

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

70iMO

DAL 1947 PER LA SALUTE

NATURALMENTE
VERSO L'ECCELLENZA

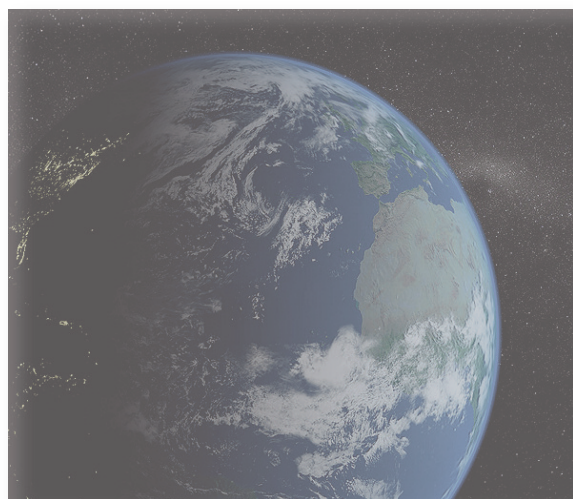


imo

Istituto di Medicina Omeopatica

Via Firenze, 34 – 20060 Trezzano Rosa (MI)
TEL. 02 909313250 – FAX. 02 909313211

imo@omeoimo.it
www.omeoimo.it



In copertina: La terra vista dalla Stazione Spaziale orbitante (ISS)
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 2017
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 8 - Numero 1, Maggio 2017

■ Editoriale di Simonetta Bernardini

2 **Povera omeopatia!**

■ In primo piano di Tiziana Di Gianpietro

4 **Globalizzazione, alimentazione, infiammazione e malattie**

■ Contributi originali

- 6 **Fondamenti filosofico-metafisici e religiosi della concezione medica dell'uomo**
di Vincenzo Nuzzo
- 10 **Progetto "In... contatto!" - La Riflessologia del piede e i Fiori di Bach nella gestione dei disturbi comportamentali correlati alla demenza senile**
di Monica Pedrotti
- 14 **Indagine sull'utilizzo e la conoscenza delle CIM presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria "Città della Salute e della Scienza" di Torino**
di Sara Sblendorio
- 18 **Competenze infermieristiche in ambito CAM**
di Mara Giunta
- 24 **Infertilità singola e di coppia**
di Rebecca Brega
- 26 **Ruolo del massaggio infantile all'interno di un centro accoglienza**
di Silvia Biondi
- 28 **Conoscenza, opinioni e barriere percepite all'uso delle CIM del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università di Siena**
di Nicola Vallata
- 36 **La questione etica in farmacia**
di Nora Pievani
- 36 **"Prendersi cura di chi si prende cura"**
di Elisa Zugliani

■ I grandi personaggi dell'omeopatia

- 21 **Maurizio Romani**
Vicepresidente della 12ª Commissione permanente (Igiene e Sanità)
a cura di Rosaria Ferreri

■ Spotlight - La ricerca scientifica in Medicina Integrata

- 41 **a cura di Gino Santini**
L'integrazione con l'omeopatia aumenta la sopravvivenza dei pazienti neoplastici - Omeopatia efficace nell'infezione felina da *Trypanosoma cruzi* - Trattamento isopatico del dolore pelvico associato all'endometriosi

■ Quaderni di Medicina Integrata **La sindrome dismetabolica**

- 42 **Il contributo dell'omeopatia**
di Roberto Pulcri
- 44 **Il contributo dell'agopuntura**
di Gabriele Saudelli
- 46 **Il contributo della fitoterapia**
di Rosaria Ferreri

■ L'omeopatia raccontata

- 33 **Assassinio in garçonnère**
di Italo Grassi

Povera omeopatia!

Simonetta Bernardini

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

*Povera Patria Povera patria!
Schiacciata dagli abusi del potere di gente infame,
che non sa cos'è il pudore,
si credono potenti e gli va bene quello che fanno;
e tutto gli appartiene.
Non cambierà, non cambierà
no cambierà, forse cambierà.*

Franco Battiato

E' proprio il caso di dire: povera Omeopatia! I mesi trascorsi hanno visto attacchi mediatici meschini all'omeopatia. Forse perché gli scandali sono talmente rari in questa professione da saltarci sopra a peso morto ogni volta che (finalmente?) ne arriva uno? Ripercorriamo i fatti salienti degli ultimi mesi.

Le sette e l'omeopatia

Dobbiamo parlare di due "soli" scandali che si sono registrati in un panorama che vede i continui scandali della medicina ortodossa la quale occupa quasi ogni giorno, seppur fugacemente, le pagine di qualche giornale. D'altra parte, le malattie iatrogene (dette anche "involontarie"), sono la terza causa di morte negli USA con circa 100.000 decessi l'anno e anche in Italia esse non sono poche anche se statistiche precise, purtroppo, non se ne hanno.

In Italia è successo che nell'anno 2016 una dottoressa anche omeopata affiliata alla setta di Hamer curò una sua paziente che le era molto affezionata senza farmaci per un melanoma provocandone la morte. Mentre nel 2017 un altro caso di follia collettiva ha portato alla morte di un bambino di sette anni curato per una otite senza antibiotici da un medico affiliato alla setta del "Roveto ardente" il quale sembra aver imposto alla famiglia (che ha accettato) la cura di quella otite solo con l'omeopatia reiterando l'errore per ben due settimane.

Abbiamo avuto modo di scrivere di questi due casi richiamando, tra l'altro, le Raccomandazioni SIOMI per la pratica dell'omeopatia in Medicina Integrata [http://www.siomi.it/wp-content/uploads/documenti/racc_SIOMI.pdf], un documento scritto molti anni fa ma ancora attualissimo. Così come abbiamo denunciato noi stessi la malpractice della medicina (omeopatica o ortodossa che sia), quando manca una corretta diagnosi e quando si sbaglia così clamorosamente lo strumento di cura. Malpractice della medicina omeopatica. Bastava questo per dare addosso all'omeopatia? Cosa c'entra la medicina omeopatica con la malpractice? Non c'entra nulla, a meno che non si

sia persone *prive di pudore e malate di abusi di potere...* E così abbiamo scoperto che sono molti i personaggi da ascrivere nel novero di quelli citati da Battiato. A cominciare dai soliti noti: i blogger peggiori, i cui nomi non merita nemmeno citare, per finire ai soliti Soloni, i professoroni che tutto sanno dell'omeopatia senza in realtà saperne nulla. Ma quando mai in medicina ortodossa si sarebbe fatto confusione tra un medico che pratica male la medicina e l'intera medicina? Se questo è successo per l'omeopatia è colpa della malafede degli intervistati e anche dei media i quali hanno adottato la tecnica dei due pesi e delle due misure nel dare più spazio agli ortodossi e dopo poco e prima di noi nel diritto di replica.

Il movimento no-vax e l'omeopatia

Questa è una pagina ancora più dolorosa che avrà, ancora, altri colpi di scena. Infatti, abbiamo scoperto che non è poi così scontato che ci si possa esprimere liberamente a fianco dei genitori di bambini danneggiati da vaccino. Questo voler essere, da medici, riferimento, sostegno delle famiglie dei danneggiati, sembra proprio di non poterlo fare. Così come non sembra possibile che un medico possa esprimere una qualche perplessità verso le vaccinazioni, poiché i medici devono solo appoggiarle le vaccinazioni, e tutte quante, e con la stessa enfasi! Diversamente si rischia niente meno che la radiazione, come è già successo a due nostri colleghi.

*Si credono potenti e gli va bene quello che fanno;
e tutto gli appartiene...*

Abbiamo appreso di vivere in un paese in cui vale il pensiero unico (quello ortodosso) in medicina. Abbiamo scritto molto sull'argomento, ma siamo stati, al solito, poco pubblicati, anche se abbiamo potuto rivalutare trasmissioni TV che hanno dato spazio ad altri punti di vista nel mentre che i Soloni, diciamo così, stavolta hanno fatto una bruttissima figura. Tant'è che c'è vento di cambiamento per quel decreto che prevederebbe, mentre scriviamo, addirittura la perdita della patria potestà nel caso non si voglia sottoporre il proprio figlio ai vaccini decisi dalle Legge. E la legge si fa forte dell'opinione di "scienziati" parte dei quali, peraltro, al soldo dell'industria e dunque con enormi conflitti di interesse!

Ogni medico sa, in cuor suo, che tale decreto è un atto di prepotenza politica mal consigliata da una parte del pensiero ortodosso della medicina. Ogni medico sa, in cuor suo, che negare gli effetti collaterali dei vaccini è un gesto di omertà che va contro il buon senso e quindi contro i genitori e quindi contro gli interessi dei loro bambini.



Ogni medico sa che i vaccini monocomponente sono necessari, eppure si è tollerato che le aziende non li producessero più peccando, i medici, di un male che al giorno d'oggi è classificabile come male maggiore in medicina: il paternalismo. Infatti, se la medicina vuole che il genitore sottoponga a tutti i vaccini il proprio figlio, quale metodo migliore di non far più trovare i vaccini singoli? Ma quando mai funziona così una relazione terapeutica? Quando mai una relazione si può concludere con un atto di prepotenza?

Così i medici omeopati, per il solo fatto di essere più attenti e più vicini ai cittadini, sono stati considerati come la causa del calo delle vaccinazioni in Italia. Si è arrivati alla radiazione di due colleghi i quali non si sono macchiati di nessuna colpa: non hanno ucciso nessun paziente, nessun loro paziente si è nemmeno lamentato delle loro cure, eppure ad essi è stata applicata la colpa più grave. Cui prodest? E' proprio il caso di farsela questa domanda!

E' vero, gli omeopati non ci stanno a considerare la medicina un pensiero unico, quello ortodosso. Ma nemmeno la scienza ci starebbe, del resto! La scienza, infatti, è qualcosa che cambia continuamente, che ha molti dubbi e meno certezze.

Il trionfo della Medicina Integrata

Tuttavia, in un periodo così difficile noi una vincitrice la vediamo: è la Medicina Integrata! Poiché, finalmente, tutta la comunità dei medici omeopati italiani, di qualunque credo e professione essi siano (unicisti, pluralisti, omotosicologi) e anche i medici antroposofi si sono riuniti insieme parlando un linguaggio comune che passa per il concetto dell'integrazione delle cure. Quando una idea si diffonde al punto di non ricordare nemmeno più di chi era quella idea, va molto bene, vuol dire che l'idea di pochi ha fatto presa nella mente di molti, e questa è una contaminazione positiva della quale la SIOMI non può che essere orgogliosa. Siamo grati, tra l'altro, a Paolo Bellavite il quale nel suo documento dal titolo: Scienza e Vaccinazioni: plausibilità, evidenze e deontologia [<http://www.paolobellavite.it/files/170623ScienzaeVaccinazioni.pdf>] ha voluto ricordare il ruolo della SIOMI nell'affermazione dei principi della Medicina Integrata in Italia.

Infine, ricordando colui che fu costretto all'abiuria, in nome del pensiero unico seppure in un'altra epoca storica: *dietro ogni problema c'è un'opportunità* diceva Galileo.

Volendo lasciare un pensiero positivo che vada nella direzione di apertura, non possiamo non considerare che siamo davanti ad una sottocultura: quella di pochi elementi convinti di avere in mano la verità, intenzionati soprattutto a distruggere un pensiero che non gli appartiene, indispettiti, peraltro (dopo 200 e più anni) per non esserci ancora riusciti.

Riteniamo che vada condivisa di più l'omeopatia con i medici ortodossi, soprattutto con i giovani medici che saranno le teste pensanti di domani. Sono proprio loro la realtà più difficile da coinvolgere poiché essi credono nella medicina, della quale non hanno ancora sperimentato i limiti terapeutici. Essi sono, giustamente, fieri del pensiero accademico. E sono molto esigenti! Questo non deve spaventarci, tutt'altro. Le Scuole di omeopatia vanno ripensate esattamente per loro. I contenuti culturali devono essere rigorosi e molto integrati con il pensiero accademico. La farmacologia delle microdosi è la moderna omeopatia in grado di farsi comprendere dalle giovani teste dei medici di oggi. Le scuole devono sforzarsi di essere a buon mercato, per facilitare l'accesso ai giovani.

Sono certa che SIOMI saprà andare incontro a queste esigenze e formare medici nei principi della Medicina Integrata. Vedo in loro, menti curiose ed esigenti, la possibilità di uscire, un domani, da questa ennesima notte dei tempi. SIOMI è pronta per cominciare la sfida!

*Non cambierà, non cambierà
no cambierà, forse cambierà.*

Gli eventi della SIOMI, i video, i documenti,
le ultime news, l'elenco dei medici SIOMI,
le FAQ sull'omeopatia, più di 700 abstract,
molti articoli in fulltext, un motore di ricerca
interno e molto altro su:

www.siomi.it

Globalizzazione, alimentazione, infiammazione e malattie

Tiziana Di Giampietro

*Pedaitra esperto in omeopatia, Consigliere SIOMI
Mail: tiziana.digiampietro@siomi.it*

Ippocrate diceva “fa che il cibo sia la tua medicina e la medicina il tuo cibo” poiché aveva compreso la valenza dell'alimentazione nel mantenimento dello stato di salute. Alla sua attenta osservazione clinica non era sfuggita l'influenza di deficit e di eccessi nutritivi sul manifestarsi delle malattie, sia che fossero acute che croniche, sia funzionali che lesionali, legate a stati alimentari carentiali o eccedenti i fabbisogni dell'organismo.

Nei secoli successivi, tra guerre, carestie, pestilenze e altre grandi calamità, i disturbi alimentari furono soprattutto quelli conseguenti a scarsa alimentazione, come la cachessia o le malattie da carenze vitaminiche quali la **Pellagra** (pelle ruvida), diffusa nelle popolazioni del nord Italia dove si registravano migliaia di casi dovuti a scarso assorbimento di vitamine del gruppo B, vit. PP, o triptofano (aminoacido necessario per l'assorbimento), per diete povere di cereali, latte, verdure, in popolazioni che facevano uso esclusivo di sorgo o di mais. I sintomi clinici si riassumevano in un quadro detto delle “3 D” (dermatite, diarrea, demenza), con disepitelizzazione cutanea, lingua arrossata o nera, diarrea, anoressia, perdita di peso fino al decesso.

Altre malattie: il **Beri-Beri**, in cui l'estrema debolezza, dovuta alla carenza di vit. B1 (contenuta nella crusca del riso) e oggi diffusa tra le classi povere dei Paesi orientali che si nutrono di riso brillato; il rachitismo, le cui deformazioni ossee erano legate alla protratta carenza di vitamina D; lo **Scorbuto**, in cui le emorragie a carico della pelle, delle mucose, dei muscoli e degli organi interni, erano dovute alla fragilità delle pareti capillari per la grave carenza di vitamina C (diffusa tra i marinai che nei lunghi viaggi, non disponendo di celle frigorifere, non potevano conservare a lungo frutta e verdure e si cibavano quasi esclusivamente di pesce); le **Anemie** che colpiscono ancora 500 milioni di bambini nei Paesi in via di sviluppo, per insufficiente apporto alimentare di ferro, vitamine B12 e B6 e ac. Folico (presente nei vegetali a foglia larga).

Le carenze gravissime di cibo ancora oggi esistono in molte zone della Terra e si manifestano con quadri come il **Marasma** (consunzione), in cui il gravissimo deperimento organico è legato alla scarsissima assunzione di tutti i principi nutritivi e di proteine per cui vengono a mancare le calorie minime per le funzioni vitali, e il **Kwashiorkor**, malattia da denutrizione in cui il tipico rigonfiamento dell'addome è dovuto alla fuoriuscita di acqua dai vasi sanguigni verso i tessuti, per un fenomeno osmotico conseguenza della carenza di proteine e in particolare di albumine. A queste malattie da deficit quali e quantitativi si sono aggiunte, quelle da eccessi di polivitaminici (Ipervitaminosi), soprattutto di quelle liposolubili (A, D, E, K) o malattie da eccessi

di lipidi, proteine, carboidrati raffinati e troppo ricchi di glutine per selezione nella produzione su larga scala di grani vantaggiosi alla produzione di massa. Pur tuttavia l'esempio storico di patologie dovute a diete povere di vitamine e minerali non ha fermato negli anni del boom di ripresa economica del dopoguerra, il progetto di globalizzare le produzioni alimentari rendendo uniforme la nutrizione di grandi masse di popolazione.

Da un'unica fonte, come gli allevamenti intensivi di bovini, vantaggiosi per la quantità di latte e carni che potevano produrre rispetto ad altri animali, o anche le coltivazioni di grano canadese della varietà Cresco, dalla spiga grossa e ricca della proteina del glutine che facilita la panificazione e permette di realizzare diversi formati di pasta che reggono meglio la cottura, si potenziarono le produzioni e si commercializzarono alimenti diversi nella forma esteriore ma non nella sostanza. L'alimentazione passò da quella a volte carente in alcuni elementi vitaminici, che comunque rispettava la stagionalità e le percentuali consigliate nell'alimentazione giornaliera umana in proteine animali (10%), proteine vegetali (10%), lipidi in gran parte vegetali (20%), fibre vegetali e rotazione di carboidrati integrali con poco o niente glutine (60%), ad una dieta monotona, alla cui base i derivati vaccini e i carboidrati ricchi di glutine, venivano artificiosamente presentati in forme e prodotti diversi ma in realtà costituiti da due sole proteine.

Il danno della mancanza di rotazione, dell'eccesso di proteine e della scarsità di fibre nella dieta delle popolazioni “ricche”, si combinò con quello, ancor più dannoso, della dimensione delle proteine ingerite, : il glutine e le proteine vaccine hanno una grandezza di 60.000 Kdalton contro i 5.000 Kdalton della proteina del latte materno, adatta ad essere digerita dalle cellule della mucosa intestinale umana, senza creare lesioni e conseguenti reazioni infiammatorie finalizzate ad una legittima, produzione di anticorpi da parte del sistema linfatico della sottomucosa, seconda barriera immunitaria all'ingresso di macromolecole estranee e dannose. Il danno della mucosa (leaky gut sindrome) è alla base della disbiosi della flora batterica intestinale cui oggi, finalmente, si riconosce la concomitanza con patologie infiammatorie acute (dermatiti e mucositi) dei primi anni di vita, in cui il danno dei tessuti è funzionale e reversibile, e infiammatorie croniche, in cui una sintomatologia più subdola tende a cronicizzare e a produrre nel tempo danni lesionali (ulcerazioni mucose, ipotiroidismo, diabete mellito, artrosi, connettiviti) attraverso il danno del microcircolo prodotto col fenomeno di difesa immunitario di tipo III delle reazioni da ipersensibilità allergica di Gell e Coombs. Accade infatti che quello che è nato come un fenomeno di depurazione degli antigeni che sporadicamente entrano a

contatto con la mucosa intestinale nella dieta corretta e diversificata, diventa esso stesso un meccanismo autolesivo.

Il tipo di dieta iperproteica si è radicalizzata nelle abitudini della popolazione negli anni della ripresa industriale, quando l'economia chiedeva più alti guadagni, spesso a scapito di valori senza prezzo, come la salute dell'uomo e del pianeta. Sono da allora aumentate del 30% le forme di reazione allergica e, al permanere della causa stressante, di malattie croniche autoimmuni e dei tumori. Emerge oggi l'importanza della nutrizione della donna in gravidanza e del bambino nei primi 1.000 giorni di vita, nello sviluppo delle malattie acute e croniche future, influenzate nella espressività clinica dalla disposizione genetica, dall'imprinting prenatale e dallo stile di vita.

I Sistemi Sanitari, costosi oltre il limite del consentito, ignorano le regole della prevenzione reale. Per anni il Medico convenzionale, i ricercatori e chi amministra la salute pubblica, si sono occupati di ricerche, di screening, di decreti per autorizzare indagini e terapie, promuovendo campagne informative e di educazione ad un corretto stile di vita (alimentazione, movimento, abitudini voluttuarie, etc.), senza tuttavia incoraggiare la diffusione del concetto di "mantenimento della salute", se non recentemente, ma ancora troppo limitatamente e settorialmente, di fronte all'incremento esponenziale delle patologie allergiche, metaboliche, autoimmuni e dei tumori coinciso, non a caso, con l'industrializzazione e la globalizzazione. Il medico omeopata pensa invece al suo malato ancor prima che questi venga attaccato dalla malattia (Sananes). Lo farà studiando con una attenta analisi, sia la Costituzione, la Diatesi e la Tipologia del paziente che rivelano il lato debole, la "tendenza morbosa" di ciascuno, e sia i primi segnali che si manifestano quando non sono ancora visibili le alterazioni di laboratorio, i sintomi funzionali o lesionali della malattia. Nell'individuo malato vi è un primo medico: la sua costituzione. Infatti una identica causa potrà evocare diverse risposte che dipenderanno dalla struttura morfologica ereditata. Se la struttura fisica sarà determinata geneticamente, le esperienze, gli impulsi e lo stile di vita condizioneranno l'adattamento all'ambiente sociale e culturale e la personalità. La biotipologia è uno strumento di studio dell'essere vivente che permette al medico di intuire la fisiologia e la psiche attraverso la diversità delle forme. L'omeopatia valuta le differenze, gli equilibri instabili del vivente e cerca il punto di contatto tra l'uomo e la malattia. Ogni morfotipo presenta infatti una sensibilità diversa e l'omeopata cerca un orientamento terapeutico studiando le cause profonde della malattia, le radici del patrimonio ereditario, le conformazioni biologiche, le acquisizioni patologiche succedutesi.

Il soggetto **carbonico**, brevilineo, tozzo, dalle spalle larghe, articolazioni rigide, dall'andatura regolare e cadenzata, dai gesti misurati e finalizzati, guidati dalla ragione, dalla metodicità ordinata, paziente e tenace; capace di lavori noiosi è un soggetto che assimila tutto e accumula quello che mangia. Tenderà all'ipercolesterolemia, all'iperglicemia, all'ipotiroidismo, all'obesità, al rallentamento delle funzioni vitali, all'artrosi vertebrale, all'infarto.

Il soggetto **fosforico** è snello, alto, agile, elegante nei modi. Ha una crescita veloce in adolescenza che condiziona pro-

blemi vertebrali e di mineralizzazione dentaria. E' nervoso, sensibile ed emotivo, idealista ed estroverso, immaginativo ma incostante per cui la sua capacità creativa è intervallata da periodi vuoti. Poco resistente allo sforzo, poco combattivo, freddoloso, tende a soffrire di disturbi ossei durante la crescita, decalcificazione, spasmofilia, disturbi digestivi, nervosi.

Sotto lo stimolo esterno tutti i componenti della immunità saranno attivati provocando dei sintomi clinici che sono espressione della attivazione della difesa che si manifesta in ogni individuo nella maniera sua propria, frutto della sintesi della sua eredità genetica, della tendenza diatesica e del suo vissuto ambientale e relazionale. Per la medicina convenzionale è l'agente aggressore che conferisce identità alla malattia, l'uomo non è che una vittima prima ribelle e poi rassegnata: per Pasteur il microbo è tutto. Ma la causa si limita a mettere in moto una reazione tissutale che il più delle volte non è seguita da una malattia.

Per l'omeopata il malato possiede una sua identità genetica ed evolutiva prima ancora dell'incontro con l'agente che scatena la sintomatologia, ed è sulla sua attenta conoscenza della Costituzione, della diatesi, della tipologia sensibile, della Causalità, che potrà costruire la prevenzione terapeutica prescrivendo il farmaco per una terapia centrata sulla persona, in funzione delle modalità reattive, dei segni associati e dei precedenti del malato. Il medico che integra strategie complementari a quella convenzionale studierà anche il caso acuto, e deciderà quale cura sia adeguata per quella malattia in quel malato cui somministrerà, se deciderà di seguire la "terapia dei simili", quella sostanza che a dosi tossiche provocherebbe alterazioni funzionali e lesionali simili a quelle denunciate dal malato ma che, diluita e dinamizzata, affiancherà la sua reazione, imitandola nelle modalità e potenziandola.

I farmaci che costituiranno le armi tra le quali potrà scegliere quello la cui patogenesi più soddisfi i criteri di aderenza alla patologia del malato che si è affidato alle sue cure saranno molti, come molte sono le modalità con cui il linguaggio dei sintomi racconta la sua sofferenza: Arsenicum album, quando la debolezza e i bruciori gastro-colici sono alleviati da piccoli sorsi di bevande calde; Nux vomica, se lamenta spasmi e bruciori epigastrici dopo abusi alcolici ed alimentari in presenza di lingua patinosa; Sulfuricum acidum quando lamenta bruciori esofagei e gastrici con vomito acido e afte buccali; Antimonium crudum, se il malato lamenta peso epigastrico, eruttazioni col gusto di alimenti ingeriti, Nux moscata, rimedio della flatulenza marcata cui concomita singhiozzo e secchezza delle mucose orali; Pulsatilla, quando disturbi digestivi variabili come peso epigastrico e dolori seguono l'ingestione di cibi grassi in soggetti che non bevono e presentino segni di congestione venosa; Colocynthis, in cui i dolori sono spasmodici e violenti, discontinui e migliorati piegandosi sull'addome e comprimendolo; Sulfur, quando il malato accusi meteorismo, tenesmo e diarrea mattutina imperiosa; Nitricum acidum, se la diarrea si accompagna a ragadi anali che provocano dolori simili a scheggia conficcata nei tessuti; e molti altri in cui si riconosce un parallelismo d'azione coi sintomi del caso in esame. ■

Fondamenti filosofico-metafisici e religiosi della concezione medica dell'uomo

Vincenzo Nuzzo

*Pediatra, Psicoterapeuta, Dottorando in Filosofia, Esperto in omeopatia e omotossicologia
Mail: nuvens2@virgilio.it*

Abbiamo trattato estesamente questo tema in un articolo dallo stesso titolo al quale rimandiamo nel suo testo integrale (TI)¹. Qui tenteremo pertanto di esporne succintamente i contenuti, ed a questo scopo non riporteremo tutte le voci bibliografiche presenti nel TI. Per alcune di esse menzioneremo quindi solo i nomi degli autori unitamente alla formula di rinvio (TI).

Scopo della nostra trattazione è quello di esporre alcuni tra i più fondamentali principi filosofico-metafisici che possono e debbono essere posti alla base di una concezione appropriata dell'uomo. E lo scopo di quest'ultima è pertanto quello di sottrarre la moderna scienza medica alla condizione di vero e proprio servaggio alla quale essa soggiace ormai già dalla fine del XVIII secolo. Epoca in cui con Kant la filosofia decretava il bando definitivo di qualunque conoscenza che non fosse in una vincolante relazione con l'esperienza sensibile. Proprio da allora, dunque, la medicina versa in una condizione di sempre più incondizionata sottomissione alle scienze empirico-sperimentali della natura, nell'atto fondamentale di concepire l'oggetto stesso del proprio studio e della propria prassi, ossia l'uomo. Per ritrovare i principi filosofico-metafisico-religiosi della concezione dell'uomo bisogna però rifarsi ad un sapere estremamente esteso, del quale (nel TI) abbiamo indicato alcuni momenti esemplari, e rinviando peraltro anche ad alcune nostre precedenti trattazioni del tema. In particolare ci siamo riferiti in esse al Timeo platonico come dottrina fondamentale per una metafisica medica dell'uomo.

Dunque chi e cosa è l'uomo?

Anche senza volersi addentrare nel pieno della metafisica religiosa, la prima serie di punti di riferimento dottrinari risiede proprio nella più rigorosa filosofia. È pertanto già in assenza di tali riferimenti che l'uomo viene oggi definito dalla medicina come un ente totalmente immerso nella natura; e quindi definibile di fatto solo in relazione alla sua composizione materiale-elementare. Non sfuggono del resto a questo vincolo nemmeno le aree della scienza medica che più si pongono in relazione con le cosiddette «scienze umane», discipline che però anch'esse ricadono interamente nei limiti della moderna scienza naturale. Ed in una certa misura rischiano di non sfuggirvi nemmeno le aree della scienza e prassi medica che si sforzano di definire sé stesse al di fuori di questo paradigma (medicina «naturale» o «alternativa»); oppure quelle che si appellano alla religione (Fabbro: TI). A nostro avviso dunque la concezione medica moderna del-

l'uomo può essere definita proprio in ragione della grave carenza che la caratterizza; dato che i suoi fondamentali punti di riferimento dottrinari non danno in alcun modo ragione della natura effettiva (ossia essenziale) dell'ente denominato «uomo».

L'elemento più fondamentale di tale carenza - della quale la medicina moderna può però avvedersi solo se riesce davvero ad essere auto-critica - ci è sembrato essere soprattutto una concezione davvero totalizzante dell'uomo; ovvero una visione di insieme che effettivamente sia in grado di dirci «chi» e «cosa» è l'uomo ultimamente. Per questo ci è sembrata di importanza capitale la definizione (filosofica prima e metafisico-religiosa poi) dell'uomo come un ente solo a metà immerso nella natura, ma per l'altra metà invece assolutamente trascendente. Ora - prescindendo dagli estremi sviluppi naturalistico-realisti della stessa più recente Filosofia (Rorty, Laborda, Vattimo: TI) - dobbiamo il chiarimento di tale aspetto soprattutto alla moderna filosofia idealistica, ed in particolare alla discepolo di Husserl, Edith Stein (TI). Questa pensatrice ha infatti chiarito come l'uomo inteso quale ente intellettuale è in primo luogo un ente integralmente spirituale. E come tale esso trascende per definizione non solo la Natura (o mondo esteriore) ma perfino sé stesso come insieme animico-corporeo. Proprio questo genere di riflessione ha dunque di fatto riaperto la strada chiusa da Kant; e ciò soprattutto reintroducendo il principale oggetto di conoscenza da lui proibito, ossia lo «spirito». Già in forza di questo, la scienza medica può pertanto riconoscere nell'uomo un ente sostanzialmente stratificato in livelli progressivamente ascendenti verso la trascendenza spirituale. E solo in questo modo la disciplina potrà recuperare davvero una concezione dell'uomo come Totalità. Quest'ultima può infatti delinearsi nella sua interezza solo se si sarà prima colta l'essenza più intima dell'ente-uomo; invece di limitarsi a considerare solo una serie di insiemi, i quali possono essere anche di complessità crescente ma in realtà sono sempre appena una mera somma di parti (mai davvero integrate in un vero Tutto). Su questa base abbiamo esaminato tre aspetti particolarmente significativi delle dottrine filosofico-metafisico-religiose dell'uomo. Aspetti che equivalgono poi anche a tre successivi momenti (dall'alto in basso) della relazione verticale che unisce la natura trascendente e la natura immanente dell'uomo stesso. Questi tre fondamentali aspetti e momenti vengono però di fatto già tenuti presenti in modo costante (sebbene solo inconsapevolmente) da parte della scienza medica. E ciò avviene nello studiare quella relazione dell'uomo con l'ambiente che può essere osservata

nella sua dimensione verticale (dalla psiche, al corpo, ed infine al mondo) così come nella sua dimensione orizzontale e radiale (dal centro alla periferia).

L'uomo come Paradigma cosmico e dell'Essere

Il Pananthropos, o Macro-antropo Il primo aspetto-momento da noi esaminato è stato quello dell'Uomo Primordiale e Paradigmatico (*Adam Kadmon*), nel quale si riflette interamente l'essenza divina, e che riassume in sé l'intero Cosmo. Lo definiremo pertanto come Uomo Primordiale Paradigmatico Cosmico (UPPC). Un grande numero di dottrine metafisico-religiose e singoli pensatori ne hanno descritto la natura (TI). Ebbene proprio tale entità può essere posta alla radice del concetto di uomo come essenzialmente intellettuale, che è stato poi costantemente presente all'intera tradizione filosofica occidentale. E pertanto dovrebbero essere fondate proprio su questo anche tutte le teorie dell'interezza psico-fisica umana (psicosomatica).

Più specificamente si tratta dell'Uomo come Forma assoluta di ogni cosa (o ente) ; nel senso che l'intero Essere è l'Uomo stesso, ossia ha la sostanza dell'Uomo. Ed il concetto di «forma» è qui di davvero centrale importanza. Esso significa infatti che la stessa forma dell'uomo immanente è specchio di tale Forma trascendente; così come lo è anche la forma di qualunque totalità esistente che sia davvero integrata (Organismo). Non corrispondono invece a tale concetto né l'Uomo universale dell'Illuminismo né l'«uomo-misura-di-tutte-le-cose» dei Sofisti (TI). Accanto alla Forma, infatti, l'aspetto essenziale di tale entità è la sua intimissima prossimità al più trascendente Principio divino - come chiarito particolarmente bene dal Viola (TI). Concetti assimilabili a questo sono poi quelli dell'equivalenza totale Coscienza-Realtà - entro lo śvaismo di Vasugupta (TI)³ - e quello della relazione dell'Adam Kadmon con l'Ein-Sof entro la Cabala⁴. Qui in particolare si sostiene che il Principio divino (quale supremo Intelletto) effonde totalmente la propria essenza nell'Uomo Paradigmatico (o Adam Kadmon). Ma ciò avviene per mezzo di entità puramente energetiche (sefirot); le quali quindi si dispongono nelle stesse membra dell'UPPC (Albero sefirotico) proprio come sostanziali poteri, ossia come principi di essere per mezzo dell'azione. E tale principio totalmente immateriale di azione è poi lo Spirito divino stesso (quale intima essenza dell'Uomo). È proprio su questa base che possono poi essere concepite (su base energetico-spirituale) dottrine dettagliatamente anatomico-funzionali dell'uomo immanente - come sono quella di Platone nel Timeo e quella del Vedanta (TI).

Ebbene, a paragone di tutto ciò, la dottrina naturalistica dell'uomo (impiegata dalla moderna medicina) si riferisce soltanto all'uomo come ente infimo, ossia "homo" quale "humus", e cioè terra (Viola: TC). Quest'ultimo non può pertanto in alcun modo essere concepito come totalità. Se invece ci si rifà ad una vera dottrina metafisico-religiosa dell'uomo, allora si ritroverà in essa la base stessa di molte delle dottrine esoteriche-teosofiche alle quali effettivamente oggi si rifà la medicina alternativa

(tra le quali quella di Paracelso e quella ippocratea dei quattro umori). In questo modo avremo pertanto ritrovato le vere basi di ciò che viene definito come "olismo".

Spirito ed anima nella «formazione» del corpo e della materia

Il secondo aspetto-momento da noi esaminato (e strettamente in relazione con il primo) è stato quello del Soggetto come punto di partenza della conoscenza ed anche perfino della creazione del mondo e dei mondi (ontogenerazione dinamica). Abbiamo qui esaminato le strettissime interrelazioni esistenti tra la prima valenza, puramente conoscitiva (Idealismo filosofico), e la seconda valenza invece francamente onto-generativa (Idealismo religioso). Ed entro tale contesto abbiamo preso in considerazione in particolare le gradazioni esistenti sulla linea che unisce le concezioni più o meno integrali della relazione tra Conoscenza (soggetto cosciente-conoscente) ed Essere (oggetto, mondo e Natura). Tra queste abbiamo menzionato anche l'Idealismo «magico» ed ermetico-alchemico di Evola (TI) - che è molto intenso in termini metafisico-religiosi. Soprattutto però abbiamo posto in luce quello che può e deve essere considerato il concetto metafisico-religioso di fondo tanto delle dottrine filosofiche del Soggetto cosciente-conoscente, e come tale formante l'essere - dottrina husserliana della «costituzione» (TI) - quanto soprattutto della complessiva dottrina medica dell'uomo nel contesto di due particolari aspetti. Questi aspetti sono: a) la relazione tra mente e corpo (compagine psico-fisica); b) la relazione tra compagine psico-fisica e mondo esteriore, cioè ambiente. Ebbene il concetto metafisico-religioso sottostante a tutto questo è quello di «onto-dinamismo».

E con esso si affermano due fondamentali cose: 1) l'essere concepito in termini metafisici è dinamico e non statico; 2) il dinamismo dell'essere mette sempre capo ad un Soggetto conoscente-formante che è poi null'altro che il Principio divino (immediatamente prossimo all'Uomo) di cui abbiamo prima parlato. La dinamica del trasfondersi del Principio nell'Uomo è infatti esattamente il primo passo del processo onto-dinamico. Abbiamo così posto in luce i più rilevanti riferimenti filosofico-metafisici e metafisico-religiosi per la dottrina dell'onto-dinamismo - Platone, Neoplatonismo, Eckhart, idealismo religioso di Vasugupta, Cabala scollemiana (TI). Ma abbiamo anche indicato in Nietzsche e Heidegger gli esponenti di un riduzionismo filosofico⁵ che oscura totalmente la portata religiosa di tale dottrina - ciò unitamente ad altri pensatori (Bergson) e ad alcuni grandi esponenti della scienza naturale moderna come Darwin e Einstein. In particolare però abbiamo indicato nella realtà energetico-spirituale (prima posta in luce) il fulcro stesso dell'onto-dinamismo per mezzo del quale il Soggetto formante si pone in relazione con il mondo creandolo effettivamente. Qui domina totalmente il concetto di essere come "forza", e quindi (nei termini della fisica moderna) la totale primarietà dell'«onda» rispetto alla «particella». Conseguentemente abbiamo chiarito che il principale riferimento di tale dottrina è quell'idealismo religioso di Vasugupta nel quale la Coscienza co-

stituisce già l'Essere in modo assolutamente attuale. Ed ecco allora davanti a noi la pervasività spirituale al suo massimo grado, e quindi la maggiore pienezza del concetto di «Spirito che va dove vuole» (ossia si muove creando, senza incontrare il minimo attrito).

Ecco allora che ancora una volta la vera identità del Soggetto conoscente-creante si rivela essere lo Spirito stesso, e precisamente lo Spirito divino quale «Pneuma» o «Sofio» (Ruah). Proprio su questa base abbiamo pertanto descritto quella dottrina cabalistica dell'anima (secondo Scholem) che, se ricalca quella di Platone (TI), comunque chiarisce in modo davvero esemplare che l'essenza dell'anima è appunto lo Spirito stesso nella sua più alta concezione («spiritus»). Ed abbiamo richiamato al proposito le forti affinità del pensiero della Stein con tale dottrina (TI).

Questa complessiva dottrina è pertanto riferimento imprescindibile qualora si vogliano intendere in termini metafisico-religiosi alcuni aspetti fondamentali della realtà umana così come indagati dalla medicina. E per questo non vi è nemmeno bisogno di modificare i contenuti conoscitivi acquisiti in questo campo dalla ricerca empirico-sperimentale. Si tratta infatti dei seguenti aspetti: a) la serie di funzioni che caratterizzano la sua interiorità nei termini di struttura regolata in modo che essa resti sempre dinamicamente entro i limiti di una «fisiologia» (in cui è da includere non solo la mente ma anche l'interezza dei circuiti cibernetici); b) la serie di processi che caratterizzano la cosiddetta «omeostasi», ossia la serie di scambi in assenza dei quali la struttura psico-fisica precipita in una stasi assoluta che è poi la morte stessa.

In tal modo comunque - una volta raccordata la dottrina medica dell'uomo a quella metafisico-religiosa - si dischiude anche la preziosa possibilità di integrare in questo anche la stessa filosofia moderna; e cioè quell'Idealismo filosofico che in verità spiega in maniera fin troppo prudente l'onto-dinamismo. Ci riferiamo con ciò in particolare a quella cosiddetta «antropologia spirito-animico-corporea» che è stata in larga parte ereditata dalla dottrina husserliana e steiniana (TI) della costituzione. Nel concepire una compagine umana integrata di tipo sostanzialmente interiore, essa infatti ha da un lato posto il corpo in immediata continuità con il mondo esterno, e dall'altro lato ha reciso il legame di dipendenza del corpo stesso da quest'ultimo (al quale invece la scienza naturale ha vincolato la concezione dell'uomo). In tal modo dunque medicina e filosofia, entrambe recuperate alla più integrale metafisica-religiosa, possono nuovamente procedere insieme nel comprendere l'uomo proprio come un essere che non può essere affatto spiegato in modo unilateralmente naturalistico ed esterioristico.

Il Mondo e la Natura

Ma tutto ciò diviene ancora più profondamente comprensibile se si impiega la metafisica per concepire anche lo stesso mondo esterno, ossia la Natura. Questa possibilità ci sembra venga offerta dalla dottrina del *sāṃkhyā*⁶. E di nuovo si presenta qui l'occasione preziosa per rinsaldare medicina e filosofia senza che però la metafisica venga lasciata da parte. La dottrina qui discussa, infatti,

ci prospetta un vero e proprio realismo metafisico (ossia un realismo nel quale trova di nuovo posto il «noumeno» escluso da Kant). Essa quindi risolve perfino la tensione creatasi progressivamente, entro la filosofia, tra l'idealismo e realismo - per mezzo di una serie di pensatori intermedi come Hegel, Husserl, Heidegger, Scheler, Stein (TI). Tale tensione ha portato nei fatti al trionfo di un realismo filosofico, il quale ritiene poi di dovere ormai tutto alla scienza naturale. E con esso è stato dunque per sempre sbarrato il passo ad una concezione metafisica e totalizzante dell'uomo.

Il realismo del *sāṃkhyā* rappresenta così una dottrina metafisica in grado di collocare nell'immanenza mondano-naturale gli aspetti più pienamente metafisici dell'uomo, senza che però essi debbano essere sottomessi ad alcun riduzionismo. E questo ci è sembrato pertanto il luogo dottrinario più adeguato per portare a compimento lo svincolamento della concezione medica dell'uomo dall'imperio oppressivo delle scienze naturali empirico-scientifiche.

In particolare ciò avviene per mezzo della concezione della Natura intesa come un'entità sovra-personale pienamente metafisica immanente (Totalità oggettuale), che a sua volta sta in intima relazione con l'altra entità sovra-personale metafisica; la quale è però trascendente e divina (Totalità soggettuale). Si tratta insomma dei paradigmi metafisici dell'Oggetto (*prakṛti*) e del Soggetto (*puruṣa*). Abbiamo così davanti a noi tutti gli elementi dello scenario onto-metafisico finora illustrato. Ma soprattutto possiamo riconoscere in tale complessivo contesto l'esistere delle singolarità umane immanenti (presentandosi come mente, Io, coscienza e sensi), che poi agiscono come soggetti in relazione agli oggetti. Esse vengono però qui colte come da un lato «agite» da parte del Soggetto metafisico trascendente, e dall'altro lato «agenti» entro il Corpo dell'Oggetto metafisico immanente.

Non si tratta però affatto di una fenomenologia fine a sé stessa; perché il suo senso finale è la trasfigurazione profonda delle singolarità umane, in modo che esse, sotto l'azione modellante del Soggetto (Dio), e per l'intermediazione dell'Oggetto (Mondo), ritrovino infine la pienezza della propria natura spirituale, ossia il «corpo sottile». È in tal modo che esse ritornano al Principio divino che è poi la loro stessa essenza. Data la complessità della dottrina rimandiamo comunque per i dettagli al TI. Qui diremo solo che in tale contesto trova posto quella dottrina dei tre principi fondamentali dell'essere - i *guṇa*, ovvero *sattva*, *ramas*, *tamas* -, la quale ha poi così tanta importanza per quella parte della moderna scienza medica che già si sforza di riferirsi ad una concezione metafisico-religiosa dell'uomo.

Conclusioni

Nelle conclusioni a questa indagine abbiamo ricordato sinteticamente i tre fondamentali punti di riferimento che possono essere impiegati in una concezione medica dell'uomo rinnovata in senso metafisico-religioso: 1) Principio divino quale Spirito ed Energia; 2) Soggetto conoscente-creante; 3) Mondo. Ed abbiamo mostrato

che essi possono ben essere considerati come i livelli ontologici stessi della realtà umana; così come già viene presa in considerazione nel suo esistere ed agire di per sé ed in relazione all'ambiente. Soprattutto però abbiamo sottolineato l'importanza rappresentata dal tenere conto di tutti questi aspetti metafisici (nella definizione dell'uomo) allo scopo primario di contrastare la tendenza moderna della scienza medica ad essere in primo luogo tecnologica. Tale questione può dunque essere riassunta nell'ipotetico interrogarsi del medico pratico circa il cui prodest di una conoscenza che non offre affatto strumenti tecnologici. Si può allora immaginare che, all'uomo che chiede al medico «Perché non vuoi capirmi più?», il medico risponda seccamente «Ma è per curarti meglio!». Ebbene forse questa risposta non somiglia forse un po' troppo alla famosa locuzione del Lupo nei confronti di Cappuccetto Rosso?

Del resto che il «curare» possa essere un «divorare» possiamo realizzarlo abbastanza bene se pensiamo che con esso oggi si tratta, come abbiamo detto, di «tecnologia». E da quando in qua (dopo la Bomba, la catastrofe ecologica, la schiavitù informatica, l'ingegneria genetica, l'imperialismo globalizzante, e la totale barbarizzazione della Società) noi possiamo affermare davvero con serenità ed onestà che la tecnologia serve l'uomo?

Ormai infatti è del tutto chiaro che essa serve sempre prima sé stessa. Mentre invece molto dopo, e solo collateramente, essa eventualmente serve l'uomo. ■

Bibliografia

1. http://www.siomi.it/siomifile/siomi_pdf/articolo_Nuzzo.pdf.
2. Vincenzo Nuzzo, Lo spirito della funzione fisiologica. L'anima in Edith Stein e Platone, Loghà, Napoli 2016; Vincenzo Nuzzo "Cosa significa curare?", Homeopathy and Integrated Medicine, 3 (1) 2012, 4-11.
3. Raffaele Torella (a cura di), Vasugupta. Gli aforismi di Śiva, Adelphi Milano 2013, p. 92-123, 128-132, 153-156.
4. Gershom Scholem, La Cabala, Mediterranee, Roma 1982, I, 3 p. 113, I, 3 p. 148-155.
5. Vincenzo Nuzzo, Heidegger. Il pensiero della distruzione, Victrix, Forlì 2015; Vincenzo Nuzzo, Nietzsche, il grande nemico della Tradizione, Victrix, Forlì 2016.
6. Īśvarakṛṣṇa, Le strofe del sāmkhya, Boringhieri Torino 1978, 12-21 p. 42-68, 39-52 p. 90-111.

H OMEOPATHY AND I NTEGRATED M EDICINE

**è l'organo ufficiale della Società Italiana
di Omeopatia e Medicina Integrata.**

E' inviata gratuitamente ai soci SIOMI

in regola con la quota associativa dell'anno in corso.

Oltre a ricevere HIMed, l'iscrizione alla SIOMI permette di:

- Usufruire della tutela della tua professionalità operata presso le Istituzioni dalla SIOMI.
- Leggere *SIOMInforma*, la newsletter online della SIOMI.
- Partecipare a *OmeopatiaOnline*, la mailing-list dei soci SIOMI.
- Avere accesso agli articoli in full-text di "Homeopathy".
- Usufruire degli sconti per partecipare agli eventi culturali organizzati dalla SIOMI.
- Ricevere l'assistenza di una segreteria dedicata ai soci.

Progetto "In... contatto!"

La Riflessologia del piede e i Fiori di Bach nella gestione dei disturbi comportamentali correlati alla demenza senile

Monica Pedrotti

Coordinatore infermieristico

E-mail: monica.pedrotti@apsp-pergine.it

Tratto dalla Tesi di Master Universitario di I livello in "Medicine Complementari e Terapie Integrate", Anno Accademico 2014/2015

La demenza, dichiarata dall'Organizzazione mondiale della sanità e dall'Alzheimer Disease International "priorità sanitaria mondiale del XXI secolo", è una sindrome caratterizzata dall'alterazione progressiva di alcune funzioni (memoria, ragionamento, linguaggio, capacità di orientarsi, di svolgere compiti motori complessi) e da una disintegrazione della personalità, dovuta alla diminuzione della coscienza di sé e della capacità di giudizio.

Il World Alzheimer Report 2015 stima che le persone affette da demenza sono nel mondo 46,8 milioni. Questa cifra è destinata quasi a raddoppiare ogni venti anni, fino a raggiungere 74,7 milioni di persone nel 2030 e 131,5 milioni nel 2050. In Italia si stima che colpisca circa un milione di persone e ogni anno si registrano 150mila nuovi casi.

Nella demenza, la cui caratteristica specifica consiste nell'essere progressiva ed irreversibile, l'obiettivo dell'assistenza è molto più ampio che la cura della sola malattia, soprattutto se ulteriormente aggravata dalla presenza di disturbi del comportamento (BPSD). È da questo principio che nasce nell'autunno 2015 l'idea del progetto "In... contatto": unire la Riflessologia del piede, intesa come stimolazione globale della persona, con i Fiori di Bach allo scopo di ottenere un effetto sinergico che contribuisca al recupero di uno stato di benessere complessivo fisico, mentale ed emotivo sia per la persona affetta da demenza che per i caregiver (familiari e operatori sanitari). La scelta effettuata è stata quella di leggere questa problematica come l'espressione di un disagio interiore, una disarmonia, più che il sintomo inevitabile di una malattia organica.

Il contesto

Il contesto all'interno del quale è avvenuta la sperimentazione, è un Centro diurno della Provincia di Trento, integrato in una RSA da 223 posti letto. Questo servizio accoglie 23 utenti (16 femmine e 7 maschi) con un'età media di 77,75 anni. Tra le patologie prevale nettamente la demenza senile associata ai BPSD con il 39,13% (dati ottobre 2015). Dall'analisi delle motivazioni a sostegno della sperimentazione, emerge quindi la necessità di dare risposta ad alcune criticità:

- presenza di un numero elevato di utenti affetti da demenza e BPSD, che rende molto difficile la convivenza con gli altri utenti cognitivamente integri;
- un rapporto insufficiente tra persone che frequentano il Centro e operatori di assistenza (nelle giornate di maggiore frequenza sono presenti due operatori socio-

assistenziali che devono gestire 17 utenti, 6 dei quali con problematiche comportamentali);

- infine, come stabilito dalle direttive provinciali, non era possibile avvalersi per nessun motivo né della contenzione fisica né di quella farmacologica.

La sperimentazione

La fase iniziale ha previsto un'analisi strutturale del piede (callosità, solchi, tensioni, vuoti, rigidità) e in particolare della forma delle dita (uncino e martello) secondo la Riflessologia Zu. Lo step successivo ha riguardato la modalità di scelta dei Fiori di Bach. Solitamente il terapeuta si avvale di un'intervista strutturata ma a causa dei problemi cognitivi delle persone coinvolte, questa strada non era percorribile. È stata quindi adottata una strategia alternativa, utilizzando le Carte dei Fiori di Bach che riproducono le 38 immagini fotografiche dei fiori. Si tratta di un metodo diverso che si affida all'intuizione del soggetto, escludendo quindi quella parte razionale e pianificatrice della personalità, che nella demenza è compromessa; le essenze scelte per i trattamenti sono quindi il risultato di una scelta empatica e priva di interferenze esterne. I Fiori di Bach sono stati poi messi in relazione sia con le alterazioni morfologiche del piede, che con le problematiche emerse durante il colloquio con il caregiver. Per quanto riguarda l'utilizzo dei rimedi floreali durante le sedute di Riflessologia, affinché ciascuno di essi potesse essere applicato sulle alterazioni morfologiche del piede, delle dita e lungo i meridiani a esse corrispondenti, sono stati miscelati singolarmente con l'olio di vinacciolo, un vettore vegetale, leggero e delicato. Gli outcome selezionati per lo studio sono stati: a) aumento delle ore di riposo notturno; b) contenimento degli episodi di alterazione del comportamento; c) riduzione della risposta fisiologica allo stress (diminuzione valori PA e FC nel post-trattamento).

Metodologia

La sperimentazione, effettuata da ottobre 2015 a gennaio 2016, si basa sull'analisi di tre case report che hanno coinvolto un maschio e due femmine con età media di 80,3 anni. I disturbi comportamentali più comunemente osservati in questo gruppo erano wandering, disinibizione, agitazione e alterazione del sonno. Tutti i partecipanti hanno una diagnosi di demenza, con gradi diversi di deterioramento cognitivo e una storia di problemi comportamentali significativi. I criteri di esclusione dalla ricerca sono stati: attuale o pregressa trombosi venosa profonda; recente ospedalizzazione (meno di due mesi); ferite aperte

o fratture ai piedi; recenti sedute di Riflessologia plantare (meno di un anno); utilizzo abituale/saltuario dei Fiori di Bach oppure sospensione del loro utilizzo da meno di un anno.

Per garantire una raccolta dati coerente e corretta dal punto di vista metodologico, la ricerca è stata supportata dall'utilizzo di alcuni test validati, somministrati all'inizio (basale), a metà e alla fine della ricerca:

- Indice di Barthel modificato: autonomia residua nello svolgimento delle attività di vita quotidiana;
- Mini Mental State Examination: grado di deterioramento delle funzioni cognitive;
- Apparent Affect Rating Scale: manifestazioni affettive durante i trattamenti;
- Neuropsychiatric Inventory: frequenza e gravità dei disturbi comportamentali, quantificazione del peso assistenziale percepito dai caregiver e dagli operatori.

Fondamentale invece per conoscere la storia di vita della persona, problematiche e strategie messe in atto a domicilio per la sua gestione, è stata l'intervista con i familiari. Infine, per valutare la risposta fisiologica allo stress, è stata utilizzata la rilevazione pre e post-trattamento della pressione arteriosa (PA) e della frequenza cardiaca (FC).

Gli utenti coinvolti: i trattamenti

Caso 1

B.A. ha 77 anni e vive con il marito il quale lamenta in particolare difficoltà nell'assistenza notturna, poiché la signora dorme in modo continuativo per un massimo di due ore. Gli aspetti invece più problematici da gestire al Centro, sono il wandering incessante, gli accessi di rabbia e la disinibizione verbale. La postura molto alterata, con zona dorsale in atteggiamento marcatamente cifotico, non le permette di vedere ed evitare gli ostacoli e rende difficile anche l'alimentazione. Da circa tre mesi ha smesso di cantare e ballare, attività che svolgeva regolarmente e che contribuiva ad abbassare notevolmente il livello di ansia. I Fiori scelti da B. A. sono i seguenti: Clematis, Water Violet, Star of Bethlehem, Holly, Rock rose.

Per entrambi gli Alluci che si presentavano privi di tono, è stato scelto un trattamento di tonificazione, massaggiando lateralmente, sopra e sotto le dita Clematis (Clematis vitalba). È stata lavorata anche la zona attorno alla callosità dell'area riflessa Polmone, con un massaggio in dispersione e l'utilizzo di una miscela costituita da Water Violet (Hottonia palustris) e Holly (Ilex aquifolium). In natura l'inafferrabilità del fiore evidenzia una caratteristica chiave della personalità Water Violet: la rigidità. Essa è causata da un blocco energetico che trova espressione anche a livello corporeo con problemi alla schiena, ai muscoli e alle articolazioni. La sua azione entra quindi in sinergia anche con quella di Rock Rose (Helianthemum nummularium), utilizzata sull'area riflessa della colonna vertebrale, per le problematiche legate alla cifosi dorsale. Holly, il secondo Fiore che accompagna il trattamento dell'area Polmone, agisce invece sia sulla disinibizione che sulla rabbia: è un rimedio di grande apertura, è l'Amore che vince sopra ogni cosa. Nel caso di B. A. è stato anche utilizzato un Fiore di Bach scelto dal terapeuta, Hornbeam

(Carpinus betulus), applicato a livello delle teleangectasie presenti su entrambi gli arti inferiori. L'impiego di questa essenza ha determinato uno stupefacente e immediato effetto visivo, con schiarimento della colorazione rossastra dei capillari. Mentre dal punto di vista sottile Hornbeam sostiene il legame con la fonte della nostra motivazione superando la stanchezza del procedere nella vita, fisiologicamente agisce fortificando la parete dei vasi sanguigni, favorendo così un'azione vasotonica. Il massaggio finale che ha coinvolto tutto il piede e l'arto inferiore fino a livello del ginocchio, ha trovato in Star of Bethlehem (Ornithogalum Umbellatum) la sua espressione: la corolla delicata del fiore, aiuta a risolvere i traumi più antichi o recenti, muove l'energia sciogliendo i blocchi anche fisici e restituisce al corpo il suo potenziale di autoguarigione.

Caso 2

V.Z. ha 76 anni e vive con il figlio. L'esordio della demenza è avvenuto in concomitanza con la morte della moglie. La problematica comportamentale prevalente è sicuramente l'affaccendamento notturno e il wandering. Ha un carattere molto tranquillo ma seleziona attentamente le persone con le quali interagire; con le altre, soprattutto se è invaso il suo spazio, può diventare aggressivo. Deve essere sorvegliato attentamente perché s'impadronisce di piccoli oggetti che nasconde nelle tasche, oppure mette in bocca. Per quanto riguarda invece l'aspetto relazionale, non è più in grado di sostenere una conversazione né di rispondere a semplici domande. I Fiori di Bach scelti da V. Z. sono i seguenti: Gentian, Water Violet, Larch, Cherry Plum.

Nella fase di apertura di ogni trattamento è stato utilizzato il rimedio Water Violet (Hottonia palustris), in abbinamento a una presa armonizzante palmo-plantare (metodo Hanne Marquardt), che agisce stimolando la percezione di essere sostenuti e di avere "il terreno sotto i piedi": Water Violet lavora in sinergia con essa, aiutando la persona a oltrepassare la barriera che impedisce lo scambio con gli altri e la comunicazione. Per il trattamento riflessologico il primo Fiore utilizzato è stato Cherry plum (Prunus cerasifera), associato a un massaggio in dispersione attorno alla callosità presente sull'area riflessa del Fegato e della Vescicola biliare. Cherry plum aiuta a lasciar andare la rabbia, il senso d'inadeguatezza e ad armonizzare il confronto con il proprio lato oscuro, superando così l'incapacità di integrarsi col mondo. Sul piede sinistro con lo stesso Fiore è stato trattato in dispersione il meridiano della Vescicola biliare e Pondulo, la cui forma a martello è messa in relazione con i sentimenti della rabbia e dell'ira. Dopo circa due settimane, mentre i risultati su Pondulo sono stati pressoché inesistenti e il dito si è mantenuto molto rigido e poco trattabile, la zona circostante la callosità Fegato ha iniziato ad essere meno tesa; è stato quindi sostituito Cherry plum con Gentian. Gentian (Gentiana amarella) è un rimedio molto efficace negli stati di depressione reattiva legati ad esempio a un lutto, perché aiuta a sollevarsi e a considerare le difficoltà come fasi di prova da cui uscire con rinnovato coraggio. Il passo successivo ha previsto l'utilizzo di Larch (Larix decidua), che lavora molto bene sulla mancanza di autostima. Larch è stato utilizzato sulla zona riflessa del plesso solare del piede si-

nistro con un massaggio a spirale antioraria, lento e profondo, allo scopo di raggiungere uno stato di rilassamento, favorendo così anche la respirazione profonda.

Caso 3

E. T. ha 88 anni e un carattere molto forte e determinato. L'esordio della malattia è stato subdolo, accompagnato da uno stato depressivo. I suoi discorsi ruotano ossessivamente attorno alla figura del marito, deceduto trenta anni fa. Il momento più critico della giornata è subito dopo pranzo: inizia ad agitarsi perché si sente abbandonata dalla figlia e a volte la situazione degenera in crisi isteriche ed aggressività. Ha un ottimo livello di autonomia e il deterioramento cognitivo non è ancora grave ma sta peggiorando piuttosto velocemente. I Fiori di Bach scelti da E. T. sono i seguenti: Honeysuckle, Water Violet, Holly, Star of Bethlehem, Mustard. Quello che giudica il "fiore più brutto" è Willow e per questo motivo è stato inserito nel trattamento.

Il primo Fiore utilizzato è stato Star of Bethlehem (Ornithogalum umbellatum) il fiore del conforto, affinché lo stato d'animo bloccato dopo la perdita del marito potesse finalmente essere sciolto, non precludendo così l'efficacia del trattamento. La prima zona riflessa trattata in dispersione è stata quella del Polmone; su entrambi i piedi si evidenzia infatti una callosità coinvolgente l'intera area. Al trattamento è stato abbinato Mustard (Sinapis arvensis), essenza legata alla serenità e alla chiarezza luminosa. Aiuta a superare la malinconia e la tristezza, agendo anche sulla labilità emotiva, indicata come la problematica comportamentale più impegnativa da gestire sia per gli operatori che per il caregiver. Dopo una settimana le fluttuazioni dell'umore si sono orientate decisamente verso la rabbia. Per due sedute consecutive sono stati massaggiati sia i piedi che le gambe con Rescue remedy e Holly (Ilex aquifolium): il risultato ottenuto è stato una condizione di immediato e profondo rilassamento. Si è quindi proseguito con l'utilizzo di questo rimedio su Pondulo (forma a uncino, legata all'emozione della rabbia riferita alla sfera affettiva) e in dispersione lungo il meridiano della Vescicola biliare. Riconquistato un certo equilibrio, è stata trattata con Water violet e Willow l'alterazione morfologica a uncino di Trilluce, connessa con la difficoltà della persona di esprimere se stessa e i propri sentimenti. Water violet

(Hottonia palustris) è il fiore delle persone autonome e riservate, che in uno stato disarmonico trovano grande difficoltà a interagire con l'ambiente che le circonda, diventando rigide sia dal punto di vista emozionale che fisico. Willow (Salix vitellina) è il Fiore che E. T. ha scartato: rappresenta quella parte di sé che non vuole vedere, il suo lato nell'ombra. La personalità della pianta con i rami che raggiungono il suolo, riporta l'immagine di una pioggia continua e quindi al concetto della negatività interiore, della rimuginazione, di pensieri rabbiosi, perché ci si sente tratti ingiustamente dalla vita e dagli altri. Queste emozioni si manifestano con la tendenza a mettere il broncio, a rimproverare e disprezzare gli altri, estraniandosi sempre di più dalla vita. Con le stesse essenze è stato trattato anche Mollusc, la cui forma a martello è legata alla difficoltà di unire il mentale con il fisico. Questo stato emotivo ha determinato una somatizzazione a livello del cardiac. Per questo motivo è stato trattato anche il meridiano dello Stomaco e la sua area riflessa, allo scopo di favorire il rilassamento del piloro, "la bocca dello stomaco", affinché la situazione possa essere finalmente digerita.

Risultati

I primi dati analizzati riguardano le tre problematiche comportamentali con maggior peso assistenziale per gli operatori e i caregiver, che sono state monitorate attraverso la Neuropsychiatric Inventory (NPI): ansia, agitazione e wandering. In tutti i soggetti coinvolti nella sperimentazione si rileva una diminuzione di questi item.

Un altro importante risultato ha interessato la qualità e durata del riposo notturno: tutti gli utenti nei due giorni successivi al trattamento riflessologico hanno dormito per tutta la notte (durata media 7 ore senza risvegli). Si è trattato purtroppo di un esito temporaneo, che non si è stabilizzato nel corso dei mesi e che sarebbe interessante poter indagare ulteriormente. Il beneficio sui caregiver è stato però talmente d'impatto, che alcuni di loro hanno richiesto di poter avvalersi di questo servizio in maniera continuativa, anche a pagamento. Per quanto riguarda invece l'analisi dei dati riguardanti i parametri vitali e quindi la risposta fisiologica allo stress, si rileva un dato significativo nella riduzione dei valori della PA sistolica e diastolica nel post-trattamento: la riduzione della PA sistolica ha registrato dopo tre mesi un decremento dell'1,77%, quella

	ANSIA		
	1° MESE	2° MESE	3° MESE
FREQUENZA PER GRAVITÀ	- 23,3%	- 4,1%	- 49,2%
DISTRESS CAREGIVER¹	- 13,3%	- 18,7%	- 50,1%
	AGITAZIONE		
	1° MESE	2° MESE	3° MESE
FREQUENZA PER GRAVITÀ	- 36,6%	- 42,4%	- 50,8%
DISTRESS CAREGIVER	- 41,6%	- 28,8%	- 46,4%
	WANDERING		
	1° MESE	2° MESE	3° MESE
FREQUENZA PER GRAVITÀ	- 41,1%	- 33,5%	- 39,5%
DISTRESS CAREGIVER	- 66,6%	- 39,2%	- 58,8%

Variazione punteggio scala NPI nei mesi di trattamento.

diastolica del 2,60% senza particolari differenze tra maschi e femmine. La frequenza cardiaca nel terzo mese di sperimentazione si è ridotta del 4,44%, rispetto al primo. I valori riguardanti il Mini Mental State Examination e l'Indice di Barthel modificato, non hanno invece subito nessuna variazione né in peggioramento né in miglioramento.

Possono essere invece considerati dei limiti della ricerca, il numero ristretto di utenti osservati e il breve periodo di tempo utilizzato per la sperimentazione. Anche la modalità con la quale è stato selezionato il campione e la mancanza di un gruppo di controllo (doppio cieco), non chiariscono se le risposte osservate siano generalizzabili ad altri gruppi. Fra le difficoltà incontrate, ha giocato un ruolo fondamentale l'impossibilità di confronto con altri studi relativi a questo argomento e, in qualche caso, il passaggio discontinuo di informazioni soprattutto con i caregiver.

Conclusioni

Facendo riferimento agli obiettivi proposti all'inizio della ricerca, si può dedurre che la Riflessologia del piede abbinata ai Fiori di Bach è un valido strumento di aiuto nella gestione dei BPSD correlati alla demenza, soprattutto nell'approccio relazionale e corporeo con la persona. Tutti i risultati ottenuti sono stati positivi e di un certo valore non solo per gli utenti coinvolti ma anche per l'équipe e i caregiver. Gli operatori hanno avuto la possibilità di "vedere in azione" una disciplina olistica nella quale lo strumento terapeutico è rappresentato dalle nostre stesse mani, generalmente usate in ambito assistenziale per compiere procedure meccaniche (es. mobilizzazione, igiene personale, l'aiuto nell'indossare abiti, ecc.), che privano il tocco di quella componente empatica, che lo rendono la naturale estensione del nostro Cuore. I caregiver, per la prima volta, hanno condiviso con operatori sanitari difficoltà ma anche strategie per affrontare assieme una patologia degenerativa che annulla progressivamente l'identità della persona. Insieme è stato condiviso un percorso di sostegno reciproco alla ricerca della migliore soluzione possibile per restituire dignità e benessere a persone fragili, troppo spesso considerate solo una potenziale minaccia per le organizzazioni che le ospitano. ■

Lettere selezionate

Dietmar Krämer (2000). Nuove terapie con i Fiori di Bach, Volume III. Roma: Edizioni Mediterranee.

Laozu Baldassarre (2011). Reflessologia Zu – Morfologia. Milano: Edizioni Zu Center.

Nocentini Fabio, Peruzzi Maria Laura (2007). Il grande libro dei Fiori di Bach. Firenze: Giunti Editore.

Scheffer Mechthild (2008). Il grande libro dei Fiori di Bach. Milano: Casa Editrice Corbaccio.

World Alzheimer Report 2015: The Global Impact Of Dementia. Riportato da www.alz.co.uk/research/world-report-2015.

Gino Santini - Voglio mostrarvi il lavoro che, pazientemente, va fatto per smontare gli attacchi portati costantemente verso il nostro mondo. Mercoledì 24 maggio le agenzie di stampa battono la notizia di un bambino che è stato portato d'urgenza in ospedale perché un'otite era stata curata in modo inefficace omeopaticamente. In questi casi noi sappiamo benissimo che, spesso, nel calderone omeopatico rientra di tutto, ma il cronista non specifica. La notizia esce alle 11 di sera, ma già i Torquemada anti-omeo si sono prontamente muniti del cappuccio di ordinanza e fin dalla mattina successiva hanno cominciato a twittare le loro solite palate di letame, puntualmente commentate dai seguaci di turno (chissà perché me li immagino mentre brandiscono torce e forconi!) tutti felici di mostrare la loro cieca dedizione alla causa. Questa volta però il giornalista fa quello che si deve fare, consultando un esperto di medicina omeopatica e pubblicando un articolo di approfondimento. Il commento che viene espresso da Luigi Turinese è una perfetta sintesi di come vada inteso un approccio omeopatico (ma sarebbe meglio definirlo "integrato") ad una patologia acuta, tra l'altro solidamente sostenuto da argomentazioni cucinate in salsa EBM. In questo caso la fortunata congiunzione astrale tra un giornalista che sa fare il suo lavoro e un esperto che conosce la materia mi ha evitato di lanciarmi nelle arene degli scettici, perché mi è bastato allegare l'articolo per sottolineare come siano grossolane e faziose le critiche a tutto un sistema quando a sbagliare, probabilmente, è stato un collega che ha mal gestito un problema acuto. So che sarà solo un tentativo di spostare abbondanti fette di saporito Sandaniele da occhi e orecchie di chi comunque non ci vuole ascoltare, ma vi terrò aggiornati. In ogni caso, tralasciando tutto il tempo che, come Siomi, dedichiamo quotidianamente a problematiche di questo tipo, riporto questo esempio anche e soprattutto per sottolineare i danni che ci hanno fatto e che continuano a farci atteggiamenti assurdatamente rigidi ed estremistici.

Stefania Pallini - Ottimo lavoro! Io di solito quando mi ritrovo a "difendere" l'omeopatia con i colleghi, faccio presente che ormai da anni in ospedali ritenuti illustri con Sloan Katterring, si utilizza la Medicina Integrata, con ottimi risultati. Non conosco bene la realtà del nostro paese, ma so per certo che lo stesso accade a Pisa, nel centro senologico della dott.ssa Roncella, che è una persona di una intelligenza non comune.

Simona Ganozzi - Sì, grazie dr Santini per aver evidenziato i fatti e le giuste risposte che sono state date dal dr Turinese, sempre molto cauto e saggio col suo professionale distacco da qualsiasi polemica o provocazione. Grazie del buon esempio da medico di Medicina Integrata.

Gino Santini - Mi rispondo da solo, aggiornando la coda mediatica di questo caso che, come al solito, fornisce grande linfa ai detrattori. Non poteva mancare la voce di Garattini che, ovviamente, va in scia sulla guerra dei vaccini e suggerisce ottusamente e demagogicamente di liberare gli Ordini anche dagli omeopati. E' incredibile come il livello di opposizione all'omeopatia che dimostrano molti detrattori di questa disciplina sia direttamente proporzionale alla mancata conoscenza dell'oggetto della loro critica. Documentarsi prima di aprire bocca risparmierebbe molte brutte figure... ■

Dalle pagine di OmeopatiaOnline...

Indagine sull'utilizzo e la conoscenza delle CIM presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria "Città della Salute e della Scienza" di Torino

Sara Sblendorio

Infermiera libera professionista

Articolo tratto dalla tesi del Master Universitario di I livello in 'Medicine Complementari e Terapie Integrate' A. A. 2015/2016 dell'Università di Siena
Mail: sarasblendorio1988@hotmail.it

L'obiettivo di questo studio è valutare il livello di conoscenza delle CIM e quanto e come vengono utilizzate nel sistema sanitario Piemontese. Per farlo è stato preso in considerazione l'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, ospedale rappresentativo piemontese. Viene spontaneo capire in che modo vengono inserite le CIM in un contesto così grande e specializzato come l'AOU "Città della Salute e della Scienza" di Torino.

L'aspetto positivo è legato alla presenza della collaborazione universitaria e di ricerca che consente l'apertura da parte dell'azienda a più possibili contesti di indagine. In particolare si è voluto valutare nell'indagine, la differenza di conoscenza e di utilizzo tra medici e infermieri; capire se esiste una differenza anagrafica e lavorativa tra chi le conosce e chi no; in che modo il personale viene a conoscenza dell'esistenza delle CIM e se le utilizzano per sé stessi; in quali reparti vengono utilizzate, da quali figure professionali, con quale frequenza e con quale scopo e definire l'opinione generale del personale medico-infermieristico in merito alle CIM.

Materiali e metodi

La ricerca è stata condotta l'Azienda Ospedaliera Universitaria Città della salute e della scienza di Torino, un polo sanitario che si definisce più grande a livello nazionale ed europeo. Conta circa dodicimila dipendenti ed è il risultato della fusione dei tre Ospedali di riferimento: l'Ospedale Universitario San Giovanni Battista - Molinette di Torino; il Centro Traumatologico Ortopedico-Maria Adelaide (CTO); il Regina Margherita, ospedale infantile pediatrico e l'ospedale Sant'Anna, ginecologico e ostetrico. Il campione preso in esame comprende medici e infermieri che lavorano presso l'azienda ospedaliera. I medici sono stati individuati tramite un elenco presente sul sito dell'azienda e gli infermieri, con più difficoltà, sono stati reperiti tramite i vari coordinatori infermieristici dei diversi dipartimenti assistenziali. La selezione è estesa a tutti e tre i presidi ospedalieri senza esclusioni. Sono state inviate circa 5000 e mail sugli indirizzi aziendali con i vari questionari da compilare e si è riuscito ad ottenere un campione di 215 risposte (circa il 5% di tasso di risposta) di cui 85 sono medici e 130 sono infermieri. Non è stato facile reperire i candidati al campione, un'ipotesi potrebbe essere lo scarso utilizzo della e mail aziendale oppure la scarsa collaborazione da parte dei coordinatori infermieristici. In ogni caso gli infermieri hanno dato una percentuale maggiore di risposte. Per l'indagine è stato utilizzato un questionario creato con Google Docs Moduli, compilabile online tramite l'invio per e mail del link direttamente ai candidati del campione. Il questionario è composto da domande a risposta singola, aperta o a scelta multipla e la compilazione

era in forma anonima. I dati provenienti dal questionario sono stati raccolti in un database Excel ed analizzati e interpretati mediante le funzionalità del programma medesimo. È composto dalla prima parte da una componente anagrafica che raccoglie il sesso e la fascia di età anagrafica, il percorso di studi, da quanti anni il candidato svolge la professione sanitaria e in quale settore. Ci sono in seguito domande sulla conoscenza delle Terapie Complementari, il canale di conoscenza e se si ha esperienza personale di utilizzo; l'utilizzo nell'ambito lavorativo, la frequenza, lo scopo e le modalità; infine viene indagata l'opinione personale sulla validità e il valore del loro utilizzo.

Il campione comprende 215 professionisti di cui 85 medici (61%) e 130 infermieri (39%). Gli 85 medici corrispondono a 48 maschi e 37 femmine; 6 (7%) hanno un'età compresa tra i 20-30 anni, 9 (11%) tra i 31-39 anni, 19 (22%) tra i 40-48 anni, 51 (60%) tra i 49-65 anni. La maggioranza del campione è rappresentativa della Medicina e Chirurgia, il resto si divide tra varie specialità. Per quanto riguarda i 130 infermieri troviamo 18 maschi e 112 femmine; 12 (9%) hanno un'età compresa fra 20-30 anni, 37 (28%) tra i 31-39 anni, 36 (28%) tra i 40-48 anni e 45 (35%) tra i 49-65 anni. La maggioranza degli infermieri è rappresentativa della Terapia intensiva e del Pronto soccorso e a seguire c'è la medicina e la chirurgia.

Risultati

Conoscenza delle CAM

Questa parte è indagata da tre principali domande. Alla domanda 'Ha già sentito parlare di Terapie Complementari', 148 (68%) hanno risposto che sa bene cosa sono, risultato molto positivo che ci indica già che la maggioranza conosce l'argomento; 50 (24%) ha risposto che gli è capitato di sentirne parlare ma non sanno bene di cosa si tratta; 17 (8%) hanno risposto che non conosce assolutamente l'argomento. Nello specifico per quanto riguarda gli infermieri il 66% conosce bene le CAM, il 25% ne ha solo sentito parlare e il 9% non conosce le CAM. Per quanto riguarda i medici il 72% conosce bene le CAM, il 22% ne ha solo sentito parlare e il 6% non conosce affatto l'argomento. In entrambi casi la percentuale maggiore corrisponde a risposte positive circa conoscenza, mentre la percentuale di non conoscenza è relativamente bassa. Il passaggio successivo è valutare quale è stato il canale di conoscenza, il canale più informativo è l'ambiente di lavoro e i pazienti con 89 risposte (33%), a seguire ci sono al pari i quotidiani, i canali televisivi, le riviste con 51 risposte (19%) e il percorso formativo con 50 risposte (19%), al quarto posto le enciclopedie, internet e i libri con 43 risposte (16%) e infine la famiglia e gli amici con 34 ri-

sposte (13%). All'opzione 'altro' sono stati inseriti corsi di aggiornamento, esperienza personale e ricerca, un altro dato che conferma l'utilizzo e la divulgazione che avviene presso l'azienda sanitaria.

Alla domanda successiva 'se la risposta è percorso formativo indichi quale e di che durata', ci sono 40 risposte tutte diverse l'una dall'altra. Per gli Infermieri si va da Corsi di tecniche specialistiche come Reiki, Shiatsu, Corso di Ipnosi a Corsi ECM e Master di primo livello, mentre per i medici si hanno per la maggioranza Corsi di Agopuntura, Ipnosi e Omeopatia. Da queste risposte si inizia a vedere quanto l'Ipnosi abbia la prevalenza di utilizzo presso l'azienda. Utilizzo delle CAM La primo tipo di indagine riguarda l'utilizzo personale delle TC dalla quale risulta che più della metà dei medici (54%) e più della metà degli infermieri (52%), non hanno mai usufruito di TC. La restante metà si suddivide con la percentuale maggiore (37% medici, 32% infermieri) per chi le ha usate qualche volta e quella più bassa per chi le usa sempre (9% medici, 16% infermieri). Le TC più utilizzate dal nostro personale sanitario sono le seguenti: al primo posto c'è l'agopuntura con 30 risposte (27%), al secondo posto l'ipnosi/comunicazione ipnotica e l'omeopatia con 22 risposte ciascuno (20%) al terzo posto la fitoterapia con 13 risposte (11%), al quarto posto l'osteopatia con 9 risposte (8%) e al quinto ed ultimo posto lo Shiatsu e il Tocco Armonico con 8 risposte ciascuno (7%), erano poi inserite altre TC come Mindfulness, Cranio sacrale e Reiki le quali però non erano in una quantità rilevante per poter essere conteggiate.

Alla domanda "Nel suo ambiente lavorativo sono utilizzate le Terapie Complementari?"

Risposte Non lo so - Sono 10 su 215 le persone che hanno risposto in questo modo. Il perché di questa risposta può essere ipotizzata o per la non conoscenza delle TC oppure per la non conoscenza delle pratiche utilizzate nel reparto, quello che è certo è che tutti e 10 non hanno mai avuto esperienza personale con le TC, si tratta di 5 infermieri e 5 medici e di questi 10, 4 non hanno mai sentito parlare di TC, 3 sanno cosa sono e 3 ne hanno sentito parlare ma non le conoscono.

Risposte No - Sono 128 su 215, quindi la maggioranza e superano di gran lunga le risposte sì. Le persone che hanno risposto No per la maggioranza del 65% (82 risposte) non hanno mai avuto esperienza personale di TC, per il restante 35% (44 risposte), hanno avuto esperienza e ce l'hanno tutt'ora. I reparti in cui non sono utilizzate le TC sono in ordine di quantità di risposte: al primo posto la Chirurgia e l'Ortopedia con 45 n; al secondo posto Terapia Intensiva, Pronto Soccorso e Sala operatoria con 44 no; al terzo la Medicina con 15 no e per ultimi tutti gli altri reparti con 24 risposte rappresentanti diversi dipartimenti. Di questi 82 ritengono che non ci sia la conoscenza, 18 pensano che non ce ne sia la necessità, 16 credono che ci siano ancora troppi pregiudizi e 11 che ci siano ostacoli da parte del personale dirigenziale.

Risposte si - 80 su 215, quindi la minoranza. Le persone che hanno risposto Sì a questa domanda, l'85% (68) sanno bene cosa sono le TC, il 12% (10) ne ha sentito parlare ma non sanno bene cosa sono e il 3% (2) non sanno cosa sono, risposta un po' contraddittoria per il fatto che a questa domanda hanno risposto Sì e hanno anche elencato le TC utilizzate nel loro reparto di appartenenza, probabilmente queste due persone sanno dell'utilizzo di queste tecniche ma

non conoscono la nomenclatura delle Terapie Complementari.

Passando alla parte riguardante i presidi assistenziali e l'utilizzo delle TC, abbiamo i seguenti risultati.

Terapia intensiva, Pronto Soccorso e Sala Operatoria: 18 su 80, è utilizzata al 100% l'ipnosi con una media da 1 a 5 volte a settimana ed è utilizzato al 100% per la riduzione del dolore, al 28% per la preparazione ad esami, al 28% per la diminuzione dello stress e al 44% per la riduzione dei sintomi. Il personale che le utilizza è sia medico che infermieristico in quantità equa.

Medicina e chirurgia: 21 risposte su 80, è utilizzata l'ipnosi anche qui, 86% (18 dati) e con una percentuale del 14% per il Tocco armonico (3 dati). In media sono utilizzate da 1 a 5 volte di media. Sono utilizzate per la riduzione del dolore (32%), preparazione al esami (26%), riduzione dello stress (25%) e riduzione della sintomatologia (17%). Il personale che le utilizza sono sia medici e infermieri con una leggera maggioranza degli infermieri.

Oncologia e cure palliative: 11 risposte complessive, e abbiamo nel 31% fitoterapia, omeopatia e riflessologia, 37% tocco armonico e 32% l'utilizzo dell'ipnosi, sono utilizzate anche qui con una media da 1 a 5 volte a settimana, sono praticate soprattutto dagli infermieri (8 su 11, 73%) e in piccolo percentuale dai medici (3 su 11, 27%). Gli scopi di utilizzo sono per il 70% riduzione del dolore, per il 90% per la riduzione della sintomatologia, per il 30% per la riduzione dello stress.

Riabilitazione: 9 persone hanno detto che in riabilitazione si utilizzano le TC, in particolare l'agopuntura con una percentuale del 90% (8 risposte) e l'omeopatia (3 risposte) 40%. La media di utilizzo è sempre da 1 a 5 volte a settimana e ovviamente essendo discipline riconosciute solo ad uso medico, sono utilizzate solo da medici. Gli scopi di utilizzo sono 8 su 9 (90%) per la riduzione del dolore e 4 su 9 per la riduzione della sintomatologia (50%).

I restanti 21 questionari si smistano tra la Nefrologia, Ginecologia, Pediatria, Cardiologia e altri, che per il loro numero e promiscuità non possono dare dei dati significativi. In linea generale la tecnica più utilizzata anche per questi è l'ipnosi seguita dal Tocco Armonico, qua e là troviamo Agopuntura, Omeopatia e Musicoterapia.

Valutazione sull'utilizzo delle CAM

La parte finale dell'indagine valuta l'opinione da parte del campione preso in esame sull'utilizzo delle CAM. La valutazione è stata fatta con 5 domande.

Secondo lei potrebbero essere un valido ausilio all'assistenza medico infermieristica? Per questa domanda abbiamo 147 (68%) sì, 11 (27%) no e 57 (5%) non so.

Ritiene che le TC debbano essere parte integrante della formazione di base medico-infermieristica? Con 139 (65%) abbiamo la maggioranza di sì, con soli 9 risposte no, c'è una forte minoranza (9%) e chi ha risposto non so alla precedente domanda, ha mantenuto la stessa opinione per questa, infatti ci sono 57 risposte non so (26%).

Lei personalmente utilizza le TC con i suoi pazienti? Abbiamo 67 (su 215) sì che corrispondono a 37 infermieri e a 30 me-

dici con una maggioranza di utilizzo in Terapia Intensiva/Pronto soccorso e in Terapia del dolore/Cure palliative e 148 no che corrispondono a 93 infermieri e a 55 medici con una maggioranza in Terapia Intensiva/ Pronto soccorso seguiti dalla Chirurgia. Questi due dati appaiono contraddittori perché in Terapia intensiva/ Pronto soccorso pare che una parte del personale utilizzi le TC e l'altra parte dichiara di non utilizzarle.

Quanto pensa abbia influito l'utilizzo delle TC sulla competenza professionale? La valutazione è fatta con una scala da 1 a 5 in cui 1 significa poco e 5 significa molto. In linea generale per chi già le utilizza i valori indicati sono per la maggior parte tra 4 e 5 e ritengono che l'utilizzo delle TC abbia influito molto sulla competenza professionale, per chi invece non le utilizza c'è una media tra 1 e 2, quindi non considerano molta influenza sulla competenza professionale.

Quanto è positivo il riscontro da parte dei pazienti dell'utilizzo delle TC? Risposta valutata di nuovo su una scala da 1 a 5 in cui 1 significa poco e 5 significa molto. Le risposte di 1 e 2 ammontano a 46 risposte che corrispondono a candidati che non utilizzano le TC, quindi è difficile che conoscano il riscontro dei pazienti. Le risposte 3,4 e 5 ammontano a 169 e corrispondono per la maggioranza a candidati che alle precedenti tre domande hanno risposto sì, quindi rimane una coerenza tra utilizzo, apprezzamento delle TC e valutazione del riscontro da parte dei pazienti.

Conclusioni

Questa analisi è stata utile per valutare l'andamento delle CIM nell'AOU Città della salute e della scienza di Torino, anche se ci sono stati dei limiti nella raccolta del campione che non era abbastanza omogeneo nel numero delle professionalità e nella suddivisione dei dipartimenti assistenziali. Un campione più ampio raccolto in più tempo avrebbe aiutato a capire meglio le contraddizioni trovate nell'analisi dei dati e la distribuzione delle CIM, mancano infatti molti dipartimenti che sarebbe stato utile analizzare come le Pediatrie e le Ginecologie dell'OIRM Sant'Anna e del Regina Margherita. Nonostante le premesse sulla differenziazione della visione medica e infermieristica, è stato sorprendente notare che i medici hanno lo stesso livello di conoscenza e di utilizzo delle TC degli infermieri. Il canale di conoscenza più utilizzato è l'ambiente di lavoro e i pazienti, molto probabilmente grazie ai risultati ottenuti con le TC, le ricerche e i corsi di formazioni ECM presenti all'interno dell'azienda. Abbiamo appreso che le TC sono davvero poco richieste per uso personale, forse per la mancanza di tempo?

Un altro dato importante è rappresentato dalle TC utilizzate: l'agopuntura da parte dei medici è al primo posto, ma non da meno è l'ipnosi, che, utilizzata sia da medici che infermieri ha preso piede in quasi tutti i presidi assistenziali compresi i presidi di Terapia intensiva e Pronto soccorso. Ci sono ancora delle resistenze e pregiudizi in merito alle TC. La valutazione riguardante il valore legato all'utilizzo delle TC, banalmente, è molto positiva per chi le usa e valutano molto i risultati e i benefici recati alla persona assistita, al contrario chi non le utilizza non pensa a come queste Terapie possano valorizzare il loro rendimento lavorativo. In conclusione, la Città della salute non è un'azienda 'ferma', l'avvio di alcuni progetti e l'utilizzo delle TC dei dipartimenti è recente. Penso che sia

necessario dare tempo e spazio alla ricerca, alle indagini e ai seminari che possano informare meglio e incuriosire gli operatori sanitari che ancora ne sono ignari o che ne hanno un pregiudizio. Ci si auspica che un giorno avvenga un'integrazione riconosciuta all'interno del Sistema Sanitario Regionale. ■

Bibliografia

1. www.cittadellasalute.to.it - data di accesso 5/1/2017.
2. www.treccani.it - data di accesso 05/01/2017.
3. Ripa P., Baffi E. (2004) *Le cure complementari e l'infermiere*. Carocci Faber, Roma.
4. Giarelli G. (2005) *Medicine non convenzionali e pluralismo sanitario. Prospettive e ambivalenze della medicina integrata*. Franco Angeli, Milano.
5. Moja E. A., Vegni E. (2000). *La visita medica centrata sul paziente*. Cortina editore, Milano.
6. P. Bellavite. (2009). *La complessità in medicina. Fondamenti di un approccio sistemico-dinamico alla salute, alla patologia e alle terapie integrate*. T. nuove, Milano.
7. M.A. Becchi, N. Carulli (2009). *Le basi scientifiche dell'approccio bio-psico-sociale. Indicazione per l'acquisizione delle competenze mediche appropriate*. Medicina Italia: 4 (3).
8. Gargiulo G. (1998). *Il ruolo dell'infermiere professionale nell'applicazione delle tecniche di medicina naturale*. Professioni infermieristiche, 51,52-54.
9. Montecucco N. M.. (2010). *Psicosomatica olistica. La salute psicofisica come via di crescita personale. Dai blocchi psicosomatici all'unità dell'essere*. Mediterranee.
10. B. O'Connor. (1997). *Defining and describing complementary and alternative medicine*. Alternative Therapies in Health and Medicine.
11. A. Ricciuti. (2005). *Medicina/Medicine. Le cure 'altre' in una società che cambia. Medicina e medicine: quale 'integrazione'?*. Milano.
12. G. Giarelli (2007) *Le medicine non convenzionali in Italia*. Francoangeli/Sanità, Milano.
13. Oms, *Nursing practice*. Serie rapporti tecnici, n. 860, Ginevra 1996, *Infermiere-Informazione*, n. 3-4, Luglio-Agosto 1997.
14. D'Innocenzo M et al, *Linee guida per un percorso di alta formazione, Infermieristica e Cure complementari, Formazione Infermieristica, IPASVI, 2002*.
15. P. Ripa, E. Baffi. (2005). *Assistenza infermieristica e cure complementari*. Nursing oggi. 1,8.
16. V. Iacchia. *Le cure complementari. Infermieristica e cure complementari*. Ipasvi Como. http://www.ipasvicomo.it/documenti/art_3_30.pdf.
17. SIOMI. *Manifesto per la Medicina Integrata Himed*, Vol 2, N°2, Novembre 2011.
18. O. Sponzilli, G.F. Di Paolo. (2015) *Le malattie tumorali. Approccio multidisciplinare*. Ed. Mediterranee. Roma.
19. K. Belvedere. *Legge regionale 9/2007 procede l'integrazione delle Medicine Complementari*. MnC Toscana. Editoriale. 9: 2.

Irritazioni della superficie oculare¹ e discomfort da occhio secco²



Euphrasia officinalis 3 DH e Chamomilla vulgaris 3 DH, componenti di **Euphrasia®** 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 **Euphrasia®** 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 (n.d.r. Euphrasia®) 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., Sommaro 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 **Euphrasia®** 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}.

Euphrasia®, 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., Sommaro 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: Epicutaneous 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., Crapapan 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.

Competenze infermieristiche in ambito CAM

Esperienza di utilizzo del Reiki nel Disturbo del Comportamento Alimentare

Mara Giunta

Articolo tratto dalla tesi del Master Universitario di I livello in 'Medicine Complementari e Terapie Integrate' A. A. 2015/2016 dell'Università di Siena
Mail: mara.giunta@gmail.com

La professione infermieristica è olistica per sua natura intrinseca, perché legata ad una visione dell'uomo globale, ma le necessità organizzative e culturali hanno modificato questa sua natura attraverso una visione riduzionistica di un'assistenza specializzata all'organo, e non alla persona. L'uomo diventa una macchina, il malato è un corpo che necessita di riparazioni oggettive, non influenzabili da pensieri ed emozioni. L'assistito viene dunque posto in una condizione di dipendenza rispetto all'autorità del sanitario, mente e corpo sono entità separate che scarsamente si influenzano, maggior rilevanza hanno le informazioni di tipo quantitativo e oggettivo, rispetto a quelle qualitative legate alla sfera soggettiva, l'assistenza deve essere emotivamente neutrale.

Nel modello olistico invece la ricerca delle cause della malattia si orienta verso modelli di tipo esistenziale, l'eziologia viene ricercata attraverso fattori psicosomatici, biologici, sociali e spirituali. Superata la fase acuta, si tende verso una riduzione dei trattamenti farmacologici e/o invasivi, mentre vengono affiancate metodologie di cura complementari, dove l'azione terapeutica viene indirizzata verso un'autonomia in un rapporto di alleanza con gli operatori sanitari. La mente e il corpo sono entità interconnesse ad influenza circolare sull'asse psiconeuroendocrinoimmunologico (PNEI), dove il fattore psichico è considerato cofattore nella generazione della malattia. Nell'approccio olistico primaria rilevanza hanno le informazioni di tipo qualitativo ottenute dalla relazione e comunicazione con la persona, dalla capacità di attenzione, ascolto e intuizione dell'infermiere in sinergia con l'acquisizione dei dati quantitativi.

Secondo il *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) il Reiki rientra nelle CAM (Complementary and Alternative Medicine) ed è definito come un metodo di guarigione bioenergetico che può essere usato in modo complementare o alternativo per un ampio spettro di patologie acute e croniche.

In particolare la letteratura internazionale pone l'accento sulla professione dell'infermiere e dell'ostetrica come due tra quelle che maggiormente si prestano ad incorporare tecniche olistiche bioenergetiche come il Reiki nella pratica professionale quotidiana proprio perché è con lo stretto contatto fisico attraverso il tocco delle mani che spesso si esplica.

Reiki è una parola giapponese che significa *Energia Vitale Universale*, ed è composta da due sillabe: Rei e Ki. La prima - Rei - significa "qualcosa di misterioso, mira-

coloso e sacro". Essa sta ad indicare l'Energia primordiale (Divina); è quell'energia che esisteva ancor prima della creazione dell'universo, il principio divino dal quale è scaturito il Big Bang e che ha portato alla creazione dell'universo in tutte le sue manifestazioni (Ki). La seconda - Ki - significa "atmosfera" o "qualcosa che non si vede" o anche "l'energia dell'universo". Tale termine indica l'Energia Vitale Universale intrinseca ad ogni essere e/o cosa, il Soffio o la Forza. Il Ki permette ad ogni cosa di esistere e agli esseri viventi di vivere; è l'energia che regola il funzionamento stesso dell'Universo. Ki è il corrispondente del Qi per i cinesi e del Prana nella tradizione filosofica indiana.

Il Reiki è un metodo naturale, semplice ed efficace per la trasmissione dell'Energia Vitale Universale. Quando in una persona viene attivato questo flusso, esso diventa "canale del Reiki", e l'Energia Vitale Universale scorrerà spontaneamente ed in forma concentrica dalle sue mani, e questa capacità si protrarrà per tutta la vita. (www.as-sociazioneitalianareiki.com) Le ricerche prese in considerazione nell'elaborato fanno riferimento ad alcuni tra i principali studi e ricerche avallate per rigore metodologico dai ricercatori che hanno lavorato negli ultimi anni per raccogliere e rendere omogenei i risultati delle ricerche condotte sul Reiki.

Uno dei principali limiti dei primi studi è costituito dalla metodologia utilizzata, ma negli ultimi anni sono state portate a termine ricerche più significative dal punto di vista metodologico-progettuale e dal punto di vista dei campioni. Di seguito alcune delle ricerche prese in esame per la stesura di questo elaborato.

- Wardell DW, Engebretson J. Biological correlates of Reiki Touch(sm) healing. *J Adv Nurs*. 2001 Feb; 33(4): 439-45. PubMed PMID: 11251731, sugli indicatori biologici dello stress.
- Bowden D, Goddard L, Gruzelier J. A randomised controlled single-blind trial of the efficacy of reiki at benefitting mood and well-being. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2011; 2011:381862. Epub 2011 Mar 27. PubMed PMID: 21584234; PubMed Central PMCID: PMC3092553, su ansia e depressione.
- Birocco N, Guilleme C, Storto S, Ritorto G, Catino C, Gir N, Balestra L, Tealdi G, Orecchia C, Vito GD, Giaretto L, Donadio M, Bertetto O, Schena M, Ciuffreda L. The effects of reiki therapy on pain and anxiety in patients attending a day oncology and infusion services unit. *Am J Hosp Palliat Care*. 2012 Jun; 29(4): 290-4. Epub 2011 Oct 13. PubMed

PMID: 21998438, sui benefici del Reiki in pazienti oncologici durante la chemioterapia.

- Brewitt, B., Vittetoe, T, and Hartwell, B. "The Efficacy of Reiki Hands-On Healing: Improvements in spleen and nervous system function as quantified by electrodermal screening". *Alternative Therapies*, July 1997, Vol. 3, No. 4, pg. 89 sull'efficacia del Reiki in alcune patologie croniche (sclerosi multipla, LES, fibromialgia, gozzo tiroideo).

Il Reiki trova indicazione di ogni situazione e a qualunque età perché lavora sul riequilibrio del campo energetico della persona. Non ha effetti collaterali, anche se è possibile il riacutizzarsi momentaneo del dolore e/o di sensazioni sgradevoli all'inizio del trattamento, che scompaiono però entro la fine del trattamento stesso.

In alcune scuole, si sconsiglia l'utilizzo del Reiki sulle ustioni, in quanto l'accelerazione del processo di cicatrizzazione può aumentare la possibilità di formazioni di cheloidi, e sulle fratture ossee: in questo caso, accelerando la formazione del callo osseo, la frattura appare guarita in maniera più veloce; tuttavia il callo osseo può non essere ancora ben consolidato, e nel caso in cui l'arto venga precocemente caricato, è possibile andare incontro ad una nuova frattura.

L'esperienza con il Reiki presso le strutture del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze dell'Asl 4 Chiavarese (Ge) ebbe inizio nel 2010 presso il Sert e poi nel Day Hospital Dipartimentale dove fui trasferita. Proprio presso il Day Hospital, vengono ricoverate anche alcune pazienti con diagnosi di "Disturbo del Comportamento Alimentare" (DCA), che una volta dimesse chiedono a gran voce di poter continuare a ricevere trattamenti; essendo disponibile un solo operatore/infermiere abilitato ai trattamenti, si pensa ad un progetto di gruppo, e da qui nasce il "Cerchio di Luce". Il progetto prevede la creazione di un gruppo di utenti, che sarà condotto dall'infermiera e Reiki Master and Teacher affiancata da una psicologa e da una psichiatra dell'ambulatorio per i disturbi alimentari. E' rivolto a pazienti con diagnosi di DCA, in particolare nei casi in cui l'approccio farmacologico risulta poco efficace o viene rifiutato.

Le finalità del progetto sono quelle di indurre uno stato di rilassamento, acquisire consapevolezza delle proprie emozioni, attivare la capacità di auto-cura, migliorare i sintomi relativi al disturbo alimentare (restrizione/com-

pulsione e pratiche di compensazione). Il progetto prevede un primo incontro con il gruppo di utenti, durante il quale viene spiegato che cosa è il Reiki, come funziona, quali possono essere i benefici. Al termine, viene chiesto alle 9 pazienti che hanno partecipato (di età compresa tra 26 e 65 anni) se può loro interessare partecipare ad un seminario di Primo Livello che sarà attivato all'interno del servizio in forma gratuita. Otto pazienti su nove accettano. Il corso viene articolato in tre pomeriggi consecutivi, dalle ore 14.00 alle ore 19.00, al fine di mantenere invariato il numero minimo di ore previsto per l'insegnamento del primo livello. Ogni giorno, all'inizio e alla fine del corso, viene somministrato un questionario, che verrà poi utilizzato anche negli incontri successivi. Questi saranno articolati settimanalmente, della durata di due ore per un totale di 44 incontri (circa un anno).

La struttura degli incontri è la seguente:

- Arrivo e compilazione del questionario
- Esercizio di meditazione o visualizzazione
- Trattamento Reiki (tutti trattano e tutti ricevono)
- Condivisione dell'esperienza
- Cerchio di congedo
- Compilazione questionario post trattamento

Il questionario è costituito da tre domande con risposte su scale validate: a) Scala di valutazione Likert che valuta lo stato generale del momento della compilazione. b) Scala numerica Likert da 0 a 10 che valuta il dolore più forte avvertito nel momento della compilazione; è presente uno spazio ove indicare la sede anatomica del dolore. c) Scala numerica Likert da 0 a 10 utilizzata per valutare una serie di sedici stati emotivi, sia positivi che negativi.

Dai dati ricavati dal progetto "Cerchio di Luce", si evidenzia quanto gli stati emotivi iniziali, a volte estremi, tendano al cambiamento e a trovare un equilibrio dopo aver dato e ricevuto Reiki; il dolore, sempre presente, diminuisce fino a sparire in alcuni casi. All'interno di questo progetto si è anche lavorato per riportare in uno spazio di consapevolezza corporea le partecipanti: le domande erano appositamente riferite al "qui ed ora", al "momento presente", al fine di abituare sempre più le persone a vivere secondo i cinque principi: solo per oggi... ■

PAGAMENTO SUL SITO CON CARTA DI CREDITO PER ISCRIZIONE E RINNOVI

Per iscriversi alla SIOMI bastano 50 euro...

Pagamento anche 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)



Mai più senza!

Rescue Spray a base di Fiori di Bach Originali.

Nei momenti più delicati come prima di un esame, prima di un volo aereo, prima di una visita medica o prima di una riunione importante, Rescue Spray ti regala naturalmente serenità.

È comodo, portalo sempre con te!

È pratico, usalo in ogni momento della giornata!

È naturale, non contiene alcol!



Bach[®]
ORIGINAL
FLOWER ESSENCES



www.rescuefioridibach.it

Maurizio Romani

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



In questo momento storico per l'omeopatia, a causa delle polemiche contro questa disciplina medica riaccese dai recenti episodi di cronaca, abbiamo ritenuto opportuno dedicare questa intervista a un personaggio che possiamo definire un "grande" per il suo impegno in favore dell'omeopatia in campo politico-legislativo. Lui è Maurizio Romani, Membro Gruppo Misto (Italia dei Valori), Vicepresidente della 12ª Commissione permanente (Igiene e Sanità).

■ Senatore Romani, ci racconta come mai e quando lei è diventato un medico esperto in omeopatia?

Come ho recentemente ri-affermato in un mio comunicato stampa, sono radicato nella posizione che gli esseri umani non devono mai essere il mezzo per la realizzazione di un progetto sanitario bensì il suo fine. Quando da giovane medico lessi per la prima volta il Paragrafo 9 dell'Organon, capii quale fosse il concetto e lo scopo di Salute secondo Hahnemann. Tale visione si attagliava già allora al mio impegno sociale. È così iniziato il mio percorso di conoscenza, approfondito grazie ai corsi tenuti dai "maestri" europei, dell'America latina e italiani e continua tuttora rendendo sempre interessante e piacevole la mia professione.

■ Come è riuscito a conciliare il suo lavoro di medico omeopata con la carica di senatore?

Sono un medico clinico e continuo a svolgere la mia attività organizzando adeguatamente la mia agenda. Non abbandonare la professione e il rapporto con le persone che curo è una delle condizioni non negoziabili che ho posto e mi sono posto quando sono stato candidato alle elezioni politiche. Come dico sempre, la mia unica lobby sono i pazienti. In entrambi i campi professionali sono i loro bisogni di salute e benessere che guidano le mie scelte terapeutiche e legislative.

■ Lei ha presentato come primo firmatario numerosi DDL, tra cui nel 2013 quello sulle "Disposizioni in materia di riconoscimento della medicina omeopatica"; le sembra che in Italia esista la libertà di scelta terapeutica sostenuta nel DDL a sua firma? Che il cittadino che intende curarsi con le Medicine Complementari riceve dallo Stato lo stesso trattamento, le stesse agevolazioni, la stessa possibilità di scelta?

Se è per questo sono il primo firmatario della "Proposta di Legge di Iniziativa Popolare sulle Medicine Tradizionali, Complementari e Non Convenzionali" che ab-

biamo depositato in Cassazione il 17 novembre dello scorso anno. È necessario formulare e attuare politiche e regolamenti nazionali sulle Medicine Tradizionali e Non Convenzionali, e a prestare particolare attenzione alla formazione degli operatori: stabilire una registrazione e una licenza per gli operatori; riconoscere il ruolo degli operatori delle MNC nell'assistenza sanitaria primaria; ottimizzare e aggiornare le competenze degli operatori delle MNC; sviluppare le linee guida di formazione per le terapie più comunemente utilizzate; rafforzare e incrementare l'organizzazione degli operatori delle MNC; rafforzare la cooperazione con gli altri operatori sanitari. Infatti l'OMS afferma "la necessità di azione e cooperazione da parte della comunità internazionale, dei governi, nonché dei professionisti e degli operatori sanitari al fine di assicurare un utilizzo corretto della Medicina Tradizionale come componente significativa per la salute di tutti i popoli". Va quindi riconosciuta la "doppia libertà", di scelta terapeutica del singolo e di cura da parte dei medici, adempiendo compiutamente allo spirito dell'art. 32 della Costituzione. In una altra parte della stessa proposta di legge è scritto: "Nella maggior parte dei casi l'omeopatia non è una medicina alternativa, ma complementare. I medicinali omeopatici vengono infatti utilizzati da medici in associazione alle medicine tradizionali."

■ In che modo, anche alla luce dei recenti episodi che vedono protagonisti pazienti sottoposti a terapie omeopatiche che sono deceduti e per i quali l'omeopatia viene nuovamente messa sotto accusa, si prevede che la legge tuteli i pazienti?

L'Organizzazione Mondiale della Sanità fornisce la seguente definizione "La Medicina Alternativa e Complementare si riferisce a un vasto insieme di pratiche di assistenza sanitaria che non fanno parte della tradizione propria di un paese e non sono integrate nel sistema sanitario dominante. Altri termini usati per descrivere queste pratiche di assistenza sanitaria sono: *medicina naturale, medicina non convenzionale e medicina olistica*. Questo è il punto: è indispensabile contestualizzare il nostro campo di osservazione e valutazione allo stato giuridico e antropologico di queste Medicine, diverse e differenti, in relazione alla situazione di ogni paese. Infatti l'OMS dice anche che "La Medicina Tradizionale ha una lunga storia. È la somma di conoscenze, competenze e pratiche basate su teorie, credenze ed esperienze indigene di diverse culture, siano esse spiegabili o meno, utilizzate per il mantenimento della salute, così come nella pre-

Maurizio Romani

venzione, diagnosi, cura o miglioramento di malattie fisiche e mentali". In alcuni paesi, i termini "complementare/ alternativa/non convenzionale" sono usati in modo intercambiabile con "medicina tradizionale" e si riferiscono a un ampio insieme di pratiche di assistenza sanitaria che non fanno parte della tradizione di quello stesso paese e non sono integrate nel sistema sanitario dominante. " Quindi per quanto riguarda l'Italia è indispensabile che tutti insieme ci impegniamo in modo collettivo e sociale per cambiare il contesto nel quale ci troviamo. La mia posizione e il mio impegno le ho chiaramente espresso promuovendo in Senato il 29 settembre 2016 con l'Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona ONLUS-Ente Morale di Bologna il Simposio Nazionale. Invito lei e i suoi colleghi a fare utile riferimento agli Atti e alla intervista che ho rilasciato in quella occasione (i link si trovano in fondo a questa colonna, ndr). Senza ombra di dubbio è stato il momento unitario più alto che ha riunito gli esponenti più qualificati di tutte le varie Medicine Tradizionali e Complementari in Italia dai tempi della Conferenza di Consenso del 2003.

- **Il nostro Paese rappresenta il terzo mercato europeo di farmaci omeopatici, dopo Francia e Germania; l'omeopatia, pur essendo in calo nel 2016. Ma i prezzi dei medicinali omeopatici in Italia non sono per nulla uguali a quelli delle nazioni che abbiamo citato: costano di più. Sarebbe opportuno, oltre che utile per i pazienti e conforme anche all'idea di "Europa Unita", avere almeno per i rimedi omeopatici unitari, lo stesso prezzo in tutti i Paesi Europei?**

Penso che questo sarebbe doveroso e socialmente necessario. Per quanto riguarda di nuovo il contesto che ci riguarda, cioè quello italiano, non mi paiono chiare la posizione e l'azione dei produttori e importatori italiani di medicinali omeopatici e antroposofici.

- **Restando in tema di Europa unita, per quanto riguarda la formazione, fermo restando la obbligatorietà della laurea in medicina e Chirurgia per la professione dell'omeopata clinico, ritiene che si possa adottare una politica più europea, promuovendo scambi culturali del tipo "Erasmus" con altri Paesi, semmai utilizzando anche le strutture ospedaliere (ambulatoriali e non) per l'offerta formativa? E sempre per la formazione, ritiene che sia importante che i laureandi in Medicina e Chirurgia possano seguire un Corso di Omeopatia e di altre Medicine Complementari nel corso di Laurea? A suo avviso ciò potrebbe servire a renderle più conosciute e meno "demonizzabili"?**

Bisognerebbe che l'Italia, pur tardivamente, comprendesse e recepisce il contenuto della Risoluzione n. 75 che Parlamento Europeo ha approvato il 29 maggio del 1997 la Risoluzione n. 75 dal titolo "Sullo Status delle Medicine Non Convenzionali", con l'obiettivo esplicito di "garantire ai cittadini la più ampia libertà possibile di scelta terapeutica, assicurando loro anche il più alto li-

vello di sicurezza e l'informazione più corretta sull'innocuità, qualità ed efficacia di tali medicine". Vengono quindi individuate le otto Medicine Non Convenzionali per le quali si auspica il riconoscimento da parte degli organismi comunitari e dei singoli Stati membri: nell'ordine in cui vengono elencate nei documenti ufficiali si tratta di: Chiropratica, Medicina Omeopatica, Medicina Antroposofica, Medicina Tradizionale Cinese (inclusa l'Agopuntura che è una delle branche), Shiatsu, Naturopatia, Osteopatia e Fitoterapia. E la Risoluzione n. 1206 che il Consiglio d'Europa ha emanato il 4 novembre 1999 dal titolo "L'approccio europeo alle Medicine Non Convenzionali", la quale dichiara che le varie forme di medicina non dovrebbero competere l'un l'altra; è possibile per loro coesistere e completarsi a vicenda; forme alternative o complementari di medicina possono essere praticate da medici di medicina convenzionale, nonché da professionisti ben preparati nelle Medicine Non convenzionali; un paziente può consultare uno o l'altro, sia su consiglio del medico di famiglia sia per suo libero arbitrio; i principi etici dovrebbero prevalere; gli Stati membri dovrebbero modellare il loro approccio sulla base degli esperimenti dei loro vicini e, ove possibile, coordinare la loro posizione rispetto a queste medicine, in base al principio di sussidiarietà. Quindi il Consiglio d'Europa ha affermato la necessità di un riconoscimento delle principali Medicine Non Convenzionali nel senso indicato dalla precedente Risoluzione del Parlamento Europeo. Ha invitato perciò gli Stati membri a regolarizzare lo status di queste Medicine in modo da garantirne a pieno titolo l'inserimento nei servizi sanitari nazionali.

- **Il malato affetto da patologie croniche, gravato da comorbidità e politerapie rappresenta per il medico omeopata il paziente ideale. Dato che patologie croniche come il diabete mellito, l'ipertensione, i dismetabolismi lipidici e le BPCO sono quelle ideali sulle quali ragionare in termini di medicina integrata, si potrebbero promuovere approcci integrati secondo il modello del "Chronic Care Model" includendo anche le medicine complementari e l'omeopatia? Potrebbero essere "riletti" i piani nazionali relativi a tali modelli?**

Certamente, penso che questa domanda trovi risposte esaustive nella risposta alla precedente domanda.

- **Senatore Romani, la ricerca scientifica nel campo dell'omeopatia rappresenta oggi la chiave anche per la risposta al precedente quesito che le abbiamo posto; finanziare qualche importante ricerca clinica e/o sperimentale semmai con fondi Universitari potrebbe essere importante?**

Per produrre prove di efficacia delle Medicine Tradizionali e Non Convenzionali sono ovviamente necessarie risorse per la ricerca di qualità. E' paradossale che l'establishment accademico e istituzionale chieda alle Medicine Tradizionali e Non Convenzionali prove di efficacia (EBM) quando non esistono in Italia fondi statali erogati a tale scopo.

- Un' ultima domanda: Lei conosce il Centro di Medicina Integrata di Pitigliano; recentemente la Regione Toscana lo ha indicato come Centro di Riferimento per la Medicina Integrata nei percorsi ospedalieri. Secondo la nostra esperienza, a Pitigliano anche persone anziane e di grado culturale non elevato hanno aderito con entusiasmo al progetto di Medicina Integrata, contraddicendo i dati ISTAT sulla tipologia di persone che si rivolgono all'Omeopatia e alle Medicine Complementari. Quindi la vera integrazione parte dal basso, dal "passaparola"?

Conosco bene il Centro di Medicina Integrata di Pitigliano, la cosa più importante è proprio l'accettazione entusiastica da parte dei pazienti che dimostrano nella pratica l'importanza dell'umanizzazione del percorso terapeutico ospedaliero integrato che mette al centro del

progetto il paziente. Vi è necessità di nuovi paradigmi nel pluralismo della scienza e va quindi riconosciuta la "doppia libertà", di scelta terapeutica del singolo e di cura da parte dei medici, adempiendo compiutamente allo spirito dell'art. 32 della Costituzione. ■

Ringraziamo il Senatore Maurizio Romani per averci concesso questa intervista; sappiamo che questo non è un momento ideale per esprimere opinioni personali a riguardo senza essere subito additati come "sostenitori" (o "detrattori"). E riteniamo che l'esperienza clinica ed anche politica del nostro interlocutore siano un utile connubio per favorire la ricerca della migliore soluzione possibile a favore di una unica Medicina omeopatica o allopatrica che sia, che abbia a cuore in primis la salute dei pazienti e che, una tantum, ci troviamo di fronte "all'uomo giusto al posto giusto"!



SCUOLA ACCREDITATA DALLA REGIONE TOSCANA CON DECRETO N° 1019, MARZO 2012

Scuola Nazionale di Omeopatia Clinica e Medicina Integrata

Convenzionata con il Centro di Medicina Integrata dell'Ospedale di Pitigliano per stage pratico formativo

LIVELLO BASE
Annuale

60 ORE

LIVELLO AVANZATO
Biennale

120 ORE

OMEOPATIA CLASSICA
IN MEDICINA INTEGRATA

60 ORE

FORMAZIONE
PERMANENTE CONTINUA

30 ORE

FAD
Formazione a Distanza

120 ORE

- ◆ E' finalizzata all'insegnamento della medicina omeopatica in un **percorso diagnostico e terapeutico** di Medicina Integrata.
- ◆ Utilizza un **metodo didattico** che permette di acquisire conoscenze più complete e di **immediata applicazione nella pratica clinica**.
- ◆ E' espressione della **cultura indipendente** della SIOMI, per l'**integrazione dell'omeopatia nella medicina contemporanea** secondo i concetti promossi dalla Società fin **dal 1999**.

INFO: Tel.: **055.6800389** - Fax: **055.683355**
E-mail: **segreteria@siomi.it**

50 CREDITI ECM PER ANNO DIDATTICO
CON VERIFICA ANNUALE DELLA FORMAZIONE

Infertilità singola e di coppia

Indagine sulla conoscenza e sull'applicazione delle Medicine Complementari tra gli specialisti

Rebecca Brega

Ostetrica - Mail: rebecca.brega@gmail.com

Tratto dalla tesi di Master Universitario di I livello in "Medicine complementari e terapie integrate", AA 2015-2016, Università di Siena

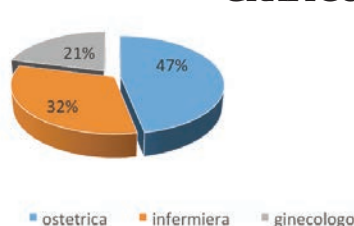
Uno dei problemi più frequenti che affligge la società di oggi è l'infertilità sia singola che di coppia. E' importante, dunque, capire cosa sia l'infertilità e quali sono le maggiori cause scatenanti. L'American Society of Reproductive Medicine e l'OMS, definiscono l'infertilità come l'assenza di concepimento dopo 12-24 mesi di rapporti non protetti da metodi contraccettivi¹. Il fenomeno riguarda circa il 15% delle coppie e comprende numerose e diverse cause che possono riguardare problematiche prettamente anatomiche oppure lo stile di vita, come ad esempio la ricerca di un figlio in età tardiva, l'assunzione di alcol o sostanze stupefacenti, lo stress dovuto dal lavoro e molte altre².

Tutte queste problematiche, nella maggior parte dei casi, vengono risolte facendo riferimento a tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), ma non è l'unica soluzione. Le terapie complementari possono risolvere i problemi legati all'infertilità o comunque aiutare ad affrontare diversamente il percorso ospedaliero. Cosa intendiamo però per Medicina Complementare? Quali sono quelle indicate per l'infertilità?

Per CAM (Complementary and Alternative Medicine) si intendono tutte quelle discipline che non hanno un'evidenza scientifica tale da considerarle biomedicina e che derivano dall'integrazione di conoscenze mediche diverse provenienti da differenti tradizioni con lo scopo di fornire le risposte mancanti alla cura dei cittadini. Queste medicine non sostituiscono e non sono in contrapposizione con quella tradizionale ma piuttosto la completano³. Tra le discipline che possiamo utilizzare in casi di infertilità troviamo sicuramente l'omeopatia. Questa, grazie al concetto chiave di "autoguarigione" o "like cure like" e l'utilizzo di diluizioni omeopatiche di LH, FSH, estrogeni, progesterone e altri ormoni coinvolti nel ciclo femminile, ha dimostrato l'utilità di questi in vari processi patologici⁴. Un'altra disciplina molto utilizzata nella diagnosi di infertilità è la Medicina Tradizionale Cinese (MTC) la quale si basa sulla stimolazione di vari punti che scorrono lungo i meridiani del corpo attraverso diverse tecniche come l'agopuntura o la moxibustione⁵.

Terza domanda: professione

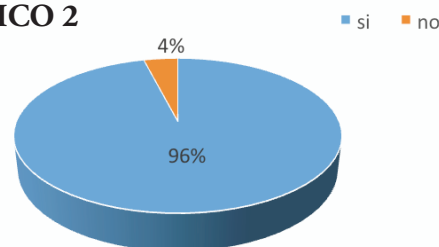
GRAFICO 1



Anche le discipline bionaturali come floriterapia, fiori di Bach, osteopatia e riflessologia plantare, grazie alla loro azione anche a livello emotivo in quanto il concetto fondamentale delle medicine complementari si basa sull'unità di mente corpo e spirito, sono utilizzabili in casi d'infertilità o comunque associabili a percorsi di medicina tradizionale.⁶⁻⁸

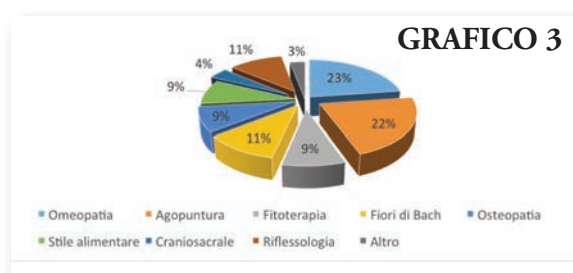
Entrando nello specifico, il lavoro che viene riportato di seguito, aveva lo scopo di sapere quanti medici, ostetriche ed infermiere conoscono e consigliano, prima di ricorrere a tecniche di PMA, terapie complementari. Questo studio è stato sottoposto al personale sanitario dell'Ospedale Unico della Versilia e dell'ospedale Felice Lotti di Pontedera.

GRAFICO 2



I questionari consegnati sono stati 50 di cui 20 a Pontedera e 30 al Versilia e quelli tornati compilati 47. Erano divisi in due parti: la prima introduttiva dove veniva chiesto il sesso, l'età, la professione, e la provincia di residenza. Questi dati erano utili per vedere se anche tra sesso diverso, professione o provincia di residenza c'erano particolari pareri contrastanti in particolare tra fasce d'età differenti. La seconda parte era più specifica sull'indagine quindi veniva chiesto se queste discipline erano conosciute, se sì quali, se venivano utilizzate anche per altre patologie o disturbi e per infertilità o altrimenti quali consigli avrebbero dato ad una paziente o una coppia che si presentava con tale problematica.

Una volta consegnati i questionari, che erano preceduti da una lettera di presentazione nella quale veniva spiegato il motivo di questa indagine, abbiamo dovuto aspettare qualche giorno per permettere a tutti i vari "turni" di poter prendere visione e, se avessero voluto, di poterlo compilare o chiedere ulteriori informazioni al riguardo. Sono state due figure professionali, un medico ed un'ostetrica a chiamarmi una volta visto che tutti i questionari erano stati compilati; non rimaneva, quindi, che ritirarli ed iniziare ad analizzarli. Non sono state incon-



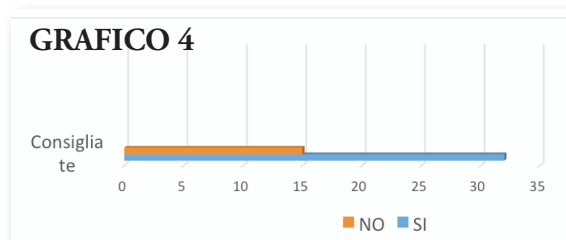
trate particolari difficoltà nella raccolta del campione, anzi al contrario, sia il personale sanitario dell'ospedale Versilia che dell'ospedale di Pontedera si è dimostrato gentile e molto partecipe. Già il fatto che di tutti i moduli consegnati quasi il 100% di questi sono stati compilati è un ottimo dato. In generale i risultati ottenuti sono stati sorprendenti. Analizzando nel dettaglio alcune domande dell'indagine si nota subito che, il 21% dei professionisti che ha risposto al questionario sono medici e, anche se non è una percentuale molto alta, in realtà è fondamentale sapere che hanno partecipato all'indagine. La restante parte è data da infermiere (32%) e ostetriche (47%).

Tra tutti i partecipanti, ben il 96% conosce le Medicine Complementari e tra queste, come possiamo vedere nel grafico, le più utilizzate sono omeopatia ed agopuntura. La domanda precedente, si basava solo sulla conoscenza che poteva essere anche semplicemente per sentito dire. Le successive, invece, sono riferite all'utilizzo generico e a quello specifico delle CAM. Guardando i grafici è possibile notare che 32 tra gli intervistati consigliano le medicine complementari per una qualsiasi patologia mentre le restanti 15 persone, nonostante le conosca, non le suggerisce come possibile soluzione (grafico 4). Ancora una volta le discipline più utilizzate sono omeopatia e agopuntura seguite dall'osteopatia. A questo punto è doveroso sapere quante di queste 32 figure sanitarie ha risposto positivamente all'utilizzo delle CAM in casi di infertilità. Con grande sorpresa abbiamo potuto notare che quasi tutti hanno confermato la loro posizione; solo due figure hanno cambiato idea al riguardo rispondendo di essere a favore delle tecniche complementari ma di non consigliarle in caso di infertilità. Oltre alla conoscenza e all'utilizzo, lo scopo di questa indagine era anche quello di trovare un riscontro positivo dell'utilità di queste discipline. L'ultima domanda infatti, chiedeva se, le discipline consigliate erano rimaste utili alla coppia per poter risolvere la loro problematica e, più della metà degli intervistati ha risposto positivamente. Ciò significa che non solo viene affermata di nuovo l'efficacia di tali

medicine ma anche e soprattutto che tra i nostri specialisti inizia a diventare familiare l'idea di integrazione.

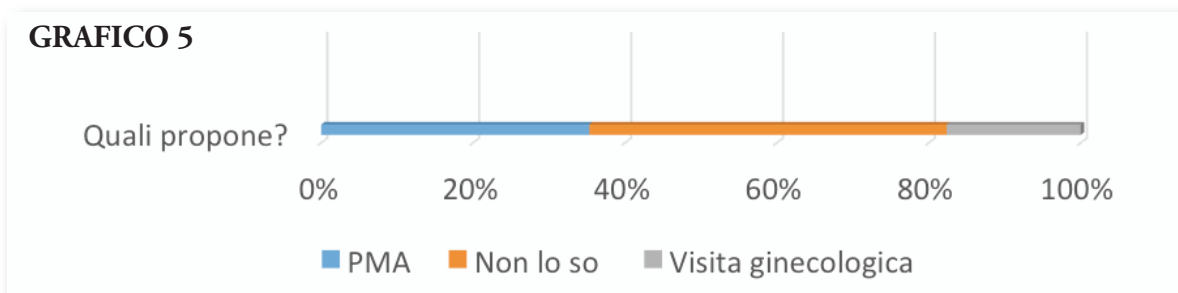
La vera sorpresa è stata nell'analizzare l'ultima domanda del questionario nella quale, ai professionisti sanitari che avevano risposto di non conoscere o non utilizzare le CAM veniva chiesto quale sarebbe stato il primo consiglio da dare ad una coppia alla quale veniva diagnosticata infertilità. La risposta più "scontata" era quella di fare riferimento a centri di PMA e invece la maggior parte delle risposte, che erano aperte e non a scelta multipla, è stata "non lo so" (grafico 5).

In conclusione possiamo dire che da questo studio sono emersi dei dati che nessuno si sarebbe mai aspettato in quanto si parla di una piccolissima realtà che, pur essendo inserita in un contesto tradizionale, riesce a vedere oltre e che può, continuando così, insegnare agli altri evitando di far diventare tutto ancora più medicalizzato riuscendo invece a far interagire le due medicine per un risultato migliore. ■



Bibliografia

1. <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/> 12 Gennaio 2017
2. <http://www.salutedonna.it/epidemiologia-dellinfertilita-e-della-sterilita-cause-e-fattori-favorevoli.html> 15 Gennaio 2017
3. Bernardini S. (2011) "Integrativa", "Integrata" o Nuova Medicina? Himed, Homeopathy and Integrated Medicine. SIOMI. 2,2: 36.
4. Balzano G. (2010) Manuale di omeopatia clinica in ginecologia. Medicina Naturale. Tecniche Nuove.
5. Cracolici F, Riviello C. (2014) Infertilità di coppia e procreazione assistita. Tecniche di agopuntura e medicina cinese. Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
6. Saponaro M. (2006) Floriterapia al femminile. L'utilizzo dei fiori di Bach in ginecologia. Medicina Naturale. Tecniche Nuove, Milano.
7. www.tuttosteopatia.it 25 Gennaio 2017 [8] www.ripa.it, 25 Gennaio 2017.



Ruolo del massaggio infantile all'interno di un centro accoglienza

Silvia Biondi

Ostetrica

Articolo tratto dalla tesi del Master Universitario di I livello in 'Medicine Complementari e Terapie Integrate' A. A. 2015/2016 dell'Università di Siena
Mail: silviabiondi5@gmail.com

Il massaggio infantile è un'antica tradizione presente da sempre in molte culture, riconosciuto oggi come strumento efficace non solo nel rafforzare il legame di attaccamento genitore bambino ma anche nel determinare molteplici benefici in relazione ad uno sviluppo olistico. Fisiologicamente lo scambio tattile-ormonale accompagna madre e bambino nella gestazione permettendo l'instaurarsi di un dialogo simbiotico che lega l'uno all'altro ed il suo evolversi nel passaggio tra endo ad esogestazione. Inoltre, la sensibilità della pelle, che possiede il primato nelle esperienze sensoriali del bambino, insieme alla maggior permeabilità cerebrale caratteristica dei primi anni di vita, rende fondamentale l'esperienza con il mondo esterno permettendo sia la consapevolezza del proprio corpo sia il consolidamento dei rapporti oggettivi.

Parallelamente sono differenti e molteplici le situazioni di genitorialità a rischio, come quella psicologica, sociale, culturale, economica per le quali vengono predisposti sul territorio nazionale servizi di accoglienza e di sostegno come case accoglienza o case comunità riscontrando la crescente necessità di pianificare interventi preventivi che includano la promozione della salute e il miglioramento delle competenze genitoriali, riducendo i fattori di rischio ed aumentando quelli di protezione. Il massaggio al bambino, immagine tipica di maternità, è uno strumento in grado di aiutare a rafforzare il legame di attaccamento non solo nelle situazioni in cui esso ha avuto una fisiologica evoluzione ma anche e soprattutto in quelle circostanze in cui esso è stato parzialmente limitato, supportato dalla capacità di resilienza propria del cucciolo umano. Le madri possono quindi essere efficacemente sostenute con interventi precoci che favoriscano lo sviluppo di una sana genitorialità mediante il rafforzamento della fiducia e della sicurezza nella cura e comprensione del proprio bambino.

Obiettivo

Lo scopo della ricerca è stato quello di verificare se il massaggio infantile potesse essere uno strumento utile sia nel ridurre il rischio materno di depressione e stress post-natale, sia nel favorire il legame di attaccamento madre-bambino.

Lo studio è stato condotto all'interno di un centro accoglienza a Cesena, coinvolgendo puerpere e rispettivi bambini (0-12 mesi) il cui arruolamento è avvenuto nel rispetto di specifici criteri di inclusione ed esclusione, previa sottoscrizione del consenso informato. Il campionamento ha previsto l'assegnazione della popolazione reclutata a due bracci dello studio: quello sperimentale con intervento massaggio infantile, quello di controllo con

terapia di supporto (ritenendo maggiormente etico offrire comunque un trattamento vs un non trattamento), entrambi con svolgimento complessivo in 5 incontri a cadenza settimanale.

Metodi

Per verificare il rischio di depressione post-natale e lo stress genitoriale sono stati utilizzati rispettivamente i questionari EPDS e PSI (ripartito in tre sottoscale: PD/parenting distress, PCDI/parent child dysfunctional Interaction, DC/difficult Child), somministrati entrambi pre-post trattamento. Per verificare il legame di attaccamento madre-bambino è stato utilizzato il questionario MPAS mediante unica somministrazione post-trattamento, a causa del difficoltoso reperimento dello strumento nella forma linguistica italiana.

Variabili descrittive a confronto

Il reclutamento complessivo ha interessato 13 partecipanti assegnate a due gruppi, sperimentale/GS (N= 7) e di controllo/GC (N= 6), prevedendo la raccolta dati di natura socio-demografica ed ostetrica mediante questionario anamnestico, garantendo la confrontabilità dei campioni. È emersa un'età media di 36 anni nel GS ed una di 29 anni nel GC; la nazionalità è risultata: italiana nell'86% del GS e nel 17% del GC, straniera nel 14% e nell'83% rispettivamente del GS e del GC (p= 0.012).

Titolo di studio - Nel GS il 19% qualifica professionale, 57% diploma di scuola superiore, 24% diploma di laurea; nel GC il 17% diploma di scuola elementare, il 50% diploma di scuola media, il 33% diploma di scuola superiore.

Status occupazionale - 71% e 17% di occupazione, rispettivamente del GS e di quello di controllo.

Stato civile - Il 43% del GS e l'83% del GC ha affermato di essere coniugata, rispettivamente il 57% e il 17% di essere convivente. Alle domande: "la gravidanza è stata da lei programmata" il 14% del GS ha risposto "molto falso", rispettivamente GS e GC "abbastanza falso" nel 14% e 67%, "abbastanza vero" nel 71% del GS, "molto vero" nel 33% del GC; "ha vissuto bene le modificazioni del suo corpo durante la gestazione" il 14% del GS ha risposto "molto falso", rispettivamente l'86% GS e l'83% GC "molto vero", 17% GC "abbastanza falso"; "ha mai sofferto almeno una volta di ansia/depressione/disturbi emotivi nella propria vita" 57% GS e 50% risponde negativamente.

Patologie del decorso gravidico - Presenti nel 29% del GS e nel 33% del GC.

Parità ostetrica - Primiparità rispettivamente nel 100% GS e nel 34% GC, multiparità 67% GC ($p=0.009$).

Tipologia del parto - Eutocico nell'86% GS e 83% GC, distocico laparotomico rispettivamente nel 14% e 17%. Il 100% di entrambi i gruppi ha affermato di aver partorito presso una struttura ospedaliera nella zona di residenza, ad un'epoca gestazionale a termine (37-42w).

Sesso nuovo nato - 86% GS e 100% GC femmina.

Età media infanti - 3 mesi nel GS e 6 mesi nel GC.

Tipologia di alimentazione adottata - 86% GS e 83% GC allattamento esclusivo al seno, 14% GS e 17% GC allattamento misto. Nella percezione individuale del sostegno ricevuto: il 43% GS e il 67% GC risponde positivamente.

Riferimenti statistici

L'analisi statistica si è servita: del test statistico non parametrico Chi-quadrato di Pearson nel confronto tra gruppi in merito alle variabili descrittive; dell'Anova Test sia nel confronto simultaneo tra gruppi mediante manovra mista, sia nella comparazione dei punteggi attribuiti ad ogni questionario pre-post trattamento in ciascun gruppo.

Risultati

EPDS - Nel pre-trattamento (t_1) è emersa una media complessiva, determinata dalla somma dei punteggi di entrambi i gruppi, di 14 (SD/standard deviation: 2.1) contro una di 10 (1.5) nel post-trattamento (t_2), differenza risultata statisticamente significativa ($p=0.009$). Nello specifico: il GS ha mostrato al t_1 una media di 15 (3.0) ed una di 7 (2.1) al t_2 ; il GC ha mostrato al t_1 una media di 13 (3.0) ed una di 14 (2.1) al t_2 ($p=0.007$), differenza risultata statisticamente significativa ($p=0.007$).

PSI - L'analisi multivariata è stata effettuata nelle tre sottoscale dello strumento. Nel PSI-PD è emerso: una media di 30 (3.4) del GS ed una di 34 (4.3) del GC al t_1 , al t_2 rispettivamente di 31 (3.4) e di 37 (3.5); nel confronto simultaneo una media di 31, tale sia al t_1 che al t_2 . Nel PSI-PCDI è emerso: una media di 23 (3.2) del GS e di 25 (3.2) del GC al t_1 , modificata al t_2 rispettivamente a 21 (2.8) ed a 28 (2.8). Nonostante la similarità dei punteggi tra t_1 - t_2 del GS i test statistici hanno rilevato una significatività statistica ($p=0.028$) tra tempo e GS. Nel confronto simultaneo una media di 25 al t_1 ed una di 26 al t_2 . Nel PSI-DC è emerso: una media di 22 (3.0) del GS e di 24 (3.1) del GC al t_1 , modificata al t_2 rispettivamente a 20 (1.8) ed a 29 (1.9), differenza risultata statisticamente significativa ($p=0.044$). Nel confronto simultaneo una media di 19 al t_1 ed una di 26 al t_2 .

MPAS - Disponendo dell'unica rilevazione al t_2 , l'analisi della varianza ha interessato la sola comparazione dei punteggi attribuiti nel confronto tra gruppi: media di 82 (2.9) del GS contro quella di 69 (2.9) del GC, differenza risultata statisticamente significativa ($p=0.008$). La media complessiva è stata di 76.

Conclusioni

I test statistici hanno garantito la confrontabilità tra gruppi in riferimento alle variabili descrittive, identificando una significatività statistica in merito a nazionalità e parità ostetrica. Considerato l'interesse proprio della ricerca di rivolgersi specificatamente a madri all'interno di un centro accoglienza, quindi necessariamente anche a madri di nazionalità straniera, la nazionalità è risultata essere una variabile da comparare mediante analisi multivariata analogamente alle altre variabili specifiche dello studio, ai fini della validità stessa della ricerca. La significatività statistica ottenuta nel confronto tra gruppi sulla parità ostetrica ha identificato una correlazione positiva a favore della multiparità nel gruppo di controllo, fenomeno che potrebbe essere spiegato considerando la tendenza delle donne di nazionalità italiana sia ad avere una prole poco numerosa, sia a partecipare ad iniziative di sostegno alla maternità principalmente in occasione della prima gravidanza.

L'analisi dell'EPDS ha mostrato come nel confronto simultaneo tra gruppi si sia verificato un miglioramento complessivo dei punteggi attribuiti al termine della ricerca rispetto quelli attribuiti in precedenza, potendo affermare come entrambi i trattamenti offerti siano risultati efficaci nel ridurre il potenziale rischio di depressione post nascita, a dimostrazione il riscontro della significatività statistica. Nello specifico, nel confronto tra gruppi è emerso un cambiamento più favorevole nel braccio sperimentale determinato da punteggi migliorativi nell'intervallo temporale t_1 - t_2 rispetto quelli mantenuti simili nel braccio di controllo, mostrando come successivamente al trattamento massaggio infantile il rischio di depressione post natale si sia ridotto, a riscontro la significatività statistica ottenuta.

L'analisi delle tre sottoclassi del questionario PSI ha mostrato come non siano state riscontrate differenze statisticamente significative nel confronto simultaneo tra gruppi. In riferimento all'intervallo t_1 - t_2 è stata riscontrata una differenza statisticamente significativa a favore del braccio sperimentale sia nella sottoscala P-CDI sia in quella DC, mostrando come tale gruppo abbia contenuto meglio lo stress vs quello di controllo, sia nell'interazione disfunzionale madre-bambino sia nella percezione del proprio bambino come difficile.

Infine l'analisi dell'MPAS al t_2 nel confronto tra gruppi ha mostrato come le madri del gruppo di massaggio infantile abbiano attribuito punteggi più favorevoli rispetto quelle del gruppo terapia di supporto, riferendo un miglior legame affettivo con il proprio bambino, a supporto la significatività statistica ottenuta che va però considerata limitata per l'impossibilità di effettuare una comparazione temporale t_1 - t_2 dello stesso strumento.

La piccola numerosità campionaria, la mancanza di randomizzazione rappresentano limiti metodologici della ricerca da contenere con maggior rigore statistico nell'implementazione di studi futuri al riguardo. Considerati i positivi risultati, l'insegnamento del massaggio infantile attraverso corsi individuali o collettivi, diviene uno strumento di prevenzione da poter affiancare ad altri servizi di sostegno presenti ed offerti all'interno di strutture a supporto della maternità. ■

Conoscenza, opinioni e barriere percepite all'uso delle CIM del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università di Siena

Nicola Vallata

Infermiera – Mail: nicole.vallata@gmail.com

Articolo tratto dalla tesi del Master Universitario di I livello in "Medicine Complementari e Terapie Integrate" A.A. 2015/2016 dell'Università di Siena

Dai primi anni duemila, è aumentata la curiosità scientifica di scoprire ed analizzare il rapporto che gli studenti infermieri hanno con le Medicine Complementari e Integrate (Joudrey, McKay et al. 2004, Kim, Erlen et al. 2006, Kreitzer, Mitten et al. 2002, Laurenson, MacDonald et al. 2006, Poreddi, Thiagarajan et al. 2016, Uzun, Tan 2004, Yildirim, Parlar et al. 2010, Şenay Topuz, Gülzade Uysal et al. 2015); tutti gli studi analizzano aspetti diversi e con metodologie diverse ma si trovano concordi nell'affermare la buona attitudine degli studenti rispetto alle CIM; gli stessi hanno ammesso la loro ignoranza rispetto a numerose metodiche e la necessità di essere formati in maniera maggiore, inserendo all'interno dei corsi di base per infermieri, insegnamenti riguardanti queste pratiche.

Materiali e metodi

E' stata condotta un'indagine trasversale descrittiva che coinvolgeva gli studenti di Infermieristica dell'Università di Siena con le rispettive sedi distaccate: Arezzo, Grosseto e Siena.

Sono stati interpellati gli studenti di tutte gli anni di corso, compresi gli studenti fuori corso.

Per la raccolta dati di questo studio è stato utilizzato un questionario strutturato, disegnato ad hoc direttamente

dagli Autori utilizzando Google Docs, supporto che consentiva di dare una sola risposta per ogni domanda.

- La prima sezione si compone dei dati anagrafici dei partecipanti. Nello studio è stato garantito l'anonimato e quindi gli unici dati da me raccolti riguardano il sesso, l'età, la sede di appartenenza e l'anno di corso frequentato.
- Nella seconda sezione, formata da due parti distinte, si trovano diversi quesiti che si pongono l'obiettivo di indagare quale sia la conoscenza degli studenti, riguardo alle CIM in generale, all'uso personale e alla presenza i meno di insegnamenti riguardanti questa materia nella propria università. Le risposte possibili erano tre: non saprei, no, sì. Nella seconda parte, si studia nello specifico, la conoscenza di tredici diverse Medicine o Terapie Complementari: Omeopatia, Fitoterapia, Agopuntura, Medicina Tradizionale Cinese, Osteopatia, Meditazione, Terapia dello Humor, Yoga, Immaginazione Guidata, Preghiera, Massaggio, Riflessologia Plantare e Tecniche di Rilassamento. Le risposte che lo studente poteva dare erano tre: nessuna, conoscenza scarsa, buona conoscenza.
- La terza sezione invece, si compone di tre parti distinte; la prima riguardante le opinioni sull'uso generale delle CIM in ambito clinico, l'utilità di quest'ultime e l'inserimento o meno di insegnamenti di questa tipologia all'interno del curricula formativo. Anche in questa parte le risposte possibili erano tre: non saprei, no, sì. Successivamente vengono analizzate le opinioni specifiche riguardo alle tredici tipologie sopramenzionate, dove lo studente poteva rispondere in quattro diversi modi: dannosa, neutra, benefica, non saprei. Nell'ultima parte, infine, si chiede agli studenti se consiglierebbero le CIM ai propri pazienti; le possibilità di risposta erano tre: non saprei, no, sì.
- L'ultima sezione del questionario indaga le barriere percepite, rispetto all'uso delle CIM. Le domande sono sei e la risposte possibili erano due: non d'accordo o d'accordo.

Successivamente all'ottenimento dell'autorizzazione alla somministrazione; si è proceduto all'invio del link online al questionario agli indirizzi mail personali degli studenti; questi ultimi hanno avuto dieci giorni di tempo dalla data di invio, per rispondere. In seguito è stato inviato un sollecito agli studenti tramite mail; questi ultimi hanno avuto ulteriori quattro giorni per rispondere; infine il questionario online è stato inabilitato alla risposta. Il questionario, condotto nell'assoluto anonimato, è

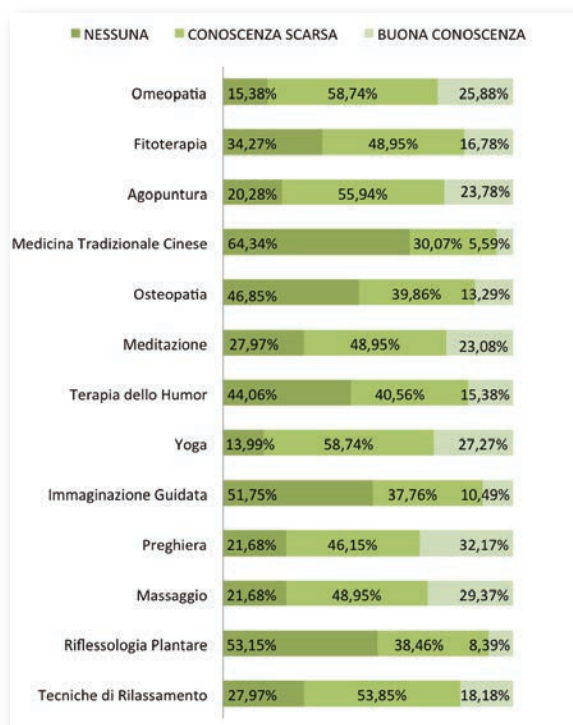
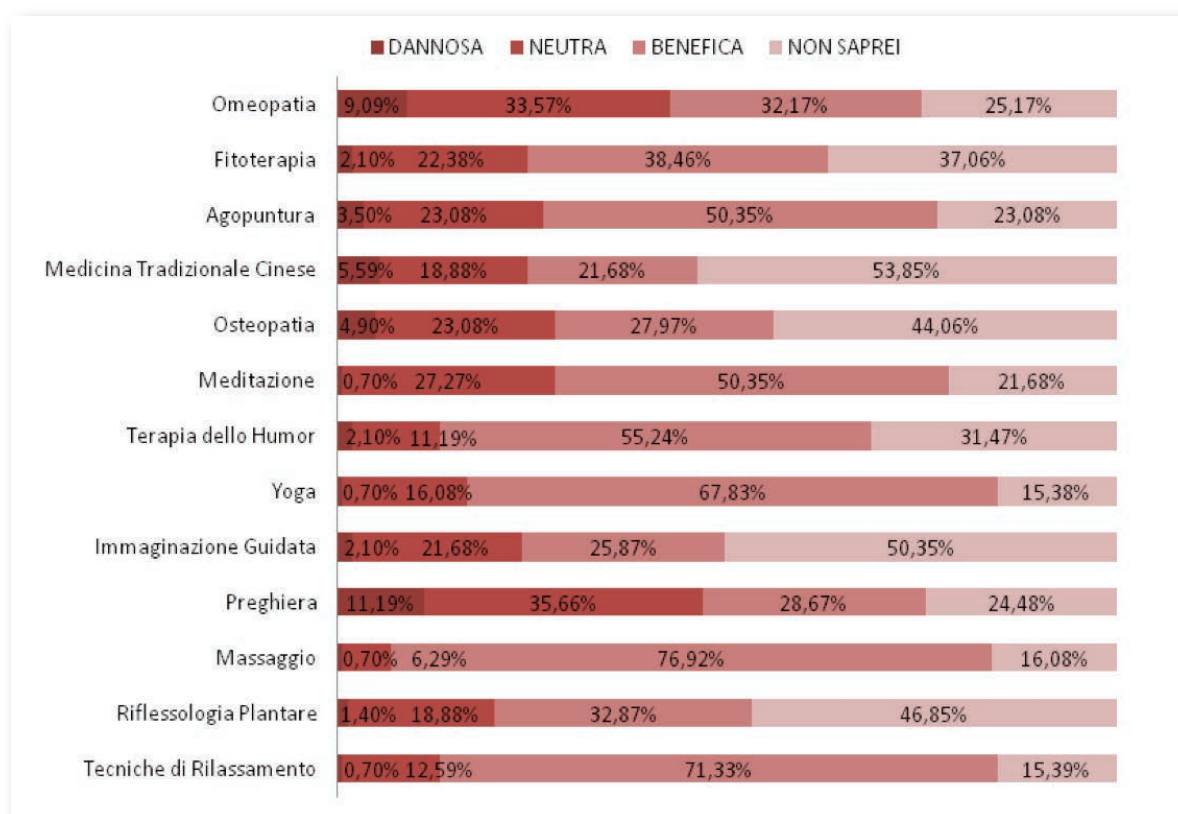


Grafico 1
Conoscenza delle discipline.

**Grafico 2**

Opinioni rispetto all'utilità delle modalità CIM.

stato accompagnato da una breve descrizione degli scopi dello studio, è stato inoltre ribadito al compilante, la garanzia sulla riservatezza dei dati raccolti.

Discussione

Il link al questionario è stato inviato ad un totale di settecento sei studenti di Infermieristica delle sedi di Siena, Arezzo e Grosseto. I rispondenti sono stati centoquaranta tre, circa il 20%.

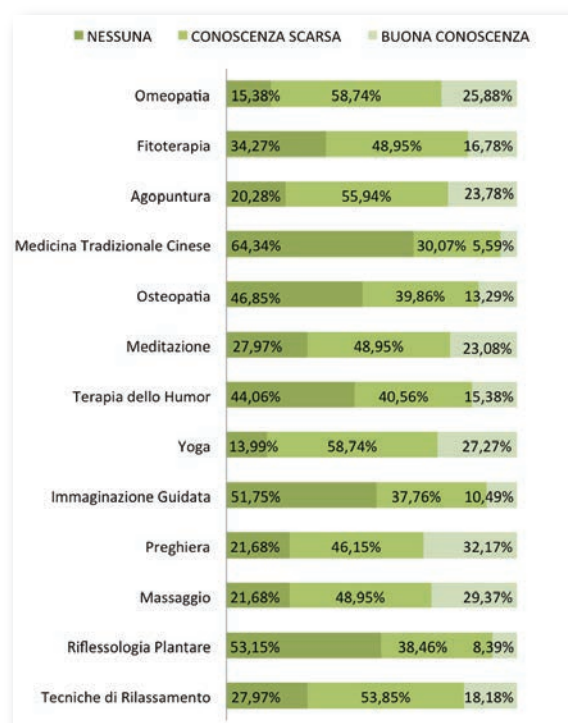
Conoscenza

La conoscenza generale rispetto alle CIM, auto-valutata dagli stessi studenti, è risultata scarsa; solo il 21,68% afferma di saperne dare una definizione. Il dato pervenuto da questo studio, si pone in contrapposizione con il trend emerso negli studi a livello internazionale. Uno tra questi è lo studio effettuato in Corea del Sud nel 2006 (Kim, Erlen et al. 2006) nel quale, il 73,2% degli studenti infermieri riferisce di avere una conoscenza generale delle CIM.

Questa riferita scarsa conoscenza può aver influenzato sia l'uso personale, che si attesta solo al 13,29% sia l'uso delle stesse all'interno della pratica clinica, fermo al 6,30% dei partecipanti. Anche in questo caso, i dati contrastano con il trend che invece si attesta circa sul 50% (Kim, Erlen et al. 2006).

La percezione degli studenti è quella di non avere un'elevata conoscenza delle CIM in generale o delle tecniche singole nel particolare, perché non vengono forniti insegnamenti di questo tipo a livello di formazione di base. Come si nota dal grafico n°1, le tecniche rispetto le quali studenti percepiscono di avere una buona conoscenza

sono la preghiera (32,17%) e il massaggio (29,37%); questi risultati supportano gli studi già precedentemente effettuati (Yildirim, Parlar et al. 2010, Kim, Erlen et al. 2006, Uzun, Tan 2004). Al contrario, gli studenti ammettono di non avere alcuna conoscenza rispetto alla Medicina Tradizionale Cinese (64,34%), alla Riflessologia Plantare (53,15%) e all'Immaginazione Guidata (51,75%).

**Grafico 3**

"Consigliaresti questa terapia al paziente?"

In questo caso, i risultati ottenuti non trovano corrispondenza con i dati pervenuti dalla letteratura, che mettono ai primi posti per la mancanza di conoscenza: l'omeopatia e lo yoga (Yildirim, Parlar et al. 2010, Uzun, Tan 2004).

Opinioni

I dati raccolti denotano una generale buona propensione verso le CIM e il loro utilizzo nella pratica clinica, pur avendone una conoscenza non ottimale. Il 41,26% degli intervistati infatti, crede che le CIM dovrebbero essere integrate all'interno della pratica clinica, per ciò che riguarda l'assistenza nello specifico. Dati questi, in linea con la letteratura internazionale anche se leggermente più bassi del 62,3% e del 57,8% riscontrati tra gli studenti infermieri turchi (Uzun, Tan 2004, Yildirim, Parlar et al. 2010).

Questa buona propensione è avvalorata dalle percentuali riscontrate rispetto all'aiuto che le CIM possono offrire al paziente e se stimolino o meno la guarigione di quest'ultimo. Nel primo caso il 48,25% del campione ritiene che possano essere d'aiuto nel percorso clinico del paziente; per ciò che riguarda lo stimolo alla guarigione, la maggior parte degli intervistati (56,64%) non saprebbe dare una risposta precisa ma in ogni caso la propensione è risultata positiva nel 39,16%.

Altro dato che conferma la tendenza verso le CIM in ambiente accademico infermieristico, è quella rispetto all'integrazione di insegnamenti riguardanti le CIM all'interno del percorso di studi; infatti più della metà degli studenti (55,94%) ne è a favore.

Tra le discipline ritenute più benefiche per il paziente, riportate nel grafico n°2: il massaggio (76,92%), le tecniche di rilassamento (71,33%) e lo yoga (67,83%). Rispetto, invece, alle discipline ritenute dannose per il paziente, troviamo la preghiera (11,19%), l'Omeopatia (9,09%) e la Medicina Tradizionale Cinese (5,59%).

Le percentuali raffigurate nel grafico n° 3, rispetto all'utilità del massaggio e delle tecniche di rilassamento confermano il trend delineato dagli studi precedenti; inoltre, sono le tecniche che gli studenti consiglierebbero in numero maggiore ai loro pazienti, nel 72,73% dei casi per il massaggio e nel 69,93% per le tecniche di rilassamento.

Barriere

Il 69% dei rispondenti al questionario crede che *manchino sufficienti evidenze scientifiche* riguardo alle CIM, freno per l'utilizzo nella pratica clinica. Precedenti studi, che hanno focalizzato l'attenzione rispetto a questo tema, riscontrano percentuali di corrispondenza più elevate.

La Toscana è da sempre capofila per il processo di riconoscimento delle CIM a livello italiano ed è l'unica regione ad aver legiferato a riguardo. Esaurita questa premessa, ci si sarebbe aspettati che, essendo gli intervistati studenti della Regione Toscana, l'affermazione "Ci sono troppe barriere legislative", non raggiungesse percentuali elevate; invece è d'accordo all'affermazione, il 62,97% degli intervistati. Il dato dello studio indiano si attesta al 57,4% (Poreddi, Thiagarajan et al. 2016); mentre negli Stati Uniti, si ferma al 65% (Kreitzer, Mit-

ten et al. 2002). Si aggiunge successivamente, la percezione rispetto alla *fatica nel trovare professionisti realmente qualificati* e alla *mancanza di una adeguata formazione del personale*. Entrambe le sopracitate affermazioni rispetto al personale fornitore di CIM, trovano d'accordo circa l'80% degli studenti.

Si può notare come gli studenti siano concordi, nel 73,43% dei casi, nell'affermare che *manchino attrezzature adeguate* per poter permettere l'utilizzo delle CIM. interessante notare come questa barriera sia percepita in percentuale notevolmente minore nello studio statunitense dove si attesta al 51% (Kreitzer, Mitten et al. 2002). In riferimento all'affermazione sopracitata, l'Autore ha voluto analizzare anche la percezione rispetto alle barriere all'interno delle strutture sanitarie, in particolare alla *mancanza di luoghi adeguati* per la messa in atto di CIM; ne è emerso che il 79,02% gli studenti si trova concorde con l'affermazione in questione.

Conclusioni

Ciò che emerge da questo studio, è una generale propensione positiva da parte degli studenti di Infermieristica, rispetto alle Medicine Complementari e Integrate. Gli stessi credono che la loro conoscenza a riguardo sia scarsa e la propensione è quella di inserire degli insegnamenti di questa tipologia all'interno del curriculum di base del Corso di Laurea.

E' chiaro che se la necessità percepita dagli studenti, è quella di avere una maggiore formazione rispetto alle CIM, le istituzioni universitarie, si dovrebbero adeguare a queste necessità e fornire insegnamenti, a scelta o obbligatori, a livello accademico; in modo da formare professionisti della salute, educati anche rispetto alle CIM. Solamente se il personale è adeguatamente formato, è capace di indirizzare il paziente verso le CIM, ove possibile, ma anche di rispondere in maniera informata ai dubbi e alle perplessità di quest'ultimo. Solo con la formazione del personale infermieristico, ma in generale di tutto il personale che si prende cura dei pazienti e potenziali tali, infatti, le CIM si potranno definire davvero "Integrate".

I dati raccolti si trovano in linea con la Letteratura internazionale, anche se sono presenti alcune differenze, deputabili alle tipologie di studio effettuati, ma soprattutto ai diversi contesti di base.

Limiti dello studio

Lo studio presenta alcuni limiti; il principale è dato dall'esiguità del campione studiato, causato da una scarsa responsabilità degli studenti al questionario. In secondo luogo vi è la possibilità che le risposte date dai partecipanti possano essere state influenzate da pregiudizi o considerazioni di approvazione e desiderabilità sociale.

Studi Futuri

Si consigliano ulteriori studi rispetto a questo tema: sia per ottenere un campione più ampio che per avere maggiore partecipazione da parte degli studenti. Il medesimo studio inoltre, potrebbe essere ripetuto in altre università in modo da permettere il confronto tra numerose realtà regionali.

Questo studio, supportato da ulteriori studi a riguardo, potrebbe essere la base di partenza per l'inserimento a livello curricolare di insegnamenti riguardanti le CIM, facendo sì che vengano formati professionisti sanitari capaci di far fronte alla richiesta degli assistiti. ■

Bibliografia

- Joudrey, R., McKay, S. & Gough, J. 2004, "Student nurses' perceptions of alternative and allopathic medicine", *Western journal of nursing research*, vol. 26, no. 3, pp. 356-366.
- Kim, S.S., Erlen, J.A., Kim, K.B. & Sok, S.R. 2006, "Nursing students' and faculty members' knowledge of, experience with, and attitudes toward complementary and alternative therapies", *The Journal of nursing education*, vol. 45, no. 9, pp. 375-378.
- Kreitzer, M.J., Mitten, D., Harris, I. & Shandeling, J. 2002, "Attitudes toward CAM among medical, nursing, and pharmacy faculty and students: a comparative analysis", *Alternative Therapies in Health and Medicine*, vol. 8, no. 6, pp. 44-7, 50-3.
- Laurenson, M., MacDonald, J., McCready, T. & Simpson, A. 2006, "Student nurses' knowledge and attitudes toward CAM therapies", *British journal of nursing* (Mark Allen Publishing), vol. 15, no. 11, pp. 612-615.
- Poreddi, V., Thiagarajan, S., Swamy, P., Gandhi, S., Thimmaiah, R. & BadaMath, S. 2016, "Nursing Students Attitudes and Understanding of Complementary and Alternative Therapies: An Indian Perspective", *Nursing education perspectives*, vol. 37, no. 1, pp. 32-37.
- Şenay Topuz, R., Gülzade Uysal, R. & Yilmaz, A.A. 2015, "Knowledge and Opinions of Nursing Students Regarding Complementary and Alternative Medicine for Cancer Patients", *International Journal*, vol. 8, no. 3, pp. 656.
- Uzun, O. & Tan, M. 2004, "Nursing students' opinions and knowledge about complementary and alternative medicine therapies", *Complementary therapies in nursing & midwifery*, vol. 10, no. 4, pp. 239-244.
- Yildirim, Y., Parlar, S., Eyigor, S., Serto, O.O., Eyigor, C., Fadiloglu, C. & Uyar, M. 2010, "An analysis of nursing and medical students' attitudes towards and knowledge of complementary and alternative medicine (CAM)", *Journal of Clinical Nursing*, vol. 19, no. 7-8, pp. 1157-1166.

Elena Panerati - Da ormai più di un mese il mio compagno lamenta orecchie spesso tappate con scricchiolii alla deglutizione e un fastidioso acufene. Non ha dolore, ma dice che si sente infiammato. (soffre spesso di rinite allergica e sinusite che gli causa mal di testa). Gli ho somministrato Kalium muriaticum 15CH e Mercurius solubilis 15CH (in quanto presenta una lingua coperta da una patina giallastra) 4-5 volte al giorno per una settimana, ma senza nessun risultato! Dove ho sbagliato? La mia intenzione nel dare una diluizione medio-alta era quella di bloccare le secrezioni...

Tiziana Di Giampietro - Dai Belladonna 5CH e dopo un'ora Kalium muriaticum 5CH due volte al giorno per 15 giorni almeno. Fai bere molto (acqua, tisane) e soffiare il naso. Associa dieta con poche o niente proteine vaccine e glutine (infiammano la mucosa e l'edema ostruisce le tube). Se dorme prono associa Medorrhinum 30CH una dose al mese in inverno da sospendere al mare.

Enrico Carrara - Sono un farmacista con diversi anni di pratica omeopatica. Il caso mi pare complesso e non credo sia colpa tua se i rimedi che considero corretti non funzionano. Del resto la pratica omeopatica presenta spesso fallimenti più o meno evidenti. Probabilmente il caso richiede una repertorizzazione, che è un'arte solo di grandi (e sottolineo grandi) omeopati. Io posso solo magari consigliarti altri due rimedi ma senza grandi pretese. Silicea e Chininum sulphuricum o arsenicosum, secondo la tipologia del tuo compagno!

Paola Matteassi - Provo a risponderti anche io, anche se farmacista, e sono d'accordo con il collega che gli acufeni non sono facili da far passare e di competenza medica, per cui medico omeopatico. Io darei anche del Ribes Nigrum MG 50 gocce la mattina perché se soffre di sinusite e varie infiammazioni del tratto respiratorio il Ribes funge da "cortisone". Se la situazione è insorta dopo un'"ariata" magari prenderei in considerazione Aconitum. Giusta la privazione di glutine e di latticini e formaggi. Se dopo il passaggio dell'infiammazione l'acufene persiste allora anche Chininum potrebbe andare bene.

Luigi Turinese - Siamo sicuri che il fidanzato non abbia fenomeni di reflusso gastro-esofageo? Questi non sempre si manifestano con pirosi franca, ma possono investire il sistema ORL, come sembra avvenire in questo caso... Una volta stabilita l'eziologia del fenomeno, dunque una diagnosi, sarà possibile allestire una proposta terapeutica. Altrimenti facciamo un ripasso della Materia Medica, ma non andiamo da nessuna parte.

Tiziana Di Giampietro - Il mio consiglio è per risolvere una situazione acuta e fastidiosa con un trattamento che uso nei bambini e che risolve molto bene il problema. È chiaro che una cura personalizzata richiede l'esame diretto della persona con il corteo di anamnesi, esame obiettivo e visita omeopatica per la scelta del farmaco di fondo e di eventuali cause etiologiche, che vanno dal reflusso gastroesofageo alle allergie che inducono edema mucoso (Apis mellifica) che ostruisce le tube di Eustachio e provoca la sintomatologia riferita.

Elena Panerati - In primis ringrazio tutti per il gentile interessamento e i preziosi consigli. In effetti ha spesso problemi gastrointestinali (specie se prende freddo), ma niente che mi abbia mai fatto pensare a un reflusso. Lui dice che il problema è insorto dopo che ha soffiato forte in un tubo per stasarlo. ■

Dalle pagine di OmeopatiaOnline...

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

Assassinio in garçonnière

Italo Grassi

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

Tarcisio salì le scale, ben consapevole che, a partire da quella notte, la sua amicizia con il magistrato Ortensia Pecca sarebbe finita nel peggiore dei modi, poiché lui odiava essere tirato giù da letto quando l'alba era ancora una pallida promessa appesa all'orizzonte. L'appartamento, che si trovava al terzo piano di una palazzina vecchia e cadente, non era molto grande, consistendo in una camera da letto, un minuscolo soggiorno con cucina e un bagno. L'arredamento era un po' misero, con un tavolo dal ripiano in formica, sedie in legno, una piccola libreria con le ante in vetro che ospitava qualche libro e un televisore dotato di lettore DVD. Uno stile anonimo se non fosse stato per i dipinti erotici appesi alle pareti e alcuni accessori particolari, come una lampada a stelo sorretta da un fondoschiena femminile in bronzo, un posacenere in alabastro dalla forma fallica e un divano in pelle abbellito con cuscini di velluto dai disegni osceni. Una rapida occhiata dell'appartamento, stranamente vuoto, non rivelava il motivo di quella chiamata tanto urgente. Tarcisio si spostò nell'altra camera dove, ad un angolo del letto, dormiva un gattino grigio. Accanto al piccolo felino, sedeva una poliziotta dalla pelle molto scura e i lunghi capelli neri. L'agente sbadigliò platealmente mentre sfogliava con sguardo assennato le pagine di un settimanale. Aveva l'aspetto di chi era lì ad annoiarsi.

- Perché mi avete chiamato? - le domandò stizzito Tarcisio.

- Piantala di fare domande idiote e dimmi il tuo nome. - disse l'agente.

- Il mio nome è Tarcisio Giretti e sono un medico. - sbuffò Tarcisio.

La poliziotta sorrise in modo sarcastico: - Hai sicuramente un altro nome che non mi vuoi rivelare. Io ho una buona memoria e uno come te non lo dimentico facilmente. Non mi hai notato perché non mi occupavo del caso direttamente, ma io ero in aula quel giorno in cui ti hanno condannato. Mi pare che allora tu avessi un nome straniero, tipo Al o Jack o qualcosa del genere.

La poliziotta aggrottò la fronte: - Ti beccasti nove mesi per furto d'auto e altri sei mesi per porto abusivo di arma da fuoco. Da quanto tempo sei uscito dal carcere?

- Sono scappato di galera proprio pochi minuti fa.

Il tono canzonatorio del medico indispettì l'agente: - Cosa fai, mi prendi in giro?

Tirò fuori le manette e ordinò: - Vieni di là che ti ammanetto alla spalliera del letto. Così impari a prenderti gioco di me. -

Tarcisio capì che l'altra non stava scherzando e arretrò fino alla porta della stanza. Il gattino scese dal letto e lo guardò preoccupato.

La donna iniziò a starnutire: - C'è troppa polvere in questo appartamento: maledetta allergia!

Starnutì ancora mentre il suo respiro si faceva più difficoltoso:

- Cosa ci sto a fare qua? - domandò a Giretti.

- Non lo so. Però potrebbe spiegarmi cosa ci faccio io.

- Ma vai al diavolo!

La donna ricominciò a starnutire e uscì dalla stanza.

Tarcisio guardò il gattino: - Tutto ciò è allucinante: vengo tirato giù dal letto nel cuore della notte per essere minacciato da una poliziotta pazza.

Stava giusto pensando se fosse il caso di andarsene, quando il campanello d'ingresso trillò e, pochi istanti dopo, entrò un'infermiera magra, dai capelli rossi e ricciuti. La donna indossava una camicia chiara con cerniera, un cappello bianco con una croce rossa sul davanti e una borsa nera a tracolla. Lui restò impietrito mentre lei lo abbracciava in un modo talmente affettuoso da risultare imbarazzante.

- Oh dottore, grazie al cielo ti ho trovato. - gridò lei, scoppiando in lacrime.

- Ci conosciamo? - balbettò lui.

- Hai operato mia madre.

- Impossibile.

- Sei tu, non mi posso sbagliare: io ero presente al momento dell'intervento. - e nuovamente l'infermiera scoppiò a piangere. Tarcisio iniziò a sentire caldo, ma mantenne i nervi saldi: - Mi dispiace per sua mamma, però è troppo se le chiedo di non stringermi come se fossi un pupazzo di peluche?

- La morte di mia madre è stata una notizia orribile. - singhiozzò lei, recalcitrante ad allontanarsi da lui, nonostante gli sforzi di Tarcisio.

L'infermiera trascinò Tarcisio verso il divano, lo fece sedere accanto a lei e iniziò a piangergli sulla spalla: - Io ti apprezzo per quello che hai fatto e non ti voglio muovere alcuna accusa.

Lei scosse la testa e gli tirò il bavero della giacca. - Però mi sembra di impazzire: la morte di mamma mi uccide almeno quanto quella di mio fratello.

- E' morto anche suo fratello?

- Certo: mentre tu l'operavi.

- Per chi mi ha preso? Per lo sterminatore della sua famiglia? - protestò Giretti.

L'infermiera lo abbracciò ma, a quel punto, si fermò e impallidì.

- Si sente male? - domandò Tarcisio, svincolandosi dalla sua stretta.

Lei lo riafferò: - A volte soffro di male di testa: inizia all'alba e fino a mezzogiorno è un vero tormento. - Si fermò per massaggiarsi le tempie, poi estrasse un rasoio dalla borsa nera e lo

puntò verso l'inguine di Tarcisio. - Ti farò lo stesso un servizio completo!

Il gattino, preoccupato, saltò in braccio a Tarcisio mentre il medico schizzava verso la parete più lontana: - Allontani da me quell'orrendo oggetto!

- Dai, caro, tira giù i pantaloni.

- Un'altra pazza. Dove sono capitato? In un manicomio? - sbraitò Giretti.

La donna lo guardò stupita. - Perché non ti spogli? Non vorrai che esegua il taglio attraverso i vestiti, vero?

- Perché mi vuole evirare?

La donna scoppiò a ridere: - Macché evirare, cos'hai capito? Ti voglio depilare il pube. Poi tu farai lo stesso con me. Dopo ti legherò alla spalliera del letto.

Tarcisio guardò verso il gattino che rispose con un triste miagolio.

- Ti metterò una corda di seta leggera e sottile come una piuma. - aggiunse l'infermiera.

- Tranquillo, dottò. E' tutto a posto: posso andare, adesso? - disse un uomo uscendo dal bagno.

Aveva il viso magro e affilato, con baffi a spazzolino e due occhi leggermente sporgenti. L'uomo, che indossava una tuta blu da meccanico, avanzò verso Tarcisio a passi lunghi e misurati. Nel frattempo l'infermiera sembrava essere svanita nel nulla.

- Chi è costui? - domandò il medico al gattino che, indifferente alla domanda, si stirò e sbadigliò. Anche il felino sembrava stanco di stare in quell'appartamento.

L'uomo si guardò la tuta e fece schioccare la lingua: - Chi sono io? Perché non si vede? Sono l'idraulico... deng! deng!

Borbottò un'esclamazione e guardò all'interno del bagno: - Mi sono scordato qualcosa? Sono l'idraulico... deng! deng! Mi sono scordato qualcosa? Forse sì ma adesso non ricordo cosa. - sbuffò.

- Una volta al mese mi chiamano per mettere a posto le tubature arrugginite di questo vecchio appartamento, ma nessuno si ricorda di me, bella fregatura!

Lanciò un'occhiata a Tarcisio mentre la delusione serpeggiava sul volto e ripeté: - deng! deng!

- E' qua per legarmi, arrestarmi o tagliarmi qualcosa? - domandò il medico.

- No, dottò, io voglio solo andarmene a casa. - L'idraulico si attorcigliò nervosamente con l'indice della mano sinistra una ciocca di capelli, poi tirò un lobo dell'orecchio e infine scrollò le spalle. - E' da ieri sera che sono qua dentro a pulire e riparare. Sono stanco e credo di essermi scordato qualcosa... Nel bagno...

C'era una caffettiera sul tavolo. Giretti versò del caffè in una tazza: - Vuole favorire? -

- Per me senza latte, dottò, altrimenti mi scoppia una diarrea irrefrenabile. - disse l'idraulico.

- Mi sa dire perché sono stato chiamato qua? - domandò Giretti.

L'uomo allargò le braccia: - Che ne so? In verità non so nemmeno cosa ci faccio io, dottò... Ah sì, adesso ricordo... deng! deng!

Corrugò la fronte poi il suo volto s'illuminò: - Ah sì, adesso ricordo: il proprietario è morto... L'hanno ammazzato ieri sera... Quindi a chi presenterò il conto?

Giretti trasalì: - Chi hanno ammazzato?

- Il proprietario dell'appartamento, dottò. - disse l'idraulico come se fosse l'evento più normale al mondo.

- Ieri sera, intorno alle 19, costui mi telefona per dirmi che nel suo bagno si è rotta una tubazione e devo venire con urgenza a ripararla.

L'uomo alzò le spalle: - Qua si rompe qualcosa ogni settimana, dottò, è tutto marcio. Mi dice che lascia le chiavi sotto lo zerbino. Mi prega di arrivare il più in fretta possibile altrimenti l'acqua raggiungerà il piano sottostante. Quando arrivo, trenta minuti dopo, trovo il pavimento pieno d'acqua che esce da una tubatura rotta del bagno: ci ho messo tre ore per ripararla: deng! deng!

L'idraulico si attorcigliò nervosamente con l'indice della mano sinistra una ciocca di capelli poi tirò un lobo dell'orecchio e infine scrollò le spalle: - Ho impiegato tre ore per mettere a posto tutto: asciugare, pulire, riparare la tubatura... Una faticaccia!

- E poi cos'è accaduto?

- Nulla. Ho messo a posto la tubatura e raccolto l'acqua sul pavimento. Tutto a posto se, nel frattempo, non si fosse rotta un'altra tubatura.

Alzò nuovamente le spalle: - Gliel'ho detto, dottò, qua si sta rompendo tutto.

- Mi ha detto di avere trovato un cadavere. - precisò Tarcisio.

- Quale cadavere? Ah, sì, il cadavere del morto... Sì, l'ho trovato dentro quello sgabuzzino. Cercavo stracci per asciugare l'acqua dal pavimento. Invece ho trovato lui, morto, con un filo di ferro arrotolato intorno alla gola. Allora ho chiamato la polizia.

- Dove sono gli agenti? - si arrabbiò Giretti.

- Qua non ho incontrato nessuno. Né cadaveri, né poliziotti, ma soltanto due pazze che mi volevano legare al letto e un idraulico!

- Si calmi dottò, altrimenti sta male. Cosa vuole sapere? Il nome di chi? Che ne so? Ah sì, hanno ucciso il proprietario dell'appartamento, gliel'ho detto prima. Gli agenti mi hanno detto di chiudermi in bagno e mettere a posto la tubatura, in attesa dell'arrivo del magistrato. E così ho fatto. Credevo che il magistrato fosse lei. Adesso mi scusi ma devo tornare dentro al bagno perché credo di essermi scordato qualcosa. - L'uomo sparì dietro la porta del bagno per ricomparire subito dopo: - Aò dottò, ci ho messo tre ore per ripararla: deng! deng! - L'idraulico si attorcigliò nervosamente con l'indice della mano sinistra una ciocca di capelli poi tirò un lobo dell'orecchio e infine scrollò le spalle. La porta del bagno si richiuse dietro di lui.

- Questo è un vero e proprio manicomio! - sbottò Tarcisio e il gattino, con un soffocato miagolio, sembrò dargli ragione.

- Cosa ne ha fatto? - domandò una voce alle spalle del medico.

Tarcisio si girò e vide una donna con vestito bianco e nero, grembiolino rosa, copricapo e giarrettiere bene in vista sotto la gonna.

- Lei chi è e cos'ha intenzione di farmi? - domandò Tarcisio, ormai rassegnato al peggio.

- Sono la cameriera. - rispose la donna. Era alta e aveva lunghe trecce bionde, sembrava un perfetto incrocio tra un'imponente vichinga e una formosa balia di origine russa.

- Mi faccia vedere dove ha messo la cenere.

- Quale cenere?

- Quella della sigaretta che ho trovato sul ballatoio.

- Io non fumo.

La donna lo scrutò corruciando la fronte. Andò vero il tavolo, estrasse un panno dal grembiule e lo passò sul ripiano. Lo sollevò per mostrarlo a Tarcisio: - Ah, no? E questa cos'è, secondo lei? Borotalco? Probabilmente le è sfuggita mentre stava giocando a poker. - disse la donna in tono conciliante.

- Io non gioco a poker. - sibilò Tarcisio.

La donna scoppiò a ridere e indicò il tavolo davanti a loro. - Non faccia il furbo con me. Crede che non l'abbia visto le altre volte, mentre stava lì seduto a giocare e a perdere? -

- E' la prima volta che vengo in questo appartamento.

- Lei, signore, si crede furbo, vero?

- No, solo sfortunato. Finora ho fatto tanti brutti incontri.

Il gatto che gli era tornato sulle braccia, arcuò la schiena sotto le carezze di Tarcisio, gli leccò le dita e iniziò a fare le fusa. La donna si mise le mani sui fianchi: - Qualcosa mi dice che non le sto simpatica.

- Complimenti. Lei ha un sesto senso molto sviluppato.

- Birba di un birbante! So io cosa ci vuole per lei.

- Voglio fare l'indovino: per punirmi ha intenzione di legarmi alla spalliera del letto.

La donna tirò fuori un battipanni: - Con questo ti insegnerò a non sporcare.

Il gatto e Tarcisio si guardarono negli occhi, l'uomo commentò: - Che brutta notte da dimenticare!

- Preparati. - disse lei sollevando verso l'alto la mano che brandiva il battipanni. Ma si bloccò a mezz'aria e portò la mano libera sulla schiena.

- Che male! - urlò.

- Lo chiamano il colpo della strega... - spiegò Tarcisio esibendo un sorrisetto sadico: - Una definizione molto azzeccata...

- Forse è meglio che mi faccia curare. - mormorò la cameriera mentre stringeva i denti a causa del dolore. - Prima, però, non vuole che porti a termine la mia mansione?

Giretti inorridì: - Perché ogni donna che entra in questo appartamento mi vuole picchiare, legare e ammanettare? Dove sono capitato?

- In una garçonnière - spiegò Ortensia Pecca. - Dove il proprietario intratteneva rapporti sado-masochistici con le sue amichette: Lara Pericoli, falsa poliziotta, Delia Mari falsa infermiera e, infine, Dafne Dionigi falsa cameriera.

La cameriera si allarmò: - Lei, chi è? Come fa a sapere il mio nome?

Ortensia la squadrò con espressione molto dura: - Sono un magistrato.

- Io non ho fatto nulla di male. - si difese la donna. - Sono stata chiamata da costui perché lo picchiassi con il battipanni.

- Io? Ma se neanche la conosco! - protestò Tarcisio.

- Signorina Dafne - disse Ortensia molto seriamente - si accomodi nell'appartamento di fronte dove ci sono le altre due ragazze. Vi troverà anche alcuni agenti che raccoglieranno la sua deposizione.

La donna uscì. Appena rimasero soli, Ortensia mostrò un largo sorriso: - Ciao Tarcisio! - disse allegramente lei con una voce che stabilì subito un netto contrasto con l'aspetto corruciato con cui era entrata. - Credo di doverti una spiegazione. Tarcisio, rosso in viso con lo sguardo che lanciava fiamme, le si parò di fronte come se intendesse aggredirla: - Tu mi hai chiamato qua per farmi sevizare da tre degenerate!

- Sto conducendo un'indagine per omicidio.

- Una voleva ammanettarmi, l'altra radere il pube e l'ultima battere come se fossi un tappeto persiano. - ruggì Tarcisio sordo ad ogni spiegazione. Guardandosi intorno, nel giro di pochi istanti individuò una decina di oggetti tra soprammobili e oggetti contundenti da tirare sulla testa del magistrato.

- Questa notte hanno ucciso Notti Raimondo. - tagliò corto Ortensia.

Tarcisio tramutò il suo furore in sorpresa: - Notti Raimondo era un mio paziente.

- Cosa puoi dirmi di lui?

- Non molto. Costui era una specie di depravato che soffriva in egual misura di smansiosi desideri sessuali e bruciori minzionali. Lo visitavo un paio di volte l'anno: non mi era antipatico, tuttavia era un individuo che con i suoi racconti erotici mi metteva a disagio.

- Gli esperti hanno trovato le impronte digitali delle tre donne sparse per l'appartamento. Pensiamo che ad ucciderlo sia stata una di loro. Per questo ho richiesto il tuo aiuto.

- Io non sono un esperto di degenerati. - si offese Giretti.

- Un rimedio omeopatico è stato trovato accanto al cadavere. Si tratta di Tuberculinum.

- Io a lui non l'ho mai dato. Ne sono sicuro.

- Lo so. Infatti ho letto le tue ricette e per questo motivo ti ho chiamato. Ho pensato che potesse appartenere all'assassino. E chi, meglio di te, potrebbe dircelo dopo aver incontrato le tre indiziate? Ho inviato a tutte e tre un SMS dal cellulare di Notti scrivendo che davo loro appuntamento in questo appartamento ma che, al suo posto, ci sarebbe stato un altro uomo, altrettanto desideroso di incontrarle e di provare i loro servizi.

- Ah, secondo te io sarei un individuo voglioso?

- Conoscendoti, credevo di farti un favore. - sogghignò lei. - Comunque l'ho fatto per il bene delle indagini. Aiutami ti prego, solo tu puoi capire chi sia il colpevole. Tu sei bravo sia come investigatore, sia come omeopata, sia come...

Tarcisio alzò una mano per interrompere quello sproloquio di inutili incensamenti, ci pensò un attimo poi disse: - In base alle patologie espresse ho già capito chi è il colpevole. Se vuoi avere una confessione immediata, fai entrare le tre donne nel bagno poi prendi il gattino e gettalo all'interno. A quel punto l'assassino si rivelerà.

Guardò il gattino e aggiunse: - Confido in te... ■

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

La questione etica in farmacia

Nora Pievani

Farmacista esperta in omeopatia

Articolo tratto dalla tesi di Master Universitario di II livello in "Medicina Integrata" A.A. 2013/2014 dell'Università di Siena

Mail: norapievani@gmail.com

Si sente dire spesso che l'omeopatia è in contraddizione con le basi scientifiche della medicina e per questo viene catalogata superficialmente come cialtroneria definendo i suoi effetti terapeutici come effetti placebo e criticando la vendita dei rimedi omeopatici in farmacia perché non hanno un'efficacia dimostrata attraverso l'applicazione del metodo scientifico.

E' vero che i principi base dell'omeopatia sono differenti dai fondamenti scientifici sui quali si basa la "biomedicina" ma questo non vuol dire che non abbiano anch'essi basi scientifiche; tuttavia sono stati considerati non plausibili per la mancanza di prove del meccanismo d'azione e sono stati gradualmente scartati dalla comunità scientifica culminando con la decisione presa nel 2009 dal Science and Technology Committee of Great Britain che dichiara che l'omeopatia è "inutile, non possibile e non etica"¹. Ma su che basi si stabilisce che l'omeopatia è "non etica", implausibile e che i suoi effetti sono equivalenti al placebo? La scarsa conoscenza dei principi fondamentali dell'omeopatia nel mondo scientifico e l'uso improprio che si fa del concetto di *effetto placebo* hanno determinato una notevole confusione soprattutto per la superficialità con cui viene usato il termine placebo. Nel 1938 la parola placebo fu applicata per la prima volta in riferimento al trattamento riservato ai controlli simultanei in un trial clinico ma solo all'inizio degli anni sessanta l'effetto placebo viene definito come un cambiamento nella malattia di un paziente attribuibile alla sola forza simbolica di un trattamento generalmente inteso, piuttosto che ad uno specifico effetto farmacologico o ad una proprietà fisiologica. Si ammette quindi l'esistenza di un effetto placebo anche non richiedendo un placebo. Il contesto attorno al paziente risulta uno dei fattori cruciali nella risposta al placebo così come alcune condizioni psicologiche² e perciò non sorprende constatare come nei trial clinici l'effetto placebo sia altamente variabile. Appare chiaro quindi come le impostazioni dei trial clinici non siano un buon modello né per comprendere la risposta placebo né per studiare l'efficacia di un qualsiasi farmaco perché è evidente come sia probabile che esse portino a fraintendibili interpretazioni. E' chiaro quindi come tutti gli eventi catalogati come effetti placebo abbiano una notevole influenza nell'ottenimento di un risultato positivo di una terapia e risulta altresì chiaro come l'equivalenza tra omeopatia e placebo non abbia significato. Ciononostante il mondo scientifico sembra ritenere valido solo il modello della "biomedicina" negando valore terapeutico a tutte le altre medicine inclusa l'omeopatia, ma se "lo scopo del pensiero scientifico è di applicare l'esperienza passata a nuove circostanze e il suo strumento è l'uniformità osservata nel corso degli eventi"³

allora anche il lavoro e le intuizioni di Hahnemann sono pienamente conformi alla definizione di pensiero scientifico. Una prova dell'atteggiamento di chiusura e pregiudizio assunto dalla maggioranza della comunità scientifica è data da un editoriale pubblicato dalla rivista *The Lancet* dal titolo "La fine dell'omeopatia" (2005) che definisce l'omeopatia implausibile ignorando il fatto che negli ultimi tre decenni un numero consistente di studi di alta qualità abbia riferito che i rimedi omeopatici sono più efficaci del placebo incluse ricerche di fisica quantistica che dimostrano come il rimedio omeopatico sia una realtà fisico-chimica^{4,5}. La stessa rivista scientifica, tra l'altro di notevole potenza economica, pubblica nello stesso anno uno studio attraverso il quale i suoi autori sostengono di aver dimostrato l'equivalenza tra omeopatia e placebo⁶, senza però tener conto del fatto che la conclusione di inefficacia dell'omeopatia viene presa confrontando solo pochissimi studi, 8 studi omeopatici e 6 studi convenzionali⁴.

Questa presunzione richiama alla mente l'epistemologo Karl Popper il quale basò la sua filosofia sull'idea che non si può verificare niente ma solo tentare di dimostrare che qualcosa sia falso perché la verità non è alla nostra portata. Più semplicemente, le leggi ben definite della fisica in quanto eventi semplici che avvengono cioè in un solo modo, sono enunciati universali e in quanto tali non si possono verificare ma solo falsificare; gli eventi complessi studiati dalla biologia, cioè che possono avvenire in tanti modi, si basano su enunciati esistenziali che, come tali, si possono solo verificare ma non falsificare. Il punto è che ci sono scienze a-storiche governate da leggi universali come la fisica, e ci sono scienze storiche come la biologia che sono governate da leggi e da contingenze e quindi sono scienze esistenziali, per cui se si usano i criteri delle scienze a-storiche per valutare le scienze storiche si fa un errore epistemologico.

Purtroppo le evidenze empiriche che per prime dimostrano l'efficacia dell'omeopatia, la crescente richiesta di cure alternative alle terapie convenzionali e soprattutto i numerosi lavori a favore dell'omeopatia pubblicati nelle diverse riviste scientifiche non sono sufficienti a scaturire la curiosità e l'interesse del mondo scientifico verso questa medicina, che non si vuole sostituire a quella cosiddetta convenzionale ma esserne complementare.

Le convinzioni di ognuno di noi possono rendere credibili i nostri giudizi su questioni che dovrebbero essere indipendenti dai sistemi di credenze personali ed è ormai noto che i nostri circuiti cerebrali sono fatti per formare credenze e le nostre convinzioni sono influenzate dalla cultura e dall'ambiente. Il neuroscienziato Gazzaniga

dimostra infatti come non ci sia condizione in cui la capacità umana di formare e mantenere credenze diventi più rigida di quando chiari dati scientifici contrastano gli assunti di determinate credenze personali. Sbalordisce il fatto che gli scienziati stessi si mostrino piuttosto resistenti a cambiare il loro punto di vista quando il confronto con nuovi dati suggerisce che si tratta di una prospettiva sbagliata. E' risultato poi che gli scienziati sono più lenti a modificare il loro punto di vista in rapporto a dati nuovi, di quanto non lo siano gli uomini di fede⁷, nonostante "ogni vero scienziato è umile nelle sue affermazioni, sa benissimo che le sue teorie e i suoi modelli sono sempre soggetti a essere confutati, in parte o anche in tutto"⁸. Si può dire che la scienza suscita un timore particolare nel momento in cui produce un cambiamento sistematico nel modo di concepire la nostra stessa esistenza e quindi rendere ufficiale l'omeopatia a branca della medicina, e quindi della scienza, vorrebbe dire accettare il cambiamento e tutto ciò che ne consegue. Si capisce quindi come l'omeopatia abbia prodotto sempre di più multiple controversie riguardanti la credibilità dei suoi principi e l'efficacia dei rimedi. Ciononostante un numero sempre crescente di persone si avvicina all'omeopatia e si rivolge al farmacista chiedendo dell'esistenza di una cura alternativa a quella che viene convenzionalmente proposta e per avere maggiori delucidazioni riguardo alle indicazioni d'uso dei rimedi omeopatici. Nel mondo scientifico però si sostiene ancora che l'efficacia dell'omeopatia non sia stata dimostrata in maniera convincente e per questo la vendita di rimedi omeopatici è definita come "non etica". Ma su che basi si stabilisce che l'omeopatia è "non etica"? E come si deve comportare il farmacista?

La caduta degli ideologismi dei primi del novecento ha generato l'individuo narcisista e individualista caratteristico della nostra epoca, mettendo in crisi quell'etica che da Hobbes a Kant vedeva l'umanità come un insieme di soggetti dotati di morale. Il modello del soggetto autonomo interamente responsabile di sé stesso e dei propri atti è tipico dell'etica classica. Piano piano questo si è dissolto lasciando il primato alla struttura rispetto al soggetto, dove il vero ordine non è più dato dalla coscienza bensì dalle regole⁹. Questo è proprio quello che sta succedendo alla medicina, non più arte medica di natura soggettiva e dipendente dal giudizio e dall'intuizione del singolo medico ma tecnica biomedica che persegue ciecamente l'ideale di oggettività attraverso l'analisi di risultati sperimentali.

Data l'esistenza di una duplice ottica, chi da un lato supporta la visione "scientifica" preoccupata di quantificare l'efficacia di un prodotto, e chi dall'altro predilige una visione orientata verso il dibattito, la responsabilità e i valori, com'è possibile esigere un comportamento etico attraverso il codice deontologico della professione? La deontologia indica la teoria (*logos*) di ciò che si deve fare (*deon*) e nel tempo ha perso il suo valore filosofico diventando semplicemente la rappresentazione dell'insieme di regole e doveri delle professioni includendo quindi anche il dovere di agire eticamente, senza considerare che riservare il monopolio dell'etica medica a medici e farmacisti vuol dire che possono essere solo gli esperti a decidere cosa è etico e cosa non lo è, rischiando così di sfociare nuovamente

nello scientismo che ritiene che il metodo scientifico sia l'unico strumento per risolvere ogni questione, tra cui appunto quella dell'etica, impedendo perciò la costituzione di un'autentica bioetica preoccupata di sgombrare la base assiologica del pregiudizio.

Il codice di deontologia professionale dice che i farmacisti devono dare ai consumatori tutte le informazioni utili e rilevanti su qualsiasi prodotto venduto in farmacia. Ciò significa che il farmacista deve possedere le conoscenze di base di ogni tipo di medicina necessarie per potersi rivolgere ad una più vasta clientela dato il suo ruolo di pubblico servizio preordinato alla tutela della salute. La farmacia in quanto punto di incontro di tutte le diverse concezioni di medicina e unico centro possibile di vendita di medicinali incluso quindi anche il rimedio omeopatico, svolge un ruolo di fondamentale importanza ed è chiaro come il farmacista abbia un ruolo chiave nella presentazione delle diverse opzioni di trattamento di medicina di base e debba quindi possedere le conoscenze sia per giudicare sia per poter esprimere consigli.

La diffusa insoddisfazione per l'incapacità da parte della "biomedicina" di considerare l'individuo nella sua interezza ha contribuito alla crescita dell'omeopatia e alla sua affermazione come medicina di riferimento per molte persone. Per questo motivo il farmacista ha il compito di tutelare le esigenze di ogni paziente approfondendo le sue conoscenze e i suoi studi e soprattutto spogliandosi dei pregiudizi, facendo in modo di rispettare quello che sono le opinioni e le richieste dei suoi pazienti. Non si dovrebbe cercare un'etica comprenda verità assolute e inderogabili, ma una che comprenda tutti i punti di vista e che sia appropriata al contesto sociale. Il senso etico dovrebbe essere indipendente dalla scienza razionale mentre il compito della scienza è di ricomporre tutti i punti di vista in un'unica grande visione che si può definire cultura. ■

Bibliografia

1. Calina D. C., Docea A. O., Bogdan M., Bubulica M. V., Chiu L. The pharmacists and homeopathy. CHSJ, 40; 1, 2014.
2. Benedetti F. L'effetto placebo. Breve viaggio tra mente e corpo. Carocci Ed. 2012.
3. Clifford W. K., Etica, scienza, e fede. Bollati Boringhieri Ed. 2013.
4. Bellavite P., L'omeopatia è placebo? Medicina Naturale. 38-40. Novembre 2005.
5. Del Giudice N., Del Giudice E., Omeopatia e bioenergetica. Le medicine alternative: dalla stregoneria alla scienza. Cortina International Ed. 1999.
6. Shang A, Huwiler-Müntener K, Nartey L, et al, Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homeopathy and allopathy, Lancet, 366:726-732, 2005.
7. Gazzaniga M. S., La mente etica. Codice Ed. 2006.
8. Bellavite P., La complessità in medicina. Tecniche Nuove Ed. 2009
9. Russ. J. L'etica contemporanea. Il Mulino Ed. 1997.

"Prendersi cura di chi si prende cura"

Un progetto per il benessere degli operatori sanitari con la Riflessoterapia al Piede

Elisa Zugliani

Infermiera specializzata in cure palliative e terapia del dolore, riflessoterapia al piede- Mail: elisazugliani88@gmail.com

Articolo tratto dalla tesi del Master Universitario di I livello in "Medicine Complementari e Terapia Integrate"

A. A. 2015/16 dell'Università degli Studi di Siena

Nella realtà odierna delle professioni d'aiuto possiamo osservare una sempre maggior incidenza delle sindromi da stress lavoro correlate, come il burnout e la compassion fatigue, fortemente invalidanti per il professionista colpito, ma anche per l'intero sistema sanitario e per l'utenza, determinando sia una riduzione della qualità dell'assistenza che la comparsa di nuovi bisogni di salute. In letteratura, oltre ad interventi di trattamento e prevenzione relativi all'area psicologico-comportamentale, viene citata anche la medicina integrata che, per sua stessa natura, ha come focus il benessere della persona in termini globali.¹⁻⁸ Accanto all'aromaterapia, le tecniche di rilassamento, l'esercizio fisico e il massaggio, vediamo comparire anche degli studi che supportano l'efficacia della riflessologia plantare;^{9,10} per approfondire tali evidenze ho voluto dedicare spazio all'applicazione di questa disciplina all'interno di un progetto per il miglioramento della qualità di vita di due équipe curanti impegnate in ambito geriatrico (Residenza Sanitaria per Anziani) e di fine vita (Hospice).

La Riflessoterapia al Piede, metodo Marquardt

La Riflessoterapia al Piede (RTP), secondo il metodo sviluppato e diffuso dall'infermiera tedesca Hanne Marquardt, viene considerata una "pratica sanitaria non convenzionale" con funzioni complementari riordinanti sia sul piano fisico che su quello psico-emozionale. Essa considera la persona come integrazione di tutti i suoi aspetti (fisico, emotivo, psicologico, sociale, spirituale) in cui ogni ambito di vita ha influenza sulla salute generale. La RTP rientra nell'ambito delle tecniche di contatto manuale perché sfrutta il massaggio con vari gradi di pressione, secondo varie modalità di presa (tonificante, sedativa, armonizzante, eutonica), predisponendo il naturale processo di auto-guarigione insito nella persona.

È una pratica non invasiva e sicura che stimola il corpo a ritrovare un equilibrio migliorativo, secondo le risorse a disposizione; il focus non è la malattia, bensì lo stato di vitalità. La RTP si basa sulla presenza di zone riflesso-gene e di analogie di forma, concentrandosi sui piedi, i quali sono considerati dei "microsistemi" dove tutte le parti del corpo vi hanno delle precise zone di proiezione.

Da tali aree si possono rilevare, con prese manuali precise e localizzate, le condizioni dell'intero organismo (macro-sistema), e intervenire col solo ausilio delle mani. La mappa del piede utilizzata è stata creata sulla base degli studi di Fitzgerald, padre della riflessologia moderna,

considerando l'analogia di forma tra il piede e la persona seduta. Il logo della Scuola Marquardt *hominis imago in pedibus* tradotto significa proprio "la rappresentazione dell'uomo nei piedi". Attraverso la RTP si rilevano, oltre ai momentanei sintomi del paziente, anche i suoi disturbi causali ed è per questo che il suo uso risulta particolarmente efficace, adattandosi così ai tempi attuali con le sintomatologie sempre più complesse.

All'interno della tecnica hanno ampio utilizzo le cosiddette "prese armonizzanti", delle manovre statiche e/o dinamiche finalizzate al controllo delle reazioni vegetative o emotive (che possono comparire durante il trattamento), ma il cui scopo è soprattutto - come si evince dal nome - l'armonizzazione, il riequilibrio più ampio, non contestualizzato ad una manifestazione di disagio specifica di un organo o un apparato.¹¹

Il progetto

Nel progetto presentato - attraverso una tecnica di benessere basata sul contatto consapevole, la condivisione con i colleghi e la scelta di investire del tempo per la propria salute - si è cercato di aprire una nuova strada per quello che riguarda il prendersi cura dei professionisti sanitari. La proposta è stata strutturata in 5 incontri, ognuno della durata di 1 ora e 30 minuti, con frequenza ogni 15-20 giorni.

I partecipanti, per un totale di 20 professionisti tra operatori socio-sanitari e infermieri (si sono dimostrati interessati 36 professionisti, di cui 16 non sono stati considerati per fattori di esclusione relativi alla frequenza di partecipazione), sono stati divisi in piccoli gruppi misti (massimo 10 persone) creati casualmente. Durante gli incontri il focus non è stato tanto l'apprendimento della tecnica al fine del trattamento di quadri sintomatologici (in quanto questo richiederebbe la frequenza del percorso formativo) bensì l'acquisizione del massaggio generale del piede (plantare, dorsale, mediale e laterale), dello stiramento e leggera manipolazione delle articolazioni, del tocco leggero e sfioramento e, soprattutto, delle prese armonizzanti di base. I professionisti hanno quindi sperimentato tali pratiche attraverso il trattamento reciproco e lo scambio, in sessioni di circa 30 minuti ciascuna.

Il campione in esame è stato composto per l'80% da donne, con età compresa tra i 20 e i 50 anni; c'è stata una suddivisione abbastanza omogenea tra operatori socio-sanitari e infermieri e tra professionisti che operano presso la residenza sanitaria per anziani e la struttura hospice.

Per quanto riguarda l'esperienza lavorativa il 45% lavora da meno di 5 anni, il 35% ha un'esperienza tra i 6 e i 15 anni e il 20% è occupato nel settore da più di 16 anni. Per contestualizzare la conoscenza della tecnica proposta è stato somministrato un questionario sulla conoscenza delle Medicine Integrate che ha evidenziato come l'85% del campione le conosca e il 65% le abbia effettivamente utilizzate; tra questi il 36% le ha usate per la cura di uno stato di malattia, il 18% per la prevenzione e il 45% per il mantenimento del benessere e della qualità di vita. Nessuno dei partecipanti ha mai sperimentato la riflessione plantare.

Alla domanda quali attività vengano svolte dai dipendenti per mantenere il proprio benessere e ridurre lo stress solo il 10% afferma di utilizzarne le Medicine Integrate a tale scopo. Per la valutazione degli *outcome* del progetto è stata utilizzata la Professionale Quality of Life Scale (ver. III), strumento validato in italiano composto da 30 item, finalizzato alla valutazione dello stato di benessere degli operatori e al riscontro di sindromi quali la compassione fatigue e il burnout. Tale strumento, compilato in autonomia dai partecipanti, evidenzia sia fattori di criticità che favorenti il benessere ed è stato somministrato a inizio e termine del progetto per valutare i cambiamenti in termini qualitativi.

Risultati

Al termine del progetto, i partecipanti si sono dimostrati molto soddisfatti dell'esperienza fatta: hanno espresso un aumento della felicità percepita e una riduzione dei livelli di preoccupazione in merito al benessere delle persone assistite, oltre che un incremento della soddisfazione, realizzazione lavorativa e delle convinzioni di sostegno, che sono fattori protettivi e preventivi importanti. È interessante come la RTP, ovvero un lavoro corporeo sul contatto, dove si stimola la cute (che è la massima espressione dei nostri confini), ha aiutato operatori e infermieri a riappropriarsi di un'empatia "equilibrata", sostituendo quadri di eccessiva sensibilità, disfunzionale per sé e gli altri.

Si è evidenziato un maggiore senso di unione e legame con le persone con cui i professionisti si relazionano, senza distinguere tra ambito personale o professionale. Si sono ridotti i livelli di ipereccitabilità agli stimoli e i deficit di memoria: i professionisti hanno affermato di ricordare con più facilità informazioni necessarie al proprio lavoro. Ben il 70% del campione ha riferito una riduzione della stanchezza fisica e della sensazione di esaurimento generale, arrivando ad affermare di avere addirittura più energia dopo aver lavorato.

A seguito del percorso fatto si è dimostrato che possedere nuovi strumenti per lavorare sul proprio benessere e per affrontare in maniera diversa l'assistenza, aiuta ad avere una maggior tutela e a modificare la percezione del proprio vissuto. La cosa ulteriormente interessante è che questa modificazione è avvenuta durante un periodo particolarmente impegnativo a livello lavorativo, che in condizioni normali avrebbe probabilmente sortito l'effetto opposto. Il praticare la RTP ha aiutato i professionisti ad aumentare la sensazione di avere il controllo di sé al-

l'interno dell'ambito lavorativo, con una netta riduzione dei vissuti "negativi" in relazione all'attività assistenziale (letteralmente, dal questionario, "sentirsi intrappolato dal lavoro", "sull'orlo di un baratro"). Ha acquisito un peso maggiore la dimensione attiva a discapito di quella passiva, generando un importante fattore protettivo. L'utilizzo della RTP ha migliorato le strategie di coping e ridotto lo stress nel confrontarsi con situazioni emotivamente coinvolgenti, sia nel caso di eventi acuti che cronici. Come si è evinto dalle risposte date, il riappropriarsi di un contatto consapevole con il proprio corpo e lo sperimentare tale consapevolezza nella relazione fisica con l'altro, ha generato un aumento del piacere e della gratificazione attraverso il proprio lavoro, a discapito dei momenti di tristezza, depressione e ansia. Il progetto è stato positivamente percepito anche dal punto di vista degli aggiornamenti professionali, la ridotta influenza dello stress è stata sia causa sia conseguenza della sensazione di un miglior operato professionale.

Lo sperimentare tecniche assistenziali che ampliano l'ambito di attività autonoma dei professionisti ha migliorato la motivazione e la propositività, aumentando la percezione circa l'importanza del proprio lavoro, del contributo individuale di ognuno e della sostenibilità dell'attività. L'ipotesi da verificare su un progetto a lungo termine sarà la riduzione del turn-over quale importante indice di risultato generale e contestuale. Sperimentare nuovi modi per prendersi cura di sé si è tradotto anche nel trovare soluzioni creative per accudire gli altri: la riduzione dello stress lavoro correlato ha avuto un'influenza positiva anche sui processi assistenziali di *problem solving*.

Conclusioni

Il progetto presentato, supportato dai dati di letteratura, ha qualitativamente mostrato come, le tecniche di Medicina Integrata, quale nello specifico la Riflessoterapia al Piede, possano dare un contributo positivo per la prevenzione delle sindromi da stress lavoro-correlate e possano migliorare la qualità di vita degli operatori sanitari, trasformando l'attività lavorativa in un valore aggiunto nella vita del professionista.

Questo progetto è stato un percorso di crescita, di scoperta e di unione di professionisti che condividono la stessa voglia di prendersi cura dei propri assistiti e di sé stessi. L'intenzione futura è quella di creare un reale modello di integrazione di tecniche e discipline che possano portare beneficio al benessere del personale e, seguendo sempre principi di etica e responsabilità, affiancarsi alle prassi attualmente in uso e inserirsi nei protocolli assistenziali al fine di migliorare la qualità.

Diventa fondamentale prendersi cura di chi si prende cura, per continuare ad alimentare la tendenza a dare valore a ciò che davvero genera salute e a vedere le persone oltre le malattie, per salvaguardare la parte materna, attenta, efficiente ed efficace del professionista, che si mette in gioco quotidianamente per offrire un lavoro di eccellenza. ■

Bibliografia

1. Melvin C. S. (2015) Historical Review in Understanding Burnout, Professional Compassion Fatigue, and Secondary Traumatic Stress Disorder From a Hospice and Palliative Nursing Perspective, *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 17(1) ; 66–72.
2. Melvin C. S. (2012) Professional compassion fatigue: What is the true cost of nurses caring for the dying?, *Int J Palliat Nurs*, 18; 606–611.
3. Kulbe J. (2001) Stressors and coping measures of hospice nurses, *Home Healthc Nurse*, 19; 707–711.
4. Sherman D. W. (2004) Nurses' Stress & Burnout: How to care for yourself when caring for patients and their families experiencing life-threatening illness, *AJN The American Journal of Nursing*, 104(5) ; 48–56.
5. Tunnah K., Jones A., Johnstone R. (2012) Stress in hospice at home nurses: a qualitative study of their experiences of their work and wellbeing, *Int J Palliat Nurs*, 18(6) ; 283–289.
6. Corli O., Marini M. G., Andreoli G., Castelli N., Pizzuto M., Natri A., Garganese E., Duccoli D. (2005) *Analisi del clima di lavoro nelle cure palliative*, CIC Edizioni Internazionali, Roma.
7. Koh M. Y.H., Chong P. H., Neo P. S.H., Ong Y. J., Yong W. C., Ong W. Y., Shen M. L.J., Hum A. Y.M. (2015) Burnout, psychological morbidity and use of coping mechanisms among palliative care practitioners: A multi-centre cross-sectional study, *Palliative Med*, 29(7) ; 633–642.
8. Mackereth P. A., White K., Cawthorn A., Lynch B. (2005) Improving stressful working lives: complementary therapies, counselling and clinical supervision for staff, *Eur J Oncol Nurs*, 9(2) ; 147–154.
9. Morone M., Mercurio M., Bongiovanni F., Colombano L., La Paglia S., Gonella F., Riba V., Olivero S. (2016) Chi si occupa dell'infermiere? Arte-terapia, danza-terapia, riflessologia plantare e training autogeno per gestire lo stress lavoro-correlato, *Rivista L'Infermiere*, 53 (3) ; 28–32.
10. Moyle W., Cooke M., O'Dwyer S. T., Murfield J., Johnston A., Sung B. (2013) The effect of foot massage on long-term care staff working with older people with dementia: a pilot, parallel group, randomized controlled trial, *BMC Nurs*, 12(1) ; 5.
11. Marquardt H. (2010) *Manuale di riflessoterapia al piede*, Ed. Mediterranee, Roma



Convegno Nazionale SIOMI
**Alimentazione
e Medicina Integrata**
Firenze, 25 novembre 2017
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

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

L'integrazione con l'omeopatia aumenta la sopravvivenza dei pazienti neoplastici

Norbert Aust. **Prolonged lifetime by adjunct homeopathy in cancer patients** - A case of immortal time bias. *Compl Ther Med*, 2016, 24, 80.

Nel 2014 il gruppo austriaco di Michel Frass e Alan David ha evidenziato l'impatto positivo di una terapia omeopatica sul paziente oncologico, mettendo in evidenza gli ampi benefici nella sopravvivenza media nel tempo. Secondo Norbert Aust, invece, la differenza sembrerebbe abbastanza piccola rispetto al tempo di sopravvivenza mediano, poiché nei dati di controllo il 92% dei pazienti è morto durante il primo anno mentre la maggior parte dei pazienti del gruppo attivato non avrebbe potuto morire e sopravvivere dopo la prima diagnosi, semplicemente perché non erano ancora stati inclusi nello studio.

Il nostro punto di vista, però, rimane lo stesso: se si vuole proporre l'omeopatia come trattamento antineoplastico siamo d'accordo con Aust sul fatto che i risultati della Gertner devono essere validati da studi più approfonditi, ma il vero obiettivo attuale di un trattamento di Medicina Integrata (cui l'omeopatia appartiene) rimane sempre quello di ridurre gli effetti collaterali delle impegnative terapie di supporto che i pazienti neoplastici devono sostenere. Se inquadrati da questa ottica, i risultati del gruppo austriaco possono essere considerati più che soddisfacenti.

Omeopatia efficace nell'infezione felina da *Trypanosoma cruzi*

Carina Ribeiro Lopes, Gislaire Janaina Sanchez Falkowski, Camila Fernanda Brustolin, Paula Fernanda Massini, Érika Cristina Ferreira, Neide Martins Moreira, Denise Lessa Aleixo, Edilson Nobuyoshi Kaneshima, Silvana Marques de Araújo. **Highly diluted medication reduces tissue parasitism and inflammation in mice infected by *Trypanosoma cruzi***. *Homeopathy*, 2016, 105, (2), 186.

L'obiettivo di uno studio randomizzato in cieco e controllato pubblicato su *Homeopathy* dal gruppo di Silvana Marques de Araújo è stato quello di valutare l'efficacia di *Kalium causticum*, *Conium maculatum* e *Lycopodium clavatum* 13CH nel trattamento di gatti infettati per via intraperitoneale con *Trypanosoma cruzi* allo stadio di trypomastigote. Ad ogni gruppo è stato somministrato il preparato di riferimento sia 48 ore prima che dopo l'inoculo, a distanza di 48, 96 e 144 ore. Tutti gli esemplari successivamente sono stati sottoposti ad indagini parassitologiche ed istologiche su frammenti

di muscolo scheletrico e cardiaco, milza, fegato e sezione distale del colon. L'analisi istopatologica dei tessuti effettuata in dodicesima giornata ha evidenziato una minore colonizzazione nel tessuto cardiaco dei gruppi *Causticum*, *Conium* e *Lycopodium* rispetto al controllo, mentre solo il gruppo *Lycopodium* ha mostrato una ridotta colonizzazione intestinale rispetto al controllo. Anche i focolai infiammatori a livello epatico erano ridotti nel gruppo *Lycopodium* rispetto agli altri gruppi e lo stesso risultato è stato riscontrato per i focolai infiammatori muscolari.

Trattamento isopatico del dolore pelvico associato all'endometriosi

Marcus Zulian Teixeira, Sérgio Podgaec, Edmund Chada Baracat. **Potentized estrogen in homeopathic treatment of endometriosis-associated pelvic pain: A 24-week, randomized, double-blind, placebo-controlled study**. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2017, 211, 48.

Sono state reclutate 50 donne, di età compresa tra 18 e 45 anni, con diagnosi di endometriosi profondamente infiltrante, diagnosticata con RMN o ecografia transvaginale, e con dolore pelvico di livello 5 della scala VAS. Gli estrogeni, in differenti potenze (12CH, 18CH e 24CH) o il placebo sono stati somministrati due volte al giorno per via orale per 24 settimane.

Gli esiti primari hanno valutato le risposte delle cinque modalità di dolore pelvico cronico (dismenorrea, dispareunia profonda, dolore pelvico non ciclico, dolore intestinale e/o dolore urinario ciclico); quelli secondari hanno previsto le risposte tramite questionari su qualità della vita (SF/36, Short Form 36), depressione (BDI, Beck Depression Inventory) e ansia (BAI, Beck Anxiety Inventory).

Nel gruppo trattato con gli estrogeni omeopatizzati il punteggio globale di EAPP è diminuito di 12,82 ($p < 0,001$), con riduzione del VAS su tre modalità: dismenorrea, dolore pelvico non ciclico e dolore ciclico intestinale; miglioramento significativo per la qualità di vita su dolore fisico, vitalità e salute mentale (SF-36) e sulla depressione (BDI). Il gruppo di controllo non ha mostrato alcun miglioramento significativo. Pertanto si può affermare che gli estrogeni diluiti e dinamizzati secondo procedure omeopatiche, alla posologia di tre gocce due volte al giorno per 24 settimane, rappresentano un complemento efficace e ben tollerato per il trattamento del dolore e dei sintomi mentali di endometriosi. ■

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 sindrome metabolica è una condizione clinica presente nel 20-25% della popolazione ed è caratterizzata da obesità viscerale, dislipidemia, alterazioni del metabolismo glucidico ed ipertensione arteriosa. Alla base di questa sindrome si ritrova una resistenza all'azione insulinica, accompagnata da uno stato proinfiammatorio e protrombotico.

Studi recenti hanno evidenziato che i pazienti che ne sono affetti presentano un rischio 2-3 volte maggiore di sviluppare complicanze cardiovascolari e 5 volte maggiore di sviluppare diabete mellito rispetto alla popolazione generale.

Diversi termini sono stati usati per definire l'associazione dei numerosi fattori di rischio che comprende ipertensione arteriosa, dislipidemia, insulino-resistenza ed obesità addominale. E' solo nel 1998 però che l'Organizzazione Mondiale della Sanità dà una definizione di sindrome metabolica riconosciuta internazionalmente; si definisce così indispensabile l'evidenza di uno stato di insulino-resistenza (presenza di diabete mellito o alterata glicemia a digiuno o ridotta tolleranza ai carboidrati o alterato consumo di glucosio con la tecnica del clamp euglicemico) con associati almeno due dei seguenti criteri: indice di massa corporea $> 30 \text{ Kg/m}^2$ o rapporto circonferenza vita circonferenza fianchi > 0.9 nel maschio e > 0.85 nella femmina, trigliceridemia $> 150 \text{ mg/dl}$ o livelli plasmatici di colesterolo HDL $< 35 \text{ mg/dl}$ nell'uomo e $< 39 \text{ mg/dl}$ nella donna, valori di pressione arteriosa $> 140/90 \text{ mm Hg}$, la presenza di microalbuminuria (U-AER $> 20 \text{ mcg/min}$ o albumina/creatinina $> 30 \text{ mg/g}$). Successivamente il National Cholesterol Education Program - Third Adult Treatment Panel (ATP III) ha proposto di non richiedere per la diagnosi di sindrome metabolica la dimostrazione dello stato di insulino-resistenza per la laboriosità della sua valutazione e perché non facilmente attuabile nella pratica clinica. I più recenti criteri per la diagnosi sono stati proposti dall'International Diabetes Federation e richiedono la presenza di obesità addominale che viene definita con diversi cut-off di circonferenza addominale a seconda dell'etnia di appartenenza (per gli europei $> 94 \text{ cm}$ nel maschio e $> 80 \text{ cm}$ nelle femmine) e la presenza di almeno due tra i seguenti criteri: trigliceridi $> 150 \text{ mg/dl}$, colesterolemia HDL $< 40 \text{ mg/dl}$ nel maschio e $< 50 \text{ mg/dl}$ nelle femmine o terapia ipolipemizzante, pressione arteriosa $> 130/85 \text{ mm Hg}$ o terapia antiipertensiva e glicemia a digiuno $> 100 \text{ mg/dl}$ o pregressa diagnosi di diabete mellito tipo 2. Obiettivo di questi nuovi criteri diagnostici è quello di proporre un mezzo utile e di facile utilizzazione nella pratica clinica per individuare soggetti con aumentato rischio di sviluppare diabete ed eventi cardiovascolari.

La patogenesi della sindrome metabolica è ancora poco conosciuta probabilmente a causa di una multifattorialità comprendente cause sia genetiche sia ambientali. La difficoltà nel definire i meccanismi patogenetici è giustificata dalla eterogeneità dei fenotipi, determinati dalla diversa combinazione dei fattori indicati come diagnostici nelle differenti definizioni riportate in letteratura. Tuttavia, l'insulino-resistenza viene vista come il possibile meccanismo patogenetico comune alla base della sindrome. Il termine di insulino-resistenza descrive uno stato di disregolazione dell'omeostasi glucosio-insulina caratterizzata da una ridotta capacità dell'insulina nello stimolare le sue azioni a livello epatico, muscolare e del tessuto adiposo. Il ruolo evidenziato negli ultimi anni, del tessuto adiposo come organo con funzioni immuno-metaboliche-endocrine potrebbe spiegare una azione diretta dell'obesità nel determinare la sindrome. E' stato evidenziato che il tessuto adiposo viscerale è in grado di interferire con l'attività del sistema renina-angiotensina aldosterone, di produrre adipochine (tra cui leptina, resistina, visfatina), di produrre molecole protrombotiche come il PAI-1 e di secernere citochine proinfiammatorie come il TNF-alfa, IL-1 e IL-6. Altri studi evidenziano il ruolo della disfunzione endoteliale, anche se non è chiaro se essa sia il meccanismo che dà inizio alla sindrome o se sia essa stessa conseguenza di uno dei diversi fattori, in particolare dell'ipertensione arteriosa. Altre ipotesi patogenetiche valutano una alterata funzione neuroendocrina caratterizzata da una iperattivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene con conseguente ipercortisolemia; tale alterazione porterebbe all'aumento del tessuto adiposo viscerale ed alla mobilitazione di acidi grassi liberi mediante l'attivazione della lipoprotein-lipasi. Ulteriori ricerche fanno riferimento ad una alterazione del metabolismo periferico del cortisolo con danneggiamento dei sistemi enzimatici dell'11- β -idrossisteroidodeidrogenasi di tipo 1 e della 5- α -reduttasi con conseguente aumento della quantità biologicamente attiva del cortisolo a livello del tessuto adiposo.

La diagnosi precoce e l'impostazione di una terapia appropriata sono da considerare di estrema importanza per prevenire gli eventi cardiovascolari dipendenti dalla sindrome metabolica. Di fatto, il punto di partenza fondamentale è la modificazione dello stile di vita e delle abitudini alimentari. Tutte le componenti della sindrome traggono beneficio dal calo ponderale, anche se modesto ma mantenuto nel tempo, ottenuto tramite restrizione calorica ed attività fisica e/o terapia farmacologica. E' quindi importante educare il paziente a modificare lo stile di vita alimentare in termini sia quantitativi sia qualitativi e a svolgere una regolare attività fisica di tipo aerobico, di

grado moderato-intenso e della durata di almeno 30 minuti giornalieri. In alcuni pazienti, sempre al fine di ottenere una riduzione del peso corporeo, si può utilizzare una terapia farmacologica con inibitori del reuptake di serotonina ed adrenalina (sibutramina) o inibitori della lipasi intestinale (orlistat) mentre è ancora in fase di studio l'utilizzazione degli inibitori dei recettori endocannabinoidi (rimonabant). Le classi di farmaci da considerare sono ovviamente gli antiipertensivi, gli ipolipemizzanti e gli ipoglicemizzanti.

Inquadramento omeopatico

L'approccio omeopatico si caratterizza innanzitutto per lo studio clinico del modello costituzionale e del modello reattivo diatesico in cui, nella ricerca del *simillimum*, si ritrovano tutte le diverse opportunità fisiopatologiche determinate dalle caratteristiche genotipiche e fenotipiche dell'individualità e specificità del malato. Obesità, diabete ed ipertensione formano una triade fondamentale su cui la medicina omeopatica può esercitare una azione terapeutica "omnicomprensiva" di tutte le possibili sfaccettature che il malato affetto da sindrome metabolica può presentare, non escludendo ed isolando le componenti cliniche, ma includendo sostanzialmente quelle patogenesi di natura metabolica che nelle loro evoluzione determinano le complicanze che rispondono alle differenti modalità individuali, lette erroneamente dalla visione ortodossa come comorbidità, ma che testimoniano una complessa disregolazione del sistema psiconeuroimmuno-endocrino. Il ragionamento omeopatico permette di comprendere fino in fondo il perché ed il come si possono innescare tutte le alterazioni della sindrome metabolica che, dalle singole unità cellulari si ripercuotono ai tessuti, agli organi nobili e alle funzioni vitali da cui dipende in sostanza il mantenimento di una omeostasi ottimale, espressione di uno stato di salute dinamicamente equilibrato. Il modello costituzionale "privilegiato", espressione della sindrome metabolica, è soprattutto quello Carbonico, perché condizionato da uno stile di vita in cui prevale l'auto eterointossicazione, la sedentarietà, una alimentazione in sovraccarico di proteine/lipidi/carboidrati/alcol/cibi spazzatura/abuso di farmaci, ed in cui prevalgono tutti i segni maggiori morfobiotipologici che si riassumono precocemente in Calcarea carbonica. Segni che già in fase preclinica e dunque in modo subdolo, trasformano inesorabilmente il "candidato dismetabolico" verso un aumento ponderale critico e lo predispongono sia ad un livello glicemico che lipidico (diabete, ipercolesterolemia, ipertrigliceridemia) ad una fase di ateromatosi vascolare che può determinare una fase ipertensiva borderline tipica dello stadio che nel tempo si può concludere in Barryta carbonica.

Prevenire negli stadi iniziali la patologia ateromasi, ridurre il rialzo pressorio iniziale, contribuire a correggere i metabolismi nutrizionali, limitare l'aumento di peso, intervenendo sui fattori di stress (corticosurrenalico e tiroideo), fanno della medicina omeopatica il plus terapeutico ottimale. Il modello costituzionale Carbonico, presenta così tutte le stimmate dei fattori di rischio dismetabolico che evolvendo inesorabilmente portano ad obesità, dia-

bete, ipercolesterolemia, steatosi epatica, malassorbimento, ipovitaminosi, ipotiroidismo, iposurrenalismo ed ipogenitalismo. Se i fattori di rischio non vengono affrontati precocemente si attivano i meccanismi pro infiammatori con tendenza alla sclerosi vascolare, conseguenza di un meccanismo sempre più lento ed insufficiente del turnover delle scorie metaboliche. Anche lo stato mentale risente di questo progressivo rallentamento delle funzioni omeostatiche con una tendenza al rallentamento delle funzioni cerebrali che nel Carbonico sfumano verso una fase depressiva, finanche alla comparsa di un deficit mentale globale. L'aspetto biomorfologico mostra un soggetto brevilineo, pletorico con prevalenza dei diametri trasversali dello scheletro e già in età pediatrica l'aspetto è quello di un bambino grasso, flaccido tendenzialmente bulimico, astenico e lento con scarsa resistenza allo stress, sonnolento, passivo, apatico, dall'intelligenza concreta e materialista che nella sua fase di compenso ed equilibrio segue la legge del minimo sforzo.

Le tendenze morbose del Carbonico si manifestano attraverso le insidie delle sue reazioni, silenziose, lente e progressive. E' l'inizio di una degenerazione dei tessuti originati dall'ectoderma e dal mesoderma, che evolve in processi di sclerosi sia vascolare che degli organi nobili. Il Carbonico fin dall'infanzia può essere minacciato da un aumento ponderale che può presto virare verso la triade obesità, diabete e di ritenzione idrica e soffre anche di turbe del metabolismo; quindi presenta colesterolo, azotemia, e urati molto elevati. E' sensibile all'umidità ed ha sempre freddo; questa freddolosità giustifica la carenza di quel calore ottimale per una discrepanza tra processi catabolici ed anabolici. La disregolazione dell'asse ipotalamo ipofisi tiroide gonadi assume un ruolo di primaria importanza. Il suo metabolismo tende ad alterarsi (diabete, gotta, calcolosi epatica e renale, obesità, ovaio policistico). Soffre inoltre di ipertensione arteriosa, angina pectoris, arteriosclerosi, infarto miocardico ed edema polmonare. L'impronta diatesica fa invece riferimento nello stadio iniziale prima di tutto al modello Psorico (Sulphur, Nux vomica, Lycopodium) non più in equilibrio ma scompensato che, non riuscendo a liberarsi di tutti le scorie metaboliche (glicidiche, proteiche, lipidiche), provoca al livello dei parenchimi epato renale quel sovraccarico emuntoriale che evolve inesorabilmente verso il modello Sicotico, in cui sopravviene un blocco del turn over e che dà per così dire il via alla fase di deposito sia vascolare (endotelio) sia parenchimatosa (steatosi epatica).

Mentre il modello reattivo Psorico costituisce l'innescò alla sindrome metabolica, quello Sicotico realizza e concretizza l'evento fisiopatologico drammaticamente più grave ed irreversibile, l'infiammazione cronica che minaccia e coinvolge tutti i sistemi: endocrino, immunitario, neurologico, vascolare in cui l'impregnazione tossinica è ormai ubiquitaria avendo interessato soprattutto il sistema reticolo endoteliale. I medicinali "simbolo" del modello reattivo sicotico florido sono evidenti soprattutto in Thuja occidentalis, Natrum sulphuricum e Graphites. Data la complessità dei quadri clinici ci limitiamo a citare solo alcuni dei medicinali omeopatici la cui impronta diatesica e costituzionale segue le dinamiche fisiopatologiche precedentemente descritte.

La triade Sulphur-Nux vomica-Lycopodium segna una sequenza di capitale importanza per la gestione di una sindrome metabolica ancora reversibile e latente. La prevenzione è ancora possibile se la reattività psorica non ha ancora ceduto il passo a quella sicotica. In questa fase si impone un drenaggio epato renale grazie all'azione di *Carduus marianus* e *Berberis vulgaris*. I due alcaloidi contenuti nella *Nux vomica* (strychnina e brucina) determinano una potente azione di detossificazione al livello dell'apparato gastrointestinale. In *Lycopodium* l'alterazione delle funzioni metaboliche del tripode epato-bilare pancreatico giustificano l'insorgenza di una obesità viscerale distrettuale non ancora visibilmente pronunciata e la presenza di una iperglicemia, iperuricemia, ipercolesterolemia, ipertrigliceridemia oltre alla tendenza a formazione di calcolosi biliare e renale.

Natrum sulfuricum, *Graphites* e *Thuja* rappresentano l'avvenuta fase di sicotizzazione. *Natrum sulphuricum* si identifica con i segni di idrogenoidismo, ipotiroidismo e epatomegalia, *Graphites* tende alla infiltrazione tessutale adiposa con insufficienza soprattutto tiroidea ed ovarica. *Thuja* è propriamente la sicosi "grassa" o florida, in cui tutti i segni e i sintomi rappresentano le stimmate dell'insufficienza dell'asse ipotalamo ipofisario tiroideo. Il sistema reticoloendoteliale con tutte le sue connessioni

immuno-endocrine proietta questo importante policresto verso una sindrome metabolica complessa in cui si associano quei fattori di rischio clinico che favoriscono lo stato pro infiammatorio.

Kalium carbonicum si distingue per l'evoluzione costituzionale carbonica che malgrado il suo ipotiroidismo tende all'ipersurrenalismo e ai segni premonitori di un rialzo pressorio dovuto ad una insidiosa sclerosi vascolare. In conclusione l'approccio omeopatico non considera la sindrome metabolica soltanto come una malattia cronica complessa ma focalizza soprattutto il malato, prendendosi carico della sua globalità clinica, con lo scopo di cooptare in modo razionale la storia della sua malattia, analizzando e collegando tutti gli eventi fisiopatologici trascorsi in una unica entità, mettendo in relazione tra loro quei tratti psichici e somatici che nell'insieme hanno nel tempo determinato o meglio impresso quel particolare danno biologico. La strategia terapeutica raccoglie e definisce le tappe di tutti gli "incidenti" occorsi, li soppesa e li qualifica per trarne le modalità reattive fisiopatologiche che hanno condizionato e procurato le alterazioni del sistema biodinamico (omeostasi) ed arrivare finalmente alla diagnosi del medicinale *simillimum* per sollecitare il processo di auto guarigione e sviluppare così un nuovo approccio alle malattie croniche. ■

Il contributo dell'agopuntura

Gabriele Saudelli

Medico esperto in agopuntura e fitoterapia - Consigliere Nazionale SIOMI
Mail: g.saudelli@siomi.it

Una chiacchierata tra colleghi; in primis, la nostra socia e collega Maria Lucia Semizzi, cui ho sottratto alcune affermazioni e che pubblicamente ringrazio.

La sindrome metabolica, già descritta in questo numero della rivista, può essere inquadrata energeticamente come un quadro di patologia del Canale (o Meridiano, neologismo creato da padre Matteo Ricci ed i Gesuiti, al loro rientro in Francia, riferendosi alla somiglianza delle linee arbitrariamente disegnate sul nostro corpo con quelle fantasiose tracciate da Magellano sulle prime mappe del Globo terracqueo; da qui in avanti queste linee verranno chiamate con la primordiale accezione cinese: Canali o Canale) "curioso" Chong Mai, il Canale dell'Assalto (dell'energia).

Embriologicamente, si tratta del primo canale a formarsi in quello che sarà il feto, dopo l'unione primordiale. Da questo origineranno, come per gemmazione, gli altri Straordinari e quindi, da essi, i Principali. È da Chong Mai che nascono per primi i due Canali che orientano sagittalmente il soma, nei due antimeri che tagliano in due metà, destra e sinistra, il soma e che sono CV e GV, anteriore l'una e posteriore l'altra (Bao Mai). Poi nasce l'orientamento trasversale con le due cinture: Dai Mai, in basso e Da Bao, in alto, determinando la tripartizione somatica altrove chiamata "I tre Riscaldatori";

grossolanamente sovradiaframmatica la linea di Da Bao è il Riscaldatore Superiore, mentre sotto-ombelicale è quella di Dai Mai, Riscaldatore Inferiore; in mezzo alle due, Riscaldatore Superiore ed Inferiore, risiede il Riscaldatore Medio.

I Riscaldatori ricordano prepotentemente le "cozioni" ippocratiche, cioè la "cottura" delle sostanze nutritive che introduciamo, alimentandoci. Per questo motivo indico come causa e sede della Sindrome Metabolica, il difetto funzionale del Canale Chong. L'anatomia di Chong, complessa, si avvicina ulteriormente a questa mia visione. L'origine: è, per forza, dal Rene, tra l'area Ming Men e la zona Hui Yin; l'area Ming Menn è quella che parte dall'omonimo agopunto VG 4, Ingresso della Luce, che nella visione Cristiana /occidentale corrisponde al foro nell'apice della cupola che sovrasta l'altare. Ming Menn è una area, una voluminosa sfera calda che occupa spazio energetico nel Riscaldatore Inferiore.

In alto, tocca i poli inferiori dei Reni, in basso, si appoggia su 1 CV, Hui Yin, Riunione dello Yin, detto anche PingYi, cioè Perineo. È punto di Riunione di Dai Mai e di Chong Mai. Perineo, però naon, intorno alla nave, cioè il Tempio, dove avverrà la Creazione, così come tracciata nel Poimandres del Corpus Hermeticum. Da Nave alle Navate del Tempio, il giro è breve. L'osso che ripara il prodotto del Concepimento

è s/Sacro, triangolare ed il Tutto è sottostante ad una linea energetica, immaginaria, che chiamiamo Vita o giro vita. O Dai Mai?

L'energia scende dunque al perineo, miscelandosi a Xué, il Sangue e di qui prenderà la direzione verso l'alto, prima a CV2, raggiungendo poi l'ottavo punto di CV, l'ombelico, punto sacro, da non pungere, in lingua inglese è "navel", assonanza con Nave e con le navate del tempio, costruite sull'albero maestro, inizialmente eretto in una buca per tracciare i punti cardinali della Luce. Estratto l'albero maestro, al compimento dell'opera, residua una buca che viene coperta da una pietra (Shi Menn, Porta di Pietra, CV5) sotto la quale viene posta la pergamena di sacrificio, cioè "sacrum facere" del tempio neo costituito. Shi Menn si contrappone a Ming Menn, su una linea che ha pendenza di circa 45°.

Dall'ombelico il magma di Chong segue la direzione superiore, come un fiume in piena, con collaterali, rami e ruscelli che imbibiscono il suo letto fino al viso, circondando la bocca e infrangendo i suoi flutti contro la palpebra inferiore degli occhi. Come prima diffusione, dal perineo il rosso gel scende alla faccia interna degli arti inferiori, seguendo i percorsi dei Canali di Milza/Pancreas e di Rene, apparentemente controcorrente, terminando al primo dito del piede. I Canali Straordinari, si sa, prendono questo nome perché (a parte, notoriamente, Ren e Du Mai, CV e GV) non hanno un proprio percorso, ma seguono parzialmente percorsi di altri Canali. A volte, in realtà, ho la sensazione che sia esattamente l'opposto. Tanto più che la materianonmateria che è Qi con Sangue, scende, non sale secondo la corrente ascensionale dei Canali SP e KI. Quindi prende contatto con Rene, Milza/Pancreas e Stomaco, sull'addome, connettendosi al Canale di questo, direttamente e non. Stomaco giace sul livello detto Yang Ming. Cioè: Luce allo Yang, Massima Luce, sotrendendo la digestione e la conseguente inversione di polo che subisce il cibo dall'esterno, metabolizzato e trasformato all'interno. Metabolizzato. Certo che, a proposito di Milza/Pancreas, è nella coscia anche il punto del Mare del Sangue, Xué Hai, il 10° punto, tonico del Sangue, sale al 12° punto, Chong Menn, la porta del Chong, sul pube, sulla retta che congiunge con Fegato 13, punto Mu di Milza, Zhang Menn, Porta della Struttura, sotto al quale, all'incrocio tra la retta SP12-LV13, giace, sulla ombelicale trasversa, il punto GB 26, Dai Mai, il Vaso della Cintura. Idealmente questa linea prosegue verso GB22, Yuan Ye, Abisso dell'ascella, o, meglio, Quan Ye, Sorgente dei liquidi. Nel sesto spazio intercostale di questa linea si apre il punto SP 21, Da Bao, Grande involucro, il Grande Luo della Milza, il punto di apertura di Bao Mai. Un giro di valzer energetico che connette Sangue, i due Canali straordinari delle due cinture, Bao e Dai, i tre Riscaldatori, i tre metabolismi.

Dal pube raggiunge il KI 21 e quindi il 27; durante questo percorso emette numerose ramificazioni intercostali (Da Cheng, enunciato 137); poi sale alla gola, si porta al viso contornando le labbra e si sfrangia alla parte superiore del faringe. C'è da aggiungere che secondo Jeffrey Yuen, il ramo addomino-toracico "origina a livello del CV 2, sulla sinfisi pubica e da lì si apre e comunica con il Canale dei Reni, a KI 11 e con il Canale dello Stomaco a ST 30. Ed è da qui che si porta al SP 12 e torna al Canale del Rene. SP 12 è CHONG Men, ST 30 è Qi CHONG. Il secondo passaggio giace nel percorso tra KI 21 a KI 27, là dove il Canale Straordinario ap-

porta Sangue al Cuore, si aprono agopunti con valenza particolare; questi punti si chiamano anche "Shu del torace" perché si collegano anteriormente ai vari Organi esattamente come i Shu del Dorso, ma con direzione opposta: il punto inferiore corrisponde al Polmone e quello superiore al Rene. Inoltre i punti Shu del dorso sono sul Canale di Vescica, mentre i punti Shu del torace sono sul Canale del Rene. Dietro, l'Acqua scende e davanti, l'Acqua sale. Il KI 22 corrisponde a Polmone, la congiunzione tra KI e LU. KI 23 è il contatto con HT, il Cuore. KI 24 è quindi Fegato. KI 25 si congiunge a Milza/Pancreas. Infine, Rene nel Rene: KI 26 si congiunge al Rene. KI 27 sovrasta questi SHU anteriori, controllandoli; da cui il nome Shu Fu, Dimora dei punti Shu. Consente così all'energia del Rene a scendere sul Polmone dalla cupola superiore, quando il Qi di Polmone fatica a scendere ed a omaggiare il Rene, appunto, con la Tian Qi. L'energia di Chong Mai da questo ultimo punto, converge al Vaso Concezione, al 23°, Tian, appunto, il Cielo, Tu, sporgenza; Tian Tu. Da qui il tragitto ascende al viso, alle labbra, arrestandosi all'occhio. Il terzo flusso scende dall'ombelico, raggiunge Hui Yin, il perineo e quindi giunge al coccige, inerpandosi su, lungo la colonna emergendo al punto She Qi Zhui, punto straordinario sotto l'apofisi spinosa della quinta lombare; il nome, tradotto, significa "Sotto la diciassettesima vertebra", è l'asse della giunzione lombosacrale. Infatti emerge bilateralmente ai due Vescica 26, Guan Yuan Shu, lo Shu che trasporta la barriera della Yuan Qi, trattandone il deficit. Diciassette sono le vertebre in MTC: cinque lombari e dodici toraciche. Poi vengono, separate, le prime sette cervicali. Il melange di Qi e Sangue di Chong Mai viene pompato su, fino alla 1° cervicale; una vertebra al giorno. Cinque giorni, poi dodici, 17, poi sette cervicali, 24 e, cadendo a cascata verso il basso, circa quattro giorni dopo raggiunge nuovamente la cavità pelvica, raccogliendosi in quel calice che è l'utero. Tracimando, il liquido così formato ed accumulato, scende e fuoriesce dal canale vaginale. Se non trova questa via pervia, il sangue si accumula e risale, lungo il 1° settore, al SP 12, poi verso CV8, l'ombelico e segue il tragitto addominale e poi toracico, salendo al viso e circondando le labbra, emettendo ciò che dal Sangue è nutrito: i peli. Se nella femmina vi sono problemi alla fuoriuscita del sangue, questo traborda, salendo e generando ipertricosi.

Il quinto ed il sesto flusso scendono lungo gli arti inferiori, Milza/Pancreas e Rene. Il ramo Rene scende al 6, che attiva Shao Yin, facendo salire l'energia Yin al canto interno dell'occhio favorendone la chiusura e quindi il sonno. Scende ancora alla volta plantare per raggiungere il 1° punto del Canale del Rene, Canale fondamentale per il buon funzionamento di Chong Mai. Nel ramo Milza si giunge al primo dito del piede, al primo punto, ma prima è già passato dal decimo punto, Xué Hai, il mare del sangue, a ricaricarsi del prezioso purpureo fluido e dal 4° punto, detto "Nonno e nipote" (agisce forse anche sulla ereditarietà con influenza sugli Shu anteriori 23 e 24 Rene, ed anomalie congenite di Cuore e Polmone?). Questo è il punto definito "chiave", che apre il Canale Straordinario. Gilberto Gori traduce Gongsun come il nome (segreto?) dell'Imperatore Giallo, Huang Di. Questo punto è la base di qualsiasi trattamento sia necessario sul Canale Straordinario Chong Mai. Tutti i percorsi, la loro anatomia e fisiologia giustificano il trattamento di Chong Mai nel capitolo delle sindromi metaboliche. ■

Il contributo della fitoterapia

Rosaria Ferreri

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

Come già ampiamente descritto, la sindrome metabolica è caratterizzata da insulino-resistenza/iperrinsulinemia, obesità, ipertensione arteriosa, diabete di tipo 2, alterazioni arteriosclerotiche con aumento marcato del rischio cardiovascolare e malattie vascolari periferiche e/o cerebrovascolari. La sindrome metabolica quindi è una condizione clinica provocata da squilibri del metabolismo che interessano differenti organi e che dunque possono dare origine a diverse patologie. Quando si parla di sindrome metabolica il riferimento, quindi, è alla presenza di fattori di rischio per la salute di vario genere come obesità, diabete, ipertensione, ipercolesterolemia.

Essa solitamente si presenta nei soggetti con età compresa tra i 50 e i 60 anni, ma non è escluso che possa interessare anche pazienti più giovani, quando lo stile di vita porta a sviluppare un peso eccessivo o quando alcuni dei parametri sopraindicati non rientrano nei valori standard a causa di difficoltà metaboliche dell'organismo. Impossibile sintetizzare in pochi paragrafi le possibilità di interventi con la fitoterapia che può affiancare la terapia convenzionale sia nel campo della prevenzione che della terapia. Però è bene sottolineare che il ricorso ad una terapia interamente di derivazione naturale può essere preso in considerazione solo nelle forme meno gravi di ognuna delle patologie qui trattate. La nostra esperienza indica che in ogni modo, nella complessità della sindrome metabolica, esiste la possibilità di associare un trattamento fitoterapico, ovviamente con un particolare riguardo alla possibilità di interazioni farmacologiche tra farmaci di sintesi e derivati naturali ed eventuali (seppur rari) effetti avversi: conoscenza, esperienza e competenza sono necessarie per poter affrontare tutte le patologie in maniera integrata.

Molte sono state le piante studiate per il possibile impiego nella cura del diabete di tipo 2 (diabete mellito), una disfunzione che subentra con l'età, legata a difficoltà di metabolizzazione degli zuccheri e a errori dietetici di vario genere. La fitoterapia non si sovrappone alla terapia farmacologica standard, soprattutto quando la malattia è già progredita. In ogni modo, se il paziente diabetico sta già seguendo una cura convenzionale senza successo o ha mostrato intolleranza alla terapia, i rimedi naturali possono rappresentare una valida alternativa o supportare la terapia di sintesi. Una buona probabilità di successo è legata ad una strategia terapeutica iniziale che punta ad ottenere un drenaggio pancreatico, con una serie di formulazioni (sono soprattutto terapie a base di gemmoderivati) che sono state studiate da medici svizzeri guidati da Antoine Nebel: ad ogni organo possono essere associate piante attraverso le quali effettuare il drenaggio, una sorta di pu-

rificazione ed eliminazione delle tossine. Tra queste segnaliamo *Morus nigra* e *Juglans regia*, gemmoderivati di gelso nero e noce, ad esempio, che detossificano il pancreas (che produce l'ormone insulina), o anche gemmoderivati ad azione più diretta sul metabolismo glicidico come *Trigonella fenum grecum* o *Galega off.* oppure *Tamarix gallica*.

Se quindi il diabete di tipo 2 è conseguente ad un affaticamento dell'organo dovuto ad una sua iperattività, queste formulazioni possono essere in grado di risolvere il problema, con un dosaggio intorno alle 30-40 gocce 2-3 volte al giorno prima dei pasti. Questo genere di terapia può essere associata ad un trattamento farmacologico senza alcuna controindicazione. La cura per il drenaggio pancreatico dura in media venti giorni al mese per 3-4 mesi.

Un'altra droga interessante come coadiuvante nel trattamento del controllo della glicemia è l'estratto del fagiolo (*Phaseolus vulgaris*). Esso è degno di menzione, oltre che per la sua efficacia, anche per il suo *modus operandi* che si differenzia rispetto alle piante citate: la droga infatti contiene una sostanza che si comporta da inibitore dell'alfa-amilasi e quindi riduce l'assorbimento degli amidi e di conseguenza degli zuccheri¹. Questo rimedio è adatto principalmente per quelle persone che hanno difficoltà a seguire una dieta e che non vogliono rinunciare allo strappo alla regola una volta ogni tanto. L'estratto di fagiolo viene utilizzato spesso come rimedio dietetico per perdere peso. Anche questo farmaco naturale - come le droghe di cui si è parlato in precedenza - deve essere somministrato prima dei pasti e la principale modalità di assunzione è per via orale sotto forma di capsule o compresse, in genere il dosaggio è di 500 mg e. s. 2-3 volte al giorno ai pasti. Attenzione di evitare l'assunzione di sostanze nutrienti o di altri farmaci utili al paziente in contemporanea, in quanto l'assorbimento è ridotto ovviamente anche per queste sostanze.

La pianta che attualmente è studiata a livello internazionale ed è anche oggetto di uno studio presso il nostro Centro Ospedaliero di Medicina Integrata è la *Lagerstroemia speciosa* (L) pers, conosciuta anche con il nome comune di "banaba": essa è una pianta appartenente alla famiglia delle *Lythraceae*, che cresce spontaneamente nel Sud-est asiatico (Filippine, Malesia, Indonesia, Tailandia, Taiwan) ma è molto diffusa anche in Australia e sulle coste del Pacifico. La medicina tradizionale dei luoghi di origine ne ha promosso l'utilizzo delle foglie per il trattamento dell'obesità e delle condizioni iperglicemiche. Noi ne abbiamo indicato l'uso in capsule contenenti 16 MG di estratto secco di Banaba foglie tit. 1% in acido corosolico da assumere ai pasti mattina e sera.

La moderna ricerca scientifica ha permesso di confermare, grazie alla conduzione di studi *in vitro* ed *in vivo*, la valenza ipoglicemizzante, nel fitocomplesso, di un composto identificato nelle foglie di questa pianta, l'acido corosolico a cui viene attribuita la principale responsabilità dell'azione insulino-simile associata alla somministrazione di preparati a base di foglie di banaba. In particolare, l'acido corosolico è in grado di stimolare il trasporto del glucosio all'interno delle cellule. A differenza dell'insulina, l'acido corosolico, è attivo per somministrazione orale e in uno studio condotto su ratti, sembra che esso agisca insieme ai tannini presenti nel fitocomplesso, in particolare modo quelli derivati dall'acido ellagico (lagerstroemin, flosin B e reginin A), da attivatori del trasporto del glucosio all'interno degli adipociti². Anche per l'iperlipemia inquadrata nell'ambito della sindrome metabolica si può ricorrere ad una fase fitoterapica di drenaggio, come indicato precedentemente, proprio al fine di "rimuovere" le tossine e riattivare il metabolismo degli organi coinvolti. Nella terapia dell'ipercolesterolemia/ipertigliceridemia si può ricorrere ai seguenti drenaggi fitoterapici.

- *Olea europea* MG 1DH (ma anche la TM risulta avere proprietà simili): 40-50 gtt 1-2 volte al giorno, un quarto d'ora prima dei pasti; dell'olivo sono note da tempo la sua attività antiossidante, antiinfiammatoria e di contrasto nei riguardi dell'accumulo dei grassi saturi^{3,4}.
- *Juniperus communis* MG 1DH: 40-50 gtt 1-3 volte al giorno, un quarto d'ora prima dei pasti. Anche per questa pianta sono state dimostrate attività antiossidanti e influenti sul metabolismo del colesterolo⁵.

In entrambi i casi, lo schema terapeutico prevede cure di due mesi, con la possibilità anche di abbinamento ai precedenti drenaggi. L'*Olea europea* è stata anche oggetto di studi per ciò che riguarda l'ipertensione iniziale, che spesso viene rilevata in corso di sindrome metabolica: in uno studio del 2011, Susalit e coll. hanno dimostrato efficacia e compliance maggiore del fitoderivato da foglie di *Olea Europea* nei confronti di un farmaco antiipertensivo in pazienti allo stadio 1 dell'ipertensione⁶. Per la sua capacità di attivare il metabolismo epatico, indichiamo anche l'associazione con il *Cardo mariano*, nella fase del drenaggio con l'utilizzo di un gemmo derivato o anche di una tintura madre per attivare i processi di detossificazione (30-50 gocce prima o dopo i pasti) ma anche per attivare il metabolismo stesso degli epatociti fine di "espellere" i trigliceridi accumulati come accade nella steatosi epatica, sindrome di frequente riscontro nella sindrome metabolica. Può essere utile in tal caso anche l'utilizzo del solo componente silimarina, soprattutto quando si temono interferenze farmacologiche con altri tipi di medicinali⁷; nel nostro protocollo integrato per il diabete abbiamo inserito la silimarina (200 mg per capsula) o l'estratto secco di *Cardo mariano* (300 mg per capsula), da assumere ai pasti.

Dal punto di vista nutrizionale, in corso di sindrome metabolica, l'utilizzo degli Omega 3 (EPA e DHA) ha ricevuto sempre maggiori consensi in campo internazionale e spiega il grande successo dell'impiego di tali supplementi nel trattamento delle forme miste di iperlipemia, quando non si voglia far ricorso a sostanze come le statine (naturali

o sintetiche) o i fibrati. I risultati di uno studio, condotto da Dominik D Alexander et al. dell'EpidStat Institute di Ann Arbor, costituito da due meta-analisi, una di trial clinici randomizzati e l'altra di studi osservazionali prospettici, suggeriscono che la raccomandazione dell'American Heart Association (AHA) per i soggetti ad alto rischio di assumere almeno 1 grammo al giorno di due acidi grassi omega 3, l'acido eicosapentaenoico (EPA) e docosaesaenoico (DHA), sia ragionevole per ridurre il rischio di malattia coronarica⁸ che rappresenta a tutt'oggi la complicanza più temibile della sindrome metabolica. Per i soggetti non ad alto rischio un dosaggio di circa 250 mg al giorno è più efficace e salutare.

In Giappone, l'estratto del micete *Monascus purpureus* viene somministrato a quelle persone poco sensibili alla regola alimentare, per regolare la pressione arteriosa, i trigliceridi, i colesteroli cattivi LDL/VLDL e alzare il colesterolo buono HDL. In particolare è indicato per chi produce troppo colesterolo endogeno. Il riso rosso fermentato, pur essendo chimicamente equivalente alla lovastatina nella riduzione del colesterolo (la monacolina K del riso rosso è in grado di inibire la HMG-CoA reduttasi, che rappresenta un enzima chiave nella biosintesi del colesterolo), è risultato essere più efficace rispetto alla somministrazione di dosi equivalenti di lovastatina, a dimostrazione che le sue proprietà rispecchiano un insieme di azioni non riconducibile alla sola monacolina K⁹. Anche per questo, oltre alla ben documentata attività ipolipidemizzante, il riso rosso fermentato sembra ridurre il rischio cardiovascolare grazie ad azioni antiaterosclerotiche di altro tipo (effetto antinfiammatorio, vasodilatante e riduttivo sui livelli di lipoproteina A). ■

Bibliografia

1. Igho Onakpoya et al. 2011. British Journal of Nutrition, 106, 196-202.
2. Takahashi M, Ueda J et al. Yakugaku Zasshi. 1977. 97(8): 880-2.
3. Fitó M et al.: Bioavailability and antioxidant effects of olive oil phenolic compounds in humans: a review. 2007. Ann Ist Super Sanita; 43(4): 375-81.
4. Jemai H et al. J Agric Food Chem. 2009; Oct 14; 57(19): 8798-804.
5. Souravh Bai set al.: A Phytopharmacological Review on a Medicinal Plant: *Juniperus communis*. 2014; International Scholarly Research Notices, 1-6.
6. Susalit E et al.: Olive (*Olea europaea*) leaf extract effective in patients with stage-1 hypertension: comparison with Captopril. Phytomedicine. 2011; 18(4): 251-8.
7. Das S. K., Mukherjee S., Vasudevan D. M. Nat. Prod. Rad. 2008; 7: 182-192.
8. Alexander D, Miller P et al. Mayo Clin Proc 2017; 92:15-29.
9. Makoto Fujimoto et al. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine- Volume 2012; Article ID 89269, 11 page <http://dx.doi.org/10.1155/2012/892697>.

LA SOLUZIONE

Assassinio in garçonnière

Passarono altre due ore. Fuori una tenebra temporalesca aveva avvolto l'atmosfera. I palazzi e le strade scivolavano come spettri nella semioscurità. Con l'inizio dei tuoni, la già scarsa luce era stata praticamente azzerata. In alto, nel pieno di un cielo apocalittico, i fulmini scavavano scie d'argento che si diramavano verso il basso.

La nottata è stata pesante. - disse il magistrato Pecca, stirandosi il collo contratto. - Sono stanca, l'occhio sinistro mi lacrima e ho un male di schiena che trasforma ogni passo in un supplizio.

Da sotto un mobile sbucò fuori il gattino grigio. Era agitato più del solito. Tarcisio lo accolse tra le braccia, cercando di calmarlo, ma non ci fu verso. Dovette rassegnarsi a interpretare i suoi miagolii come meglio poteva. Finalmente capì che il felino aveva fame. Prese una bottiglia di latte dal frigorifero e lo versò in una ciotola di vetro. Il gattino leccò con avidità la ciotola fino a svuotarla.

- Te lo meriti. Per merito tuo il colpevole è stato arrestato. - Lo ringraziò Giretti.

- Alla vista del gatto c'è stata una piena confessione. - disse Ortensia.

Tarcisio: - Comportamento compulsivo e ritualistico come attorcigliarsi nervosamente una ciocca di capelli poi tirare un lobo dell'orecchio; sensazione costante di avere dimenticato qualcosa; ritornare indietro per dare spiegazioni insignificanti; intolleranza spiccata al latte che gli provoca diarrea. In più un grande terrore per i gatti. Sono tutte manifestazioni tipiche di *Tuberculinum* e l'unico a manifestarle era l'idraulico che, la comparsa del gatto in un ambiente così piccolo come il bagno, ha mandato nel panico. Per questo motivo ha confessato.

Tarcisio sorrise. - Notti intratteneva rapporti anche con lui. Come tutti i tipi *Tuberculinum*, l'idraulico aveva un grande bisogno di cambiamenti ed eccitamento, ma poteva diventare un violento in certe circostanze. In effetti ieri sera qualcosa è andato storto e tra i due è scoppiata una lite violenta finita nel modo che sappiamo. A quel punto l'uomo, che di professione fa veramente l'idraulico e che proprio per il suo mestiere era venuto in contatto con Notti, temendo di essere stato visto entrare nel palazzo dai vicini, ha pensato bene di rompere alcune tubature del bagno per spiegare la sua presenza in questo appartamento.

- In questo modo sperava di fare ricadere la colpa su una delle tre ragazze. - precisò Ortensia Pecca. - Ma il rimedio *Tuberculinum* l'ha smascherato.

- In verità è che il dottor Giretti ha smascherato il colpevole. - sottolineò Tarcisio, con una certa supponenza. Accarezzò il gattino: - Ovviamente anche grazie a te. -

Ortensia arrossì per l'imbarazzo. - Questo dimostra che ho fatto bene a chiamarti.

Gli inquirenti uno dopo l'altro iniziarono ad uscire dall'appartamento.

- Immagino che la dottoressa Pecca voglia un passaggio. - disse un poliziotto.

Il magistrato annuì. - Accetto volentieri. La mia auto è dal meccanico e non ho con me il cellulare per chiamare un taxi.

- Non si preoccupi. - disse Tarcisio, accarezzando il gattino. - Ho la mia auto qua sotto e accompagnerò la dottoressa a casa.

Ortensia Pecca lo guardò piacevolmente stupita: - Vorrei che non ti disturbassi. In fondo il tuo compito l'hai già svolto.

- Nessun disturbo, mia cara Ortensia. Sarà per me un vero piacere. - Le sorrise in modo strano il medico.

- Se è così accetto molto volentieri.

Quando l'ultimo agente uscì dal palazzo, Ortensia, commentò: - Bene, anche questo caso è stato risolto!

Fece per uscire dall'appartamento, ma Tarcisio le mise davanti un paio di manette, un battipanni e un rasoio.

- Da dove vuoi che iniziamo? Prima ti ammanetto poi ti percuoto con il battipanni o preferisci iniziare dalla depilazione?

Lei arrossì in modo orrendo: - Stai scherzando? -

- Mai stato più serio in vita mia.

Ortensia deglutì e cercò di calmarsi: - Sto male, mi sembra di avere degli aghi piantati nella schiena, non puoi trattarmi così. Io mi vergogno a fare certe cose...

- Non me ne frega niente. Con la scusa dell'indagine tu ti sei voluta vendicare perché non ti ho accompagnato a teatro sabato scorso.

- Me l'hai detto all'ultimo minuto che non venivi ed io ho perduto il balletto a cui tenevo tantissimo e i soldi dei due biglietti di palco. Ortensia rispose in modo automatico e subito dopo si pentì, quando vide il medico annuire e mostrare la compiaciuta espressione di chi aveva visto giusto.

Lui si accarezzò il mento e gioì al pensiero: - Però, riflettendoci un po', mi piacerebbe sferrarle qualche colpo di battipanni sul sedere, prima di riaccomparla a casa... E riflettendoci un altro po', mi tenta l'idea di lasciarla legata alla spalliera del letto per il resto della mattina, mentre io e te andiamo a fare colazione al bar. Che ne dici, o bel micetto?



Nature Whispers

La Natura Sussurra

Amm. Delegato

Roberta Russo - Vice Presidente Omeoimprese

Certificazione

ISO9001

Certificazione

ISO13485

Produzione

GMP - Good manufacturing practices

Fondazione:

Ostenda, Belgio 1973

Sede centrale:

Via Solferino 10, Frascati

Contatti

Email: info@vanda.it

Web: www.vanda.it



Area riservata ai professionisti della salute:

My Vanda

