

# HIM@d

## HOMEOPATHY and Integrated Medicine

Novembre 2010 | Volume 1 | Numero 2

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

Organo ufficiale della  
SOCIETÀ ITALIANA DI OMEOPATIA E MEDICINA INTEGRATA

**Defedril** è un integratore in grado di stimolare la fisiologica funzione difensiva dell'organismo risultando utile nel contrastare e prevenire le più comuni affezioni virali e batteriche

*Quest'anno...  
non lasciarti  
influenzare!*

# DEFEDRIL®

*La difesa naturale contro le  
malattie da raffreddamento*

**Defedril** favorisce la riduzione dei sintomi nelle **sindromi influenzali** e nelle **infezioni delle vie aeree superiori** (rinofaringiti, otiti, sinusiti, tonsilliti, tracheiti)

#### MODALITÀ D'USO

##### Nei casi acuti:

1 compressa o 80-100 gocce (nei bambini 1-2 gocce per Kg di peso) diluite in acqua tre volte al dì.

##### Come preventivo:

1 compressa o 80 gocce (nei bambini 1-2 gocce per Kg di peso) diluite in acqua, una volta al dì per venti giorni al mese, per un periodo di almeno tre mesi.



#### Composizione

**Comprese:** Andrographis, Astragalus, Echinacea, Shitake, Uncaria. **Gocce:** Andrographis, Astragalus, Echinacea, Uncaria, Rosa canina, Rame.

#### Forma farmaceutica

**Comprese:** Scatola da 20 compresse da 1 g.  
**Gocce:** Fiascino da 50 ml con contagocce.

Si consiglia cautela nelle patologie autoimmuni.

**Laboratori  
Legren**

**LABORATORI LEGREN S.r.l.**  
Corso Italia, 126 - 18012 Bordighera (IM)

Numero Verde  
**800 125710**



In copertina: la luna vista dalla Stazione Spaziale in orbita.  
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 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 novembre 2010  
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, Peter Fisher, Italo Grassi, Francesco Macri,  
Ennio Masciello, Emilio Minelli, Roberto Pulcri, Gino Santini,  
Massimo Saruggia, Gabriele Saudelli, Luisella Zanino

### Area accademica e medicina convenzionale

Ivan Cavicchi, Andrea Dei, Giuseppe Del Barone,  
Claudio Fabris, Luciano Fonzi, Antonio Panti,  
Roberto Romizi, Mauro Serafini, Umberto Solimene

# HIM@d HOMEOPATHY and Integrated Medicine

Anno 1 - Numero 2, Novembre 2010

## ■ Editoriale

- 2 **Ormesi e omeopatia, dibattito internazionale**  
*di Simonetta Bernardini*

## ■ In primo piano

- 6 **L'ormesi, un concetto centrale per la comprensione dell'organismo vivente**  
*di Andrea Dei*

## ■ Contributi originali

- 10 **I medicinali omeopatici: una valutazione nel contesto del framework biomedico**  
*di Edward J. Calabrese e Wayne B. Jonas*
- 13 **Dietetica e costituzioni omeopatiche**  
*di Gianfranco Trapani*
- 24 **Studio morfologico sugli effetti di Lycopodium e Nux vomica su fegato fetale umano**  
*di Grazia Fenu e Filippo Ricciotti*
- 29 **Grandi risultati con mezzi modesti**  
*di Edoardo Bernkopf*
- 34 **L'audit clinico e alcuni esempi di sue applicazioni in omeopatia**  
*di Candida Berti e Edoardo Felisi*

## ■ I grandi personaggi dell'omeopatia

- 21 **Peter Fisher**  
Il Royal London Hospital for Integrated Medicine

## ■ Spotlight *a cura di Gino Santini*

- 18 I criteri di un protocollo di fase I per il proving omeopatico • Omeopatia e placebo nella rinite allergica perenne • Efficacia protettiva di tossine a dosaggi low e ultralow • Microdosi di rame influenzano l'espressione dei geni cellulari • Omeopatia e infezioni respiratorie ricorrenti: conferme di efficacia • L'efficienza riproduttiva dei suini incrementa con l'omeopatia

## ■ Quaderni di Medicina Integrata

### Le cefalee

- 39 **Il contributo della medicina omeopatia**  
*di Roberto Pulcri*
- 42 **Il contributo dell'agopuntura**  
*di Emilio Minelli*
- 40 **Il contributo della fitoterapia**  
*di Carlo Di Stanislao*

## ■ Case Report

*Casi clinici descritti secondo le Linee Guida del Case Report redatte dalla SIOMI*

- 32 **Staphysagria**  
*di Tiziana Di Giampietro*

## ■ L'omeopatia raccontata...

- 26 **Una indagine omeopatica: tre rimedi e un solo assassino**  
*di Italo Grassi*

## Ormesi e omeopatia, dibattito internazionale

**Simonetta Bernardini**

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

L'anno che sta per concludersi è stato ricco di risultati per quello che riguarda il progetto che la SIOMI volle proporre all'indomani del Seminario "Challenging the dose response dogma", che si svolse a Firenze nell'ormai lontano Aprile 2006. Allora, grazie alle riflessioni del prof Andrea Dei e del prof Edward Calabrese, maturò in noi la convinzione che il meccanismo biologico della doppia risposta agli xenobiotici (stimolante a piccole dosi e inibente ad alte dosi) che stava alla base dell'*ormesi*, presentasse più di una analogia con il principio della similitudine omeopatica (Human and Experimental Toxicology, 2010).

Tanta fu la nostra convinzione che ci adoperammo da un lato per convincere Andrea Dei ad occuparsi di una materia che, per sua stessa ammissione, non lo entusiasmava ritenendola una ovvietà, e dall'altro per ottenere fondi di ricerca per avviare all'Università di Firenze studi orientati in tal senso. I fondi per fortuna arrivarono in parte dalla regione Toscana e in parte dall'azienda Boiron e questo permise di avviare ricerche scientifiche piuttosto costose, ma che hanno prodotto risultati gratificanti. E per certi aspetti straordinari.

Questo numero di HIMed vuole essere celebrativo di questo anno culturalmente felice per l'omeopatia e pertanto nella rubrica "Primo piano" pubblichiamo un commento di Andrea Dei ringraziandolo, a nome di tutto il nostro Consiglio Direttivo, per l'aiuto che ha voluto offrire alla crescita culturale della nostra SMS. Nel contempo vogliamo offrirvi la traduzione in italiano di un articolo di Edward Calabrese tratto dalla Belle Newsletter dell'Aprile 2010<sup>1</sup> nel quale egli riconosce il proprio "limite culturale" di oppositore alle osservazioni di Hugo Shulz, il biologo che nel 1800 aveva scoperto l'*ormesi* e l'aveva, lui per primo, avvicinata all'omeopatia.

Con questo contributo desidero ripercorrere la storia degli intrecci tra ormesi e omeopatia volutamente costruiti dalla nostra Società e che hanno caratterizzato quattro anni di lavoro, dal seminario di Firenze in poi. L'ipotesi che avevamo formulato si è incontrata con riflessioni più o meno strutturate che stavano maturando anche in America (Jonas) e in Europa (Van Wijk) e siamo contenti di poter oggi constatare come in poco tempo si sia creato una visione comune sul possibile meccanismo d'azione del medicinale omeopatico a concentrazioni molecolari.

Una volta accettato questo si sono venuti a prefigurare nuovi orizzonti, quali quelli indicati per esempio nel contributo di Andrea Dei, che riguardano lo sviluppo

futuro della medicina. Si può infatti ragionevolmente pensare sia a una revisione della farmacologia esistente, che dovrebbe venir unificata nella previsione degli effetti sia in micro- che in macro-dosi, sia alla progettazione di nuovi farmaci inibitori. C'è da notare che il Dei, seguendo il suo adorato Pico della Mirandola, auspica addirittura la sintesi degli approcci terapeutici, anche se, forse ripensando alla fine non naturale del genio che aveva osato sfidare la dottrina tradizionale e a quello che c'è scritto sulla sua tomba, sottolinea il carattere utopico della proposizione.

### La storia della rivista BELLE Newsletter

Nel giugno del 2009 ebbi occasione di partecipare a Lione ad un incontro discussione fra i ricercatori della Boiron, Edward Calabrese, Andrea Dei, il prof. Piero Dolara e la dott.ssa Cristina Luceri, entrambi del Dipartimento di Farmacologia e Tossicologia dell'Università di Firenze che ha ospitato le nostre ricerche. A Lione chiesi con insistenza all'amico Ed di riflettere, con atteggiamento di apertura, sulle potenzialità che il fenomeno dell'*ormesi* poteva offrire alle ipotesi del meccanismo d'azione del medicinale omeopatico a concentrazione molecolare. Gli feci presente che se ad avviare una riflessione internazionale fosse stato lui, cioè la massima autorità dell'*ormesi*, la comunità scientifica internazionale si sarebbe accorta dell'importanza di questo fenomeno anche per quello che riguardava le implicazioni sul meccanismo d'azione del medicinale omeopatico.

Calabrese ascoltò la mia riflessione, annuì appena con la testa e non mi disse neanche una parola. Tornato a casa ad Amherst, lungi dal far cadere la proposta, egli la sviluppò promuovendo un numero speciale della BELLE Newsletter dedicato all'argomento. Come lui dice nell'introduzione al suo contributo alla BELLE Newsletter dedicato a questo tema, nel processo di comprensione del fenomeno in un'ottica omeopatica è stato determinante lo scambio culturale che ha avviato con Wayne B. Jonas del Samueli Institute, il quale si era occupato più volte del fenomeno dell'*ormesi* nelle sue pubblicazioni scientifiche e la lettura dei lavori di Van Wijk e Wiegant tra i quali: "The similia principle: results obtained in a cellular model system" (Homeopathy, 2009).

Il risultato di questo scambio culturale è una bellissima pagina dell'omeopatia e della scienza che si è concretizzata nell'aprile di quest'anno con la pubblicazione sul sito dell'Università di Amherst, nell'ambito del "conven-

zionalissimo” BELLE Newsletter di Calabrese, di un dibattito internazionale volto a definire analogie (e divergenze) tra il fenomeno dell’ormesi e l’omeopatia. Finalmente nel mondo dell’omeopatia si parla anche di altro, non solo di effetto placebo (argomento prediletto dai nostri detrattori) e non solo di ipotesi (ahimè, ancora rocambolesche) sul ruolo dell’acqua nella trasmissione di informazioni dei medicinali ultradiluiti. Possiamo dire, in sostanza, che se l’ultradiluito ancora attende spiegazioni plausibili, vi è oggi consenso riguardo la possibilità di indagare l’attività del medicinale omeopatico molecolare secondo i concetti dell’ormesi.

Va detto che la posizione dello stesso Calabrese è cambiata negli anni. Infatti, quando la comunità scientifica internazionale non era ancora aperta a considerare il fenomeno dell’ormesi, lo stesso Calabrese aveva scelto di tenere molto ben separata l’ormesi dalle ipotesi avanzate dal suo scopritore, Hugo Schulz. Ricordo che fu proprio il biologo tedesco, il quale si trovò a lavorare alla fine dell’800 in una Europa ancora “scossa” dalle provocazioni di Hahnemann, a voler vedere nelle sue osservazioni scientifiche la spiegazione del meccanismo d’azione del medicinale omeopatico. Questo schierarsi a favore di una lettura scientifica dell’omeopatia gli costò il Nobel per il quale, infatti, egli fu più volte nominato senza successo. Oggi, come ci dice lo stesso Calabrese nell’articolo pubblicato sul BELLE newsletter e che potete leggere più avanti, poiché l’ormesi non rischia più di essere sconsigliata dalla scienza contemporanea, essa può anche permettersi di sopportare le minacce di commistione con l’omeopatia. E l’omeopatia può dunque avvantaggiarsene. Peraltro, una volta che la farmacologia convenzionale avesse preso in considerazione l’attività biologica delle microdosi, essa intrinsecamente avallerebbe il medicinale omeopatico. E, come suggerito dal Dei nel suo contributo, la farmacologia potrebbe diventare una, così come la medicina. Infatti quest’ultima potrebbe, molto semplicemente, avvalersi sia della prescrizione di sostanze a forti concentrazioni e ad azione inibente, sia di sostanze a basse concentrazioni e ad azione stimolante a seconda del quadro clinico di ciascun paziente. In un attimo dunque, se vi sarà maggiore consenso a queste teorie, potrebbe accadere che un secolo dopo Schulz, premio Nobel mancato, ritroverebbe la sua collocazione come artefice di una grande intuizione validata dalle conoscenze della nostra epoca. E’ per questo che Calabrese prende atto di poter diventare lui stesso, un tempo convinto detrattore delle intuizioni di Schulz, lo Schulz dell’era attuale! Si chiude un cerchio dunque. Quanto avevamo anticipato nel seminario del 2006 oggi viene condiviso a livello internazionale.



### Le ricerche all’Università di Firenze

Vorrei ora parlare del secondo “regalo” che il 2010 ha portato a questo dibattito scientifico, ovvero della pubblicazione del nostro lavoro su *Chemical Biological*.<sup>2</sup> Il nostro lavoro dal titolo: “Extremely low copper concentrations affect gene expression profile of human prostate epithelial cell lines” ha dimostrato l’azione del solfato di rame spinto fino alla diluizione  $10^{-17}M$  (circa una 9CH in scala hahnemanniana) cioè molto vicino al limite di scomparsa degli ioni rame dalla soluzione.

Questo intervallo di concentrazioni ha richiesto l’uso dei DNA-arrays, che si è rivelato molto affidabile e sensibile. Tale tecnica consente di identificare l’espressione dei singoli geni cellulari, permettendo così di ottenere informazioni sui meccanismi biologici indotti dalla presenza degli agenti chimici intrusi.

Gli studi sono stati condotti su cellule di prostata umana e sono stati indagati 41000 geni esposti a diluizioni progressive di solfato di rame comprese tra  $10^{-6}$  e  $10^{-17}M$ . Sono stati osservati i geni che vengono sovraespressi o sottoespressi rispetto a un analogo sistema in assenza di rame. Si è osservato non solo che un numero rilevante di geni (fra 3000 e 800 a seconda della concentrazione) è sensibile alla presenza di ione rame, ma anche che (fatto ancor più rilevante) alcuni geni si esprimono in maniera molto diversa in funzione della concentrazione dell’agente perturbante.

In particolare, i geni si comportano in maniera differenziata sia con soluzioni  $10^{-6}M$  che  $10^{-17}M$ . E’ come dire che la cellula risponde come una grande orchestra al comando di una stessa sostanza, cioè dipendendo,

Le ultime news, l’elenco dei medici SIOMI,  
le FAQ sull’omeopatia, più di 400 abstract,  
un rinnovato motore di ricerca e molto altro su:

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

esclusivamente, dalla microconcentrazione della stessa! Ovvero: anche il piccolo può avere effetti immensi. Questa riflessione la ritroverete nell'articolo di Calabrese e Jonas a proposito della capacità di ampliamento della reazione biologica, attraverso i geni, messa in atto dalle cellule della lucertola muraiola in risposta a piccole dosi.

Ma un'altra osservazione importante di questo lavoro, che non ci risulta sia stata fino ad oggi documentata da altri ricercatori, è che la espressione genica, nei 41000 geni indagati, è molto diversa anche tra le concentrazioni  $10^{-15}$  e  $10^{-17}$  M. Dunque anche concentrazioni più prossime allo "zero molecolare" stimolano una reazione genica differente lasciando intravedere come un messaggio "sussurrato" possa amplificarsi a dismisura nella cellula per la via dei geni cellulari.

Inutile dire, e questo è espresso anche molto chiaramente nelle varie opinioni dei leaders dell'omeopatia che hanno contribuito alla BELLE Newsletter, che tutto questo non è, o per meglio dire, non è solo omeopatia. Io stessa, nel mio contributo alla BELLE, ho volutamente sorvolato sui concetti più squisitamente omeopatici ritenendo che restringere il campo a tale visione avrebbe potuto costituire un limite e non un vantaggio anche per l'omeopatia. Ma queste osservazioni scientifiche fissano in maniera incontrovertibile tre concetti base:

- le microdosi delle sostanze hanno un'azione biologica, come dimostrato dalle modificazioni cellulari (sintesi di shock-protein, ad esempio) e genetiche;
- le microdosi hanno azioni differenti sui geni al variare della concentrazione della sostanza (come è emerso anche dal nostro lavoro);
- la farmacologia delle microdosi può chiarire anche il meccanismo d'azione del medicinale omeopatico molecolare.

Il nostro gruppo ha in programma di studiare altre sostanze preparate non solo con il metodo della diluizione ma anche secondo il metodo omeopatico della diluizione/dinamizzazione e questo allo scopo di verificare analoghe azioni e eventuali differenze sui geni anche da parte di xenobiotici comunemente qualificati come medicinali omeopatici. Va ammesso infatti che anche sul problema della imprescindibilità della dinamizzazione al fine dell'attività biologica del medicinale omeopatico le conclusioni disponibili sono tutt'altro che definitive.

Nel riferire le nostre ricerche non vorrei fare torto ad altri ricercatori italiani che in questi anni hanno dimostrato azioni biologiche (documentabili sulle modificazioni dei

geni o su cellule) in risposta a sostanze in microdosi<sup>3, 4, 5, 6</sup>. Ma in realtà, ripercorrendo a ritroso le pubblicazioni scientifiche, sono molti i lavori un tempo considerati di omeopatia che oggi possono essere, più appropriatamente, riletti in chiave ormetica. Si vedano ad esempio le prime ricerche sull'azione biologica di microdosi di ASA pubblicate da Dotremepuich fin dagli anni '80 del secolo scorso. Oggi il mio auspicio è che, sotto la spinta di questo nuovo "catalizzatore" culturale, gli sforzi di questi ricercatori possano convergere attraverso la creazione di un team di ricerca disposto a lavorare di concerto nella nostra nazione.

### Bibliografia

1. AA. VV., BELLE Newsletter, reperibile su [http://www.siomifile/siomifile\\_pdf/BELLE\\_newsletter.pdf](http://www.siomifile/siomifile_pdf/BELLE_newsletter.pdf).
2. Elisabetta Bigagli, Cristina Luceri, Simonetta Bernardini, Andrea Dei, Piero Dolara. Extremely low copper concentrations affect gene expression profiles of human prostate epithelial cell lines. *Chemical Biological Interactions* 188 (2010) 214–219.
3. C. Doutremepuich O. de Sèze, D. Le Roy, MC Lallanne, MC Anne. Aspirin at very ultra low dosage in healthy volunteers: effects on bleeding time, platelet aggregation and coagulation. *Haemostasis*. 1990; 20(2): 99-105.
4. P. Manduca, S. Marchisio, S. Astigiano, S. Zanotti, F. Galmozzi, C. Palermo, D. Palmieri. FMS Calciumfluor specifically increases mRNA levels and induces signaling via MAPK 42,44 and not FAK in differentiating rat osteoblasts. *Cell Biology International* 29 (2005) 629e637.
5. Silvia Gariboldi, Marco Palazzo Laura Zanobbio, Giuseppina F. Dusio, Valentina Mauro, Umberto Solimene, Diego Cardani, Martina Mantovani, Cristiano Rumio. Low dose oral administration of cytokines for treatment of allergic asthma. *Pulmonary Pharmacology & Therapeutics*, 2009.
6. Salvatore Chirumbolo, Marta Marzotto, Anita Conforti, Antonio Vella, Riccardo Ortolani, Paolo Bellavite. Bimodal action of the flavonoid quercetin on basophil function: an investigation of the putative biochemical targets. *Clinical and Molecular Allergy* 2010, 8:1.



Corso di formazione

## Scuola Nazionale SIOMI di Omeopatia Clinica

Base, Avanzato, Seminari specialistici Clinical Study

Da gennaio a giugno 2011

Sedi di Roma, Firenze, Bologna, Udine, Cagliari

La Scuola di Omeopatia clinica SIOMI è finalizzata all'insegnamento della medicina omeopatica attraverso un metodo didattico che permette di acquisire conoscenze progressivamente più complete e di immediata applicazione nella pratica clinica. È espressione della cultura indipendente della SIOMI, tesa a promuovere l'integrazione dell'omeopatia nella medicina contemporanea secondo i concetti della Medicina Integrata promossi dalla Società fin dal 1999. Tutti i docenti sono medici con esperienza più che ventennale di insegnamento e di pratica dell'omeopatia. Il corso residenziale, che comprende anche uno stage pratico presso aziende omeopatiche in convenzione con SIOMI, è integrato da moduli di Formazione a Distanza (FAD) pari a 50 ore di didattica (senza crediti ECM), acquistabili anche separatamente. Gli iscritti al Corso frontale, accreditato ECM per 50 medici, 50 farmacisti, 50 veterinari e 50 odontoiatri per ogni sede didattica) possono usufruire di uno sconto del 40% per l'iscrizione a eventi culturali promossi dalla SIOMI.

**Costo del corso frontale: € 800 (IVA esclusa)**

Soci SIOMI e Ass. di categoria in convenzione: € 640 (IVA esclusa)

**Costo della FAD: € 120 (IVA esclusa)**

Soci SIOMI e Ass. di categoria in convenzione: € 100 (IVA esclusa)

Corso professionalizzante teorico-pratico

## Master di II livello in Medicina Integrata

Da febbraio 2011 a giugno 2012

Università di Siena - Polo didattico di Colle Val d'Elsa

Master professionalizzante di Alta Formazione teorico-pratico in Medicina Integrata della durata biennale, erogante 80 CFU (Crediti Formativi Universitari). È prevista l'esonerazione dall'obbligo ECM per tutta la durata del Master. La frequenza è obbligatoria: sono permesse assenze giustificabili fino ad un massimo del 20% dell'attività di stage, tirocini e didattica frontale. Al termine del percorso di formazione l'Università di Siena rilascia un diploma di Master Universitario di II livello in Medicina Integrata con indirizzo Omeopatia, Fitoterapia o Agopuntura. Il Master, riservato all'area sanitaria, è rivolto alla formazione teorico-pratica in Medicina Complementare di laureati in Medicina, Farmacia, CTF e Odontoiatria. Parte della formazione è dedicata all'ampliamento delle conoscenze della medicina con insegnamenti rivolti alla conoscenza dei sistemi complessi, PNEI, comunicazione medico paziente, tecnologie per la comunicazione, bioetica, antropologia, farmacologia e tossicologia, sociologia, psicologia, filosofia della medicina e scienza cognitiva integrata, storia della medicina, temi connessi alla medicina della Persona e all'umanizzazione delle cure. Parte della formazione è dedicata alle conoscenze di una disciplina a scelta da parte dello studente tra Omeopatia, Fitoterapia o Agopuntura.

La formazione pratica si eroga attraverso stage pratici presso i centri toscani di riferimento per le medicine complementari e presso l'Ospedale di Medicina Integrata di Pitigliano in collaborazione anche con Università di Medicina Tradizionale di Pechino e il Royal London Hospital of Integrated Medicine. Sono inoltre previsti stage formativi pratici per i Farmacisti (tecniche di preparazione dei medicinali omeopatici e fitoterapici).

**Costo del corso: € 3.100 per l'intero biennio**

Requisiti di ammissione: Laurea in Medicina e Chirurgia, Odontoiatria, Farmacia, CTF. Iscrizioni entro il 23 dicembre 2010, inviando la documentazione compilata scaricabile all'indirizzo <http://www.unisi.it/master.htm>, indicando il percorso didattico prescelto.

Segreteria organizzativa: FIMO srl - Via Kyoto, 51 - 50126 Firenze  
Tel.: 055.6800.389 - E-mail: [m.ceredi@fimo.biz](mailto:m.ceredi@fimo.biz)

Referenti per la didattica: Prof. Luciano Fonzi ([fonzi@unisi.it](mailto:fonzi@unisi.it)), Prof. Eugenio Bertelli ([bertelli5@unisi.it](mailto:bertelli5@unisi.it)), Prof. Giangabriele Franchi ([franchi@unisi.it](mailto:franchi@unisi.it)), Dott.ssa Simonetta Bernardini ([s.bernardini@siomi.it](mailto:s.bernardini@siomi.it))

Seminario interdisciplinare

## Tra EBM e prescrizione terapeutica individuale: quale ricerca in omeopatia

Focus sul medical audit

**Sabato, 5 febbraio 2011 - Firenze, Hotel Rivoli**

Il seminario si prefigge lo scopo di approfondire le regole della ricerca scientifica secondo l'EBM, gli studi sulla qualità della vita che si prospettano più adatti alla valutazione/validazione dell'efficacia dell'omeopatia e le peculiarità della ricerca secondo il medical audit. SIOMI metterà a disposizione il proprio centro informatizzato di raccolta dati per avviare ricerche sul medical audit. Il seminario, nello stile della SIOMI, è interdisciplinare e tenuto da ricercatori universitari esperti di EBM e Cochrane (prof. Guido Miccinesi, prof. Gianni Virgili) e da medici omeopati esperti di medical audit.

**Costo del seminario: € 80 (IVA esclusa)**

Seminario gratuito per i soci SIOMI - Crediti ECM richiesti per 80 posti  
Iscrizioni entro il 15 gennaio.

Seminario interdisciplinare

## EtnaOmeoMeeting

**6-8 aprile 2011 - Catania**

Seminario di clinica pratica omeopatica sul vulcano più alto d'Europa. L'inaugurazione del seminario si terrà giovedì 6 aprile nella Biblioteca dei Benedettini di Catania. Venerdì e sabato lezioni sull'Etna di clinica pratica con Simonetta Bernardini (Presidente SIOMI), Salvatore Cristaldi (Presidente dell'Associazione Medici e Operatori Sanitari Etnei), Ennio Masciello (omeopata), Gino Santini (omeopata ed esperto in medicina costituzionale), Luigi Turinese (omeopata e psicoterapeuta). Nella giornata di domenica è prevista un'escursione guidata al vulcano.

Crediti ECM richiesti per 50 posti

Programmi dettagliati su: [www.siomi.it](http://www.siomi.it)

Iscrizioni e info: [segreteria@siomi.it](mailto:segreteria@siomi.it)

# L'ormesi, un concetto centrale per la comprensione dell'organismo vivente

Andrea Dei

Dipartimento di Chimica, Università di Firenze, Firenze  
E-mail: andrea.dei@unifi.it

“**A**sinus asino, sus sui pulcher est”: un asino è bello per un asino, così come un maiale per un maiale. Similarmente il fatto che l'interazione di un organismo vivente con una sostanza estranea implichia effetti qualitativamente diversi e spesso opposti in funzione della quantità della sostanza stessa, presenta attrattive differenti a seconda dell'interesse dell'osservatore. Da un punto di vista farmacologico se la sostanza ha effetti inibitori sulla normale operatività di un meccanismo biologico, è abbastanza usuale osservare altresì come tale sostanza in quantità significativamente minori dia origine a effetti stimolatori. L'aveva detto anche Paracelso nel XVI secolo, ma la cosa era stata ignorata. Da qui la definizione del fenomeno con l'etichetta di *ormesi* utilizzando un etimo che significa “stimolazione”. Personalmente trovo l'espressione poco felice in quanto dettata da una visione strumentalista e, come tale, da definirsi antirealista nella filosofia della conoscenza. Ma al di là delle mie perplessità filologiche, c'è da sottolineare quale valore euristico, e quindi di orientamento, possa costituire l'osservazione di una reattività che è funzione della quantità di molecole perturbanti al di là della natura delle molecole stesse.

Viene a scricchiolare uno dei postulati della chimica che lega gli effetti di reattività in corrispondenza biunivoca con la struttura molecolare e con la concentrazione di una specie. Si guardano con commiserazione i pilastri della chimica farmaceutica. Vengono a cadere i modelli tossicologici, a partire dal quello che prevede effetti solo per quantità più alte del No Adverse Exposure Level (NOAEL) fino a quello utilizzato dagli oncologi che calcolano probabilità finite di cancro a Pechino indotti da chi si accende una sigaretta a Parigi. Gli ampi dibattiti riportati al riguardo in letteratura da Edward Calabrese sono estremamente illuminanti a questo proposito<sup>1</sup>. Alcuni omeopati, anche se la loro pretesa dell'efficacia di soluzioni ultradiluite è ben lontana dall'essere supportata, intravedono finalmente almeno una parziale giustificazione delle terapie che sono soliti utilizzare<sup>2</sup>, anche se devono in primis subire il dileggio e le ingiurie degli altri omeopati che hanno scelto una vita più tranquilla con l'abbracciare acriticamente una fede professionale intrinsecamente autolimitante<sup>3</sup>.

D'altra parte il credere all'esistenza di una correlazione fra ormesi e omeopatia non è certo una novità. Si ricorda che Hugo Schultz, che fu il primo alla fine dell'800 a riportare studi dettagliati sull'importanza della dose di tossico sulla reattività dei lieviti, credette ciecamente in tale correlazione, ma proprio per questo, pur essendo più volte candidato al Nobel, non riuscì ad ottenerlo per gli

impedimenti posti da una parte della comunità accademica, fino a che la sua morte portò a una liberatoria risoluzione del problema. Il tema è stato ripreso di recente in una interessante pubblicazione coordinata da Calabrese e Jonas con il contributo di note personalità della comunità omeopatica<sup>4-8</sup>. L'impressione che si ha nel leggere i vari contributi è che la comunità omeopatica sia nel suo insieme pervicacemente propositiva, anche se i suoi membri si dividono in quelli che vogliono sfruttare l'ormesi per l'evoluzione della medicina e quelli che, negandola, inseguono un futuro della restaurazione illuminata dello *status quo ante* l'introduzione dell'ormesi. Tuttavia, a dispetto della referenzialità dei detrattori e dei dotti accenti che usano per l'occasione, credo fermamente che la loro battaglia vada contro la freccia del tempo. Non ho dubbi infatti che l'ormesi lascerà il segno nel futuro della tossicologia e della farmacologia dei prossimi decenni sia per il fondamentale motivo di rivoluzione culturale, che verrà esposto più avanti e che fino ad oggi in questi contributi nessuno ha avuto il garbo di sottolineare, sia per tutta una serie di argomenti rilevanti che possono essere riassunti come segue. Il paradigma dell'ormesi nell'ambito della tossicologia dell'ambiente e l'igiene del territorio permette l'utilizzo di nuovi modelli e concezioni che implicano significativi risparmi economici. Questo è di estremo interesse sia per le istituzioni che per le industrie private. In aggiunta a questo, lo sviluppo di tecniche biogenetiche ha portato a caratterizzare, senza ambiguità, significative risposte dei geni in seguito a perturbazione di agenti a un livello di diluizione molecolare estremamente elevato. In un recente studio, di cui mi onoro di essere il proponente<sup>9</sup>, è stato possibile mostrare per la prima volta come lo ione rame (II) induca tre reazioni diverse sul DNA umano in funzione della concentrazione nell'intervallo  $10^{-6}$ - $10^{-17}$ M. Questa diversità di risposta, che si rivela nella sovra- o sotto-espressione di alcuni gruppi di geni in funzione della concentrazione, mostra le caratteristiche tipiche del paradigma ometico.

Questi risultati aprono la strada allo sviluppo della farmacologia delle microdosi che porterà sicuramente un contributo significativo allo sviluppo della medicina futura, se non addirittura a una rivoluzione della stessa. Infine l'ormesi entrerà di diritto nella farmacologia ufficiale per un semplice motivo. Esiste una tendenza fra i tossicologi, gli allopati e gli omeopati a formulare l'equazione “ormesi = effetto benefico”. Questo è logicamente vero per tutte le terapie che utilizzano stress o sostanze che sono tossiche ad alte dosi. Pertanto l'uguaglianza è giustificata per quel che riguarda molte sostanze oggetto di

studio in tossicologia e molte sostanze madri utilizzate in omeopatia a diluizione rilevante. Ma non è certo vero in generale. Si ricordi che durante la seconda guerra mondiale la scarsità di streptomina portò al tentativo di ridurre le dosi terapeutiche di farmaco con il risultato di ottenere non già l'eliminazione dell'infezione, ma il suo aggravamento. Più recentemente è stato osservato come le basse dosi di alcuni farmaci anticancro stimolino la proliferazione delle cellule tumorali<sup>10-11</sup>. Questa e altre considerazioni mostrano come l'intera terapia farmacologica tradizionale debba essere accuratamente riconsiderata nei suoi aspetti farmacocinetici, dal momento che quando la biodisponibilità del farmaco raggiunge concentrazioni significativamente basse si può verificare l'insorgenza di nuovi effetti avversi o di effetti non desiderati.

Questo è il senso dell'ormesi come si può evincere dalla letteratura dove il principio dell'*asinus asino et sus sui* è operativo, dove cioè ciascuno si limita a mirare al suo traguardo e dove ci si chiede comunemente perchè un fenomeno di così patente rilevanza sia stato ignorato o trascurato per così tanto tempo nella letteratura scientifica. La risposta è semplice: l'ormesi non è comprensibile se si adotta un principio lineare di causa-effetto, come la tossicologia e la medicina (e la scienza in generale) sono stati soliti usare nel loro sviluppo durante la prima metà del secolo scorso. Ma il secolo scorso si è caratterizzato per tre grandi rivoluzioni scientifiche, che sono state il risultato della formulazione della teoria della relatività, dello sviluppo della meccanica quantistica e della termodinamica del non equilibrio. Quest'ultima ha permesso di definire nella seconda metà del secolo l'essenza dell'organismo vivente.

Ogni organismo vivente è definito da un numero di variabili che non sono fra loro indipendenti, ma sono fortemente correlate. Questo tipo di sistema è detto essere cooperativo e non può essere descritto da una serie di equazioni lineari, ma richiede metodi di dinamica non-lineare. L'auto-organizzazione che definisce la vita è possibile solo se si realizza la coerenza e la comunicazione fra tutti i costituenti dell'organismo in modo da consentire lo scambio di informazione biologica. Poichè tale situazione richiede una certa configurazione fra i costituenti dell'organismo, ovvero un certo ordine, l'organismo vivente deve essere descritto come uno stato di non-equilibrio, dal momento che uno stato di equilibrio viene raggiunto quando si raggiunge il massimo disordine. Perchè questo stato ordinato si mantenga, ovvero si mantenga quella configurazione, il sistema deve spendere (dissipare) energia. Ogni sistema vivente (ovvero sistema autopoietico<sup>12</sup> che è in grado di autogenerarsi e di badare a se stesso) può essere descritto come un sistema aperto in stato stazionario lontano dall'equilibrio termodinamico<sup>13</sup>. Lo stato stazionario viene mantenuto da un continuo scambio di materia e energia nell'interazione con l'ambiente che lo circonda. Queste interazioni implicano sempre variazioni strutturali del sistema e in tal senso si può dire che sono una fonte continua di danni che alterano il sistema originale di comunicazione. Per mantenere lo stato stazionario l'organismo pertanto reagisce o riparando i danni, oppure attivando dei percorsi

alternativi in grado di sostituire il meccanismo danneggiato. In ogni caso quando a seguito di un'interazione il sistema è spostato dal suo stato stazionario, *esso tende a reagire nel senso di opporsi alle variazioni indotte dall'interazione con l'agente esterno allo scopo di ristabilire lo stato stazionario originale*. Il punto chiave è che il sistema reagisce in maniera tale da mantenere inalterata la sua identità, ovvero la sua organizzazione strutturale.

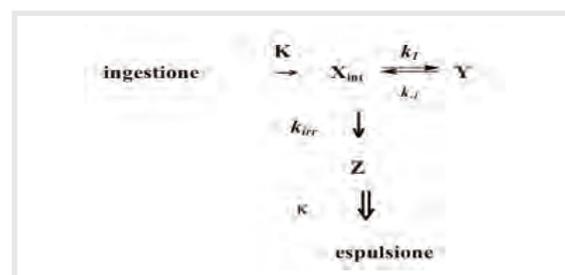
L'espressione di questa autoreferenza è data dall'omeostasi, che altro non è che un sistema di autoprotettersi dalle interazioni con l'ambiente. L'intero sistema quindi può essere descritto come un sistema cooperativo di unità costituenti (le cellule), le quali devono soddisfare due requisiti. Il primo è che devono contenere intrinsecamente lo stesso software delle altre (cioè il DNA) che fornisce tutte le informazioni di cui possono avere bisogno e il secondo è che devono essere in grado di comunicare la loro attività che viene svolta seguendo le informazioni fisiche e chimiche delle cellule circostanti. Questo permette una reazione concertata nei confronti della perturbazione esterna e questa reazione è primariamente volta a annullare questa perturbazione, come è facilmente intuibile dalle seguenti considerazioni.

La complessità del sistema organismo non permette una trattazione matematica completa che riproduca la fenomenologia. Tuttavia anche una ipersemplificata schematizzazione di quanto sopra menzionato comporta una serie di considerazioni qualitative di notevole interesse. Un sistema aperto, come ogni organismo vivente, è caratterizzato dallo scambio di materia con l'ambiente che lo circonda. Questo implica un flusso di una sostanza X dall'esterno verso l'interno del sistema. Sia  $[X_{ext}]$  la concentrazione di X fuori dal sistema e  $[X_{int}]$  la concentrazione di X all'interno del sistema. Ammettendo che tale flusso sia semplicemente controllato dalla diffusione, esso sarà proporzionale alla differenza fra la concentrazione esterna e quella interna  $[X_{ext}] - [X_{int}]$  e il flusso sarà massimo quando  $[X_{int}] = 0$  e nullo quando  $[X_{int}] = [X_{ext}]$ . Pertanto se solo il processo di diffusione è operativo, la variazione di  $[X_{int}]$  nel tempo sarà data da

$$\delta[X_{int}]/\delta t = K ([X_{ext}] - [X_{int}])$$

ove K è la costante di proporzionalità.

Supponiamo ora che la sostanza X una volta giunta all'interno del sistema dia origine a una reazione reversibile con formazione di una sostanza Y e una reazione irreversibile con formazione di una sostanza Z, che viene ad essere un prodotto di scarto. Sia la sostanza Z espulsa dal sistema con una velocità proporzionale alla sua concentrazione. L'intera serie dei processi può essere riassunta nello schema seguente:



Le equazioni associate sono:

$$\begin{aligned}\delta[X_{\text{int}}]/\delta t &= K ([X_{\text{ext}}] - [X_{\text{int}}]) - k_1[X_{\text{int}}] + k_{-1}[Y] - k_{\text{irr}}[Z] \\ \delta[Y]/\delta t &= k_1[X_{\text{int}}] - k_{-1}[Y] \\ \delta[Z]/\delta t &= k_{\text{irr}}[X_{\text{int}}] - \kappa[Z]\end{aligned}$$

Per uno stato stazionario non si ha variazione di concentrazione delle specie  $X_{\text{int}}$ ,  $Y$  e  $Z$  nel tempo, per cui le derivate scritte a destra nel sistema di equazioni sono nulle. Ne deriva quindi che:

$$k_1[X_{\text{int}}] = k_{-1}[Y] \quad \text{e} \quad k_{\text{irr}}[X_{\text{int}}] = \kappa[Z]$$

e che quindi:

$$[X_{\text{int}}]: [Y]: [Z] = 1: k_1/k_{-1}: k_{\text{irr}}/\kappa$$

Questa relazione mostra per prima cosa che per uno stato stazionario, anche se il sistema non è all'equilibrio e ci sono reazioni irreversibili, il rapporto di concentrazioni è costante, come si verifica in uno stato in cui è operativa l'omeostasi. La seconda osservazione è che lo stato del sistema non dipende dalle condizioni ambientali ovvero dalla concentrazione di  $X$  all'esterno del sistema  $X_{\text{ext}}$  che non compare nell'equazione. Pertanto lo stato del sistema, definito come rapporto di concentrazioni, dipende soltanto dai meccanismi metabolici propri del sistema stesso, che vengono espressi attraverso la serie di costanti definite nelle equazioni precedenti. Infine operando sulla prima equazione, tenuto conto che  $k_1[X_{\text{int}}] = k_{-1}[Y]$ , si ha la relazione:

$$[X_{\text{int}}] = K [X_{\text{ext}}] / (K + k_{\text{irr}})$$

che esprime il fenomeno dell'ormesi, indicando che il sistema reagisce cercando di contrastare una perturbazione esterna. Infatti un aumento di  $k_{\text{irr}}$  porta alla diminuzione di  $X_{\text{int}}$  e quindi a un aumento di flusso di  $X$  dall'esterno verso l'interno, mentre la diminuzione di  $k_{\text{irr}}$  la diminuzione di flusso. Al limite se  $k_{\text{irr}}$  si annulla, il flusso cessa. Logicamente vale anche il discorso reciproco che se aumenta  $X_{\text{ext}}$ , il sistema reagisce in maniera tale da aumentare  $k_{\text{irr}}$ .

Come abbiamo detto, ogni interazione con l'ambiente implica sempre variazioni strutturali. Questo avviene respirando ossigeno, assumendo cibi, interagendo con antigeni o più semplicemente come interpretazione di una funzione cognitiva. Deve essere altresì sottolineato che le variazioni strutturali indotte dall'ambiente possono essere diverse da organismo a organismo poiché esse dipendono anche dalle variazioni subite in precedenza. In questo senso la vita è un continuo processo di apprendimento e ogni interazione quindi viene elaborata in maniera diversa dai singoli organismi viventi, inducendo risposte autonome.

Tuttavia la risposta è fortemente correlata all'intensità della perturbazione. Perturbazioni deboli come respirazione o variazioni di temperatura dal caldo al freddo producono piccoli danni e l'ordine originale viene ristabilito usando appropriati meccanismi di difesa. Da un punto di vista termodinamico il disordine creato dalla pertur-

bazione viene a essere annullato dando origine a un processo esotermico verso l'ambiente con eliminazione di prodotti di scarto. Se questi danni non sono riparati velocemente, si possono verificare dei processi irreversibili e tutto il sistema cellulare cambia lentamente e in generale è accompagnato da una perdita della reattività biochimica delle cellule. Questi processi irreversibili sono la causa dell'invecchiamento.

Il sistema concertato di meccanismi di difesa diventa più efficiente quando la perturbazione cresce un po' di intensità, come per esempio si verifica quando il sistema cellulare viene a interagire con una piccola quantità di molecole di uno xenobiotico. Come abbiamo detto in precedenza, da un punto di vista termodinamico il sistema reagisce in maniera tale da opporsi alla variazione indotta dalla perturbazione esterna, ma non si limita a questo. Poiché il suo software è programmato per mantenere se stesso al variare delle condizioni esterne, il sistema non si limita a annullare la perturbazione, ma si prepara a una ulteriore interazione rafforzando i suoi meccanismi di difesa, che implicano anche la riparazione dei danni subiti. L'aumento di efficienza viene quasi sempre ottenuto stimolando l'intero insieme di cellule a favorire la produzione di ATP. L'ATP è una fonte di energia libera e, se l'eccesso di ATP non viene utilizzato per far fronte a una nuova perturbazione, il sistema cellulare lo utilizza per effettuare altri tipi di riparazione con un conseguente effetto benefico su tutto il sistema. Il processo stimolatorio è l'origine dell'ormesi, che sulla base delle considerazioni esposte può essere descritto *come risposta adattativa indotta implicante una sovra-espressione dei geni designati alla riparazione dei danni e alla eliminazione dei prodotti di scarto.*

Questo effetto benefico viene sovrappreso se la perturbazione è troppo grande. Nell'ambito di questo contributo per semplificare mi limiterò a osservare che questo avviene quando la quantità di molecole di xenobiotico è tale da inibire o limitare un processo biologico. In questo caso il livello dei danni al sistema genetico aumenta e il rischio di modificazioni irreversibili dell'intero sistema cellulare diventa grande. Il sistema prova a reagire attivando meccanismi alternativi a quelli limitati o inibiti dallo xenobiotico e, se la riparazione dei danni avviene rapidamente, è possibile ritornare allo stato stazionario originale con rilascio di entropia verso l'esterno. Ma se questo non si verifica, l'eccesso di entropia prodotto non viene esportato e rimane all'interno del sistema cellulare. Poiché un aumento di entropia significa sistema meno ordinato, in questo caso si ha l'alterazione dell'intero sistema con minore capacità di reattività e di produzione di entropia. Questo significa che la sua capacità di difesa è diminuita, così come la sua capacità di riparare danni. Il sistema si adatta a un nuovo stato stazionario, ma c'è da sottolineare che il sistema dei geni ha perso efficienza e la sua capacità di risposta è irreversibilmente diminuita. In questo caso la probabilità di apoptosi aumenta. Tutte queste considerazioni spiegano l'alta probabilità di effetti collaterali nell'adozione di terapie che sfruttano effetti di inibizione e che quindi devono necessariamente utilizzare un numero di molecole di farmaco relativamente elevato.

Per finire quando la quantità di xenobiotico diventa troppo grande, i danni indotti non possono essere più riparati, il sistema non riesce a raggiungere un nuovo stato stazionario e tende verso lo stato di equilibrio chimico del sistema, che implica la morte dell'organismo. In questo caso si ha la morte cellulare per necrosi.

Questa brevissima esposizione sottolinea come l'ormesi non sia altro che una normale risposta di un sistema cooperativo in non equilibrio a una perturbazione non particolarmente intensa. Non deve essere quindi ne' oggetto di meraviglia ne' di considerazioni peculiari. Ho già menzionato il fatto che il suo sviluppo e la sua applicazione possono permettere la formulazione di una farmacologia delle microdosi, che potrebbe rappresentare una rivoluzione concettuale di estrema importanza per l'evoluzione futura della medicina. Dal mio punto di vista i prerequisiti teleologici ci sono e gli anni futuri ci mostreranno se saranno esistite una volontà politica, una scelta culturale e un supporto economico tali da consentire questa scelta evolutiva. Questi prerequisiti tuttavia non nascono da soli, ma si verificano se nasce una leadership culturale determinata che potrebbe nascere e essere rappresentata come corrente di pensiero da una società medico-scientifica che si propone primariamente il dialogo fra le diverse culture mediche. La SIOMI, la cui espressione culturale è demandata al giornale che ospita questo contributo, potrebbe far proprio e prioritario questo proposito. Da anni sto rendendo noto il mio sogno utopico di un medico che sfrutti la curva ormetica a forma di J giudicando se il momento diagnostico e l'osservazione clinica suggeriscano come più appropriata la prescrizione di una terapia inibitoria o di una stimolatoria. Da chimico considero l'esseribilità (mutuo il termine dalla fisica delle particelle) del sogno come una grande conquista, ma purtroppo è un'utopia simile a quella dei sostenitori dell'esperanto o a quella di Francis Bacon in *New Atlantis*. Sono quasi certo che non si verificherà: l'allopatria e l'omeopatia resteranno patrimoni culturali separati, ma in libera coesistenza complementare. Si verificherà invece il sogno di Linn Boyd che da grande medico e grande umanista scrisse nel 1936: "In my opinion it was an awful pity that two very efficient research approaches in clinical-pharmacology were felt in a mutual contrast, whereas they

could reciprocally fulfill each other". E sarò fiero per lui, anche se il mio sogno prevedeva che usasse il verbo *merge* (fondersi) e non *fulfill* (completarsi). ■

**Note e ringraziamenti** - Una parte di questo manoscritto è stato pubblicato sui "Cahiers d'hormesis" editi da Max Tetau. Un caldo ringraziamento è dovuto a mia moglie Simonetta Bernardini, Presidente della Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata (SIOMI), oltre che per il processo irreversibile dei due figli, per l'assillante incoraggiamento allo studio di un soggetto che non riguarda prioristicamente i miei interessi di ricerca.

### Bibliografia

1. E. J. Calabrese, *Crit Rev Toxicol* 2008; 38: 579; ibidem, 2008, 38, 591.
2. S. Bernardini, A. Dei, *Tox Appl Pharm*, 2006, 211, 84
3. M. Oberbaum, N. Samuels, S. Singer *Tox Appl Pharm*, 2006, 211, 85
4. E. J. Calabrese, W. B. Jonas *Hum Exp Tox* 2010, 29, 545
5. P. Fisher *Hum Exp Tox* 2010, 29, 555
6. P. Bellavite, S. Chirumbolo, M. Marzotto *Hum Exp Tox* 2010, 29, 573
7. R. Van Wjik, F. Wiegant *Hum Exp Tox* 2010, 29, 561
8. S. Bernardini *Hum Exp Tox* 2010, 29, 537
9. E. Bigagli, C. Luceri, S. Bernardini, A. Dei, P. Dolara *Chem Biol Interact* 2010, 188, 214
10. E. J. Calabrese *Crit Rev Toxicol* 2005, 35, 463.
11. J-I. Kuratsu, M. Kurino, K. Fukunaga, E. Miyamoto, Y. Ushio *Anticancer Res* 1995, 15, 1263
12. H. Maturana, F. Varela "Autopoiesis and cognition" Reidel, Dordrecht, 1980.
13. I. Prigogine, P. Glasdorff "Thermodynamic theory of structure, stability and fluctuations" Wiley, New York, 1971.

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

- 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 "**HiMed**", la rivista ufficiale della SIOMI.

Pagamento tramite Carta di Credito telefonando alla Segreteria SIOMI al numero **055.6800389**  
oppure tramite versamento su C/C bancario n. 170173 (CAB: 02806 - ABI: 06200)

IBAN: IT67N 06200 02806 000000170173

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

# I medicinali omeopatici: una valutazione nel contesto del framework biomedico

Edward J. Calabrese, Wayne B. Jonas

Tratto da: "BELLE Newsletter" - [www.belleonline.com/newsletter.htm](http://www.belleonline.com/newsletter.htm)

Il concetto di ormesi può fornire un quadro concettuale per la valutazione dei preparati omeopatici secondo il protocollo del post-condizionamento ormetico, basato sulle ricerche di van Wijk e collaboratori (Calabrese e Jonas, 2010; van Wijk e Wiegant, 2010). Secondo questa proposta, le dosi di medicinale somministrato devono rispettare i requisiti necessari per poter essere quantificate avvalendosi della chimica analitica. Da questo quadro di sviluppo può derivare quel "punto di contatto" scientifico che per molto tempo è mancato tra la comunità omeopatica e quella biomedica.

In questo numero della BELLE Newsletter/HET, per la prima volta nell'arco di vent'anni, si affrontano le possibili correlazioni tra ormesi e omeopatia (Calabrese, 2010A; Calabrese, 2001; Harrison, 2001). Le ragioni che spiegano la mancanza di una valutazione formale esterna e aperta da parte della letteratura sono complesse.

Il motivo principale per cui si è evitato un argomento che rivestiva manifestamente una tale importanza, sotto il profilo storico e del dibattito scientifico in corso, è stato la volontà di molti leader della ricerca sull'ormesi di evitare che il concetto di ormesi venisse in qualche modo associato all'omeopatia (Calabrese, 2010B). C'è stata la volontà di "distanziare" questi due concetti, affinché se ne inferisse la distinzione tra ormesi e omeopatia, per quanto concerne le origini, le basi scientifiche, la valutazione e la convalida sperimentale e le applicazioni.

In genere, gli studiosi che hanno sviluppato e ampliato il concetto di ormesi negli ultimi decenni hanno avuto un'educazione e una formazione di tipo scientifico tradizionale e sono stati a lungo inseriti nella cosiddetta scienza dominante, senza alcun legame con l'omeopatia. Alla luce di questa formazione e di queste esperienze, l'omeopatia veniva considerata una pratica medica fondata su una prospettiva filosofica anziché una scienza. Questo modo di vedere è stato corroborato dal fatto che nella pratica omeopatica si somministrano preparazioni medicinali in cui i presunti ingredienti attivi non sono verosimilmente più presenti, a causa delle diluizioni estreme a cui vengono intenzionalmente sottoposti in omeopatia (Calabrese, 2009).

Sebbene la questione non sia stata oggetto di considerazioni "formali", fin dai primi passi della BELLE è sempre stato chiaro che era fondamentale che gli sforzi per stu-

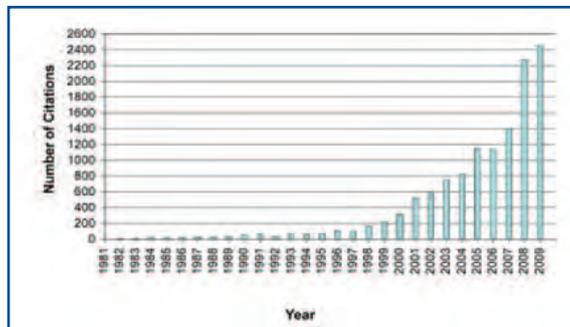
diare e approfondire l'ormesi si tenessero alla larga dalla prospettiva omeopatica: si riteneva che un'associazione con l'omeopatia avrebbe pregiudicato gravemente la ripresa dell'interesse scientifico per l'ormesi, e che il collegamento tra le due idee dovesse essere evitato ad ogni costo. Di fatto, l'associazione storica tra i due concetti era considerata una sorta di "lettera scarlatta" sul "volto" dell'ormesi (Calabrese, 2001). Si trattava di un'associazione d'idee che andava attenuata, se non addirittura spezzata.

L'ormesi veniva vista come una scienza legittima e riconosciuta, poiché sperimentabile, convalidata, riproducibile, con fondamenta evolucionistiche e basi meccanicistiche. L'omeopatia veniva invece vista come una pratica medica dai confini sfuocati, comprendente concetti filosofici e anche spirituali, il tutto miscelato con un cocktail bizzarro, ma non per questo convincente, di attività tecniche e scientifiche, alcune delle quali suscitavano semplicemente la perplessità, soprattutto tra i rappresentanti delle comunità mediche e scientifiche al di fuori del mondo omeopatico.

Poiché i professionisti sono molto attenti a tutelare la loro reputazione, era chiaro che nessuna delle personalità che gravitavano intorno alla BELLE voleva essere associata all'omeopatia, o essere considerata una sua simpatizzante. Al contempo, era frustrante riscontrare che c'era un flusso praticamente ininterrotto di pubblicazioni di orientamento omeopatico che istituiva un collegamento tra omeopatia e ormesi (Clement, 1997; Eskinazi, 1999; Satti, 2005; Mastrangelo, 2007), magari per cercare di avvantaggiarsi della crescente popolarità di questo fenomeno nella letteratura scientifica e nella comunità scientifica allargata.

Nonostante questi sforzi da parte di alcuni dei rappresentanti dell'omeopatia, e nonostante le preoccupazioni dei leader nell'ambito della BELLE/dell'ormesi, che temevano che queste attività/pubblicazioni potessero compromettere la crescita e l'accettazione dell'ormesi all'interno della comunità scientifica, l'ormesi ha fatto notevoli progressi negli ultimi 15 anni, differenziandosi dall'omeopatia e facendo riconoscere le proprie credenziali nella scienza dominante, guadagnandosi un posto in alcuni importanti manuali di tossicologia (Klaassen e Watkins, 2003; Hayes, 2008), farmacologia (Hacker et al., 2009) e nelle scienze biomediche in senso lato (Le Bourg e Rattan, 2008; Mattson e Calabrese, 2010; Sanders, 2010). Questo suo progresso si riflette anche nell'ampio numero di discipline scientifiche in cui l'ormesi ha evidenziato un notevole incremento delle citazioni

nella letteratura (figura 1). Per esempio, in tutto il decennio degli anni '80, le parole ormesi o ormetico risultavano citate circa 15 volte all'anno nel database Web of Science. Nel solo 2009, le citazioni erano quasi 2500, con un incremento superiore al 150%



**Figura 1** - Numero di citazioni nel termine "hormesis/hormetic" nel database Web of Science.

Nonostante questo desiderio e questa necessità di distinguersi dall'omeopatia, la situazione è cambiata sensibilmente a causa di tre attività non correlate tra loro, ma che comunque si intersecano. Innanzitutto, nel 2007, una sessantina di scienziati biomedici di alto livello hanno proposto una nuova terminologia integrativa sullo stress biologico fondata sul quadro concettuale dell'ormesi (Calabrese et al., 2007). La novità importante è che questa terminologia integrava due concetti di estrema importanza, quello del pre- e del post-condizionamento, dimostrando che si tratta di manifestazioni ormetiche (Calabrese, 2008). Il secondo fattore è la successiva rivalutazione della ricerca di van Wijk e collaboratori, che avevano sviluppato un sistema modello terapeutico sperimentale come mezzo per studiare i possibili effetti dell'omeopatia. La loro metodologia è risultata molto promettente, e ha consentito di ottenere dei dati sperimentali riproducibili sul miglioramento della risposta adattativa a dosi basse in seguito all'esposizione agli stress chimici/fisici utilizzati per simulare una condizione patologica nell'essere umano. Nonostante il loro potenziale interesse, queste scoperte non sono riuscite ad imporsi nella comunità biomedica. Il dato interessante per la nozione di ormesi era il fatto che la metodologia di van Wijk e Wiegant (2010) risultava pienamente coerente con gli esperimenti di Calabrese et al. (2007) sul post-condizionamento ormetico. Secondo la definizione di Bellavite et al. (2010), quest'intersezione tra omeopatia e ormesi rappresenta un "punto di contatto" che valeva la pena di esplorare in prima battuta, per individuarne eventualmente altri, una volta esaminata più spassionatamente questa interrelazione. In terzo luogo, l'ormesi aveva fatto notevoli progressi nell'assicurarsi basi scientifiche forti e un'ampia accettazione all'interno della comunità scientifica, ragion per cui ci siamo sentiti sufficientemente fiduciosi, ritenendo che l'ormesi avrebbe potuto facilitare la sperimentazione dell'omeopatia attraverso le metodiche biomediche moderne, senza con ciò mettere a repentaglio la sua reputazione crescente. La problematica della dose/esposizione è fondamentale nello stabilire un punto di contatto tra ormesi e omeopatia. Proprio per questo motivo, il modello spe-

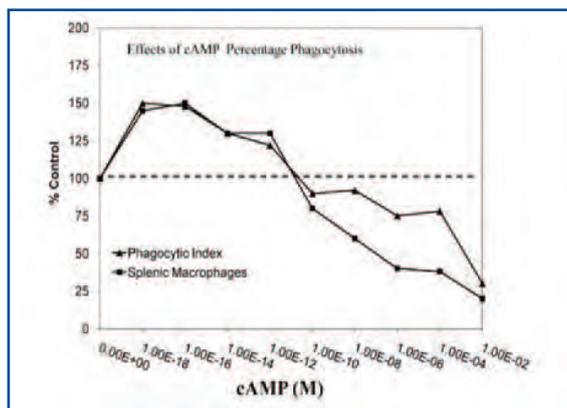
perimentale post-condizionamento di van Wijk e Wiegant (2010) può essere un mezzo per avviare un dialogo scientifico costruttivo tra l'omeopatia e le moderne scienze biomediche. Come si è detto precedentemente, questo quadro concettuale funziona nell'ambito tradizionale della dose quantificabile somministrata a organi o cellule bersaglio, e colloca diverse ipotesi su fondamenta simili, sempre nell'ambito di un post-condizionamento che è l'approccio operativo e terapeutico standard.

Sono queste le premesse su cui si è deciso di avviare questa raccolta di contributi. Abbiamo cercato di rappresentare un'ampia gamma di punti di vista: quello dei teorici dell'omeopatia (Fisher, 2010), dei ricercatori (Bellavite et al., 2010; van Wijk e Wiegant, 2010; Oberbaum et al., 2010) e dei medici omeopati (Bernardini, 2010; Fisher, 2010), ma anche quello degli oppositori più scettici (Moffett, 2010) e degli scettici con una mentalità più aperta (Rattan e Deva, 2010). Tutti sono stati invitati a confrontarsi sulle possibili interrelazioni tra ormesi e omeopatia, utilizzando come punto focale della discussione la nostra proposta iniziale del post-condizionamento ormetico, senza però che ciò limitasse in alcun modo la loro riflessione. La lettura di questi contributi consente di capire come questi leader considerino l'ormesi e le sue potenziali applicazioni al campo dell'omeopatia, e come l'ormesi possa rappresentare un mezzo per sperimentare i rimedi omeopatici in ambito biomedico. Questi contributi eloquenti illustrano come sia possibile addentrarsi in questo argomento, affrontandolo in modo costruttivo.

Vorremmo concludere questa sintesi proponendo un secondo eventuale "punto di contatto", che consiste nel trovare delle opportunità di valutazione delle risposte ormetiche a bassissime concentrazioni dotate di applicazioni biomediche. Questo tipo di esempio può rivestire un notevole interesse per la comunità omeopatica, a causa del concetto delle basse dosi, venendo così a istituire un secondo punto di contatto. Le risposte ormetiche sono state per lo più studiate *in vitro* a concentrazioni comprese tra  $10^{-12}$  e  $10^{-6}$  M, ben distanti da quelle che si trovano frequentemente nelle pubblicazioni dell'omeopatia delle alte diluizioni. In questi casi, è frequente l'uso di concentrazioni di  $10^{-30}$  M. Sta di fatto che nelle concentrazioni inferiori a  $10^{-23}$  M (il numero di Avogadro) potrebbe anche non esserci più alcuna molecola. Non sembra pertanto esserci alcun punto di contatto tra ormesi e omeopatia al di sotto della soglia del numero di Avogadro.

Ci rendiamo conto che i ricercatori hanno imparato molto sulla chimica fisica dell'acqua a seguito dello studio delle altissime diluizioni usate in omeopatia (cfr. il contributo di Fisher, 2010). Forse questi studi produrranno importanti nuove scoperte che si tradurranno in un nuovo punto di contatto tra omeopatia e farmacologia/tossicologia. Attualmente, non crediamo che queste condizioni siano soddisfatte. Ciò nonostante, esistono numerosi esempi di ormesi a concentrazioni inferiori a  $10^{-12}$  M in un'ampia gamma di modelli biologici, endpoint e sostanze chimiche. Uno di questi esempi è quello di Roy e Rai (2004) sugli effetti delle catecolamine sulla capacità fagocitaria dei macrofagi della lucer-

tola muraiola. Nel loro studio hanno riscontrato che il cAMP agisce come un secondo messaggero, aumentando la risposta stimolatoria/adattativa ad una concentrazione di  $10^{-18}$  M e inducendo la produzione di circa 120 molecole ogni 400.000 cellule (ovverosia una molecola di cAMP ogni 3333 cellule). La figura 2 illustra questo particolare rapporto di risposta alla concentrazione. La bassa concentrazione di cAMP stimolava la sintesi di nuove proteine, che a sua volta comportava una maggior fagocitosi nei macrofagi, il che lascia supporre l'esistenza di una via genomica nella risposta stimolatoria alle basse dosi. Bloccando questo processo mediante trascrizione e traslazione, gli inibitori impedivano la stimolazione a basse dosi.



**Figura 2**  
Effetto del cAMP sulla fagocitosi (espressione in percentuale).  
Da Roy e Ray, 2004.

Questi inibitori, tuttavia, non influenzavano l'inibizione ad alte dosi, suggerendo l'esistenza di una via non genomica per l'effetto inibitorio delle alte dosi. Questo meccanismo di risposta, pur bisognoso di ulteriori chiarimenti, suggerisce un ampio ventaglio di possibilità, compresa quella dell'amplificazione intercellulare che si avvarrebbe di una cellula quale meccanismo di comunicazione cellulare. La consapevolezza del fatto che i messaggi critici possono essere inviati ricorrendo a un numero relativamente esiguo di molecole mostra la grande efficacia potenziale dei processi di comunicazione biologica. Questo tipo di modello sperimentale potrebbe anche confermarsi quale ulteriore punto di contatto tra ormesi e omeopatia. Riteniamo che un sistema modello che utilizza bassissime concentrazioni di messaggero, come appunto la funzione immune della lucertola muraiola, possa rappresentare un esempio che potrebbe essere esplorato congiuntamente dall'omeopatia e dalle comunità biomediche.

Infine, siamo grati a Fisher (2010) per il suo commento, secondo cui il nostro "libro bianco" ha contribuito soprattutto a fare chiarezza, anziché surriscaldare gli animi (Calabrese e Jonas, 2010). Nutriamo la speranza che si possa dire altrettanto dei nostri commenti di sintesi, che hanno chiarito il comportamento passato della BELLE, e del sistema modello proposto, che consentirebbe di valutare i farmaci omeopatici e allopatrici secondo l'approccio sperimentale del post-condizionamento ormetico. Vorremmo incoraggiare la comunità biomedica e quella omeopatica a sottoporre le loro opinioni su come sondare queste intersezioni disciplinari attraverso nuovi articoli e lettere all'editore. ■

**Simonetta e Daniela** (a Italo Grassi) - Approfittando ancora della tua disponibilità vorremmo sottoporre questo caso: una bambina di 9 anni che ha iniziato a prendere il gelsemium 30CH, 5 granuli ogni giorno prima delle interrogazioni; ora la mamma ci chiede per quanto tempo lo può prendere visto che la bimba si è "affezionata" al rimedio e non lo vuole più abbandonare.

**Italo Grassi** - Carissime Simonetta e Daniela, mi siete scappate in lista. E' colpa mia. Ma dal momento che ci siamo e visto che alcune colleghe ci hanno detto che parliamo troppo poco di terapie, vi dico come di solito mi comporto io: se il rimedio (Gelsemium 30CH, 5 granuli al giorno, se ho capito giusto) funziona bene lo lascio così per alcune settimane, due o tre, poi passo ad una monodose settimanale alla 30CH per uno o due mesi, dipende dal risultato, e se tutto va bene, passo alla 200CH monodose mensile, come sempre diradando in base al miglioramento, cioè ogni due-tre mesi e così via. Se il Gelsemium è il suo rimedio dopo alcune volte non ci sarà più bisogno di assumerlo, altrimenti si continua con la dose che più offre risultati, magari cercando un rimedio più "definitivo" o "simile" per i problemi del paziente. Questa è la mia opinione da non pediatra ma che vede bimbi anche piccoli. Possiamo anche sentire il parere di altri di questa mailing...

**Luisella Zanino** - Visto che si chiede a un pediatra di intervenire, intervengo. La ripetizione per troppi giorni non sarebbe "canonica", ma se la bambina si trova bene lo manterrei (suppongo non lo prenda il sabato e la domenica). Si potrebbe anche usare lo stratagemma del 35K, in effetti (il granulino magico che la rassicura) e passare alle dosi mensili di *verum* se necessario (ansia da anticipazione, trac da prova e altri sintomi di Gelsemium stabili). Ma... chi non ha paura delle interrogazioni? Se poi la bambina è patologicamente ansiosa, inutile dire che il discorso è diverso, potrebbe rendersi necessario un approccio "integrato" (magari con qualche colloquio psi... per capire le ragioni dell'ansia patologica).

**Simonetta Bernardini** - Anch'io vorrei dire la mia esperienza. Affido ai bambini il Gelsemium (io uso la 9CH) fin dai sei anni d'età. Lo portano a scuola e lo prendono quando lo ritengono necessario. Questa responsabilizzazione è, almeno mi sembra, un bel viaggio. Nella mia esperienza, quando un medicinale non serve più succede una cosa molto semplice: lo si scorda.

**Luciano D'Auria** - La mia esperienza sul dimenticarsi è identica! Tuttavia, alcune persone dimenticano di assumere il medicinale sin dall'inizio: magari in questo caso si tratta di altre motivazioni...

**Gino Santini** - Concordo con quanto detto da Italo, con una precisazione di fondo: l'omeopatia nasce con il formidabile ruolo di gestire delle cronicità, basandosi sull'ottimizzazione delle risorse del paziente. Ma quanto affascina questa sua (anomala?) capacità di gestire anche l'acuto...

# Dietetica e costituzioni omeopatiche

Gianfranco Trapani

Medico omeopata, Direttore didattico SMB Italia  
E-mail: gf.trapani@tin.it

Le regole nello stile di vita e nel comportamento alimentare non sono esclusive di nessuna tecnica terapeutica ma devono essere alla base della Buona Medicina. Queste appartengono alla storia dell'arte Medica ed attraversano tutte le culture del mondo conosciuto. Un esempio a noi vicino è quello della Scuola Medica Salernitana

Gli esametri che aprono il Regimen Sanitatis Salernitanum richiamano l'attenzione sul fatto che alla base del Regimen c'è tutta la tradizione greca e araba e ciascun aforisma ribadisce la tensione verso un equilibrio fisico e mentale, perché l'uomo non è che un microcosmo nel cosmo, in cui tutte le parti sono connesse tra loro.

*Haec bene si serves, tu longo tempore vives.  
Si tibi deficiant Medici, medici tibi fiant  
Haec tria: mens laeta, requies, moderata diaeta.*

Quindi niente di rivoluzionario in quanto Hahnemann ha affermato nell'Organon al paragrafo 259 e seguenti, il vero sconvolgimento è la forza con la quale riafferma concetti da sempre noti ma regolarmente disattesi, in un'epoca dove la medicina curava i pazienti con i salassi e le purghe, il cardine della terapia era "allontanare gli umori" disidratare il malato, esattamente il contrario rispetto a quanto viene affermato dalla medicina dei secoli seguenti.

Il paragrafo 259 recita: "Dato che nelle cure omeopatiche sono necessarie dosi piccolissime, è ben comprensibile che, in esse, sia escluso dal regime dietetico e dal regime di vita, ogni cosa, che in qualsiasi modo possa agire da medicamento, al fine che la dose minima non venga sopraffatta, diminuita od anche solo ostacolata, nella sua azione da uno stimolo medicamentoso estraneo." (*I suoni dolcissimi del flauto che da lungi e nel silenzio della notte, elevano il cuore sensibile a sentimenti sovrumani e all'entusiasmo religioso, diventano impercettibili e vani quando siano accompagnati dai clamori e dai fragori del giorno*).

Nel paragrafo 260 continua: "Per i malati cronici la ricerca accurata di ostacoli alla guarigione è ancora più necessaria, poiché la loro malattia, è aggravata da errori, spesso sconosciuti del regime di vita".

Il ruolo del cibo, la dieta, il livello di attività fisica, le condizioni psicologiche e la risposta allo stress, sono importanti fattori "ambientali" nel mantenimento dello stato di salute e sono fondamentali; la moderna medicina li riconosce come atto preventivo in numerose malattie

metaboliche, da accumulo e delle malattie tumorali. In Italia, la sindrome metabolica interessa circa il 25% degli uomini e il 27% delle donne, ovvero circa 14 milioni di individui.

L'interazione dei meccanismi che associano un alimento all'insorgenza di una malattia metabolica o di un tumore, a causa dell'estrema variabilità nelle varie popolazioni della costituzione genetica e delle combinazioni alimentari, rende difficile capire il ruolo eziologico di uno specifico stile di vita (alimentazione attività fisica, reazione allo stress), anche se tutti gli studi svolti fino ad ora, dimostrano che se un paziente presenta una sindrome metabolica ha un rischio molto elevato di sviluppare altre patologie, ovvero ha un rischio elevato di mortalità, associato a problemi cardiovascolari, malattie cronico-degenerative (diabete, aterosclerosi) ed alcuni tumori.

La risposta ad un problema di questo tipo si può trovare solo in un approccio educativo che deve insegnare delle modalità di comportamento atte a ridurre i fattori di rischio, anche attraverso linee guida prodotte a livello nazionale come le "Linee guida per il trattamento dell'ipertensione" e le "Linee guida per il trattamento del Diabete". L'approccio educativo è molto importante perché tende ad intervenire sulle cause piuttosto che sui sintomi, quindi riduce la prescrizione farmacologica, perché questa non è in grado di correggere tutti i fattori correlati alla sindrome metabolica, in altre parole quando i farmaci non possono risolvere il problema si interviene sullo stile di vita e la classificazione che la medicina omeopatica fa dell'uomo in gruppi di costituzioni diverse può dare delle indicazioni ulteriori per facilitare questo approccio. Infatti, il controllo delle abitudini alimentari e dello stile di vita non deve creare una condizione di dipendenza verso il medico che si occupa del problema o un vissuto negativo (distress) nel paziente. Esistono delle persone che pur avendo la necessità di affrontare delle modificazioni anche sostanziali del loro stile di vita e della qualità della loro alimentazione, ad ogni privazione alla quale verranno sottoposti, dovranno affrontare delle profonde crisi depressive e delle condizioni di sofferenza sia fisica che psicologica che porteranno a delle modificazioni della loro condizione di malattia e non sempre in modo positivo.

Ad esempio un tipo sensibile Nux vomica migliorerà tantissimo se sottoposto ad un buon regime esclusivamente vegetariano, mentre ad un soggetto Arsenicum album lo stesso regime provocherà forti coliche addominali. Un paziente Sulfur sottoposto ad un regime alimentare ri-

goroso e povero di grassi, carni e salumi trarrà subito giovamento, mentre un paziente Bryonia avrà delle profonde crisi di malinconia. Sapere che un carbonico si nutre in modo diverso da un fosforico può essere molto utile per il medico e per il paziente. Tutto questo senza la necessità di arrivare alla *nutrigenomica*, ovvero il tentativo di stabilire con un test genetico quali siano i cibi più adatti per ogni persona e quali siano quelli che fanno male e che quindi bisogna evitare. L'incertezza tra gli operatori del settore, associata a quella dei pazienti, è terreno fertile per queste nuove scoperte non ancora validate e non ancora studiate a sufficienza.

Esistono scuole di pensiero che annoverano tra loro professionisti di fama internazionale e che sostengono la superiorità di una dieta su un'altra per mantenere lo stato di salute, la dieta vegetariana, quella iperproteica, quella ipoglicidica, quella crudista e così via; tutti noi sappiamo tuttavia che un tipo di dieta in alcuni pazienti consente di raggiungere risultati eccezionali, mentre per altri è assolutamente inutile se non dannosa. Esistono intere popolazioni che raggiungono la terza età in buona salute mangiando cibi ritenuti non sani, mentre altre dove le malattie si sviluppano anche con "diete sane".

Cercando sul web informazioni sulla nutrigenomica capita di leggere frasi come questa: *"l'uomo presenta un forte individualismo ed occorre, in base alla costituzione fisica, discendenza etnica, circostanze di vita e climatiche, tipo di lavoro, anamnesi ecc., ricercare quale sia il tipo migliore di alimentazione per ognuno. Occorre una ricerca a fondo, con test diagnostici avanzati su ogni singola persona, per stabilire quali sia il rapporto tra ogni individuo ed i singoli cibi"* (dottoressa Fiamma Ferraro: Malattie croniche).

Sono affermazioni interessanti e condivisibili, ma, al di là del problema delle allergie e delle intolleranze alimentari, la medicina integrata, attraverso la conoscenza della medicina omeopatica, come abbiamo visto, offre uno strumento adeguato per individualizzare le prescrizioni alimentari dei nostri pazienti.

Le prescrizioni e le indicazioni dietetiche, lasciando sullo sfondo per il momento i segni generali, (ovvero le turbe dell'appetito, la sete e la fame, e le modalità alimentari, i desideri e le aversioni alimentari, estremamente importanti in medicina omeopatica), possono essere influenzate dalla costituzione, dalla diatesi, che definiscono la storia clinica di un paziente.

L'inquadramento dell'uomo attraverso le costituzioni rappresenta un momento importante nella classificazione dei pazienti in gruppi ristretti che presentino delle qualità simili sia sotto l'aspetto fisiologico che sotto quello psicologico. Le costituzioni infatti, oltre ad individuare un aspetto morfologico simile, descrivono anche dei modi di comportamento verso l'alimentazione, le variazioni climatiche, il comportamento e le modalità di reazione verso le malattie acute. I carbonici sono di statura non elevata, di struttura fisica grossolana e resistono bene alla fatica ed ai disagi, i fosforici sono più magri, minuti e slanciati, fragili sia fisicamente che psicologicamente e si stancano facilmente. I fluorici sono asimmetrici e dismorfici, squilibrati sia mentalmente che fisicamente.

### *L'alimentazione della costituzione carbonica*

Il carbonico sia da bambino che da adulto ha la caratteristica di mangiare molto e di avere le vie di eliminazione delle tossine (pelle, reni, polmoni, intestino) che non funzionano bene e tende ad ingrassare facilmente. Il problema principale del lattante carbonico è se questo viene allattato con latte artificiale piuttosto che con quello materno. Nel caso di allattamento al seno il rischio di sovrappeso o di obesità è minore, pur sempre presente durante lo svezzamento per la fame esagerata del bambino, mentre nel bimbo nutrito con latte artificiale, la tendenza a dargli troppo cibo provoca facilmente l'eccesso di peso e se si associa ad uno svezzamento precoce e ricco di proteine animali (carne e formaggi) ecco che avremo con grande rapidità un piccolo carbonico che tenderà a passare dal sovrappeso all'obesità. In questo caso una buona educazione alimentare, ovvero un allattamento al seno esclusivo fino al sesto mese, seguito da uno svezzamento equilibrato e non ricco di proteine animali, permetterà al carbonico di iniziare il primo periodo della vita con un peso adeguato alla sua età ed un rischio minore di sindrome metabolica da adulto. Quando il pediatra si rende conto che la familiarità alla costituzione carbonica è molto evidente deve caldeggiare con forza l'alimentazione al seno materno ed in alternativa una alimentazione con latte artificiale ben controllata (le quantità di latte devono essere adeguate alla crescita del bambino). Da bambino il carbonico ha il desiderio spiccato di alimenti indigesti e poco salubri (zucchero, gelati, marmellate, dolci di pasticceria - ricchi di acidi grassi trans-esterificati - patate fritte, merendine, snack, cibi fritti, salumi e formaggi). In questo caso si dovrà svolgere una funzione educativa nei confronti della famiglia e del bambino stesso.

La convenienza dell'inquadramento diatesico consiste nella possibilità di comprendere subito i desideri e le aversioni alimentari del bambino. Si possono così anticipare, con un notevole effetto empatico con i familiari, le proposte che allora potranno essere fatte con decisione verso alimenti come la frutta, la verdura, sia cruda che cotta e le merende che però escludano dolci e preparati del commercio. L'evoluzione del piccolo carbonico che si muove lentamente verso un Sulfur che prima ha delle buone eliminazioni centrifughe ma poi tende ad accumulare ed a manifestare delle patologie tipiche della Psora, può essere rallentata e controllata da un buon regime alimentare di tipo vegetariano.

Il carbonico adulto conferma la sua lentezza a livello psichico ma anche la sua resistenza e tenacia, nella sua lentezza metabolica e nella tendenza progressiva al blocco delle eliminazioni centrifughe. L'alimentazione dell'adulto carbonico dovrà essere leggera, ricca di alimenti facilmente digeribili e che attivino le vie centrifughe di eliminazione, renali, polmonari, cutanee ed intestinali. In particolare, la passione per il latte ed i latticini, che il carbonico porta con sé fin dall'infanzia, tende ad aumentare il suo sovrappeso ed a peggiorare il suo quadro clinico, pertanto eliminando questi prodotti dalla sua alimentazione quotidiana, si riesce a migliorare il metabolismo ed a far perdere peso.

La sua dieta deve essere ricca di carni leggere e digeribili (in particolare il pesce azzurro ma anche il pollo, il coniglio o l'agnello), di verdure come le carote (povera di patate e zucca perché hanno troppi zuccheri), i pomodori (per la loro azione antiossidante), la lattuga, l'indivia (per la presenza di inulina e per la sua azione prebiotica sull'intestino) le cipolle ed i fagioli (per la loro azione drenante), di frutta come gli agrumi (arance, limoni, mandarini, e pompelmo). In pratica un'alimentazione fortemente drenante riuscirà a rallentare l'evoluzione verso Baryta carbonica e la sclerosi tipica di questa costituzione.

Per alcune malattie alle quali è soggetto il paziente carbonico sono essenzialmente metaboliche gli alimenti di origine vegetale che possono essere utili sono: a) **ipertensione**: aglio, cipolla, fragola, lattuga, pomodoro, limone, pera, mandarino; b) **iperuricemia**: cavolo, e brassicacee, pomodoro, arancio, ciliegia, pesca, prugna e limone; c) **iperuricemia e gotta**: una dieta ricca di carboidrati consente l'eliminazione dell'acido urico mentre una dieta ricca di grassi e fruttosio ne favorisce la ritenzione. In questo caso bisogna evitare il pesce azzurro, le carni rosse e le animelle, la selvaggina, i crostacei, i salumi e gli insaccati in genere, così come i piselli, e gli asparagi gli spinaci ed i funghi. I cavoli i fagioli, le lenticchie, hanno un contenuto medio di purine, quindi si devono mangiare con attenzione. Si devono preferire tutte le verdure e la frutta, la pasta ed il riso, (escluso il germe di grano ed i prodotti integrali).

### **L'alimentazione della costituzione fosforica**

La biotipologia fosforica può essere presente dalla nascita in persone che hanno una familiarità nella diatesi tubercolina, e quindi i bambini nascono già magri, lunghi e slanciati con una chiara meiotipia delle alte e basse vie respiratorie, oppure può comparire durante la fase di sviluppo puberale, quando anche i carbonici crescono in modo rapido, dimagriscono, e si slanciano in altezza trasformando la loro costituzione da carbonica a fosforica. I bambini sono magri, delicati si ammalano facilmente anche se guariscono altrettanto rapidamente, durante l'adolescenza affrontano dei momenti di crescita rapida ed il loro aspetto si trasforma in persone alte, ma sensibili, sia dal punto di vista fisico che psichico e tendono spesso a incurvarsi a livello della colonna toracica. Desiderano fortemente cibi salati per la necessità di introdurre sali minerali, inoltre hanno le caratteristiche tipiche della costituzione, affrontano ogni problema con energia e spirito combattivo, cercano di risolverlo ma, se non riescono, esauriscono facilmente le loro capacità relative, si stancano e si fermano.

Il lattante fosforico è sempre magro, nervoso ed agitato, chiede sempre latte, ha le fontanelle che si chiudono tardi ed i denti che escono con grande ritardo. Chiede latte in continuazione, inizia a mangiare poi si stanca rapidamente e si ferma, piange e chiede di essere consolato. Nonostante mangi molto non ingrassa mai ed ha difficoltà a dormire. Crescendo anche il bambino fosforico chiede sempre del latte, dei latticini, del formaggio, degli yogurt. La sua superattività e la facilità con la quale bru-

cia gli alimenti che introduce, lo rendono immune dai disturbi provocati dall'eccesso di latte e formaggio; il colesterolo non aumenta e non si rischia il deposito di calcio nelle pareti delle arterie (ovvero è più difficile, nei primi anni di vita osservare nel fosforico la formazione di cellule schiumose e lesioni pre-arteriosclerotiche, anche se questo vantaggio si esaurisce nel tempo). In questo periodo della vita può essere vantaggioso dare al bambino regolarmente uno yogurt intero, naturale con eventuale aggiunta di frutta; infatti darlo tutti i giorni per la sua ricchezza in calcio e minerali è molto utile in un organismo in crescita.

Sia da bambino che da adulto per il fosforico, quando si favorisce l'assunzione di yogurt bisogna limitare quella di formaggi e latticini per non provocare un eccesso di calcio nel circolo sanguigno ed il rischio di una sua precipitazione a livello delle pareti arteriolari. Il fosforico deve mangiare molto pesce, per la sua ricchezza in sali minerali ed oligoelementi e tra le carni deve preferire quella di cavallo e di maiale magro ed infine l'olio di fegato di merluzzo. I formaggi vanno bene tutti, ma in particolare il Parmigiano Reggiano ed i formaggi stagionati, I pesci devono essere quelli grassi come il salmone, le aringhe, la trota salmonata, il merluzzo, la sogliola i crostacei e le cozze. La frutta deve essere quella più ricca di sali minerali e di oligoelementi come i frutti di bosco, i fichi, le fragole, tutti gli agrumi, e la frutta secca come le mandorle, le noci ed i pinoli. Tra le verdure il fosforico preferirà i cavoli, il crescione, l'indivia, i rapanelli ed i cetrioli ed i legumi sia freschi che secchi. Infine si dovrà consigliare il consumo di alghe per il loro grande contenuto di calcio e fosforo.

Nella costituzione fosforica ci sono dei farmaci come Phosphorus, Calcarea phosphorica e Pulsatilla che hanno una grande sensibilità agli alimenti freddi come gelati e bevande, pur avendone un gran desiderio. Di solito l'assunzione di questi cibi provoca forti dolori addominali, coliche e diarrea. Aver presente questa caratteristica e dare il consiglio giusto permette di evitare molti problemi. Infine il fosforico, come il tubercolinico ha la tendenza ad abusare di alimenti molto salati, e quindi corre il rischio di dover affrontare dei problemi di ipertensione.

### **L'alimentazione della costituzione fluorica**

Mentre la costituzione fosforica può essere acquisita, quella fluorica di solito è presente dalla nascita. Il fluorico è l'essenza della genialità e dell'instabilità, presenta a livello psicologico una vera incapacità nel mantenere l'attenzione, nel concentrarsi, dimostra la capacità di un genio associate alla impossibilità a reggere a lungo la concentrazione e trasforma l'impulso positivo e costruttivo in una sorta di ossessione verso la distruzione per se stesso e per chi vive attorno a lui. La debolezza a livello delle strutture legamentose elastiche, quindi l'iperlassità legamentosa, si trasforma in una sorta di iperlassità psicologica. Il lattante fluorico si presenta dismorfo nella struttura fisica e nel comportamento, il bambino irregolare nei risultati a scuola, a volte è il primo della classe a volte è l'ultimo, l'adulto è instabile, geniale ma irregolare

nel comportamento, incapace di un rapporto fisso e di legami stabili. Il fluorico può spesso evolvere verso le patologie mentali. Il comportamento instabile dal punto di vista psicologico si trasforma in un comportamento altrettanto instabile dal punto di vista alimentare. Il fluorico è attirato da tutti gli alimenti che possono essere tossici, dai fritti, dai salumi, dai grassi, dai dolci, dall'alcool, sia vino che birra che superalcolici. Purtroppo durante l'adolescenza e, a volte, anche in età adulta, il fluorico può essere attirato dall'uso del tabacco, inizia a fumare e spesso trasforma questa abitudine in uso di droghe sia leggere che pesanti. Sia da piccolo che da grande ama le carni condite e speziate, usa pepe, peperoncino ed altre sostanze che esaltano il gusto in eccesso, predilige le carni dal gusto forte come la selvaggina, le carni di maiale grasso, le carni marinate e frollate, tutte condite con salse, ricche di acidi grassi saturi. Nella sua alimentazione quotidiana ci sono sempre cibi fritti che contengono acido erucico presente nell'olio di cottura e l'acrilamide prodotta dagli oli che hanno raggiunto e superato il punto di fumo e pertanto sono cancerogeni. Mangia molto volentieri lo zucchero ed i dolci in particolare lo zucchero bianco, i pasticcini alla crema, tutti cibi ricchi di acidi grassi insaturi e di zuccheri ad alto indice glicemico (il pane bianco, le bevande zuccherate, i succhi di frutta, le patate fritte ed i dolci). In pratica tutti i cibi ricchi di coloranti, conservanti, additivi, addensanti, stabilizzanti, emulsionanti, (salse di condimento, sulle insalate e sulla frutta per consentirne la conservazione, nei gelati, nei milk shake, nelle bevande dolcificate). Insomma curare la dietetica di un fluorico o dare dei consigli alimentari ad un fluorico malato, diabetico o celiaco non è semplice.

Mentre per le altre costituzioni i consigli alimentari possono essere occasionali, per il fluorico, di fronte alla sua scarsa precisione è bene essere rigorosi, quindi la distribuzione dei macronutrienti sarà il 50-55% di zuccheri, il 30% dei lipidi ed il 15% di proteine. La sua alimentazione dovrà essere ricca di fibre che consentono di ridurre l'assorbimento degli zuccheri introdotti con i cibi, per aumento della superficie di contatto ed riduzione del tempo di transito intestinale (diminuiscono il rischio di stitichezza). Quindi il fluorico deve mangiare legumi, verdura cotta e cruda, frutta di stagione, leguminose come fave, ceci, lenticchie, piselli; cereali come riso, orzo, farro, miglio, segale, avena; cibi integrali come pane integrale, pasta integrale, riso integrale. Tutti gli zuccheri devono essere complessi, a lento assorbimento e la loro distribuzione deve essere equa ed equilibrata nella giornata, almeno cinque pasti. Sono preferibili gli amidi della pasta poco cotti (la pasta al dente ha gli zuccheri che si assorbono più lentamente di quella molto cotta), ancor meglio se la pasta è integrale, dunque: cereali integrali, prodotti da forno fatti con farine integrali, siano esse di grano, di farro, di avena o altro. Tutti i grassi devono essere di origine vegetale poliinsaturi (olio di girasole, mais, soia, germe di grano, tutti a spremitura a freddo) o monoinsaturi (olio di oliva extravergine spremuto a freddo) o grassi del pesce come quelli contenuti nel tonno, nel salmone, nelle aringhe, nelle sardine e nelle acciughe, nello sgombro. Questi ultimi sono ricchi di acidi grassi

polinsaturi essenziali omega 3 ed omega 6, abbassano il livello di colesterolo e diminuiscono anche quello dei trigliceridi. Le proteine devono essere sia di origine animale che vegetale. Le carni devono essere magre o comunque private dei grassi visibili, bisogna convincere il fluorico che per la sua salute è utile che mangi del pesce, per l'azione degli acidi grassi omega 3 sul sistema immunitario, sul cervello e sul sistema cardiovascolare. Non bisogna demonizzare l'uovo, per il contenuto di colesterolo, ma distribuire bene il suo consumo durante la settimana, tenendo conto anche del fatto che si consuma molto uovo "nascosto" nella pasta, nei biscotti, nei prodotti da forno. In definitiva i consigli alimentari per il fluorico devono essere molto rigorosi e continuativi.

Riprendendo le teorie di Christian Friedrich Samuel Hahnemann, Henry Duprat scrisse nel suo *Théorie et Technique Homeopathique*: «La prescription homéopatique doit se compléter par les indication diététique», e Max Tetau continuò ad enunciare queste teorie verso la fine degli anni 1980. In pratica il modo della medicina omeopatica è stato molto attento nel corso dei secoli al ruolo dello stile di vita per la salvaguardia della salute dei pazienti. Negli ultimi anni si osserva come la prevenzione della sindrome metabolica e dei tumori abbia sempre come cardine lo stile di vita e l'alimentazione sana. Gli omeopati sono sempre stati precursori e pionieri in questo, perché la logica che guida la medicina omeopatica è quella di osservare la persona nella sua globalità guardare tra le altre cose le abitudini alimentari, osservare le modificazioni, e porre molta attenzione ai consigli ed alle proibizioni. ■

#### Letture selezionate

Beliveau R. Gingras D. "Food to fight the cancer. Essential food to help prevent cancer" DK Publishing New York 2007.

Duprat H. "Traité de matière médicale homéopatique" 3° édition J.B. bailliere ed Paris 1985.

Servan-Schreiber D. "Anticancer a new way of life" Penquin Group 2007.

Teatu M. "Traite de dietetique homeopathique" ed. Similia Paris 1988.

<http://www.lascuolamedicasalernitana.beniculturali.it/index.php?it/109/regimen-sanitatis>

[http://www.tumori.net/dieta\\_e\\_salute/](http://www.tumori.net/dieta_e_salute/)

## OmeopatiaOnline

### Il Forum virtuale dei soci SIOMI

Riservata ai soci SIOMI in regola con il pagamento della quota associativa per l'anno in corso



# Oscilloccoccinum® per la prevenzione e il trattamento delle sindromi influenzali\*.

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

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

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

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



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

*Medicinale non a carico del SSN.*

# Spotlight

Omeopatia 33

a cura di Gino Santini

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

*Una finestra sul vasto mondo delle pubblicazioni scientifiche, che cerca di evidenziare gli articoli che mettono in risalto aspetti in qualche modo legati ad una visione della medicina meno rigida di quella alla quale ci ha abituato la ricerca clinica accademicamente intesa. La finalità è quella di offrire una visione sintetica e interdisciplinare, tesa a ricomporre i singoli frammenti di scienza, clinica e quant'altro in un quadro più complesso e, forse proprio per questo, più affascinante.*

## I criteri di un protocollo di fase 1 per il proving omeopatico

Michael Teut, Ute Hirschberg, Rainer Luedtke, Christoph Schnegg, Joern Dahler, Henning Albrecht and Claudia M Witt - Protocol for a phase 1 homeopathic drug proving trial - *Trials*, 2010, 11 (80).

**L**e Materie Mediche da oltre 200 anni vengono scritte sulla base di quanto emerge dai trial dei proving omeopatici, che selezionano i sintomi patogenetici evocati, in volontari sani, dall'esposizione a livelli sub-tossici del farmaco sperimentato. Una meta-analisi fatta nel 2007 su studi condotti dal 1945 al 1995 ha però mostrato che la metodologia era di livello basso e non conforme ai criteri richiesti per il confronto e la valutazione convenzionale.

Alla comunità omeopatica occorrono dunque nuovi modelli di "ricerca scientifica" che rispettino le Linee Guida della Good Clinical Practice, la Dichiarazione di Helsinki e la legislazione nazionale sui farmaci: cosa non semplice, dato che si parte da due interpretazioni di lettura della malattia e della tecnica terapeutica concettualmente opposte e dunque, fino ad oggi, indagate con metodi non confrontabili. Gli aspetti che differiscono dagli standard convenzionali sono diversi: a) nelle sperimentazioni convenzionali i volontari e gli sperimentatori sono informati della natura del farmaco e dei possibili rischi e benefici mentre in omeopatia la natura del farmaco deve essere nascosta per evitare condizionamenti e distorsioni nella rilevazione dei sintomi; b) secondo regole di GCP gli studi omeopatici sono classificati "trial di fase 1", sebbene non esplorino la sicurezza e la dinamica quanto possibili altre indicazioni terapeutiche; c) prima dello studio non si possono conoscere/dichiarare i sintomi che la sostanza induce/cura né eventuali sintomi di tossicità. Da ultimo, manca un accordo nella comunità omeopatica sull'analisi qualitativa delle varie modalità di espressione dei sintomi dei proving: se non classificabili, ci saranno bias in tutti i risultati statistici (inclusi i p-valori) e non potranno essere tratte valuta-

zioni quantitative. In effetti, i criteri per definire i sintomi evidenziati nei trial farmacologici omeopatici esistono, ma non è ancora chiaro come analizzarli e quanto affidabili siano.

## Omeopatia e placebo nella rinite allergica perenne

Morag A Taylor, David Reilly, Robert H Llewellyn-Jones, Charles McSharry, Tom C Aitchison - Randomised controlled trial of homoeopathy versus placebo in perennial allergic rhinitis with overview of four trial series - *BMJ*, 2000, 321 (7259), 471-476.

**L'**obiettivo di Taylor e Reilly era quello di verificare l'ipotesi che l'omeopatia sia assimilabile ad un placebo, esaminando il suo effetto in pazienti con rinite allergica. Gli autori hanno quindi allestito uno studio multicentrico randomizzato, a doppio cieco e controllato, reclutando 51 pazienti con rinite allergica perenne.

L'intervento su questi pazienti si configurava nella somministrazione randomizzata di placebo o del preparato isoterapico (30CH) del principale allergene inalante, evidenziato da un prick test. Le principali misure di outcome erano le variazioni del picco di flusso inspiratorio nasale e le modificazioni del quadro clinico locale, registrabili, da tre a quattro settimane dopo la randomizzazione, su una scala visiva analogica. I risultati dello studio hanno mostrato come i pazienti del gruppo attivo esibissero un significativo miglioramento nel picco di flusso inspiratorio, rispetto al gruppo di controllo ( $p=0,0001$ ). In ambedue i gruppi, ma con maggior evidenza nel gruppo attivo, era possibile osservare un miglioramento soggettivo (registrato dalla scala analogica). Al contrario un iniziale aggravamento della sintomatologia era più comune nel gruppo attivo, rispetto al placebo (7 casi, 30% contro 2 casi, 7%). Taylor e Reilly concludono il loro studio osservando che i risultati rinforzano l'evidenza, fornita da tre lavori degli anni precedenti, che le diluizioni omeopatiche sono cosa diversa dal placebo.

### **Efficacia protettiva di tossine a dosaggi low e ultralow**

A.L. Szeto, F. Rollwagen and W.B. Jonas - Rapid induction of protective tolerance to potential terrorist agents: a systematic review of low- and ultra-low dose research - *Homeopathy*, 2004, 93 (4), 173-178.

Il concetto che basse esposizioni (subletali) di sostanze tossiche possono indurre tolleranza verso dosaggi più elevati è nota da molto tempo con il nome di ormesi. Questo studio ha indagato se sono stati eseguiti studi seri e mirati su tossine a bassi dosaggi (LD, ovvero concentrazioni fino a 10 alla -23M) e ultra-low (ULD, al di sotto di 10 alla -23M), in grado di prevenire e curare queste minacce. Tra oltre 2600, solo cinque studi, riportati in cinque pubblicazioni, sono stati effettuati con un buon rigore metodologico. La qualità degli studi è stata valutata utilizzando l'indice di qualità scientifica per ricerche di laboratorio sui bassi dosaggi tossicologici; sono stati esaminati, *in vivo*, gli effetti protettivi di un pretrattamento con preparazioni LD e ULD a base di tessuto infetto di *E. tularensis* in un gruppo di topi, ottenendo una media di mortalità complessiva di molto inferiore rispetto ai controlli trattati con placebo.

### **Microdosi di rame influenzano l'espressione dei geni cellulari**

E Bigagli, C Luceri, S Bernardini, A Dei and P Dolara - Extremely low copper concentrations affect gene expression profiles of human prostate epithelial cell lines - *Chem Biol Interactions*, 2010, 188 (1), 214-219.

È stata studiata l'espressione dei geni di cellule di prostata non cancerogene (RWPE) con la tecnica del DNA-Array, una metodica ritenuta sensibilissima per permettere di osservare risposte biologiche in seguito a perturbazioni ambientali. Le cellule RWPE sono state trattate con le soluzioni rame (II) a varie concentrazioni (da 1µM per 10<sup>-6</sup> fino a 0,1 fM per 10<sup>-17</sup>, una concentrazione quindi dell'ordine di una 8-9CH) e sono stati indagati 41000 geni umani. Notevoli le conclusioni. Il rame in diluizioni progressive fino a 10<sup>-17</sup>M è capace di modulare l'espressione genica anche alle più basse concentrazioni. Alla diluizione 10<sup>-17</sup>M rispondono ancora 800 geni, tra i quali molti geni coinvolti in numerosi processi biologici, come il metabolismo e l'infiammazione. Non solo le microdosi delle sostanze hanno un'azione biologica, ma microdosi della stessa sostanza hanno azioni differenti sui geni al solo variare della concentrazione della sostanza.

### **Omeopatia e infezioni respiratorie ricorrenti: conferme di efficacia**

Elio Rossi, Paola Bartoli, Marialessandra Panozzo, Alba Bianchi and Monica Da Frè - Outcome of homeopathic treatment in paediatric patients: An observational study from 1998 to 2008 - *Eur J Integrative Med*, 2010, 2 (3), 115-122.

Al fine di valutare le caratteristiche epidemiologiche della popolazione pediatrica afferente al Servizio di Omeopatia dell'Ospedale Civile di Lucca, si è composto uno studio osservazionale riguardante una popolazione di 2.141 pazienti giunti all'osservazione dei medici strutturati fra il 1998 ed il 2008. Le infezioni respiratorie sono state le patologie più denunciate (61% dei casi), seguite da turbe psicologiche (45,8%), gastroenterologiche (40,7%) e, infine, dermatologiche (16% del totale). Utilizzando poi il Glasgow Homeopathic Hospital Outcome Score (GHHOS), si è potuta notare che una risposta positiva si è riscontrata nel 68% dei casi, soprattutto nei portatori di infezioni ricorrenti delle alte vie respiratorie, anche dopo un follow-up di 12 mesi. I risultati sembrano confermare una risposta positiva in particolare nei bambini, che presentano malattie respiratorie, condizioni molto frequenti e invalidanti.

### **L'efficienza riproduttiva dei suini incrementa con l'omeopatia**

Francisco Rafael Martins Soto, Erlete Rosalina Vuaden, Cideli de Paula Coelho, Leoni Villano Bonamin, Sérgio Santos de Azevedo, Nilson Roberti Benites, Flavia Regina Oliveira de Barros, Marcelo Demarchi Goissis, Mayra Elena Ortiz Assumpção, Mariana Groke Marques - Reproductive performance of sows inseminated with diluted semen treated with homeopathic medicine - *Int J High Dil Res*, 2010, 9 (30), 51-57.

L'inseminazione artificiale è una metodica utilizzata per aumentare l'efficienza riproduttiva dei suini, e la zootecnia è alla costante ricerca di prodotti poco costosi che migliorino la qualità dello sperma del bestiame per ottenere mandrie più resistenti e numerose. Nonostante vi siano pochi dati sull'effetto di principi omeopatici sull'attività degli spermatozoi, è stata già riportata in altri studi (Soto et al., *Vet Zoot*, 2009; Montano, *Rev Hom*, 1981; Lobreiro, *Homeopathy*, 2007) l'azione in particolare dell'Avena sativa e della Pulsatilla sulla fertilità sia maschile che femminile, almeno in campo veterinario. Lo studio proposto è stato effettuato sull'azione dello sperma di due cinghiali di 18 mesi, di costituzione genetica e performance riproduttiva simile, alimentati e curati nella stessa maniera, raccolto in un tempo di 7 mesi, su 123 scrofe inseminate. Sono stati raccolti sedici campioni di sperma standardizzati per vitalità e concentrazione (criteri di fertilità), trattati rispettivamente con Avena sativa 6CH, Pulsatilla 6CH, con Avena sativa più Pulsatilla oppure con un placebo, con cui sono state inseminate rispettivamente varie scrofe. Avena sativa è risultata significativamente attiva sulla percentuale di gravidanze e sul ritorno all'attività riproduttiva delle scrofe, mentre la Pulsatilla in questo studio ha dimostrato di influenzare negativamente la fertilità degli spermatozoi in contrasto con dati già pubblicati. Questo suggerisce che le potenzialità e gli effetti dei medicinali omeopatici, in senso stimolante o inibitorio, vanno meglio indagati per poter ottenere risultati univoci, e che pertanto la selezione del rimedio in campo veterinario non deve essere fatta solo in base all'organotropismo del medicinale, ma anche in base ad una tossicologia e una patogenesi. ■

# C'è un altro modo di stare bene.

## Il nostro.



**Integratori alimentari • Probiotici  
Minerali • Fitoterapici • Oligolitoterapici**



# PEGASO®

C'è un altro modo di stare bene

[www.pegaso.eu](http://www.pegaso.eu)

# Il Royal London Hospital for Integrated Medicine

a cura di Tiziana Di Giampietro



PETER FISHER

■ **Dottor Fisher, lei è tra i più noti medici omeopati al mondo e tutti conoscono il suo ospedale nel centro di Londra, il Royal London Homeopathic Hospital. Ci racconta come, quando e perché ha scelto di diventare omeopata?**

Innanzitutto vi aggiorno: il 16 settembre 2010 il Royal London Homeopathic Hospital (RLHH) ha modificato il suo nome in Royal London Hospital for Integrated Medicine (RLHIM). Il cambio riflette meglio ciò che facciamo sui pazienti e come operano i loro medici. Forniamo più Omeopatia rispetto a qualunque altra terapia e continueremo a procedere così. Ma offriamo anche molte altre terapie complementari inclusa l'agopuntura, la fitoterapia, la medicina nutrizionale, unitamente a varie tecniche psicologiche, tutte integrate nell'ambito del National Health Service (NHS) e del centro accademico University College London Hospitals, leader in campo medico.

Riguardo la mia storia professionale, mi interessai alle Medicine Complementari mentre ero ancora studente alla Cambridge University. Nel 1972 visitai la Cina, un periodo molto interessante verso la fine della Rivoluzione Culturale, poco dopo la visita di Nixon, quando, dal 1967, solo pochissimi occidentali erano andati in quella nazione.

Mao Zedong era ancora vivo, la "banda dei 4" al massimo del potere e la medicina tradizionale cinese fortemente sostenuta. Ricordo il momento in cui "rimasi abbagliato" (da notare il riferimento biblico: "San Paolo rimase folgorato sulla via di Damasco da una luce fortissima e dalla visione di Gesù"); fu quando mi trovai nella sala operatoria dell'ospedale di una piccola città di provincia, e vidi una donna gastrectomizzata con l'addome aperto, cosciente, mentre parlava con l'anestesista, con 3 aghi sul suo orecchio sinistro collegati ad una scatola elettrica! Pensai "non è possibile, non ce l'hanno insegnato a Cambridge!..."

Qualche tempo dopo, ancora studente, mi ammalai. Fui esaminato da eminenti professori della mia Università medica. Fecero una diagnosi precisa, poi dissero che erano spiacenti ma nulla poteva essere fatto. Un amico mi consigliò di provare con l'omeopatia, una delle prime cose che accadde fu un severo aggravamento! Ma almeno questo mi convinse che qualcosa aveva fatto e che, eventualmente, mi avrebbe curato. Più tardi, quando ero un neolaureato, lavorai all'RLHH per 18 mesi, prima di ultimare il mio tirocinio in medicina interna e reumatologia e vi ritornai nel 1986 come consulente.

■ **Se non sbaglio lei è anche un agopuntore, cosa l'ha spinto a studiare ben due medicine complementari?**

Non pratico personalmente l'agopuntura, tuttavia ho colleghi molto vicini a me che la esercitano. Praticare l'omeopatia, mantenermi aggiornato con la reumatologia convenzionale, dirigere un ospedale e pubblicare un giornale internazionale, mi impegna parecchio.

■ **Quale è, secondo lei, il peggior difetto della medicina convenzionale oggi? E il peggior difetto dell'omeopatia oggi?**

Il problema più grande nella medicina convenzionale è la pandemia della tossicità da farmaco: questa è collegata alla pandemia delle malattie croniche, la maggior causa oggi di morte in tutti i Paesi. Le persone con patologie croniche assumono più farmaci e soffrono di maggiori effetti collaterali. Il più grande problema in omeopatia è il nascere delle così dette "nuove" scuole di omeopatia che sostituiscono la metafora, il simbolismo e la dottrina delle signature alla similitudine. L'omeopatia è basata sulla similitudine patofisiologia. Le proprietà di una medicina non possono essere predette dalla sua posizione sulla tavola periodica (degli elementi) o dalla sua classificazione botanica o zoologica, né dal suo simbolismo. Hahnemann fu molto chiaro su questo punto e fortemente critico di tali dottrine.

■ **Sappiamo che tra i suoi pazienti vi sono personaggi illustri come la regina d'Inghilterra, l'omeopatia è veramente così radicata nella tradizione sanitaria inglese? Se così, perché?**

Sono medico di Sua Maestà la Regina dal 2001, esiste una tradizione di medici omeopatici reali sin dalla metà del XIX secolo. L'omeopatia non è famosa nel Regno Unito come in Francia o Germania e questo è, in parte, dovuto al fatto che il sistema in quei paesi è più rispondente alla domanda del paziente. Recentemente c'è stata una serie di attacchi all'omeopatia da parte di un gruppo di scienziati che rivendica il fatto che non ci sono prove scientifiche a sostenerla e che non dovrebbe essere fornita dal SSN.

■ **Da quanto tempo lei lavora al Royal London Homeopathic Hospital?**

Io ho lavorato, in un primo tempo, al Royal London Homeopathic Hospital nel 1977-78, poi in regime part time nel periodo 1983-86 e, a tempo pieno, dal 1986.

■ **Quali servizi di medicina complementare eroga l'Ospedale in base alla principale domanda di salute dei cittadini inglesi al RLHMI, ovvero, quali sono le patologie maggiormente curate al RLHMI?**

Offriamo i seguenti servizi: prenatale, training autogeno, pediatria, terapia per sindrome della fatica cronica, terapia comportamentale cognitiva; cure complementari dei tumori, dei dolori facciali, delle fibromialgie; medicina generale, agopuntura di gruppo, fitoterapia; terapie per sindromi del colon irritabile, per insonnia, per problematiche muscolo-scheletriche; ipnosi medica, reumatologia, podologia e digitopressione plantare; terapie per disturbi da stress e dell'umore; dermatologia, ginecologia; cure per perdita di peso. Con poche eccezioni, la clinica è organizzata dal punto di vista clinico (cancro, pelle, etc.) o in base al paziente (donne, bambini), ognuno seguito da medici specialisti che offrono una varietà di trattamenti inclusa l'omeopatia, l'agopuntura, la psicoterapia, le terapie nutrizionali, la fitoterapia, necessarie a curare i problemi che si incontrano.

■ **Quali sono i rapporti con i medici del servizio pubblico inglese? E con quelli degli altri ospedali?**

Il RLHMI è parte della University College London Hospitals, uno dei centri medici universitari più autorevoli del regno Unito. Solitamente abbiamo buoni rapporti con i colleghi e offriamo molti servizi integrati collaborando con colleghi esperti. Per esempio, il nostro servizio pre-natale collabora con l'Elisabeth Garret Anderson Hospital, con l'unità ginecologica e pediatrica della University College London Hospital; il servizio per il dolore facciale è integrato con l'Eastman Dental Hospital. La maggior parte dei pazienti sono indirizzati al servizio Complementare di cure per i tumori dagli oncologi dell'UCLH.

■ **Come e da quante persone è composto il team che lavora al RLHMI? In che modo è organizzata l'assistenza sanitaria?**

Noi siamo un ospedale del National Health Service (NHS) ed i pazienti vengono inviati dai loro medici di base a noi come in qualsiasi altra struttura di cura secondaria.

■ **Sappiamo che al RLHMI è in funzione una farmacia interna all'ospedale, come è organizzato il servizio?**

La farmacia distribuisce medicine omeopatiche, prodotti alimentari e farmaci fitoterapici secondo i soliti canoni del SSN, il che significa una cifra fissa per ogni prodotto, (circa 8 euro) non in rapporto al suo costo. I bambini, i pensionati e i disoccupati non pagano nulla. Essa dispone inoltre di una sezione al dettaglio con vendita diretta al pubblico.

■ **Ci racconti brevemente la storia del RLHMI...**

Il RLHMI è stato fondato come ospedale omeopatico di Londra da Frederyck Foster Hervey Quin nel 1849. Egli fu tra i primi medici a praticare l'omeopatia in Gran Bretagna e studiò con Hahnemann.

Quin era una figura eminente della società londinese, molto ben inserito, essendo stato medico del Principe Leopoldo, suocero della regina Vittoria, padre del Principe Alberto e amico di Charles Dickens. Il primo grande successo dell'ospedale arrivò in occasione della terribile epidemia di colera scoppiata nei sistemi di pompe di Broad street. Il RLHMI era l'ospedale più vicino alle pompe e raggiunse un successo notevole curando le vittime dell'epidemia. Il tasso di mortalità dell'ospedale fu del 16%, in confronto al 53% dell'ospedale Middlesex situato nelle vicinanze.

Molti medici omeopatici ben noti furono associati con il RLHMI nel diciannovesimo e ventesimo secolo, inclusi Robert Ellis Dudgeon, John Henry Clarke, James Compton Burnett, Edward Bach, Charles E. Wheeler, James Kenyon, Margaret Tyler, Douglas Borland, Sir John Weir, Donald Foubister, Margery Blackie and Ralph Twentyman. Abbiamo anche accolto i rifugiati delle persecuzioni naziste nelle eminenti persone dei dr. Otto Leeser ed Eric Lederman.

Durante gli anni '50 e '60 l'influenza del RLHMI si diffuse a livello internazionale attraverso giovani medici d'oltreoceano che frequentavano l'ospedale per i loro rapporti clinici. Tra questi c'era il dr. Chand, medico omeopata del Presidente dell'India e l'influente omeopata argentino dr. Francisco Eizyaga. L'ospedale diventò "Reale" su consenso di Re Giorgio VI nel 1947. Nel 1948 entrò a far parte del nuovo NHS.

Il 18 giugno 1972 il RLHMI subì una terribile sciagura a causa di un incidente aereo: 16 medici, che ritornavano dal Congresso Internazionale della Liga Omeopatica a Bruxelles, rimasero uccisi. Nel 1981 le sale operatorie ed i letti operatori vennero chiusi. L'ospedale rispose sviluppando e diversificando i suoi servizi di medicina complementare. Diventò il centro più grande di medicina omeopatica di un paese industrializzato sviluppando altri tipi di medicina complementare. Verso la fine degli anni '50 il dr. Ralph Twentyman introdusse l'Isador ed altre terapie complementari per il cancro, in quello che sarebbe diventato il primo servizio di medicina complementare per i tumori del NHS. Il dr. Campbell istituì il primo servizio di agopuntura del NHS nel 1977 e il dr. Michael Jenkins sviluppò la medicina delle allergie e dell'ambiente. Dal 2002 al 2005 il RLHMI è stato sottoposto ad una ampia ristrutturazione per venti milioni di sterline, che lo ha trasformato in un centro di terapia della malattia conclamata e in una struttura di ricerca in omeopatia e terapie complementari. Fu formalmente riaperto da Sua Altezza Reale il principe di Galles, il 12 ottobre del 2005. Dal 2006 al 2008 ci furono pesanti attacchi alla medicina complementare nel NHS. Questo si scontrò con il supporto pubblico e politico perché il RLHMI restasse nel NHS.

Di contro il RLHMI rispose con: il primo servizio di fitoterapia convenzionato; agopuntura clinica di gruppo, consentendo che questa terapia venisse erogata per le condizioni di dolore comune ad un costo conveniente; il primo corso di medicina integrata complementare nel Regno Unito; l'istituzione dell'NHS Evidence di medicina alternativa e complementare, dell' UK National In-

stitute for Health and Clinical Excellence's (NICE) evidence (<http://www.library.nhs.uk/cam>); il servizio di Libreria Complementare e Alternativa e il Servizio di Informazione (CAMLIS): [www.cam.nhs.uk/](http://www.cam.nhs.uk/).

Nel Novembre 2007 lo staff clinico senior e quello amministrativo decisero all'unanimità che i tempi erano maturi per cambiare il nome dell'ospedale in Royal London Hospital for Integrated Medicine poiché rifletteva in modo più appropriato la natura del lavoro svolto. La nuova denominazione è ufficiale dal 16 Settembre 2010.

■ **Chi paga le visite al RLHIM? In quale modo è coinvolto il National British Health System (NHS)? Quanto è l'ammontare della quota che il cittadino deve sostenere per le proprie visite? E i cittadini pagano la stessa quota, indipendentemente dal reddito?**

Non ci sono costi per le visite e le terapie per i pazienti mandati dai loro medici di famiglia. Tuttavia alcune prestazioni non sono rimborsate dalla Sanità per cui facciamo anche visite private.

■ **Quanti pazienti affluiscono in media al RLHIM ogni anno? Quanti appartengono alla fascia pediatrica, quanti provengono da fuori Londra?**

Abbiamo circa 27.000 pazienti all'anno dall'esterno, circa il 70% dei pazienti proviene da Londra e dintorni, il 20% sono bambini.

■ **In tutto il mondo possiamo usufruire della Rivista Homeopathy (già British Homeopathic Journal). Può dirci quando è stata fondata? E' vero che di recente ha ricevuto ulteriori riconoscimenti per la sua attività scientifica, ottenendo un aumento dell'Impact Factor?**

Homeopathy è pubblicato da Elsevier, compirà 100 anni nel 2011! E' l'unica rivista dedicata all'omeopatia indicata da Pubmed, recentemente ha ricevuto il suo secondo impact-factor: 1.125. Il sito web è [www.sciencedirect.com/science/journal/14754916](http://www.sciencedirect.com/science/journal/14754916).

■ **Come si finanzia Homeopathy?**

Viene pagato con gli abbonamenti ed è l'organo ufficiale della Faculty of Homeopathy, le cui iscrizioni contribuiscono a sovvenzionarlo.

■ **Per iniziativa di Edward Calabrese, il maggior studioso del fenomeno dell'ormesi, un dibattito internazionale è recentemente apparso su BELLE News Letter al quale ha preso parte anche il nostro Presidente della SIOMI. Lei cosa pensa della somiglianza tra il principio della similitudine omeopatica e l'ormesi riguardo il possibile meccanismo d'azione di concentrazioni molecolari dei medicinali omeopatici, un tema, come sa, sul quale la SIOMI sta concentrando le ricerche in Italia?**

Anche io ho contribuito a questo dibattito. E' un'area molto interessante e sottolinea ciò che ho puntualizzato prima, cioè che l'omeopatia è basata sulla similitudine patofisiologica, non sul simbolismo o la metafora. Il lavoro di Wiegant sulla similitudine e sull'ormesi è molto

interessante in tal senso. Il problema principale rimane la questione della diluizione ultramolecolare. Homeopathy ha pubblicato di recente una edizione speciale sui modelli biologici che è disponibile gratuitamente sul nostro sito.

■ **Sappiamo che lei è uno degli esperti del Comitato scientifico dell'Ospedale di Medicina Integrata di Pitigliano. Come giudica la sua esperienza di consulente della regione Toscana e cosa ne pensa del progetto dell'ospedale di Medicina Integrata?**

Sono stato impressionato dal lavoro della gestione regionale Toscana. Mi auguro che il RLHIM e l'ospedale di Pitigliano abbiano uno stretto e fraterno rapporto.

■ **In Italia l'omeopatia è riconosciuta come atto medico, per cui chi non è medico (ad esempio i naturopati) non possono, per legge, prescrivere i medicinali omeopatici. Quale è la situazione professionale dei naturopati oggi in Inghilterra? Che tipo di scuola devono frequentare per esercitare? Possono anche loro prescrivere medicinali omeopatici? Quali sono i rapporti tra naturopati e omeopati? Non pensa che si corra il rischio di una confusione di ruoli?**

Nell'UK non è richiesto essere legalmente registrati per praticare l'omeopatia (o l'agopuntura, la fitoterapia, il nutrizionismo) nonostante gli osteopati e i chiropratici lo siano. Non c'è controllo sul loro operato né un registro ufficiale per questo gruppo. Questo ha creato peraltro una situazione di difficoltà e insoddisfazione. C'è una proposta di legge per registrare gli agopuntori che non sono membri di un albo professionale, i fitoterapeuti e i praticanti la medicina tradizionale cinese. Questo ha incontrato l'opposizione di alcuni soggetti che vorrebbero legittimate le pratiche non scientifiche.

■ **Infine, è possibile per gli omeopati italiani frequentare uno stage al RLHIM? A chi devono rivolgersi?**

Si, è possibile, nonostante la nostra capacità sia limitata. I medici italiani interessati ad un internato possono contattare il nostro Direttore dell'Educazione, la Dott.ssa Sara Eames: [sara.eames@uclh.nhs.uk](mailto:sara.eames@uclh.nhs.uk). ■

*Questa intervista a Peter Fisher è avvenuta mentre il nuovo governo preannuncia profondi cambiamenti nelle politiche e nell'architettura del NHS che danno ragione alle scelte recentemente operate dall'RLHIM. Infatti nel nuovo ordinamento una parte significativa del documento, forse la più originale e impegnativa, è dedicata al ruolo dei pazienti e dei medici del territorio: "Nothing about me without me" è il motto preso in prestito dal gruppo di Salisburgo, un'associazione internazionale nata per promuovere la centralità del paziente. Inoltre, sul versante dell'assistenza ospedaliera, il Libro Bianco conferma la scelta dei precedenti governi laburisti di semi-privatizzare gli ospedali, conferendo loro il massimo dell'autonomia tanto che entro 2-3 anni tutti gli ospedali del NHS dovranno trasformarsi in Fondazioni (Foundation Trusts). L'omeopatia, attenta al paziente e ai suoi bisogni, dopo due secoli, torna ad essere attualissima.*

# Studio morfologico sugli effetti di *Lycopodium* e *Nux vomica* su fegato fetale umano

Grazia Fenu\*, Filippo Ricciotti\*\*

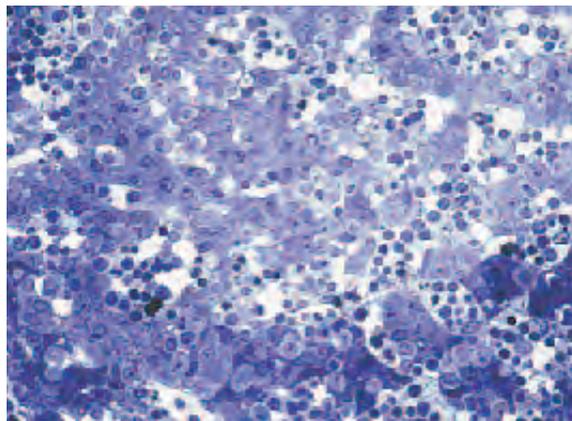
\* Dipartimento di Scienze Biomediche, Università di Sassari - E-mail. gfenu@uniss.it

\*\* Medico omeopata

La richiesta sempre più pressante di una metodologia scientifica che testimoni l'efficacia dei rimedi omeopatici ha spinto numerosi ricercatori ad intraprendere studi scientifici inerenti l'attività biologica e farmacologica delle sostanze più comunemente prescritte dagli omeopati. Il nostro studio è incentrato sull'azione di due noti rimedi omeopatici,

*Lycopodium clavatum* e *Nux vomica*, che vengono prescritti per uso sintomatico o come simillimum ed hanno azione prevalente sull'apparato digerente. È noto che *Lycopodium clavatum* e *Nux vomica* vengono spesso prescritti per la loro azione elettiva sul fegato, ove esercitano un'azione, che secondo i dati presenti in letteratura, è capace di alleggerire il senso di pesantezza che spesso i pazienti lamentano di sentire su questo organo che come è noto, in medicina naturale, soprattutto, è il punto su cui molti malesseri fisici e psicosomatici paiono trovare una stazione di arresto.

Lo stesso Max Tetau, consiglia di somministrare alternativamente i due rimedi la cui efficacia è cosa nota agli esperti del settore ma di dubbia spiegazione scientifica, poiché priva di dimostrazione farmacologica.

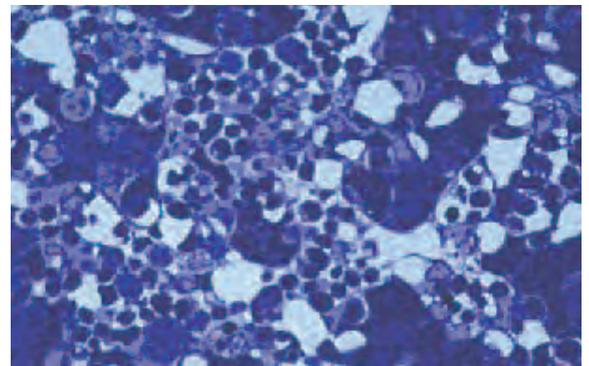


**Figura 1**  
Blu di toluidina  
Il fegato fetale  
di controllo evidenzia  
la componente  
epatocitaria  
che produce  
gli eritrociti e quella  
che produce la bile.  
20X

## Materiale e metodi

Allo scopo di identificare un protocollo che possa essere utilizzato per iniziare un percorso di studio che in qualche modo conduca a dare valenza scientifica ai rimedi omeopatici e non potendo utilizzare materiale adulto, l'esperimento è stato condotto su frammenti di fegato fetale umano. I frammenti di fegato fetale umano sono stati prelevati da feti ottenuti da interruzioni volontarie di gravidanza (12° settimana di vita intrauterina). Sono stati allestiti pozzetti di coltura così suddivisi: a) 10 pozzetti incubati con *Lycopodium clavatum* 15CH; b) 10 pozzetti incubati con *Nux vomica* 15CH. La diluizione

dei rimedi è stata scelta tenendo conto di una concentrazione di media compresa tra diluizioni basse ed alte. Due pozzetti di controllo sono stati incubati con soluzione fisiologica. I tempi di incubazione sono stati di 10, 15, 30 e 45 minuti per tutti i campioni. I frammenti



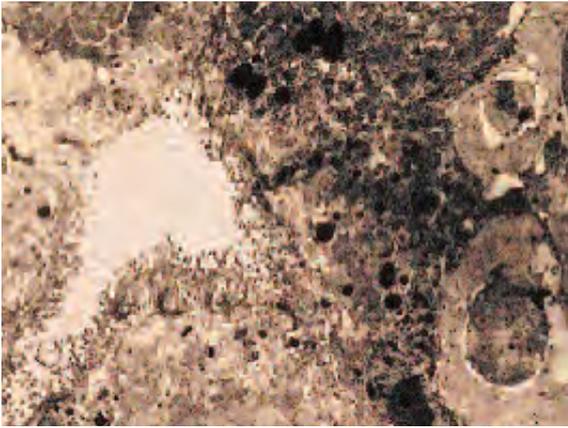
**Figura 2** - Blu di toluidina. Rispetto al controllo si nota la numerosa componente delle cellule della linea rossa in via di sviluppo e la dilatazione dei vasi sanguigni. 20X

dopo il trattamento sono stati lavati, fissati, disidratati ed inclusi in resina Durcupan. Sezioni semifine sono state colorate con blu di toluidina ed osservate al microscopio ottico, mentre sezioni ultrafini sono state allestite per il microscopio elettronico.

## Risultati

Le sezioni osservate al microscopio ottico e colorate in blu di toluidina hanno evidenziato sostanziali modificazioni cellulari, sia in riferimento al *Lycopodium* che a *Nux vomica* rispetto ai controlli. Per ovvii motivi sono state prese in considerazione solo le sezioni i cui risultati sono stati più evidenti ed in particolare per tempi di incubazioni di 45 minuti.

*Lycopodium*: le immagini mostrano, rispetto al controllo (Fig. 1), una evidente ipertrofia della compagine sanguifera, ovvero vasi intercellulari dilatati e ricchi di eritrociti che, come è noto, durante il periodo fetale vengono prodotti dal fegato (Fig. 2). Anche il microscopio elettronico evidenzia un lume vasale dilatato ricco di estroflessioni della membrana citoplasmatica, tipicamente correlati alla parete endoteliale dei soggetti adulti, ma non così sviluppati nelle prime 12 settimane di sviluppo intrauterino (Fig. 3). I frammenti di fegato incubati con *Nux vomica* indicano che gli epatociti tendono a compattarsi (fig. 4) a causa di una ipertrofia citoplasmatica legata agli organuli citoplasmatici di secrezione i cui vacuoli appaiono rigonfi come se si fosse accentuato lo stimolo alla secrezione (fig. 5).



**Figura 3** - La sezione ultrafine evidenzia le protrusioni citoplasmatiche delle cellule endoteliali che formano il vaso sanguigno. 4000X

### Conclusioni

I risultati preliminari che sono stati ottenuti dai descritti esperimenti, lungi dal poter fornire una spiegazione esauritiva sui meccanismi di azione dei rimedi omeopatici, indicano tuttavia la possibilità di testare, attraverso colture cellulari, alcune modalità di azione dei prodotti omeopatici. I lavori in tal senso mancano spesso, come è noto, di una sperimentazione scientifica e ciò rende sempre più difficile parlare di omeopatia e cure omeopatiche senza essere esposti a dibattiti e critiche.

Pur salvaguardando tutto ciò che sta dietro la prescrizione di un rimedio omeopatico che gli addetti ai lavori conoscono bene, il metodo sperimentale descritto potrebbe essere un mezzo per ipotizzare, se non tutte, almeno alcune delle modalità di azione che gli omeopatici utilizzano, e ipoteticamente mettendo in discussione l'idea che vuole questi rimedi assolutamente privi di effetti ed assimilabili all'acqua fresca.

Ulteriori indagini si stanno svolgendo, utilizzando altri rimedi, certo la scelta adesso va sicuramente orientata su quelli più conosciuti e distribuiti sul mercato. La speranza è che si ampli sempre di più il numero dei ricercatori che possano dedicare del tempo a questo tipo di modello sperimentale così che si giunga, come per altre discipline naturali, alla "catalogazione scientifica" dei prodotti omeopatici più diffusi. ■

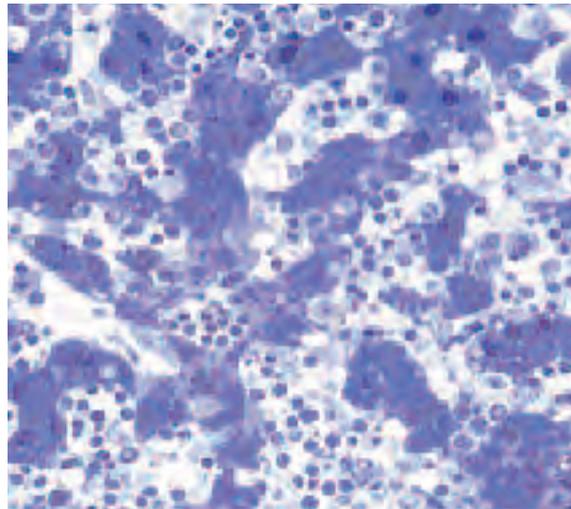
### Bibliografia

Hodiamont Georges, Trattato di farmacologia omeopatica, Nuova IPSA Palermo 1984.

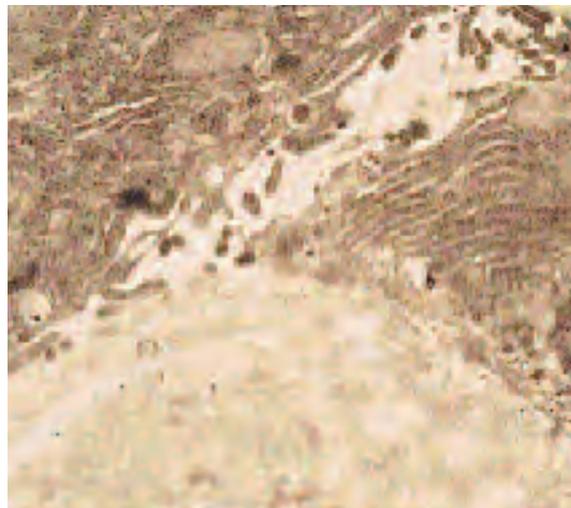
Kent James T., Repertorio della materia medica omeopatica, Nuova IPSA Palermo 1994.

Tetau Max, La materia medica omeopatica clinica e associazioni bioterapiche, Nuova IPSA Palermo 1990.

Julian, Othon André, Dizionario di materia medica omeopatica, Nuova IPSA Palermo 1995.



**Figura 4**  
Blu di toluidina.  
L'immagine evidenzia epatociti impegnati nella sintesi biliare disposti a formare cordoni compatti. 20X



**Figura 5**  
L'immagine elettronica mostra le cisterne di secrezione citoplasmatiche ed un canalicolo biliare compreso tra le membrane cellulari. 4000X

## La scomparsa di Filippo Ricciotti in un ricordo della dottoressa Grazia Fenu

*Lo conobbi quando venne in Sardegna per un ciclo di lezioni sull'omeopatia. Conquistò tutti, me compresa, nel narrare di questa materia così difficile ed allo stesso tempo affascinante. Il Prof. Ricciotti era un fiume in piena che ci trascinava, tenendoci per mano, lungo un percorso irripetibile di diluizioni e di patologie, per poi approdare, con la sua caratteristica risata, su una sponda ricca di notizie, di curiosità scientifiche e di esperienze personali che non si potevano dimenticare. Appassionati di ricerca entrambi, lavorammo insieme per diverso tempo. Dopo quasi dieci anni di silenzio mi chiama ricordandosi di un lavoro che non avevamo ancora pubblicato ed ecco che riprendiamo a collaborare. Mi regala ancora il suo tempo ed i suoi preziosi consigli. Non sapevo che sarebbe stata l'ultima volta. Rimarrà tra i miei ricordi più cari, prodigo di consigli ed appassionato di amore per la ricerca come pochi sanno esserlo.*

## Un'indagine omeopatica: tre rimedi e un solo assassino

Italo Grassi

Medico omeopata

**L**il magistrato, Ortensia Pecca, lo accolse con un sorriso smagliante, forse un po' eccessivo per le circostanze, un'esibizione di denti bianchissimi, perfetti da mostrare alla giuria di una corte d'assise più che a un povero medico tirato giù dal letto alle quattro del mattino.

Lui, Tarcisio Giretti, medico omeopata, seduto su una gelida sedia di ferro, smorzò l'irritazione di quella brusca alzataccia stirando braccia e collo ancora intorpiditi dal sonno.

- Sulphur può uccidere? - gli chiese il magistrato.

Il medico uscì definitivamente dall'ultimo suo sogno. Pensò che si trattasse di una battuta scherzosa, ma vide che il magistrato lo fissava seriamente.

- Sì, certamente. - rispose allora il medico deglutendo saliva e mordendosi un labbro dal nervoso.

- E Pulsatilla va in giro di notte a violentare donne, mentre Lycopodium vola vestito da pipistrello a succhiare sangue. - Il magistrato scosse la testa e la sua folta chioma di capelli rossi ondeggiò avanti e indietro.

- M'interessa solo sapere se uno di questi tre rimedi può essere un assassino e tu mi devi aiutare. - Estrasse da un cassetto tre ricette timbrate e firmate dal dottor Duroni: su una c'era scritto Sulphur 200CH una monodose, sulla seconda Tarentula hispanica 200CH una monodose, sull'ultima Magnesia carbonica 200CH una monodose. Giretti le guardò con espressione trasognata.

- Mi hai svegliato alle quattro del mattino per farmi vedere delle ricette?

- Non intendevo prenderti in giro. - Lo consolò il magistrato. - Voglio solo sapere, da un esperto in omeopatia quale sei tu, se una persona alla quale è stato uno di questi rimedi, può essere un assassino.

Lui la guardò come si osserva un essere che ti viene incontro salutandolo con cinque mani e sorridendo con dieci bocche. Lei capì e gli chiese di prestarle attenzione. Lui ascoltò, senza battere ciglio, i motivi che avevano indotto il magistrato, nonché sua paziente, a convocarlo a quella assurda ora del mattino nella caserma dei Carabinieri.

Poche ore prima c'era stato un delitto. Intorno alle ventidue e trenta la donna delle pulizie aveva trovato il cadavere di Saverio Duroni, l'altro omeopata del paese, ex compagno di studi di Giretti. Il medico giaceva, con un coltello piantato nella schiena, disteso sul pavimento del suo studio.

- Anche se nessun testimone ha assistito all'omicidio, noi sappiamo com'è avvenuto il delitto. - Spiegò la dottoressa

Pecca allo sbalordito Giretti. - L'assassino ha preso il tagliacarte che stava sulla scrivania e, mentre il dottor Duroni si era girato, ne ha approfittato per colpirlo alle spalle.

- Allora perché mi hai fatto venire qua? - Sbuffò il medico, con voce stanca e impastata, osservando l'orologio appeso al muro. Non gli era mai stato simpatico il collega Duroni. Lo giudicava un arrogante e un presuntuoso. Benché gli dispiacesse che fosse stato ucciso, avrebbe volentieri preferito tornarsene a dormire. La dottoressa Pecca contrasse il viso e gli lanciò un'occhiata cattiva.

- Ad uccidere il dottore è stato sicuramente qualcuno che lui conosceva molto bene. Solo così si spiega il fatto che Duroni sia stato colpito alle spalle. Inoltre, nell'appartamento, non ci sono tracce di scasso, né di lotta e i soldi delle visite si trovano nel cassetto dove il medico li lasciava. L'assassino non cercava denaro, ma voleva solo uccidere. - Il dottor Giretti le rivolse un'occhiata sospettosa.

- Non penserai che sia stato io? - Ortensia Pecca fece cenno di no con la mano.

- La segretaria di Duroni, Concetta Marsala, come tutte le sere è uscita dallo studio intorno alle 19. A quell'ora il dottore aveva in programma tre visite. Noi sospettiamo sia stato l'ultimo paziente, con il quale il medico aveva avuto una lite furibonda, alcuni mesi fa, causata dalla contesa di un terreno lottizzabile che i due avevano in comproprietà.

Il dottor Giretti respirò, si appoggiò allo schienale e, dopo qualche istante chiese: - Cosa aspettate ad arrestare costui?

Il magistrato mosse la mano sinistra, munita di fazzoletto, ad asciugare alcune gocce di sudore che gli imperlavano la fronte. Sbuffò: - Si tratta del sindaco di questo paese. Se lo arresto ed è innocente, accadrà un casino incredibile sui giornali.

Prima che l'allibito medico potesse riprendersi, lei continuò: - Senza contare che il sindaco sta urlando da più di due ore la sua completa innocenza. Inoltre afferma di non essere stato l'ultimo dei pazienti, ieri sera. Il dottor Duroni gli ha detto che c'era stato un cambiamento di programma e che stava aspettando, senza specificare chi, una delle due donne che avevano la visita prima del sindaco.

Giretti: - Sapete chi sono queste due persone?

Il magistrato Pecca: - Le abbiamo già convocate in caserma. Sostengono di essere arrivate puntuali all'appuntamento e di essere state visitate dal dottor Duroni. A

testimonianza di ciò mi hanno consegnato la ricetta di Tarentula e di Magnesia Carbonica, mentre al sindaco è stata data quella di Sulphur.

Giretti: - So che il mio collega scriveva gli appunti delle visite su un quaderno. L'avete trovato?

E Pecca: - E' l'unica cosa che manca dallo studio.

Il dottor Giretti si grattò l'ispida barba del mento ed ebbe un'illuminazione. - Dimmi cos'hanno fatto i tre indiziati quando sono stati portati in questa caserma.

Il magistrato: - Li abbiamo divisi e ognuno si trova in una stanza per conto suo. Ovviamente tutti e tre in uno stato d'ansia molto evidente. Il sindaco, a cui è stato dato Sulphur, tremava ed era pieno di brividi. E' stato meglio quando il maresciallo gli ha dato da bere un bicchiere d'acqua fresca. La donna a cui è stato dato Magnesia carbonica ha chiesto un bicchiere di latte, poi si è fatta dare una coperta e adesso cerca di prendere sonno sdraiata sopra una branda. L'altra donna a cui è stata data Taren-

tula, ha iniziato prima a mordersi le unghie, poi si è tirata nervosamente i capelli, ma ha trovato una certa calma ascoltando musica rap attraverso le cuffie del suo iPod. Giretti puntò l'indice contro la ricetta di Magnesia carbonica. - Lei è l'assassina!

Il magistrato: - Come fai ad essere così sicuro?

Giretti: - Perché mentre l'ansia di Sulphur migliora bevendo acqua fresca e quella di Tarentula ascoltando musica ritmata. Lo stato di agitazione di Magnesia carbonica, invece, migliora muovendosi e aggrava con il riposo e avvolgendosi con qualcosa di caldo come le coperte; inoltre la vera Magnesia carbonica è intollerante al latte! Costei non è stata visitata, ma ha solo falsificato la ricetta del medico, imitando la sua calligrafia.

Dopo cinque ore di duro interrogatorio la donna confessò. Era l'amante del medico, per lui aveva lasciato figli e marito. Lo aveva ucciso poiché lui voleva lasciarla. ■

**Gianguglielmo Bergamaschi** - Insisto su un mio pensiero: i principali avversari alla diffusione dell'omeopatia sono gli omeopati, che nel delirio del "io ho ragione e gli altri no" più di chiunque altro si danno da fare nel limitare quello che è il principale motore di questa diffusione (pare) inarrestabile: il passaparola dei pazienti soddisfatti. [...] Personalmente, decisi di NON essere "unicista" ben più di 15 anni or sono: uscendo da un percorso di formazione agopunturale e omotossicologica, ma affascinato da questa benedetta omeopatia unicista hahnemaniana (???), riuscii ad imbucarmi in una specie di incontro carbonaro a Desenzano sul Garda, col grande Eliziade Masi. Tre giorni a parlare di Menyanthes... Alla fine dei tre giorni uno dei partecipanti, armato di testi di San Tommaso d'Aquino e Dizionario dei Simboli, chiese al maestro un caso in cui fosse riuscito a prescrivere il "simillimum". Risposta: "Me lo ricordo benissimo, perchè è l'unica volta in cui riuscii ad usare il simillimum..." (segue descrizione del caso, Arnica, per la cronaca). Adoro l'integrazione come applicazione clinica personale, ma amo anche gli integralisti, perchè in ogni modo sono quelli dai quali si impara di più.

## Dalle pagine di OmeopatiaOnline...

**Simonetta Bernardini** - Scusa Gianguglielmo e scusatemi amici, vorrei fare una riflessione per capire: ma se il grande Masi Eliziade nella sua esperienza è riuscito una sola volta a prescrivere il simillimum questo cosa vuol dire? Ha senso parlare di simillimum? Ha più senso parlare di simile... Noi non siamo Templari... Se ogni giorno facciamo "omeopatia efficace prêt-à-porter" che spazio deve avere il dogma? Dagli integralisti si impara di più? Che cosa? Teoria o pratica clinica? Perchè se si impara la teoria del simillimum ma poi il simillimum non lo trova neanche Masi, cosa si impara in realtà? Sapere per saper fare. Un'altra domanda, perchè vorrei capire: come glielo spieghiamo ai nostri colleghi medici convenzionali che vorremo portare l'omeopatia nella pratica clinica quotidiana della medicina insegnandoli a cercare il (santo) graal-simillimum che però è difficilissimo da trovare? Non sto dicendo che non credo nel simillimum. Ma le parole per dirlo, secondo un principio di realtà, dopo la tua testimonianza che è un fatto importante non so, onestamente, come trovarle.

**Paolo Bellavite** - Capisco Simonetta che la tua è una provocazione e ti rispondo in modo altrettanto provocatorio: Masi oggi è quasi incomprendibile (forse anche dai masiani?) come lo è San Tommaso d'Aquino! Concordo che il simillimum non esiste, che altrimenti dovrebbero esistere 6.000.000.000 di rimedi, bisogna sempre accontentarsi del simile; è anche vero che ci si può avvicinare. Ma il problema è spesso equivocado, per tante ragioni. Io ho ben cercato di capire come funziona il simile "oltre Boyd", per spiegare a me stesso, che se capisco io poi riesco a spiegarlo anche ai "convenzionali" di mente aperta (che allora non sono più convenzionali). Il punto non è il simillimum (che non esiste), né la diluizione: il punto è che nelle malattie (anzi, nei malati) ci sono diversi livelli del disordine che vanno dalla molecola, alla cellula, all'organo e al sistema. Questi livelli sono frattalici ologrammici, intrecciati ovviamente, ma disposti anche in un modo consequenziale: ad esempio il rilascio di istamina è controllato dai basofili, i quali sono controllati dai linfociti B, i quali sono controllati dal rapporto TH1/2, il quale rapporto dipende da quanto cortisone si produce, ma questo a sua volta dipende dall'ipotalamo e dall'epifisi, oltre che dalle citochine etc. Il simile (non il simillimum), anche se imperfetto, per fortuna nostra funziona spesso e volentieri a tutti i livelli. L'importante è "toccare" il punto critico della sensibilità del sistema alterato, per innescare la reazione secondo la regola di Wilder (anche di questo tratta Boyd, non solo di Arndt-Schulz). Se vogliamo andare a "capire" e soprattutto "toccare farmacologicamente" un livello profondo, o meglio precoce nella catena causale e quindi più generale e sistemico, non abbiamo molte altre "armi" del metodo inventato da Hahnemann (i successori possono aver un po' perfezionato, altri un po' peggiorato). Cioè sfruttare le conoscenze del potere patogeno dei farmaci, a tutti i livelli. Il metodo di Hahnemann (giustamente Gino dice che sarebbe più corretto chiamarlo costituzionalista piuttosto che unicista: il fatto di usare un solo medicinale alla volta vale solo perchè in tal approccio si può capire meglio se ha funzionato o no nel follow up) ha senso solo se ci interessa quel livello di regolazione farmacologica, che non si raggiunge con nessun altro metodo "convenzionale".

# R1



PHARMAZEUTISCHE FABRIK  
**DR. RECKEWEG & CO.**  
BENSHEIM

## L'antinfiammatorio omeopatico

### COMPLESSO AD AZIONE SPECIFICA SUL DISTRETTO ORL

I rimedi contenuti in R1 (Apis mellifica<sup>(2)</sup>, Barium chloratum<sup>(3)</sup>, Belladonna<sup>(3)</sup>, Calcium jodatum<sup>(3)</sup>, Hepar sulfur<sup>(1)</sup>, Kalium bichromicum<sup>(2)</sup>, Lachesis<sup>(2)</sup>, Marum verum<sup>(1)</sup>, Mercurius sublimatus corrosivus<sup>(4)</sup>, Phytolacca<sup>(4)</sup>) vengono tradizionalmente impiegati in tutti gli stati flogistici compresi quelli di derivazione batterica che causano faringiti, tonsilliti, adenoiditi, sinusiti, otiti, tracheo-bronchiti<sup>(5)</sup>.

La somministrazione di R1 induce un miglioramento significativo dei parametri clinici infiammatori, accompagnato da una ottima tollerabilità e compliance<sup>(6,7)</sup>.



*Bibliografia:* 1) Boericke W. - *Homoeopathic Materia Medica* - <http://homeoint.org/books/boericmm/1/teucr.htm>; <http://homeoint.org/books/boericmm/1/hep.htm>; 2) Charette G. - *La Materia Medica Omeopatica Spiegata*. Pagg. 26-29; 162-164; 173-178 - Nuova Ipsa Editore, Palermo, 1997; 3) Clarke J.H. - *A Dictionary of Practical Materia Medica* Vol. 1. Pagg. 266-280; 373 - Nuova Ipsa Editore, Palermo, 1994; 4) Morrison R. - *Manuale Guida Ai Sintomi Chiave e Di Conferma*. Pagg. 247-248; 297-299 - Bruno Galeazzi Editore, Bassano del Grappa (VI), 1998; 5) Prandelli T. - *Analisi repertoriale di alcuni complessi omeopatici e razionale del loro utilizzo* - *Omeopatia Oggi* 26: 6-38, 2002; 6) Ricciotti F., Bernardini C., Giannuzzi A.L., Passali G.C., Passali D. - *Studio pilota sulle rinosinusi croniche per valutare l'efficacia e la tollerabilità di un trattamento antibiotico standard (amoxicillina e acido clavulanico) associato a un complesso omeopatico (Dr Reckeweg R1)* - *Riv. Orl. Aud. Fon.* Vol. 25 - n. 2-4: 109-117, aprile/dicembre 2005; 7) Visalli N., Pulcri P. - *Gocce o compresse, efficacia e tollerabilità*. - *Omeopatia Oggi* 19: 22-25, 1999.

# IMO

Via Firenze, 34 - 20060 Trezzano Rosa (MI) - Tel. 02 90.93.13.250 - Fax. 02 90.93.13.211 - [www.omeoimo.it](http://www.omeoimo.it) - e-mail: [imo@omeoimo.it](mailto:imo@omeoimo.it)

# Grandi risultati con mezzi modesti

Edoardo Bernkopf

E-mail: edber@studiober.com

All'alba del 27 marzo '41 dalle basi di Napoli, Taranto, Brindisi e Messina, con la scorta di numerose cacciatorpediniere, salpavano la corazzata Vittorio Veneto e otto incrociatori ("Trieste", "Trento", "Bolzano", "Zara", "Pola", "Fiume", "Duca degli Abruzzi" e "Garibaldi"). Riunendosi in mare, si apprestavano ad effettuare al comando dell'Ammiraglio Angelo Jachino la più importante operazione navale di superficie concepita della nostra Marina, che intendeva misurarsi direttamente da pari a pari con la Mediterranean Fleet britannica dell'Amm. Cunningham.

Lo scontro si svolse al largo di Capo Matapan, iniziò il 28, e finì con la dolorosa perdita di 3 incrociatori ("Pola", "Fiume" e "Zara"), di varie cacciatorpediniere, fra cui l'Alfieri e il Carducci, oltre al danneggiamento della "Vittorio Veneto", che, colpita da un siluro, riuscì fortunatamente a rientrare alla base. La nostra Regia Marina conosceva bene la propria inferiorità, ma un po' per esigenze di propaganda, un po' per orgoglio militare, un po' perché stimolata dagli alleati tedeschi, che ne sollecitavano un impiego più deciso, aveva voluto tentare di misurarsi con il nemico secondo gli schemi bellici tradizionali: e fu il disastro.

In medicina le "regole di ingaggio" con le varie malattie, cioè le indicazioni scientifiche e le Linee Guida che dovrebbero illuminare un corretto approccio clinico provengono prevalentemente dal mondo anglosassone, sostanziale padrone dei mari scientifici, in cui ha imposto anche la lingua, strumento che, è bene ricordarlo, con i suoi limiti spesso contribuisce a limitare anche i pensieri: a forza di scrivere in inglese si finisce per pensare in inglese e alla lunga può risultare difficile non solo poter scrivere, ma anche poter pensare quello che gli anglosassoni non possono pensare.

Sfugge il fatto che quelle anglosassoni e statunitensi in particolare sono realtà mediche economicamente ricche e scarsamente sensibili alla socialità e alla solidarietà:

negli Stati Uniti si calcola che più di 45 milioni di cittadini non rientrano nel sistema statale di assistenza medica, in quanto non possono permetterselo: questo ovviamente non scalfisce il valore scientifico delle acquisizioni che il medesimo sistema produce, anzi ne esalta paradossalmente le potenzialità.

I risultati delle ricerche scientifiche e le innovazioni concettuali, tecniche e tecnologiche che il progresso determina vengono recepiti in tutto il mondo, per lo più da esponenti di Centri di Eccellenza ben inseriti nei circuiti scientifici internazionali, lodevolmente presenti anche nel nostro Paese. Tali centri, peraltro, per propria natura, hanno incidenza assai scarsa sull'assistenza territoriale di base. D'altra parte, sono per lo più, anche se non unicamente, medici operanti in tali Centri, cioè rappresentanti apicali del nostro Sistema Sanitario Nazionale, ad elaborare le Linee Guida Nazionali.

Queste regole comportamentali, però, vanno a responsabilizzare direttamente colleghi che operano in un Sistema Sanitario prevalentemente assistenziale e improntato alla solidarietà, e quindi in gran parte non autofinanziato con il diretto o indiretto pagamento dei servizi da parte dell'utente.



Figura 1  
Amm. Angelo Jachino.



Figura 2  
Sir Andrew Browne Cunningham.

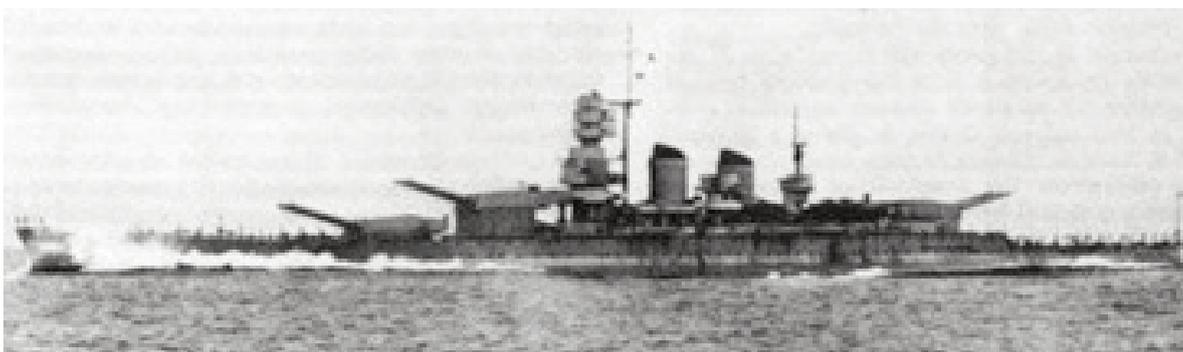


Figura 3  
La corazzata  
"Vittorio Veneto".



**Figura 4**  
Luigi Durand  
De La Penne,  
Tenente di Vascello,  
Medaglia d'Oro  
al Valor Militare.

Per questo, a differenza che nella medicina d'oltre oceano, tale finanziamento risulta cronicamente inadeguato, e soprattutto quanto mai disomogeneo dal punto di vista territoriale dalle Alpi alla Sicilia. La maggior parte quindi dei medici interessati dalle regole così fissate, come i marinai imbarcati sulle Regie Navi a Capo Matapan, non possono sottrarsi, e rischiano in proprio la difficoltà di rispondere alle aspettative nei propri confronti e alle sempre più frequenti aggressioni medico legali: spesso, come a Caporetto, l'insipienza degli alti comandi viene scaricata sui soldati. Difficilmente a seguito delle crescita delle necessità "scientifiche" il Sistema può reggerne economicamente e professionalmente all'impatto di una passiva traduzione nella lingua e nel sistema nazionali di ciò che proviene dagli Stati Uniti, in assenza di linee guida e schemi comportamentali nuovi, frutto di nuove e originali elaborazioni "filosofiche" prima ancora che scientifiche o tecniche.

Gli schemi di approccio tradizionale con le malattie respiratorie prevedono l'attenta considerazione di due ordini di fattori: l'agente eziologico proveniente dall'esterno (batterio, virus, allergene, elemento inquinante) e le caratteristiche dell'ospite (pattern genetico - familiare, recettività immunologia, eventuale stato allergico): su queste componenti si concentra pressoché tutta la professionalità dei curanti, che, secondo le Linee Guida vigenti, si servono delle tradizionali possibilità terapeutiche: farmacologiche, vaccinali, chirurgiche. Sfugge quasi sempre un elemento: la necessità per gli agenti esterni di servirsi di una "porta di ingresso" nell'organismo del paziente, e che le caratteristiche di questa porta di ingresso possano essere un parametro estremamente importante, non solo nella

patogenesi della malattia, ma anche nell'approccio terapeutico.

Lo schema respiratorio che abitualmente si impiega a riposo può essere di tipo nasale (il più corretto e più biologicamente vantaggioso) o orale. Ciò influenza non poco le caratteristiche della "porta di ingresso" di cui sopra. La presenza di uno schema respiratorio orale facilita enormemente l'ingresso di agenti nocivi e by. - passa le molteplici difese presenti nella via nasale, difese spesso più efficaci dei sofisticati trattamenti terapeutici di provenienza esterna.

La malocclusione dentale e la malposizione mandibolare sono spesso alla base dell'instaurarsi di uno schema respiratorio orale, e la sua considerazione può risultare determinante anche a livello terapeutico: lo schema respiratorio non costituisce infatti una caratteristica fissa di un soggetto, ma può variare anche spontaneamente nell'arco della giornata e delle sue condizioni psicofisiche, e, soprattutto, costituisce un parametro fisiopatologico modificabile con adeguato trattamento.

Trattare dal punto di vista medico-farmacologico un paziente che continua a respirare con la bocca è un po' come pretendere di farlo lasciandolo nudo alle intemperie.

Il ripristino di uno schema respiratorio nasale, ottenibile con l'applicazione di dispositivi endo-orali di tipo ortodontico comporta una ricaduta positiva a vari livelli: in particolare non può che riverberare positivamente sulla salute respiratoria generale. Il costo di un trattamento ortodontico, abitualmente considerato alto, se paragonato in modo scientifico con i costi degli approcci diagnostici e terapeutici tradizionali, si rivelerebbe addirittura concorrenziale.

Nella notte del 18 dicembre 1941, nella munitissima base britannica di Alessandria, l'impiego di tre Siluri a Lenta Corsa della Decima Flottiglia MAS (i così detti "Maiali"), mezzi d'assalto subacquei lunghi poco più di sei metri ma di originale progetto tecnico e di rivoluzionario impiego tattico, al comando del Tenente di Vascello Medaglia d'oro al Valor Militare Luigi Durand de la Penne, portò al semiaffondamento della petroliera "Sagona" e di due importanti corazzate, la "Valiant" (una delle navi da battaglia di Cunningham a Capo Matapan) e la "Queen Elizabeth".

I danni impedivano alle navi di rivedere il mare prima della fine del conflitto. In precedenza, il 25 Marzo 1941, i mezzi d'assalto di superficie, pur sempre barchini di pochi metri, penetrati nella base britannica di Suda, nell'Isola di Creta, avevano affondato l'incrociatore "York".

Quando nella primavera del '45, a Valdagno, in provincia di Vicenza, i guastatori del "Gruppo Gamma", fra gli ultimi combattenti della Decima, si arresero, oltre all'onore delle armi, ebbero dagli angloamericani l'offerta di collaborare nella guerra contro il Giappone: le più potenti marine del mondo riconoscevano con questa offerta la peculiare e irripetibile potenzialità offensiva dell'originale esperienza italiana della Decima Mas, che con mezzi modestissimi, ma ben amministrati da uomini capaci e coraggiosi, in grado di elaborare schemi tattici

e comportamentali del tutto nuovi e rivoluzionari, aveva ottenuto risultati ben maggiori dell'orgogliosa flotta di superficie, che aveva preteso di muoversi secondo gli schemi tattici tradizionali ed abituali, collezionando sconfitte. Il pragmatismo anglosassone non è peraltro ubiquitario: ipotesi di percorsi diversi dalle Linee Guida internazionali, nel nostro sistema sanitario sono per molti motivi difficili anche solo da proporre.

Va ricordato, del resto, che la proposta degli anglo-americani fu rifiutata: neanche ai marò della Decima interessava l'impiego in acque troppo straniere e lontane dal Mare Nostrum. L'odontoiatria potrebbe avere un ruolo molto importante in molte patologie di confine, non solo respiratorie, ma la sua classe dirigente, sia in campo scientifico che associativo, non è attualmente in grado di interpretarlo. D'altronde, le altre discipline di riferimento nelle patologie di confine non sarebbero preparate ad accettarlo.

#### APPENDICE

La bocca costituisce una porta fra l'organismo e l'ambiente esterno: tutte le patologie legate ad elementi patogeni che si mescolano all'aria che inspiriamo necessitano di una porta di ingresso, che nella patologia stessa o quantomeno nella sua gravità non può non giocare un qualche ruolo. "Tutte le malattie entrano dalla bocca!" diceva Confucio.

Quando si respira abitualmente con la bocca anziché con il naso, l'aria inspirata salta il filtro costituito dall'epitelio nasale ciliato e, senza essere preriscaldata, umidificata e filtrata nelle fosse nasali e nei seni paranasali, investe la gola, irritandola cronicamente, e prosegue, sempre in condizioni fisico-chimiche sfavorevoli, nelle basse vie. Solitamente questa situazione, molto comune, viene attribuita al cattivo funzionamento del naso, legato ad anatomie sfavorevoli oppure a condizioni patologiche croniche: in realtà è spesso espressione di una competizione fisiopatologica fra naso e bocca, competizione "vinta", per così dire, necessariamente dalla bocca in quanto dotata di minori resistenze al flusso aereo, ma la cui "vittoria" è pagata dal naso: infatti la sua mancata ventilazione predispone alle complicanze patologiche ricorrenti e croniche, che sono erroneamente scambiate per la causa anziché identificate come effetto di uno schema respiratorio anomalo, vale a dire di uno schema di Respirazione Orale Primaria che ha appunto nella bocca la sua causa prima. Non è solo il ruolo di porta e barriera fra individuo e ambiente a individuare nella bocca un potenziale ruolo patogenetico in molte patologie, non solo respiratorie.

Nel retrobocca si realizzano la maggior parte delle problematiche ostruttive, legate al conflitto fra parete faringea, palato molle e tonsille da un lato con la base della lingua dall'altro, conflitto che la gestione ortognatodontica della postura mandibolare e della dentatura possono vantaggiosamente modificare. La Sindrome dell'Apnea Ostruttiva nel Sonno, la più significativa fra queste patologie, può sostenere secondariamente tutta una serie di quadri patologici che possono essere confusi con patologie primarie: GER, Enuresi, ADHD, deficit

di crescita, Ipertensione. La malposizione mandibolare può sostenere una cefalea che, per caratteristiche cliniche, non si discosta da un quadro emicranico o di tipo tensivo, e con queste ultime cefalee primarie viene spesso confusa, condannando il paziente ad una gestione farmacologica a vita. Un conflitto fra condilo mandibolare e orecchio (tuba di Eustachio in particolare) può rendere ragione di molti quadri di Otite Media Acuta Ricorrente e di Vertigine Parossistica, fino a poter dare una suggestiva interpretazione della patogenesi, tuttora oscura, della Malattia di Menière. La compressione del massetere sul dotto di Stenone predispone alle Parotiti Ricorrenti Giovanili, così come alle scialoliti del l'adulto: in queste ultime va sottolineato come sia facile considerare il calcolo causa del ristagno salivare, anziché quest'ultimo causa della precipitazione del calcolo, avviando così il quadro clinico alla reiterazione di successive crisi, come tutte le volte che, nell'interpretazione di un quadro clinico, si scambia la causa con l'effetto. In molte patologie, la presenza di una anamnesi familiare positiva, che orienta verso una prognosi sfavorevole, costituisce invece motivo di fiducia (oltreché di conferma diagnostica) se i componenti dello stesso ceppo familiare sono accomunati dalla medesima conformazione anatomica cranio mandibolare di cui l'occlusione dentaria e la postura mandibolare costituiscono una importante componente.

Infine la postura mandibolare scorretta costituisce elemento non secondario di atteggiamenti scoliotici o comunque compensatori a livello rachideo che, presi da soli, rischiano ancora una volta di veder confusa la causa con la conseguenza di un quadro clinico, e di veder concentrati i curanti sulle conseguenze a lungo termine quali degenerazioni artrosiche e erniazioni discali. ■



**Figura 5**  
Confucio  
(28 settembre 551 aC,  
479 aC).

# Staphysagria

**Tiziana Di Giampietro**

*Medico omeopata, pediatra  
E-mail: t.digiampietro@siomi.it*

## **Paolo**

Paolo è un bambino di un anno e sei mesi che si nutre di solo latte materno. Visitato subito dopo la nascita, è cresciuto costantemente al 25° centile fino al terzo mese, quindi ha iniziato un graduale calo ponderale.

I giovani genitori, contrari a terapie farmacologiche e ad ogni pratica strumentale sul figlio, alla richiesta di un esame delle urine si erano rivolti ad un pediatra amico che aveva assecondato la famiglia limitandosi a somministrare dei fiori di Bach senza indagare ed escludere che il sintomo fosse espressione di altre patologie. Il bimbo del resto era stenico, reattivo, con uno sviluppo neurologico adeguato all'età.

Alcun segno di malessere, se si escludeva il rifiuto di ogni alimento che non fosse il latte materno e la correlata assenza di crescita.

Circa 6 mesi dopo rividi il bimbo poiché la madre, esortata da un'amica, tornò a consultarmi. Paolo, di 9 mesi, aveva un peso praticamente fermo a quello dell'ultimo controllo effettuato all'età di tre mesi! La curva di crescita sul grafico tracciava una parallela alle ascisse dal 25° centile a tre mesi al punto di molto sotto il 3° centile sull'ordinata dei 9 mesi. Alzai gli occhi sul bimbo, incontrai i suoi neri e intensi, i capelli neri, e pensai d'istinto "Iodum"!

Ma non è l'istinto che deve guidare la prescrizione.

## La natura è la nostra passione



Era tra le braccia materne, posizione che difficilmente abbandonò fino a che, due mesi dopo, cominciò a camminare. Il padre sempre presente, assecondava in un silenzio amorevole i due.

Naturalmente i genitori rifiutavano analisi del sangue. Valutai lo sviluppo psicomotorio che era assolutamente nella norma: un piccolo, armonico, vispo furetto che ti fissava negli occhi, che era interessato all'ambiente, che si ostinava a volere solo il seno materno, cosa di cui la madre era intimamente soddisfatta, affermando che comunque il piccolo "stava bene".

Il contatto con altri cibi si limitava, anche nei mesi successivi, a una mollica di pane o un cucchiaino di uovo o un pezzetto di polpetta ogni due o tre giorni. Il ricovero a 7 mesi nel reparto pediatrico dell'ospedale, dove lavorava il collega, non aveva portato ad una diagnosi se non alla convinzione dei medici che la madre fosse "strana", con conseguente rottura dei rapporti. Paolo era un paziente "scomodo", con genitori non collaboranti.

Lo avevano infine dimesso con firma del padre.

Nei primi incontri studiai i genitori per capire ed adottare un atteggiamento condivisibile. La situazione, molto delicata, mi investiva della responsabilità d'essere l'unica occasione di contatto per il piccolo.

Da un lato l'urgenza "vitale" di nutrirlo, dall'altra una madre prevenuta che, se troppo esortata avrebbe potuto allontanarsi di nuovo, perdendo altro tempo prezioso. Un giorno, alla proposta di controllare insieme ogni settimana la crescita del peso, arrivò ad accusarmi di voler vedere il figlio malato per poter fare tante visite.

La guardai negli occhi e vidi una madre che soffriva e con calma le spiegai che, essendo un pediatra convenzionato, l'aumento del numero delle visite di Paolo non mi avrebbe portato incentivi economici ma che il mio interesse era per un suo accrescimento costante, indice di buona salute. Inoltre volevo che non si sentisse sola e avesse in me un riferimento.

Tutto cambiò e i nostri incontri si fecero più sereni fino a che, forse per l'empatia che si era creata, riuscii a farle fare alcuni esami del sangue che risultarono negativi anche per la celiachia. Avvertii nel contempo, grazie alla sua apertura, la sensazione di una sofferenza interiore ed una dolcezza che le impediva di difendersi.

Mi chiese una visita omeopatica e la scoprii Staphysagria, non per informazioni dettagliate sui sintomi fisici e generali (in gravidanza aveva avuto, mi riferì, un dispiacere e provato una rabbia), quanto per l'essenza della reazione, per la repressione che aveva adottato dell'evento sofferto, i cui particolari non mi svelò e che non indagai.

E' facile trovare nell'anamnesi di questo policreste maltrattamenti da parte di mariti o di genitori aggressivi che inducono nella vittima, invece che rabbia e reazione, un senso di colpa o di vergogna. Chi assume il medicinale potrà trovare la forza interiore per porre fine al rapporto che lo ferisce.

Le prescrissi Staphysagria 200CH e, mi disse in seguito di essersi sentita molto meglio. Paolo intanto aveva 12 mesi.

Serio, tranquillo e composto, molto sensibile e vulnerabile aveva la tipologia di un Natrum muriaticum. Aveva paura se lo sollevavo in alto per gioco o se mi trovava col camice da medico.

La madre era attenta a non portarlo a visita appena sveglio perché, diceva, era molto irritabile. Ama i dolci. Non si ammala mai: un solo episodio di tosse continua nervosa. Dorme molto di giorno ma si sveglia di notte. Prescrissi allora anche a Paolo una dose di Staphysagria alla 200K. Il giorno dopo e per una settimana mangiò con appetito. La curva del peso, in calo sotto il 3° centile, si fermò. Poi tornò a digiunare ed ebbe una gastroenterite contagiata dai genitori. Consigliai Arsenicum album 7CH, Nux Vomica 5CH e dieta adeguata a tutta la famiglia e seguì una pronta risoluzione.

Al controllo prescrissi Staphysagria 30 CH in dose. Per un mese non ebbi notizie del bimbo e poi un giorno la madre mi telefonò per "condividere con me una gioia": Paolo aveva mangiato a tavola con i genitori ed i nonni un enorme piatto di spaghetti con sugo di carne, il secondo con contorno e la frutta ... era famelico!

L'appetito ad oggi non si è estinto. Paolo non è un bimbo "grasso" ma cresce con regolarità ed il suo sviluppo, sempre sotto controllo, è tornato al di sopra del 3° centile. Il suo appetito non è più un problema.

### Febe

E' una bimba di un anno e sei mesi, secondogenita di una sorellina affetta da Cistinosi esordita come Sindrome di Fanconi ed ora in terapia.

La definizione diagnostica era stata perfezionata durante la gravidanza di Febe, in un periodo molto doloroso per la madre che seguiva la primogenita che peggiorava visibilmente il suo stato di salute. Alla nascita Febe presentava una malformazione capillare segmentaria con angiocheratomi dell'arto inferiore sinistro ed era eterozigote per Cistinosi con sospetta miastenia generalizzata a causa del tono muscolare ridotto particolarmente al tronco e ai muscoli antigravitari del collo.

La RMN mostrava inoltre un sospetto angioma cavernoso intramidollare in D12-L1.

Si sospetta una Sindrome di Klippel-Trenaunay-Weber. Anche per lei il padre e la dolcissima madre, iniziano i viaggi della speranza fra i centri di eccellenza per la diagnosi e il possibile trattamento.

La piccola Febe, pallida e inappetente, ha la stessa espressione di dolce fiducia negli occhi con cui mi guarda la madre. La diagnosi arriva e la terapia viene indicata nel moderno laser Multiplex che effettua nell'ospedale della sua città. La madre mi racconta che Febe non ha appetito e dimagrisce.

Prescrivo ad entrambe Staphysagria 30CH e avverto la madre che l'effetto potrebbe evidenziarsi dopo un mese. E puntualmente, a distanza esatta di un mese, Febe comincia a mangiare.

Entrambi silenziosi, indifferenti, apatici e tristi, malinconici, solitari, di poche parole, inappetenti. Entrambi migliorati da Staphysagria. ■

# L'audit clinico e alcuni esempi di sue applicazioni in omeopatia

Candida Berti, Edoardo Felisi

E-mail: candber@tin.it

La domanda di qualità ha assunto un'importanza ogni giorno più rilevante negli ultimi decenni coinvolgendo aspetti sempre più numerosi della vita del singolo individuo e della collettività. Dapprima, sono stati i settori produttivi di beni e, in un secondo tempo, quelli di servizi che hanno sviluppato sistemi di controllo della qualità sempre più raffinati e confacenti alle esigenze del mercato e dei consumatori. Un esempio tipico è costituito dalle certificazioni UNI EN ISO 9000 e UNI EN ISO 9004:2009 che comprendono un insieme di norme di applicazione generale i cui requisiti sono costruiti per fornire al cliente una garanzia non attraverso un semplice controllo sul risultato ma, piuttosto, sul rispetto di procedure predefinite così da limitare adeguatamente i rischi di non conformità e le modalità per mantenere nel tempo il controllo della stessa.

Le stesse problematiche sono state affrontate in medicina, sia nel campo dell'organizzazione (clinical audit) che in quello della clinica (medical audit). L'omeopatia moderna non sfugge alla necessità di adeguarsi, con le sue modalità specifiche, alla necessità del controllo di qualità dei suoi processi.

Dalla fine degli anni '90, con l'aiuto di alcuni colleghi, abbiamo sentito l'esigenza di analizzare e verificare in modo più sistematico il nostro operato. Abbiamo applicato le procedure dell'audit sia alla nostra metodologia di prescrizione sia ad alcune patologie, quali l'orticaria cronica, l'asma bronchiale e la dermatite atopica.

## Il concetto di qualità

Agli inizi degli anni '80 sono stati realizzati i primi studi che hanno messo in rilievo quali sono gli elementi fondamentali del ciclo del clinical audit cioè del processo di monitoraggio e miglioramento della qualità: a) definizione; b) elaborazione e valutazione dei metodi per la misurazione; c) analisi e sviluppo di metodologie concrete per il miglioramento. Primo elemento da affrontare è quindi la **definizione della qualità**.

Esistono molte interpretazioni di tale definizione legate ai diversi punti di vista dei vari soggetti interessati. La definizione di qualità è quindi fortemente condizionata dalle diverse aspettative di pazienti, professionisti, dirigenti ed enti finanziatori. Per i pazienti la qualità, più spesso, coincide con l'accesso alle cure migliori e con la partecipazione alla scelta della terapia, per i professionisti con la disponibilità dei mezzi di diagnosi e cura, per gli amministratori con il raggiungimento di un rapporto costo/benefici favorevole e per gli enti finanziatori con un ottimale sfruttamento delle risorse.

L'altro elemento che determina la pluralità dei metodi di approccio alla qualità è il suo carattere multidimensionale.

Se Maxwell, negli anni 80, definì per primo la qualità dell'assistenza sanitaria, fu Donabedian a dare un importante impulso allo sviluppo del concetto di qualità nella cura della salute proponendo alcune diverse definizioni, tra le quali la più nota prevede tre dimensioni: a) la struttura; b) il processo; c) i risultati della cura.

Gli studi più recenti hanno condotto a nuove definizioni della qualità dell'assistenza sanitaria e quella che consideriamo più moderna appartiene a Richard Baker, direttore dell'unità di ricerca e di sviluppo del Clinical Governance dell'Università di Leicester: *“La qualità può essere definita come il giudizio su un elemento dell'assistenza sanitaria. Tale giudizio è determinato dalla misura in cui gli aspetti tecnici dell'assistenza sanitaria concordano con le migliori prove oggi disponibili, oppure, in mancanza di prove, con l'opinione più accreditata, è conforme alle preferenze dei pazienti ed è autorizzato dai codici che regolano la pratica clinica, esplicitamente espressi mediante regolamenti e legislazioni o impliciti nell'opinione pubblica”*.

## Clinical audit

La definizione del concetto di qualità rappresenta quindi il primo passo verso la costruzione di un sistema di controllo che prevede successivamente, come abbiamo già detto, **l'elaborazione e la valutazione dei metodi per misurare e per migliorare la qualità**.

Una delle iniziative più significative intraprese nell'area della pratica clinica e dell'assistenza sanitaria, negli ultimi anni, è stata senz'altro il **clinical audit**, inteso come un metodo sistematico per la misurazione e il miglioramento della qualità delle cure e dell'assistenza fornite al paziente. In questo ambito si inserisce il controllo della qualità della prescrizione in medicina, in generale, e in omeopatia in particolare.

Ma che cos'è il clinical audit?

*“Il clinical audit è un processo che consiste nel monitorare le procedure utilizzate nella diagnosi, nell'assistenza e nella terapia, nell'esaminare come le diverse risorse vengano usate in sinergia e nel valutare l'effetto delle cure sui risultati e sulla qualità di vita del paziente”* (The Department of Health (DoH), 1993, “Clinical Audit: Meeting and improving standards in healthcare”).

Esso coinvolge la struttura che concerne la disponibilità e l'organizzazione delle risorse (umane, strumentali e strutturali) necessarie per l'erogazione del servizio, il processo che riguarda il modo in cui il malato è accolto e

gestito dal servizio dal momento in cui è inviato al momento in cui è dimesso, i risultati che esplicitano l'effetto dell'intervento clinico sul paziente. Questi ultimi investono una varietà di aspetti, per esempio: l'effetto sulla salute e sulla qualità di vita del paziente, il controllo dei sintomi, la soddisfazione del paziente rispetto all'assistenza clinica, l'evoluzione della malattia.

### Metodi di audit

Ma in realtà come può essere strutturato il clinical audit? Innanzitutto deve essere definito uno **standard di cura** (nel senso inglese del termine, più simile a quello italiano di assistenza che non a quello di terapia) che dovrebbe essere idealmente concordato tra tutti coloro che saranno coinvolti nella gestione del servizio. Lo standard non necessariamente deve avere un valore assoluto, al contrario può avere un livello di performance concordato localmente e che può essere valido, secondo il parere dei sanitari coinvolti, solo in una particolare popolazione e in particolari condizioni.

E' necessario poi sviluppare i **criteri** che forniscono informazioni pratiche e dettagliate su come ottenere tale standard. Essi devono essere rilevanti, comprensibili, misurabili, definiti dal punto di vista comportamentale e realistici.

Lo stesso tipo di procedimento può essere applicato all'attività di un singolo medico che opera ambulatorialmente o a un gruppo di medici che svolgono il loro lavoro in differenti ambulatori, ma con una procedura concordata e sovrapponibile, dunque confrontabile. In questo caso viene definito **medical audit**.

### Audit e ricerca

Si incontra spesso confusione quando si cerca di tracciare una distinzione tra audit e ricerca; in effetti, ambedue pongono domande sulla qualità dell'assistenza, ma presentano similitudini e differenze. La ricerca contribuisce a determinare che cos'è la buona pratica clinica, l'audit contribuisce a determinare se questa conoscenza viene utilizzata nel contesto clinico.

“L'audit è un processo teso ad influenzare le attività di un individuo o di un piccolo gruppo; la ricerca clinica cerca invece di influenzare l'assistenza sanitaria nel suo insieme.” Crombie et al (1993), “The Audit Handbook: Improving Health care through Clinical Audit”.

Le **similarità** fra audit e ricerca sono lo spirito di investigazione, l'approfondimento della conoscenza e della comprensione, la condivisione di un approccio metodologico meticoloso (progetto, procedura, analisi ed interpretazione), la richiesta di impegno e supporto, l'uso più efficace delle risorse e il miglioramento della qualità dell'assistenza. Le **differenze**, invece, riguardano soprattutto il fatto che nell'audit si realizza la revisione dell'assistenza per identificare i miglioramenti possibili e gli strumenti per attuarli, mentre nella ricerca si persegue l'investigazione sistematica tesa ad aumentare il volume delle conoscenze e l'identificazione del trattamento più efficace e la definizione della migliore pratica, attraverso trial controllati.

### Audit e omeopatia

L'utilizzazione dell'audit in campo omeopatico è un fenomeno relativamente recente e fino a ora vi si sono cimentati in particolare alcuni gruppi europei.

Il controllo di qualità della diagnosi e della prescrizione omeopatiche pone i problemi che in generale devono essere affrontati nell'audit della medicina convenzionale, come è stato ampiamente esposto precedentemente, ma necessita anche della risoluzione di problemi che sono peculiari al metodo stesso, quali, ad esempio, la personalizzazione della terapia, la difficoltà di definire degli standard nella terapia di terreno e la scarsità di strutture sanitarie che erogano un servizio su larga scala. Oggi in Italia l'Ospedale di Medicina Integrata di Pitigliano ci offre finalmente l'opportunità di poter dare un contributo rilevante a questa importante area di studio.

Il problema dell'audit in omeopatia è stato per la prima volta affrontato dal gruppo “Clinical Audit, Effectiveness & Quality” del Royal London Homeopathic Hospital (RLHH), coordinato da Fiona Sharples e Robbert van-Haselen, che ha potuto affrontare il problema del controllo di qualità riferendosi sia al singolo prescrittore sia ad una struttura più complessa in cui l'erogazione del servizio è strettamente connessa al coordinamento di più professionisti e di diversi reparti.

Analizzeremo ora le caratteristiche peculiari del **medical audit omeopatico**: il controllo della prescrizione e del servizio realizzato nell'ambito di un'attività ambulatoriale di un singolo medico o di un gruppo di medici.

Nel medical audit, vengono presi in considerazione generalmente solo il controllo del processo e la valutazione dei risultati, perché gli aspetti strutturali, in questo contesto, sono considerati marginali, eccetto nel caso di situazioni limite.

In questa situazione possiamo considerare come aspetto strutturale il **percorso formativo** del medico. Tale percorso può essere sottoposto a una valutazione e ad un confronto con uno standard definito dalla comunità scientifica omeopatica, onde garantire all'utenza un adeguato livello di preparazione dei professionisti.

Il **controllo del processo**, che in questo caso è rappresentato dalla sequenza di eventi che porta alla prescrizione, può avvenire soltanto se si verificano alcune condizioni indispensabili per poter ovviare alla disomogeneità dei dati: a) metodo di raccolta dei dati ben strutturato e omogeneo nel tempo; b) registrazione dei dati in una cartella; c) metodologia di selezione dei medicinali articolata in un sistema di riferimento sufficientemente costante (metodo a griglie successive, metodo ad aree integrate, repertorizzazione, etc.)

Il controllo del processo prescrittivo è completato infine da altri due elementi fondamentali: la definizione dei criteri per la valutazione della qualità dei medicinali e la definizione dei criteri per il follow-up. La presenza di questi elementi è indispensabile per poter confrontare il processo che porta alla prescrizione con degli standard di buona qualità concordati all'interno di un gruppo di revisione fra pari o con degli standard definiti da associazioni professionali.

### La nostra esperienza

Come già accennato ci siamo cimentati nello svolgimento di alcuni audit, di cui ora vogliamo riferirvi in modo specifico.

Il **primo** fu presentato alle Journées de L'Institut Boiron a Lione nel 2000 con la collaborazione del collega dermatologo Giorgio Prandi col titolo "Une approche méthodologique homéopathique du traitement des urticaires chroniques". Abbiamo applicato la nostra metodologia di approccio al malato cronico a 50 casi di orticaria cronica, presentatisi all'osservazione dal gennaio 1996 al maggio 1999. Al di là dei risultati ottenuti, questa esperienza ci ha consentito di rivedere e verificare il nostro lavoro nella realtà clinica quotidiana e di acquisire quella visione di insieme che altrimenti rischia di perdersi nel ritmo dell'attività giornaliera.

Nel marzo 2004 abbiamo presentato (E. Felisi, C. Berti, G. Di Leone) al III Convegno Nazionale SIOMI, "La complessità in medicina", un **secondo** audit dal titolo: "Criteri di selezione dei medicinali omeopatici in funzione della complessità del quadro clinico nel malato cronico". I pazienti affetti da patologie croniche presentano in genere un quadro clinico alquanto articolato e molto individualizzato che richiede un metodo di selezione dei medicinali che consenta di organizzare razionalmente la mole di dati clinici raccolti e di coordinarla secondo una gerarchia prestabilita. Abbiamo dunque analizzato l'applicazione di tale metodo in un range temporale definito. Tale sistema era derivato da quello chiamato a "griglie successive", ideato dal nostro compianto maestro Marcello Bignamini, metodo costituito da un algoritmo a schema fisso: la scelta dei medicinali è raggiunta attraverso una serie ridotta di passaggi predefiniti. Abbiamo apportato dei cambiamenti per poter rendere questo modello più duttile, facilmente comunicabile e confrontabile con altre metodologie. Abbiamo chiamato la versione di tale procedimento "metodo ad aree integrate", poiché consiste nel raggruppare i principali dati ricavabili dalla consultazione omeopatica in quattro aree principali, nell'ambito delle quali è possibile operare una scelta ad opzione diretta senza essere condizionati dal rigido schema di un algoritmo, con un percorso a passaggi obbligati. La suddivisione dei dati clinici nelle quattro aree sopra descritte è la seguente:

- Area ad alto livello di similitudine: dati lesionali, sintomi e modalità caratteristici gerarchizzati.
- Area ad alto valore segnaletico: tipologia sensibile, causalità.
- Area ad alta frequenza: costituzione, modello reattivo.
- Area a prevalenza clinica: eziologia (isoterapici), fisiopatologia (isoterapici), indicazioni cliniche.

Gli elementi contenuti in ciascuna area indicano i medicinali correlati sulla base della legge di similitudine e dell'esperienza clinica. Le aree ovviamente non rappresentano dei compartimenti stagni, ma sono tra di loro sovrapponibili, perciò la scelta dello stesso medicinale può derivare da aree differenti. In questo audit abbiamo analizzato il solo processo prescrittivo per valutarne l'af-

fidabilità e la qualità. I risultati terapeutici non fanno quindi parte della valutazione di questo lavoro. Sono state analizzate 2709 prescrizioni relative a 1357 pazienti con patologie croniche, effettuate da tre medici, dal mese di settembre 2002 al mese di giugno 2003, in un'area geografica che comprendeva alcune regioni del nord e del sud del territorio nazionale italiano. Tali prescrizioni sono state confrontate con uno standard costituito dal metodo ad aree integrate. Le patologie presentate dai pazienti comprendevano: la patologia allergica, ORL, neuropsichiatrica, dermatologica, ostetrico-ginecologica, gastroenterologica, pneumologica, dismetabolica, ortopedico-traumatologica, urologica, immunologica, cardiologica e un "varie".

Sono stati analizzati il numero e le percentuali delle prescrizioni indicate da ogni elemento di tutte le quattro aree e sono stati confrontati i valori relativi al totale di tutte le prescrizioni con quelli di tutti i raggruppamenti per apparato o funzioni per valutare l'incidenza della tipologia di malattia sulle modalità di prescrizione.

L'analisi delle 2709 prescrizioni nei 1357 pazienti del campione esaminato ha evidenziato e confermato che i parametri che più spesso ricorrono nella scelta dei medicinali sono la tipologia sensibile, il modello reattivo e i sintomi e le modalità caratteristici, come da sempre tramandato dalla tradizione dell'omeopatia clinica. È stato interessante notare però che gli elementi di derivazione clinica hanno assunto nel tempo una maggior importanza raggiungendo nel nostro audit una percentuale di prescrizione del 25% circa del totale. Inoltre, nella scelta dei criteri di prescrizione, giocava un ruolo non trascurabile anche il tipo di patologia da affrontare come evidenziato dalle diverse percentuali, talora molto diverse, che i singoli parametri presentavano nelle differenti patologie. Il metodo così sviluppato ci appariva come un sistema più adeguato, pratico e condivisibile, nel quale l'intuizione clinica poteva essere giustificata e confermata da un processo logico. Quando la complessità del quadro clinico non permette la libera espressione dell'intuizione, l'organizzazione logica del metodo ad aree sovrapposte permette di ottenere delle soluzioni con una diversa aderenza interpretativa, giustificate in modo logico.

Il **terzo** audit ha riguardato 100 pazienti adulti con asma allergico, di età compresa fra i 16 e i 68 anni, 66 femmine 34 maschi, osservati da 120 a 4 mesi, 78 soggetti esaminati per almeno tre anni e i soggetti con pollinosi per non meno di 12 mesi. I pazienti oltre all'asma potevano presentare oculorinite, rinite e poliposi, sindrome allergica orale, eczema. 48 soggetti soffrivano di sola pollinosi, 18 di pollinosi e allergia ad acari domestici, 22 di mono-allergia ad acari, nei restanti allergia a derivati animali o alternaria, uno solo allergia ad acari e proteine del latte vaccino. Al momento della valutazione presa in considerazione come baseline per il lavoro, l'82% dei soggetti esaminati assumeva terapia inalatoria con beta agonisti short acting, il 65% terapia steroidea inalatoria, il 39% terapia con beta 2 long acting associata a steroidi. Per tutti veniva adottato lo stesso metodo di raccolta dati (anamnesi classica, anamnesi omeopatica secondo la metodologia CISDO, esame obiettivo, esecuzione SPT, in

alcuni casi valutazione IgE specifiche sieriche, spirometria e test di provocazione bronchiale aspecifico con metacolina (TPBAm). Tali dati venivano registrati su cartella clinica cartacea e così per i controlli successivi. La terapia omeopatica di fondo poggiava sulla somministrazione di uno o al massimo tre medicinali omeopatici unitari, di solito due, scelti secondo i criteri di selezione attraverso il metodo ad aree a diverso *grado di similitudine* elaborato dal CISDO. Quando necessario veniva indicata anche terapia inalatoria con broncodilatatori e/o steroidi, di rado con cromoni inalatori, o viceversa veniva mantenuta la terapia inalatoria e/o con montelukast orale già in atto, con una progressiva valutazione del dosaggio in merito all'evoluzione dei sintomi.

I pazienti venivano controllati in ambulatorio ogni 3-6 mesi e la valutazione della sintomatologia era derivata sia dal miglioramento soggettivo in percentuale rispetto al precedente controllo in quattro livelli (<30%, 30-50%, 50-80%, >80%), sia dalla riduzione dell'utilizzo di farmaci convenzionali, riferito e registrato in cartella. Durante lo studio si è avuto un drop out e dunque la valutazione finale è stata fatta su 99 persone. Prima del trattamento omeopatico, 82 pazienti su 99 usavano steroidi a breve azione, 65 su 99 steroidi inalatori, 38 su 99 un'associazione di steroidi inalatori e broncodilatatori a lunga azione. La riduzione di oltre il 50% rispetto al valore basale della terapia inalatoria è stata la seguente: per i broncodilatatori a breve azione nell'82% dei soggetti, per gli steroidi topici nel 72%, per l'associazione broncodilatatore a lunga durata e steroide nel 64%. Su 9 soggetti che assumevano a cicli più o meno frequenti e lunghi steroidi per via sistemica, 7 hanno completamente sospeso questa terapia. Oltre la metà della popolazione studiata ha riferito un miglioramento sintomatologico soggettivo superiore al 50% rispetto alla prima visita effettuata.

Il **quarto** e ultimo audit ha riguardato la dermatite atopica in 53 pazienti dell'ambulatorio di Candida Berti, scelti nel suo archivio cartaceo, selezionando i casi di dermatite atopica trovati in modo consecutivo fra le cartelle, partendo dalla lettera zeta verso la a, per un totale di circa 1600 (3,5%). I pazienti sono stati tutti osservati e trattati per un periodo di almeno cinque anni. Sono stati esclusi i bambini con meno di 6 anni, perché è noto che a quell'età un ampio numero va incontro a risoluzione spontanea. L'età della popolazione studiata andava dagli 8 ai 44 anni, età media 29,9, 27 maschi e 26 femmine. 29 soggetti sui 53 presentavano allergia ad acari domestici e 39 pollinosi. 13 soggetti su 53 (24,5%), presentavano un'allergia alimentare, due con gravi reazioni anafilattiche. In questo caso l'alimento è stato rigorosamente escluso e, al termine dell'audit, non ancora reintegrato. La metodica di osservazione e di trattamento erano gli stessi riferiti nell'audit sull'asma. I pazienti venivano controllati in ambulatorio ogni 3-6 mesi e la valutazione della sintomatologia era derivata sia dal miglioramento soggettivo in percentuale rispetto al precedente controllo, sia dalla riduzione dell'utilizzo di farmaci convenzionali, riferito e registrato in cartella. La distribuzione della gravità della dermatite atopica era lieve in 22 soggetti (41,5%), moderata in 29 (54,7%),

severa in due (3,8%). Circa i due terzi dei pazienti mostravano un miglioramento oltre il 50% rispetto alla sintomatologia di partenza sia della dermatite sia del prurito e la stessa percentuale si osservava anche considerando solo il gruppo "pediatrico" fra gli 8 e i 18 anni. La riduzione del consumo di steroidi topici era proporzionalmente sovrapponibile. Oltre il 60% dei pazienti manifestava, con la terapia, un buon controllo anche della sintomatologia respiratoria.

### Conclusioni

Il successo che il clinical audit ha avuto nella medicina convenzionale, contribuendo a un notevole miglioramento dell'assistenza sanitaria, costituisce un importante stimolo per i ricercatori omeopatici che hanno cominciato ad affrontare i problemi specifici che tale metodica comporta nella sua applicazione all'omeopatia. È auspicabile che tale interesse non si limiti a poche persone particolarmente illuminate, ma che possa coinvolgere sempre più medici che praticano le medicine complementari, integrandole nella medicina convenzionale.

Mutuando il pensiero di Ivan Cavicchi la medicina della scelta deve essere il terreno da seguire nell'operare medico: la conoscenza di più metodiche, una cassetta degli attrezzi, la più ricca possibile, dalla quale prelevare di volta in volta l'utensile più adatto alla situazione da affrontare, consapevoli della complessità del malato, in autonomia e responsabilità. Non una medicina amministrata, non l'amministrazione della libertà del medico. L'educazione alla medicina affinché questa esprima una cultura pragmatica della conoscenza, il grado di civiltà della nostra società. Consci del rischio dell'arbitrarietà, cercando di disporre di più possibilità razionali. Appare dunque necessario operare affinché il processo di convalida dell'omeopatia possa continuare a crescere e l'audit rappresenta un utile strumento a tal fine.

Spesso i medici che lavorano in ambulatorio operano isolati nei loro studi, con la difficoltà di poter riflettere sul proprio iter quotidiano, confrontare e condividere le proprie valutazioni. L'acquisizione di un metodo operativo condivisibile appare uno strumento necessario e indispensabile per raggiungere questo obiettivo. L'audit medico può rappresentarne una tappa e un primo momento di confronto, sul quale costruire le basi per uno sviluppo metodologico oltre che uno strumento di validazione della stessa medicina integrata. Ci auguriamo che queste esperienze rappresentino il trampolino di lancio di studi clinici più complessi. ■

### Letture selezionate

- Baker R. "Principles of quality improvement. Defining quality". The Journal of Clinical Governance, 9: 89-91, 2001, UK.
- Berti C. "Dermatite atopica. Quali possibilità e quali risorse con un approccio integrato", Convegno Nazionale SIOMI, 2008 Torino.
- Berti C. "Medical audit nell'asma allergico nell'adulto", SIOMI incontri 2005, Impruneta, Firenze.
- Berti C., Felisi E. "L'asthme allergique" - La Revue de CEDH, 2006, 2:14-22.

- DoH "Clinical audit: meeting and improving standards in healthcare". The Dept of Health, 1993, UK.
- DoH "The evolution of Clinical Audit", The Department of Health, 1994, UK.
- Donabedian A. "Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Volume 1. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment". Health Administration Press: Ann Arbor, 1980, UK.
- Felisi E. et al. "Urticaires chroniques: une approche méthodologiques du traitement", IV Journées de l'Institut Boiron, 2000, Lyon.
- Felisi E. et al. "Criteri di selezione dei medicinali omeopatici in funzione della complessità del quadro clinico del malato cronico", 3° Convegno Nazionale SIOMI, 2004, Firenze.
- Lawrence M. et al. "Medical Audit in Primary Health Care. Oxford publisher, 272 pp, 1993.
- Maxwell R. J. "Quality Assessment in health". BMJ, 288:1470-2, 1984, UK.
- NCCA "Planning a clinical audit. A check list for good practice".
- National Centre for Clinical Audit, 1997, UK.
- NCCA "Criteria for clinical audit". National Centre for Clinical Audit. 1997, UK.
- Neville-Smith R. "Community Hospital Homeopathy Clinic: Audit of the first 12 months activity". BHJ, 88: 20-23, 1999.
- Pink D. "Guidelines and audit progress report". National Institute for Clinical Excellence, 1999, U. K.
- RLHH "The evidence base of complementary medicine. Audit: what are the results in practice?". The Royal London Homeopathic Hospital, 18-19, 2001.
- Sciachi A. et al: "Introduzione alla Qualità Guida alle case di cura." Edizioni AIOP, pp 83, 1997.
- Sevar R. "Audit of outcome in 829 consecutive patients treated with homeopathic medicines". BHJ, 89: 178-187, 2000.
- Sharples F. et al. "Improving the accessibility and quality of clinical and patient information in the patient's medical notes". Proceedings of "Improving the success of Homeopathy 2": 37, 1999, London.
- Sharples F. et al. "Improving the accessibility and quality of clinical information in the patient's medical notes". Proceedings of "Improving the success of Homeopathy 3": 76, 2001, London.
- Sharples F. et al "Patients' perspective on using a Complementary Medicine approach to their health: a survey at The Royal London Homeopathic Hospital NHS Trust., 1997, UK.
- [www.istruzione.it/argomenti/qualità](http://www.istruzione.it/argomenti/qualità)
- [www.isi.u.nancy.fr/qualità20003](http://www.isi.u.nancy.fr/qualità20003)
- [www.conotec.it/qualità](http://www.conotec.it/qualità)
- [www.sanità.it/qualità](http://www.sanità.it/qualità)
- [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)
- [www.leicester.pcag.org.uk/clinicalaudit](http://www.leicester.pcag.org.uk/clinicalaudit)
- [www.nelh.nhs.uk/quality/clinical\\_audit.asp](http://www.nelh.nhs.uk/quality/clinical_audit.asp)
- [www.omni.ac.uk](http://www.omni.ac.uk)

**Gianna Gabbanelli** - Questi sono gli accessi nel mio ambulatorio negli ultimi 10 anni, esperienza presumo condivisibile con gli altri pediatri... [...] Come evidente, a parità di massimale, la domanda in 10 anni è triplicata. Durante il picco della suina (lo scorso novembre) ho fatto una media di circa 40 visite ambulatoriali al giorno e ho raggiunto le 50 telefonate giornaliere nel cellulare... i lunedì! Il Pdf è l'unico specialista convenzionato per cui non è previsto alcun filtro! Con questi numeri come si può pensare di utilizzare l'omeopatia in ACUTO senza una perfetta conoscenza della Materia Medica supportata da un approccio clinico SINTETICO!!! E' questo che va insegnato nelle scuole di Omeopatia, a prescindere dalle ore e dalla... lunghezza dell'*interrogatorio*, che non sempre è un indicatore di qualità. Concordo pienamente con la Dott. Bernardini: 10 minuti possono bastare... Direi quasi devono bastare in un ambulatorio convenzionato e di fronte ad un paziente che conosci dalla nascita... Tutto il resto è noia! Solo così l'omeopatia potrà essere competitiva e "integrata" nel nostro bagaglio terapeutico. Essenziale è che ognuno di noi faccia ciò che sa fare bene, con professionalità ed empatia, e non il... tuttologo! Lasciamo il bambino al pediatra omeopata...

**Luisella Zanino** - Quello che preoccupa, a parte tutte le tue considerazioni sull'uso dell'omeopatia (che condivido quasi fossimo.."un uomo solo" :-)) è il drammatico aumento della domanda! Un problema sociologico, lo definirei, non medico...che andrebbe indagato. È davvero domanda di salute? O c'è anche qualcos'altro? Come pediatri dovremmo interrogarci sulla incapacità, nei giovani genitori, di gestire in autonomia la minima banalità. Ma non vorrei annoiare... i non pediatri e domando: anche gli altri specialisti o medici di medicina generale hanno questo trend?

**Tiziana Di Giampietro** - Il calcolo che si fa sul tempo impiegato dal pediatra per curare una patologia acuta in un paziente che conosce nella sua costituzione, tipologia, problematiche personali e familiari non è assolutamente comparabile a quello di un omeopata che vede alla prima visita il malato. Il bambino, salvo rare eccezioni, è sano e nella fase reattiva migliore della sua vita. E questa "reattività", confusa da molti con la malattia, è la causa per cui spesso ricorre dal medico. L'episodio acuto, dal pediatra omeopata, è spesso risolto sulle modalità di manifestazione del sintomo, già alla prima consultazione telefonica e, in caso di visita, le domande che rivolge alla madre mentre si appresta a visitare il piccolo malato, già lo orientano sulle cause e sulle cure da somministrare; l'ispezione servirà solo di conferma alla diagnosi nosologica e di conforto nella scelta più o meno mirata. Quei 10' sottendono una conoscenza profonda del paziente che avrà le manifestazioni acute di Pulsatilla, di Natrum muriaticum, di Calcarea carbonica... E che richiederanno spesso anche solo il medicinale di fondo. La velocità della prescrizione è un misto di esperienza, di empatia, di conoscenza. Si fa titubanti all'inizio e solo col tempo se ne avverte la sottile armonia che fa chiudere il cerchio intorno alla malattia. La scuola può insegnare la similitudine, la costituzione, la diatesi, la tipologia, la causalità e le modalità, le sensazioni... l'amore e il tempo faranno il resto.

# LE CEFALEE

## Il contributo dell'omeopatia

Roberto Pulcri

Medico omeopata  
E-mail: r.pulcri@siomi.it

La complessità delle numerose forme cliniche di cefalea è stata sistematizzata dall'International Headache Society (IHS) in un capillare lavoro di classificazione non solo delle cause, da cui risultano almeno 150 diversi tipi di mal di testa, ma anche dei criteri diagnostici, attraverso una minuziosa descrizione degli innumerevoli segni e sintomi che ciascun malato può manifestare.

In questa dettagliata analisi sono state modalizzate, qualificate e valorizzate più di ottocento caratteristiche delle crisi dolorose, seguendo inconsapevolmente e dunque paradossalmente lo stesso iter del metodo omeopatico per descrivere le differenti forme di cefalea ed identificare così con la massima precisione ciascun caso clinico. A questo punto il medico omeopata realizza la diagnosi del binomio malato/malattia e prescrive il medicinale in funzione della similitudine, mentre il medico allopatista classifica il tipo di cefalea per adeguare la scelta terapeutica. Confrontare l'inquadramento delle cefalee stabilito dall'IHS con la prassi diagnostica omeopatica, sembra un modello eclatante di medicina integrata, quanto meno dal punto di vista della metodologia, ma senza dubbio può essere un esempio originale per la descrizione della individualità del malato, caratteristica che è indubbiamente propria della metodica clinica omeopatica. A conferma di ciò colpiscono le corrispondenze tra particolari dati semeiologici riportati dalla classificazione della IHS e le patogenesi di alcuni medicinali omeopatici, come ad esempio la modalità del dolore pulsante o martellante, la sua localizzazione unilaterale, l'aggravamento con le attività fisiche, l'associazione con la nausea, il vomito, la fotofobia e la fonofobia, tutti sintomi che evocano le patogenesi di alcuni medicinali omeopatici come *Atropa Belladonna* o *Bryonia dioica*. Questa sorprendente sovrapposizione metodologica tra medicina classica e medicina omeopatica fa comunque capire quanto sia importante l'unicità e la soggettività di ciascun malato ed avvicina sempre più le due metodiche verso un possibile obiettivo comune di sottintendere ed evidenziare nella genesi delle cefalee, non solo il quoziente fenotipico (la malattia) ma anche e soprattutto il modello genotipico (il malato).

### Inquadramento clinico

L'eziologia delle cefalee può essere primaria o secondaria e manifestarsi clinicamente sia in forma acuta che cronica. Il dolore può essere di forte intensità e soprattutto prolungato nel tempo provocando sia grave disabilità che un pesante impatto socio economico nel welfare sanita-

rio. In questa breve esposizione esaminiamo le cefalee ad eziologia primaria che rappresentano la maggior parte di tutti i mal di testa (95%) e che sono distinte in quattro entità nosologiche, che comprendono l'emicrania, la cefalea a grappolo, la cefalea muscolo tensiva e la cefalea autonomo-trigeminale.

### Diagnosi e terapia

La frequenza, la durata e la gravità della cefalea, i fattori che la alleviano o la peggiorano, i sintomi e i segni associati, quali la febbre, la rigidità nucale, la nausea e il vomito, sono elementi che, insieme a speciali protocolli diagnostici, aiutano a identificarne le cause. La diagnosi si avvale di indagini neurologiche, metaboliche, endocrine, di test oftalmologici ed otorinolaringoiatrici e se non è chiara l'origine di una cefalea recente, persistente o ricorrente, si impone una RMN e/o una TAC, soprattutto in presenza di sintomi neurologici.

Molti tipi di cefalea sono di breve durata e richiedono una terapia con blandi analgesici. La terapia delle cefalee primitive può essere di tipo preventivo, di interruzione o analgesico. I calcioantagonisti e gli antagonisti della serotonina sono utilizzati nella prevenzione. Per il trattamento di interruzione vengono utilizzati i triptani (agonisti della 5-OH-triptamina) e i derivati della segale cornuta. L'indometacina risulta efficace solo nella cefalea a grappolo. Gli effetti indesiderati correlati all'uso di questi farmaci, rappresentano sicuramente un limite ed un ostacolo a volte invalicabile, nella soluzione non solo causale ma anche sintomatica della malattia cefalalgica, perché frequentemente i trattamenti prolungati creano uno stato di intossicazione a volte più grave della malattia stessa.

### Tipologia

**Emicrania** - E' una cefalea primitiva che perdura per quattro/settantadue ore, pulsante ad intensità variabile da moderata a grave, unilaterale che peggiora con l'esercizio fisico, ed è accompagnata da nausea, vomito, ipersensibilità alla luce, al suono ed agli odori. Sono presenti alterazioni del flusso ematico cerebrale ma non è chiaro se la vasodilatazione e la vasocostrizione siano una causa o un effetto dell'emicrania. Sono stati identificati molti fattori scatenanti come l'estrogeno ciclico, l'insonnia, i cambiamenti barometrici e la fame. Lo stress risulta comunque essere un fattore determinante. Uno dei sintomi più caratteristici presente in circa il 20% dei casi, è l'aura che consiste in un deficit transitorio reversibile di tipo

visivo, somato sensoriale, motorio o fascico. Un'aura di solito è associata a irritabilità, irrequietezza e inappetenza e precede per non più di un'ora la crisi dolorosa. La sintomatologia segue uno schema definito per ogni paziente, ma i dolori unilaterali non sempre insorgono nello stesso lato. Le crisi emicraniche possono presentarsi tutti i giorni o soltanto a diverse settimane o mesi di distanza.

**Cefalea a grappolo** - E' una cefalea primitiva che perdura dai 15 ai 180 minuti, fortemente invalidante, unilaterale, localizzata in sede periorbitaria e/o temporale, che si ripete fino a 8 volte al giorno e può essere associata a lacrimazione, congestione oculare, ostruzione nasale, sudorazione del volto e ptosi o miosi.

**Cefalea muscolotensiva** - E' una cefalea primitiva che dura dai 30 minuti ai 7 giorni, non pulsante di grado lieve o moderato, bilaterale, non è aggravata dall'esercizio fisico e non è associata a disturbi neurovegetativi. Può essere ritenuta come uno stato di iperalgesia cranica, con ridotta modulazione endogena del dolore e con aumentato potenziamento del dolore stesso. Contribuiscono alla sua insorgenza più fattori come un'emicrania concomitante, alterazioni dell'umore, disturbi del sonno e stati d'ansia.

#### Approccio omeopatico alle cefalee

Le teorie sulla genesi della cefalea sono numerose, ma pur volendo restare conformi ai criteri cartesiani nei confronti di questo binomio sintomo/malattia, è necessario conoscere e valutare anche il criterio olistico omeopatico, espressione tangibile del binomio sintomo/malato, nella complessa interrelazione competitiva tra lo psichismo, il sistema nervoso, il sistema endocrino e il sistema immunitario. E' necessario tuttavia tenere conto che nell'approccio omeopatico molto o tutto dipende dalla storia clinica del singolo individuo, sottintendendo con questo l'importanza e il valore dell'assetto diatesico, costituzionale, ed ereditario, tutti elementi strettamente correlati che possono concorrere ad esprimere la bioreattività del malato e a indirizzare il medico nella diagnosi clinica omeopatica del simillimum, ovvero alla prescrizione di specifici medicinali diluiti e dinamizzati che caratterizzano la farmacologia omeopatica infinitesimale delle microdosi. La possibilità di "classificare" omeopaticamente le cefalee non può essere considerata una forzatura né deve essere valutata come una eresia, ma va interpretata solo come strumento utile alla diagnosi del medicamento specifico, senza nulla togliere al principio fondamentale della individualità del malato.

Esemplificando al massimo questa impostazione possiamo rubricare molti medicinali omeopatici sovrapponendo la classificazione dell'ICS ai differenti criteri diagnostici di individuazione omeopatica del simillimum (patogenetico, tipo sensibile, costituzionale, diatesico).

Così nelle forme di emicrania a lateralità sinistra ritroviamo ad esempio Sulfur, Lachesis mutus e Spigelia anthelmia; nelle forme a lateralità destra ritroviamo Lycopodium clavatum, Silicea, Sanguinaria canadensis ed Iris versicolor; nelle forme a lateralità alterna ritroviamo Lac caninum; nelle forme di emicrania con aura

ritroviamo Cyclamen, Iris versicolor, Belladonna e Glonoinum; nelle forme muscolo tensive ritroviamo Ignatia, Gelsemium, Arnica montana.

#### Esperienza clinica

Nella mia personale esperienza clinica la ricorrenza di malati affetti da mal di testa risulta ovviamente essere molto significativa, sia per la notevole diffusione sociale di questo disturbo, che non risparmia alcuna età prediligendo il sesso femminile (circa cinquanta milioni di persone in Europa), sia per la frequenza con cui si manifesta (ogni giorno circa due milioni di europei ha un attacco di emicrania), sia per la ricerca di un trattamento non invasivo in rapporto agli effetti particolarmente tossici in pazienti lungamente medicalizzati. Su questa base ho riportato alcuni medicinali omeopatici che più frequentemente ho utilizzato nella mia attività professionale e che hanno dimostrato una notevole efficacia nel trattamento delle cefalee.

Nux vomica, pianta appartenente alla famiglia delle loganiacee, ricca di alcaloidi, principalmente brucina e stricnina, la cui azione tossicologica provoca una stimolazione midollare e bulbare con aumento delle percezioni sensoriali ed una ipereccitabilità a livello del sistema nervoso e a livello dell'apparato digerente. Si tratta di soggetti, in cui la sollecitazione digestiva è sempre relativa a stress nervosi, in cui le forti conflittualità nella ricerca delle affermazioni personali si scaricano sul cibo con un atteggiamento di tipo bulimico o nella ricerca di stimoli indotti da eccitanti nervini come la caffeina, l'alcol e finanche le droghe. Nux vomica presenta una cefalea a localizzazione frontale sopraorbitaria o occipitale preferibilmente a lateralità sinistra. Esordisce soprattutto al mattino al risveglio o poco prima di alzarsi dal letto, associata a vertigini, nausea, e vomito con sensazione di pesantezza frontale e di aumento di volume del cranio in un contesto di autointossicazione in cui prevalgono errori igienico dietetici in persone con temperamento biliare.

Lycopodium clavatum, appartiene alla famiglia delle lycopodiacee di cui si usano le spore disseccate per preparare la tintura madre. Considerate per lungo tempo inerti, queste spore contengono numerose sostanze in relazione con l'azione farmacologica che possono determinare: 4-5% di minerali (ossido di calcio, di magnesio, di zolfo, di alluminio, di silice, di ferro); tracce di manganese, di alcaloidi (lycopodina, clavatina, clavatosina) la cui struttura è molto simile a quella della morfina; tracce di glucidi e circa 45/50% di materie grasse come gliceridi di acidi saturi e insaturi. La sorgente patogenetica più importante di Lycopodium, si manifesta clinicamente a livello delle principali funzioni epatobiliari. Psicicamente sono caratterizzati da un temperamento irritabile, colerico, autoritario, intolleranti alla contraddizione, esigenti con se stessi e con gli altri e con tendenza depressiva per mancanza di fiducia in se stessi. Il mal di testa di Lycopodium è caratterizzato da una emicrania o a localizzazione sopraorbitaria destra o con tendenza a evolvere da destra verso il lato sinistro; a carattere congestivo, pulsante con accentuazione del dolore al minimo movi-

mento, aggravata dal lavoro intellettuale, dalla lettura, in ambienti troppo riscaldati, insorge soprattutto la sera e talvolta è accompagnata a turbe visive (emianopsia verticale destra). Migliora con le bevande calde e ricercando l'aria fresca. Segno caratteristico è la comparsa delle crisi se il malato ritarda l'orario dei suoi pasti o se digiuna.

*Bryonia alba*, pianta che appartiene alle cucurbitacee e la cui tintura madre contiene steroli, acidi grassi insaturi, triterpeni, ma soprattutto eterosidi, la cui struttura chimica è molto simile a quella dei corticosteroidi. Psicologicamente colerici, irritabili, ostinati ma taciturni. La cefalea di *Bryonia* compare sempre in un contesto di epatopatia cronica ed è congestiva, a localizzazione frontale od occipitale, con dolorabilità dei globi oculari, sensazione come se il cervello stesse scoppiando, aggravata dal minimo movimento, perfino ruotando gli occhi; è migliorata da applicazioni fredde, dall'immobilità assoluta e premendo con forza la zona dolente.

*Cyclamen europaeum* è una primulacea la cui tintura madre contiene saponosidi, oligosaccaridi, sali di calcio, potassio e magnesio, silice e ossido di ferro. La sua azione si sviluppa preferibilmente sul sistema nervoso cerebrospinale e sugli organi di senso con un tropismo specifico per il nervo vestibolare. Le più recenti patogenesi si sono arricchite di segni provocati da intossicazioni e sperimentazioni in dosi ponderali ed osservazioni cliniche in rapporto a patologie mestruali, in particolar modo nelle sindromi premenstruali caratterizzate da emicranie oftalmiche associate a vertigini. Psicologicamente *Cyclamen* esprime un carattere femminile a tendenza depressivo e malinconico, scrupoloso ed ossessionato dal perfezionismo, in cui la cefalea può essere l'espressione di una conflittualità affettiva in quanto scarica contro la propria testa le pulsioni aggressive che non riesce a rivolgere verso le persone amate. La crisi è sempre preceduta da turbe visive (scotomi, ambliopia, amaurosi) ed inizia di solito su una tempia (tendenzialmente quella sinistra) per poi irradiarsi sulla fronte, provocando una sensazione di pesantezza sopraorbitaria ed è accompagnata a vertigini e nausea con o senza vomito. Oltre il contesto catameniale (oligomenorrea, amenorrea), il mal di testa di *Cyclamen* può essere anche causato da una latente insufficienza epatica per intolleranza ad alimenti grassi ed è associata a coliche addominali e diarrea ma in questa situazione il dolore è solo frontale e manca l'aura.

*Ignatia amara* come *Nux vomica* appartiene alla famiglia delle Loganiacee ed è anch'essa ricca degli stessi alcaloidi stricnina e brucina. Il loro effetto tossicologico antagonizza la glicina bloccandone l'azione inibitrice post-sinaptica. Questo provoca una ipereccitabilità neuromuscolare, viscerale e psichica con effetti psico-anelettici e distonici del sistema nervoso. L'effetto più rilevante si manifesta al livello neurosensoriale con agitazione, ansietà, ed una particolare ipersensibilità emotiva e viscerale con manifestazioni a carattere contraddittorio e paradossale. La cefalea di *Ignatia* è in genere una emicrania a localizzazione parietale che compare in seguito ad una aggressione suscettibile di mobilitare il sistema neurovegetativo ed in particolare dopo intensi shock affettivi, lutti improvvisi, vessazioni o indignazioni trattenute. Il dolore è puntorio, come un chiodo conficcato in un punto preciso della testa. Alcune volte può essere battente, sopraorbitario o localizzato alla radice del naso. Alla fine della crisi compare di solito una diuresi abbondante di urina chiara.

In conclusione possiamo affermare che questo lavoro di "confronto" fa parte di un percorso suggestivo ed originale per arrivare a stabilire un traguardo ambizioso, e cioè quello di una medicina unica e interdisciplinare, non dilaniata da contrapposizioni sterili, ma complementare ed integrata che deve passare necessariamente sia attraverso l'abbattimento di certi totem ideologici sia attraverso il superamento di falsi pregiudizi per valorizzare la ricchezza di una integrazione dei saperi. ■

**Lecture selezionate**

D Demarque, J Jouanny, B Poitevin, Y Saint-Jean; Pharmacologie et matiere medicale homeopathique; Cedeh 1993.

M Guermonprez, Homeopathie, Cedeh 2006.

Cahiers de bioterapie, Les cepheles, Ed. Similia juin-juillet 1994.

A Horvilleur, La prescription en homeopathie, Ed. Maloine Paris 1990.

C Binet, Therapeutique Homeopathique, Ed. Dangles 1977.

[www.lhs-classification.org/it](http://www.lhs-classification.org/it)

[www.eurohead.org](http://www.eurohead.org)

**ISTRUZIONI PER GLI AUTORI**

**Dove inviare i manoscritti** - L'invio del manoscritto presuppone che il lavoro non sia stato già pubblicato e, se accettato, non verrà pubblicato altrove né integralmente né in parte. Tutto il materiale iconografico deve essere originale, qualora l'iconografia sia tratta da altre pubblicazioni deve essere corredata dal permesso scritto dell'Editore. Il lavoro può essere recapitato alla SIOMI per e-mail ([segreteria@siomi.it](mailto:segreteria@siomi.it)) o inviando copia del manoscritto e delle figure su CD, alla rivista HlMed c/o ISMO, Via Adolfo Venturi, 24 - 00162 Roma.

**Copyright** - I manoscritti e il materiale iconografico rimangono proprietà della SIOMI. Il lavoro non deve essere stato pubblicato in precedenza né al presente sottomesso ad altri giornali per la pubblicazione.

**Formato dei manoscritti** - Le pagine devono essere numerate consecutivamente e così anche tabelle (numeri romani) e figure (numeri arabi) con relative didascalie. Sulla prima pagina vanno indicati: titolo dell'articolo, nomi per esteso degli Autori, istituzioni di appartenenza di ogni singolo Autore, titolo breve (max 40 battute); nome, indirizzo (posta ordinaria e di posta elettronica), telefono dell'Autore di riferimento. Deve precedere l'articolo un riassunto di circa 200 parole, con 3-4 parole-chiave. I contributi originali a carattere scientifico devono essere impostati secondo il seguente schema: a) titolo; b) riassunto; c) introduzione; d) materiali e metodi; e) discussione; f) eventuali ringraziamenti; g) bibliografia.

**Bibliografia** - Deve essere essenziale, ma completa ed aggiornata. Le voci bibliografiche devono essere numerate

consecutivamente nell'ordine di citazione riportato nel testo. I titoli delle riviste vanno abbreviate secondo l'Index Medicus.

**Tabelle e figure** - Vanno richiamate nel testo e numerate consecutivamente. Le figure devono essere presentate sotto forma di file JPG o PDF.

**Bozze di Stampa** - La correzione delle bozze di stampa dovrà essere limitata alla semplice revisione tipografica. Le bozze verranno inviate per e-mail, gli Autori dovranno rinviarle entro cinque giorni dalla data di ricevimento. Le bozze non ricevute entro tale termine saranno considerate approvate dall'Autore per la pubblicazione.

**Estratti** - Estratti a pagamento potranno essere richiesti alla SIOMI al momento della correzione delle bozze.

## Il contributo dell'agopuntura

Emilio Minelli

Medico omeopata, agopuntore  
e-mail: e.minelli@siomi.it

La cefalea o mal di testa è un sintomo che può essere collegato a patologie anche gravi, che richiedono di essere riconosciute e diagnosticate. Tuttavia, spesso, la causa della cefalea cronica resta misteriosa e il trattamento rimane sintomatico. In seguito a ciò, il paziente è esposto al rischio di patologie iatrogene, anche gravi, correlate all'assunzione cronica di farmaci, spesso dotati di una tossicità non piccola, e all'uso compulsivo degli stessi nella speranza di evitare il dolore. La tolleranza che nel tempo interviene, fa il resto.

L'agopuntura ha dimostrato, attraverso numerosi studi clinici e diverse metanalisi, di costituire un efficace presidio, di potenza almeno pari a quella dei farmaci sia per la cura che per la prevenzione degli episodi acuti. La sostanziale assenza di effetti collaterali, unitamente all'efficacia, in realtà, la pone di diritto tra gli strumenti di prima scelta per l'affronto di questa patologia nel lungo periodo.

### Cefalea e Medicina Tradizionale Cinese

Innanzitutto dobbiamo subito precisare che l'approccio diagnostico alla cefalea da parte del medico esperto di MTC (Medicina Tradizionale Cinese) è, per lo più, molto... occidentale. Infatti la cefalea costituisce un sintomo comune a diverse affezioni, alcune delle quali possono avere evoluzione anche infausta se non trattate prontamente con procedure chirurgiche, quali, ad esempio, la cefalea che compare in corso di ematoma subdurale dopo un trauma o la cefalea d'esordio in caso di neoplasia cerebrale. Resta valido, perciò, l'assunto secondo cui ogni cefalea di recente insorgenza deve, innanzitutto, essere valutata dal medico che prima, attraverso il colloquio, e poi attraverso esami del sangue, radiologici, TAC, RMN, elettroencefalografia ed ogni altra cosa riterrà opportuna, valuterà se la cefalea è primitiva (come per lo più accade) o secondaria ad altre affezioni che richiedono un trattamento particolare di tipo chirurgico o meno.

Fatta questa prima distinzione tra cefalea primaria e secondaria, il tipo, la frequenza degli attacchi e la zona del dolore consentiranno di diagnosticare il tipo di cefalea. Oggi, infatti, si ritiene che non esista un solo tipo di mal di testa ma gruppi differenti che richiedono, tra l'altro, cure ed approcci differenziati. Tra questi, ricordiamo l'emigrania, la cefalea muscolo-tensiva, la cefalea a grappolo, la cefalea vasomotoria, etc. Quasi tutti questi diversi tipi di mal di testa possono essere affrontati con successo con procedure e prodotti di MTC anche se la mole più rilevante di studi la ritroviamo nel trattamento con agopuntura della cefalea muscolo-tensiva e dell'emigrania

ove i risultati si sono dimostrati estremamente promettenti.

I sottili aghi dell'Imperatore Giallo arrecano sollievo al paziente cefalalgico, affrontando il problema della cefalea nella sua complessità sintomatologica ma senza mai dimenticare che la testa, anche quando duole, è legata ad un corpo ed è ponte di collegamento lanciato verso il pensiero e la mente. Per questo il trattamento tiene conto della globalità del paziente oltreché della classica suddivisione nosografica in cefalea muscolo-tensiva, emigranica, a grappolo, vascolare, nevralgica, primitiva o secondaria ad altre malattie del cranio o generali dell'organismo, etc. Per questo motivo, nella classificazione delle cefalee, l'agopuntore preferisce parlare di cefalee di origine esterna, legata ad attacchi di vento-freddo, vento-calore, umidità e corrispondenti abbastanza alla cefalea muscolo-tensiva e di cefalee ad origine interna. Tra queste considera cefalee collegate a disfunzioni del metabolismo (cefalee da disturbo del Fegato), ad alterazioni neuroendocrine (cefalee da disturbo del Rene), a deficit di energia, anemia, malattie neurologiche (cefalee da disturbi del Qi, del Sangue o da Mucosità-Catarrhi). L'efficacia dell'agopuntura sulle varie sindromi può raggiungere percentuali di efficacia anche molto elevate (la cefalea muscolo-tensiva, su cui l'agopuntura ha dato prove di efficacia documentate anche dalla Cochrane ad esempio, risponde nell'85% dei casi alla terapia) con una remissione della sintomatologia che di solito si prolunga per mesi o anni e non raramente è definitiva. Questo fatto è ciò che determina la pratica di sedute "di richiamo" a distanza di 4-6 mesi dall'ultimo ciclo terapeutico che ha portato alla remissione della sintomatologia, anche in assenza di recidive. L'agopuntura agisce mediante un riequilibrio generale del paziente ed interviene anche su aspetti patologici strettamente correlati al dolore cefalico quali stress, ansia, depressione, etc.

Più in particolare, oggi, sappiamo che esistono punti di agopuntura in grado di sollecitare la produzione di neuroormoni (encefaline, endorfine) e mediatori cerebrali (serotonina, dopamina, istamina, adrenalina), che hanno un ruolo importante nel controllo del dolore. Il ciclo iniziale è per lo più composto da una decina di sedute con cadenza bisettimanale o settimanale e seguito, in caso di esito positivo, da alcune sedute di richiamo a distanza anche di mesi. In caso di insuccesso al primo ciclo, prima di dichiarare il paziente non-responder (esiste una piccola percentuale di persone che non rispondono all'agopuntura) si fa seguire a distanza di un mese o più dal primo, un secondo ciclo di applicazioni. I punti utilizzati per la terapia della cefalea sono sparsi un po' in tutto il

corpo anche se i più importanti sono localizzati a livello del capo, del collo, delle mani e dei piedi.

Spesso, l'agopuntore associa altre forme terapeutiche all'agopuntura, secondo indicazioni derivate dalla tradizione più antica o dalla più moderna ricerca sperimentale. Così, al paziente può, talora, essere prescritto un regime dietetico che serve per aumentare, ad esempio, l'energia, migliorandone la qualità o per eliminare fattori che possono determinare l'insorgenza di cefalee. In questo senso, il formaggio, che determina rallentamenti nella circolazione dell'energia e del sangue, sino al blocco con produzione di catarri, viene spesso eliminato dalla dieta. Talora, invece, vengono prescritti alcuni fitoterapici per tonificare l'energia, il sangue, la funzionalità epatica o renale.

Più modernamente, infine, si è potuto rilevare come la somministrazione di alcuni farmaci, anche a piccole dosi, (amitriptilina, clorimipramina, fluoxetina, sertralina, etc.) migliori l'azione antalgica dell'agopuntura. Per questo, talvolta, vengono utilizzati, in corso di terapia così come ne vengono eliminati altri (benzodiazepine) che riducono notevolmente l'effetto dell'agopuntura.

Ciò detto, però, bisogna ammettere che l'applicazione dell'agopuntura al trattamento della cefalea, passa, ancora oggi, attraverso l'uso di una metodologia diagnostica e di una classificazione nosografica strettamente correlate al modello epistemologico specifico della MTC. Nelle pagine che seguono cercheremo dunque di illustrare le forme cliniche principali secondo la diagnostica differenziale specifica di questa disciplina.

Tradizionalmente e schematicamente, possiamo dividere le cefalee in forme di origine esterna e in forme da squilibri interni.

### Cefalee di origine esterna

Le prime dipendono essenzialmente da attacchi da parte di energie cosmopatogene, ovvero energie proprie dell'ambiente che si presentano in forma eccessiva o perché intervengono in periodi dell'anno che non sono loro propri, come il freddo in estate o in primavera, o perché sono effettivamente troppo intensi. In questi casi non vengono bloccati dalle energie difensive e penetrando a livello del capo sono in grado di bloccare la circolazione a livello dei meridiani del capo e per questo motivo provocare dolore.

#### Cefalea: vento-calore

**Eziopatogenesi** - Più frequente nella seconda parte della primavera o in luoghi caldi, è determinata da un attacco da parte di una energia perversa esterna vento-calore che può colpire la testa bloccando la circolazione dell'energia corretta nei vasi. Questo attacco determina cefalea.

**Sintomi** - Mal di testa con febbre, timore del vento. Arrossamento del viso e degli occhi. Sete e desiderio di bere. Stipsi e urine rossastre. Lingua rossa, con induito giallastro. Polso superficiale (fu) e rapido (shuo).

**Principi di trattamento** - Disperdere il vento. Purificare il calore.

**Prescrizione** - 16 DM - 20 VB: per disperdere l'energia perversa vento. 4 GI - 11 GI: per disperdere il vento e purificare il calore. 12 V: per liberare la superficie e re-

golarizzare l'energia difensiva. 5 TR: per drenare il calore perverso dai meridiani yang.

**Concomitanze** - Se cefalea frontale: 44 S e 4 GI, cui aggiungere: 23 DM o 14 VB o 8 S o Yintang. Se cefalea temporale: 43 VB e 2 TR, cui aggiungere: 8 VB o 20 TR o Taiyang. Se cefalea occipitale: 60 V e 3 IT, cui aggiungere: 10 V o 14 DM o 16 DM o 19 DM o 20 VB. Se cefalea di vertice: 2 F e 16 DM, cui aggiungere: 2 DM o 7 V

**Tecnica di manipolazione** - Tecnica di dispersione

#### Cefalea: vento-freddo

**Eziopatogenesi** - L'energia perversa esterna vento-freddo può colpire la testa, attaccando la circolazione dell'energia corretta, soprattutto nei meridiani tai yang, che circolano sulla nuca. Questo attacco determina cefalea. Fino a quando i fattori patogeni esterni si trovano sulla superficie del corpo, non si hanno sintomi interni a carico di sangue e liquidi.

**Sintomi** - Cefalea che si irradia alla nuca e al dorso, con senso di bastonatura e contrattura muscolare generalizzate. Peggiora con il vento e il freddo. Timore del freddo. Assenza di sete. Lingua con induito sottile e bianco. Polso superficiale (fu) e serrato (jin).

**Principi di trattamento** - Disperdere il vento. Eliminare il freddo. Arrestare il dolore

**Prescrizione** - 12 V - 20 VB - 7 P: per liberare il biao, disperdere il freddo, eliminare il vento e arrestare il dolore. 4 GI: per liberare la superficie e favorire la respirazione. 14 DM: per riattivare lo yang nella regione della testa. Se cefalea frontale: 44 S e 4 GI, cui aggiungere: 23 DM o 14 VB o 8 S o Yintang. Se cefalea temporale: 43 VB e 2 TR, cui aggiungere: 8 VB o 20 TR o Taiyang. Se cefalea occipitale: 60 V e 3 IT, cui aggiungere: 10 V o 14 DM o 16 DM o 19 DM o 20 VB. Se cefalea di vertice: 2 F e 16 DM, cui aggiungere: 2 DM o 7 V.

**Tecnica di manipolazione** - Tecnica di dispersione.

**Moxibustione** - Riscaldare 12 V e 14 DM, dopo l'infissione degli aghi.

#### Cefalea: vento-umidità

**Eziopatogenesi** - L'energia cosmopatogena vento-umidità può colpire la testa, attaccando la circolazione dell'energia corretta nei vasi. E' più frequente nella prima parte dell'autunno o in luoghi caratterizzati da una certa umidità. Questo attacco determina cefalea e, talora, parestesie associate.

**Sintomi** - Cefalea (come se la testa fosse in una morsa stretta), con testa e membra pesanti e oppressione al petto. Disuria. Talora, feci molli. A volte febbre con paura del vento. Lingua con induito bianco e grasso. Polso molle (ru).

**Principi di trattamento** - Disperdere il vento. Eliminare l'umidità. Arrestare il dolore

**Prescrizione** - 23 DM - 16 DM: per disperdere il vento perverso. 4 GI - 11 GI: per purificare la testa e il viso ed eliminare l'umidità perversa. 8 S - 6 M: per drenare e disostruire i meridiani yang ming e tai yin. Per eliminare l'umidità.

**Concomitanze** - Se cefalea frontale: 44 S e 4 GI, cui aggiungere: 23 DM o 14 VB o 8 S o Yintang. Se cefalea tem-

porale: 43 VB e 2 TR, cui aggiungere: 8 VB o 20 TR o Taiyang. Se cefalea occipitale: 60 V e 3 IT, cui aggiungere: 10 V o 14 DM o 16 DM o 19 DM o 20 VB. Se cefalea di vertice: 2 F e 16 DM, cui aggiungere: 2 DM o 7 V.  
**Tecnica di manipolazione** - Tecnica di dispersione.

### Cefalee di origine esterna

Accanto alle cefalee di origine esterna, abbiamo il gruppo di cefalee, definite di origine interna, in cui la causa del disturbo va ricercato in uno squilibrio energetico che si produce, per svariati motivi, a livello della funzionalità di organi interni. Spesso, in questo gruppo di cefalee, troviamo forme croniche e farmaco resistenti e una strategia, anche combinata, basata sull'impiego di agopuntura e fitoterapici può risultare vincente.

#### Cefalea: catarri e umidità

**Eziopatogenesi** - La Milza in deficit non assolve i suoi compiti di trasporto e trasformazione dell'umidità e ciò determina la produzione di catarri. I catarri altro non sono che una forma concentrata di umidità che produce ristagno e blocco nella circolazione dell'energia. Se questi fattori invadono la parte superiore del corpo, ostacolano la libera circolazione del *qi* puro, dando mal di testa.

**Sintomi** - Mal di testa, spesso a baschetto, con senso di ovattamento del capo e vertigini. Nausea e vomito, senso di oppressione e pienezza al petto e dello Stomaco, oppure iperscialorrea. Frequenti anche disturbi dell'intestino con feci molli. Lingua con induito bianco e grasso. Polso *xian* (a corda) e *hua* (scivoloso).

**Principi di trattamento** - Trasformare i catarri. Armonizzare lo Stomaco. Disostruire i meridiani. Arrestare il dolore.

**Prescrizione** - 12 RM - 40 S - 36 S: per rinforzare la Milza, armonizzare lo Stomaco, trasformare i catarri. 20 DM - Taiyang: per innalzare lo yang puro, disostruire i meridiani e arrestare il dolore. 9 M: per tonificare la Milza ed eliminare l'umidità.

**Concomitanze** - Se vomito severo: 6 MC. Se feci diarroiche: 25 S. Se cefalee severe: Yintang.

**Tecnica di manipolazione** - Tecnica di dispersione.

#### Cefalea: stasi di sangue

**Eziopatogenesi** - Talora, a seguito di traumi esterni oppure di forti stress emotivi o di attacchi da energie perverse di antica data che possono restare latenti prima di produrre i loro effetti. Talvolta, invece, a seguito di perdite di sangue con riduzione della forza di irrorazione, si produce una stasi di sangue. In seguito a ciò, si ha rallentamento e blocco della circolazione del sangue e del *qi* nei meridiani e ostacolo alla circolazione del *qi* puro al capo. Per questo si produce mal di testa.

**Sintomi** - Cefalee con dolore fisso violento e puntorio che data da molto tempo. Vertigini, annebbiamenti visivi, palpitazioni, insonnia. Lingua violacea o talora pallida con petecchie. Talora vene sottolinguali dilatate e scure. Polso fine (*xi*) e rugoso (*se*).

**Principi di trattamento** - Attivare il sangue e disperdere le stasi. Disostruire i meridiani. Arrestare il dolore.

**Prescrizione** - 6 M - 10 M - 17 V: per attivare il sangue e disperdere le stasi di sangue. 4 GI: per regolarizzare il

*qi* e il sangue alla testa, attivare la circolazione nei vasi e arrestare il dolore. A seconda della localizzazione della cefalea, si possono poi utilizzare punti locodolenti con la finalità di sbloccare la circolazione dell'energia e del sangue.

**Concomitanze** - Se cefalea frontale: 44 S e 4 GI, cui aggiungere: 23 DM o 14 VB o 8 S o Yintang. Se cefalea temporale: 43 VB e 2 TR, cui aggiungere: 8 VB o 20 TR o Taiyang. Se cefalea occipitale: 60 V e 3 IT, cui aggiungere: 10 V o 14 DM o 16 DM o 19 DM o 20 VB. Se cefalea di vertice: 2 F e 16 DM, cui aggiungere: 2 DM o 7 V.

**Tecnica di manipolazione** - Tecnica di dispersione.

**Microsalasso** - I punti sul capo, dopo l'infissione degli aghi.

#### Cefalea: deficit di *qi* e di sangue

**Eziopatogenesi** - In questo caso abbiamo una forma clinica in cui il *qi* e il sangue sono in vuoto a causa di stress o sforzi prolungati oppure per una malattia cronica, alimentazione squilibrata, perdite di sangue e di liquidi protratte. In seguito a ciò vengono meno le funzioni di nutrizione e trasporto dello yang puro al capo. Per questo si determina mal di testa.

**Sintomi** - Cefalee di intensità discreta, ma croniche e persistenti, che si aggravano nel pomeriggio o in seguito al lavoro e all'affaticamento e che migliorano con il riposo. Astenia, respiro corto, palpitazioni, inappetenza, colorito pallido, vertigini, senso di stordimento e acufeni. Lingua pallida con induito bianco. Polso fine (*xi*), e debole (*ruo*) o rugoso (*se*).

**Principi di trattamento** - Tonificare il *qi*. Nutrire lo *yin* e il sangue. Regolarizzare i collaterali. Fermare il dolore.

**Prescrizione** - 17 V - 20 V - 18 V: per stimolare la produzione di sangue e farlo circolare. 36 S - 12 RM - 6 RM - 6 M: per tonificare il *qi* ed il sangue e rinforzare la Milza e lo Stomaco. 20 DM: per tonificare e controllare lo yang. Per tonificare e richiamare il *qi*. La sua azione è, in massima parte, riconducibile al fatto che è il punto di riunione di tutti i meridiani yang del corpo.

**Tecnica di manipolazione** - Tecnica di tonificazione.

**Moxibustione** - Riscaldare i punti, dopo l'infissione degli aghi.

#### Cefalea: deficit di Yin di rene

**Eziopatogenesi** - Se le essenze vitali del Rene sono esaurite per un'insufficienza congenita, per eccessi sessuali, per stress o fatica prolungati, per eccessiva assunzione di alimenti caldi, piccanti o dissecanti, si ha un deficit energetico dei Midolli. Il Cervello, "mare dei Midolli", è in deficit e questo si manifesta con mal di testa.

**Sintomi** - Mal di testa continuo, vertigini e acufeni. Dolenzia e debolezza della regione lombare e delle ginocchia, calore ai Cinque cuori, febbricola e sudorazione notturna, perdite protratte di liquidi quali, ad esempio, spermatorrea e leucorrea protratte e incontenibili. Astenia, insonnia, agitazione, depressione. Lingua rossa con induito scarso e secco. Polso profondo (*chen*) e fine (*xi*) oppure fine (*xi*) e rapido (*shu*).

**Principi di trattamento** - Nutrire lo *yin* e tonificare il Rene. Favorire la nutrizione dei Midolli. Arrestare il dolore.

**Prescrizione** - 3 Rn - 52 V - 23 V: per nutrire lo yin, tonificare il Rene e nutrire i Midolli. Taiyang - 20 DM - 6 M: per regolare la circolazione del qi nei meridiani e fermare il dolore.

**Tecnica di manipolazione** - Tecnica di tonificazione.

*Cefalea: liberazione dello yang di fegato*

**Eziopatogenesi** - A seguito di ansia, frustrazione e stress emozionali si ha una compressione dello yin di Fegato che non controlla più lo yang. In conseguenza di questo, si può produrre una liberazione dello yang verso la parte alta del corpo, con alterazione della circolazione dei meridiani a livello del capo. Ciò provoca la cefalea e, talora, disturbi vertiginosi associati.

**Sintomi** - Mal di testa, talora associato a vertigini, con sensazione di distensione come se la testa dovesse scoppiare. Il dolore è, per lo più, localizzato al vertice o alle tempie, con irradiazioni dolorose agli occhi e ai seni ma-

scellari. Rossore del viso, arrossamento congiuntivale e bocca amara. Dolori e sensazione di distensione sotto le costole. Agitazione e irascibilità. Insonnia. Lingua rossa con induto giallo. Polso teso a corda (*xian*), rapido (*shu*).  
**Principi di trattamento** - Calmare il Fegato. Abbassare lo yang. Arrestare il dolore.

**Prescrizione** - 20 VB - 20 DM - 5 VB: per regolare il Fegato e la Vescica Biliare e calmare il mal di testa. 43 VB - 2 F: per purificare il fuoco di Fegato e di Vescica Biliare e abbassare lo yang.

**Concomitanze** - Se cefalea localizzata all'apice del capo: 20 DM. Se cefalea temporale: Taiyang. Se congestione oculare: 1 IT. Se grave agitazione e collera: 18 V - 7 MC. Se sintomi di grave deficit di yin: 2 Rn - 3 Rn.

**Tecnica di manipolazione** - Tecnica di dispersione.

**Tecnica di tonificazione** - 3 Rn - 23 V.

**Microsalasso** - 1 IT - Taiyang. ■

## Il contributo della fitoterapia

Carlo Di Stanislao

Medico omeopata, Membro del Comitato Scientifico e Docente dell'Associazione Italiana di Fitoterapia e Fitofarmacologia  
Presidente della Commissione MNC dell'Ordine dei Medici de L'Aquila  
E-mail: c.distanislao@agopuntura.org

**F**ra le varie terapie comunemente impiegate in corso di cefalea, la fitoterapia ricopre un ruolo di premienza, tanto quanto l'agopuntura e l'omeopatia, con ampio utilizzo sia nell'adulto che nel bambino e sia in corso di forme primarie che secondarie (infiammatorie, ormonali, oftalmiche, etc.).

Il problema dell'uso della fitoterapia, più che nel caso di altre terapie alternative e non convenzionali, risiede nel fatto che spesso si fa ricorso ad autoprescrizione e, sovente, non si informa il medico curante dell'uso di rimedi vegetali, creando presupposti per interazioni farmacologiche severe e potenzialmente molto gravi.<sup>1-4</sup> L'impiego di piante antinfiammatorie, miorilassanti e sedative, che sono le più usate nelle cefalee, rende necessaria una particolare prudenza nei confronti di farmaci che bloccano lipo e cicloossigenasi, agiscono sul sistema nervoso centrale e sulla coagulazione e aggregazione piastrinica.<sup>5,6</sup>

Nelle **cefalee tensive**, che sono le più frequenti (90%) tra le cefalee, caratterizzate da dolore di qualità gravativo-costrittiva al capo, soventemente associato ad aumento del tono dei muscoli del capo e/o della nuca e in quelle **infiammatorie** (da sinusite, otite, etc.), il rimedio vegetale d'elezione è l'*Harpagophytum procumbens*, rimedio della tradizione africana proveniente dal deserto del Kalahari, detto anche *Artiglio del diavolo* o Arpagofito e dotato di spiccate attività antiflogistiche ed analgesiche. La pianta si preferisce in decotto ed è meno efficace in tintura madre o estratto fluido, perché i principi attivi (arpagoside e procumbide) sono solubili in acqua e non in alcool. Va detto, comunque, che la farmacocinetica dell'Arpagofito (e delle componenti principali, le glicosi-

di iridoidiche) non è stata chiarita e ciò si riflette nell'incertezza riguardo al ruolo degli acidi gastrici nell'attivazione o disattivazione dei componenti della droga. Una parte della letteratura suggerisce che siano i risultati dell'idrolisi acida (arpagogenina) ad essere attivi in senso antinfiammatorio ed antireumatico e quindi che il contatto con le secrezioni gastriche sia importante. Altri autori suggeriscono invece che gli arpagosidi siano più attivi dei prodotti dell'idrolisi e che quindi i succhi gastrici siano inattivanti. Circa la galenica e la posologia, in fitoterapia si preferisce, oltre alle preparazioni acquisite e per la Farmacopea Italiana X, l'estratto secco titolato in arpagoside (minimo 1,8%), la cui posologia giornaliera va da 10 a 16 mg/kg, suddivisi in due somministrazioni, meglio se dopo i pasti principali, a causa del gusto molto amaro della droga. L'effetto antinfiammatorio dipende molto dal modo di somministrazione e dalla natura dell'infiammazione (acuta o cronica). In particolare, gli effetti antinfiammatori sono stati più convincenti in modelli di infiammazione subacuta (dove la droga si è dimostrata attiva quanto il fenilbutazone), piuttosto che in modelli di infiammazione acuta.

La pianta e i suoi componenti non sembrano agire con meccanismo FANS-simile, visto che non inibiscono l'attività della COX e non alterano i livelli delle prostaglandine. E' probabile quindi che i meccanismi in atto non siano gli stessi di quelli dei FANS e che i rischi (effetto irritante sullo stomaco) non siano analoghi.<sup>7,8</sup> L'arpagofito non dovrebbe essere utilizzato in soggetti già sottoposti a terapie con farmaci anticoagulanti. La somministrazione concomitante di arpagofito e warfarin, infatti, può comportare un incremento del rischio di sanguina-

mento con possibile insorgenza di porpora.<sup>9-11</sup> Inoltre, poiché l'arpagofito possiede proprietà antiaritmiche,<sup>12</sup> dovrebbe esserne sconsigliato l'uso in associazione con farmaci antiaritmici (inclusi beta-bloccanti e digossina). La somministrazione di arpagofito può inoltre indurre un incremento della secrezione cloridro-peptica dello stomaco, aumentando la gastrolesività associata all'uso di FANS e riducendo l'efficacia di farmaci anti-H<sub>2</sub>. Infine, una possibile sommazione degli effetti può aversi associando gli estratti di tale pianta a farmaci ipotensivi e ad ipoglicemizzanti orali.<sup>13</sup>

L'Arpagofito, come visto, può provocare talvolta epigastralgie con nausea, particolarmente in soggetti affetti da gastrite acuta e/o ulcera peptica, per cui si consiglia di assumere questa droga a stomaco pieno. In alcuni rari casi può provocare dolori addominali con diarrea. Ancora, non è consigliabile nel bambino al di sotto dei 12 anni, in gravidanza e durante l'allattamento.<sup>14,15</sup>

Nelle cefalee a carattere tensivo con forte impronta psichica, si può aggiungere *Melissa officinalis*, nota per avere azioni sul sistema nervoso centrale di tipo sedativo, ansiolitico e favorente il sonno e dotata anche di azione antidolorifica.<sup>16,17</sup> Recentemente si è potuto dimostrare che alcuni flavonoidi in essa contenuti, possono avere attività simile a quella delle benzodiazepine e che uno di essi, l'aspegenina, possiede vigorose azioni miorellassanti.<sup>18</sup> La pianta inibisce l'azione tiroidea ed è controindicata, oltre che in gravidanza e nei soggetti allergici, anche in corso di ipotiroidismo.<sup>19</sup> Si usa l'estratto secco nebulizzato e titolato in acido rosmarinico con un minimo dello 0,2% (Farmacopea Francese X) e il suo dosaggio giornaliero va da 6 a 7 mg. per kg di peso corporeo, suddiviso in due somministrazioni, preferibilmente lontano dai pasti.

Altro utile rimedio sedativo ed antispasmodico è la *Passiflora incarnata*, che possiede azione sedativa sul sistema nervoso centrale, soprattutto a livello della zona motoria del midollo spinale ed attivante i centri del sonno e viene data in estratto secco titolato in isovixetina (minimo 0,3%), al dosaggio di 400-600 mg/die, in due dosi rificate, lontano dai pasti. Sono stati descritti fatti vasculitici dopo assunzione d'estratti di Passiflora. Il fenomeno è comunque reversibile con la sospensione della droga. La pianta non è mai stata associata ad aborti, ma la prudenza suggerisce un non uso nelle donne gravide come per la presenza nel fitocomplesso di stimolanti uterini. L'associazione con Melissa ed Iperico ha generato risposte paradossali con ansia ed insonnia persistenti,<sup>20</sup> per cui non viene consigliata. Altro rimedio indicato nelle forme con impronta psicosomatica a sfondo depressivo, è l'Iperico (*Hypericum perforatum*), il cui estratto secco nebulizzato e titolato in ipericina, minimo 0,2% (Commissione Tedesca, 1996), con dose giornaliera da 10 a 13 mg per kg di peso corporeo, suddivisi in due somministrazioni una al mattino e l'altra a metà pomeriggio, svolge anche un'efficace azione antidolorifica.<sup>21,22</sup>

Va comunque ricordato che l'ipericina ha una forte azione fotodinamizzante e può quindi causare reazioni di fotosensibilizzazione sulle parti di cute esposte al sole con arrossamento, bruciore e prurito. L'incidenza degli effetti collaterali è del 2,4%, di gran lunga inferiore

anche a quella tipica dei più sicuri antidepressivi non tricyclici dell'ultima generazione<sup>23</sup>. Esso potenzia gli effetti farmacologici dei farmaci antidepressivi di sintesi e inoltre può interferire con l'azione dei farmaci amfetaminici, della tirosina, del triptofano e dei decongestionanti della mucosa nasale. L'iperico riduce i livelli plasmatici di digossina, di un farmaco contro il virus dell'AIDS come l'indinavir, di un farmaco usato per ridurre le reazioni di rigetto nei pazienti che hanno subito trapianti di organi come la ciclosporina e di molti altri farmaci come la carbamazepina, la chinidina, il diltiazem, l'eritromicina, la fenitoina, la flutamida, il losartan, la nifedipina, l'omeprazolo, la simvastatina, gli steroidi, il tamoxifene, il tasolo, la tolbutamide, la torasemide e il verapamil.<sup>24</sup>

Uno studio ha dimostrato che l'iperico provoca un forte calo (-47%) dei livelli nel sangue del metadone, confermato anche dalla comparsa di fenomeni di astinenza in parecchi soggetti coinvolti nello studio. Altri studi hanno dimostrato che l'iperico riduce nettamente l'efficacia della pillola anticoncezionale e può quindi provocare gravidanze indesiderate.<sup>25</sup>

Sempre nelle forme tensive, molto utili sono i decotti con 5-12 gr due volte al dì di fiori di Primula (*Primula veris*), dotati di proprietà diuretiche, sedative, antispasmodiche ed utili per eccitazione nervosa, insonnia, palpitazioni e vertigini, quindi molto indicati nella **cefalea da tensione premenstruale**, unitamente alla Cimicifuga. Quest'ultima (*Cimicifuga* o *Actea racemosa*), in estratto secco nebulizzato e titolato in glicosidi triterpenici (minimo 2,5%), con dose giornaliera da 0,6 a 1 mg per Kg di peso corporeo, suddivisi in due somministrazioni preferibilmente lontano dai pasti, svolge azione di incremento della sensibilità recettoriale estrogenica ed insieme antiflogistica, sia per la presenza di glicosidi triterpenici (in particolare acteina e 27-desossiateina), che di flavonoidi e di acido isoferulico, che di una percentuale piuttosto abbondante di tannini. La pianta sembra non avere rilevanti effetti collaterali, neppure per trattamenti a dosaggi piuttosto elevati e per periodi di tempo abbastanza lunghi. Una recente analisi degli studi clinici ha permesso di valutare gli effetti avversi di estratto secco titolato nell'uomo. Sono stati analizzati 2800 pazienti arruolati in diversi studi clinici, verificando un'incidenza di effetti avversi del 5,4%. Di questo con il 97% di disturbi lievi, tali da non richiedere l'uscita del soggetto dallo studio.<sup>26</sup> Da sola o combinata con Melissa, è molto utile nelle **cefalee menopausali**.

Una pianta molto utile anche nelle **forme miste** (tensive e vascolari) è il *Blupearum chinensis*, che in alcuni trattati si indica capace di un'azione psicotropa e ansiolitica ed in altri dotato di azione miolitica.<sup>27</sup> Si usa in decotto a dosaggi di 3 grammi/die, impiegando la radice che, tuttavia, è controindicata in donne con cicli abbondanti o ravvicinati, poiché risulta emmenagoga. Nelle forme tensive da stress prolungato, si associa, in decotto, due volte al dì dopo i pasti, con radice di Ginseng (g 1-3) e radice di *Glycyrrhiza uralensis*, combinazione in grado di incrementare il rilascio di ormoni surrenalici.<sup>28</sup>

Invece, nelle **forme infiammatorie** può aggiungersi all'Artiglio del diavolo, il Salice bianco (*Salix alba*), con

ben note proprietà antinfiammatorie ed analgesiche ed attività simile a quella dell'aspirina. Le sue azioni, dovute al blocco della sintesi di sostanze che favoriscono l'infiammazione per interferenza con gli enzimi destinati a produrle<sup>29</sup>, si debbono al silicato di metile, convertito in acido salicilico a livello intestinale, che blocca le lipossigenasi coinvolte nella conversione dell'acido arachidonico in mediatori della flogosi. Viene dato soprattutto come estratto fluido, alla dose di 5-10 grammi/die, pari a 15-30 gtt da una a tre volte al dì a stomaco pieno. È controindicato in portatori di gastrite ipersecretrice o ulcera gastrica e in chi fa uso di antiaggreganti piastrinici.

Altro rimedio antinfiammatorio molto utile in corso di **cefalee otologiche o sinusitiche**, è il ribes nero (*Ribes nigrum*), per lo più impiegato, a questo scopo, in estratto secco, il cui dosaggio giornaliero è di 8-10 mg per kg di peso corporeo, in due somministrazioni, una al mattino al risveglio e l'altra nel primo pomeriggio. I componenti principali sono degli antocianosidi, sia dimeri che trimeri. Questi composti sono rappresentati da tre prodelphinidine. Contiene inoltre numerosi flavonoidi. Sono presenti anche acidi organici, acidi diterpenici, vitamina C e numerosi sali minerali. Si ritrova anche una piccola quantità di olio essenziale. Questa pianta è nota per le sue proprietà antinfiammatorie, antidolorifiche e antiallergiche. Esse sono in parte legate alla sua azione di tipo cortisonosimile, dovuta ad uno stimolo diretto sulla corteccia surrenalica, con conseguente, aumentata produzione di steroidi. Inoltre è in grado di legarsi ai recettori per il desossicorticosterone (DOCA), svolgendo così un'azione simile a quella di questo cortisonico endogeno.

Le sostanze principali per la sua azione terapeutica sembrano essere le proantocianidine, mentre gli acidi fenolici e i flavonoidi paiono svolgere un ruolo meno importante. Questa pianta è in grado di inibire l'infiammazione causata da sostanze infiammatorie nella zampa di ratto, con un'azione simile a quella dei salicilati. Esso, inoltre, non provoca danni allo stomaco, a differenza di vari FANS e altri antinfiammatori vegetali e può usarsi anche in portatori di malattia peptica. Le proantocianidine si sono dimostrate capaci di combattere la fragilità dei vasi sanguigni, con una vigorosa azione capillaroprotettiva sia a livello del microcircolo retinico sia di quello periferico. Pertanto trova indicazione (con il *Vanninum myrtillus*) nelle **cefalee di origine oftalmologia**, cioè da disturbi visivi, note anche come astenopie accomodative.<sup>31</sup> In caso di **emicrania**, invece, la pianta più attiva è il Partenio (*Tenacetum parthenium*), per le sue proprietà inibitorie nei confronti della liberazione di sostanze vasoattive. Già nel XVII secolo, in Inghilterra, John Parkinson sosteneva che il partenio "è molto efficace per tutti i dolori del capo" e cento anni dopo, John Hill scriveva: "nella peggiore delle cefalee, questa erba supera qualsiasi altra erba nota".

A tutt'oggi, l'uso prolungato del partenio non sembra problematico, ma non esistono ricerche sugli effetti a lungo termine. Per adulti sani, non in gravidanza o in allattamento, che siano privi di disturbi di coagulazione ematica e non siano sottoposti a terapie con anticoagulanti, il partenio è considerato sicuro nelle quantità tipicamente raccomandate.

Il partenio dovrebbe essere usato in dosi medicinali soltanto sotto controllo medico. In caso di insorgenza di infiammazioni o disordini gastrici, ridurre le dosi o interrompere il trattamento. Consultare il medico qualora si manifestassero effetti indesiderati, o qualora i sintomi di partenza non migliorassero significativamente dopo due settimane di trattamento.<sup>32</sup> I principi attivi più importanti sono dei lattoni sesquiterpenici chiamati partenolide. L'odore forte della droga è dovuto all'olio essenziale. Contiene anche una certa quantità di flavonoidi. La formulazione impiegata è quella in estratto secco nebulizzato e titolato in partenolide, minimo 0,5% (British Herbal Pharmacopoeia, 1990) e la posologia giornaliera utilizzata negli studi pubblicati in letteratura è di 6-7 mg/kg/die, suddivisa in due somministrazioni preferibilmente lontano dai pasti. Siccome tali studi sono stati condotti con estratti diversi con titoli diversi, il valore posologico suddetto rappresenta un valore medio indicativo.<sup>33</sup> Gli studi *in vitro* hanno dimostrato che il partenolide si lega direttamente e inibisce la I-kappa-B-chinasi beta (IKKbeta), che gioca un ruolo fondamentale nel segnale mediato dalle citochine. In particolare essa blocca una chinasi suddetta responsabile della stimolazione dei geni coinvolti nei processi flogistici mediata dalle citochine.

L'azione antiflogistica sia *in vitro* che *in vivo* del partenolide dipende soprattutto dal gruppo alfa-metil-lattonico. Tali azioni sono dovute anche ai flavonoidi e in particolare alla tanetina.<sup>34</sup> Può provocare reazioni allergiche cutanee anche generalizzate e dermatiti di tipo plurinodulare, ma esse regrediscono rapidamente con la sospensione del trattamento. Sono state descritte lesioni di tipo ulcerativo alla mucosa del cavo orale, anch'esse rapidamente reversibili con l'interruzione della terapia. A causa della mancanza di studi sulla teratogenicità e sulla mutagenicità il suo uso è sconsigliabile in gravidanza, durante l'allattamento e nel bambino al di sotto dei 10 anni di età.<sup>35</sup> In alternativa si può usare, in taglio tisana (5g/die) o in TM (25-50 gtt da 1 a 3 volte al dì a stomaco pieno), la Sanguinaria (*Sanguinaria canadensis*), attiva sulle cefalee vasomotorie ma che può aumentare la pressione oculare ed è sconsigliata nei portatori di glaucoma. Contiene alcaloidi isochinolinici ed in realtà non è stata molto studiata sotto il profilo scientifico. Molto più maneggevole e studiata è la Nigella (Nigella sativa), ranunculacea dell'area mediterranea, di cui si impiegano i semi, contenenti olio essenziale, saponine, mucillagini, acidi organici, attivi sulle cefalee a carattere emicranico. Conosciuto come "il seme Benedetto" da millenni e da una grande porzione della popolazione mondiale, è considerata tra le più preziose erbe fitoterapiche di tutti i tempi ed oltre a combattere l'emicrania, agisce come rinforzante del sistema immunitario. Non presenta controindicazioni, se usato in modo corretto, salvo l'assunzione in gravidanza per i suoi effetti abortivi.

Nelle forme pediatriche di emicrania è molto utile il MMG alla 1DH di *Rosa canina* (posologia: 25 gtt tre volte al dì, lontano dai pasti), che inibisce la formazione di serotonina dalla tiramina e, quindi, il rilascio di sostanze vasoattive implicate in tale tipo di cefalea.

Dalle etnomedicine orientali<sup>36</sup> (Ayurvedica e Cinese), si possono prendere rimedi di sicura efficacia e maneggevolezza come curcuma e zenzero. Molto usato in Cina è lo zenzero (*Zinziber officinalis*, in cinese *Sheng Jiang*), che agisce inibendo enzimi quali la ciclossigenasi e la 5-lipossigenasi e diminuisce in questo modo la produzione di importanti mediatori dell'infiammazione come trombossani e leucotrieni. Se ne usa la radice (che, più propriamente, è il rizoma, ossia il fusto sotterraneo), in genere sotto forma di decotto, da 3 a 5 gr/die in due somministrazioni ai pasti. Sono possibili reazioni allergiche che, in generale, producono eruzioni e, nonostante sia generalmente riconosciuto come salutare, lo zenzero può causare mal di stomaco, gonfiore, produzione di gas, specialmente se assunto sotto forma di polvere.

Lo zenzero fresco, se non ben masticato, può causare blocco intestinale, e gli individui che hanno manifestato ulcere, infiammazioni all'intestino, o blocchi intestinali, potrebbero reagire malamente a quantità considerevoli di zenzero fresco. Lo zenzero può anche agire negativamente su individui soggetti a calcolosi biliari. Vi sono anche segnalazioni sul fatto che esso possa influenzare la pressione del sangue, la coagulazione, e il ritmo cardiaco.<sup>38</sup>

Azione analoga allo zenzero la svolge la curcuma (*Curcuma longa*), spezia nota soprattutto in India, dotata della stessa azione su molecole proinfiammatorie viste a proposito dello zenzero. La medicina ayurvedica, ritiene che la curcuma sia dotata di molte proprietà medicinali e molti la usano in India come antisettico per tagli, scottature e contusioni. Medici di questa disciplina ritengono che contenga fluoride (la forma ridotta del fluoro), elemento essenziale per i denti. È utilizzata anche come antibatterico. In alcune regioni dell'Asia è assunta come supplemento alimentare, utile per chi ha problemi di stomaco. Nel 2004 uno studio dell'UCLA Veterans Affairs, suggerì che la curcumina poteva inibire l'accumulazione di b-amiloide nel cervello di pazienti con malattia di Alzheimer e sciogliere le placche esistenti. La Medicina Tradizionale Cinese, impiega la curcuma per problemi epatici e alla cistifellea, per le emorragie, per le congestioni al petto ed i disturbi mestruali, nelle flatulenze, nel sangue delle urine, nel mal di denti, nelle contusioni e ulcerazioni. Possiede proprietà coleretiche (stimolanti la produzione di bile da parte del fegato), colagoghe (stimolanti la contrazione della cistifellea favorendo lo svuotamento della bile in essa contenuta), è un epatoprotettore, stimolante delle vie biliari, antiossidante, fluidificante del sangue. Effettua una buona azione antinfiammatoria sul tubo digerente oltre a svolgere la funzione di antispasmodico dei muscoli dell'apparato gastrointestinale. La curcumina ha proprietà analgesiche, antiartritiche, antinfiammatorie, antiossidanti, battericide, colagoghe, digestive, diuretiche, ipotensive, insetticide, rubefacenti e stimolanti. L'azione stimolante nervosa è efficace sull'epidermide e in particolare sui bulbi piliferi. Particolare attenzione va prestata se si è in presenza di occlusione delle vie biliari o in caso di colelitiasi. Non somministrare la curcuma ai bambini di età inferiore ai 2 anni e non impiegarla se si è in presenza di problematiche legate alla fertilità.

Per l'effetto anticoagulante della curcuma fare attenzione nelle persone con problematiche legate alla coagulazione: dosi eccessive di curcuma possono causare disturbi gastrici. Alle dosi indicate e se non sussistono problematiche di cui sopra, la curcuma è una pianta sicura. Si usa in estratto secco, con curcuminoidi minimi al 14% e dose di 1-5 gr, divisi in 4 dosi, in grado di apportare 200-400 mg di curcumina al dì. In decotto potrà essere data sino a 8 g giorno, in 2 dosi; mentre in Estratto Fluido 5-14 ml giorno, in 4-5 dosi.

Almeno altre due piante della tradizione erboristica cinese sono particolarmente utili in corso di emicrania. La prima è chiamata **Tian Ma**, corrispondente al rizoma della *Gastrodia elata*, attiva su cefalea ed epilessia, usata o in decotto a dosaggi di 3-9 g/die o di estratto secco a dosaggi di 0,9-1,5g/die, in due somministrazioni lontano dai pasti. L'altro rimedio è *Gou Teng*, *Uncaria rhynchophylla*, usata in decotto a dosaggi elevati (6-15g), priva di tossicità ed attiva in corso di emicrania. Una formula in decotto, da assumere due volte al dì lontano dai pasti, per cura e prevenzione emicranica in Cina, è detta *Tian Ma Gou Teng Yin*, tratta dal testo classico *Za Bing Zheng Zhi Xin Yi*, risalente al I secolo della nostra era, ed ancora considerato il più efficace nella più parte delle situazioni emicraniche.<sup>42, 43</sup>

Questa la composizione:

- Tian Ma (rhizoma gastrodiae elatae) .....9 g
- Gou Teng (ramulus cum uncis uncariae) .....12-15 g
- Shi Jue Ming (concha haliotidis) .....18-24 g
- Zhi Zi (fructus gardeniae jasminoidis) .....9 g
- Huang Qin (radix scutellariae baicalensis) .....9 g
- Yi Mu Cao (herba leonuri heterophylli) .....9-12 g
- Chuan Niu Xi (radix cyathulae officinalis) .....12 g
- Du Zhong (cortex eucommiae ulmoidis) .....9-12 g
- Sang Ji Sheng (ramulus sangjusheng) .....9-24 g
- Ye Jiao Teng (caulis polygoni multiflori) .....9-30 g
- Fu Shen (sclerotium poriae cocos paradisis) ....9-15 g

Studi recenti condotti presso il Centro ATM del Dipartimento di Odontoiatria dell'Università di Siena, hanno dimostrato l'efficacia di combinazioni (in Estratto Fluido, due volte al dì dopo i pasti, 10 gtt di ciascun principio, nello stesso bicchiere d'acqua) di combinazioni fra *Taraxacum officinalis*, *Angelica archangelica* e *Passiflora*, in corso di algie facciali atipiche con disfunzioni dell'articolazione temporo-mandibolare.<sup>44, 45</sup> In un lavoro di confronto fra nimesulide e lorazepam, contro questi fitoprincipi *per os*, si è visto che si ottengono analoghi risultati e minor numero di reazioni avverse con l'impiego di droghe vegetali.<sup>46</sup> In conclusione, è evidente che l'azione di droghe vegetali sia di grande ausilio in varie forme di cefalea da cause diverse.<sup>47</sup> Tuttavia solo aumentando e migliorando le ricerche, integrando l'impiego di farmaci e derivati vegetali e consigliando il ricorso a medici esperti del settore, si potranno avere risultati migliori attraverso procedure più certe e più sicure.<sup>48-50</sup>

[Bibliografia su [www.siomi.it](http://www.siomi.it)]

**ImmunoVanda**

LA microimmunoterapia



6K RNA  
30K  
200K

**VANDA**  
OMEOPATICI