiave omeopatica

Ennio Masciello

Medico esperto in omeopatia
Mail: e.masciello@siomi.it

Negli anni '80 mi ritrovo a Bologna con una specialità in Medicina del Lavoro ed una conoscenza in divenire in omeopatia. L'Emilia è nel cuore italiano della meccanica e questa necessità, in varie fasi lavorative, di cromare dei metalli; quindi incontro il tossico cromo e le problematiche che produce.

Processo lavorativo e tossicologia da cromo

Il metallo, nei processi di "cromatura", viene apposto sulle superfici da trattare tramite una sorta di "spalmatura" con procedimenti galvanici. Questo determina, un indurimento o una colorazione delle superfici. Tale lavorazione avveniva all'inizio con una cromatura "a caldo" che produceva, essenzialmente nei lavoratori che ne inalavano i vapori, una irritazione necrotizzante ed emorragica delle vie respiratorie superiori, specie del naso, che da flagosato finiva sempre con la perforazione irreversibile della cartilagine del setto nasale; più raramente si poteva arrivare, per esposizioni più lunghe o per idiosincrasiche sensibilità, a distruzioni massicce della cartilagine e delle ossa naso-splanchniche o, se inalato in profondità, a interessamento polmonare; il tossico poteva arrivare a legarsi all'emoglobina e per via ematica a tutte le proteine del soggetto; si giungeva quindi ad un coinvolgimento di vie aeree inferiori fino ad organi interni: reni (glomerulonefriti) e tutti i parenchimi. Altri operai a rischio erano quelli che maneggiavano superfici e polveri di cementi e laterizi "induriti" dalla miscelazione col cromo o le vernici colorate con i suoi pigmenti. Seguivano per frequenza di interessamento i conciatori di pelli.

In tutti questi lavori spesso comparivano reazioni irritativo-allergiche alle mani, eczemi ulcero-ragadizzati e sanguinanti. Quindi una tossicità elevata da contatto e sempre era chiamato in causa il dicromato di potassio. Una popolazione di malati ampia (nel 1969 l'INAIL riporta che il 21% dei casi di tecnopatie indennizzate erano dovute al cromo su mucose nasali e cute) ma limitata ad un ambito lavorativo. Si comincia a parlare negli anni di un aumento della frequenza di cancro al polmone 15-20 volte superiore a quella dei non esposti, ma di cui non si riconosceva la certezza di causa effetto e quindi non suscettibile di risarcimento. Successivamente le tecnologie metallurgiche e le richieste degli acquirenti di manufatti si evolvono portando prima ad una cromatura tramite soluzioni elettrolitiche definita "a freddo", quindi alla cosiddetta "flash" che consentiva di spalmare superfici dello spessore di pochi micron. Si passa cioè ad una spalmatura sempre più monomoleco-

lare, per cui il tossico maneggiato è sempre più sottile nella sua struttura e, da questo, portatore di inquinamenti sempre più diffusibili. L'espandersi degli utilizzi del cromo porta alla creazione di prodotti derivati da un suo ione, il cromo esavalente, che in ragione della sua elevatissima efficacia, tra i tanti usi, porterà alla nascita di una famiglia di antiparassitari potenti ed aggressivi; l'assenza di catene enzimatiche in grado di degradarli li rende indigeribili per i sistemi biologici e di uso talmente diffuso da diventare inquinanti fissi di terreni e falde acquifere. Se ne dimostra l'estrema e profonda tossicità e cancerogenicità anche attraverso un'azione di interferenze endocrine e genetiche. Dopo 20 anni se ne vieta l'utilizzo a vantaggio del cromo trivalente, classificato ecologico per il solo merito di essere meno tossico del precedente, pur essendo accertata già dagli anni '70, la "facilità a legarsi al DNA e perciò in grado d'indurre nei microorganismi deformazioni strutturali del DNA e problemi trascrittivi e replicativi". Quindi ho assistito all'evoluzione di un tossico da "irritante" anche pesante ma ponderale e da contatto a quella di un tossico pauci ponderale, volatile e non più "locale" ma diffuso e nel tempo planetario.

Il cromo in natura e il rifiuto degli umani

È un metallo che allo stato puro si presenta lucido, duro, di colore "acciaio", che si dimostra estremamente resistente alla corrosione e potente ossidante. I suoi isotopi naturali sono stabili. Lo ione ha molte valenze con cui può reagire e facendolo con altri metalli, crea complesse e stabili cristallizzazioni che a volte diventano, in relazione alla composizione di vari elementi, minerali vivacemente colorati (rosso, arancio, giallo, verde, ect.) da cui il nome "cromo" (da χρωμα = colore).

Nel 2000 si sono estratti dalle viscere della terra, dove viveva stabilmente ed innocuamente, 15 milioni di tonnellate, che hanno portato alla produzione di 40 milioni di tonnellate di lega Fe-Cr di minerale. Il dato è obsoleto ma dà un'idea delle quantità. Terminato il ciclo del suo utilizzo diventerà cromo abbandonato nel territorio (falde acquifere superficiali e profonde, terreni anche agricoli, etc) o gasificato negli altoforni e quindi nell'atmosfera. Costa meno estrarne di nuovo che riciclare il già estratto.

Il cromo nei viventi

Nel mondo animale è molto diffuso e indispensabile alla fisiologia dei sistemi perché contribuisce a costituire, con

la sua presenza, le cromoproteine che agiscono come enzimi nei processi ossido-riduttivi biologici. I quantitativi sono, però, piccolissimi, è un oligoelemento, o elemento traccia cioè, quando presente in un tessuto o organo, concentrato in quantità mai superiori a 100 parti per milione.

Il Kalium bichromicum in omeopatia

Tutte le Materie Mediche riferiscono che il bicromato di potassio ($K_2Cr_2O_7$) si presenta sotto forma di cristalli color rosso-arancio. I bicromati sono prodotti altamente allergizzanti e tossici e perciò non commercializzati in diluizioni inferiori alla 5CH. Modestissime quantità di cromo possono scatenare irritazioni a livello locale e generale, soprattutto irritazioni acute e croniche delle mucose degli apparati respiratorio e digerente, ove l'azione si manifesta in due tempi: in un primo momento infiammazione con secrezioni abbondanti di muco aderente, dall'aspetto mucopurulento, vischioso come gelatina, che può arrivare a formare membrane spesse di colore giallo-verdastro. Segue la formazione di ulcerazioni profonde, dai bordi regolari, a stampo, che possono portare alla perforazione delle pareti dei tessuti. Questa azione produrrà diversi sintomi: riniti acute e croniche con dolori e senso di pressione alla radice del naso; secrezione di muco denso, vischioso, giallo o giallo-verdastro, talvolta sanguinolento, appiccicoso, che può formare croste che coprono soggiacenti ulcerazioni, aderenti nelle fosse nasali o colare lungo la faringe, irritandola. Le ulcerazioni possono perforare la cartilagine del setto nasale. Altri effetti possono essere perdita dell'olfatto; sinusiti frontali o mascellari con secrezioni caratteristiche; ozena, croste giallastre nauseabonde; angine ulcerose.

L'interessamento delle medio-basse vie respiratorie porterà a tracheo-bronchiti o polmoniti con tosse violenta che peggiora alla sera quando ci si sveste, oppure tra le 2 e le 3 del mattino, sempre con espettorato caratteristico. Sul tubo digerente si potranno avere aftosi orale, con ulcerazioni profonde dai bordi regolari, come tagliate a stampo, con membrane gialle o giallo-verdastre. La saliva è vischiosa, filamentosa, fetida. Ugola edematosa che pende come un sacchettino pieno d'acqua, con ulcerazioni caratteristiche sui pilastri del velo palatino. Pirosi, bruciori nella regione gastrica, dall'epigastrio alla colonna vertebrale, talvolta collegati con un'ulcera rotonda dello stomaco. Dolori immediati dopo i pasti o dolori che si attenuano mangiando, per poi ricomparire più tardi. Senso di pesantezza e di pienezza postprandiali con nausea e vomito biliare giallastro, amaro. Le ulcerazioni gastriche possono essere asintomatiche

L'interessamento cutaneo determinerà: eruzioni eritematose, papulose, quindi pustolose con croste e secrezioni caratteristiche; lesioni con croste, impetiginose, ulcerazioni dai bordi regolari, profonde, con essudati vischiosi, tenaci, gialli o giallo-verdastri, poco o per nulla dolorose. Seguono nefropatia tubulare e un'epatite tossica acuta, meno frequentemente può esserci interessamento cardiaco. Caratteristiche le reumatolgie: sciatalgia soprattutto sinistrali con dolori migranti, che compaiono e scompaiono bruscamente spostandosi lungo la gamba,

dolori alla pianta dei piedi e soprattutto al tallone, talalgie, e tendiniti, Dolori osteocopi. Irritazioni oculari, congiuntiviti con panno corneale, iriti, ulcere corneali, cheratiti. Debolezza generale confinante con la paralisi.

E' indicato specialmente per persone dall'aspetto carnoso e florido, grasse, soggette a catarri e, secondo i padri dell'omeopatia, particolarmente ai pz sifilitici o eredo-sifilitici e con storia scrofolosa. Sorvolo sulle generalità, modalità, mentale e tutti gli altri sintomi e segni necessari al completamento del rimedio perché inutili nel percorso di questa relazione, mentre faccio un cenno a quello che è il concetto omeopatico di sifilismo o luesinismo.

Luesinismo

Il luesinismo è uno dei modelli reattivi globali, diatesi-costituzionali che l'individuo applica nell'interpretare i processi di crescita e sviluppo, gli accadimenti della vita e le malattie. Riguardo alle fasi della crescita nei luesinici si avranno: iperlassità legamentosa, tendenza distrofica e tendenza asimmetrica. Questo produrrà: ptosi viscerali, ipermobilità articolare, ernie, ectasie vascolari, aneurismi, varici, distrofie ossee, scoliosi, lordosi, malocclusioni dentali, smalto scadente, palato ogivale, miopia e astigmatismo, screpolature e ragadi cutanee. Tipico dei luesinici sono i dolori osteocopi, storicamente espressione della maniera di essere dei sifilitici.

Riguardo alle malattie si noteranno interessanti principalmente a carico di tessuti ossei, dei connettivi elastici dei vari organi, di cute, mucose e tessuti linfoghiandolari. Spessissimo presente interessamento vascolare. Il modello flogistico evolve in tre fasi: irritazione, ulcerazione e sclerosi. I soggetti portatori di tale modello dimostrano tendenza a far virare le malattie verso forme luesiniche; per esempio, sono i malati che dal generico calderone delle MICI (malattie infiammatorie croniche dell'intestino) prenderanno forme a predominanza ulcerativo-autoimmune. A completamento del modello il comportamento sociale, la maniera di porsi, più genericamente "il mentale del soggetto" che sarà, semplificando, distonico a tendenza aggressiva con risvolti etero ed auto-rivolti; paradigmatico al comportamento morboso.

Secondo Hahnemann questo modello era strettamente connesso al contrarre la sifilide (il *mal francese*, caratterizzato dalle ulcere, non sapendo del treponema se non come di un miasma, un agente vitale) trasmissibile sessualmente, ma che si poteva anche ereditare "dalla madre durante il percorso nel canale del parto"; affermazione sicuramente riduttiva perché non prevedeva il passaggio transplacentare e la genetica, ma rivoluzionaria data l'epoca a cavallo tra il '700 e l'800. Quindi i bimbi uscivano alla vita già segnati dalla eredo-lue.

La triade di Hutchinson (deve il suo nome allo scopritore, il medico inglese Jonathan Hutchinson) è il classico insieme di manifestazioni tipiche che caratterizza la sifilide congenita costituita da cheratite intersiziale, sordità neurosensoriale e da una malformazione dentaria a livello degli incisivi (incisivi di Hutchinson). Ma a volte escono alla vita eredo-luesinici cioè già segnati da una o

più stimate pre descritte, ma senza positività per il treponema pallido ma, spesso, presentando false positività alla Reazione di Wassermann. “Questo esame non va a ricercare gli anticorpi specifici per il microrganismo *Treponema pallidum*, ma la presenza di altri anticorpi, chiamati reagine, che si sono formati per legame con la cardiolipina e che quindi sono specifici per essa. La cardiolipina viene rilasciata dalle cellule del paziente in tante infezioni quali tubercolosi polmonare, mononucleosi, morbillo, varicella, toxoplasmosi, malaria, epatite, lebbra ed altre ancora compresa la sifilide; tutte accomunate dall’essere caratterizzate da un forte rimaneggiamento cellulare. Questa procedura diagnostica ha bassa specificità, essendo positiva a volte anche in condizioni tra cui la gravidanza” (Ole Daniel Enersen, Reazione di Wassermann).

In effetti, anche la gravidanza è una condizione di forte rimaneggiamento cellulare!

Nella odierna lettura del modello lo vediamo prodursi o slatentizzarsi in gravidanze legate ad “accanimenti anti abortivi” (cerchiaggi, farmaci anti-contratturanti) o frutto di fecondazioni anch’esse con molti ormoni e rimaneggiamenti di ovuli, spermatozoi ed embrioni (ricoci al rimaneggiamento cellulare), gravidanze tra consanguinei, gravi tossinfezioni, alcoolismo, una farmacologia citotossica o citostatica, inquinamento ricco in metalli pesanti, particolati e quant’altro in grado di comportarsi come interferente genico o endocrino. Da ultimi tutti gli stati di profonda sofferenza emozionale e mentale. Tramite il modello luesinico in omeopatia si stigmatizza una evoluzione aggressiva autoimmune e ulcerativo-neoplastica.

Granulomatosi di Wegener

È una vasculite necrotizzante dei piccoli vasi caratterizzata dall’associazione tra l’infiammazione della parete dei vasi e la granulomatosi extravascolare. È una malattia rara con una prevalenza stimata tra 1/42.000 e 1/6.400 abitanti e un’incidenza annuale che varia tra 2 e 12 per milione. Sono interessati entrambi i sessi. L’età media di esordio è 45 anni, anche se la condizione è stata descritta in soggetti molto anziani e nei bambini.

Nella sua forma completa, la malattia è clinicamente caratterizzata da manifestazioni a carico del naso, dell’orecchio e della gola nel 70-100% dei pazienti (ostruzione nasale persistente, sinusite, rinite emorragica e/o crostosa, otite media sierosa, perdita dell’udito e/o deformità della sella del naso), coinvolgimento polmonare (noduli, emorragia alveolare e da infiltrazione) e malattia renale (tipicamente una glomerulonefrite necrotizzante extracapillare). Sono frequenti i sintomi generali (astenia, febbre, artralgia, mialgia e/o perdita di peso). Nell’11-68% dei pazienti è presente una neuropatia periferica (in particolare, una multineurite) e nel 6-13% dei casi sono stati osservati sintomi a carico del sistema nervoso centrale (cefalee, deficit sensitivo-motorio, emiplegia e epilessia).

Nel 10-50% dei pazienti sono state osservate lesioni cutanee (porpora, papule e ulcere). Sono frequenti le anomalie oculari (14-60% dei casi). È meno comune il coinvolgimento cardiaco (meno del 10% dei pazienti)

che spesso è asintomatico. L’eziologia non è nota. La diagnosi si basa sul riconoscimento del quadro clinico e sulla rilevazione degli anticorpi citoplasmatici antineutrofili (ANCA) nel siero, in particolare cANCA anti-PR3. La biopsia della cute o dei tessuti del naso, dei polmoni e dei reni dovrebbe permettere la conferma della diagnosi. “Quasi tutte le lesioni distruttive di ossa, cartilagini e tessuto molli del naso e dei seni paranasali, nella Gr di W. sono tumori maligni come linfomi e carcinomi” (Manuale Merck Ed. 1988, pg 2058). Con il trattamento convenzionale (corticosteroidi, ciclofosfamide azatioprina o metotrexato), la remissione della malattia è raggiunta nell’85% dei casi, ma la ricorrenza è presente nella metà dei pazienti nei cinque anni successivi alla diagnosi. Lo scopritore di questa patologia fu il patologo tedesco Friedrich Wegener. Nel dopoguerra, nel 1954, pubblicò e diffuse i suoi studi sulla granulomatosi eponima (di cui erano apparsi i primi studi nel ’36). Da allora si scoprì il suo passato di militante dal 1932 nel Partito Nazista ed il suo aver operato come medico militare nel settore di Lodz in Polonia.

La scoperta del suo passato nazista spinse diverse organizzazioni tra cui America College of Rheumatology, European League Against Rheumatism, American Society of Nephrology, a raccomandare l’utilizzo del termine Poliangiolite granulomatosa, che diventa di utilizzo corrente nella letteratura medica, rimuovendo il nome dell’autore. Questo fatto creerà spesso e a lungo difficoltà di comprensione che si tratti della stessa malattia. Sul The New York Time del 22 gennaio 2008 Bernaby J. Feder scrisse un articolo: “A Nazi Past Casts a Pall on Name of disease” e denuncia: il suo aver partecipato a esperimenti sui detenuti dei campi di concentramento, riuscendo a realizzare molte importanti scoperte circa la fisiologia umana e la patogenesi di moltissime malattie”

Non ho i dati pubblicati da F. Wegener perché inesistenti in qualunque banca dati cui io abbia accesso, ma da subito mi sorge una domanda: come sia possibile che lo scienziato abbia potuto descrivere con tanta precisione da meritare tanta fama una malattia così rara ancor oggi e certamente difficile da diagnosticare con i mezzi dell’epoca e con in più le difficoltà in cui versava tutta la Germania, l’Europa e l’esercito tedesco in particolare con il sopraggiungere di una guerra che sconvolgerà tutto dal 1939 al 1945?

Forse c’entra il suo operato all’interno dei campi di concentramento e quindi l’enorme “bacino d’utenza” da essi costituito? Ritengo quasi certo che sia andata così. Ma si apre un secondo quesito: in base alla statistica odierna trattasi di una malattia che colpisce da 2 a 10 persone per milione di individui/anno, quindi è tutt’altro che facile ipotizzare che anche in un “bacino di utenza” che nel totale dello sterminio di esseri umani (6-7 milioni) non avrebbe dovuto superare il numero di 12 minimo e 70 massimo soggetti/anno. Come a dire che per quasi tutti questi soggetti siano passati per le sue mani? Impossibile! Quindi bisogna ipotizzare uno o più fattori aggiuntivi che abbiano moltiplicato i casi. ■

Continua sul prossimo numero

Fenotipo e costituzione in odontoiatria

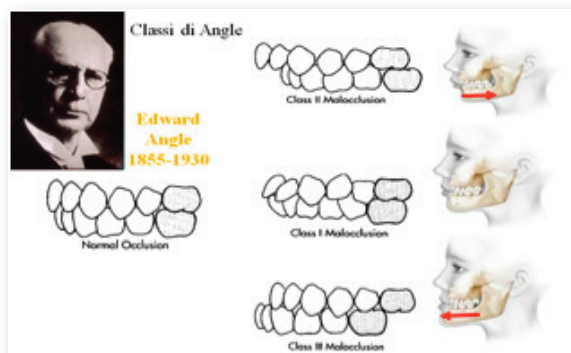
Edoardo Bernkopf

Medico, odontoiatra
Mail: edber@studiober.com

Il concetto di “costituzione” è comune fin dall’antichità. I criteri identificativi delle costituzioni proposte in epoche diverse da vari Autori, a seconda dei casi di tipo strutturale, psicologico fisiopatologico, finiscono però per sovrapporsi, tanto da poter essere messi in parziale sinonimia.

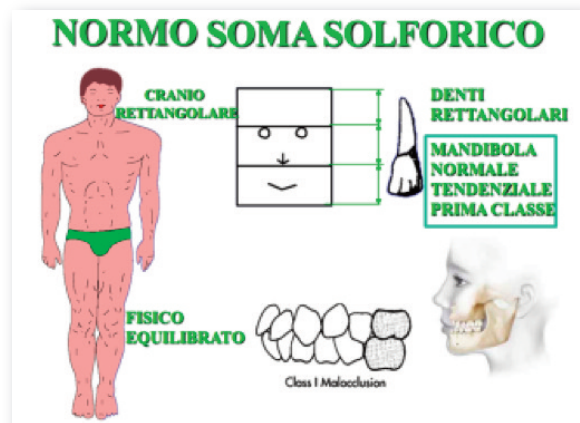
IPPOCRATICO	Linfatico	Sanguigno	Nervoso
NEBEL	Carbonico	Sulfurico	Fosforico
PENDE	Brevilineo	Normolineo	Longilineo
MARTINY	Endoblasta	Mesoblasta	Ectoblasta
VERDUN	Picosoma	Normosoma	Leptosoma
ORTOGNATODONTICO Struttura	Brachitipo	Normotipo	Dolicotipo
ORTOGNATODONTICO Classi di Angle	III classe	I classe	II classe

Alcuni di questi criteri rientrano anche nell’ambito odontostomatologico, come il colore dei denti, la morfologia di corone e radici dentarie, la postura e la dimensione della mandibola. In odontoiatria, alle diverse costituzioni possono essere tendenzialmente collegati anche le diverse tipologie strutturali (soggetto Brachi, Normo e Dolico) e i rapporti interocclusali con i quali gli ortodontisti sono soliti classificare i propri casi: in particolare le Classi di Angle.



Alle caratteristiche strutturali si associano quelle fisiopatologiche: alle diverse costituzioni si attribuisce infatti anche una particolare sensibilità a determinate malattie. In ambito omeopatico le caratteristiche strutturali tipiche delle rispettive costituzioni vengono considerate delle condizioni di fondo sostanzialmente non modificabili, strettamente legate e forse determinate dalla costituzione stessa. Pur non potendo escludere che le costituzioni di terreno possano intervenire nello sviluppo del terzo medio e inferiore del cranio, e di conseguenza

nel definire la postura mandibolare e il tipo di occlusione/malocclusione dentaria, quando tali discrepanze strutturali e occlusali si siano stabilmente instaurate già nel piccolo paziente, ancorché nella dentatura decidua, non possono risentire che marginalmente di un’eventuale terapia omeopatica di terreno. E’ inoltre possibile che la malocclusione dentaria intervenga a determinare, come elemento patogeneticamente intermedio, ma più direttamente attivo, alcune delle patologie che sono attribuite ai rispettivi terreni: anche tali patologie secondarie non possono risentire che marginalmente della sola terapia di terreno, come anche, paradossalmente, della terapia allopatrica mirata sull’agente eziologico. Di qui l’insorgenza di recidive e soprattutto l’instaurarsi delle patologie “ricorrenti” (otite media acuta ricorrente, parotite ricorrente giovanile, rinosinusite perenne) enigma per la medicina scientifica e fonte di scarsa soddisfazione in sede terapeutica, sia tradizionale che con approccio omeopatico. L’approccio strutturale che il dentista è in grado di attuare agendo con sostanziali modifiche dell’occlusione/malocclusione, e quindi dell’aspetto fenotipico del terzo medio e inferiore del cranio, può costituire l’anello intermedio fra omeopatia e allopatia, sia nell’inquadramento diagnostico che nella terapia.

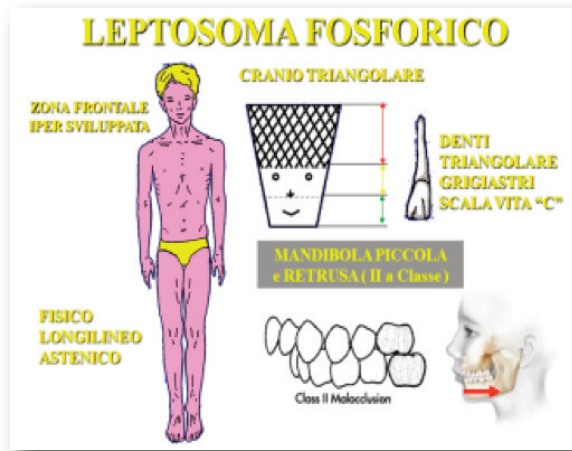


Il Normosoma (o brevilineo stenico di Pende) è di statura media, con rapporto peso/altezza armonico e assetto muscolare tonico, trofico. Nel carattere risulta volitivo, energico, resistente allo sforzo, incline alla pratica sportiva agonistica.

E’ caloroso e discreto mangiatore. Il volto è quadrato, sostanzialmente regolare. Il Normosoma rappresenta la sostanziale normalità, che si riflette anche nella bocca. La mandibola è pronunciata, ma le arcate dentarie sono regolari, l’occlusione è solitamente di Prima Classe se-

Relazione presentata al VII Convegno Nazionale SIOMI, Firenze 2016

condo Angle, con denti quadrati, di colorito-base giallo-bruno (scala Vita B).

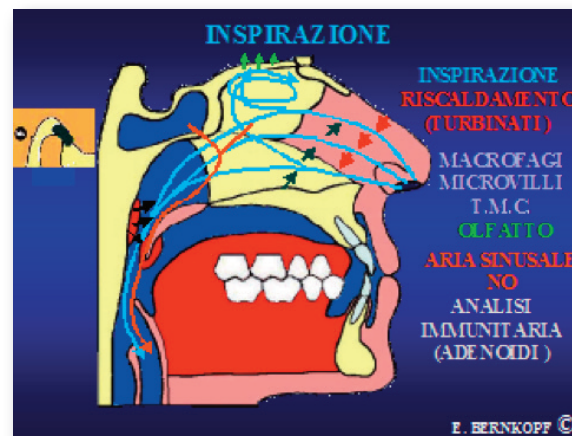


Nel Leptosoma Fosforico, assimilabile al longilineo astenico di Pende, il cranio, e di conseguenza il volto, è triangolare, con tendenza alla dolicocefalia, il naso è affilato e spesso adunco. La mandibola è piccola (micrognazia), retroposta (retrognazia), con tendenza alla IIa Classe secondo Angle. I denti sono grigio-giallastri (scala Vita C-D), con radici lunghe e corone triangolari. Questa costituzione risulta particolarmente sensibile alle patologie respiratorie: a questa predisposizione contribuisce però fortemente anche il fenotipo strutturale e la classe ortodontica, in quanto possono favorire l'insorgenza di uno schema respiratorio orale.

Anatomia, fisiologia e fisiopatologia

Nel normale a riposo, quando il flusso aereo inspiratorio entra dalle narici, viene deviato dai cornetti e dai turbinati, e viene quindi costretto a ripartirsi in modo da transitare attraverso tutti e tre i meati (superiore, medio e inferiore): solo così è possibile stimolare l'olfatto, i cui recettori sono collocati unicamente nel meato superiore, e far sì che l'aria passi tangente agli osti dei vari seni paranasali. Fra questi infatti, quello dei mascellari si trova nel rispettivo meato medio, quelli del frontale e degli sfenoidali nel meato superiore. I seni etmoidali sboccano parte nel meato medio e parte in quello superiore. Nel transito in prossimità degli osti, il flusso aereo trova dei dispositivi simil valvolari che, per loro conformazione, generano una depressione che risucchia l'aria contenuta nei seni stessi. L'aria sinusale in questo modo si mescola con l'aria di provenienze ambientale. Poiché l'aria di provenienza sinusale è mediamente più umida e, nella stagione invernale, a temperatura più alta rispetto a quella ambientale, contribuisce al riscaldamento dell'aria inspirata e alla sua umidificazione. Altro importante aspetto della miscelazione fra l'aria esterna e quella sinusale è costituito dal forte contributo in NO (ossido nitrico) che l'aria sinusale porta all'inspirio: infatti, i seni paranasali sono la maggior fonte di NO nell'individuo sano. Durante la fase espiratoria il flusso aereo, nel passare davanti agli osti dei seni paranasali, trova le valvole già descritte orientate in controcorrente, per cui una parte dell'aria destinata all'espirazione viene invece iniettata nei seni

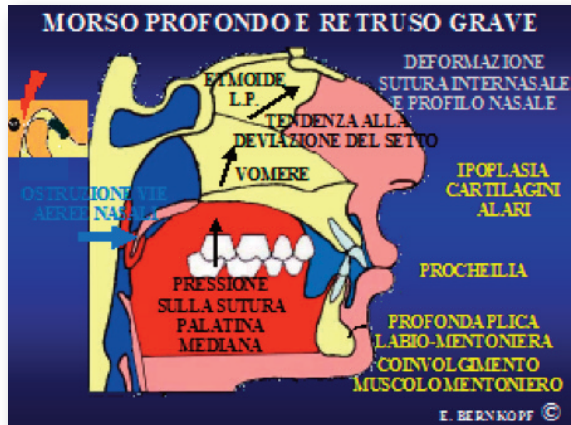
stessi. Nella sosta all'interno dei seni viene umidificata, riscaldata e miscelata con l'NO che i seni producono in abbondanza, e verrà risucchata nell'inspirazione successiva, miscelandosi con l'aria di provenienza esterna. Da ciò deriva la necessità che il flusso aereo non sia semplicemente nasale, ma che coinvolga tutti e tre i meati, e che per contro non siano in essere sfavorevoli conformazioni (congenite, traumatiche, acquisite o iatrogene) di cornetti, turbinati e setto che interferiscano con questa funzione: solo a questa condizione l'aria inspirata può subire le modificazioni fisiche, chimiche e biologiche che fisiologicamente subisce nel transito nasale, e giungere alle basse vie nelle migliori condizioni di accettabilità per le mucose respiratorie. In presenza di uno schema di "respirazione orale", invece, una considerevole quota di aria inspirata salta il fisiologico filtro costituito dall'epitelio nasale ciliato e investe, non preriscaldata e umidificata nelle fosse nasali e nei seni, la mucosa faringea. Oltre a favorire l'irritazione di quest'ultima con meccanismo fisico, la mancata filtrazione nasale favorisce l'introduzione di agenti patogeni di vario tipo, anche perché il transito orale aggira il filtro costituito da interferon, macrofagi e trasporto muco ciliare, presente nelle mucose rinossinali. Nel bambino ciò può costituire una importante concausa di ipertrofia del sistema adenotonsillare, che finisce per aggravare il mancato utilizzo della via nasale fino ad escluderla, instaurando così un circolo vizioso. Inoltre il transito orale aggira anche le adenoidi: ne risulta così ostacolata la funzione immunitaria. Il mancato transito dell'aria inspirata attraverso il naso e soprattutto attraverso i meati medi e superiori, dove sboccano gli osti delle cavità sinusali, da un lato impedisce di fatto l'aspirazione assieme all'aria sinusale dell'abbondante quantità di NO che nei seni viene prodotto, dall'altro impedisce il ricambio aereo all'interno dei seni.



Occlusione normale. Schema respiratorio nasale.

Come si è già detto, il Leptosoma Fosforico è caratterizzato da una occlusione di II classe, spesso accompagnata da una diminuzione della "Dimensione Verticale", che determina il così detto "Morso Profondo". A bocca chiusa i denti inferiori scompaiono alla vista, completamente coperti da quelli superiori. Il morso profondo fa assumere al paziente un aspetto a bocca serrata, per cui l'atteggiamento respiratorio orale risulta mascherato. In realtà, il fatto che le arcate dentarie serrino eccessivamente, diminuendo la dimensione verticale della bocca

(cioè la distanza tra le basi ossee mascellare e mandibolare) comporta due effetti: la retrusione mandibolare (retrognazia) e la perdita di una certa parte del volume endoorale a disposizione della lingua. A causa del minor spazio a sua disposizione (dovuto appunto al morso profondo), la lingua, impedita dal muro dentale e dall'atteggiamento contratto delle labbra a trovare spazio in avanti e ai lati, non può che riguadagnarla in alto o all'indietro.

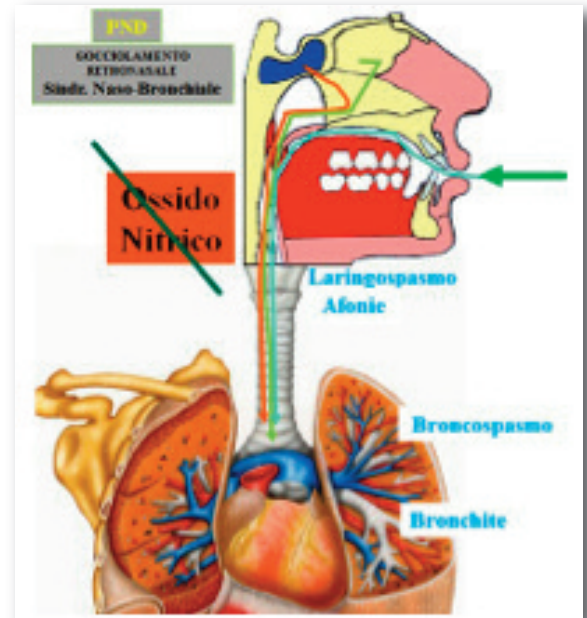


Malocclusione con morso profondo e retruso.

In alto la continua spinta linguale sulla sutura palatina mediana genera facilmente un palato ogivale, con l'invasione delle sovrastanti cavità nasali ed il restringimento anche con questo meccanismo della via aerea nasale, per diminuzione del suo sviluppo verticale. E' probabilmente la spinta verso l'alto che genera gli sgradevoli profili con naso aquilino (cfr. figura qui sopra), tipici del Leptosoma Fosforico, giacché la spinta sulla sutura palatina mediana si trasmette al vomere e alla lamina perpendicolare dell'etmoide fino alla sutura delle ossa nasali. Se la sutura nasale mediana non cede deformandosi, sarà invece il setto nasale ad assorbire le spinte verso l'alto e sarà portato a curvarsi e a deviare. In molti casi i due aspetti si sommano, (grande naso aquilino e setto deviato) e paradossalmente il paziente, a fronte di un naso esuberante, ne lamenta la scarsa funzionalità ai fini respiratori. La spinta linguale si esercita però soprattutto all'indietro, favorita in questo anche dalla retrusione mandibolare che al morso profondo quasi sempre si associa, dove i tessuti molli offrono minore resistenza. In presenza di tonsille blandamente ipertrofiche e di per sé non ostruttive, la lingua finisce per spingerle all'indietro rendendole ostruttive di fatto.

Il paziente si trova così nella necessità di respirare aprendo la bocca (cfr. figura qui a lato). E' evidente che la respirazione orale è anche una importante concausa patogenetica della tosse cronica, patologia che costituisce una dei più frequenti motivi per il quale un paziente afferrisce all'ambulatorio medico. L'alterata ventilazione instaura una sostanziale ipossia, con modificazioni del PH, del metabolismo della mucosa e della flora batterica che, dapprima transiente, diviene poi stanziale. Tale condizione porta all'edema e alla sofferenza della mucosa, (che può alla lunga esitare nella formazione di polipi, tendenzialmente recidivanti nonostante ripetuti interventi) e alla diminuzione della funzione ciliare.

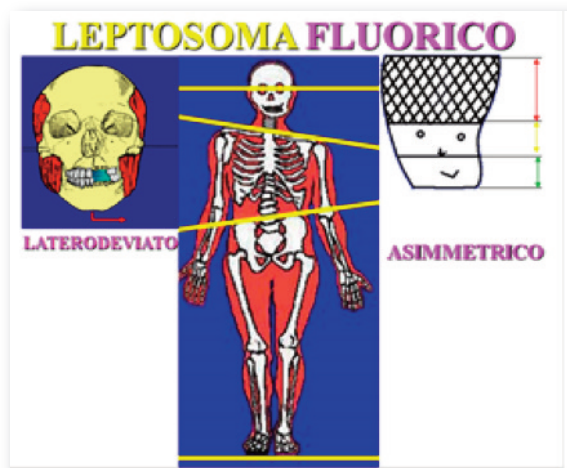
Da notare che l'ostruzione nasale cronica ha fra le sue cause il così detto "disturbo ventilatorio", concetto che viene associato quasi esclusivamente a conformazioni anatomiche sfavorevoli, in particolare a livello di setto e turbinati, correggibili tradizionalmente per via chirurgica. Può peraltro esistere anche un disturbo ventilatorio di tipo essenzialmente funzionale, legato allo schema respiratorio orale, che per vari motivi il paziente può aver assunto talvolta fin dall'infanzia, che non è necessaria-



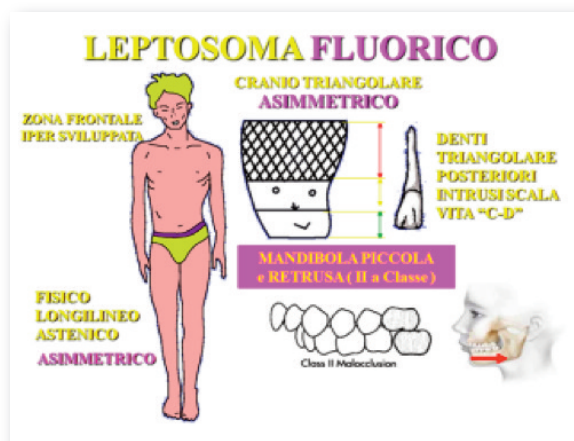
mente legato alla presenza di problemi anatomici, che per competizione vincente nei confronti del naso, dove le resistenze sono maggiori, riserva alla sola bocca il transito del flusso respiratorio.

Al difetto ventilatorio si associa il disturbo di drenaggio: il mancato utilizzo della via aerea nasale danneggia l'attività mucociliare strettamente correlata al flusso aereo e alla disponibilità di ossido nitrico. La sfavorevole conformazione anatomica di alcuni distretti rinosinusal e orofacciali, unitamente, nel bambino, all'ipertrofia adenotonsillare, è comunemente considerato un elemento patogenetico potenzialmente importante, tale da far propendere spesso per una terapia di tipo chirurgico. Meno frequente risulta invece la considerazione dell'occlusione dentaria e del rapporto che questa individua fra le basi ossee mascellare e mandibolare, che pure contribuisce a determinare il fenotipo. Questo aspetto può spesso influire su alcuni quadri di patologia respiratoria, ed esserne un'importante concausa favorente. Nonostante l'attenzione abitualmente dedicata alla diagnosi e alla terapia delle ostruzioni nasali e la provata efficacia delle metodiche allo scopo impiegate, spesso si assiste ad un successo terapeutico solo parziale e soprattutto momentaneo, e alla recidiva. Ciò può a volte essere dovuto al fatto che esiste un altro schema patogenetico dell'ostruzione nasale e della respirazione orale, che inverte i rispettivi abituali ruoli di causa e di effetto. Infatti, alcuni atteggiamenti scorretti di lingua e labbra, la presenza di uno schema deglutitorio atipico e alcuni già descritti quadri sfavore-

voli di malocclusione dento-scheletrica possano in molti casi indurre primariamente l'instaurarsi di una respirazione orale primaria (ROP). In questi casi solo secondariamente ciò finisce per favorire l'insorgenza di patologie respiratorie, per la perdita di ventilazione, drenaggio e ossido nitrico nelle mucose nasali. Questo schema interpretativo potrebbe costituire una spiegazione delle così dette "riniti perenni" e delle costituzioni così dette "linfatiche" e "catarrali", come anche dei fallimenti delle terapie mediche e chirurgiche, ma anche omeopatiche, che in questi casi vengono spesso riscontrati. La sostanziale unitarietà anatomico-funzionale di tutte le vie aeree rende ragione dell'estensione del problema alle basse vie, e il logico ruolo patogenetico della ROP nella bronchite cronica, come anche nell'interazione fra rinosinusite e asma (cfr. figura alla pagina precedente). A questo proposito, accanto ai tradizionali approcci chirurgici, l'impiego di *oral device* e di alcune tecniche ortognatodontiche in grado di correggere alcune caratteristiche orofunzionali, si sono dimostrati utili ed efficaci nel trattamento di alcune patologie respiratorie.



che si differenziano clinicamente per sostanziale bilateralità nel fosforico e monolateralità nel fluorico: tipico esempio, l'otite media acuta ricorrente (OMAR). Per l'influenza che la postura mandibolare individuata dalla malocclusione ha con meccanismo così detto "discendente" sulla colonna, fra i Leptosomici il fosforico sarà prevalentemente cifotico (prevalenza delle curve sul piano sagittale) il fluorico prevalentemente scoliotico (aggiunta delle curve sul piano frontale). Entrambi risultano predisposti a cervicobrachialgie, lombosciatalgie, e alle complicanze degenerative dei corpi vertebrali e dei dischi. Il Fluorico è spesso caratterizzato da problematiche psichiche. E' anche il tipico cefalalgico, classificato in particolare come "emicranico e di tipo tensivo".



Il Leptosoma Fluorico, secondo vari Autori, sarebbe una variante che deriva dalla costituzione Fosforica. Pertanto è anch'esso un longilineo astenico, ma presenta una pronunciata asimmetria tra le due metà del corpo in tutta la struttura fisica. Anche la bocca e l'occlusione/malocclusione dentaria non si sottraggono a queste caratteristiche generali: come il Fosforico, anche il Fluorico presenta spesso una malocclusione di II Classe secondo Angle, con l'aggiunta, però, di una componente di laterodeviatazione che, nella dentatura, può giungere all'inversione del rapporto trasversale fra le emiarcate, con morso crociato omolateralmente alla deviazione.

L'asimmetria del viso pone spesso anche problemi estetici, aggravati all'ipertono/ipertrofia del massetere omolaterale che la laterodeviatazione induce. Il Leptosoma Fluorico presenta spesso lassità dei legamenti: le lussazioni che questa situazione predispone facilita anche l'insorgenza di disfunzioni dell'Articolazione Temporo Mandibolare (ATM) particolarmente insidiose: la più grave è costituita dal Locking, dal blocco articolare che, nei casi più gravi, si verifica tendenzialmente nell'ATM omolaterale alla deviazione. Va sottolineato che Fosforico e Fluorico, avendo varie caratteristiche anche fenotipiche in comune, vanno spesso soggetti alle stesse patologie,



Il Picnosoma Carbonico o Brevilineo Astenico secondo Pende, è di statura medio-bassa, grassoccio di carattere ipocinetico e sedentario. Le radici dentarie sono corte, ma il supporto parodontale è robusto. Il cranio è tendenzialmente quadrato, con una certa prevalenza dimensionale del terzo inferiore, che dal punto di vista ortodontico configura spesso la III Classe secondo Angle, sia per una componente di maggior sviluppo della mandibola, ma spesso anche per un minor sviluppo della mascella, che può arrivare al morso inverso sia anteriore che posteriore. Alcune delle malattie cui questa costituzione è predisposta possono trovare nella bocca una importante componente patogenetica, frutto sia della sopra descritta tipica malocclusione che della obesità che spesso la caratterizza.

Il fatto che l'arcata mandibolare, più ampia del normale, anziché essere contenuta in quella mascellare, come in un morso normale, ne sia invece contenuta (morso inverso anteriore e posteriore), porta ad un minore sviluppo del mascellare e del palato. Essendo quest'ultimo "tetto" della bocca, ma anche "pavimento" del naso, anche le vie nasali risultano ristrette, il che favorisce, anche per la frequente ostruzione, l'insorgenza di uno schema respiratorio orale. Ciò favorisce l'insorgenza del russare notturno, che nel Picosoma Carbonico è quasi sempre accompagnato da apnee nel sonno, giacché l'obesità che lo caratterizza fa accumulare tessuto adiposo in maniera elettiva nel faringe, contribuendo così alla restringimento del lume e alla tendenza al suo collasso. Il ruolo patogenetico dell'apnea nel sonno nell'ipertensione, nell'insorgenza di disturbi del ritmo, e nel rischio di incidente cardiocircolatorio è comprovato da numerosi studi scientifici. Inoltre, l'OSAS favorisce il diabete tipo 2 e la sindrome metabolica, entrambi quadri tipici del Picosoma Carbonico e importanti componenti patogenetiche di problematiche cardiocircolatorie.

Anche l'atteggiamento indolente e pigro del Picosoma Carbonico può trovare nei disturbi del sonno e nella conseguente sonnolenza diurna una importante motivazione. La terapia dell'OSAS si basa, oltre che sull'approccio chirurgico, meno indicato nell'adulto, e alla ventilazione notturna con maschera respiratoria collegata ad apparecchi a pressione continua (CPAP), ma si può oggi in molti casi ottenere ottimi risultati con l'applicazione, durante la notte, di un dispositivo intraorale simile ad un apparecchio ortodontico che, riposizionando correttamente la mandibola, è spesso in grado di migliorare o risolvere il problema.

Conclusioni

Le malocclusioni dentarie e le strutture maxillo-mandibolari che caratterizzano le diverse costituzioni costituiscono un importante elemento patogenetico di alcune patologie che delle rispettive costituzioni sono altrettanto caratteristiche. Ciò individua un'area di possibile collaborazione fra il dentista e l'omeopata. ■

Bibliografia

- Bernkopf E., "Malocclusione nelle otiti recidivanti e croniche", *Medico e Bambino* 7: 51-54, 1987.
- Bernkopf E. Maraggia A. Bosetti M. La vertigine di pertinenza odontoiatrica. *Attualità Dentale* 36, Anno VI, Ottobre 1990, 8-15.
- Bernkopf E. Broia V. Bertarini A.M. Il lavaggio della mucosa rinosinusale con soluzione idrosalina calda. *Il Medico Pediatra*, vol 7, n. 3, Giugno 1998 156-9.
- Villa MP, Bernkopf E, Pagani J, Broia V, Montesano M, B Paggi, Ronchetti R: Randomized controlled study of an oral jaw positioning appliance for the treatment of obstructive sleep apnea in children with malocclusion. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, Volume 165, Number 1, January 2002, 123-127.
- Bernkopf E. Broia V. Bertarini A. M. Polcino P. La respirazione orale e il ruolo della malocclusione. *Medico e Bambino* 2, 2002, 107-112.
- Bernkopf E. Rossi F. P. Macrì F. Broia V. Reflusso Gastro Esofageo e malocclusione dentale. *Il Medico Pediatra*, 2002 Vol. 11,4 Agosto, 286-7.
- Bernkopf E. :L'occlusione dentaria e la postura mandibolare nella pratica sportiva agonistica *Riv. It. di Stomatologia* 2003 Anno LXXI -1, 17-2.
- Bernkopf E. Macrì F. "Malocclusione dentale, respirazione orale e Tosse Cronica" *Il Medico Pediatra* N° 5 - 2005, 125-37.
- Coruzzi P, Gualerzi M, Bernkopf E, Brambilla L, Brambilla V, Broia V, Lombardi C, Parati Autonomic cardiac modulation in obstructive sleep apnea: effect of an oral jaw-positioning appliance. *Chest* 2006 130(5): 1362-8
- Bernkopf E. Colleselli P. Broia V De Benedictis F. M.: Is recurrent parotitis in childhood still an enigma? a pilot experience. *Acta Paediatrica* 2008 97, pp. 478-482.

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

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



L'uomo come opera d'arte

Francesco Eugenio Negro

Fondazione Negro

Mail:

Mentre Von Haller e Stoerk fanno una rivolta assumendo sostanze tossiche, descrivendone le conseguenti sintomatologie e ipotizzandone l'assunzione terapeutica a dosi ridotte, Hahnemann compie una rivoluzione.

E' una nuova metodologia che non si riferisce ai sintomi ma all'individuo che li manifesta, Prende in considerazione, l'individuo inserito nel suo ambiente considerando il suo vissuto, il malato inserito nella malattia. Si può affrontare un ragionamento con un giro lungo e con uno breve, cercherò di farlo con quello lungo, riferendomi a "l'uomo come opera d'arte", argomento che ho già affrontato in un mio testo (Angeli 2012).

L'arte è scarto rispetto alla norma, singolarità. La vera opera d'arte è irripetibile. Immaginiamo un quadro. Il dipinto è circondato da una cornice che racchiude l'immagine, il non detto dell'artista che si esprime con la rappresentazione. Questa comunicazione non verbale è capace di suscitare emozione e giudizio nell'osservatore. Oggetto-quadro e osservatore-soggetto si scambiano sensazioni. "La terra e la luna si scambiano li lumi" scriveva Leonardo.

Il soggetto osservatore si muove, quindi tra ragione ed emozione. Una luce illumina una parte del quadro, è quella che più attira l'attenzione, ma la sua vera comprensione, il senso, si può ottenere solo con l'osservazione dell'insieme. Quindi dal particolare al generale, poi dal generale al particolare per comprendere l'insieme. Parafrasando, la cornice, immobile e immutabile è la costituzione il genotipo, il dipinto è il paziente, con il fenotipo che evidenzia aspetti particolari che si evidenziano secondo la risposta personale miasmatica.

L'osservatore, il medico, deve leggere la tematica del paziente nella sua singolarità di opera d'arte inserito nell'ambiente in cui il quadro è collocato.

Queste considerazioni mettono in evidenza come il quadro non sia solo materia, costituita di tela e colore, ma evidenzia un'emozione quella dell'artista e dell'osservatore, capace di modificare l'animo. Ma il dipinto è completamente conoscibile o di lui percepiamo solo un'impressione?

Vediamo solo la sua rappresentazione? Mi sembra evidente l'equivalenza de dipinto con, l'uomo costituito di corpo, mente e spirito, come il rapporto tra osservato e osservante, riporti a quello medico-paziente.

L'osservatore-medico, come l'osservatore del dipinto deve intuire e sintetizzare, per cercare di capire, ma il suo pensiero continuerà a oscillare saggiamente tra curiosità e dubbio.

Si potrà chiedere "come" sia stato dipinto il quadro, il suo aspetto materico, ma per capire veramente, si dovrà arrivare a comprendere "perché" sia stato dipinto.

Alla "ragione-come" si dovrà aggiungere "l'emozione-perché". In sintesi l'uomo non come malattia ma quello molto più complesso costituito di corpo commensurabile e mente e spirito incommensurabili. Arrivando alla conclusione non è "cogito ergo sum" che pragmaticamente si deve dire, quanto piuttosto "sum ergo cogito", come sosteneva Heidegger.

E' quindi "l'essere", quello che devo cercare di capire anche se di questo, essendo incomprensibile, riuscirò a capire solo la sua manifestazione, "l'ente". L'"essere" è per completezza "esserci" cioè inserito nel suo ambiente.

Esaminato in questa maniera l'uomo-opera d'arte, si comprende come nei suoi confronti devo avere l'accettazione del suo essere altro da me che coincide con me. Io esisto perché c'è lui. Soggetto e oggetto costantemente intercambiabili si scambiano informazioni ed emozioni. Il non detto parla. Le parole muoiono appena pronunziate ma rimangono nell'ascolto.

Convinto che l'altro da me coincida con me devo dedicarmi a lui come a me stesso, comunicando quello che avrei voluto sentirmi dire.

Quando Pandora apre il vaso escono tutti i mali del mondo. Nel vaso, ormai vuoto, non c'è più nulla se non un qualcosa molto nascosto, la speranza. L'uomo è un fine e non un mezzo. ■

**Scarica l'App SIOMI
per il tuo iPhone!**



Fare più con meno

Elogio del coltellino svizzero in omeopatia

Massimo Saruggia

Psicoanalista, medico esperto in omeopatia
E-mail: msarugg@tin.it

In medicina le storie cliniche non esistono quasi più. Sono state sostituite da resoconti che si pretendono oggettivi. Si ha in sospetto tutto ciò che sembra alludere ad aspetti soggettivi, li si infila nel letto di Procuste di un approccio positivista che quando è applicato al campo in cui è in gioco la soggettività, come il più delle volte accade con la malattia cronica, assomiglia ad un inutile tentativo di misurare il peso con un metro. Credo invece non esista modo migliore per formare un sapere, per organizzarlo e farlo crescere che dare ad esso la forma dinamica e aperta di una storia. Il protagonista della mia storia clinica è Stephan, un bambino di tre anni, affetto da dermatite atopica. Ma dico protagonista e subito mi devo correggere. Infatti i protagonisti infatti sono due Stephan e il tempo. Noi omeopati, tra le varie particolarità, abbiamo anche questa: siamo (dobbiamo essere) molto generosi i termini di tempo con i nostri pazienti. Occorre tempo per mettere a fuoco la totalità dello spazio biopatologico del paziente (copyright Marcello Bignamini). Come in una tela di Arcimboldo, accostiamo morfologia, psichismo, generalità non sintomatiche, segni caratteristici arricchiti dalle modalità e per questo serve tempo, pazienza e una certa testardaggine. Invece la visita di Stephan è stata una visita fuori tempo massimo, una di quelle visite di contrabbando che ognuno di noi sperimenta spesso, una visita fuori appuntamento, quasi imposta da circostanze alle quali non potete dire di no. Una visita che mi ha colto di sorpresa e che nella classifica delle situazioni irritanti sta per me in ottima posizione. Ma a ben guardare era ancora peggio: Stephan mi porta un problema complesso come la dermatite atopica, un malattia che si dirama in tutte le direzioni e che implica invece pazienza e misura. Ma a volte si coglie il meglio nell'inaspettato. Infatti dover contare come un ragioniere i minuti che potevo dedicare a Stephan non si è imposto (alla fine) come un dovere, ma come una opportunità, una occasione per convincermi della bontà e saggezza di un pragmatismo fondato sul concetto del *more with less*, del mettersi dalla parte di chi fa un po' di meno, piuttosto che di chi tende a fare un poco di più. La storia di Stephan (per la quale ho utilizzato uno strumento di conoscenza simile al coltellino svizzero: duttile e leggero) è presto detta: insorgenza di dermatite pruriginosa poliforme nei primissimi mesi di vita con prurito penosissimo per il piccolo; alla diagnosi di dermatite atopica è seguita la consueta terapia steroidea topica ma anche sistemica. Il cortisone rappresentava per Stephan e per i genitori il visitatore temporaneo di una possibilità di cura che si riusciva a far sembrare vera per un po', ma dalla quale poi ci si doveva risvegliare bruscamente per il ritorno di tutto: lesioni, prurito, grattamento, notti insonni. Così l'evoluzione della dermatite era una ciambella perennemente senza buco. Buco e basta piuttosto.

Elenco delle cose notevoli che ho raccolto per brevità, condenziazione ed economia di tempo: malattia cronica con periodicità delle manifestazioni cutanee, arrossamento e prurito, prurito migliorato con il fresco e aggravato nettamente con il caldo, associazione ed alternanza con una stipsi ostinata. Il resto della storia clinica di Stephan, quel resto che avrebbe potuto favorire un sguardo d'insieme in una prospettiva forse diversa, è rimasto forzatamente abbandonato, inutilizzato come quei pedali lasciati all'aperto a novembre sulla spiaggia. La rinuncia obbligata alle impalcature teoriche e agli utensili metodologici di una visita classica (osservazione, descrizione e caratterizzazione della lesione, causalità concomitante, tipologia sensibile, segni caratteristici, concomitanze sintomatiche, generalità non sintomatiche) non ha prodotto però futili scritte *en artiste*. Mi ha reso spregiudicato e duttile. Ha aumentato l'instabilità ed il rischio di insuccesso terapeutico ma anche la capacità di saperci fare bene con il nostro metodo. Ho colto dalla storia di Stephan l'aroma forte della diatesi psorica, l'effluvio acre della periodicità, della alternanza e dell'aggravamento con il caldo.

Ho prescritto Sulphur e pensando Stephan ipersensibile, non pronto a forti scossoni dell'energia vitale (bambino poco sopra i tre anni, con una storia di dermatite soppressa) ho pensato che qualunque cosa più del minimo potesse rovinare il mio tentativo. Dunque Sulphur l'ho prescritto in 50LM una goccia in poca acqua tutte le mattine con solo due succussioni ogni volta: il massimo del minimo. Nei giorni successivi la dermatite si è ritirata da tutto il corpo per rifugiarsi, modesta e quasi inavvertita, alla pliche di flessione degli arti, il prurito si è ridotto all'osso e la stipsi si è sciolta in un alvo regolare e giornaliero. Ho seguito il miglioramento incrementando con prudenza il numero di gocce di Sulfur e poi più avanti nel tempo aumentando la potenza sino a 6 LM. Ora - sono passati mesi - Stephan ha una cute di un bianco fresco che fa scattare l'aggettivo: normale. Ora è meno importante stabilire da dove si è partiti, conta di più dove si è giunti, quel che si è visto e come.

Possiamo pensare che la via per arrivare ad una prescrizione omeopatica sufficientemente corretta sia come la via Francigena la quale non esiste in sé, non è mai esistita come strada maestra e ben individuata tra i monti dell'appennino. Come la via Francigena essa è una definizione di comodo, come lei è un groviglio di percorsi individuali, a volte casuale che gli omeopati, come i pellegrini medioevali, battono senza sosta. Sono il tempo, la disposizione individuale, il setting del momento a imprimere lo stile della prescrizione. La nostra metodologia si avvicina al coltellino svizzero, uno strumento che permette di fare molto con poco. Un rinnovato "carpe diem" ad uso della guarigione. ■

Irritazioni della superficie oculare¹ e discomfort da occhio secco²



Euphrasia officinalis 3 DH e Chamomilla vulgaris 3 DH, componenti di **Euphralia**® collirio, soluzione sono tradizionalmente utilizzate dalla farmacologia omeopatica³ e le diluizioni sono preparate in conformità alla Farmacopea Europea in vigore.

Uno studio clinico² e una valutazione ambulatoriale¹ su **Euphralia**® hanno rispettivamente dimostrato che:

“Per quanto riguarda la terapia con Collirio E-C, si è rivelato utile nel migliorare non solo i valori dei tests di funzionalità lacrimale, ma anche le condizioni dell’epitelio corneale”.

“La tollerabilità al preparato è stata giudicata eccellente e non si sono verificate reazioni indesiderabili”.

(E.M. Vingolo, P. Del Beato, M. Barcaroli, L. Rapagnetta. Il trattamento del discomfort da occhio secco con collirio monodose bottelpack® a base di Euphrasia-Chamomilla Boiron (ndr: Euphralia®) in dosi omeopatiche vs placebo. Università degli studi di Roma “La Sapienza” Cattedra di Clinica Oculistica. Bollettino di Oculistica Anno 76 - N. 4 - 1997)

“Le conclusioni del nostro studio indicano che i colliri omeopatici, basati sugli estratti di Euphrasia officinalis e Matricaria chamomilla, possono essere utilizzati con effetti benefici nel trattamento dei disturbi relativi alla superficie oculare, in cui l’infiammazione gioca un ruolo patogenetico importante. Possono essere quindi potenzialmente utili in una serie di condizioni cliniche che comprendono, oltre all’occhio secco, le congiuntiviti allergiche stagionali, e quelle forme di irritazione oculare legate a condizioni ambientali non favorevoli,

all’uso di videoterminali o conseguenti a terapie irritanti sia topiche che sistemiche”.

“Anche per quanto riguarda la sicurezza del prodotto i risultati sono positivi in quanto non si sono riscontrati fenomeni di intolleranza nei pazienti trattati”.

(Aragona P., Spinella R., Rania L., Postorino E., Sommario S., Angelo G. Use of homeopathic eye drops for the treatment of ocular surface irritation. Department of Surgical Specialties, Section of Ophthalmology, Unit for the Diagnosis and Treatment of Ocular Surface Diseases, University of Messina. Evision. Rivista scientifica di oftalmologia. IX Anno 2/2011)

Il collirio **Euphralia**® è composto da due diluizioni omeopatiche e dagli eccipienti sodio cloruro 0,9% e acqua depurata. È una soluzione isotonica che non ha azione irritante sull’occhio⁴. L’assenza di vasocostrittori, conservanti ed EDTA permette, laddove necessario e consigliato dal medico, un utilizzo quotidiano e continuativo in tutti i soggetti, anche nei portatori di lenti a contatto.

È prodotto con tecnologia Bottelpack®, riempimento antisettico integrato, che garantisce la sterilità senza l’uso di conservanti^{5,6}.

Euphralia®, in quanto medicinale omeopatico, è adatto ad adulti, bambini⁷, anziani e pazienti politrattati⁸.

Può essere utilizzato anche dai portatori di lenti a contatto⁹.

1-2 gocce in ciascun occhio, 2-6 volte al giorno.



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.

1. Aragona P., Spinella R., Rania L., Postorino E., Sommario S., Angelo G. Use of homeopathic eye drops for the treatment of ocular surface irritation. Department of Surgical Specialties, Section of Ophthalmology, Unit for the Diagnosis and Treatment of Ocular Surface Diseases, University of Messina. Evision. Rivista scientifica di oftalmologia. IX Anno 2/2011. 2. E.M. Vingolo, P. Del Beato, M. Barcaroli, L. Rapagnetta. Il trattamento del discomfort da occhio secco con collirio monodose bottelpack® a base di Euphrasia-Chamomilla Boiron in dosi omeopatiche vs placebo. Università degli studi di Roma “La Sapienza” Cattedra di Clinica Oculistica. Bollettino di Oculistica Anno 76 - N. 4 - 1997. 3. Kent J.T.: Repertorio della Materia Medica Omeopatica. Tomo II. IPSA editore; 1992. p. 945-1034. 4. Chelab: Epicular eye irritation test for the prediction of acute eye irritation 2009. 5. Berrebi H.: Le système Bottelpack répond aux besoins de la pharmacie. Emballage Magazine; 1985. p. 4-9. 6. Bourny E., Dumolard L., Peronnet A.: Remplissage intégré aseptique: la technologie blow-fill-seal (BFS) dans l’industrie pharmaceutique. S.T.P. Pharma Pratiques 1995;5:203-214. 7. Boulet J.: Homéopathie – L’enfant. Marabout; 2003. p. 14-17. 8. Jouanny J., Crapanne J.B., Dancer H., Masson J.L. Terapia omeopatica: possibilità in patologia acuta. I volume. Ariete Salute; 1993. p. 81. 9. Agenzia Italiana del Farmaco. Guida all’uso dei farmaci: 12. Oculistica. Anno 2008/5. p. 251.

Omeopatia, tra narrazione ed evidenza

Luigi Turinese

Medico esperto in omeopatia, psicoterapeuta
Mail: turiness@tin.it

Nell'ultimo ventennio si è imposto, nell'ambito della medicina accademica, il dogma della Evidence based Medicine (EBM), ovvero della medicina basata su prove di efficacia.

Lodevole ambizione, quella di prescrivere sulla valutazione dei migliori risultati della ricerca come base per le decisioni cliniche. La sua codificazione ha ragioni economiche non meno che scientifiche, poiché consente di razionalizzare le cure in base a protocolli standardizzati. Un simile modo di procedere ha antenati lontani. Già nell'800, Pierre-Charles Alexandre Louis (1787-1872), nella sua *Médecine d'observation*, vagheggiava un simile obiettivo. Bisognerà però attendere l'ultimo quarto del secolo XX perché il principio si affermi. Il richiamo di Archibald Cochrane (1909-1988) sulla necessità di recensioni sistematiche ed aggiornate di tutti gli studi clinici controllati fornirà l'ispirazione per la fondazione, nel 1993, della Cochrane Collaboration, che da allora fornisce una mappatura di tutte le conoscenze disponibili e "revisioni sistematiche" sulla efficacia e sicurezza degli interventi sanitari di tipo preventivo, terapeutico e riabilitativo sia attraverso un database elettronico (Cochrane Library) sia via Internet.

La coeva codificazione dell'EBM deve i suoi primi e decisivi impulsi al lavoro di David Sackett (1934-2015). Più sopra parlavo di dogma in quanto 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 sempre essere riproducibile nello stesso modo. Bisogna riconoscere onestamente che tale rischio dogmatico appare evidente presto tra gli stessi fondatori del metodo, che non hanno smesso di interrogarsi sui punti ciechi della teoria. Il fatto è che il volume di linee guida - che oltre tutto sottovalutano la complessità data dalle multi-morbilità - è divenuto ingestibile, i benefici statisticamente significativi possono risultare marginali nella pratica clinica e, dato che vorrei enfatizzare nello spirito del presente articolo, la medicina statistica e procedurale che consegue a una rigida applicazione dell'EBM produce cure che marginalizzano il paziente. L'obiettivo dunque diventa quello di superare la tendenza a omologare i pazienti in base alle patologie, per recuperare la dimensione clinica.

Negli USA, spesso visti come la patria del dogmatismo scientifico, opera un sano meccanismo culturale per cui tendono a svilupparsi "anticorpi" correttivi delle posizioni troppo unilaterali. In tale ottica dobbiamo leggere alcuni movimenti che si sono affacciati parallelamente

all'affermarsi del movimento dell'EBM. Facendo un passo indietro, non possiamo non citare le *Medical Humanities*, movimento nato alla fine degli anni '60 intorno alla figura del bioeticista Edmund Pellegrino (1920-2013) con lo scopo di correggere l'unilateralità della medicina tecnologica. Esso studia in che modo le discipline umanistiche possono influenzare la formazione e la pratica in Medicina. Non bisogna poi dimenticare i lavori della *Medical Anthropology* prodotti soprattutto da Arthur Kleinman (1941) e Byron Good all'interno della Harvard Medical School.

Si deve all'Antropologia Medica la triplice definizione di malattia: *disease* (aspetti biologici), *illness* (vissuti soggettivi), *sickness* (limitazioni sociali). Siamo giunti all'ultimo ramo di questo rigoglioso albero: la cosiddetta Medicina Narrativa. Si tratta di una modalità di relazione medico-paziente che pone particolare enfasi sulla storia della malattia così come viene vissuta dal paziente e sul suo contesto. Figura di spicco di quella che è stata codificata come *Narrative Based Medicine* (NBM) è Rita Charon (1949). I suoi studi alla Columbia University sono focalizzati sulla ricerca di nuove vie per migliorare la capacità dei medici di comprendere ciò che il paziente dice loro e di comunicare a loro volta.

Frutto di conoscenza multidisciplinare, la Medicina Narrativa è "un progetto di medicina centrata sul paziente" (Masini) e uno strumento di verifica del vissuto del medico. Essa facilita e rende più precisa la diagnosi e costituisce un elemento terapeutico, migliorando lo stato d'animo del paziente e incrementandone la compliance. Nel processo di diagnosi descrive la forma fenomenica in cui i pazienti sperimentano la malattia, incoraggia la comprensione reciproca e fornisce informazioni altrimenti non conoscibili. In ambito terapeutico, spinge verso un approccio olistico, indirizza verso terapie complementari e ha una valenza curativa in sé. La Medicina Narrativa consente di spostare l'attenzione dal corpo fisico al corpo vissuto (Merleau-Ponty), consentendo di recuperare il primato della Clinica. Ogni malattia ha una fisiopatologia, 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. A questo punto possiamo azzardare un rapporto di figura-sfondo tra EBM e NBM: l'EBM aumenta la conoscenza e aiuta a comprendere la malattia, laddove l'NBM facilita la relazione e aiuta a comprendere il malato. Se immaginiamo il paziente come un testo da interpretare, si comprende come le competenze narrative possano rendere medici migliori.

A questo punto ci possiamo chiedere quale sia la posizione dell'omeopatia nel dibattito odierno. Non dimentichiamo mai che Hahnemann percorse tutte le tappe suggerite dal metodo scientifico di Galilei: a) osservazione; b) formulazione di un'ipotesi; c) verifica («cimentato»); d) legge scientifica. Dalle osservazioni sulla China, difatti, il medico di Meissen fu condotto a formulare l'ipotesi della similitudine, confermata da sei anni di sperimentazioni e definita come legge, o meglio come principio, nel celebre articolo del 1796.

Una delle caratteristiche della medicina omeopatica, a partire dall'anamnesi, è la sua attenzione agli snodi psicosomato-psichici del paziente. In ogni manifestazione umana - non soltanto patologica - si verifica difatti una compartecipazione di aspetti somatici e di aspetti psichici. Hahnemann, psicoterapeuta ante litteram (cfr. il caso di Klockenbring), mette in primo piano la causalità psichica ed è sempre attento all'unità psicosomatica. Ascoltiamo le parole del Maestro: "Posso affermare, sulla base di una lunga esperienza, che l'incomparabile superiorità dell'omeopatia [...] non si dimostra in nessun altro campo, con altrettanta evidenza, come in quello delle malattie mentali e delle affezioni psichiche *che devono la loro origine ad affezioni somatiche, o che si sono sviluppate contemporaneamente ad esse* (corsivo nostro)". O ancora: "L'impiego omeopatico dei medicinali è più indicato quando non solo i sintomi somatici del rimedio sono simili a quelli della malattia, ma anche quando le alterazioni mentali ed emozionali provocate dalla droga incontrano stati simili nel quadro morboso da trattare".

La relazione terapeutica che si sviluppa nel corso di un'anamnesi omeopatica, per le sue implicazioni semeiologiche, contribuisce a creare un clima psicoterapeutico (da gestire con prudenza). Nella *Materia Medica Pura*, stesa tra il 1811 e il 1821, Hahnemann nota che alcune fisiologie presentano le condizioni per il manifestarsi di determinati quadri clinici e, quindi, per la prescrizione di determinati rimedi (Pulsatilla, Nux vomica, Ignatia). Sono i germi di quello che diventerà il discorso sui *tipi sensibili*. Da alcuni anni sto studiando una ridefinizione del tipo sensibile nell'ottica del *modello*. Il ragionamento clinico per modelli è un'evoluzione naturale dell'uso clinico della tipologia. Esso rappresenta un'evoluzione in quanto un modello è meno rigido di un tipo, è suscettibile di variazioni nel corso della vita e risente delle tempeste fisiopatologiche di un soggetto: dunque della sua storia clinica. Grazie alla scoperta hahnemanniana che nel corso di ogni malattia - sia sperimentale sia naturale - si assiste a un sovvertimento dell'intera economia dell'organismo, l'omeopatia può essere definita a buon diritto il primo e più compiuto sistema medico occidentale basato sperimentalmente sull'unità psicosomatica. "Un modello psicosomatico è un paradigma fisiopatologico che interessa sia la psiche sia il soma del soggetto che ne è investito".

Concludendo, possiamo affermare che la visita omeopatica si configura come una peculiare declinazione di medicina narrativa grazie ai seguenti elementi: ascolto attivo, originalità semeiologiche quali la ricerca della causalità, delle modalità e dei sintomi concomitanti, attenzione agli elementi tipologici. ■

Bibliografia

- Cavicchi I: "Pluralismo o Babele medica? Chi, come e che cosa scegliere per curarsi", in AAVV: 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: 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.
- De Torrebruna R, Turinese L: Hahnemann, vita del padre dell'Omeopatia. Sonata in cinque movimenti, edizioni e/o, Roma 2007.
- Evidence-based Medicine Working Group: Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine, in JAMA, 268:2420-5, 1992.
- Gadamer HG: Dove si nasconde la salute (1993), Raffaello Cortina Editore, Milano 1994.
- Good B (1994): Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente, Einaudi, 2006.
- Hahnemann S (1796): Saggio su un nuovo principio, Guna Editore, Milano 1994.
- Hahnemann S (1921): Organon dell'arte di guarire (VI edizione), Edi-Lombrado, Roma 2004.
- Hahnemann S, (1881): Materia Medica Pura, 2 voll., Jain Publishing Co., New Delhi 1980.
- Hahnemann S, (1828): Le malattie croniche, EDIUM, Milano 1980.
- Jaspers K (1986), Il medico nell'età della tecnica, Raffaello Cortina, Milano 1991.
- Masini V: Medicina narrativa, comunicazione empatica e interazione dinamica nella relazione medico-paziente, Franco Angeli, Milano 2005.
- Merleau-Ponty M (1945): Fenomenologia della percezione, Bompiani, Milano 2003.
- Pellegrino F: La comunicazione in medicina, Mediserve, Milano-Firenze-Napoli 2004.
- 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.
- Tatarelli R, De Pisa E, Girardi P: Curare con il paziente. Metodologia del rapporto medico-paziente, FrancoAngeli, Milano 1998.
- 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.



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

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

Vega Palombi Martorano

Presidente Onoraria APO Italia - Associazione Pazienti Omeopatici

a cura di Rosaria Ferreri

Medico esperto in omeopatia, Centro Ospedaliero di Medicina Integrata, Ospedale di Pitigliano - Consigliere Nazionale SIOMI
Mail: r.ferreri@siomi.it



Vega Palombi Martorano

L'Associazione Pazienti Omeopatici - APO Italia è un'associazione privata, indipendente, senza scopo di lucro che opera in piena autonomia al solo scopo di promuovere e divulgare - sia nell'ordinamento nazionale sia in sede comunitaria - la conoscenza dei principi della medicina omeopatica hahnemanniana, messa a punto dal medico tedesco C. F. Samuel Hahnemann (1755-1843), nella società civile e presso le Istituzioni politiche, culturali ed educative, anche ai fini della sua regolamentazione e del relativo riconoscimento legislativo da parte dello Stato italiano; ed, inoltre, di tutelare la libera scelta dei pazienti che la praticano. Nata ad opera di pazienti per i pazienti APO Italia ha sede a Napoli, referenti e soci in tutta Italia; è iscritta all'Albo delle associazioni senza scopo di lucro del Comune di Napoli, dall'aprile 1996; è patrocinata dalla LMHI - Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis; è costantemente impegnata per il riconoscimento e la tutela della Medicina Omeopatica sia nell'ordinamento nazionale sia in sede comunitaria, dove fa parte della EFHPA - European Federation Homeopathic Patients' Associations. APO Italia fa parte della CoNMI - Consulta Nazionale per la Medicina Integrata, alla quale hanno aderito Istituzioni Nazionali e Regionali, Università ed Enti che rappresentano le Medicine Complementari/non Convenzionali. APO Italia quest'anno festeggia il 25° anniversario dalla sua fondazione nel 1991. A questo avvenimento sono dedicati una serie di incontri culturali organizzati nelle sedi dell'APO Italia, il primo dei quali si è tenuto recentemente a Napoli per ricordare la nascita dell'associazione nel 1991 grazie a Maria Teresa Di Lascia. Per rendere partecipi i nostri soci SIOMI della importante ricorrenza abbiamo chiesto alla sua fondatrice e past-president, dott. ssa Vega Palombi Martorano, di rispondere ad alcune domande.

■ Chi era Maria Teresa Di Lascia, la fondatrice dell'APO?

Maria Teresa Di Lascia, prematuramente scomparsa all'età di quarant'anni, era una scrittrice; vinse, con il romanzo "Passaggio in ombra", il Premio Strega 1995, postumo. Si è sempre battuta per le cause della democrazia e dei diritti civili e umani all'interno del Partito radicale di cui è stata anche vice segretaria nel 1982 e deputato della IX legislatura. E' stata autrice della Proposta di Legge n. 3138 per il "Riconoscimento dei rimedi omeopatici", presentata il 12.9.88, durante la X Legislatura. Ha organizzato un Convegno transnazionale, sul tema: "Rimedio omeopatico: il non farmaco. Una proposta di riconoscimento" a Roma, il 12 e 13 dicembre 1988. Grata alla medicina omeopatica e convinta della

sua validità per essere guarita con questo metodo di cura, nel 1991 viene a Napoli per fondare, nella sede del Consiglio Provinciale, l'Associazione Pazienti Omeopatici - APO Italia.

■ Quanti iscritti conta a tutt'oggi l'Associazione? Quale è la regione più rappresentata?

Dell'associazione fanno parte soci appartenenti a molte regioni italiane; il numero degli iscritti è fluttuante e la Campania è certamente la regione più rappresentata in APO Italia.

■ Come ha conosciuto l'omeopatia?

Ho incontrato la medicina omeopatica trentotto anni fa e da allora, avendo essa risolto un mio problema di salute dove nessun medico consultato vi era riuscito, non l'ho più lasciata. Ho letto, ho studiato, ho approfondito, ho scritto per divulgare questa medicina dalla quale ho tratto solo vantaggi e, per ogni disfunzione grande o piccola, mi curo esclusivamente con il farmaco omeopatico simile - *similia similibus curentur* - che, stimolando l'organismo, aumenta le difese organiche e ripristina, di conseguenza, l'equilibrio perduto.

■ E il suo impegno in APO come è nato e come si è sviluppato in tutti questi anni?

Come dicevo, l'associazione è nata a Napoli, nel 1991, ad opera di pazienti per i pazienti; di essa mi venne gentilmente offerta la presidenza che, però, non potei accettare perché ancora impegnata con i miei doveri di figlia, di moglie e di madre; un anno dopo, nel '92, in occasione dell'Assemblea Annuale dei soci, immaginando quanto un'associazione di pazienti omeopatici avrebbe potuto aiutare il prossimo avendola provata sulla mia pelle, accettai la carica. Devo dire che all'inizio è stata dura perché il creare dal nulla un'associazione richiede un impegno, ed una totale dedizione ed abnegazione; ma con la mia forte determinazione sono riuscita a portarla avanti per 23 anni, fino al gennaio 2015 - anno in cui la carica è passata all'attuale Presidente. Il mio impegno, però, per l'associazione è continuato ancora fino al 9 aprile 2016, data in cui abbiamo festeggiato contemporaneamente, con un convegno dal titolo: "L'omeopatia da Napoli a Lione", la Giornata Mondiale dell'omeopatia - che cade il 10 aprile - ed i venticinque anni della fondazione dell'associazione (audio-video sul sito www.apoitalia.it). Prima di lasciare definitivamente il Consiglio Direttivo ho sentito il dovere morale di ricordare - non soltanto Napoli come crocevia

dell'omeopatia - ma un enciclopedico medico campano vissuto ed educato a Napoli, il conte Sebastiano de' Guidi, che nel 1830 ha portato e diffuso la medicina omeopatica in Francia meridionale e Svizzera meridionale e non.

■ **Dottoressa Palombi Martorano, ricorda il suo primo progetto nel 1995 sulla prevenzione ed educazione alla salute effettuato con il Provveditorato di Napoli? Lo riterrebbe ancora attuale?**

E' sempre validissimo il "Progetto di prevenzione ed educazione alla salute: sapersi osservare e riconoscere attraverso la medicina omeopatica", promosso con circolare ministeriale 362 del dicembre '92, dedicato agli alunni delle scuole di ogni ordine e grado. Abbiamo iniziato nel '95 a diffonderlo in alcune scuole della Campania e so che lo hanno utilizzato anche nel Lazio; ma venne recepito anche in altre regioni italiane. Non si vuole, con esso, propagandare la medicina omeopatica quale medicina complementare, bensì raccomandare di utilizzare il metodo proposto dall'omeopatia come "strategia di prevenzione". La cosiddetta "medicina dolce", perché non tossica, si basa proprio sulla conoscenza della propria unità psico-fisica e sia gli insegnanti che i ragazzi delle scuole imparano, attraverso una serie di incontri, a cogliere la forma di reazione di un soggetto con l'ambiente, intendendo con esso anche la famiglia, il lavoro, l'alimentazione e il clima. "L'ideale della medicina omeopatica è quello di educare l'uomo all'attenzione di una visione globale ed unitaria dell'essere vivente nel suo rapporto imprescindibile con la natura". L'appoggio dell'allora Provveditore agli Studi di Napoli, che a quell'epoca si curava già da quindici anni con questa medicina, è stato fondamentale per la fortuna del "Progetto". D'ora in avanti, essendo più libera, mi dedicherò alla sua diffusione.

■ **Dalle polemiche ormai "storiche" di Garattini alle posizioni più recenti assunte dalla stampa internazionale, quale è il suo pensiero sui detrattori dell'omeopatia?**

Volendo, e non so se valga per tutti, riconoscere la buona fede credo che la chiusura alla medicina omeopatica da parte di vasti settori della medicina tradizionale derivi dall'erronea considerazione dei "rimedi" omeopatici come meri farmaci alternativi, dei quali si pretende di testare con la stessa tecnica la sua validità. Laddove operando i primi secondo un meccanismo del tutto diverso, è evidente che i parametri da utilizzare per verificarne l'efficacia non possono che essere altri e coerenti al loro modo di agire sulla patologia. Si tratta quindi di un problema culturale e di informazione. Vorrei però precisare di avere riscontrato, specie presso le nuove generazioni di medici, un atteggiamento di maggior rispetto per la medicina omeopatica e la sincera confessione di non averne approfondito lo studio.

■ **Sullo scottante argomento delle vaccinazioni, quale è la posizione dell'APO?**

APO Italia è un'associazione di pazienti e, quindi, non ha la competenza tecnica necessaria per assumere posi-

zione su una questione così delicata, che va riservata ai medici. Si può solo ricordare che da qualche tempo si sono sollevate, anche nel campo della medicina convenzionale, riserve sulla innocuità della somministrazione dei vaccini e sul pericolo di conseguenze dannose anche in soggetti non allergici alle loro componenti. Del resto è significativa la ricorrente denuncia di evasione di massa all'obbligo relativo, non più dovuta al livello di ignoranza di una volta in larghi strati della popolazione, ma ad un diffuso timore su possibili effetti indesiderati.

■ **Tra le più importanti battaglie della Sua Associazione è quella di vedere riconosciute e, possibilmente, erogate in tutta Italia le prestazioni di omeopatia, di poter assicurare un consulto omeopatico gratuito per coloro che non possono permettersi di pagare una visita privata: a che punto siete ed avete in programma iniziative a tal proposito?**

Come è noto l'Italia è uno dei pochi paesi europei in cui il protocollo omeopatico, nonostante il documento "Linee Guida della FNOMCeO su Medicine e Pratiche non convenzionali" approvato dal consiglio Nazionale della FNOMCeO a Terni il 18 maggio 2002, che riconosce la pratica delle Medicine Complementari come atto medico, non trova riconoscimento come sistema complementare di cura nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale. E ciò, fingendo di ignorare il numero (11 milioni e mezzo) di cittadini che si curano con la medicina omeopatica pagando di tasca loro i farmaci omeopatici, pur contribuendo al bilancio della Sanità regionale con il pagamento delle tasse. Soltanto nella regione Toscana, grazie ad un'amministrazione locale sensibile, i cittadini sono riusciti ad ottenere, nell'ambito delle strutture ospedaliere pubbliche, prestazioni di medicina omeopatica, fitoterapica ed agopuntura. Oltretutto, l'uso dei farmaci omeopatici non soggetti a scadenza e normalmente prescritti uno per volta, comporterebbe un notevole risparmio per la Sanità pubblica - il che, naturalmente, produrrebbe una riduzione degli ampi profitti delle aziende farmaceutiche allopatiche che sfruttano ampiamente il potere suggestivo dei marchi. L'impegno di APO Italia su questo fronte è costante, con una campagna di informazione attraverso pubblicazioni, convegni, ecc. ed un'opera di pressione sui parlamentari cui spetta in ultima istanza la decisione. Purtroppo, non mancano le potenti lobby che operano in senso opposto, come dimostra la giacenza presso il Parlamento di 50 disegni di legge sul riconoscimento della medicina omeopatica, che regolarmente scadono ad ogni fine legislatura. Contro questa arbitraria ed assurda discriminazione che fa degli oltre 20% di italiani dei cittadini di serie B, i pazienti omeopatici levano con forza la loro voce reclamando: che la medicina omeopatica venga regolamentata ed entri a pieno titolo nella Struttura Pubblica e sia compresa nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza); che negli ospedali pubblici sia prevista in tutti i reparti la presenza di medici che praticano omeopatia; che nel Consiglio Superiore di Sanità sia prevista la presenza di esponenti della medicina omeopatica; che nelle Università siano previsti corsi e Scuole di specializzazione in omeopatia; che negli Albi professionali dei laureati in Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e Veterinaria siano iscritti, con la

loro specifica qualifica, coloro che praticano questa terapia, sempre che abbiano seguito corsi di specializzazione riconosciuti dallo Stato; che siano stanziati finanziamenti da parte dello Stato destinati alla ricerca scientifica nel settore.

■ **La sua Associazione promuove incontri e scambi culturali per sensibilizzare la popolazione ma anche i professionisti e le Istituzioni Universitarie per una integrazione delle cure omeopatiche? Le prossime iniziative in tal senso?**

La prima iniziativa che la Presidente dell'associazione, dr. ssa Marisa Certosino, realizzerà nel prossimo settembre è la visita, nel casertano, di una fattoria di bovini curati esclusivamente con la medicina omeopatica per cui, carne, latte e latticini sono assolutamente privi di antibiotici e di altri farmaci chimici. Ed in Italia vi sono tante fattorie ed aziende agricole che utilizzano esclusivamente la medicina omeopatica per la cura degli animali e delle piante. Mi spieghino, i detrattori di questa medicina, come è possibile suggestionare neonati, animali o piante! Tra l'altro, non va dimenticato che l'Italia, con decreto del Ministro delle Politiche Agricole e Forestali del 4 agosto 2000, ha recepito il regolamento dell'UE del '99 dove si fa obbligo al veterinario di curare animali ammalati o feriti dando la preferenza a prodotti omeopatici, anche per le agricolture biologiche. Se i farmaci omeopatici non fossero innocui, non si farebbe obbligo di curare animali da reddito con la medicina omeopatica, per le successive ricadute sull'uomo. In particolare, l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda l'uso delle Medicine Complementari, con Dipartimento apposito.

■ **Conosce Il Centro Ospedaliero di Medicina Integrata di Pitigliano?**

Non conosco personalmente l'Ospedale di Medicina Integrata di Pitigliano ma l'ho seguito fin dalla sua fondazione e lo seguo sempre attraverso Internet. So che funziona molto bene, è aperto a tutti, tanto che e vi è una lista di attesa di tre mesi. Lo sostengo e lo consiglio a coloro che mi chiedono informazioni.

■ **Lo slogan: "Curati da uomo libero, scegli l'omeopatia" riassume tutta la filosofia dell'APO; quale è il messaggio finale che vuole lasciare ai nostri colleghi medici omeopatici?**

Il mio messaggio ai medici omeopatici: tener conto che un'associazione di pazienti rappresenta una testimonianza imparziale della validità di questa Medicina. Li invito, quindi, ad impegnarsi per invogliare i loro pazienti ad iscriversi ad APO Italia in modo da avere un sostegno numericamente "forte" al loro fianco nella battaglia per il suo riconoscimento.

Ringrazio la dottoressa Vega Palombi Martorano per la sua gentile disponibilità e per averci ancora una volta ricordato che il paziente è il nostro migliore alleato e che egli resterà sempre e comunque al "centro della cura"; aggiungo io, omeopatia o non. ■

Lucia Romeo - Vi risulta che l'Argento colloidale sia stato dichiarato dalla FDA come velenoso per adulti e bambini e quindi non prescrivibile?

Gabriele Saudelli - Sì, mi risulta: la Legge lo consente solo per un uso locale, esterno. Infatti consiglio di utilizzare un cucchiaino di plastica per una corretta assunzione. Spesso, se ipotizzo una causa batterica, il risultato si raccoglie in poco tempo: già dal secondo giorno di somministrazione. È logico che l'assunzione orale debba essere seguita per brevi periodi (al massimo, comunque, tre mesi); è un metallo pesante e, quindi si deposita nei tessuti dello sprovveduto che lo usa "come prevenzione" per anni. Come assumere un macrolide per anni per "prevenzione".

Federico Mulazzani - Quindi si potrebbe utilizzare in sostituzione dell'antibiotico? In che casi? Scusate la domanda stupida, ma sono uno studente desideroso di imparare.

Paolo Bruno - Per esempio, in una paziente affetta da cistiti ricorrenti con batteri sempre più resistenti agli antibiotici come si potrebbe usare l'Ag colloidale?

Gabriele Saudelli - Qualche anno fa feci una scoperta interessante, piuttosto inquietante per la mia salute mentale. Scoprii, con l'aiuto di un amico odontoiatra, che il precontatto degli incisivi causa spesso uno spasmo al livello perineale. Gli incisivi, in ortodonzia, non devono toccarsi mai, in particolare i due incisivi centrali superiori devono sopravanzare i due incisivi centrali inferiori, senza avere il minimo contatto. Ovvero, in termini energetici i due Canali curiosi Du e Ren Mai, Vasi Governatore e Concezione, là dove giungono, in alto ed in basso, proprio su questi incisivi, se vanno in corto circuito perché si toccano, scatenano un altro cortocircuito, là da dove partono, il pavimento pelvico. So che è un dato osservazionale e che non è stato descritto da nessun altro, ma io devo diffondere questa notizia che a me sembra verosimile. Lo spasmo a livello pelvico determina facilmente disuria, principalmente, credo, da stasi urinaria, quindi cistiti talvolta batteriche, talaltra abatteriche. Queste ultime vengono anche chiamate *interstiziali*, ma la nomenclatura nasconde una incertezza anatomo-patologica. Quelle batteriche sono caratterizzate dalla variazione degli inquinanti che altera continuamente l'esame colturale, l'antibiogramma ed il conseguente trattamento, senza però alcun esito, perché la causa è meccanica.

Alcuni pazienti non hanno alcun sintomo a livello perineale, ma lo presentano ancor più distalmente, come a livello del/dei tendine/i achilleo. A livello perineale giunge, infatti, il canale tendineo-muscolare di Rene, passando prima nel tendine d'Achille, raggiungendo poi il pavimento pelvico, dove il suo decorso si rallenta, strozzato dalla contrattura. [...] Se in fase acuta, cistite o tendine che sia, si può sgocciolare un anestetico locale sulla gengiva alla base dei due incisivi superiori ed inferiori. Oppure applicare il test di Meersemann, con due rotolini gengivali o, comunque, due spessori morbidi che impediscano il precontatto; anche un bite di silicone da rugby per la durata di una notte. Se positivi questi test, l'odontoiatra, in questo caso, sarà urologo. Argento? Forse non è la cura giusta, ma un cucchiaino da thé, ben lontano dai pasti, tre volte al giorno, fino a cinque giorni dopo la scomparsa dei sintomi lo darei. ■

Dalle pagine di OmeopatiaOnline...

Un caso clinico di epilessia felina

Bruno Cipollone

Medico veterinario, esperto in omeopatia
Mail: bruno.cipollone@gmail.com

L'epilessia come manifestazione nervosa di diversa origine e con diversa manifestazione clinica e di durata della stimolazione tonico clonica determina nel proprietario degli animali un profondo sconforto nel non saper come affrontare tale patologia e come dare sollievo nell'immediato al proprio amico a quattro zampe. Si rende necessario l'intervento del veterinario che dopo un accurata valutazione dei sintomi e una diagnosi differenziale diagnostica la patologia e prescrive di solito Barbiturici per tenere il soggetto sotto controllo farmaceutico (sistema nervoso sopito) al fine che gli attacchi epilettici non si ripresentino.

L'epilessia è una sindrome caratterizzata da convulsioni ricorrenti non associate però a una patologia intracranica progressiva. L'epilessia può essere provocata da un problema encefalico ereditario, nel qual caso si parla di epilessia primaria o idiopatica e essere il risultato di un trauma cerebrale che ha lasciato dietro di sé un danno, quindi un'epilessia acquisita. L'epilessia acquisita può essere provocata da un pregresso processo infiammatorio, da un trauma, da un avvelenamento precedente, da un danno metabolico o vascolare: un gruppo di neuroni viene danneggiato ed ecco che partono da qui scariche elettriche improvvise che provocano le convulsioni. L'epilessia acquisita si può manifestare nei gatti di qualsiasi razza, età e sesso. Il trauma che ha scatenato l'epilessia acquisita può risalire anche ad anni prima, non è necessariamente recente. L'epilessia idiopatica è invece rara nel gatto, molto più frequente nel cane. Di solito nel gatto la causa è da ricercarsi in encefaliti o tumori. Fondamentalmente quando non si hanno cause dimostrabili che giustifichino le crisi convulsive, si parla di epilessia idiopatica.

Il caso clinico presentato riguarda una gatta siamese di nome Leila, di 10 anni circa, che all'età di sei mesi è caduta dal balcone del sesto piano, riportando trauma cranico, contusione del fegato, pneumotorace, frattura delle zampe anteriori ed ha perso un canino. E' stata ricoverata dopo un primo intervento chirurgico ortopedico in clinica per una settimana. Dopo il rientro a casa ha avuto un lungo periodo di terapie e controlli compreso un altro piccolo intervento chirurgico per perfezionare il precedente. Dopo circa tre anni Leila ha cominciato a presentare i primi sintomi riferibili ad attacchi epilettici che si sono ripetuti sempre più frequentemente fino a dover intervenire con una terapia farmacologica allopatrica con barbiturici. La proprietaria si è rivolta a me solo dopo due anni di terapia con barbiturici chiedendomi di poter trovare una terapia omeopatica che potesse essere meno tossica per il gatto.

La storia di Leila è stata piena, presa all'età di tre mesi da una collega della proprietaria, ultima di una cucciolata amatoriale, ha avuto dopo l'incidente diversi eventi dal cambio di casa a un anno di età alla perdita della gatta sua amica all'età di tre anni, quindi già presente in casa quando lei è arrivata. Infine, l'arrivo di una nuova compagna più piccola di lei, che all'inizio ha avuto difficoltà ad accettarla con cui, grazie al gioco ha stabilito una buona relazione. A parte la compagna fissa, ci sono state poche occasioni di conoscere altri animali; qualche volta ci sono state visite di cani in casa, prontamente parcheggiati sul terrazzo con la porta chiusa. Leila in queste occasioni è molto vigile e capace di aggredire secondo la proprietaria. Con gli sconosciuti è curiosa, ma si tiene a distanza, socievole con le persone che conosce.

Leila non è particolarmente paurosa, a volte le danno fastidio i rumori forti. La proprietaria la definisce come "fedele". Sta peggio di inverno "è freddolosa" e va meglio le altre stagioni. Dorme durante il giorno in vari posti, la notte in fondo al letto con la compagna. Mangia ad orari fissi tutto in poco tempo, non riceve niente dalla tavola mentre la proprietaria mangia. Il cibo che non predilige è la carne ma anche perché non è stata abituata, preferisce il pesce e le crocchette. Beve nella ciotola e non sporca di fuori, ma la ciotola dell'acqua deve essere lontano da quella del cibo addirittura in un'altra stanza. A volte beve acqua corrente dal lavandino del bagno. A Leila piace grattare la carta, il cartone. D'inverno, la mattina presto vuole infilarsi sotto la coperta accanto alla proprietaria. Le piace il latte di cocco e le scarpe da ginnastica (puzzolenti) di una amica della signora.

Sintomi repertorizzati

Sintomi generali - Convulsioni, epilessia
Testa - traumi o lesioni alla testa dopo
Addome - fegato e regione epatica trauma al
Addome - trauma, lesione
Torace - Pneumotorace
Denti - canini, disturbo
Denti - che si rompono
Mente - Paura, rumori, a causa di

Diagnosi differenziale

Aspetti positivi - Arnica: lesioni traumatiche agli arti ed alla testa; trauma addominale; sofferenza epatica da trauma; pneumotorace; convulsioni epilettiche a seguito di traumi violenti. Calcarea: convulsioni epilettiche; lesioni traumatiche agli arti; denti che si rompono. Lachesis: sofferenza epatica da trauma;

convulsioni epilettiche. Silicea: convulsioni epilettiche; lesioni alla testa dopo traumi. Rhus tox: disturbi ai denti canini; lesioni alla testa dopo traumi. Zin-cum: paura a causa dei rumori; sofferenza epatica da trauma.

Aspetti negativi - Arnica, Calcarea: l'aspetto della tana come luogo riparato e sicuro; non c'è il deterioramento della nutrizione; aspetto scrofoloso. Silicea: la mancanza di conflittualità; difettosa assimilazione; eruzioni pruriginose. Rhus tox: ansia; eruzioni cutanee; mancanza di appetito per ogni tipo di cibo. Zin-cum: depressione mentale; soppressione fisica e mentale.

Terapia

Viene somministrata Arnica 30CH. Ogni settimana si aggiornava la terapia diminuendo i barbiturici una settimana la successiva si aumentava l'Arnica 30CH per circa tre mesi fino a quando dal giugno 2013 Leila prende solo Arnica 200CH una volta a settimana da tre anni fino a oggi. Durante questi tre anni ha avuto solo

dei problemi respiratori lo scorso inverno affrontati solo con terapia omeopatica. Tre anni di follow-up. Controlli semestrali il primo anno, annuali successivamente. Rivalutazione del caso in presenza di nuovi sintomi. Riduzione notevole delle spese terapeutiche. Riduzione... ahimè... delle spese veterinarie.

Conclusioni

Il caso clinico rappresenta un ottimo esempio di medicina integrata veterinaria, dove si fondono insieme le terapie allopatriche ed omeopatiche attraverso una gestione del processo e delle tappe terapeutiche con un'attenta valutazione dell'evoluzione clinico-terapeutica del gatto e del contesto familiare dove vive. Attraverso una valorizzazione dei rilievi effettuati dal proprietario con successiva valutazione per un controllo attento dell'evoluzione della terapia. Processo decisionale importante, insieme alla condivisione delle valutazioni e interpretazioni dei sintomi e della salute complessiva del gatto per poter raggiungere l'obiettivo della terapia omeopatica singola e duratura nel tempo con follow-up di tre anni. ■



Convegno Nazionale SIOMI
La nutrizione
in Medicina Integrata
Firenze, 26 novembre 2016
Grand Hotel Adriatico, Via Maso Finiguerra

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
FIMO S.r.l., Via Kyoto, 51 - 50126 Firenze
 Tel.: **055.6800.389** Fax: **055.683.355**
 E-mail: **segreteria@siomi.it**

CREDITI ECM RICHIESTI PER I PRIMI 100 PARTECIPANTI

Assassinio in autostrada

Italo Grassi

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

La musica attraversava il buio dell'area di sosta come un sussurro e svaniva nell'andirivieni delle automobili che sfrecciavano sull'autostrada. Altri suoni si perdevano, in lontananza, nei lenti movimenti della notte.

Lo sparo paralizzò ogni cosa.

La luna, attonita, osservò le stelle che, dall'alto, spiavano la Mercedes bianca parcheggiata sotto la grossa quercia. Silenzio. Null'altro che silenzio. Poi sirene e lampeggianti riempirono l'aria.

Il tempo si rianimò e a Est, dove la linea dell'orizzonte s'intersecava con le prime montagne, occhiò il sole dell'alba. Era rosso come il sangue. Lo stesso colore impresso sui finestrini della Mercedes Bianca, sulla tappezzeria dei sedili, sul cruscotto, sulle pedaline.

Il magistrato Ortensia Pecca non aveva mai visto nulla del genere, si girò dall'altra parte e vomitò dentro un bidone dei rifiuti. L'altro magistrato, il dottor Elia Picchio, se ne stava accucciato vicino alla ruota posteriore e si teneva la testa tra le mani.

Solo l'anziano medico legale, il dottor Ovidio Marcaccio, uomo più vicino al rimbambimento arteriosclerotico che alla pensione, toccava e esaminava, con meticolosa cura, ogni centimetro del cadavere.

Si accarezzò i folti baffi ingialliti dalla nicotina e disse: - Gli hanno sparato da pochi centimetri di distanza: Bum!

Ortensia, barcollando, si allontanò dal bidone dei rifiuti e agitò le braccia verso un furgone dei carabinieri che stava arrivando a sirene spiegate. Scese Tarcisio Giretti, medico omeopata, spinto dal capitano Sidro Cavallo, carabiniere grande e grosso, dal naso prominente e i modi bruschi.

- Perché mi hai fatto tirare giù da letto alle cinque di mattino da questo elefante? - domandò il medico, mimando con la mano una proboscide.

Il capitano Sidro Cavallo stava per replicare, ma Ortensia lo bloccò accarezzandolo sulla spalla: - Siamo tutti scioccati. Poche ore fa è stato ucciso un mio collega, Girolamo Appestati, il magistrato addetto alla sorveglianza dei detenuti psichiatrici. Io ero con il capitano Sidro Cavallo, quando i carabinieri ci hanno informato della tremenda disgrazia.

Tarcisio si chinò verso l'abitacolo della Mercedes per dare un'occhiata più da vicino. Al cadavere, seduto al posto di guida, mancava metà della faccia. Dal finestrino sbucò il volto incartapecorito del medico legale.

- La morte è avvenuta tre ore fa, circa, intorno alle due di notte. E' stato sparato un solo colpo. - spiegò il medico legale.

Un'automobile dei carabinieri si fermò poco distante, i fari gli abbagliarono gli occhi e, come sempre accadeva quando una luce improvvisa lo accecava, il dottor Marcaccio andò in confusione.

- Un solo colpo è bastato per mandargli la testa in mille... in mille... Un solo colpo è bastato per mandargli la testa in mille... in mille... in mille...

Dall'automobile scesero tre carabinieri. Le portiere, nel chiudersi, sbatterono violentemente - Sbang! Sbang! Sbang! - e, come il gong risveglia il pugile suonato, il medico legale riprese il filo del discorso: - Un solo colpo è bastato per mandargli la testa in poltiglia: Splash!

Il magistrato Picchio spiegò: - Il dottor Appestati stava tornando dallo stadio di Torino dove aveva assistito alla partita della squadra per cui lui tifava, la Juventus. Giunto in prossimità di quest'area di sosta, ha telefonato alla moglie dicendo che si fermava poiché doveva parlare con un tizio con cui aveva appuntamento nel parcheggio. Senza però aggiungere altro.

Ortensia indicò il grosso camion con rimorchio che si trovava ad una decina di metri da loro: - Da quanto riferisce un camionista, che stava ascoltando musica all'interno del suo camion fermo in questa piazzola, la Mercedes bianca del dottor Appestati ha parcheggiato ad una decina di metri di distanza da lui. Il conducente ha abbassato il finestrino e si è messo a fumare una sigaretta. Un uomo si è avvicinato. I due hanno parlotto per qualche istante poi l'uomo ha estratto dall'impermeabile una pistola e ha sparato contro il conducente. Il camionista, terrorizzato, ha spento la radio, si è accucciato sul sedile poi ha telefonato al 113. Per una fortunata coincidenza due automobili dei carabinieri si trovavano a percorrere l'autostrada a pochi chilometri da qua. In pochi minuti i militari sono arrivati e hanno provveduto a bloccare ogni uscita. Tra le persone fermate ci sono tre ex detenuti con cui il magistrato aveva litigato di recente.

Giretti: - Ma io come vi posso aiutare?

- A nulla! - sbuffò l'arrogante capitano Sidro Cavallo, mostrando ancora una volta l'estrema antipatia che nutriva per il medico Giretti.

Ortensia Pecca spiegò: - Nell'ora tarda in cui è avvenuto il delitto, l'area di sosta è frequentata soprattutto da prostitute, papponi, tossici e spacciatori. Gentaglia che non ama parlare con le forze dell'ordine. Il camionista, nostro

unico testimone, sostiene che l'assassino indossava un impermeabile e un berretto scuro, indumenti che sono stati trovati bruciati in un cestino dei rifiuti, quindi inutili per le nostre ricerche. Però lui ha aggiunto una notizia molto importante: quando l'assassino ha estratto la pistola dalla tasca dell'impermeabile, qualcosa è caduto sull'asfalto del parcheggio.

Mostrò un tubulo omeopatico di *Allium cepa*.

- Questo è stato trovato accanto alla ruota anteriore della Mercedes. Tu ci puoi dire, osservando i sospettati, a chi appartiene? In questo modo possiamo trovare il colpevole.

- Stupidaggini! - disse a denti stretti il capitano Sidro Cavallo.

I tre sospettati erano seduti sopra una panchina davanti ai giochi dei bambini, una zona appartata, delimitata da un cordone di carabinieri.

Il primo, basso e tozzo, con incisivi prominenti e orecchie a sventola, indossava una tuta scura e un paio di scarpe da tennis. Era nervoso e dolorante, si massaggiava continuamente la coscia destra, si lamentava e piangeva, finché, giunto al limite dell'esasperazione, si alzò e disse: - Non ne posso più di stare qua. La gamba mi fa male. Voglio andarmene e voi non avete il diritto di fermarmi. Si alzò e, zoppicando vistosamente, cercò di superare il cordone dei carabinieri.

Clonk! Clonk! Clonk! Lo strano rumore si ripeteva ad ogni movimento della sua gamba destra. Lui fece uno scatto in avanti per evitare di essere afferrato da un militare.

Clang! Partì uno schiocco. Lui si bloccò a metà del movimento. Imprecò e, massaggiandosi la coscia, tornò a sedersi.

Il secondo uomo, goffo negli spostamenti e dall'aria svagata, era uno spilungone vestito da campagnolo. Si soffiava il naso e starnutiva, incurante dei presenti. Lacrimava e aveva gli occhi più rossi del sole dell'alba, ma il suo pianto non era causato dal dolore, bensì da una forte allergia.

- Non potete tenermi qua. - si lamentò, asciugandosi gli occhi con un fazzolettino di carta. - Sono sensibile al polline e questo posto ne è pieno. Gli occhi mi prudono da impazzire, ho la vista annebbiata e mi brucia la gola: voi mi volete far morire!

La sua esternazione fu interrotta da alcuni colpi di tosse. - Vi ordino di lasciarmi andare. - implorò.

Un cappuccio a forma di cono copriva la testa del terzo sospettato: un uomo dalla lunga barba bianca che indossava una palandrana a strisce nere e azzurre. L'uomo aveva lo sguardo spiritato e si grattava la pelle delle braccia fino a farsi sanguinare.

- Sto male, devo andarmene. - supplicò. - Non potete tenermi bloccato qua: mi sembra di essere ancora in carcere e lo stress provoca un prurito insopportabile su tutta la mia pelle.

Il medico legale si accese una sigaretta e sbuffò: - I tre sospetti assomigliano a personaggi della nostra infanzia. Il primo a Topo Gigio, il secondo a Pippo e il terzo a Mago Merlino. Io, guardandoli bene, ho già capito chi è l'assassino.

Arrivarono alcuni carabinieri. Uno di loro in mano aveva una torcia elettrica accesa e, incespinando sull'erba, indirizzò il fascio luminoso contro gli occhi del medico legale.

Il dottor Marcaccio, abbagliato, andò in confusione. - Tra Topo Gigio, Pippo e Mago Merlino, il colpevole è ovvio... è... è... ovvio che non può essere che lui Tra Topo Gigio, Pippo e Mago Merlino, il colpevole è ovvio... è... è...

- Gli faccio un urlo così la smette. - grugnì il capitano Sidro Cavallo. Giretti prese un cric dal baule della Mercedes e, lanciando uno sguardo di sfida nei confronti del capitano, colpì con grande violenza la gamba destra dell'uomo che assomigliava a Topo Gigio. Crack!

L'arto si ruppe, l'uomo cadde a terra e il dottor Marcaccio si sbloccò: - Tra Topo Gigio, Pippo e Mago Merlino, il colpevole è ovvio... è... è... Mago Merlino... perchè solo uno che si veste di nerazzurro, cioè da interista, può volere la morte di un tifoso della Juventus come il dottor Appestati.

Il dottore sghignazzò, divertito, mettendo in mostra denti storti e ingialliti.

Due giorni più tardi Tarcisio Giretti entrò nell'ufficio della Procura. Lo attendevano il magistrato Ortensia Pecca, il collega Elia Picchio e il medico legale dottor Marcaccio. In Manette c'era anche l'assassino, sorvegliato da un appuntato dei carabinieri.

Il capitano, Sidro Cavallo, se ne stava in disparte, vicino alla finestra con la proboscide... anzi con il lungo naso appoggiato al vetro.

Ortensia Pecca sorrise a Tarcisio: - Credevo tu fossi impazzito.

Giretti mimò con la mano una proboscide che si alza. - Contrariamente ad altri, io sono abituato ad usare il cervello anziché le zampe.

Poi, accigliato, si rivolse a Ortensia Pecca e domandò. - Cosa facevate, tu e il capitano Sidro Cavallo, insieme alle due di notte?

Ortensia arrossì e rispose: - Eravamo in ufficio a discutere di alcuni casi giudiziari molto delicati.

Giretti: - Alle due di notte, a lavorare in ufficio? Ma a chi vuoi darla da bere?

Il capitano Sidro Cavallo piazzò la sua possente mano sulla spalla di Tarcisio: - Cos'ha a che fare questa domanda con l'omicidio?

Giretti: - Con l'omicidio non c'entra nulla, la risposta però può interessare a sua moglie. ■

Prova a dare una tua soluzione e poi confrontala con quella che si trova a pagina 48

Il pemfigoide bolloso di Mafalda

Mariarosa Chiarantano

*Specialista in Dermatologia e venereologia
Mail: mariarosachiarantano@virgilio.it*

Nell'autunno 2013 è giunta alla mia osservazione una paziente in età molto avanzata: all'epoca, infatti, la Sig.ra Mafalda aveva già 99 anni. Negli ultimi 35 anni qualunque manifestazione patologica della paziente era stata trattata unicamente con terapia omeopatica; solo negli ultimi mesi in occasione di un ricovero ospedaliero dovuto ad uno scompenso cardiaco era stata introdotta la somministrazione di farmaci convenzionali.

All'epoca il mio intervento era stato richiesto in quanto la paziente lamentava un prurito intenso ed indomabile. Esaminando la situazione generale della paziente ho avuto modo di verificare un quadro clinico generale già abbastanza critico dovuto alla concomitante presenza di una insufficienza renale cronica e di una insufficienza cardiaca. In quell'occasione sono giunta alla conclusione che si trattasse di un prurito uremico sostenuto dalla insufficienza renale che andava ad incidere negativamente su una preesistente xerosi cutanea, ovvero su una situazione di secchezza cutanea dovuta all'età ed ho quindi prescritto un trattamento a base di pomate all'urea al 10% e detergenti oleosi finalizzato al controllo del fastidio derivante dal prurito. Il prurito in breve tempo è stato controllato dal trattamento topico.

Dopo circa due anni, nella primavera del 2015, la paziente è tornata in visita da me lamentando una nuova intensificazione del prurito le cui modalità di aggravamento e miglioramento erano sensibili alla variazione della temperatura con caratteristiche però inverse rispetto a quelle segnalate in precedenza: in particolare alla prima osservazione la paziente descriveva un peggioramento con il calore mentre nel corso della seconda visita il peggioramento era legato ad un raffreddamento. L'esame obiettivo ha permesso di rilevare la presenza di bolle su una area estesa degli arti inferiori. In base alla conformazione caratteristica e alla disposizione delle bolle ho formulato diagnosi di pemfigoide bolloso.



Il pemfigoide bolloso (PB) è una patologia autoimmune cutanea caratteristica dell'anziano: colpisce, infatti, pazienti con età superiore a 70 anni. Si manifesta clinicamente con bolle di grandi dimensioni, tese, a contorni regolari e contenuto limpido sieroso o sieroso-ematico. In breve tempo le bolle raggiungono i 2,5-5 cm. Gli elementi bollosi possono insorgere su cute apparentemente sana o su cute eritemato-edematosa. La bolla presenta un tetto teso e spesso, costituito dall'intero strato dell'epidermide; a seguito della rottura del tetto si evidenzia una superficie erosa a margini netti che si copre rapidamente di croste sierose ematiche. La più importante caratteristica immunopatologica del PB è la presenza in circolo di autoanticorpi specifici per la porzione superficiale della giunzione dermo-epidermica della membrana basale. Il bersaglio degli autoanticorpi è l'emidesmosoma, costituente fondamentale delle strutture che assicurano l'adesione dermo-epidermica; la bolla infatti è sub epidermica. La terapia convenzionale prevede l'utilizzo di alte dosi di prednisolone e azatioprina per via orale e/o endovenosa; nei casi resistenti è stata recentemente proposta terapia con Rituximab. Le condizioni generali di salute dei pazienti collocati nella fascia anagrafica colpita da PB sono statisticamente non ottimali in ragione della fisiologica compromissione dell'efficienza di tutti gli apparati legata all'età. La terapia convenzionale, pur portando sostanziali ed evidenti benefici per il controllo della patologia autoimmune, va ad incidere negativamente sulle funzionalità generali di un organismo. Per tale ragione la prognosi del PB è tendenzialmente riservata, sia per quanto concerne le manifestazioni cutanee, sia in termini generali. In particolare il PB può rivelarsi fatale in funzione degli inevitabili effetti collaterali della corticoterapia generale, frequenti e pericolosi nei pazienti anziani. In tale contesto devono essere tenuti in considerazione sia l'elevato rischio di sovrainfezione locale e quindi sistemica, sia le perdite idriche e proteiche che possono essere considerevoli in funzione delle dimensioni delle bolle se non rapidamente controllate dalla terapia.

Con queste premesse la gestione terapeutica del caso della Sig.ra Mafalda si è rivelata particolarmente delicata: il mancato controllo delle manifestazioni cutanee della patologia avrebbe potuto condurre al decesso della paziente in un lasso di tempo molto contenuto; l'utilizzo della terapia convenzionale avrebbe certamente consentito di ottenere una rapida remissione delle manifestazioni cutanee ma inevitabilmente avrebbe determinato un serio aggravamento della insufficienza renale e cardiaca faticosamente controllata con l'utilizzo di una te-



rapia integrata, con il conseguente rischio di decesso. Mi sono trovata costretta, pertanto, ad elaborare un percorso terapeutico che avesse la capacità di intervenire proficuamente sulle manifestazioni cutanee della patologia senza, con ciò, andare ad incidere sulle condizioni generali della paziente già molto critiche. Ho ritenuto opportuno adottare prioritariamente una terapia omeopatica; in particolare ho prescritto l'utilizzo di alcuni rimedi: *Ribes Nigrum* 1DH MG per ottenere il controllo degli anticorpi circolanti; *Cantharis*, considerato il rimedio del PB per le modalità di presentazione dei suoi sintomi specifici; *Rana bufo* per le caratteristiche edematose che erano emerse di recente e per il decadimento generale sopraggiunto. Ho temuto tuttavia che, per la rapidità con la quale la patologia era insorta e si era sviluppata, la terapia omeopatica potesse da sola non essere sufficiente al controllo della progressione. Ho pensato che potesse essere utile quindi coadiuvare la terapia omeopatica con una terapia convenzionale non per via sistemica, ma esclusivamente topica ed ho prescritto l'utilizzo di un unguento a base di steroidi e antibiotico da applicare sulle aree interessate degli arti inferiori; in tal modo ho potuto immediatamente bloccare la progressione delle manifestazioni e controllare l'eventuale sovrainfezione.

L'effetto della terapia integrata è risultato apprezzabile in brevissimo tempo; in una sola settimana si è arrestata l'insorgenza di nuove lesioni e quelle già comparse, di

più piccole dimensioni, si sono progressivamente riepitelizzate. Unica eccezione è costituita dalla lesione di maggiori dimensioni presente in regione perimalleolare esterna della gamba destra che dopo pochi giorni si è rotta e ha lasciato un' estesa area erosa che anziché riepitelizzarsi è andata incontro a complicanze. E' comparsa infatti una sovrainfezione caratterizzata da una intensa essudazione purulenta; dall'esame colturale è emersa la presenza di *Enterobacter fecalis* (patogeno opportunista) e l'antibiogramma ha consentito di rilevare la sensibilità alla gentamicina.

L'urgenza di ottenere una rapida riepitelizzazione mi ha indotto a prescrivere irrigazioni di una soluzione di insulina al 10% e successiva applicazione di pomata a base di gentamicina; nell'arco di 5 giorni è stato possibile interrompere l'applicazione della gentamicina e proseguire unicamente al trattamento con le irrigazioni. Nei successivi 15 giorni la lesione si è completamente riepitelizzata e l'area interessata è tornata a presentare un aspetto roseo e del tutto sano addirittura migliore di quello antecedente all'insorgenza della patologia. Il sorprendente successo del trattamento dell'ulcera può essere attribuito ad un approccio decisamente anticonvenzionale ed in particolare all'utilizzo della soluzione di insulina; l'idea coraggiosa ed innovativa mi è stata suggerita dal maestro e amico Ennio al quale, ad onor del vero, era stata tramandata dal padre, medico e pioniere di una visione alternativa dell'approccio terapeutico. L'efficacia del trattamento topico mediante una soluzione a base di insulina non è dimostrata unicamente dalla esperienza clinica di Ennio e ancor prima del padre, ma trova conforto in una serie, pur limitata, di lavori dedicati a tale specifico argomento. Le più recenti pubblicazioni che risalgono alla fine del 2015 e addirittura ai primi mesi del 2016 suppongono l'esistenza di meccanismi insulino-indotti nella stimolazione della produzione di angiopoietina-1 nonché nell' accelerazione della maturazione microvascolare con formazione di tessuto di granulazione ed aumentato deposito di fibrille di collagene di tipo I e III. ■



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 nella menopausa

F. Desiderio, B. Rudnas, I. Panzini, E. Pini, L. Gianni, E. Tamburini, A. Ravaioli, G. Drudi and D. Tassinari - **Homeopathy in the treatment of menopausal symptoms in patients with early breast cancer** - Ann Oncol, 2015, 5 (Suppl 6), vi 25.

Non è ancora chiaro il ruolo esatto dell'omeopatia nel trattamento dei sintomi della menopausa nelle pazienti affette da neoplasia mammaria. Dopo un primo studio pilota incoraggiante per i suoi risultati (10 pazienti seguite per tre mesi con un trattamento omeopatico), Desiderio e il suo gruppo hanno reclutato 35 pazienti, seguite per sei mesi nel canonico schema degli studi RCT. La gravità dei disturbi riferibili alla menopausa era valutata con una scala numerica a 5 punti e la somma dei punteggi nel gruppo placebo e nel gruppo attivo - a tre e a sei mesi dall'inizio dello studio - servivano da indicazione sulla efficacia dell'intervento. I risultati mostrano una differenza significativa sul piano statistico a favore del trattamento omeopatico rispetto al placebo per la sudorazione notturna ($p=0,0097$), per i sintomi digestivi ($p=0,039$) e per il punteggio totale ($p=0,018$).

Effetti di Apis mellifica sui geni cellulari

Elisabetta Bigagli, Cristina Luceri, Andrea Dei, Simonetta Bernardini, Piero Dolara - **Effects of Extreme Dilutions of Apis mellifica Preparations on Gene Expression Profiles of Human Cells** - Dose Resp, 2016, 14 (1), 1-7.

Sono i risultati di uno studio effettuato dal Dipartimento di Farmacologia dell'Università di Firenze coordinato dal professor Andrea Dei con il contributo della SIOMI riguardante gli effetti di una gamma di concentrazioni di Apis mellifica compreso quelle ultra-low (3, 5, 7, 9, 12, 15 e 30CH), sui profili di espressione genica utilizzando microarray in cellule epiteliali di prostata umana (RWPE). La modulazione dell'espressione genica di soluzioni estremamente diluite è presente da tempo in letteratura scientifica a sostegno dell'efficacia dei preparati omeopatici. La caratteristica più rilevante di questo lavoro risiede nel fatto che per la prima volta sono stati osservati profili costanti di espressione genica della stessa cellula in seguito al trattamento con la stessa sostanza chimica perturbante a varie diluizioni. Il modello di espressione genica osservato suggerisce l'esistenza di un meccanismo ormetico già descritto anche in un altro lavoro dello stesso gruppo di ricercatori su diluizioni di Apis mellifica (3, 5 e 7CH). Particolare attenzione è stata indirizzata a discriminare tra l'effetto

dei solventi e l'effetto delle soluzioni ed è stato dimostrato che lo 0,3% di etanolo cambia l'espressione da un minimo di 198 ad un massimo di 378 geni, permettendo di discriminare gli effetti relativi al solvente da quelli univocamente esercitati dai preparati di Apis mellifica. È possibile osservare modificazioni geniche dovute ad Apis a concentrazioni di 5, 7, 9, e 12 CH (rispetto ai controlli), mentre a 3CH e 30CH le variazioni geniche sono state minime. Nessuna chiara dose-risposta era evidente nei preparati ultra-low; inoltre la modulazione dell'espressione genica da Apis mellifica non sembra essere lineare, con importanti effetti esercitati a diluizioni di 9CH e 12 CH. Tutti questi dati indicano che l'espressione genica può essere utilizzata per rilevare gli effetti di preparati omeopatici in vitro, e che le preparazioni di Apis mellifica mostrano effetti sulla espressione genica in cellule umane. Gli Autori concludono che, pur essendo state rilevate chiare relazioni dose-effetto, non è possibile trarre conclusioni ad indirizzo clinico-terapeutico.

Diluizioni e dinamizzazioni, l'azione sull'attività follicolare

L. F. Lima, R.M. P. Rocha, A.M. C.V. Alves, A.A. Carvalho, R.N. Chaves, C.A. P. Lopes, S.N. Bão, C.C. Campello, A.P. R. Rodrigues, J.R. Figueiredo - **Comparison between the additive effects of diluted (rFSH) and diluted/dynamized (FSH 6 CH) recombinant follicle-stimulating hormone on the in vitro culture of ovine preantral follicles enclosed in ovarian tissue** - Compl Ther Med, 2016, 25, 39-44.

In uno studio che il gruppo di JR Figueiredo ha pubblicato su Complementary Therapies in Medicine, l'obiettivo era di verificare l'effetto di ormone follicolo-stimolante ricombinante 6CH solo diluito oppure diluito e dinamizzato su frammenti ovarici ovinii coltivati da 1 a 7 giorni su pabulum specifico (Minimal Essential Medium, MEM). Naturalmente i risultati sono stati confrontati con un gruppo di controllo in cui i follicoli erano posti solo nel medesimo terreno di coltura. La ricerca ha dimostrato che il gruppo con sola diluizione ha messo in evidenza un leggero aumento dei tassi di sopravvivenza follicolare dopo 7 giorni ma, soprattutto, percentuali molto più alte di follicoli in crescita al primo giorno della cultura stessa ($p<0,05$). Diversi i risultati nel gruppo trattato con diluizione e dinamizzazione, in cui si è rilevato un tasso di sopravvivenza follicolare nel tempo più elevato sia di quello di controllo che di quello trattato con principio dinamizzato. Gli autori concludono che mentre la sola diluizione dell'ormone follicolostimolante ricombinante opera una più rapida

attivazione, quello diluito e dinamizzato è maggiormente in grado di favorire la sopravvivenza e l'attività follicolare nel tempo.

Thuja occidentalis efficace sulle cellule di glioblastoma

Angelo Torres, Yosselyn Vargas, Daniel Uribe, Cristian Carrasco, Cristian Torres, René Rocha, Carlos Oyarzún, Rody San Martín, Claudia Quezada - **Pro-apoptotic and anti-angiogenic properties of the a/b-thujone fraction from Thuja occidentalis on glioblastoma cells** - J Neurocol, 2016.

Il lavoro è un'accurata ricerca di ricercatori cileni sugli effetti antitumorigeni e anti-angiogenici della frazione alfa/beta-tujone della Thuja occidentalis sull'aggressivo glioblastoma multifocale (GBM), il cui limite alla rimozione chirurgica è la capacità di infiltrarsi nel tessuto formando tumori satellitari sani le cui aree sane iposiche determinano progressione e angiogenesi attraverso il fattore di crescita endoteliale vascolare (VEGF) e le angiopoietine (Ang). Questo è il primo studio che identifica gli effetti antitumorigeni dei componenti della Thuja attraverso l'inibizione della produzione di fattori angiogenici riducendo l'espressione delle proteine VEGF e Ang-4, responsabili della resistenza anti-angiogenico osservata in pazienti con GBM sotto terapia anti-VEGF. La tintura madre di Thuja occidentalis è ricca di oli essenziali, il cui principale costituente è una frazione di monoterpeni che contiene circa il 65% di alfa-tujone, 8% di beta-thujone ad effetto antitumorigeno antiproliferativo, antimetastatico e proapoptotico già valutato in diverse linee cellulari di cancro anche se pochi studi ne hanno valutato gli effetti in vivo. In questa ricerca i test - in vitro ed in vivo - sono stati effettuati su colture cellulari umane GBM U87MG, su glioma di ratto C6, su glioma fetale umana SVGp12 e linee cellulari HUVEC; trattati con dosi di alfa e alfa/beta thujone corrispondenti alle dosi inferiori al NOAEL (No observed adverse effect level) ed analizzati con Western Blot, flussocitometria, immunoistochimica ed analisi statistiche (ANOVA, Student's t test e Tukey-test). I risultati confermano il potente effetto anti-proliferativo e pro-apoptotico. In conclusione, i risultati dimostrano gli effetti pro-apoptotici e anti-angiogenici di una particolare frazione alfa/beta-tujone componente della Thuja sulle cellule GBM, ponendola come un nuovo coadiuvante terapeutico da valutare nel trattamento di il GBM umano.

Rhus tox dinamizzato omeopaticamente è attivo in vitro

Kyung Jin Lee, Myeong Gu Yeo - **Homeopathic Rhus toxicodendron has dual effects on the inflammatory response in the mouse preosteoblastic cell line MC3T3-e1** - Homeopathy, 2016, 105 (1), 42-47.

Il rimedio omeopatico Rhus toxicodendron viene utilizzato per diversi sintomi: irritazioni cutanee, dolori reumatici, affezioni delle mucose, febbre tifoide; inoltre si è visto che il suo uso in una coltura primaria aumenta la COX-2 nei condrociti di topo. Molti studi scientifici e

indagini cliniche hanno valutato l'attività di piante in ottica anti-infiammatoria e anti-artrite, come ad esempio l'Eugenia, il Phyllanthus amarus, e la Nigella dativa. Anche il Rhus tox può essere utilizzato per trattare il dolore con rigidità e tipicamente provoca dolori muscolari, articolari, ai legamenti e dermatite, per modulare l'artrite e gli effetti anti-infiammatori nell'edema della zampa di ratti indotti da carragenina. Gli studi per valutarne l'efficacia sono stati principalmente realizzati utilizzando modelli animali. Patel et al. hanno dimostrato che Rhus tox possiede un'attività immunomodulante nelle cellule polimorfonucleate umane e de Oliveira ha indagato l'azione delle sostanze e tinture altamente diluite nelle cellule del sistema immunitario. Più di recente Kyung Jin Leem e Myeong Gu Yeo hanno dimostrato su Homeopathy l'attività anti-artrite di Rhus tox usando la linea cellulare pre osteoplastica del topo e dimostrando che la COX-2 è in up-regulation durante l'infiammazione e che svolge un ruolo nella produzione di PGE2. Il trattamento con Rhus tox alla 4X aumenta sia la COX-2 e la produzione di PGE2, ma non ha effetto su nessuna generazione cellulare MC3T3-e1. I risultati dello studio mostrano che la stimolazione con Rhus tox delle cellule MC3T3-e1 nel topo, induce dunque l'up-regulation di COX-2 mRNA e proteine, rafforzando in tal modo la produzione di PGE2. Questi risultati suggeriscono che il rimedio omeopatico Rhus tox modula l'infiammazione, anche se il meccanismo preciso con cui avviene questo processo è ancora sconosciuto.

Omeopatia nella prevenzione delle infezioni respiratorie recidivanti

Gianfranco Maria Beghi and Antonio Maria Morselli-Labate - **Does homeopathic medicine have a preventive effect on respiratory tract infections? A real life observational study** - Multidisc Res Med, 2016, 11 (12).

Uno studio osservazionale retrospettivo e controllato esamina l'andamento delle recidive di infezioni del tratto respiratorio (RTI) in un gruppo di pazienti sottoposti a terapia omeopatica versus un gruppo di controllo non trattato, con l'obiettivo di valutare il ruolo dell'omeopatia nella prevenzione delle RTI. Lo studio è stato svolto dal 2002 al 2011 ed ha arruolato in successione 459 pazienti in totale, di cui 248 trattati con un farmaco omeopatico (Anas Barbarie, Hepatis, Cordis extractum 200K, una dose settimanale per otto mesi, per ogni anno di osservazione) mentre i rimanenti 211 pazienti non sono stati trattati (gruppo di controllo). E' stata quindi valutata la ricorrenza annua di RTI nei due gruppi in termini di otite media, otalgia, faringo-tonsillite, laringite, sinusiti ed infezioni streptococciche. L'analisi dei risultati ha mostrato che, sebbene il gruppo dei pazienti trattati manifestasse prima dello studio un numero maggiore di RTI annui, nel follow-up il numero di RTI era significativamente più basso rispetto al gruppo di controllo. L'efficacia del trattamento omeopatico inoltre non era statisticamente correlabile a sesso, età, tabagismo o eventuali patologie respiratorie associate se confrontata con il gruppo di controllo. ■

Galium-Heel®

Gocce, fiale

MEDICINALE OMEOPATICO



Descrizione



Galium-Heel® è il medicinale omeopatico specificamente studiato per una profonda azione di disintossicazione dell'organismo.

La sua complessa composizione permette un'azione coordinata volta alla disattivazione, al clivaggio e alla centrifugazione delle tossine di impregnazione.

Il farmaco esercita la sua azione primaria sulla matrice connettivale (che drena dal carico tossico) e secondaria a livello renale (su cui vicaria il carico tossico rimosso dalla matrice).

Galium-Heel® è farmaco ad amplissimo spettro, ma trova la sua indicazione d'elezione per i casi di:

- **Disintossicazione aspecifica dell'organismo**
- **Drenaggio delle tossine farmacologiche di sintesi**
- **Ottimizzazione delle terapie farmacologiche omeopatiche**

Galium-Heel® è raccomandato come terapia di accompagnamento alle cure antibiotiche.

Key word:

**Galium-Heel®,
il medicinale omeopatico
per la disintossicazione
dell'organismo**

Composizione

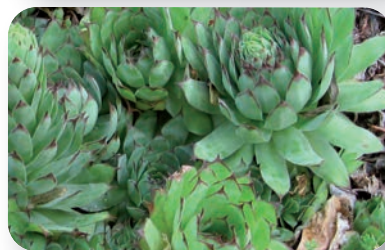
- **Gocce:** 100 g cont.: Galium aparine D3, Galium album D3 ana 4 g; Sedum acre D3, Sempervivum tectorum D4, Clematis recta D4, Thuja D3, Caltha palustris D3, Ononis spinosa D4, Juniperus communis D4, Hedera helix D4, Betula alba D2, Saponaria officinalis D4, Echinacea D5, Calcium fluoratum D8, Phosphorus D8, Aurum metallicum D10, Argentum metallicum D8, Apis mellifica D12, Acidum nitricum D6, Pyrogenium D6 ana 5 g; Urtica urens D3 2 g. Contiene 35 Vol.-% Alcool.
- **Fiale:** 1,1 ml cont.: Galium aparine D3, Galium album D3 ana 0,44 µl; Sedum acre D3, Sempervivum tectorum D4, Clematis recta D4, Thuja D3, Caltha palustris D3, Ononis spinosa D4, Juniperus communis D4, Hedera helix D4, Betula alba D2, Saponaria officinalis D4, Echinacea D5, Calcium fluoratum D8, Phosphorus D8, Aurum metallicum D10, Argentum metallicum D8, Apis mellifica D12, Acidum nitricum D6, Pyrogenium D6 ana 0,55 µl; Urtica urens D3 0,22 µl.

Posologia

- **Gocce:** 10 gocce 3 volte al giorno. Accompagnamento alle terapie antibiotiche: 10 gocce 3 volte al giorno a partire dal 1° giorno del ciclo di antibiotici e per i 10 giorni successivi al termine dello stesso.
- **Fiale:** Inizialmente 1 al giorno, poi da 1 a 3 volte alla settimana i.m., s.c., i.c., e.v..

Confezione

- **Gocce:** Flacone da 30 ml.
- **Fiale:** Fiale da 1,1 ml - Confezione disponibile per il pubblico da 10 fiale cad.



il nostro laboratorio è a **Impatto Zero®**

GUNA S.p.a. aderisce al progetto Impatto Zero® di LIFE-Gate. Compensato in emissioni di CO₂ con la creazione di nuove foreste.



GUNA S.p.a. - Milano
www.guna.it

Depositato presso A.I.F.A. il 18.01.2008



AZIENDA CON SISTEMA
DI GESTIONE QUALITÀ
UNI EN ISO 9001:2008
CERTIFICATO DA CERTIQUALITY

Dieta di eliminazione IgG4

Studio osservazionale nella Sindrome da Intestino Irritabile e nella Malattia da Reflusso Gastroesofageo

Francesco Cosentino¹ Maria Concetta Giuliano²

¹Specialista in chirurgia dell'Apparato digerente ed endoscopia digestiva, ²Medico di Medicina Generale, Catania
Mail: mc.giuliano@siomi.it

Le reazioni avverse alle proteine alimentari possono essere immuno-mediate o non immuno-mediate. La reazione avversa alimentare immuno-mediate è definita come allergia alimentare e può essere divisa in IgE- e non IgE-mediate.

L'allergia alimentare colpisce il 6% dei bambini e il 3-4% degli adulti. A differenza della allergia alimentare IgE-mediate, la reazione non IgE-mediate coinvolge la mucosa intestinale. Tali reazioni sono conseguenza della perdita di tolleranza immunitaria periferica. I meccanismi che regolano il controllo della tolleranza periferica e la risposta immunitaria agli antigeni alimentari sono modulati attraverso la barriera mucosa intestinale. Quando un antigene attraversa la barriera mucosa intestinale, il sistema immunitario innesca una risposta immunitaria adattativa che dipende dalla efficienza dei linfociti T-regolatori (Treg-cell). Questi ultimi bloccano la produzione degli anticorpi IgE specifici e promuovono quella di anticorpi IgG1 specifici che assumono un ruolo di protezione contro l'insorgere delle reazioni IgE mediate. Una stimolazione antigenica persistente induce il clone linfocitario allo *switch* da IgG1 a IgG4 specifiche. Diversi studi dimostrano che l'aumento delle IgG4 specifiche può essere responsabile di una reazione di ipersensibilità.⁵ Nel 1970 Parish ha mostrato nel siero umano la presenza di anticorpi IgG responsabili di reazione anafilattica. La reazione anafilattica non poteva essere rimossa mediante precipitazione con anti-IgE, ma solo con anti IgG; ciò indicava chiaramente un nuovo meccanismo di reclutamento dei mastociti nei processi infiammatori. La dieta di eliminazione guidata dalla positività di anticorpi alimentari IgG-specifici, comporta una significativa diminuzione dei sintomi, a fronte di restrizioni dietetiche empiriche, come dimostrato in diversi studi clinici sulla Sindrome da Intestino Irritabile (SII). Jeanne Drisko et al. hanno valutato l'effetto di una dieta di eliminazione guidata dalla positività di anticorpi alimentari IgG-specifici, su di un gruppo di 20 pazienti affetti da IBS che avevano risposto negativamente alla terapia convenzionale. Il 100% dei soggetti ottenne un miglioramento sintomatologico significativo; il *follow-up* ad un anno evidenziò che i pazienti che avevano continuato ad aderire alla dieta di eliminazione proposta, avevano lamentato sintomi da SII di lieve intensità. Zar et al. hanno verificato un significativo miglioramento generale dei sintomi in pazienti affetti da SII a seguito di una dieta di eliminazione IgG4 guidata (intensità del dolore (p<0,001), frequenza del dolore (p=0,034), gonfiore addominale (p=00,001), miglioramento delle abitudini intestinali (p=0,004). Atkinson, Sheldon et al. hanno di-

mostrato un effetto terapeutico significativo della dieta di eliminazione specifica IgG-mediate in pazienti affetti da SII. Sono stati randomizzati nel ricevere la dieta di eliminazione IgG guidata (*true diet*) o nel seguire una dieta in cui si procedeva alla eliminazione dello stesso numero di cibi ma in maniera empirica (*sham diet*). La *true diet* portava a significativi miglioramenti dei sintomi, mentre la *sham diet* conduceva ad un peggioramento sintomatologico. La infiltrazione mucosa di mastociti in pazienti con IBS è stata associata in maniera significativa con il gonfiore addominale e con disturbi della motilità nonché con un incremento dei sintomi dispeptici. Un aumento dei mastociti è stato osservato nella mucosa del colon di pazienti con IBS; la triptasi era significativamente più alta nella mucosa del cieco rispetto alle rimanenti porzioni dell'intestino crasso. La degranolazione dei mastociti porta al rilascio di potenti mediatori delle reazioni allergiche tra cui istamina, serotonina, prostaglandine, leucotrieni, TNF-alfa, trombosano, fattore di attivazione piastrinica (PAF). Il PAF stimola la produzione di ossido nitrico (NO) a partire dalla L-arginina. Nella mucosa del colon di pazienti con SII si è riscontrato un aumento significativo dell'ossido nitrico sintetasi inducibile (iNOS) rispetto ai soggetti di controllo. La serotonina conosciuta anche come 5-idrossitriptamina (5-HT) è uno dei più importanti neurotrasmettitori, ritenuta anche responsabile della motilità intestinale e di alcuni riflessi secretori intestinali. Di particolare interesse sono i recettori della serotonina 5-HT3 e 5-HT4. Dati della letteratura indicano che l'effetto antagonista sui recettori 5-HT3 rallenta il transito intestinale mentre quello agonista sui recettori 5-HT4 accelera il transito gastrointestinale. Un aumento del rilascio di 5-idrossitriptamina (5-HT) durante il periodo postprandiale può svolgere un ruolo importante nella sindrome dell'intestino irritabile (IBS). Il confronto tra 6 volontari sani e 5 pazienti con IBS, ha dimostrato che questi ultimi avevano un aumento significativo della 5HT rispetto a volontari sani nelle 4 ore successive ad un pasto standard; durante la fase di digiuno non era possibile rilevare la 5-HT nel siero di entrambi i gruppi. In molti pazienti dispeptici è possibile osservare l'aumento delle onde di rilassamento transitorio esofageo (TLORs) nonché la scomparsa della fase III del complesso di motilità interdigestiva (IMC); l'ossido nitrico (NO) è un neurotrasmettitore che ha un ruolo importante nella motilità intestinale. Gli inibitori della sintesi di ossido nitrico (NOS) bloccano il rilassamento del LES indotto da distensione gastrica e riducono la frequenza delle TLORs.

La molsidomina, che stimola la produzione di ossido nitrico, dopo un pasto liquido induce una significativa diminuzione dello svuotamento gastrico in volontari sani rispetto al gruppo di controllo ($0,783 \pm 0,149$ vs $0,980 \pm 0,196$; $p < 0,05$). Durante l'infiammazione, citochine proinfiammatorie stimolano la produzione di NO nelle cellule endoteliali, muscolari lisce ed in macrofagi grazie all'ossido-nitrico-sintetasi inducibile (iNOS). L'istamina stimola le cellule muscolari lisce ad aumentare l'espressione di iNOS attraverso i recettori H_1 e le vie di segnalazione del NF-kB. La Malattia da Reflusso Gastro-Esofageo (MRGE) refrattaria è molto comune e può interessare fino al 40% dei pazienti che fanno uso di una dose massima giornaliera di un inibitore della pompa protonica (PPI). Il fallimento della terapia con PPI nel risolvere i sintomi da MRGE è diventato lo scenario più comune in gastroenterologia. Le allergie alimentari sono sempre più riconosciute come causa di esofagite eosinofila (EoE), che oggi costituisce il più comune disordine gastrointestinale eosinofilo. Lucendo e al., in accordo con precedenti valutazioni retrospettive, evidenziano come il Rast alimentare IgE ed i prick test cutanei non siano metodiche sensibili e specifiche per rilevare gli alimenti trigger nel caso della esofagite eosinofila (EoE); riportano la regressione clinica ed istologica dell' EoE in 49 di 67 pazienti (73%) trattati con una dieta di eliminazione di 6 alimenti: cereali, latte, uova, pesce/frutti di mare, legumi, arachidi (*six foods elimination diet*, SFED); la successiva dieta di reintroduzione permise l'identificazione di un alimento *trigger* nel 36% dei pazienti, due nel 31% e di tre o più alimenti nel 33% dei casi; Il latte vaccino era l'alimento più comune (62%), seguito da grano (29%), uova (26%) e legumi (24%); la remissione clinica ed istologica della EoE si mantenne in tutti i pazienti che continuarono la dieta di eliminazione.⁶

Scopo dello studio

La SII e la MRGE sono spesso coesistenti e di frequente riscontro nella popolazione generale. I trattamenti farmacologici proposti spesso non sono risolutivi; circa il 40% dei pazienti con MRGE è refrattario all'utilizzo degli inibitori di pompa protonica.⁷ Alcune restrizioni dietetiche possono talvolta garantirne il miglioramento sintomatologico. Il tentativo di identificare la positività IgE dei cibi considerati positivi al "food challenge test" è spesso negativo, di contro la reazione avversa alimentare IgG-mediata è riconosciuta in letteratura come possibile causa della SII e MRGE. Abbiamo quindi condotto uno studio osservazionale sul ruolo di una dieta di eliminazione IgG4 guidata nella MRGE e SII resistente ai comuni trattamenti terapeutici.

Materiali e metodi

Nel periodo compreso tra febbraio 2010 e marzo 2012, presso uno studio di Medicina Generale (ASP 3 Catania, Gravina di Catania) sono stati reclutati 63 pazienti (♂ 27, ♀ 36; età media: 45 ± 7) di cui 25 con SII post-infettiva, diarrea predominante (Roma II) trattati con terapie mediche e protocolli dietetici standard senza miglioramento (gruppo SII), 38 pazienti con MRGE refrattaria

a doppia dose giornaliera PPI (gruppo MRGE). Gli esami di routine, così come i test di funzionalità tiroidea e lo screening per la Malattia Celiaca (anti-TTG) nel range di normalità; coprocoltura ed esame parassitologico delle feci negativi; elastasi fecale senza rilievo di insufficienza esocrina del pancreas; Breath Test H_2 al lattosio positivo in sette dei pazienti con SII (28%) e in quattro di quelli con MRGE (12%). L'esame ecografico dell'addome non ha rilevato alcuna patologia degna di nota in entrambi i gruppi. Nel gruppo SII, la colonoscopia con istologia delle biopsie coliche ha escluso la malattia infiammatoria cronica intestinale (MICI). Nel gruppo MRGE la esofago-gastro-duodenoscopia con istologia delle biopsie duodenali ed esofagee ha escluso patologia da malassorbimento, l'EoE e confermato l'esofagite cronica da reflusso. Il 68% (17 pz) del gruppo SII riferiva tre evacuazioni giornaliere; la frequenza evacuatoria era superiore a tre nei rimanenti pazienti. L'intensità e frequenza dei sintomi nel gruppo MRGE sono state valutate tramite un questionario di autovalutazione (MRGEq)⁸, che analizza il sintomo bruciore di stomaco, rigurgito e dispepsia secondo il seguente score di intensità: 1 = lieve (presente 1 giorno a settimana); 2 = moderato (presente 2-3 giorni a settimana); 3 = grave (presente 4-7 giorni alla settimana). Uno score ≥ 8 era significativo per la diagnosi di MRGE. Il questionario MRGEq ha permesso la seguente valutazione di intensità sintomatologica:

- *bruciore di stomaco*: l'11% lieve (4 pz), 63% moderato (24 pz), 26% grave (10 pz);
- *rigurgito*: lieve 30% (9 pz), moderato 40% (12 pz), grave 30% (9 pz);
- *dispepsia*: lieve 16% (6 pz); moderata 66% (25 pz); grave 18% (7 pz).

La totalità dei pazienti del gruppo SII e solo 25 pazienti del gruppo MRGE (gruppo MRGE*) hanno seguito un protocollo di dieta restrittiva ipoallergenica di una settimana con un miglioramento dei sintomi che ha permesso di avvalorare l'ipotesi di una reazione avversa alimentare alla base dei disturbi funzionali.

La dieta restrittiva prevedeva l'eliminazione di lievito, cereali ad esclusione del riso, e di tutti gli alimenti facenti parte delle abitudini alimentari quotidiane considerando anche la tassonomia delle famiglie biologiche. La successiva esecuzione in questi pazienti del test di intolleranza alimentare IgG4 specifiche[#], ha permesso la successiva elaborazione di una dieta di eliminazione IgG4 guidata (*true diet*) della durata di due mesi, che teneva conto solo degli alimenti con IgG4 > 5000 ; i 13 pazienti del gruppo MRGE che non avevano aderito alla dieta restrittiva ipoallergenica seguivano una dieta di eliminazione non perfettamente aderente a quanto previsto nella *six foods*

Dr Fooke Laboratorien GmbH, certified ISO 9001:200 and ISO 13485: gli anticorpi specifici IgG4 vengono rilevati con radio immunofluorescenza grazie ad anticorpi anti IgG4; il sangue viene incubato con 13 antigeni alimentari (grano, riso, mais, gliadina, latte, lievito, arachidi, carne di manzo, pollo, uova, pesce, patate, pomodoro). I risultati vengono divisi in tre gruppi principali a seconda della intensità della fluorescenza: < 2000 , > 2000 e > 5000

elimination diet SFED (sham diet - gruppo di controllo). Tutti i pazienti del gruppo MRGE hanno continuato la doppia assunzione giornaliera del PPI. Ad entrambi i gruppi SII e MRGE è stata garantita una dieta di sostituzione; si è effettuato un *follow up* a uno e due mesi da inizio *true diet* e *sham diet* per la successiva valutazione sintomatologica.

La valutazione MRGEq prima dell'inizio *true diet* era:

- *bruciore di stomaco*: moderato 72% (18 pz), grave 28% (7 pz);
- *rigurgito*: lieve 30% (5 pz), moderato 48% (12 pz), grave 32% (8 pz);
- *dispepsia*: moderata 92% (23 pz), grave l'8% (2 pz).

La valutazione MRGEq prima dell'inizio *sham diet*, era:

- *bruciore di stomaco*: lieve 31% (4 pz), moderato 46% (6 pz), grave 23% (3 pz);
- *rigurgito*: lieve 30% (4 pz); grave 8% (1 pz);
- *dispepsia*: lieve 70% (9 pz), moderata 15% (2 pt), grave 15% (2 pz).

Risultati

L'applicazione del protocollo diagnostico secondo le linee guida ha permesso di riconoscere la presenza di una reazione avversa alimentare in tutti i pazienti che hanno aderito ad una dieta restrittiva. Il miglioramento sintomatologico indotto dalla dieta restrittiva ipoallergenica ed il successivo test di intolleranza alimentare IgG4 specifico ha poi permesso l'elaborazione di una dieta di eliminazione personalizzata (*true diet*); grano, latte, pomodoro, uova e lievito erano gli alimenti con *cut off* >5000 in entrambi i gruppi. Il gruppo SII ha ottenuto la normalizzazione dell'alvo nel 60% (16 pt) (Bristol Stool Scale: 1-2), mentre il 10% (3 pz) ed il 30% (6 pz) avevano rispettivamente due e tre evacuazioni giornaliere. Tutti i pazienti del gruppo IBS non lamentavano più gonfiore addominale e flatulenza. La verifica del MRGEq nel gruppo *true diet* ha evidenziato il miglioramento dei sintomi ed in particolare: a) scomparsa della forma moderata e grave del bruciore di stomaco nel 44% dei casi (11 pz); b) riduzione della forma moderata e grave del rigurgito tuttavia ancora presente rispettivamente nel 16% (4 pz) e nell'8% (2 pz) dei casi; c) scomparsa della dispepsia di intensità moderata, con persistenza di quella lieve e grave rispettivamente nel 48% (12 pz) e 4% (1 pz) dei casi. La verifica del MRGEq nel gruppo *sham diet* ha evidenziato la persistenza dell'intensità sintomatologica ad eccezione di due pazienti con riduzione della dispepsia da moderata a lieve e del bruciore di stomaco da grave a moderato. I risultati ottenuti sono coerenti con quelli osservati in letteratura in pazienti con SII trattati con dieta di eliminazione IgG4 guidata; non ci sono dati similari disponibili in letteratura per la MRGE ad eccezione di uno studio ove la dieta di eliminazione fu guidata dal test di intolleranza alimentare "leucocitotossico".⁹ I dati riportati in questo articolo dovrebbero consentire di prendere in considerazione la reazione avversa alimentare IgG4 mediata, in pazienti affetti da SII ed MRGE refrattari ai comuni protocolli terapeutici.

Conclusioni

I pazienti con MRGE refrattaria e SII resistente alla terapia standard dovrebbero essere valutati nel contesto di una possibile reazione avversa alimentare. L'esecuzione di un corretto protocollo diagnostico permette di riconoscere la presenza di una reazione avversa alimentare grazie ad una dieta restrittiva ipoallergenica personalizzata. Quando i prick test cutanei alimentari sono negativi o positivi ma senza una equivalente positività IgE mediata e la *open food challenge* (OFC) è positiva, si dimostra che il sistema immunitario segue percorsi alternativi alla reazione allergica di tipo I. Il miglioramento della sintomatologia indotto da una dieta restrittiva ipoallergenica personalizzata dovrebbe essere seguito dal test di intolleranza alimentare IgG4 specifiche e quindi dalla specifica dieta di eliminazione. ■

Bibliografia

1. Lovell Rebecca M, Ford Alexander C. Am J Gastroenterol. 2012 Dec; 107(12): 1793-801.
2. Thompson WG, Creed FH, Drossman DA, Heaton KW, Mazzacca G. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. Gastroenterol Int 1992; 5:75-91. 21.
3. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, Heaton KW, Irvine EJ, Muller-Lissner SA. Gut 1999; 45:43-47.
4. Lewis SJ, Heaton KW (1997). "Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time". Scand. J. Gastroenterol. 32 (9): 920-4.
5. Greenberger PA. Allergy Asthma Proc. 2002 Nov-Dec; 23(6): 373-6.
6. Lucendo Alfredo J. et al. The Journal of Allergy and Clinical Immunology Volume 131,3,797-804. March 2013.
7. Tack J, Koek G, Demedts I, Sifrim D, Janssens J. Am J Gastroenterol. 2004 Jun; 99(6): 981-8.
8. Jones R et al. Aliment Pharmacol Ther 30:1030-1038, 2009.
9. Caselli M, Zeni E, Lo Cascio N, Alvisi V, Stanghelin V. Am J Gastroenterol. 2009 Aug; 104(8): 2115-7.
10. Cosentino F, Giuliano M. C. "Le intolleranze alimentari. Meccanismi di base e ruolo eziopatogenetico". Omeonet Anno III, N. 6 - Novembre 2002, pag 20-21.
11. Cosentino F, Giuliano M. C. "La malattia celiaca nell'adulto" Manuale di Clinica Pratica (Rossi R. Ressa G.) Modulo 33 pag. 6-11 - Pillole.org 2004.
12. Cosentino F, Giuliano M. C. "Le intolleranze alimentari" Manuale di Clinica Pratica (Rossi R. Ressa G.) Modulo 41 pag. 8-13 Pillole.org 2004.
13. Cosentino F, Giuliano M. C.: Clinical Audit on food adverse reactions and elimination diet. Retrospective study. European Journal of Integrative Medicine - Abstr. - Volume 4, Supplement 1, Page 68, September 2012.

Omeopatia, tra Fenomenologia ed Epigenetica

Francesco Macri

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

Il primo presupposto è stabilire se l'omeopatia contempla, nella sua impostazione, aspetti legati alla genetica. A tale scopo potremmo, ad esempio, considerare che dietro gli aspetti morfofunzionali che l'omeopatia tiene in conto, almeno in certe sue applicazioni, ai fini di inquadrare il soggetto per la prescrizione terapeutica, possono essere impliciti aspetti genetici.

Ad esempio il soggetto mesomorfo (mesoblasta) è più portato al rischio di malattie cardiovascolari (Ghosh et al, 2000; Herrera et al, 2004) quindi dietro l'aspetto morfofunzionale del mesoblasta, è prevedibile un assetto genetico caratteristico che orienta la sua biologia verso un certo tipo di malattie. Anche aspetti morfologici più circoscritti sembrano sottendere una predisposizione a malattie specifiche, vedi ad esempio il rapporto tra lunghezza del 2° e 4° dito della mano: il secondo dito ha in effetti lunghezza inferiore se c'è una esposizione al testosterone in gravidanza (Knickmeyer et al, 2011) per cui il rapporto tra lunghezza del 2° e del quarto dito è in tal caso inferiore e questi soggetti sono meno empatici, più predisposti al cancro della prostata se di sesso maschile (Jung et al, 2011) e protetti dal cancro del seno se di sesso femminile (Muller et al, 2012). Chi negherebbe anche in tal caso la presenza di determinanti genetici?

Ma ancora. Pensiamo alle caratteristiche individuali per la preferenza dei sapori, tenute spesso in considerazione dall'omeopatia, in base alle quali il soggetto Sulphur è portato a preferire il dolce, Natrum muriaticum il salato, Silicea l'affumicato: la biologia molecolare ha ormai dimostrato che le sensibilità a certi sapori e la tendenza preferirne alcuni rispetto ad altri è su base genetica, ognuno dei sei gusti (salato, dolce, amaro, grasso, acido, umami) è percepito da recettori specifici che sono codificati geneticamente! E succede che chi ha un'alterata percezione del sapore grasso è più soggetto ad obesità e sindrome metabolica (Keller et al, 2012), chi ha un'alterata percezione del dolce è più predisposto alla carie dentale e all'alcolismo (Eny et al, 2012), confermando quindi la utilità dell'anamnesi omeopatica dedicata a tali aspetti.

Ancora più interessante, però, è la possibilità di rintracciare collegamenti tra omeopatia ed epigenetica, la scienza che studia le modificazioni della espressione genica a seguito dell'esposizione a fattori ambientali, e per affrontare tale tematica tre argomenti "omeopatici" appaiono utili alla discussione. Essi sono l'eugenetica, le variazioni temperamentali, la fenomenologia.

L'eugenetica è la disciplina che si propone il miglioramento genetico della specie umana (Galton, 1869), meta

che può essere raggiunta sia evitando la trasmissione di tare ereditarie alla discendenza (eugenetica negativa), sia promuovendo la diffusione dei caratteri favorevoli (eugenetica positiva). In ambito omeopatico l'eugenetica è rappresentata dalla possibilità di eliminare i miasmi (Ortega PS, Encycl Homeop, 1914) e per ottenere questo scopo è utile iniziare prima del concepimento, a partire dai genitori. *"Si deve eliminare dalla loro eredità la Psora, la Sifilide e la Sicosi, ma particolarmente la Psora. Agendo in questo modo, per una o due generazioni, lo scopo dell'eugenetica potrebbe essere prontamente raggiunto"* (The Homeopathician, Encycl Homeop, 1914). I rimedi adatti a contrastare la Psora vanno sotto il nome di rimedi omeo-psorici e la gravidanza non costituisce mai un ostacolo al trattamento omeopsorico, anzi *"nelle donne in gravidanza i disturbi cronici sono più accentuati e i sintomi della psora interna sono più evidenti a causa dell'accresciuta sensibilità psicofisica della donna incinta. E' questa la ragione per cui il rimedio omeopsorico agisce in modo più sicuro e più evidente durante la gravidanza: il medico dovrà quindi somministrare il rimedio in dosi il più possibile attenuate e dinamizzate, facendo ben attenzione a scegliere il rimedio in ossequio ai criteri omeopatici"* (Hahnemann S, «Le malattie croniche»).

Tra gli omeopati moderni Léon Vannier, Alain Horvillour e Ronald Boyer hanno pubblicato testi sull'argomento. In particolare Vannier, ha trattato per trent'anni le donne durante la gravidanza con rimedi omeopatici usando mese dopo mese i nosodi indicati dall'anamnesi della madre e del padre del futuro nascituro. La gravidanza rappresenta anche un periodo di particolare vulnerabilità per il prodotto del concepimento e, durante il primo trimestre, vari fattori ambientali di esposizione materna (infezioni, inquinamento, stress, etc.) possono comportare, attraverso meccanismi epigenetici, il rischio per malattie croniche da adulto al nascituro, come diabete, disturbi dell'apprendimento, autismo, asma bronchiale, neoplasie. Alcuni lavori d'altronde hanno dimostrato un effetto di tipo epigenetico da parte di sostanze in diluizione omeopatica su substrati cellulari: rame e Apis mellifica modificano l'espressione genica di cellule prostatiche umane (Dei et al, 2010, 2015), Gelsemium modifica l'espressione genica di cellule neuronali murine (Marzotto et al, 2014). E' plausibile, quindi, che l'approccio eugenetico si basi proprio su questi meccanismi, e l'assunzione da parte della mamma durante la gravidanza di rimedi omeopatici possa realmente avere effetti sul nascituro. Una considerazione sostanzialmente teorica, anche se plausibile, evidentemente non priva di aspetti di tipo etico legati alla assenza di codifica per in-

terventi che sono al momento delegati alla discrezionalità del medico, a meno che non si dia per scontato che il rimedio omeopatico possa avere solo effetti favorevoli nel rimuovere i disturbi o le cause di essi e non nel provarli.

In omeopatia l'impostazione costituzionalistica indica come l'individuo, avendo una sua tipologia biologica costituzionale, si esprime dal punto di vista fisiopatologico in modo peculiare, caratteristico per ognuna delle costituzioni, ma può modificare il proprio modello di reazione costituzionale, spontaneamente (invecchiamento) oppure a seguito di eventi stressanti (malattie gravi, traumi psichici), con modulazioni nell'ambito della stessa espressione costituzionale, passando dalla fase stenica a quella del magnesio, del potassio, del sodio, del bario e dell'ammonio, o, a volte, addirittura assumendo caratteristiche di altri modelli costituzionali (endoblastizzazione del mesoblasta). Parliamo in pratica di una sorta di plasticità biologica che ben si collega ai concetti recenti enunciati dagli epigenetisti. Sappiamo infatti che alcuni dei fattori indicati, come lo stress e l'invecchiamento, in grado di modificare, secondo il modello omeopatico, l'espressione clinica dell'individuo, possono avere un effetto epigenetico, vedi il lavoro di Kellerman nelle vittime dell'olocausto, oppure le modifiche dell'espressione genica nei topini "invecchiati" (Roberts et al, 2015). Quindi lo stesso modello di tipo epigenetico può essere indicato per spiegare le modifiche temperamentalmente descritte in omeopatia: il soggetto può subire delle modifiche di tipo "temperamentale" durante la propria esistenza modificando le sue espressioni di salute e di malattia a seguito di fattori ambientali. Non si tratta evidentemente di ricadute di tipo terapeutico, almeno non in senso stretto, ma di elementi di supporto alla metodologia di approccio al malato in omeopatia.

La fenomenologia è la tecnica omeopatica che studia il cambiamento dei sintomi a seguito di cambiamenti ambientali, ad esempio il miglioramento all'aria aperta, o il

peggioramento stando coricati, oppure camminando, fornendo al medico dati molto utili per la scelta della terapia. E' da segnalare come l'omeopatia, essendosi sviluppata in un periodo storico in cui le acquisizioni scientifiche erano molto scarse, si è basata soprattutto su intuizioni dei suoi padri fondatori, così, ad esempio, per il trattamento della febbre, imposta la scelta del rimedio sulla base delle caratteristiche della manifestazione febbrile, Belladonna in presenza di congestione vascolare e abbattimento oppure Aconitum in presenza di agitazione e voglia di bere, senza considerare che dietro queste manifestazioni c'è la produzione dell'IL-1 o pirogeno endogeno regolata su base genetica: esattamente come quando il dottor Down descrisse nel 1867 la sindrome che porta il suo nome, senza aver la possibilità di considerare che essa è dovuta alla trisomia del cromosoma 21! Il concetto espresso dalla fenomenologia omeopatica lo possiamo rintracciare teoricamente in tutte quelle circostanze che vedono aspetti ambientali in grado di agire sullo stato di salute dell'individuo. Così la modalità omeopatica " peggioramento all'aperto" potrebbe corrispondere al dato che l'esposizione ambientale agli inquinanti può provocare danni alla salute (Syed et al, 2013), oppure il " miglioramento con il tocco leggero" potrebbe corrispondere al dato che la carezza può avere effetti positivi riducendo la produzione di cortisolo da parte del surrene o riducendo il tono vagale (Feldman et al, 2010). Si tratta quindi di modalità che potrebbero avere un'interpretazione su base epigenetica, ammettendo, come d'altronde è documentato, che gli effetti epigenetici si possono realizzare in tempi brevissimi, come quelli necessari per una carezza o per uscire all'aperto per una boccata d'aria. Questa dissertazione è basata su ipotesi assolutamente personali, un esercizio della mente, con lo scopo sempre perseguito di trovare punti di contatto tra Omeopatia e Medicina Convenzionale, presupposto indispensabile per l'applicazione del modello della Medicina Integrata. ■

Per iscriversi alla SIOMI bastano 50 euro...

Pagamento tramite Carta di Credito telefonando alla FIMO srl al numero **055.6800389**

oppure tramite bonifico su IBAN: **IT09T 05034 02806 00000 0170173**

La copia della ricevuta va inviata per mail oppure via fax al numero: **055.658.1270**

E-mail: **segreteria@siomi.it** - Tel.: **055.658.2270** (lunedì-venerdì, dalle 14:30 alle 16:30)

Una sofferenza sotterranea

Teresa De Monte

Specialista in Pediatria e Scienza dell'Alimentazione
Mail: dr_teresademonte@yahoo.it

Giunge alla mia osservazione una bimba di due anni circa accompagnata dalla disperazione dei genitori e dalla diagnosi di artrite idiopatica giovanile (AIG). Questo caso mi lascia perplessa perché leggendo la diagnosi mi imbatto nel termine grave e in una delle pagine della cartella ospedaliera in questa nota scritta in grassetto: «Si ricorda di non procedere alla vaccinazione con ceppi virali Morupar+ H Virus, alias Morbillo, Parotite, Rosolia, Varicella». Deduco, quindi, che il quadro ha a che fare in qualche modo con le vaccinazioni.

La prima cosa che mi colpisce di questa bimba è la tristezza dello sguardo, i capelli stopposi, la sofferenza. Non mi offre il suo sguardo, non risponde alle mie domande e all'invito di dirmi il suo nome, né accoglie il mio invito a giocare con i giocattoli che sono nella cesta accanto a lei. Allora mi rivolgo ai genitori i quali mi dicono che lei è stata sempre bene fin dalla nascita, buona la maturità psicofisica e relazionale con la famiglia. Chiedo notizie su di loro: la madre ha sempre goduto di buona salute, il padre ha l'artrite psoriasica, non attiva. La bimba ha avuto per la prima volta la febbre e uno strano malessere con pianto stridulo dopo il primo vaccino esavalente con pneumococco, ma la pediatra della bimba dice che è tutto normale. Si inoculano le due dosi successive distanziate nel tempo, come a voler scongiurare la febbre e il malessere della prima dose, ma ugualmente la reattività è la stessa. Anzi, ora la bimba mangia poco, non ha voglia di niente, ha disturbi nel sonno, è irritabile.

È tempo d'estate, i genitori pensano che una vacanza al mare ristabilisca vitalità e buon umore alla figlia. Ma una mattina in spiaggia lei non si alza, non riesce a camminare, ha caviglie e ginocchia gonfie, dolenti. Al rientro a casa iniziano le visite dal curante che diagnostica una reazione all'ambiente marino, poi gli esami ematochimici che poco o nulla rivelano se non una PCR alterata. Il persistere del quadro e l'aggravamento del dolore portano la piccola a essere visitata in due ospedali prima di avere la diagnosi di AIG grave con una RM. La terapia iniziale con FANS viene sostituita con Metotrexate e biologico e, a richiesta dei genitori, anche fisioterapia per migliorare la qualità di vita della bimba, che manifesta una netta alterazione dell'umore, ridotto desiderio di stare con gli amici, di andare all'asilo, di giocare, perdita dell'appetito, ridotta crescita, dopo che un collega dice loro "...lei deve imparare a convivere con la malattia".

Il primo rimedio che prescrivo è Arnica 200CH tubo dose, associato a Calcarea phosphorica poiché la bimba presenta sia i sintomi locali della paziente, gli unici che vengono considerati dagli specialisti, sia il ritardo di cre-

scita alla comparsa della patologia reumatica, sia i desideri e aversioni alimentari, sia i sintomi mentali comparsi dopo la assunzione dei FANS, che è probabile abbiano portato alla luce segni e sintomi comportamentali che hanno completato il profilo sintomatologico della paziente. Seguo le indicazioni dei paragrafi di Hahnemann, specie il 6, 7, 17 e 18 dell'Organon. «La totalità dei sintomi deve essere, per l'artefice del guarire, la principalissima anzi unica cosa che egli in ogni caso di malattia ha da riconoscere e da prendere via con la sua arte, affinché la malattia venga guarita e convertita in salute» (§ 7). «Il medico, togliendo la totalità dei sintomi, toglie e distrugge l'alterazione intima ossia l'alterazione morbosa del Principio Vitale, ossia il totale della malattia, la malattia stessa» (§ 17). «Da questa verità che non è da mettere in dubbio che in malattie, oltre alla totalità dei sintomi, (...) non è da scoprire in nessuna maniera qualcosa con cui esse possano esprimere il loro bisogno di aiuto, risulta incontestabilmente che la quintessenza di tutti i sintomi e circostanze osservati in ogni singolo caso di malattia, sia l'unica indicazione, l'unico riferimento per un rimedio da scegliere» (§ 18).

Lo schema gerarchico che utilizzo per la valorizzazione dei sintomi è il seguente:

- al primo posto, sintomi strani, peculiari, insoliti, secondo il § 153 dell'Organon;
- sintomi mentali, purché ben osservati (cioè sicuri ed evidenti);
- sintomi generali;
- una eziologia chiara, quindi sicuramente accertata;
- sintomi locali.

Gli esami ematochimici sono via via migliorati, l'umore è positivo, la bimba va all'asilo, fa ginnastica, si alimenta bene, parla. Calcarea phosphorica viene somministrata ancora a potenze superiori (K, MK). Non c'è dolore e tumefazione agli arti. La prescrizione ha una indicazione costituzionale, ha funzione preventiva della patologia, che non è più presente clinicamente, ma potrebbe ancora essere latente. Ho prescritto Calcarea phosphorica perché ogni malattia è legata al mentale. Inoltre sembra che l'uso convenzionale degli antinfiammatori abbia slentizzato dei sintomi mentali latenti della paziente, conformemente alla antica osservazione che ognuno produce solo ciò che ha già. Da questo punto di vista si può dire che anche i FANS, loro malgrado, si sono mostrati utili, portando alla osservazione sintomi della personalità altrimenti assenti.

Mi sono chiesta cosa potevo aggiungere ancora alla bimba e cosa consigliare ai genitori come rimedio in caso di un possibile peggioramento, visto che la bambina va in piscina, in un ambiente umido o quando i dolori possono ricomparire dopo essere rimasta seduta nella stessa posizione per ore e magari associati a gonfiore. Consiglio di somministrare Rhus toxicodendron 5CH, 4 granuli tre volte al dì, come base e se serve anche ogni 15 minuti in fase acuta. Il dolore è di preferenza legato all'immobilità, ci si sente male quando si sta seduti fermi a lungo, o di notte a letto. Sono molto dolorosi i primi movimenti, ma quando ci si è scaldati il dolore migliora; dopo uno sforzo prolungato il dolore, però, ricompare. I dolori sono soprattutto su tendini, legamenti e articolazioni e sono peggiorati dal freddo e dall'umidità mentre sono migliorati dal caldo. Aggiungo Silicea 30CH, un tubodose ogni 15 giorni per 5 volte come remineralizzante e favorente la risposta immunitaria, utile per dolori sia acuti sia cronici in soggetti freddolosi e magri con disturbi alla colonna, che sente moltissimo le vibrazioni. I dolori peggiorano col freddo e migliorano col caldo, peggiorano con le correnti d'aria e presentano a volte delle fasi acute nei periodi in cui cambia la luna.

A questo si aggiunge RhexoRubia, Ribes Nigrum MG, per la terapia farmacologica data all'inizio e anche ora. E anche: Cu-Au-Ag, K, Mn-Co, Mg, S, Litio, bagni in acqua sulfurea, grotta di sale del Mar Morto, unzioni con Eranda taila, olio di Ricino, secondo le indicazioni della Medicina Ayurvedica. Sono elargite anche indicazioni alimentari: cibi basici e non acidi. Al miglioramento franco della bimba ho deciso di intraprendere la pulizia del terreno costituzionale, in quanto lei ha ereditato dal padre una malattia autoimmune. Inoltre la vaccinazione può aver influito negativamente sul suo terreno sicotizzando: Sulphur, Thuja, Psorinum, Luesinum, Meddhorinum in monodose 200CH. La bimba, oggi, sta nettamente meglio, i colleghi ospedalieri dicono «Vede signora che la terapia fa effetto? E' venuta la malattia perché doveva venire, i vaccini non centrano!» Ma nella cartella di dimissione è scritto in grassetto: «Si ricorda di non procedere alla vaccinazione con ceppi virali Morupar+ H Virus, alias Morbillo, Parotite, Rosolia, Varicella». ■

Non esistono malattie, ma malati, cioè un dato modo di ammalarsi proprio di ciascuno e corrispondente alla sua profonda individualità somatica, umorale e psicologica.
(Don Carlo Gnocchi)

Paola Matteassi - Donna di 58 anni affetta da fibromialgia e da sindrome da stanchezza cronica. In menopausa dal 2001 in seguito ad uno shock, ultimamente avverte tremore alle mani. Osteoporosi, ma non ha mai fatto uso di farmaci. Durante la menopausa sopraggiunge anche ansia e qualche attacco di panico, ma risolve senza intervento farmacologico. La mattina è il momento peggiore, non si alzerebbe mai dal letto, ha male ovunque. Di recente avverte una smania alle gambe Incubi di cui però non ricorda. Spesso avverte tachicardia con oppressione toracica e fitte intercostali. Molto calorosa, suda tanto. Gelosa, pungente con i suoi amici, vendicativa, sarcastica. Permalosa, introversa, di animo molto sensibile. Diffidente, sospettosa, insicura. Ama i cibi speziati, le ostriche sono la sua passione. Si sveglia improvvisamente di notte con un senso di soffocamento. Ha delle otturazioni metalliche di vecchia data. Ho pensato di ripulire il terreno con un processo di disintossicazione, poi le vorrei proporre un piano alimentare con zenzero e curcuma; infine darei Lachesis che, per similitudine, sembra essere il suo rimedio di fondo. Voi cosa fareste?

Marialucia Semizzi - Nella fibromialgia (che comporta anche stanchezza mostruosa, per cui trovo inidoneo gravare questa signora di doppia diagnosi) è pericoloso smuovere il terreno tossinico, se presente, causando peggioramenti ulteriori di sintomatologia; eviterei qualsiasi tentativo di drenaggio (perlomeno in prima battuta). Si tratta di una patologia difficile da seguire proprio per l'estrema (dico estrema) precarietà di ogni equilibrio raggiungibile.

Luca Biasci - La fibromialgia è ormai universalmente riconosciuta come patologia anche con una importante componente psicosomatica/psichiatrica, tanto è vero che molte di queste (non tutte ma ho una discreta casistica e del resto la si trova anche in letteratura) rispondono benissimo ai serotonergici (scelti da mano esperta, non sono così uguali come molti pensano) ed antiepilettici/stabilizzatori dell'umore, come il pregabalin ed il gabapentin, utilissimi anche in tutti i casi di dolore neuropatico, come è ben noto. Non tenere conto di questi dati credo che sia molto sbagliato in medicina integrata perché queste persone (in prevalenza di sesso femminile) hanno una quota di sofferenza soggettiva altissima e spesso si sono sentite poco capite da una serie di colleghi che tendono a non riconoscere la dignità tassonomica di questa patologia risolvendo il tutto con frasi del tipo: è tutto stress, si rilassi, vada in vacanza, le passa da sola e via dicendo. Naturalmente, sempre come medico integrato, so bene che lo psicofarmaco tende alla soppressione del sintomo (cosa tra l'altro giusta e lecita, almeno in parte o in certe fasi acute, in alcuni casi) e quindi non mi basta. E' evidente che un trattamento psicoterapico è fondamentale, ma purtroppo una terapia psicologica funziona solo quando una persona ha deciso autonomamente di chiedere aiuto e di mettersi in discussione, cosa sempre più rara nell'epoca del tutto e subito, anche perché, diciamo così, chi sceglie di fare una psicoterapia è già a metà dell'opera, perché sarà proprio il suo desiderio di cambiamento il fattore terapeutico fondamentale. Da un punto di vista omeopatico nella fibromialgia non si può mai escludere una base autoimmune, per cui andrebbe approfondita l'anamnesi remota per capire eventuali infezioni pregresse/latenti da confermare attraverso esami del sangue con titolazione di anticorpi specifici e scegliere anche su questa base il rimedio da usare. [...] Il nostro sistema immunitario non è così perfetto come spesso si è inclini a pensare, anzi, per motivi evolutivi spesso è piuttosto grossolano nelle sue scelte, per cui nel tentativo di eliminare ospiti non graditi finisce anche per attaccare il self (il tutto detto in modo ovviamente del tutto impreciso e generico, per motivi di spazio e di opportunità). Detto questo io starei attento ad utilizzare prodotti aspecifici capaci di aumentare senza limiti alcune linee cellulari di difese che potrebbero, in realtà, già essere perturbate. ■

Dalle pagine di OmeopatiaOnline...

Il contributo dell'omeopatia

Roberto Pulcri

Medico esperto in omeopatia, Centro Ospedaliero di Medicina Integrata, Ospedale di Pitigliano - Consigliere Nazionale SIOMI
Mail: r.pulcri@siomi.it

La litiasi biliare è una patologia caratterizzata dalla presenza di calcoli all'interno della cistifellea (coletitiasi) o delle vie biliari (coledocolitiasi). In Italia circa il 15% della popolazione ne è affetta, con una incidenza maggiore nel sesso femminile. I calcoli biliari possono restare asintomatici nel 2/3 dei casi per tutta la vita ed essere diagnosticati solo occasionalmente. Solo il 15-30% dei pz sviluppa sintomi. Le comorbidità associate alla litiasi biliare sono numerose e tra le più frequenti citiamo diabete, cirrosi epatica, angina pectoris, infarto del miocardio e l'ulcera peptica.

La bile è prodotta dal fegato in quantità giornaliera da 500 a 1500ml in relazione all'intensità di diversi stimoli coleretici (nervosi, ormonali, circolatori, dietetici, farmacologici). Il fenomeno principale della secrezione biliare è costituito dalla sintesi epatocitaria degli acidi biliari (acido colico e chenodesossicolico, acido desossicolico, litocolico e 3-cheto-litocolico, acido ursodesossicolico). I più importanti componenti della bile sono l'acqua (82%), i sali biliari (12%), la lecitina e altri fosfolipidi (4%) e il colesterolo. Lo stato di equilibrio tra i principali componenti della bile condiziona il grado di solubilizzazione del colesterolo e dei fosfolipidi, di per sé insolubili in acqua, tramite la formazione di aggregati denominati micelle miste. Esiste una capacità critica di tenere in soluzione il colesterolo da parte degli acidi biliari e fosfolipidi, superata la quale la bile diventa supersatura in colesterolo. I fattori che favoriscono la supersaturazione di colesterolo sono la presenza di fattori (proteine di flogosi e muco) nella bile che determinano un'accelerata nucleazione (pronucleanti) del colesterolo e la stasi biliare all'interno della colecisti. A seconda della loro composizione i calcoli biliari si possono suddividere in: puri (interamente costituiti da colesterolo in circa il 10% dei casi); pigmentati (costituiti da bilirubina, calcio e altre sostanze organiche che precipitando formano bilirubinati di calcio); il 10% dei casi; misti, la tipologia che si riscontra più frequentemente (80% dei casi circa), sono costituiti prevalentemente da colesterolo (70% circa), mentre altri componenti sono sali di calcio, bilirubina, acidi biliari, etc. Ogni disordine della dinamica motoria della colecisti potrebbe avere come conseguenza un'alterazione del numero di giri della circolazione enteroepatica dei sali biliari. E' dunque da notare che sia l'ipotonia che l'ipercinesia colecistica possono essere responsabili della formazione dei calcoli.

Sul piano clinico possiamo distinguere: forme paucisintomatiche che si caratterizzano per la comparsa di fenomeni dispeptici post prandiali associati a lieve dolenzia dell'ipocondrio destro, pirosi, nausea, e raramente vomito; forme francamente sintomatiche che si manifestano con

il tipico sintomo rivelatore rappresentato dall'insorgenza improvvisa della colica (causata dal trasferimento dei calcoli all'infundibolo della cistifellea o nel coledoco). Il dolore può essere a fitte e discontinuo, oppure lancinante, di tipo subentrante con attenuazione e riacutizzazione, in genere dopo un pasto ricco di grassi. Compare spesso di notte o nelle prime ore del mattino e può durare da pochi minuti fino ad uno-due giorni. Il dolore è localizzato all'ipocondrio destro o all'epigastrio e per stimolazione del nervo frenico può irradiarsi alla spalla destra. Si associa a nausea e vomito di tipo biliare e alla comparsa di subittero o un ittero franco. La palpazione sottocostale è mal tollerata mentre gli esami di laboratorio mostrano un aumento della bilirubina coniugata

Gli esami di laboratorio dimostrano un aumento di: transaminasi, gamma-GT, fosfatasi alcalina, bilirubina, leucocitosi neutrofila e aumento dei globuli bianchi in corso di colecistite acuta. Il coinvolgimento pancreatico dimostrerà aumento di amilasi e lipasi. L'ecografia sarà più utile in caso di litiasi colecistica repertando immagini iperecogene. La colangiopancreatografia retrograda endoscopica (ERCP) è il gold standard per la litiasi coledocica. In fase di colica biliare in atto si somministra: antispastici, FANS, analgesici centrali ad eccezione di morfina che fa aumentare lo spasmo dello sfintere di Oddi. Il trattamento cronico prevede primariamente restrizioni delle abitudini alimentari e la somministrazione di farmaci litolici, per solubilizzare il colesterolo attraverso la formazione di cristalli liquidi. Questi farmaci sono utili solo in caso di calcoli di colesterolo, non per calcoli di pigmento. La terapia chirurgica (colecistectomia per via laparoscopica) è indicata nei pz sintomatici o in quelli asintomatici giovani, donne che vogliono una gravidanza, pz refrattari alla terapia medica, immunodepressi, anziani in cui il 40% avrà una complicanza.

Omeopaticamente il *primum movens* si sostanzia nello studio del modello diatesico che appare evidente essere strettamente dipendente dalla tattica reazionale squisitamente psoro/sicotica. In effetti la formazione di un processo litiasico si realizza quando ormai la fase psorica, esaurendo il suo compito primario centrifugo di eliminazione "tosinica", da stenica diventa astenica innescando così un evento sicotizzante a tropismo centripeto, ovvero mettendo in atto un complesso processo di compenso e quindi di difesa attraverso un "isolamento" o meglio una delimitazione del danno (scompenso metabolico) agglomerando le "scorie" che non è più in grado di eliminare. Il principio terapeutico viene "guidato" dalle condizioni in cui il paziente si presenta all'osservazione omeopatica ed è caratterizzato dalla ricerca del simillimum di fondo a

polarità epato biliare includendo così soprattutto i policrosti a valenza diatesica psoro-sicotica. In questa ottica per ovvii motivi di sintesi, citiamo alcuni rimedi esemplari nel trattamento delle litiasi biliari cronicizzate.

Nux vomica per la sua imponente azione a polarità digestiva è frequentemente di “prima scelta” o meglio ancora prescritto preventivamente, perché il processo litiasico è ancora una minaccia metabolica, in cui subdolamente incombe la stasi portale che può essere accertata incidentalmente per via ecografica come “fango biliare”. I sintomi dispeptici compaiono solo in seguito a eccessi alimentari, abuso di alcol, sedentarietà, stress psicofisico. *Lycopodium*, ipercolesterolemico per eccellenza, in cui prevalgono calcoli singoli di colesterolo puro spesso asintomatici; il tipo sensibile presenta pirosi e meteorismo localizzato al basso ventre, stipsi con stimoli inefficaci ed un caratteristico aggravamento dopo il pasto tra le 16 e le 20. Ha una precipua elettività sia epato biliare che renale, in cui dominano tutti i suoi deficit di eliminazione tossinica non solo metabolica (glucidica, proteica, lipidica) ma anche a livello del suo particolare psichismo, dove prevalgono le vessazioni subite, il suo autoritarismo formale e le sue frustrazioni corroborate da un'impotenza di autoaffermazione sociale. Sepia più frequentemente donna astenica e depressa, presenta ipocinesia della colecisti e piccoli calcoli multipli che provocano coliche intermittenti con dolore alla regione epatocolecistica attenuate stando coricati sul fianco destro (il contrario di *Lycopodium*). *Natrum sulphuricum*, intollerante a lattosio e al frumento, è un soggetto con alterato metabolismo idrico endocellulare che gioca un ruolo determinante sul metabolismo del colesterolo e dei sali biliari. A dosi ponderali il solfato di sodio è coleretico. E' uno psoro-sicotico tipicamente aggravato dall'umidità, lento, apatico e depresso, presenta senso di pesantezza e dolori epato-biliari che peggiorano camminando o respirando profondamente ed in cui sono presenti borborigmi e sensibilità a livello del cieco e del colon ascendente che migliorano dopo una evacuazione. *Calcarea carbonica* costituzionalmente è un predestinato alla litiasi sia biliare che renale ma anche incline alla sindrome metabolica *tout court* (obesità, diabete, ipertensione). I “suoi” calcoli alla colecisti sono soprattutto misti (colesterolo, bilirubinato o carbonato di calcio) e le sue coliche discrete e/o brusche si irradiano a entrambi gli ipocondri.

Litiasi renale

La calcolosi renale è una condizione clinica caratterizzata dalla formazione di precipitati nelle vie urinarie e nel rene. Dal punto di vista epidemiologico si riscontra maggiormente nel sesso maschile. I calcoli renali si formano quando c'è un alto livello urinario di calcio (ipercalcemia), di ossalato (iperossaluria) o di acido urico (iperuricosuria) associato ad una mancanza di citrato e ad una quantità di acqua nei reni insufficiente per diluire le sostanze disciolte nell'urina. I reni devono produrre una quantità sufficiente di acqua per poter rimuovere dal sangue le sostanze di scarto. Se si instaura una situazione di disidratazione, livelli elevati di sostanze non completamente disciolte, quali ad esempio calcio, ossalato e acido urico, possono formare

dei cristalli che lentamente si accumulano nel rene fino a diventare veri e propri calcoli. L'urina contiene normalmente delle sostanze che impediscono la formazione dei cristalli: il citrato, il magnesio e i pirofosfati. Bassi livelli di questi inibitori possono contribuire alla formazione di calcoli nel rene. Di questi, il citrato è il più importante. Il calcolo urinario è dunque un aggregato solido di varia forma e struttura che si deposita all'interno del rene o delle vie urinarie. In ordine di frequenza, i principali tipi di calcoli urinari sono formati da ossalato di calcio (40%), fosfato di calcio (15%), ossalato e fosfato (15%), acido urico (10%), misti (acido urico e calcio, 10%), fosfato ammonio-magnesiaco (8%), cistina, xantina (2%). Quando è formata da cristalli di dimensioni molto ridotte, come granelli di sabbia, prende il nome di *renella*, ed è formata soprattutto da urati e fosfati. La litogenesi è semplicemente il frutto di un'anomalia metabolica. E' ormai accertato che l'ipercalcemia è su base genetica. La distribuzione dell'ipercalcemia ha una diffusione nella popolazione, dovuta a un gene biallelico con tre fenotipi differenti e una distribuzione bimodale. In effetti gli studi più recenti dimostrano che l'ipercalcemia può essere legata a un singolo gene oppure a diversi geni che, a fronte dell'influenza di fattori ambientali, condizionano profili diversi e realtà cliniche quanto mai eterogenee. Oggi sono ben 5.000 i polimorfismi descritti responsabili del 10% di frequenze alleliche e quindi di ampie variabilità fenotipiche, a cui si correla un incremento del rischio di malattie complesse, quali appunto la calcolosi e l'ipercalcemia. I polimorfismi, d'altra parte, sono più frequenti negli ipercalcemici, e questo spiega l'8% della varianza fenotipica osservata in questi pazienti. Allo stesso modo l'ambiente contribuisce come importante cofattore. Un dato clinicamente rilevante sul rapporto tra calcolosi e stile di vita, è che l'incidenza di questa patologia aumenta significativamente negli uomini dopo il matrimonio: una conferma, molto probabilmente, di quanto il cambiamento delle abitudini e del regime alimentare giochi un ruolo non trascurabile nello slatentizzare quell'assetto di predisposizione che si configura in una diatesi spesso per lunghi periodi asintomatica verso l'ipercalcemia o altre anomalie metaboliche. Osservazioni recenti hanno inoltre documentato interessanti correlazioni: un più elevato indice di massa corporea sembra infatti condizionare una maggiore probabilità di calcemia e quindi di calcolosi, come pure la concentrazione plasmatica di acidi grassi della serie omega-6 (in particolare acido arachidonico nei fosfolipidi plasmatici), prostaglandine e vitamina D3. Gli acidi grassi omega-3, d'altro canto, sembrano esplicare un importante effetto inibitorio nei confronti della litogenesi, a fronte della loro azione antagonista sui mediatori dell'infiammazione derivati dall'acido arachidonico. Calcoli di piccole dimensioni possono rimanere nel rene o essere espulsi senza causare dolore (calcolosi “silente”), mentre i calcoli che migrano nell'uretere provocano spasmo del sistema urinario e quindi l'insorgenza del dolore acuto che caratterizza la colica renale. Il dolore della colica renale si manifesta in genere dopo strapazzi fisici, alimentari e insorge prevalentemente durante le ore notturne; è caratterizzato da una insorgenza rapida, è riferito al fianco e all'angolo costo-vertebrale e si irradia all'inguine ed ai genitali esterni. Il dolore presenta

esacerbazioni periodiche, il paziente è agitato ed alla ricerca di una posizione antalgica; talora vi si possono associare disturbi neurovegetativi quali nausea e vomito. I disturbi minzionali, quali stranguria e pollachiuria, sono particolarmente accentuati quando il calcolo è posto nella parte terminale dell'uretere. Un piccolo calcolo (solitamente inferiore ai 4 millimetri di diametro) ha una probabilità del 90% di espulsione spontanea. Calcoli superiori agli 8 millimetri di diametro o più grandi richiedono l'intervento medico. Gli accertamenti di diagnostica per immagini hanno ormai sostituito la classica manovra di Giordano, specifica solo per i calcoli del bacinetto renale, ed includono l'ecografia, l'urografia, la pielografia retrograda e la TAC. L'esame delle urine fornisce importanti indicazioni in quanto può essere presente microematuria, macroematuria e leucocituria a seconda della gravità e della complessità della lesione. Analgesici orali come ketorolac e ketoprofene vengono comunemente prescritti per alleviare il dolore della colica renale. I calcoli, se di dimensioni inferiori ai 5 mm possono essere trattati con analgesici e terapia idropinica, se di dimensioni maggiori e non vengono eliminati spontaneamente entro sei settimane si deve procedere alla litotissia. L'elevato tasso di recidive può essere ridotto attraverso l'uso di antibiotici specifici per il batterio isolato, cercando di mantenere il più possibile le urine sterili. Un ulteriore approccio terapeutico consiste nell'utilizzo di inibitori dell'ureasi quali l'acido acetoidrossamico, che tuttavia presenta una ingente quantità di effetti collaterali. Si prescrive una dieta a base di cibi contenenti bicarbonato per sciogliere i cristalli di acido urico, e ricca di citrati quali inibitori della cristallizzazione. Solo nella calcolosi cosiddetta gigante si ricorre alla chirurgia tradizionale, nei casi in cui vi è stato un insuccesso delle metodiche sopradescritte o nei casi ove la calcolosi è associata ad alterazioni della via escretrice (stenosi pieloureterale).

Omeopaticamente nella valutazione dei modelli reattivi diatesici/costituzionali responsabili della genesi delle litiasi, non può sfuggire la complessa dipendenza fenotipica di questa patologia collegata alle innumerevoli varianti genetiche che confermano in ultima analisi l'enorme e preziosa potenzialità della terapia omeopatica in quanto terapia di terreno. Esiste dunque una stretta relazione tra composizione chimica dei calcoli e costituzione-modello reattivo del soggetto nel quale si instaurano e per questo motivo è il malato che genera i suoi calcoli, elementi patologici di un dismetabolismo complesso ma soprattutto dipendente da alterata eliminazione delle scorie; la formazione di renella nei bacinetti renali genera così una vera e propria "stasi al deflusso. Il ristagno del flusso urinario, ostacolato da calcoli, risponde ad una diatesi prevalentemente sicotica (Thuja, Sepia, Silicea, Medorrhinum, Colibacillinum). Le prime tre categorie più frequenti sono i calcoli fosfatici (fosfato di calcio e/o fosfo-ammonio magnesico, detti anche fosfati tripli), i calcoli uratici (di acido urico) e quelli di ossalato (ossalato di calcio); meno frequenti quelli di cistina e di xantina. Già il colore ed il pH urinario ci possono orientare sulle caratteristiche della concrezione litiasica. I calcoli fosfatici sono di colore bianco, poco aggregati, lisci e si formano in urine alcaline di soggetti con dieta prevalentemente vegetariana, con fre-

quenti flogosi urinarie e colon irritabile. Sul piano tipologico si formano nei pazienti appartenenti alla costituzione fosforica, anche se dal punto di vista psichico prevale la depressione e la mancanza di creatività, con una paradossale tendenza ad atteggiamenti monotoni sicotizzanti (tipologia che da Calcarea phosphorica virano in Kalium-Natrum phosphoricum, Phosphorus, Phosphoricum acidum), ma anche Natrum muriaticum, Silicea, Causticum e Sepia. I calcoli uratici sono rossastri, variegati, presenti nelle urine acide soprattutto di soggetti in cui prevale il consumo di proteine animali con associati disturbi cardiocircolatori, soprattutto ipertensione arteriosa. Sono generalmente sporici in cui prevalgono tipologie sulfuriche (Sulphur, Sulphur iodatum) o carbosulfuriche (Calcarea carbonica, Calcarea sulphurica, Bryonia) o sulfo-fluoriche (Lachesis, Aurum, Platinum). E' presente nella maggior parte di questi pazienti un carattere estroverso, fantasioso, creativo che vicissitudini della vita su base psichica (frustrazioni, dispiaceri a lungo patiti, privazioni, lutti) portano alla tipologia Lycopodium. Altre volte sono soprattutto eziologie legate per lo più allo stile di vita (autointossicazioni, sport eccessivo, limitata assunzione di liquidi, eccessiva dieta carnea, sudorazioni, disidratazioni da clima caldo secco o caldo umido, diaree, vomito) che conducono alla tipologia Lycopodium e/o Nux vomica.

I calcoli di ossalato di calcio sono di colore nero-brunastro, duri, dall'aspetto di una mora, si formano in urine alcaline. Insorgono soprattutto in tipologie sulfuriche magre o muriatiche scompensate. I soggetti diventano molto sensibili alle opinioni altrui, spesso sono velleitari, autoritari (Lycopodium, Bryonia, Natrum sulfuricum, Aurum). I calcoli di cistina sono giallastri, cerei, insorgenti in urine acide di soggetti psichicamente ben equilibrati e razionali tendenti all'aumento ponderale con intolleranza glucidica ed alle dislipidemie. Sono soggetti sovrapponibili a quelli degli "acidi urici" carnivori che rimuginano e perseverano nei loro atteggiamenti tipici dei carbo-sicotici (Calcarea carbonica, Thuja). Infine i calcoli di xantina di colorito bruno, lisci, ovali, friabili, insorgenti in urine acide di soggetti irrequieti, iperattivi, con crisi d'ira, manifestazioni dispeptiche e turbe epatobiliari corrispondono a tipologie come quelle riferite ai calcoli uratici, e sono rappresentati soprattutto da Lycopodium e Nux vomica. In conclusione riportiamo solo alcuni tra i più frequenti rimedi a valenza costituzionale -diatesica.

Calcarea carbonica: per la sua importanza nelle turbe del metabolismo calcico è il rimedio di terreno più importante nelle litiasi ossalica e uratica. La sua prescrizione non solo riduce e risolve i sintomi ma favorisce la migrazione del calcolo e corregge il dismetabolismo. Calcarea Phosphorica è da prescrivere nella litiasi fosfatica in cui è prevalente il modello costituzionale fosforico e la diatesi tubercolinica ed in cui è spesso presente fosfaturia ortostatica. Lycopodium iperuricemico e iperazotemico è ovviamente indicato nelle litiasi uratica in cui è possibile apprezzare un deposito di sabbia rossa nelle urine. Benzoicum Acidum presenta nefrolitiasi uriche in pazienti con infezioni urinarie a ripetizione ed urine con caratteristico odore ammoniacale penetrante, tanto da impregnare vestiti e corpo. ■

Il contributo della MTC e della fitoterapia

Gabriele Saudelli

Fitoterapeuta, agopuntore. Consigliere SIOMI, Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata
E-mail: g.saudelli@siomi.it

Nella Medicina Tradizionale Mediterranea, egiziana, poi ellenica, poi diffusa in Europa, venivano presi in considerazione gli *Umori*, da cui nasceranno, in seguito, i quattro e poi cinque elementi, quando gli ippocratici ed i dioscoridei portarono la loro concezione in Oriente, Tibet, prima, Catai (Cina), dopo. Ai quattro umori, Bile gialla, Bile nera, Flegma e Sangue, sono connesse le quattro stagioni, i quattro elementi, i quattro temperamenti ed alcune commistioni meteoriche che predispongono alla diatesi delle malattie. Nel concetto numerologico la base quattro riguarda il *ctonio*, le cose terrene, fisicamente riconoscibili e palpabili, senza giudizio né visione. Il giudizio comporta un livello superiore, umano, così come “guardare” implica la sola considerazione dell’esistenza di un oggetto, animato o non che sia. “Vedere”, il cui etimo si perde in sanscrito parlato e scritto alle pendici himalayane, come “oida”; “veda”, “vedo”, quando viene aggiunto il digamma.

“Oida” rimane, come suffisso significante “a guisa di”, “con la forma di”, come in Orchidea, il fiore che ricorda la borsa scrotale, inconscio invito a trascorrere un po’ di tempo dedicandosi alla ri-creazione, piuttosto che alla procreazione, sotto il tenero manto di Afrodite. Vedo, dunque osservo con attenzione, implicando pertanto un guardare con integrazione corticale. È qui che appare il cinque. Cinque dita. Cinque sensi. Cinque estremità: testa, arti superiori ed arti inferiori. Cinque organi principali e cinque visceri principali. Cinque, come in sanscrito è descritto l’*Om*. Il radicale centrale è il numero cinque, così come lo conosciamo, i cinque organi, i cinque visceri. In basso, con andamento serpentino, l’origine della vita, il Kundalini. In alto, sopra i cinque organi, la fontanella da cui esce l’anima quando Yin e Yang si separano, la morte del corpo. Il disegno è un dono del prof. Pasang Yonten Arya, uno dei medici del XIV S. S. il Dalai Lama Tenzin Gyatso, già direttore dell’ospedale di Dharamsala e docente di Fitofarmacologia e di Astrologia medica in Medicina Tradizionale Tibetana. Sia in medicina Tibetana, sia in quella Cinese, l’equilibrio dinamico tra Yin e Yang, tra Acqua e Fuoco, è la vera base della buona salute. Nella simbologia universale fin dai tempi antichi, il disegno che indica l’Acqua tende al basso, come l’acqua contenuta nell’alveo di un fiume, con il vertice diretto verso il basso. Il Fuoco, invece, è ovviamente rappresentato da un triangolo con il vertice in alto, simulando così una

fiamma che divampa. I due elementi primordiali, lo Yin e lo Yang, rispettivamente. Gli altri sono intermedi: Aria e Terra, rispettivamente Triangolo con vertice in alto e linea orizzontale a 2/3 e Terra, come Triangolo a vertice in basso e linea orizzontale a 2/3. Tornando, invece, al rapporto tra i due elementi primordiali, Acqua e Fuoco, una ristagna verso il basso, mentre l’altro tende all’alto; i due non si toccano, sono isolati, statici. Non sono produttivi. Se, però, invertiamo la loro posizione, con il Fuoco in basso e l’Acqua posta sopra di esso, non saranno più statici, ma dinamici e fruttiferi. Il concetto è la cottura, in qualunque modalità si possa pensare. Ippocrate definiva lo Stomaco sede della “prima cozione”, la prima trasformazione del cibo, la prima separazione, nel cibo, di ciò che è utile che si trattiene, da ciò che non lo è, che viene

indirizzato verso il basso per un ulteriore filtraggio e, infine, l’eliminazione. In Medicina Cinese l’energia, Qi, si ottiene, oltre che dal patrimonio energetico ereditato (Cielo Anteriore) come Yuan Qi e dal patrimonio energetica in via di acquisizione esterna (Cielo Posteriore), cioè il Jing si trasforma in Energia, si ottiene, dicevo, in prima istanza dal cibo ingerito, prima cozione (Gu Qi, energia degli alimenti). La seconda cozione, per gli antichi mediterranei, avveniva in testa, grazie alla

risalita della parte pura dallo stomaco, ridiscendendo come “Phlegma” o Catarro (Tan, in cinese) che vanno a formare i fluidi corporei, sangue nella sua componente bianca, divenendo parte importante nelle difese immunitarie. Nella Medicina Cinese questa seconda cozione avviene anch’essa in alto, mediante la testa, ma è l’aria inalata, la Tian Qi, Tian significa del Cielo, celeste, Qi, energia. Queste due energie, dal cibo e dall’aria, l’ossigeno, si fondono nel torace divenendo Zong Qi, l’energia Fondamentale. Si chiama così perché è quella che alimenta le due funzioni, respiratoria e cardiaca. Fondendosi con l’energia primordiale, quella dei genitori Yuan Qi, diventa Zhen Qi, l’Energia Vera, che si scinde in energia trofica, nutritiva, Ying Qi ed in Energia difensiva, o Wei Qi, riconnettendosi a ciò che ippocraticamente si osservava dopo la seconda cozione, cranica, con la trasformazione in energia immunitaria. Questa possiede alcuni aspetti molto importanti, in quanto tale: non solo difende il nostro organismo, ma lo fa anche tramite il controllo dei pori cutanei permettendone apertura e chiusura, consentendo, o meno, la fuoriuscita di una parte di Acqua, al fine di



farla evaporare, raffreddando, di conseguenza, i tessuti sottostanti. Quando in Estate, a pori aperti, quindi, si entra in un ristorante gelido per via dell'eccessivo utilizzo dei climatizzatori, il Freddo, tramite i pori lasciati aperti, penetra nell'organismo, affliggendo i piani superficiali, come i muscoli, oppure proseguendo in profondità fino all'organo che controlla la cute, il Polmone (e le vie aeree inferiori e superiori). Un altro aspetto del tutto peculiare è che questa energia viaggia ad "ondate" nel nostro corpo, cinquanta volte al giorno, venticinque di giorno, in superficie, e venticinque di notte, in profondità. Vale a dire che ogni 28 minuti e 48 secondi l'energia difensiva fa un giro di giostra. Di giorno, riparandoci dagli insulti esterni e di notte, resettando la composizione ed ordine delle cellule degli organi, ripulendole, pettinandole, come capelli, in cui, talvolta, si formano nodi, grossolani accumuli neoformati, sciogliendoli; ridurre le ore di sonno può ridurre questa azione di reset e pulizia, con le conseguenze non difficili da immaginare. Quindi, in questo alternarsi di cotture e conversioni, alchemiche e semplici, si formano i calcoli. Perché, dunque?

Visceri come la colecisti o cavità viscerali, come il bacinetto renale, nelle concezioni umorali e tradizionali, così come lo stomaco è sede della prima cozione su accennata, anche questi visceri eseguono una cozione. La quantità di fluido biliare escreto quotidianamente (quantificabile in 600/1200 ml al giorno) grazie al riassorbimento di acqua ed elettroliti, la cistifellea può concentrare la bile fino a 20 volte il volume originale; d'altronde come fa a stare un litro di bile in un sacchetto di capacità media di 30 ml, fino a 60, al massimo. La cozione, una seconda cozione, per "separare il puro dall'impuro", ancora, purificando, per trattenere ciò che nutre il nostro organismo. Questa "cozione" ha la funzione di ridurre la quota idrica biliare. In medicina cinese, cioè, la colecisti "riscalda" il liquido biliare per concentrarlo, via via riducendo acqua e così facendo, il volume si adatta al nuovo contenitore. Spesso, quando insegno, spiego questo fenomeno con un semplice e facile paragone: in cucina il cibo viene messo in padella per cuocerlo, cioè per cambiarne le qualità chimico-fisiche, in primis la concentrazione idrica. Si cuoce, si cuoce, finché la densità sarà quella giusta. Così come la bile sgorgata dal fegato viene deidratata per compostarla nella sua apposita fiaschetta.

Ritornando all'esempio domestico, il pomodoro sta gentilmente borborigmizzandosi nella padella sul fuoco lento, giusto per concentrarlo, ai fini del successivo utilizzo. Così, anche se lui, il pomodoro, non lo sa, accresce la quantità del favolo antiossidante licopene, poco presente nel pomodoro appena comprato, ancora con quegli spruzzi di verde. Quando sarà maturo, avrà molto più principio, ma sempre meno di quando è moderatamente cotto. Le bolle si fanno via via più intense, il livello del liquido cala, arriva il profumo quasi giusto, quando squilla il telefono. E non è il classico, buon operatore di una compagnia telefonica che anela alla possibilità di raggiungere un luogo molto comunemente frequentato, finisce per... ano, no, anzi, ...ulo, ma non ricordo bene.

No, è, invece, una cara compagna del liceo, che quando si sposò migrò oltreoceano, mica negli USA, ma in Australia dove, come ti muovi, come anche il pomodoro della

nostra storia, dove ti rendi conto che un intero continente, come quota di viventi non umani, tenta solo di mangiarti. In questo caso, oltre al punto precedente, il marito aveva per fortuna deciso di tornare in Italia. E via, racconto dopo racconto, minuto dopo minuto, finché un forte odore di bruciato si interpone tra cornetta e cucina. Oddio, il sugo, interrompendo la fitta chiacchierata, rimandandola. La padella è fumante, uno strato pesante di fumo limita anche la visuale, ma si intravede subito, nella totale irrecuperabilità del sugo, le chiazze nerastre incollate alla padella. Incrostazioni difficili da asportare nel lavaggio, specie senza rovinare la nuova padella, antiaderente. Anche la cistifellea è una padella e se per caso il fuoco aumentasse, ecco che il sugo, quasi un fango, uno sludge, inizia la sua concretizzazione. Un po' immaginifica, lo so, ma molto aderente alla realtà. Così come nel rene, in cui il meccanismo è analogo.

Quindi, in medicina ippocratica (e cinese) è solo una questione di quantità di Fuoco sotto la padella, colma di materiale Acquoso. Sarà pertanto, principalmente, il Fuoco eccessivo a provocare la produzione di calcoli, ma anche - un po' meno - la composizione del liquido che giunge alla cottura. In cinese si chiama Umidità, una sorta di denso magma, come il catarro (Tan), come lo strutto fuso. Troppo grasso frigge, aumentando la possibilità di "bruciature". Così come se l'acqua è troppo densa di calcare... E' questa l'accoppiata Calore/Umidità, in linguaggio medico cinese.

Il riferimento alla cucina non è casuale: in fitoterapia quante volte la farmacia è il retrobottega della locanda ed altrettanto dalla farmacia alla cucina il passo è breve; alla Expò di Milano avevo presentato una piccola relazione sulla dietetica cinese, dal titolo "Dalla padella al borace", sostanza, quest'ultima, importata proprio dalla Cina ed impiegata fino a qualche anno fa in farmacia, per preparazioni galeniche e non, noto come tetraborato di sodio., piuttosto noto all'omeopata... In fitoterapia cinese, sia la formazione litiasica si sia formata nella colecisti, oppure nel bacinetto renale o ancora, più raro, nella ghiandola salivaria (scialolitiasi), ovunque sia una sola pianta è sufficiente nella maggior parte dei casi. Sempre che la frequenza delle coliche, sempre troppo dolorose, prescindendo dal luogo di formazione, non imponga la rimozione chirurgica. A questa droga vegetale non interessa dove, né come la formazione litiasica sia formata. Dove è, la colpisce. Magari, sempre, però, molto spesso, fa il suo dovere. Si chiama con diversi sinonimi: *Lysimachia christinae*, herba è il più comune, ma, giusto per rompere le palle, frequentemente si usa *Glechoma longituba*, mentre in terza posizione si piazza *Desmodium styracifolium*; gli altri concorrenti si piazzano in quarta ed in quinta posizione, rispettivamente *Hydrocotyle sibthorpioides* Lam. var. *batrachium* ed infine, *last but not least*, *Dichondra repens* (somiglia un po' alla nostra diffusa *dichondra*). Più familiarmente, si chiama Jin Qian Cao (prn: Gin Cian Zao).

Si usa come decotto o, meglio, come infuso. Ho notato su alcuni pazienti che utilizzavano il mezzo "infusione" per l'estrazione dei principi attivi acqua troppo bollente, che non raggiungevano lo scopo prefisso; gli stessi che, magari, fino ad un mese prima, usavano acqua tiepida con

successo ecografico, scomparso, poi, all'aumentare della temperatura del solvente. Comunque, come decotto, si può utilizzare con molta duttilità: dai 10 ai 60 grammi al dì; ma anche in casi estremi, fino a 120 grammi al giorno! Come riportato in Materia Medica cinese, *Lysimachia* è Dolce, come Sapore e leggermente amara, mentre la sua Natura è Fredda. I canali energetici d'impatto sono Fegato, Vescica biliare, Rene e Vescica. Tipici altri utilizzi includono quello diuretico per trattare la ritenzione urinaria quando il sintomo è la stranguria da stato infettivo, rimuovendo infatti Calore e sostanze tossiche/Umidità. Non solo le litiasi, ma altri utilizzi sono edema da nefrite (un altro caso di Calore/Umidità), ustioni e morsi di serpente. In caso di ittero da Calore/Umidità (epatite acuta), si usa combinata con una delle tante specie di *Artemisia*, *Yin Chen Hao*, *Artemisia capillaris* o *scoparia*, e *Zhi Zi*, *Gardenia jasminoides*. Si può aggiungere, specie se presente Calore/Umidità e litiasi, *Da Huang*, *Rheum palmatum* o *Rabarbaro* e *Yu Jin* (*Curcuma aromatica*, non la zedoaria, né la *Longa*). Queste ultime due droghe hanno effetto notevole sul Calore e vanno sospese quando si raggiungerà lo scopo prefissato.

La formula *YIN CHEN HAO TANG*, a base di *Artemisia capillaris*, *Gardenia* e *Rabarbaro*, commercialmente nota in Italia come *Artemisia 3*, in compresse, è reperibile nelle farmacie, così come l'estratto secco 5:1 di *Lysimachia*.

I principi attivi: la pianta intera contiene flavonoidi, acido idrossibenzoico, uracile, cloruro di sodio, cloruro di potassio, nitriti, cAMP, cGMP, polisaccaridi ed elementi traccia, come calcio, magnesio, ferro, zinco, rame, manganese, cadmio, nickel e cobalto; inoltre sono presenti quercetina ed isoquercetina, kaempferolo... È stata accertata la proprietà immunostimolante (polisaccaridi), antiinfiammatoria, antibatterica.

Si ipotizza un ruolo simile a ciclofosfamide, che sicuramente ne viene potenziata. Una curiosità: inibisce il tempo di rigetto da allotrapianto cutaneo. Le controindicazioni e gli effetti indesiderati: *Lysimachia* è un potente diuretico non risparmiatore di K^+ . I sintomi più eclatanti sono vertigine ed ipotensione, specie dopo un uso prolungato. Per cui, nei pazienti affetti da forme croniche di diarrea oppure nei pazienti che già assumono diuretici che inducano ipopotassemia o si evita la somministrazione della frazione diuretica dell'antiipertensivo (spesso sono farmaci combinati: molecola e diuretico) oppure, monitorando la potassiemia o, più semplicemente, ingerendo mezza banana quotidianamente, così come gli alimenti citati in un sito pubblico di INRAN: <http://www.valori-alimenti.com/cerca/potassio.php>. Sito davvero notevole: di pubblico accesso, non si occupa solo di potassio, ma della maggior parte degli alimenti comunemente o meno reperibili.

Nella parte riguardante gli alimenti che contengono ferro, si possono ammirare esempi come orso polare, coscia, battuto di scoiattolo, alce, carne cruda ed altre amenità che la gravida, come ben si sa, dimolto apprezzerà. A proposito di gravidanza: la droga si considera safe, sicura. Meglio attendere il parto, però, data l'assenza di lavori in merito. Ed ora le dosi: per il decotto ne ho già scritto in precedenza. Dai 10 ai 30 grammi sono la dose più frequente.

In caso di errore, sapere che in certi casi si somministrano fino a 120 grammi al giorno, rasserena. Esistendo, però, anche sotto forma farmaceutica di Estratto Secco in ratio 5:1, ovvero 1 grammo di ES equivale a 5 grammi di droga da decuocere, ne consegue che circa 5 grammi di estratto secco, corrispondono a circa gr. 25 di droga, una dose media, sicuramente incrementabile fino al massimo di grammi 12.

Preparazione: in una caraffa o, meglio, in un termos di capacità idonea, si versano i cinque grammi della polvere di estratto secco (cinque equivalgono ad un cucchiaino da brodo, colmo), insieme ad acqua più che tiepida (non bollente! Va bene intorno ai 50-60° C); come già scritto precedentemente, evidentemente uno dei componenti attivi, principali, è termolabile. Se ne assumono quattro bicchieri al giorno, quindi quattro volte di giorno, evitando pertanto la somministrazione notturna, per consentire il riposo del paziente e, conseguentemente, la riduzione della temperatura corporea che, appunto, avviene di notte, con picco inferiore alle ore (circa) 1-3, cioè l'orario energetico del Fegato, il momento di risveglio più frequente nelle epatopatie anche solo funzionali. Un bicchiere da 250 ml ogni quattro ore.

Si deve iniziare sempre ad un tempo zero: cioè, prima di iniziare l'assunzione della droga, occorre fare eseguire al paziente ecografia dell'addome superiore, segnatamente nella zona bilio-epatica, al fine di misurare i diametri delle formazioni litiasiche. La prima verifica non può essere ripetuta se non dopo due mesi di trattamento, essendo questo molto protratto.

Nella mia esperienza, in ambedue le sedi dei calcoli, la riduzione mensile del diametro è solo di mm. 0,3. Vale a dire che la riduzione di mm. 3 si ottiene solo in dieci (10) mesi di trattamento. Nonostante il pericolo derivante dalla piccolezza di questi calcoli, curiosamente non ho mai osservato dolori a colica (ovviamente è successo subito ad un caro collega, che insegna omeopatia in una delle nostre scuole, quando mi chiese aiuto per un paziente. Suo).

Ho invece avuto degli insuccessi, difficilmente classificabili; un caso (poi rivisto in un altro assistito, con la stessa motivazione) lo ho già descritto. Utilizzava acqua bollente. Un altro caso era un uomo di circa trent'anni, già sottoposto ad interventi e bombardamenti ultrasonici ad entrambi i reni, con le solite conseguenze: coliche e poi recidive. Dosi di *Lysimachia* anche esagerate, non comportarono alcuna variazione. Il paziente si recò in sala operatoria, deluso. Durante l'intervento la fidanzata mi chiamò per dirmi che sì, si era ottenuta la parziale frammentazione chirurgica del mega calcolo, ma non tutto potette essere estratto in una unica soluzione. Qualche giorno dopo il residuo venne asportato ed il chirurgo si raccomandò di proseguire l'assunzione di *Lysimachia*, che conosceva (davvero incredibile). Che io sappia, negli anni successivi, almeno sei, non ebbi più notizie di recidiva.

In effetti, la percentuale di recidive (e non ne conosco il motivo) dei pazienti trattati con questa droga è realmente molto bassa. Occorrono nuovi studi per ottimizzare al meglio l'utilizzo di questa particolarmente utile droga. ■

Il contributo dell'agopuntura

Maria Concetta Giuliano

Medico di Medicina Generale, esperto in agopuntura
Mail: mc.giuliano@siomi.it

In Medicina Tradizionale Cinese (MTC) le litiasi - sia biliari che renali - vengono trattate in genere con un approccio olistico, biotipologico, adattato quindi al singolo individuo, secondo la metodologia clinica tipica delle medicine alternative e complementari (CAM), pertanto si interviene sia con la fitoterapia cinese che con le modifiche dietetiche e dello stile di vita, riservando l'agopuntura o l'elettro-agopuntura (EA) alle coliche ed alla loro prevenzione nelle forme ricorrenti, come già riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Nelle forme di dolore acuto, come quello della colica, il trattamento con l'agopuntura è infatti possibile, anche se non usuale, per cui l'indicazione esclusiva si trova nei casi in cui l'analgesia farmacologica è controindicata per la presenza di altre malattie o allergia verso gli analgesici, di contro è più utilizzata in combinazione con la terapia convenzionale, permettendo la riduzione dei farmaci analgesici. A differenza del dolore somatico e di quello neuropatico, entrambi forti e ben definiti, il dolore viscerale ha una fisiopatologia alquanto complessa e caratteristiche uniche quali l'essere un dolore acuto, diffuso, talvolta localizzato su zone del corpo differenti e lontane; è connesso a marcate reazioni del parasimpatico tra cui pallore, sudorazione profusa, nausea e disturbi gastrointestinali.

Attualmente, i farmaci più comuni sia per il dolore viscerale cronico che per quello acuto sono gli analgesici oppiacei, i farmaci antinfiammatori non steroidei, le benzodiazepine, gli antispastici, gli antidepressivi; in Italia, più utilizzati sono il ketorolac, rapidamente efficace ma gravato da alto rischio di effetti collaterali gravi e la morfina solfato, quest'ultima indicata per gli anziani o i soggetti a rischio di complicanze gastrointestinali e renali. Questi farmaci tuttavia non rappresentano la soluzione ottimale a causa degli effetti collaterali tra i quali predominano la dipendenza e costipazione. Questo ha comportato, in Occidente, la ricerca di metodi analgesici alternativi e fin dal 1950 sono stati effettuati un gran numero di studi sull'agopuntura per chiarire il meccanismo che sta dietro i suoi effetti inibitori sui vari tipi di dolore¹, tra cui il dolore viscerale, dimostrando come essa inibisca il dolore attraverso alcune sostanze bioattive principalmente gli oppioidi, che desensibilizzano i nocicettori periferici e riducono perifericamente le citochine proinfiammatorie, deprimono le attività neuronali a livello centrale; inoltre - tramite serotonina e noradrenalina - si riduce nel midollo la fosforilazione della subunità GluN1 del recettore N-Metil-D-Aspartato (NMDA). Si ipotizza anche che l'analgesia per agopun-

tura sia il risultato dell'interazione e integrazione di segnali a diversi livelli di nevrassa, provenienti dalle radici dorsali dei gangli (DRG) di afferenze originate da punti di agopuntura sia a livello somatico che viscerale, i cui substrati neurali permettono di sintetizzare in tre principali meccanismi gli effetti di inibizione dell'agopuntura sul dolore viscerale: a) i segnali provenienti dai punti terapeutici di agopuntura interagiscono sulle DRG a livello del midollo spinale e sulle strutture sovraspinali "matrici del dolore" con quelle dell'organo interno coinvolto deprimendo la trasmissione e la percezione sensoriale nocicettiva; b) azione modulatrice sulla sintesi e secrezione di componenti endogene derivate da enterociti e cellule più specializzate come enteroendocrine e cellule immunitarie a livello epiteliale che regolano le attività efferenti dei centri nervosi spinali autonomi e sovraspinali; c) azione sui nocicettori attraverso il rilascio di mediatori immunitari di derivazione enteroendocrina, interagendo anche a livello del microbiota gastrointestinale; i prodotti microbici possono probabilmente eccitare le terminazioni sensoriali ed evocare direttamente il dolore viscerale, l'agopuntura regolerebbe la motilità gastrointestinale bloccando anche la produzione di sostanze pro-nocicettive da parte del microbiota². In sostanza, gli effetti dell'agopuntura non si limitano solo all'attività analgesica ma svolgono anche azione vasomodulatrice e trofica; antinfiammatoria e di regolazione del sistema immunitario; decontratturante-antispastico, con rilasciamento della muscolatura somatica e viscerale; ansiolitica-antidepressiva, agendo a livello del sistema limbico e della corteccia cerebrale e sulla regolazione della secrezione di neuromediatori (quali serotonina, GABA, etc.); infine, azione regolatoria neuro-ormonale, attraverso l'asse ipotalamo-ipofisario-gonadico, permettendone il controllo dell'omeostasi.

Colelitiasi e colecistite sono le due principali patologie della colecisti, in MTC sono comunemente considerate insieme per quel che riguarda il dolore ipocondriaco, costale, il dolore gastrico e l'ittero, ed associate ad alcune disarmonie, soprattutto il ristagno di Qi per lungo tempo, complicato dalla presenza di calore, accumulo di tossine, e debolezza di milza; il normale flusso della bile è una manifestazione del flusso regolare del Qi del fegato, la cui stagnazione - spesso causata anche da depressione emotiva, oltre che da errori dietetici - porta alla mancanza di flusso biliare. Si tratta di patologie trattate da sempre in Oriente con agopuntura, ma gli studi scientifici sulle sue indicazioni sono relativamente recenti e ormai essa viene integrata alla medicina convenzionale, con la fitoterapia cinese, con quella occidentale e con

l'omeopatia. Diverse pubblicazioni riportano inoltre gli effetti favorevoli dei trattamenti dell'agopuntura somatica combinata con l'auricolo-agopuntura, ottenendo maggiore efficacia nel favorire l'eliminazione dei calcoli: la stimolazione elettrica (circa 20 Hz) dei punti auricolari di fegato e colecisti induce contrazione della colecisti e favorisce il passaggio dei calcoli, i punti auricolari nell'orecchio sinistro di colecisti e pancreas possono rilassare lo spasmo della muscolatura liscia del dotto comune, mentre il 34 VB - punto somatico - può rilassare rapidamente lo sfintere di Oddi, favorendo l'espulsione dei calcoli biliari ed intervenendo anche nei casi di discinesia biliare. Si è visto inoltre che l'agopuntura, in particolare se associata ad elettrostimolazione (elettroagopuntura - EA), sui punti 18V e 4F promuove la secrezione di bile riducendo così la formazione di calcoli, più precoce è il trattamento prima si riduce la percentuale di litogenesi³. I punti di agopuntura somatici utilizzati prevalentemente sono: 18V, 24VB, 34VB, 14F. Punti quali 19V, 6SJ, 24VB, 34VB, 13F e 14F sono raccomandati sia per la colelitiasi che per la colecistite. Punti simili sono utilizzati in altri studi, particolarmente la combinazione di punti locali anteriori (24VB e 14F, o anche 13F) con o senza i cosiddetti Shu posteriori (18V e 19V) ed altri punti del meridiano di Vescica. I punti distali hanno minori evidenze (ad eccezione del Punto colecisti M-LE-23, situato circa 4 cm dietro il 34VB), quali il 12R, talvolta il 34VB, il 39VB o il 3F, 6P ed il 6TR - questi ultimi due usati ancora più raramente. In genere sono utilizzate elettrostimolazioni tra gli 8 ed i 20 Hz. L'agopuntura è anche utilizzata nella analgesia chirurgica in corso di colecistectomia, ed i primi interventi in analgesia per agopuntura in Italia risalgono alla fine degli anni '70 presso la Patologia Chirurgica dell'Università di Catania in cui era attivo l'unico centro Universitario di Agopuntura, Auricoloterapia e riflessoterapia⁴. I punti utilizzati nelle colecistectomie in generale sono 27VB, 14F, 4F, 36S, 4SP; oltre ai punti auricolari Shen Men, Colecisti, Fegato, Parasimpatico e Subcorticale.

La terapia delle patologie urinarie secondo la MTC prevede il trattamento di tutto il sistema urinario, il bilanciamento degli elettroliti minerali e del sistema endocrino, in particolare prostaglandine e diversi neurotrasmettitori, cercando di ristabilire l'equilibrio del sistema per prevenire la formazione di calcoli. L'integrazione delle terapie convenzionali con l'agopuntura è riconosciuta dall'American Urological Association (AUA), pur richiedendo una costante verifica e convalida in modelli di ricerca scientifica, per cui sul trattamento delle coliche renali si ritrovano in letteratura scientifica diversi studi di buona qualità che hanno messo a confronto il trattamento con agopuntura con il trattamento farmacologico convenzionale: es. con l'Avafortan intramuscolo (Noramidopirina = Novalgina in Italia) Lee et al.⁵, dove l'agopuntura era ugualmente efficace ma dava una risposta più rapida, senza presentare effetti collaterali quali rash cutaneo, tachicardia, astenia e flushing facciale, ileo paralitico presenti nel 43% dei pz trattati con Avafortan; con il dolantin (Meperidina) e la scopolamina, Ju e Niu⁶; con Diclofenac, Kaynar et al.⁷ nel 2015 sull'American Journal of Emergency Medicine, in cui si confermava

una risposta più rapida nel gruppo trattato con agopuntura, concludendo che, in pazienti con colica renale che non possono essere trattati con farmaci antispastici, antinfiammatori non steroidei, paracetamolo o morfina, per il rischio di effetti collaterali, l'agopuntura può essere considerata un trattamento alternativo efficace e sicuro. Altro campo di applicazione del trattamento con agopuntura nelle nefrolitiasi è quello nella litotripsia extracorporea (ESWL), in cui l'agopuntura permette di ridurre l'uso di sedativi ed analgesici. Miyaoka e Monga - Dipartimento di Urologia dell'Università del Minnesota⁸ - nel 2009 convalidavano i suoi effetti ansiolitici ed analgesici sia nel pretrattamento che durante l'ESWL, confermando quanto riportato dalle ricerche di Rogenhof et al.⁹ che nel 2004 avevano presentato uno dei primi studi prospettici sul ruolo di agopuntura durante ESWL. Dal punto di vista pratico, nelle coliche renali o nella ESWL, l'agopuntura viene ripetuta a intervalli temporali molto brevi e le sedute richiedono la manipolazione o elettrostimolazione dell'ago (tra i 4 ed i 30 Hz); i punti più utilizzati sono: 23V, 6 MC, 36 ST, 25VB, 3F e 4GI. Si associano anche i punti della agopuntura auricolare: Shen Men, Rene, Fegato, Vescica, Uretere e Parasimpatico.

In entrambe, colelitiasi e nefrolitiasi, per le forme croniche e recidivanti, l'agopuntura va personalizzata, associata alla terapia medica convenzionale o all'omeopatia ed alla fitoterapia oltre che ad una corretta terapia nutrizionale, in un'ottica di medicina integrata, oltre che come terapia di prevenzione; i punti sono quindi scelti dall'agopuntore secondo i criteri della MTC, anamnesi, clinica, modalità e biotipologia del paziente, orientando il trattamento a ristabilire una fase di equilibrio e quindi raggiungere una omeostasi efficace anche nella loro prevenzione.

Una arma in più per l'agopuntore/omeopata sul controllo delle coliche epatobiliari e renali, oltre che nella prevenzione delle recidive, è la biomesoterapia - tecnica che prevede la infiltrazione di rimedi omeopatici iniettabili su punti di agopuntura, aumentando così l'efficacia del trattamento. Inizialmente definita come "Omeosiniatria" nel 1947 dal Dr. De La Fuyè¹⁰, essa associa l'effetto dei rimedi omeopatici alla azione dovuta alla stimolazione dei cosiddetti "zonidi omeosiniatrici", aree cutanee molto ricche in recettori coincidenti per l'80% con i punti di Agopuntura, definiti e identificati dal Dr. Weihe jr. (1840-1896) che trovò per vari rimedi omeopatici una corrispondenza specifica con ogni punto o gruppi di punti di agopuntura. Furono denominati infatti "Punti di Weihe", utilizzati dai grandi Agopuntori/Omeopati dei primi decenni del secolo scorso (Nebel, Chiron, Jarricot), e rivisitati in epoca relativamente recente dal prof. Milani che ne ha approfondito gli aspetti fisiologici, diagnostici ed ampliato anche quelli terapeutici¹¹. Si utilizzano in genere aghi per mesoterapia di 27 o 30G per 4 o 6 mm, in relazione alla quantità di punti e sostanze da iniettare. I farmaci omeopatici utilizzabili possono essere scelti tra gli unitari o composti e le diluizioni variano a seconda della situazione clinica ed alla tipologia individuale, o sulla base di vari studi clinici di buona qualità; le dilui-

zioni dei rimedi vanno dalla D4 alla D200 secondo la farmacopea tedesca, che prevede anche le formulazioni iniettabili, utilizzate di frequente anche nelle strutture pubbliche della Repubblica Federale Tedesca. Nelle coliclitiasi i farmaci omeopatici che si iniettano con maggior frequenza contengono rimedi costituzionali (Sepia, Natrum sulphuricum, Calcarea carbonica, Nux vomica), oltre quelli correlati all'espressione sintomatologica clinica ed alle sue modalità: Bryonia, Colocynthis, Veratrum, Arsenicum album, Chelidonium, Thuja, Clematis, Argentum nitricum, etc. Nelle nefrolitiasi i farmaci più di frequente utilizzati, secondo diatesi e biotipologia, sono Calcarea carbonica, Calcarea phosphorica, Sepia, Silicea, Thuja, Lycopodium, Acidum benzoicum; per le manifestazioni cliniche tipiche i rimedi più usati sono Equisetum, Sarsaparilla, Berberis, Atropinum, Cantharis, Mercurius solubilis, Apis, Belladonna, Ignatia, Plantago.

Bibliografia

1. Veroux G., Perciavalle V. Fundamental and scientific research in acupuncture. *Acupunct Med* 1988; 5:2 12-14.
2. Chen S., Wang S., Rong P., Wang J., Qiao L., Feng X., Liu J., Zhang J. *Acupuncture for Visceral Pain: Neural Substrates and Potential Mechanisms. Evidence-Based CAM*, 2014.
3. Mayor DF. *Electroacupuncture: A Practical Manual and Resource - Elsevier Health Sciences*, 2007.
4. Cannizzaro MA, Amodeo C, Mortellaro N, Bordi A, Bosco M, Giuliano MC, Franco S, Cosentino F, Nicotra P, Veroux G - L'analgesia per agopuntura in chirurgia - *Atti Società Siciliana di Chirurgia - 1982*.
5. Lee YH1, Lee WC, Chen MT, Huang JK, Chung C, Chang LS. *Acupuncture in the treatment of renal colic. J Urol.* 1992 Jan; 147(1): 16-8.
6. Ju BJ, Niu LL - Analysis of therapeutic effect of acupuncture at neiguan (PC 6) and zusanli (ST 36) on acute renal colic *Zhongguo Zhen Jiu.* 2012 Nov; 32(11): 975-8.
7. Kaynar M, Koyuncu F, Buldu I, Tekinarslan E, Tepeler A, Karatağ T, İstanbulluoğlu MO, Ceylan K - Comparison of the efficacy of diclofenac, acupuncture, and acetaminophen in the treatment of renal colic. *Am J Emerg Med.* 2015 Jun; 33(6): 749-53.
8. Miyaoka R, Manoj M - Use of Traditional Chinese Medicine in the management of urinary stone disease. *Int Braz J Urol* 2009; 35(4): 396-405.
9. Rogenhofer S, Wimmer K, Blana A, Roessler W, Wieland WF, Filbeck T - Acupuncture for pain in extracorporeal shockwave lithotripsy. *J Endourol.* 2004 Sep; 18(7): 634-7.
10. De La Fuyè R – *Traité d'Acupuncture (Tomo I). Librairie E. Le François, Paris; 1947*.
11. Milani L – *Weihe e altri Punti. Tra Agopuntura e Omeopatia. Libro-Atlante. Guna Ed., Milano; 2004*.

LA SOLUZIONE

Assassinio in autostrada

Alla pronta risposta di Tarcisio il capitano ammutolì. Ortensia confusa, ma anche compiaciuta dall'inaspettata gelosia del dottor Giretti, cercò di cambiare discorso: - Io pensavo che il colpevole fosse Pippo, l'individuo allergico al polline. Allium cepa non serve per curare i sintomi derivanti dall'allergia?

Giretti: - I sintomi di Pippo, caratterizzati da prurito intenso agli occhi, bruciore, annebbiamento della vista, corrispondono al rimedio Euphrasia. Mentre per l'altro indiziato, Mago Merlino, colto da prurito da stress, era più congeniale Staphysagria.

Tarcisio guardò il capitano Sidro Cavallo diritto negli occhi e spiegò: - Allium cepa, oltre a curare le riniti allergiche, ha anche un'altra indicazione: cura i dolori neuralgici che decorrono lungo nervi traumatizzati o sezionati da un intervento chirurgico, come per l'appunto i dolori dell'arto fantasma, quelli che affliggono il nostro assassino a cui è stata amputata mezza gamba dopo un incidente stradale. Infatti lui portava una protesi a livello dell'arto inferiore destro. Una protesi vecchia e in cattive condizioni. Lo si capiva dal rumore originato da ogni suo movimento.

L'assassino, l'uomo assomigliante a Topo Gigio, batté le nocche sulla gamba finta - Tock! Tock! - e si lamentò con Tarcisio: - Mi hai distrutto la vecchia protesi ma questa che mi hanno dato al suo posto, è ancora più rotta. Ora me ne devi pagare una nuova.

Ortensia: - Costui è stato sorpreso dal magistrato mentre spacciava droga, quindi avrebbe perduto la libertà provvisoria. Per questo motivo lui ha chiesto al dottor Appestati di poterlo incontrare nell'area di sosta. Sperava di convincerlo a cambiare idea. Lo ha ucciso quando ha capito che il magistrato l'avrebbe rimandato in prigione.

Il capitano e l'appuntato accompagnarono l'assassino fuori dall'ufficio. Il dottor Marcaccio si portò a tracolla una borsa contenente alcune mazze da golf e, accendendosi una sigaretta, balbettò: - Tutto è bene ciò che finisce bene...

Con lo sguardo di chi ha capito tutto, il capitano Sidro Cavallo tornò indietro, sfilò una delle mazze da golf dalla borsa e sferrò un preciso colpo sulla gamba dell'assassino. Seguì un rumore sordo - tump! - e l'urlo acuto dell'assassino che si accasciò al suolo.

Il capitano, trionfante, cercò lo sguardo di Tarcisio. - Sarò un elefante dai modi bruschi, ma sono sempre il primo a intervenire...

Tarcisio, serafico, lo interruppe. - A intervenire a sproposito. Si è sbagliato e ha colpito la gamba normale e, adesso dovrà portare l'assassino al pronto soccorso a riparare la frattura.

Guardò verso Ortensia. - Se proprio devi sceglierti un amante, cercalo più intelligente...

Nature Whispers



www.vanda.it