

HIM@d

HOMEOPATHY and Integrated Medicine

Novembre 2012 | Volume 3 | Numero 1

SIOMI
SOCIETÀ ITALIANA DI OMEOPATIA
E MEDICINA INTEGRATA

Organo ufficiale della
SOCIETÀ ITALIANA DI OMEOPATIA E MEDICINA INTEGRATA



Homeokind®

omeopatia per bambini

Gli unici globuli omeopatici per bambini.

L'uso dell'omeopatia può rappresentare un valido supporto per ritrovare lo stato di salute del bambino. Per il suo futuro sviluppo, scegli naturalmente.



Homeokind®
omeopatia per bambini



In copertina: la nebulosa NGC 2818.
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

© 2010-2012 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 aprile 2012
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, Roberto Pulcri, Gino Santini, Gabriele Saudelli

Area accademica e medicina convenzionale

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

HIMed

HOMEOPATHY and Integrated Medicine

Anno 3 - Numero 1, Maggio 2012

■ Editoriale

- 2 **Il Manifesto per la Medicina Integrata, progetti e prospettive**
di Simonetta Bernardini

■ In primo piano

- 4 **Cosa significa "curare"**
di Vincenzo Nuzzo

■ Contributi originali

- 12 **I raggi invisibili in diagnostica e terapia**
di Alberto Laffranchi
- 18 **L'approccio omeopatico al paziente che ha paura**
Calma, sangue freddo e occhio all'essenza
di Luca Biasci
- 22 **Studi clinici sperimentali in omeopatia veterinaria**
Esperienze preliminari nell'allevamento suino intensivo
di Giuseppina Brocherel, Olga Lai, Lavinia Alfieri, Dario Deni, Mario Sciarri, Franco Del Francia
- 28 **Un caso clinico di asma felina**
di Bruno Cipollone
- 31 **La Medicina Integrata in Sicilia**
di Maria Concetta Giuliano
- 33 **La malattia come consumo**
L'uso dei farmaci e il ritardo integrativo in medicina
di Carlo Di Stanislao
- 36 **Una buona occasione - L'atto di cura al termine dell'esistenza**
di Maurizio Venezia

■ I grandi personaggi dell'omeopatia

- 29 **Michael Frass**
Medicina Integrata e oncologia
a cura di Tiziana Di Giampietro

■ Spotlight

- 26 *a cura di Gino Santini*
Frattali di verità - Omeopatia e patologie cutanee - Azione di Apis mellifica su basofili - Arsenico e ambiente: il contributo dell'omeopatia

■ Quaderni di Medicina Integrata

La menopausa

- 40 **Il contributo dell'omeopatia**
di Stefania Graziosi
- 43 **Il contributo della fitoterapia**
di Gabriele Saudelli
- 45 **Il contributo dell'agopuntura**
di Franco Cracolici

■ L'omeopatia raccontata

- 16 **Il fantasma dei globulini**
di Italo Grassi

Il Manifesto per la MI, progetti e prospettive

Simonetta Bernardini

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

Da più di dieci anni in letteratura scientifica si parla di Medicina Integrata (MI) nel servizio sanitario pubblico (Rees & Well, BMJ 2001; Hollenberg, Social Science & Medicine 2006). Si tratta di un fenomeno che ha riguardato in primis gli Stati Uniti e il Canada, paesi nei quali la terminologia preferita è “medicina integrativa”, e successivamente anche l'Europa, dove è più diffuso il termine “medicina integrata”. Al di là della definizione e nonostante le molte pagine dedicate al fenomeno, il movimento culturale propone in sintesi un ampliamento delle offerte terapeutiche della medicina ortodossa attraverso l'apertura della stessa ortodossia alle risorse terapeutiche delle Complementary and Alternative Medicines (CAM). Tale movimento sta muovendo i primi passi ma la più parte dei medici dei servizi sanitari pubblici al momento ne sanno poco o niente.

Volendo dare per scontati i principi portanti della Medicina Integrata (MI), ampiamente descritti nel numero precedente di HIMed, la prima domanda da porsi è se il modello di alleanza terapeutica da promuovere debba essere quello che implica una semplice incorporazione subordinata all'ortodossia di strumenti delle CAM nei percorsi sanitari o se, piuttosto, il fine non sia quello di una ridiscussione dei paradigmi portanti in medicina. In questo secondo caso esso comporterebbe la condivisione di percorsi terapeutici integrati come risultante di un reale approccio interdisciplinare alla cura del cittadino. In poche parole (ma si tratterebbe, ce ne rendiamo conto, di uno straordinario balzo in avanti nel concetto di assistenza sanitaria) se il modello della MI non dovrebbe prevedere la risultante di un processo di condivisione del cittadino-paziente da parte di un team interdisciplinare. Se si accetta questo punto di vista, la MI diventa l'occasione di un ripensamento profondo della pratica terapeutica poichè inevitabilmente comporta la messa in discussione dei canoni della pratica biomedica a cominciare dallo stesso approccio al malato, ripensato in chiave olistica, dal ruolo del terapeuta e dal significato dell'approccio terapeutico. In estrema sintesi, si tratta di avviare un confronto tra il concetto di terapia tipico della biomedicina occidentale e il concetto di terapia finalizzata al sostegno del potenziale di autoriparazione biologica dell'organismo vivente che è proprio della più parte delle CAM. Da una parte il trattamento terapeutico aggressivo della patologia e dall'altra lo stimolo all'autoguarigione previsto da altri grandi sistemi medici (Omeopatia, MTC, Ayurveda) e da tutte le “discipline bionaturali” (ad es. Shiatsu, Naturopatia, Qi Gong, Tai Qi, Yoga, etc.) che costituiscono l'ampio contenitore delle CAM.

A noi che promuoviamo la MI sin dalla fondazione della SIOMI il cammino appare oramai chiaro, anche se dobbiamo prendere atto di un allargato discorso culturale. Infatti, se all'inizio la nostra attività si focalizzava sulla sola integrazione dell'omeopatia nella medicina ortodossa, col tempo abbiamo compreso che il termine MI non poteva essere limitato all'incorporazione selettiva di una unica pratica medica, ma che la scommessa culturale era ben più ampia ed che essa prevedeva un ripensamento grandangolare della medicina. Un tema che è diventato preponderante nella nostra SMS già con l'organizzazione del convegno nazionale “Ripensare la cura”.

Ed è proprio da quel convegno che è scaturita la necessità di ampliare il lavoro della nostra Società dedicandosi ai concetti di MI in chiave moderna, adoperandosi per sensibilizzare ancora di più la medicina ortodossa verso i temi della integrazione delle cure. Del resto i dati drammatici sulla crescita e sulla inguaribilità delle malattie croniche mettono sempre più di fronte i medici ai limiti terapeutici della medicina ortodossa la cui crisi non si arresta nonostante le continue conquiste tecnologiche. Ma di fatto il problema è ancora più generale. La Biomedicina si è limitata a focalizzarsi sulla risoluzione di problemi immediati concentrandosi sulla tecnologia, l'eziologia e la prevenzione.

La MI invece riguarda anche la più ampia domanda di salute del mondo moderno intesa a privilegiare lo stato di forma fisica e a migliorare le capacità di sopravvivenza non disgiunta, tuttavia, dal mantenimento del miglior modo di interazione con l'ambiente (benessere psico-fisico e sociale).

Medicina integrata e condivisione

Per una Società come la nostra, che ha fatto della integrazione la propria ragione di essere, si parava davanti, dunque, un obiettivo più ambizioso rispetto a quelli degli anni passati, in quanto prevedeva la sensibilizzazione delle Istituzioni del servizio sanitario nazionale sulla necessità di avviare riflessioni più ampie sul concetto di MI nel nostro paese. Ed è così che è nata l'*avventura* che, dopo un intero anno di gestazione, ha portato alla presentazione del “Manifesto per la Medicina Integrata” avvenuta lo scorso 3 dicembre in Palazzo Vecchio a Firenze (per saperne di più: www.siomi.it, area “Manifesto” in *homepage*). In un primo momento si è trattato di reclutare “pensatori”. Trattandosi di un argomento che coinvolgeva, oltre alla conoscenza delle me-



dicine e discipline complementari, anche aspetti sociologici, filosofici, scientifici ed etici, abbiamo cercato di coinvolgere personalità esperte in queste tematiche. Ringrazio ancora una volta il Prof. Andrea Dei, professore di chimica all'università di Firenze, che tanto ha dato con il suo pensiero alla maturità culturale della nostra Società, il Prof. Guido Giarelli, esperto di sociologia medica, il Prof. Ivan Cavicchi esperto di filosofia della medicina e il Dr. Alfredo Zuppiroli, presidente della Commissione regionale di Bioetica della Toscana, che hanno accettato di partecipare, insieme al Prof. Francesco Macri e a me stessa, alla redazione del Documento sulla MI e alla proposta di Manifesto. Il risultato di un intenso periodo di lavoro è stato il Documento pubblicato nel numero precedente di HIMed, che rappresenta ad oggi la disanima più ampia e a carattere multidisciplinare sul tema mai apparsa in letteratura. Un distillato di quel Documento è riportato nella proposta di Manifesto per la Medicina Integrata presentato il 3 dicembre.

Riguardo al Manifesto, c'è da notare che la sua presentazione in nove punti è voluta. Lo scopo, infatti, non era quello di presentare un decalogo, ma piuttosto una bozza di lavoro che avviasse una discussione la più ampia possibile in Italia e all'estero, con lo scopo di dar vita ad un forum permanente che possa riflettere sul futuro orientamento della sanità pubblica e privata. Il progetto si propone di arrivare, un domani, ad un Manifesto condiviso non solo nei contenuti ma ancor più nei propositi di rinnovamento della medicina. Qualche parola merita spenderla sulla cerimonia di presentazione. Una vera scommessa l'organizzazione di quell'evento. Infatti si è trattato di invitare tutta la sanità italiana attraverso i suoi rappresentanti istituzionali e, possiamo oggi dire, che l'obiettivo è stato pienamente centrato. Infatti quasi tutte le Istituzioni invitate hanno partecipato, a cominciare dalla FNOMCeO, FOFI, Ordine nazionale dei biologi, dalle società scientifiche della medicina convenzionale come FISM, SIP, SICP, fino alle sigle della medicina del territorio, FIMMG, FIMP, UGL Medici, alle rappresentanze delle discipline bionaturali, FISTQ, UISP, IAS, etc. per finire con SIPNEI e le sigle delle medicine complementari, come CONMI, APO, AMNCO, CoReSiMi, etc. Nell'insieme hanno preso la parola per condividere i temi proposti dal Manifesto e dare contributi propositivi più di 30 rappresentanti di altrettante sigle istituzionali. Il livello di condivisione dei contenuti del Manifesto è stato elevato da parte di tutti e non sono mancati propositi dichiarati di diffondere l'iniziativa nell'ambito dei Consigli Direttivi delle Istituzioni partecipanti.

Medicina integrata, prospettive

Nel prossimo futuro, per continuare il progetto avviato con ottica propositiva, SIOMI ha aperto un forum di discussione nazionale permanente cui sono state invitate le sigle presenti. A tale scopo è stata attivata una mailing list (il cui indirizzo di riferimento è medint@siomi.it) alla quale sarà possibile inviare riflessioni e proposte con lo scopo di far crescere tra i protagonisti della sanità italiana la dimensione della MI al fine di una sempre più ampia condivisione che possa tradursi in progetti sanitari integrati a partire dalla formazione in MI e fino alla realizzazione pratica di offerte sanitarie integrate nell'ambito del servizio sanitario pubblico e privato. Nel contempo il Manifesto è stato inviato anche a referenti internazionali dei servizi di cure integrate con l'avvio di una discussione che ha già coinvolto alcune personalità in Europa, India e USA.

I primi risultati del forum di discussione saranno presentati in occasione del Congresso internazionale di Medicina Integrata previsto a Firenze il prossimo 21-22 settembre. Per allora la nostra Società sosterrà anche lo sforzo economico di offrire alle molte centinaia di esperti delle MC provenienti da tutto il mondo la versione in lingua inglese del numero di HIMed dedicato al Manifesto e al Documento sulla Medicina Integrata. ■

Le ultime news, l'elenco dei medici SIOMI, le FAQ sull'omeopatia, più di 500 abstract, motore di ricerca interno e molto altro su:

www.siomi.it

Cosa significa “curare”?

Vincenzo Nuzzo

Pediatra e psicoterapeuta, omeopata e omotossicologo
E-mail: dottnuzzo@libero.it

L'omeopatia è una dottrina scientifica affascinante e pregevole di infiniti stimoli alla riflessione e meditazione, ma non può essere considerata né un corpus di verità dogmatiche né l'unica medicina possibile. Allo stesso modo il suo fondatore Samuel Hahnemann non va considerato né un santo né un genio, ma un medico ed uno scienziato di grandi capacità che si è lodevolmente sforzato di dare alla Medicina una profondità che fino a quel momento non aveva avuto

Peraltro sembra che le intuizioni di Hahnemann non siano state per nulla originali, essendo riconoscibili negli scritti di grandi esponenti del sapere ermetico-alchemico del XVI e XVII secolo. Gli scritti del pensatore mistico tedesco Jakob Böhme¹, rigurgitano per esempio di riferimenti di questo genere. Purtroppo non c'è spazio qui per riportarle, ma ne basti solo una in quanto estremamente suggestiva: “Anche la ragione può ammalarsi mercè le parole, ma guarisce con rimedi simili al male” (§9.54). In ogni caso, per il medico che non si sia mai rassegnato né allo sperimentalismo né al positivismo dominanti, l'omeopatia non può che rappresentare un'occasione unica per ritrovare l'autentico spirito umanistico della Medicina, perso durante ormai più di tre secoli di dominio in essa del razionalismo e del materialismo scienziatisti. Proprio per questo però bisogna anche restare critici quanto basta per non andare oltre i limiti di quanto l'omeopatia effettivamente può dare. E' sullo sfondo di quest'attitudine, critica ma affatto distruttiva, che andrebbe compresa la chiave di lettura offerta in questo articolo per interpretare il senso della cura alla luce della dottrina omeopatica.

L'omeopatia e l'arte di curare

Per riaffermare cosa sia veramente curare bisogna andare oltre la dottrina classica dell'omeopatia, ma per farlo è proprio da essa che bisogna partire.

La malattia intesa come “totalità dei sintomi” (Organon² §5-6 e §71-89) è qualcosa che viene colto nell'esperienza ed al di fuori di qualunque astrazione, promettendo così un'interpretazione del patologico che è ben più razionale e profonda di quanto fosse disponibile al tempo di Hahnemann e Kent. Il patologico si riassume in una malattia fondamentale ed universale, la psora, che si articola poi nel tempo e nello spazio nei tre miasmi o stati costituzionali individuali ad essa successivi (psorico, siccotico e sifilitico)³.

I tre miasmi sono stati poi ridotti entro lo schema ipocratico dei quattro umori (iroso, flemmatico, pletorico, melanconico), ai quali corrispondono le quattro costitu-

zioni fondamentali (carbonica, tubercolinica, sulfurica, fluorica).

Ciò che il medico sperimenta non è che questo, essenzialmente la psora (anche se poi manifestantesi in modi diversi nei singoli individui), e non invece le diverse entità nosografiche, assolutamente astratte, della medicina tradizionale. Ed è con ciò che si confrontano i sintomi prodotti nell'individuo sano dalla sostanza diluita e dinamizzata, il rimedio omeopatico.

Ecco che la diagnosi di “malattia” e anche “*diagnosi di rimedio*”, ovvero terapia: la “bronchite” del mio paziente non è malattia astratta ed ideale, ma la “*bronchite pulsatilla in un paziente tubercolinico*”. Da ora in poi definiremo questa entità come “*rimedio-malattia*”. Da qui una terapeutica pragmatica e flessibile, ovvero esperienziale e non astratta, basata a sua volta sulla sperimentazione di un gran numero di quadri “*rimedio-malattia*”, i rimedi della Materia Medica omeopatica equivalente alla clinica medica della medicina tradizionale.

Ma la “*malattia*” omeopatica indica anche un determinato genere di squilibrio del delicato rapporto tra organismo ed ambiente (la psora è tutta espressione di minusvalia disfunzionale, la sicosi è tutta espressione di eccesso ed accumulo, la siphilis è tutta espressione di difetto e perdita), stati patologici rispetto ai quali il rimedio-malattia equivale ad una sorta di istantanea dinamica. Nulla è lasciato al caso e tutto ha senso in un Tutto, proprio come nella visione dei “*vincoli*” di Giordano Bruno⁴, concetto tipico di una filosofia della natura, quella rinascimentale, che sapeva essere non lontana dalla metafisica.

La malattia non è quindi un accidentale *ex abrupto* ma un evento che si comprende dal punto di vista del suo senso entro l'assetto dell'equilibrio individuale in rapporto all'ambiente. La mia malattia non è un caso naturale, ma ha un determinato senso nell'ambito del rapporto tra me e l'ambiente in cui sono immerso. Il rimedio, vero e proprio individuo simbolico che mi corrisponde quale individuo malato, configura la malattia quale entità che ogni volta si interpone tra noi come potenziale entità energetico-dinamica e non *quid* materiale reale. La malattia non è che un *caso* del rapporto tra individuo ed ambiente, rapporto di salute o di malattia. Essa non esiste ontologicamente al di fuori di questo rapporto.

Qui l'agente fisico-biologico slatentizza in me *sano* lo squilibrio latente, facendo emergere così la mia malattia, e dall'altro versante l'ambiente (medico) la riconosce, chiamando la natura a contro-rispondere (sostanze mi-

nerali, chimiche ed animali quali potenziali rimedi). La malattia della medicina tradizionale, quale *nomen* (realtà astratta) di un meccanismo fisiopatologico alterato da un agente patogeno, è qualcosa che esiste nel cosmo senza il malato e la sua soggettività, e se ne sta lì in agguato pronta aggredire in un momento spazio-temporale del tutto casuale. È evidente che non si può parlare di “*predisposizione*” senza che essa si riferisca al senso che l'evento patogeno acquista nell'economia che lega specificamente l'individuo all'ambiente.

Il fattore freddo non è patogeno nello psorico come nel tubercolinico, e la bronchite di Marco non è la bronchite universale nella quale egli si è imbattuto per caso. Lo stesso vale evidentemente anche per il farmaco, che nella medicina tradizionale viene usato in modo assolutamente impersonale ed indifferenziato.

Ogni omeopata sa invece che se il rimedio non è individualmente “*ben scelto*” non vi sarà alcuna probabilità di guarigione. Qui non si tratta di annientare, ma di presentare ai circuiti cibernetici dell'organismo il segnale costituito dalla fotocopia del suo stato patologico (l'individuo simbolico malattia-rimedio), perché essi si mettano in azione per superare da dentro la malattia.

Ecco che la malattia tutta *virtuale* dell'omeopatia non è affatto astratta, mentre la malattia tutta *reale* della medicina tradizionale lo è invece assolutamente, ovvero è un *aliquid* assolutamente alieno, che cade entro un contesto in cui nulla ha un vero senso se non meramente casuale, e dove praticamente tutto può accadere.

Tutto questo trova esplicazione in una delle più fondamentali affermazioni di Hahnemann, secondo il quale la malattia “*non è da considerare come un quid (materia peccans) separato dall'organismo vivente e dal principio dinamico che lo vivifica*” (§13). La malattia è espressione di un determinato *genius* patologico e non è invece un *quid* a sé stante. Ci sembra evidente che ciò pone la medicina omeopatica ben più in continuità con l'antica filosofia della natura. In essa manca tutta l'accidentalità arbitraria dello sperimentalismo, in cui il conoscere è un mero rifare la natura *in vitro*⁵.

Pertanto in essa tutto è stato dottrinarmente stabilito una volta per tutte. Non vi saranno nuove malattie (sperimentalmente arbitrarie), ma semmai solo nuove malattie-rimedio il cui valore è solo terapeutico.

I suoi principi: a) è degno di essere curato solo ciò che può essere riconosciuto come espressione dei tre morbi fondamentali (e non il patologico accidentale); b) la dottrina e l'arte terapeutica si riferiscono ad una totalità nosologica definita *una tantum*, e non alle sue possibili evoluzioni sperimentali; c) i tre miasmi come potenziale globalità patologica sono l'unica base di diagnosi e terapia.

Lo stato di salute è l'effetto di una *vis vitalis*, la forza vitale, che equivale perfettamente alla *vis medicatrix*. Non sono date relazioni casuali tra di esse. La terapeutica dev'essere in stretta relazione di identità con la semeiologia, e pertanto non sono ammesse né concepibili terapie sperimentali, derivanti da casuali scoperte fisico-chimiche in altri settori della scienza.

Ciò significa che l'omeopatia dispone di un sistemata contenente una teoria della salute, una teoria della malattia ed una teoria della guarigione, strettamente connesse. Ciò significa estrema coerenza. Non la stessa cosa può essere detta dell'allopatria.

Ma esaminando i perché di questo giungeremo al cuore del problema del senso della cura, che, come vedremo, vedrà come imputata anche l'omeopatia accanto alla medicina tradizionale.

Teoria della salute - Ciò che dall'allopatria viene contrabbandato per teoria della salute (definizione OMS si malattia) non è che un patetico tentativo di costruire una teoria impossibile su un coacervo di dati tra essi del tutto slegati. Il risultato non poteva quindi essere che di una sconcertante banalità, puerilità ed ovvietà: la salute non è mera assenza di malattia, ma perfetto benessere psicofisico.

Naturalmente qui il termine “*salute*” è solo impiegato, ma non è affatto spiegato, se non dalla sua del tutto casuale concomitanza con altri termini non spiegati come “*malattia*” e “*benessere*”. Chissà se sotto sotto non sia stato spulciato di nascosto proprio l'Organon (§8): “*Non si può pensare né dimostrare con alcuna esperienza al mondo, che, dopo la rimozione di tutti i sintomi della malattia... rimanga o possa rimanere altra cosa se non la salute*”. Più avanti esamineremo anche quest'affermazione.

Teoria della Malattia - La malattia dell'allopatria non è altro che un contenitore logico-sperimentale con un'etichetta nosologica casuale, che non esprime il *genius* dei corrispondenti fenomeni fisiopatologici. Le miriadi di malattie oggi conosciute non ci dicono nulla circa l'identità ed il senso globale e profondo della “*malattia*”, ovvero tacciano sul senso dell'ammalarsi.

Teoria della Guarigione - Una volta esclusa la coerenza profonda tra diagnostica e la cura, ed in assenza di una teoria della salute e della malattia, non può esistere alcuna teoria della guarigione. La guarigione è per l'allopatria solo un fenomeno binario (“*più-meno*”) che coincide con l'eliminazione casuale e senza senso dei sintomi attuali. Cosa possa o non possa restare, una volta ottenuto questo, è cosa che non può né deve interessare.

Come la malattia non ha alcun vero senso, allo stesso modo non ha alcun vero senso neanche la cura.

La decadenza dell'omeopatia

Ma anche se tutto ciò ha un suo rigore logico, non bisogna dimenticarsi della realtà, e quindi di tutti i punti deboli che nell'omeopatia non possono essere ignorati. Tra questi diversi aspetti problematici della “*sperimentazione pura*” hahnemanniana, base della clinica omeopatica (materia medica), e l'intera sua terapeutica:

- L'efficacia del rimedio omeopatico è resa molto insicura da un numero molto, forse troppo, grande di variabili (fedeltà dei sintomi forniti dal malato, abilità diagnostica del medico, troppo vaghi criteri circa la scelta dell'adeguata potenza del rimedio, eventuale resistenza del malato al rimedio, varianti tossicologiche ambientali che riducono o annullano l'effetto del rimedio...).

- Anche la teoria hahnemanniana della malattia e della guarigione sono largamente insufficienti, perché presentano diverse incongruenze filosofiche, nell'ambito delle più generali incongruenze filosofiche dell'intera dottrina e pratica medica nei riguardi del problema del male.

Poiché non c'è spazio qui per dedicarsi ai primi due ordini di considerazioni, rifletteremo solo sugli ultimi due di essi.

La concezione della malattia di Hahnemann è molto più materialistica di quanto pretenda di essere. Così il §17 dell'Organon: *“Dal fatto che ogni volta nella guarigione, con la rimozione di tutto l'insieme dei segni percepibili e dei disturbi della malattia, viene rimossa contemporaneamente l'alterazione intima della forza vitale, che costituisce la base del male - ossia della malattia nella sua totalità - segue che il medico togliendo la totalità dei sintomi toglie e distrugge l'alterazione intima...”*. Qui si rinuncia a chiedersi se, eliminando la malattia fondamentale (sintomi), non resti comunque qualcosa di negativo, invece che la sola salute. Il *“tutta la malattia”* ha tutta l'aria di raffigurare qualcosa di materiale, ovvero quello stesso *“quid”* patologico di cui Hahnemann aveva negato l'esistenza.

Insomma, sebbene l'omeopatia rappresenti oggi un ottimo punto di partenza per una critica al materialismo della Medicina moderna, nemmeno essa stessa risulta del tutto immune dall'illuminismo scientifico che ha condotto a tale materialismo. Prova ne è secondo noi il fatale scadere progressivo della terapeutica omeopatica in pragmatismo utilitarista ed edonista che risponde sempre meglio ai potenti stimoli di un'industria farmaceutica che sembra puntare ad omologare fortemente le strategie di mercato in campo omeopatico ed allopatico. Il risultato, insieme al frazionamento dell'omeopatia stessa in mille conventicole in conflitto, è sempre più la riduzione della sua terapeutica ad un ramo genericamente *“alternativo”* di una sempre più aggressiva e senza scrupoli industria farmaceutica.

In altre parole l'omeopatia è scivolata dal regno dell'immateriale al regno dell'effimero. La sicosi non si combatte più in nome dello spirito (Kent) ma in nome della strenua lotta all'invecchiamento.

Ma ciò significa due cose di decisiva importanza: a) che l'immateriale non era in essa poi così voluto; b) che tale così facile seduzione implica una non così forte aspirazione alla purezza. Basta aggiungere a ciò egoismi particolari ed interessi ed il gioco è fatto.

E peraltro connivente con la degenerazione non è stata solo l'anima impura dell'omeopatia, ma anche quella purista, arroccata sempre più in dogmatismo che impediva di dar corso a qualunque legittima critica alle contraddizioni della dottrina hahnemanniana, e che peraltro rivendicava per l'omeopatia stessa il posto ed il ruolo di unica e vera Medicina.

Ciò non poteva avere altro effetto che una sclerosi siccatica dell'antico edificio tradizionale dell'omeopatia, sclerosi che non poteva non renderla vittima indifesa delle montanti eresie.

Ed ecco lo scenario della più aperta corruzione, costellato

dai segnali ammiccanti della nuova omeopatia edonista ed affarista allo scienziato positivista, all'amministratore dell'azienda sanitaria, al medico di base, al manager spompato, all'attempata signora, al giovane e meno giovane vitellone palestrato e trasgressivo, al fanatico *new age*. A tutti viene promessa la realizzazione dei loro sogni di piacere e consumo. Ed ecco la promessa a tutti di un equilibrio psico-fisico indistruttibile ed inossidabile, che sottrae alla necessità di ogni sacrificio e permette di sfuggire ad ogni limite. Fatto sta che, in questo scenario, l'arte omeopatica di curare perlomeno non obbedisce più ai suoi principi originari. Ma se è così bisogna pur chiedersi se questi principi erano veramente sufficienti a fondare un'arte terapeutica veramente alternativa. E che non fosse proprio così crediamo di averlo sufficientemente motivato.

La medicina davanti al problema del male

Noi non intendiamo fare qui una critica distruttiva ma solo porre a noi stessi ed a tutti un problema che l'intera medicina sembra aver dimenticato: che ne è del male, il male eterno della condizione umana e terrena, una volta eliminata la malattia, in qualunque modo essa venga concepita? E ciò vale senz'altro anche per l'omeopatia.

Ci sembra che purtroppo anch'essa abbia dimenticato le questioni morali fondamentali poste dai grandi filosofi dell'umanità (Pitagora, Socrate e Platone), e cioè che la salute è salvezza, una condizione che corrisponde a vivere secondo il Bene, il Vero ed il Giusto, che sia o non sia questo garanzia di vita eterna.

La dimenticanza di tutto ciò sembra evidente nelle stesse categoriche affermazioni di Hahnemann: *“...La distruzione della malattia equivale alla restaurazione della salute, scopo supremo ed unico del medico che ha coscienza dell'importanza della sua arte. Questa non consiste in chiacchiere apparentemente vuote, ma nel giovare ai malati”* (§17).

L'intera filosofia antica, unitamente a Paracelso, lo contraddice. E perfino un altro teorico dell'Omeopatia, il Kent, che scrisse: *“La psora è la causa fondamentale, lo stato di disordine originario e primario che affligge l'umanità. Si tratta di uno stato di disordine che sconvolge la parte più profonda dell'organismo [...]. Nel suo complesso è troppo esteso, giacché esso risale al primissimo errore dell'uomo, il peccato originale, alla primissima vera malattia dell'umanità, che è una malattia di indole spirituale...”*⁶.

Ma per non restare nel vago non si può che rifarsi al Platone della *Repubblica*, dove il problema del male viene posto in termini politici nell'ambito di un'esplicita teoria della cura. Qui la salute coincide con la virtù civica dell'esercizio della propria funzione nella perfetta subordinazione ad un corpo sociale sano in quanto integro nella sua organicità⁷. È esattamente ciò che accade nella gerarchia che unisce cellula, tessuto, organo inferiore e superiore, ed insieme degli organi alle superiori funzioni immateriali (anima). Virtù è la funzione svolta bene, mentre vizio è la funzione svolta male. La disfunzione ha dunque un preciso carattere etico, e non può pertanto essere disfunzionale ciò che è naturale nell'ordine cosmico (come la morte).

L'anima è così nella *Repubblica* la funzione organica che domina su tutte altre. Lo stesso è ripetuto nel *Fedone* per bocca di Socrate: tra anima e corpo non può esservi alcun dubbio su quale dei due debba dominare⁸.

La funzione delle funzioni è dunque *governo*, cioè la compiutezza assoluta della coincidenza tra virtù e funzione. Virtù dell'anima è dunque la giustizia, mentre il vizio dell'anima è l'ingiustizia. La giustizia è retto agire secondo la legge, mentre l'ingiustizia e azione non retta. Il bene e la salute individuale è il bene e la salute sociale. Dunque il bene che corrisponde alla salute individuale è virtù, è obbedienza, è abnegazione, è giustizia.

Ciò permette a Platone⁹ di sostenere che, se la perfezione della funzione è salute, la malattia è negativa non in quanto *passio*, soggezione individuale ad una forza, ma in quanto attivo e colpevole deflettere dell'uomo dal dovere, da una dovuta attività. Anche in questo senso la malattia è colpa che proviene da dentro. È l'effetto di una negativa ma volontaria scelta morale, come direbbe Kirkegaard¹⁰. Ciò che essa richiede è pertanto l'esatto contrario di una *"lunga cura"*, ossia il vegetare nell'accidia che la malattia stessa sembra giustificare. Essendo questo l'esatto opposto del vivere bene, il medico non dovrebbe affatto collaborarvi.

Su quale sia il dovere del medico, Platone è dunque esplicito fino alla brutalità: *"E non ti pare vergognoso, continuai, ricorrere alla medicina per tutt'altra ragione che per ferite o per certe malattie che si ripetono ogni anno, ma per la poltroneria e il regime di vita di cui abbiamo parlato? E, ripieni come acquitrini di flussi e soffi, costringere i bravi Asclepiadi a denominare le malattie flussi e catarri? - Molto vergognoso, rispose. Veramente nuovi e strani sono questi nomi di malattie. - Nomi che non c'erano, credo, dissi, al tempio di Asclepio"*¹¹.

Nelle *Lettere*¹², egli dice che debole ed incapace è il medico che non costringa il malato a cambiare un regime colpevole di vita.

La vera malattia, degna di essere curata, è dunque quella acquisita nel pieno dell'esercizio del proprio compito, in un cadere eroico al quale consegue o la morte o una degna guarigione. L'altra, contratta nell'attitudine passiva, viene solo colta come occasione per tralasciare i doveri. La prima malattia è quella derivante dalle ferite di guerra, che Platone considera come l'unica entità nosologica che sia degna di cura. La seconda malattia è quella derivante da abitudini di vita non virtuose, e corrispondente peraltro piuttosto esattamente al paradigma delle moderne malattie croniche (in termini omeopatici i pigri esiti sicotico-sifilitici della psora). Non a caso il filosofo ateniese sottolinea qui che in questo caso ricadono l'*"esagerata cura del corpo, che va oltre i limiti della ginnastica"*. Del resto la stessa ossessione della felicità, che sta dietro l'accidia e le cure eccessive del corpo, è essa stessa diametralmente contraria alla virtù della funzione. Se tutti fossero infatti ammessi alla felicità, non vi sarebbe infatti più nessuno capace di restare al suo posto ad esercitare la funzione¹³.

Platone afferma qui che fu lo stesso Asclepio ad insegnare ai suoi figli e discepoli questo approccio terapeutico. Egli

considera così altamente riprovevole una cura della malattia cronica, che non può debellarla ma solo indirettamente confermarla, rendendo così lunga e penosa la vita dello stesso individuo, corrompendo le qualità dei suoi discendenti, ed infine facendo male alla collettività. La sentenza è quindi recisa: non bisogna curare, non bisogna prolungare la vita di *"un individuo malaticcio e intemperante"*, la cui sopravvivenza non giova né a lui stesso né agli altri.

Fatto sta che il sicotico assomiglia moltissimo al *"fucò"* descritto da Platone proprio nella *Repubblica*, quando egli intende deprecare i vizi della plutocrazia democratizzante. Non diversi gli accenti del poeta lisboeta Fernando Pessoa: *"Viviamo una vita che ha già perso per intero la nozione di normalità, e dove la salute vive per una concessione della malattia. Viviamo in uno stato di malattia cronica, di anemia febbricitante. Il nostro destino è quello di non morire per non essere adatti allo stato di perpetui moribondi"*¹⁴. Accenti molto simili del resto a quelli del Nietzsche di *Nascita della tragedia*, che lamentava la perdita della sanità tragica ed eroica ad opera della civiltà.

Pertanto il medico può essere solo in questo senso medico dell'anima, in quanto promuove la nobiltà della virtù, il che significa non proteggere ma sfidare. Con le parole di Zarathustra¹⁵ si tratta di essere nemico dell'amico. Ciò che è degno di essere curato, come si chiedeva Hahnemann, coincide quindi con ciò che è richiesto da ciò che è collocato più alto dell'individuo stesso, ovvero da ciò che lo trascende. E del resto, suggerisce Platone nel *Filebo*¹⁶, il medico può essere solo medico dell'anima e non del solo corpo, dato che l'unica vera possibilità di nobiltà del corpo, ovvero la salute, stà, a causa dell'opera della sapienza ordinatrice (ovvero causa creante), nella sua animicità.

Altrove, sempre nel *Filebo*¹⁷, Platone dirà per bocca di Socrate che la salute è l'effetto di un'armonia che a sua volta deriva dalla repressione da parte divina dalla potenziale maleficità dell'illimitatezza incarnata dalla singolarità (molteplicità), e ciò per mezzo dell'azione su di essa del limite.

Si può arriciare il naso davanti a questo così spartano rigore, e si può anche, con diverse ragioni rifiutarlo, ma non si può certo negare che dietro tutto ciò c'è una teorizzazione profonda del male nascosto dietro la malattia, e pertanto una giustificazione sufficiente del fatto che esso non può certo svanire con la scomparsa di quest'ultima, sempre ammesso che questa venga veramente raggiunta. Una simile teorizzazione è, come abbiamo visto, assente perfino in una medicina, come quella omeopatica, che vorrebbe perseguire un concetto più alto di salute.

D'altro canto, anche aldilà di Platone, la filosofia antica e moderna, quando prossima alla metafisica, ci offre ulteriori spunti in tale senso.

La dottrina della doppia creazione di Gregorio di Nissa, ripresa poi da Scoto Eriugena¹⁸, considera la seconda creazione l'affermazione di un ordine corporeo corruttibile, il cui lemma è caratterizzato dall'esteriorità, dalle *"tuniche di pelle"* (*dermatinoi kitones*), che costituiscono il brutto per eccellenza. Eppure la deriva edonistica della

medicina ne ha fatto l'esemplificazione stessa della bellezza. Ciò che saggiamente il Medioevo vedeva come una bruttezza che rimandava ad un sogno di sublime bellezza¹⁹, poteva essere trasformato in bellezza in sé solo da uno spirito prosaico, volgare ed ignorante, come quello della modernità.

Come testimonia Schelling²⁰ nella sua riflessione sulle radici pagane della Rivelazione del Cristo, lo spirito apollineo riconduce ad armonia proprio mediante la distruzione impietosa del disordine, dell'irregolarità e dell'eccesso. E' questo l'effetto dei dardi dell'arco di Apollo. La bellezza è una quiete post-distruttiva, l'effetto di una virtù guaritrice che è liberazione, *apobysis*, purificazione, riduzione alla perfezione dell'unità. Era del resto per questo che Pitagora, un medico, veniva considerato sacerdote di Apollo, se non Apollo stesso incarnato²¹.

E' del resto nello stesso *Corpus hermeticum*²² che Ermete Trismegisto insegna al figlio Tat che il bravo medico fa soffrire il corpo preda della malattia allo stesso modo in cui fa soffrire l'anima, ovvero sottraendola al piacere che rappresenta evidentemente il vero male. Ed a ciò aggiunge peraltro che "...una grave malattia dell'anima è l'ateismo...". In realtà il vero male per l'anima, dice Platone nel Filebo, è la stessa corporeità²³.

Ora, è chiaro che tutto ciò può anche apparire come qualcosa di ammuffito e moralistico agli occhi del medico moderno, il quale, allopatia o omeopatia che sia, è comunque da un lato inevitabilmente erede del Positivismo e dall'altro figlio di una modernità in cui la totale desacralizzazione ha reso perfino ridicolo parlare di morale religiosa (Scruton)²⁴.

Ma il fantasma del male, le cui sfuggivevoli sembianze abbiamo invitato a contemplare sullo sfondo della malattia e dell'arte di curare, non ci invita tanto a guardare al solo passato - ovvero ad una Rivelazione che descriva il Bene assoluto perso con la Caduta, ed oggetto della disperata ricerca dell'etica nell'oscurità del Male terreno - quanto piuttosto al futuro. Ce lo ha detto con due bellissimi e fondamentali libri il filosofo tedesco Hans Jonas²⁵, discepolo di Heidegger, che, come diversi suoi grandi contemporanei (Hannah Arendt, Simone Weil, Leo Strauss), fu costretto negli anni trenta proprio dal trionfo del Male nazista a lasciare la Germania. Non a caso uno di questi due libri rappresenta una profonda riflessione sulle responsabilità etiche della medicina moderna.

L'etica moderna, purtroppo non ancora identificata, si pone per Jonas come una tragica ed urgente necessità in seguito alle tremende sfide non solo del XX ma ancor più del XXI secolo.

I grandi e distruttivi totalitarismi del XX secolo, a loro volta eredi della non meno distruttiva Rivoluzione Francese (purtroppo non ancora abbastanza vituperata), non furono che il prodromo della trasformazione dell'intera società moderna in un'entità macchinica interamente votata alla tecnologia. Ed ora quest'ultima ha incontrato il suo estremo limite nella possibilità tangibile di una distruzione planetaria, non solo ad opera delle armi di distruzione di massa, ma ancora più ad opera della catastrofe ambientale. Ciò significa che il male, così come il bene, non sono né insiti nella sola storia (ovvero

nel suo divenire, come vollero Hegel, Darwin e Marx), né solo all'inizio della storia (come hanno voluto i molti teorici della Storia intesa come progressiva decadenza da una condizione immanente di mitica perfezione originaria), né solo alla fine della storia stessa, nel senso di una dissoluzione finale o di un'estrema reintegrazione (come vogliono in modi diversi l'utopismo cristiano e marxista). La spiegazione ultima del male non è affatto naturale, materiale e storica, ma essenzialmente metafisica e teologica, come ha affermato Scruton²⁶.

Le catastrofi della storia recente e quelle annunciate testimoniano l'operare nella storia di un male che non può essere compreso in base all'ingenuo ottimismo razionalistico illuministico (alla Rousseau ed alla Stuart Mill)²⁷, né in base al naturalismo scientifico di Darwin, Marx e di tutto il Positivismo, ma solo considerandone l'aspetto trascendente. Come afferma Scruton, infatti, si tratta di un male che è l'alienità stessa visitante il mondo, negante il mondo e l'uomo, che non si presta ad alcuna educazione e ad alcun miglioramento.

Ora, proprio questo è il male che in un'ultima analisi emerge dietro la malattia, anche dopo la sua cura radicale. Lo testimoniano tutte le voci di filosofia e metafisica che abbiamo chiamato a deporre. E nel campo della riflessione propria della dottrina omeopatica lo testimonia peraltro il pensiero di Kent.

Ancora una volta si obietterà che tutto questo non interessa affatto la medicina. Allora osserviamo con onestà quanto siamo stati effettivamente liberi nel nostro pensare ed agire di medici. Basti pensare all'introduzione dell'uso di farmaci devastanti come il cortisone in protocolli diagnostici supportati dalla verità assoluta sperimentale che l'*Evidence Based Medicine* si arroga da un po' di anni a questa parte di rappresentare. Così è stato fatto nel trattamento dell'asma dei bambini. E basti pensare a quella vera e propria truffa etica rappresentata dal trattamento anti-neoplastico, che condanna i pazienti ad una vita indegna di essere vissuta a fronte di prospettive di "guarigione" che non sono altro che spudorate bugie. E si potrebbe continuare su questa linea anche a proposito di trapianti e fecondazione artificiale. Ma non c'è spazio qui per farlo.

Ormai, come dice Jonas, il male, un male estremo, la negazione stessa dell'esistenza, ci chiama soprattutto dal futuro più che dal passato nebuloso e dubbio delle Rivelazioni teologiche. E' dal futuro che esso ci sfida. Pertanto il problema del risalire al male si pone ormai soprattutto come responsabilità estrema degli uomini vero il futuro, come dovere della prudenza e della paura per i possibili effetti della tecnologia.

Perché l'etica della simultaneità e dell'immediatezza, che poteva avere ancora la sua validità con Kant, è stata travolta dalle conseguenze a lungo termine della tecnologia. La mente e l'anima umana sono fatte per calcolare gli effetti delle proprie azioni su scala cortissima, in una condizione in cui gli effetti sono tangibili immediatamente aldilà degli atti. Oggi non è più così, e quindi abbiamo bisogno di una nuova etica, di un'etica previsionale a lungo termine, capace di commisurare gli atti non sulla base delle certezze oggettive, ma delle incertezze, del pre-

sumibile e non del provato sperimentalmente. E la cosa, come dice Jonas²⁸, diviene ancora più drammatica, dato che la *techne* dell'*homo faber* ormai trionfante non proclama il suo dominio solo sul mondo della natura ma sul corpo dell'uomo stesso, che essa pretende di trasformare bionicamente in qualcosa di fisicamente perfetto (non più invece spiritualmente perfetto).

Si tratta quindi di acquisire una capacità di previsione del possibile fatto negativo, come opposto specularmente del valore presunto positivo, che a sua volta permette di dare un valore non più neutro a quest'ultimo, permettendone di giudicarlo, e, se necessario, di inibirlo²⁹. Il che implica il superamento di una neutralità scientifica che semplicemente non è morale. Bisogna insomma ormai più che mai saper guardare al fondo di male che c'è dietro la malattia con uno sguardo che sia ancora più severo ed acuto di quello di Platone, di Pitagora e di Ermete Trismegisto. Perché questo sguardo conosce ormai il futuro.

Ciò, dice Jonas, comporta peraltro più scienza e non meno scienza, nel senso dell'affermazione di una nuova verità scientifica, non più basata sul sapere già disponibile, e quindi oggettivo, ma sul sapere non ancora disponibile, e quindi incerto.

Ciò pone a mio avviso la necessità urgentissima di una nuova epistemologia scientifica. E, come ho sostenuto nel passato³⁰, si tratta con ciò di rovesciare finalmente come inaccettabili le pretese della medicina sperimentale materialistico-razionalistica di fungere da paradigma epistemologico per le medicine, come quella omeopatica, che non condividono il suo metodo conoscitivo. Si tratta di affermare, come peraltro ha sostenuto Husserl, che scientifico non è affatto esclusivamente ciò che è sperimentale. Insomma, se la terapeutica omeopatica vuole costituire una reale alternativa rispetto alla terapeutica allopatrica, essa deve saper andare molto più indietro della dottrina hahnemanniana, per ritrovare un modo di fare medicina che sia veramente svincolato da paradigmi utilitaristici e sappia essere profondamente etico.

Il male e l'estremo orizzonte della morte

Abbiamo già parlato di diversi aspetti della prassi terapeutica degenerata in quanto utilitaristica e non etica, e resta quindi da parlare dell'ultimo e forse più scottante scenario che si nasconde dietro una non cieca categorizzazione di ciò che è da intendere come male, ovvero la morte.

In realtà, una volta tenuto conto della profondità alla quale si colloca il male nella condizione umana, non si può non presumere che la suprema malattia sia proprio la morte. Fu infatti proprio in questa direzione che si rivolsero gli sforzi di due grandi sperimentatori spirituali come Sri Aurobindo e Mère³¹.

La tendenza anche degli omeopati a perseguire una prassi terapeutica utilitarista ha come sfondo una tendenza tenace della modernità, che è quella di negare la morte, considerata come il culmine stesso dell'indegnità.

In fondo il culto dell'equilibrio perfetto, da mantenere costi quel che costi, allontanando da sé tutto ciò che sa di sacrificio, non rappresenta altro che quella tendenza

al "*survivalismo*" recentemente criticata dal pensatore francese Isabel³²

In quest'ottica non tanto il vivere è importante quanto il continuare a vivere, il sopravvivere alle ingiurie dell'ambiente. Non a caso Hannah Arendt³³ ha messo in evidenza come nella modernità si sia progressivamente dissolto il valore morale che il suicidio aveva nella società antica, suicidio che non rappresentava un atto di viltà di fronte alle avversità, quanto piuttosto l'affermazione che una vita degna di essere vissuta ha delle condizioni inderogabili, e peraltro condizioni più morali e spirituali che fisiche.

Lo scopo del survivalismo è quello della eliminazione della morte che, come dice Jonas³⁴, è ormai considerata appena alla stregua di un'inaccettabile disfunzione del vitale, qualcosa insomma che può e deve essere evitato.

Purtroppo, come la medicina tradizionale, ormai messa in condizione dalla tecnologia (farmaci ed apparati meccanici per la sopravvivenza, protesi fisiche e biochimiche, trapianti, etc.) di prolungare la vita umana ben oltre i suoi limiti naturali, anche l'omeopatia si è messa su questa strada, e lo ha fatto proprio degradandosi a medicina estetico-naturale, al centro della quale c'è l'ossessione (peraltro del tutto truffaldina ed illusoria) dell'equilibrio perfetto. Tale equilibrio non è altro che sopravvivenza, e sopravvivenza a scapito di tutto ciò che si può frapponere come ostacolo sul cammino dell'individuo. Com'è sicuramente il dovere. Devo stare bene e sopravvivere, essere sano, forte, attivo, giovane e felice a tutti i costi. E dunque qualunque cosa mi chieda una deviazione da questo cammino, come lo è per esempio il dovere di sacrificio per il benessere degli altri, singolo o comunità, esso dev'essere scartato come insano ed ingiusto, ovvero immorale. In tal modo l'intera medicina non si cura del possibile male futuro, non si cura della responsabilità, e dilapida senza ritegno le risorse che dovrebbero essere conservate per il futuro, per i posteri.

La società moderna è dunque l'esatto contrario della società ideale che auspicava il conservatore inglese Burke³⁵: una società basata su un patto tra i vivi, gli uomini attuali e presenti, ed i non ancora nati da un lato ed i già morti dall'altro. E una società che non conserva ciò che ha ricevuto e che non preserva ciò che ha ricevuto per tramandarlo ai posteri.

La medicina che le corrisponde lotta così per l'eliminazione della morte, che è considerata non più che una bruttura morale, lotta per la bellezza del corpo allo scopo di godere dell'edonismo più pieno, sostituisce la biologia con la tecnica (trapianti), mettendo riparo così alle perdite sifilitiche che la stessa dedizione al male provoca, e sostiene il godimento incondizionato del diritto (medicina sociale) invece del valore della funzione. Ed in questo caso la funzione non implica solo il dovere verso coloro che ci stanno intorno nel presente, ma soprattutto verso coloro che verranno dopo di noi.

Ecco quindi che la medicina omeopatica si correda del nitore metallico (Arendt) di una tecnologia macchinina: deplianti satinati, brillanti esperimenti in laboratori immacolati, apparecchi di ogni genere. La condizione ideale di vita che corrisponde a questa medicina prevede quindi

l'infarcimento sicotizzante a dismisura dei “*fuchi*” (tranne poi a sollevarli da questa condizione con terapie drenanti), mistifica sui veleni che usa come farmaci, oltre che sulle sue sconfitte e sui limiti della possibilità terapeutica (oncologia).

Quindi sul piano organizzativo e pratico essa tenderà ad operare in un modello in cui i pazienti di base (medicina pubblica) non sono che una popolazione di mendicanti da sostenere (la soddisfazione della cui aspettativa di salute si risolve nella richiesta incontrollata di prestazioni sanitarie tecnologiche), ed i pazienti privilegiati (medicina privata) non sono che una sottile schiera di edonisti da coccolare. Questo modello espande a dismisura i fuchi, corrompe il rapporto medico-paziente basato sulla responsabilità, istiga alla ribellione, svaluta l'esercizio del compito.

Tenuto conto di tutto ciò che abbiamo detto e soprattutto della necessità di affermazione di una nuova etica della previsione, nella quale la medicina è chiamata a svolgere un ruolo centrale, il tema della politica finisce per diventare inusualmente importante per la medicina stessa. Bisogna ricordare che, peraltro proprio conducendo un esperimento filosofico di vitalizzazione del mondo non più sulla base di una prospettiva metafisica, Heidegger³⁶ ha sostenuto intorno agli anni trenta il valore centrale della “*cura*” nell'esperienza dell'uomo nel mondo e nella società.

Diversamente da Heidegger non vediamo però perché sia necessario escludere la metafisica e la morale da tale prospettiva, dato che tutta la metafisica, senza voler neanche giungere alla teologia, esalta il valore del “*prendersi cura*” come centro del vissuto politico umano. Anche questo lo aveva già detto con chiarezza Platone nel *Politico*. L'arte medica è simile a quella regia, ossia è un'arte che occupandosi del male ci si occupa di morale e di politica. Essa è solo di chi comunque ha intenzione di curare (tagliando, bruciano, o causando sofferenze...), che il paziente sia o meno con lui d'accordo³⁷. Non si può curare senza potere.

In politica come in medicina, il punto non è avere o meno leggi scritte invariabili che regolino il comportamento di colui che esercita il potere, ma essere o meno in grado di costringere a fare qualcosa per il meglio³⁸. Questa può essere anche violenza contro le leggi vigenti, non inferiore peraltro alla violenza di chi intende sostituire le leggi vigenti perché crede di conoscerne di migliori, ma è comunque retto governare. Alla luce delle drammatiche riflessioni di Jonas riguardo al tremendo male futuro che minaccia l'uomo, la società, e l'intero mondo, questo concetto assume ancora più valore.

Il corpo, dice nel *Corpus Hermeticum* l'Asclepio citato prima da Platone³⁹, il dio della medicina, è stato conferito all'uomo proprio per potersi prendere cura di tutte le cose, ossia per fondare un *Regnum* la cui identità è appunto quella di una totalità corporea. L'uomo è un essere divino risiedente nel corpo, per mezzo del quale la creazione viene mantenuta e portata a compimento grazie alla conoscenza, le arti, le discipline ed i vincoli che uniscono gli uomini in una città. Dopo il Signore dell'eternità, ed il Mondo stesso, l'uomo è il terzo dio. Per il

pensatore francese Vallin⁴⁰, sostenitore di una metafisica integrale, l'uomo è l'opportunità data al mondo per prendere coscienza del fatto che esso non è diverso da Dio. In questo senso l'uomo è anima in quanto è unito all'intelletto. L'uomo è infinitamente più che anima. E' questa la chiave stessa dell'individuazione dell'uomo, che è ben più che un corpo temperato dall'anima. Esso è piuttosto un corpo-anima ossia un corpo-spirito.

Il compito cosmico affidato all'uomo trova così la sua più completa realizzazione nel re⁴¹, che come un essere divino governa il mondo creato da Dio, riportando il disordine all'ordine perfetto del *kòsmos*. Ciò comporta primariamente la devozione, che significa disprezzo per ogni brama. Estranee infatti all'uomo, quale essere divino, sono le cose corporee del mondo, che vanno riportate al divino.

La mortalità dell'uomo non è così altro che l'espressione del compito che esso ha di conservare il mondo inferiore ed evitare che esso si dissolva nel nulla sotto la spinta annientante del Male. L'unica giustificazione del corpo è la cura (divina) del mondo inferiore.

Così cos'è la salvezza a questo punto, e pertanto la vera salute?⁴² E' la misericordia divina che ci sottrae infine alla mortalità, cioè al compito che temporaneamente è stato affidato all'anima calata nel corpo, e restituisce così l'uomo alla divinità.

Vivere è insomma servizio, spogliarsi e non vestirsi, sacrificio. Altro che equilibrio survivalista. Questa è la ricompensa del prendersi cura del mondo. “*A quanti, invece, siano vissuti per sé soli ed empicamente, è negato il ritorno al cielo ed è stabilita una degradante migrazione in altri corpi, indegni di un animo santo*”, dice il Corpus Hermeticum. Non diversi sono gli accenti con cui i Veda, il testo sacro indù, vedono il senso della vita umana. L'uomo che vive come un dio, dunque regna.

Sono questi, a nostro avviso, i veri e profondi scenari di una riflessione sul senso dell'arte di curare.

In conclusione, riferendoci alla pretesa di Hahnemann che una volta eliminati tutti i sintomi della malattia non resti che la salute, una volta posto che questa condizione di supposta salute è resa sospetta dalla sua mescolanza inevitabile con un male del mondo che non è stato per nulla toccato dalla cura, allora le parole del medico tedesco possono essere corrette da quelle di Platone nel *Filèbo*. “*Socrate – Che ogni mescolanza, qualunque sia e comunque sia fatta, se non ha realizzato la misura e la proporzione, determina necessariamente la rovina dei suoi componenti, e ancor prima di sé stessa. Infatti non c'è neppure un vero misto, ma risulta ogni volta un puro insieme non amalgamato, che rovina le realtà che lo contengono in sé*”.⁴³ ■

Bibliografia

- 1 Jakob Böhme, L'impronta delle cose, Il Basilisco Genova 1988.
- 2 Samuel Hahnemann, Organon. CEMON Napoli 1981.
- 3 Samuel Hahnemann. Le malattie croniche. Edium Milano 1980.

4. Giordano Bruno, La magia dei vincoli. Filema Napoli 2008.
5. Hannah Arendt, Vita activa.. Bompiani Milano, 2008.
6. James Tyler Kent. Lezioni di Omeopatia. Edium Milano 1978.
7. Platone. Repubblica, Laterza Roma-Bari 1999, I, XXIII - XXIV, pag. 73-75.
8. Platone, Fedone, Laterza Roma-Bari 2000, XXVIII, 80ac, Pag. 69.
9. Platone. Repubblica, op.cit., III, XIV - XV, pag. 199.
10. Søren Kirkegaard, Aut- Aut. Mondadori Milano 1956.
11. Platone. Repubblica, op.cit., III, XIV- XVI, pag. 197- 203.
12. Platone, Lettere. Rizzoli Milano 2008, VII, 330de, Pag. 161.
13. Platone. Repubblica, op.cit., IV, I, 229.
14. Fernando Pessoa, Il ritorno degli dèi. Quodlibet Macerata 2005.
15. Friederich Nietzsche, Così parlò Zarathustra, Adelphi Milano 2006.
16. Platone, Filebo. Bompiani Milano 2006, 30bd, pag. 103.
17. Platone, Filebo, op.cit., 26c, pag. 88.
18. Francis Bertin, Corpo spirituale e androgenia in Giovanni Scoto Eriugena. In: A cura di A.Faivre, F. Tristan. Androgino, ECIG Genova 1991, pag. 132.
19. Johan Huizinga, L'Autunno del Medioevo, Newton Compton Roma 2007.
20. Friedrich Wilhelm Joseph Schelling, Filosofia della Rivelazione, Bompiani Milano 2002, pag. 931.
21. Giamblico, Vita pitagorica. Rizzoli Milano 2008.
22. A cura di Iliara Ramelli, Corpus Hermeticum, Bompiani Milano 2006. 1-4, pag. 342.
23. Platone, Filebo, op.cit., XLIV, 95de, pag. 113.
24. Roger Scruton. Manifesto dei conservatori. Cortina Milano 2007.
25. Hans Jonas. Il principio responsabilità. Einaudi Torino 1993 ; Hans Jonas, Tecnica, medicina ed etica. Einaudi Torino 1997.
26. Scruton, op.cit.
27. Isaiah Berlin, Libertà. Feltrinelli Milano, 2010.
28. Jonas, op.cit., pag. 24.
29. Jonas, op.cit., pag. 34.
30. Vincenzo Nuzzo, L'esperienza conoscitiva tra medicina "evidente" (EBM) e la ricerca scientifica non dogmatica: esperienza di un confronto. Atti del Forum 2000: L'insegnamento della Medicina. Il programma universitario per il medico del futuro: l'omeopata. Sorrento 24-27 Febbraio 2000.
31. Satprem, Mère. Il materialismo divino Ubaldini, Roma, 1978; Vincenzo Nuzzo, Domani io tornerò. In: www.liberaofficinaletteraria.it Napoli 2008.
32. Thibault Isabel, Il campo del possibile, Controcorrente Napoli 2009.
33. Hannah Arendt, Vita activa, Bompiani Milano, 2008.
34. Jonas, op.cit., pag. 25.
35. Scruton, op.cit.
36. Martin Heidegger, Essere e tempo, Longanesi Milano 1976.
37. Platone, Politico. Rizzoli Milano 2005, 293,cd, pag. 295.
38. Platone, Politico, op.cit. , 296a-c, pag. 307.
39. Corpus Hermeticum, op.cit, 7-9, , pag. 52 - 529.
40. Georges Vallin, La prospettiva metafisica, Victrix Roma 2007, pag. 195.
41. Corpus Hermeticum, op.cit, 11-13, pag. 531-537.
42. Corpus Hermeticum, op.cit, 11-13, pag. 531-537.
43. Platone, Filebo, op.cit, 64e, pag. 227.

Lucia Romeo - Vorrei sottoporvi un caso: bambino di 6 anni operato alla nascita di megacolon. Tutto bene, crescita nella norma, magrino, pancia un pò globosa, genitori attenti, equilibrio buono; hanno un altro figlio. Viene da me perchè stufo di dare farmaci, in quanto il bimbo ha alternanze di feci dure e a volte invece sporca le mutande con feci liquide: data l'età, questo inizia a creare problemi. Gli ho dato Colostro noni e Benefibra, un cucchiaino al giorno; questo ha migliorato la stipsi, ma resta il problema delle feci che sporcano le mutande. Avete idee migliori?

Simonetta Bernardini - Cara Lucia, questo bambino ha, oltre ai soliti motivi psicologici di encopresi, anche motivi organici essendo stato operato di megacolon. Non trascurerei, se la tipologia lo consente (mi sembra di sì, da come lo descrivi) il medicinale che nella mia esperienza dà migliori risultati sia per la stipsi (classiche feci a pecorella), sia per gli aspetti mentali, sia per la magrezza: Natrum muriaticum. Spesso per la stipsi associo Lycopodium in bassa diluizione: alla 9CH, tre granuli al giorno.

Luca Biasci - Hai scritto che il bambino è in equilibrio e i genitori sono attenti, ma un pochino di mentale non guasterebbe per una prescrizione che non sia soltanto costituzionale od organotropica (con tutto il rispetto per la costituzione e gli organi) e nonostante ci sia certamente una causa anche chirurgica alla base, come giustamente fa notare Simonetta. Voglio dire, per esempio, come vive il bambino questo fatto dello sporcarsi le mutande? E' un bambino, d'accordo, ma non così piccolo da non accorgersene. Non hai specificato se l'altro figlio è nato dopo o no, ma se fosse vera la prima ipotesi: come ha vissuto la nascita del fratellino? Ci sono altre causalità o note caratteriali anche minime?

Luca Biasci - Darei del Gelsemium ai genitori per placare la loro ansia e dell'Ignatia al bambino, due volte die per 1 mese; spesso riequilibra l'asse orto/para simpatico.

Dalle pagine di OmeopatiaOnline...

segue a pagina 35

I raggi invisibili in diagnostica e terapia

Alberto Laffranchi

Specialista in Radiodiagnostica e Radioterapia, Fondazione IRCCS, Istituto Nazionale dei Tumori di Milano
E-mail: alberto.laffranchi@istitutotumori.mi.it

La notte dell'8 novembre 1895 il prof. Wilhelm Konrad Roëntgen, Fisico dell'Università di Würzburg, nel buio assoluto del suo laboratorio, dopo l'accensione di un tubo di Cookes, un pallone di vetro sotto vuoto spinto in cui passa la corrente elettrica, vide per la prima volta illuminarsi una piastra di platicianuro di bario posta all'altra estremità della scrivania. Spegnendo il tubo la luce della piastra scompariva, ma immediatamente riappariva riaccendendo il tubo. Lo stesso evento si verificava coprendo il tubo con schermi come cartone nero, libri di oltre 1000 pagine e altri oggetti, fino ad una distanza di oltre due metri. Infine, interponendo la propria mano si accorse che lo scheletro della stessa compariva sulla piastra: le ossa erano dunque in grado di frenare, almeno in parte, le misteriose emissioni. Il giorno seguente Roëntgen chiese a Berta, sua moglie, di interporre la propria mano. Il momento fu memorabile, fu realizzata la prima radiografia della storia: una mano con anello sull'anulare. Poiché i misteriosi raggi, in grado di attraversare oggetti e di impressionare lastre fotografiche, erano invisibili, considerando che in matematica l'incognita è identificata dalla lettera X dell'alfabeto, decise di battezzarli "raggi X". Nel 1901 Roëntgen, per questa sua scoperta, ricevette il premio Nobel per la Fisica.

L'uso moderno dei raggi X

Attualmente i raggi X, come è noto, vengono impiegati sia per la diagnostica (radiografie e TC), sia per la terapia, ad alte e a basse energie. Per la terapia le radiazioni utilizzate vengono prodotte sia artificialmente, mediante apparecchiature radiogene come l'acceleratore lineare (alte energie) e la Roëntgen-terapia (basse energie), sia da sorgenti presenti in natura, le più note sono il Cobalto 60 e l'Iridio 191. Le radiazioni da fonti naturali vengono denominate "raggi gamma". Oggi sappiamo che le radiazioni X e gamma altro non sono che fotoni, ovvero

particelle senza carica elettrica che, attraversando i tessuti, possono danneggiare direttamente o indirettamente attraverso complessi fenomeni ossidativi, il DNA delle cellule. Tale possibilità è cruciale per la radioterapia oncologica che basa la sua efficacia terapeutica sulla possibilità di danneggiare in maniera irreversibile le cellule tumorali maligne.

La radioterapia, infatti, insieme a chemioterapia e chirurgia, rappresenta un'importante metodica, in alcuni casi unica ed insostituibile, nel trattamento delle neoplasie¹⁻³. Nella moderna radioterapia, sia grazie all'approfondita conoscenza della fisica delle radiazioni, sia al miglioramento della tecnologia, si è potuto ottimizzare le terapie rendendole molto efficaci contro le cellule tumorali e contemporaneamente rendendo trascurabili per incidenza, gravità ed entità, i danni sulle cellule sane circostanti il tumore, inevitabilmente attraversate dal fascio radiante a dosi terapeutiche^{4,5}.

Resta comunque una quota di pazienti, non prevedibile prima del ciclo terapeutico, che andrà incontro ad un danno acuto, sub-acuto e/o cronico dei tessuti sani colpiti dalle radiazioni.

Effetti tossici da radioterapia

La tossicità delle radiazioni ionizzanti utilizzate in terapia è determinata: a) dalla qualità del fascio radiante; b) dal tipo di tessuti inclusi nel campo; c) dalla dose per frazione; d) dalla dose totale; e) dalla sensibilità alla radioterapia dei tessuti inclusi nel campo⁶.

Ciascuna delle funzioni cellulari può essere compromessa per una sequenza di effetti fisici, chimici e biochimici. Gli effetti delle radiazioni su enzimi, RNA, DNA e in genere sui processi metabolici di sintesi ed energetici possono tradursi in modificazioni delle strutture sub-cellulare (membrane cellulari, nuclei, mitocondri, lisosomi), attraverso modificazioni biochimiche (turn-over metabolico, sintesi ormonale), fino a causare degenerazione cellulare, inibizione della mitosi e, infine, morte della cellula stessa. Gli effetti tossici che si manifestano sulle strutture biologiche si distinguono in acuti e cronici, i primi intervengono rapidamente, a volte durante la terapia stessa, più frequentemente alla fine del ciclo, i secondi che compaiono a distanza di uno o più anni, raramente di decenni. In tabella 1 abbiamo riportato la cronologia degli eventi biologici successivi all'irradiazione.

TEMPO	EVENTO	EFFETTI FISICI, CHIMICI E BIOLOGICI	EFFETTI CLINICI
0	Irradiazione		
10-15 sec	Fisico	Ionizzazione	
10-5 sec	Chimico elementare	Formazione radicali liberi	
Secondi	Chimico su macromolecole	Rotture e formazione nuovi legami molecolari	
Minuti	Chimico sulle macromolecole	Danno enzimatico e DNA	
Ore-Giorni	Chimico su macromolecole	Riparazione	Immediati
Settimane-Mesi	Sulle cellule Sui tessuti	Morte differita Alterazione morfofunzionale	Precoci
Anni	Su organi e apparati	Distruzione tissutali e patologici, cancerizzazione e mutazioni genetiche	Tardivi

Tabella 1 - Cronologia degli eventi biologici successivi all'irradiazione.

Tutte le cellule dell'organismo possono subire lesioni radioindotte, ma esiste una scala di sensibilità relativa (specie per i danni acuti) per le differenti tipologie cellulari. Di seguito riportiamo in ordine di sensibilità decrescente i vari gruppi cellulari: a) spermatozoni; b) linfociti, eritrociti, granulociti, mieloblasti; c) cellule basali e cripte intestinali, stomaco, colon; d) cellule ovariche, cutanee, delle ghiandole, alveolari polmonari, dotti biliari; e) cellule endoteliali; f) cellule connettivali; g) cellule tubulari renali; h) cellule ossee; i) cellule nervose; l) cellule muscolari.

Esistono poi per ogni citologia effetti graduati di entità crescente all'aumentare della dose radiante, che può essere in unica dose o frazionata nel tempo. La patogenesi comune a tutte le lesioni da raggi è stata dimostrata essere il danno vascolare^{4,7,8}.

Effetti graduati delle radiazioni ionizzanti sulla cute

La cute è il tessuto che rientra più frequentemente nel campo d'irradiazione della radioterapia (ad eccezione delle forme di brachiterapia), ed è coinvolta sempre, qualunque sia l'organo da trattare. È pertanto importante valutarne specificatamente gli effetti lesivi. L'epidermide è un tessuto particolarmente radiosensibile, riparabile e non subisce un effetto cumulativo dell'esposizione a radiazioni. Il derma e l'ipoderma, invece, sono strutture a rinnovamento lento, sono relativamente più radioresistenti, hanno meno possibilità di riparazione e subiscono l'effetto cumulativo dell'irradiazione.

Lesioni cutanee precoci di un'irradiazione cutanea focale sono rappresentati da: a) eritema, edema e vasodilatazione per una dose di 5 Gy; b) epidermide secca, seguita da depilazione, desquamazione per almeno due settimane, per una dose di 10 Gy; c) radiodermite essudativa con flitene per una dose di 15 Gy gg; d) radiodermite acuta con necrosi per una dose di 2-30 Gy.

Lesioni cutanee tardive, determinate da sequele riparative, si osservano per dosi superiori ai 10 Gy. Al di sotto di tale esposizione la guarigione è usualmente senza sequele. Oltre tale esposizione, invece, si hanno alterazioni minime quali alterazioni della pigmentazione. In un tempo variabile da 1 a 5 anni si osservano quadri di dermite cronica, che si manifesta con atrofia cutanea, secchezza, alterazioni delle unghie, teleangectasie, fibrosi e cheratosi.

Gli effetti acuti della radioterapia su cute e mucose consistono quindi, usualmente, in una risposta infiammatoria: a) eritema; b) edema; c) pigmentazione; d) mucositi. Queste reazioni più frequentemente si osservano nei casi di radioterapie palliative, perché richiedono elevati dosi giornaliere ravvicinate nel tempo, una o due settimane. Le radiolesioni cutanee presentano, come alterazione anatomo-patologica caratteristica, le alterazioni vasali: vasodilatazione, alterata permeabilità endoteliale, riduzione del letto e del flusso capillare.

Si tratta di fenomeni patologici locali che possono persistere anche a lungo, come stanno a dimostrare la lenta regressione del danno e talvolta la loro non completa scomparsa, oltre alla possibile insorgenza e persistenza di teleangectasie.

La radiodermite eritematosa è caratterizzata dalla comparsa di chiazze eritematose con tendenza alla confluenza, fino ad invadere tutto il campo cutaneo irradiato. La cute è arrossata, edematosa, spesso pruriginosa. Successivamente il colorito si fa più intenso, rosso rame, l'edema si attenua; a distanza si osserva caduta di annessi e desquamazione dell'epidermide, residuando una pigmentazione cutanea variabile. Talvolta l'edema può coinvolgere il connettivo pervasale del derma.

La radiodermite eritemato-bollosa viene distinta istologicamente dal quadro di eritema per la scomparsa quasi totale, per citolisi, degli elementi dello strato germinativo basale dell'epidermide, già pochi giorni dopo l'irradiazione. La formazione delle bolle è correlata alla comparsa di versamento sieroso che si forma tra derma ed epidermide nella stessa sede occupata dallo strato germinativo distrutto. La cute alla periferia della lesione si pigmenta intensamente, formando un alone scuro che contrasta con la cute sana circostante. La rigenerazione spontanea dell'epidermide, data la scomparsa dello strato germinativo basale, usualmente avviene per proliferazione dei bordi della lesione ed impiega parecchi giorni (anche 20 giorni e più) seguendo i principi di rigenerazione cutanea per seconda intenzione descritti per la prima volta nella metà dell'800 da Ranvier. In entrambi i casi l'eritema è sostenuto dalla vasodilatazione.

La dermite cronica è caratterizzata da comparsa di ispessimento ed indurimento cutaneo, iperpigmentazione, caduta degli annessi, atrofia del connettivo, con sclerosi. Perché ciò si verifichi sono necessari almeno tre eventi contemporanei: l'ipovascularizzazione (per danno subito dai vasi arteriosi), l'ipossia tessutale (cioè l'assenza di ossigeno), l'ipocellularità (per la morte cellulare). In queste situazioni il rischio di complicanze, quali ulcere, fistole, infezioni croniche specie ad opera di staphilococcus^{4,5} è abbastanza frequente.

Campi elettromagnetici e terapia

Gli atomi, come sappiamo, sono formati da nuclei e da nubi elettroniche; nei nuclei si trovano i protoni, particelle dotate di carica elettrica positiva. Essi ruotano attorno al loro asse. La carica elettrica connessa al protone quindi gira insieme ad esso. Una carica elettrica in movimento crea una corrente elettrica e una corrente elettrica crea un campo magnetico. Da un punto di vista fisico, le diverse cellule dell'organismo caratterizzate da una forma differente a seconda del tessuto biologico al quale appartengono, possono essere considerate dei dipoli elettromagnetici. Tale diversità di forma provoca una differenza della polarità di membrana a cui consegue una differenza della corrente endogena che le attraversa, quindi una differente densità del campo magnetico che è ad esse associato. Il campo magnetico cellulare è, dunque, strettamente legato alla massa-forma della cellula in esame.

Un esempio pratico è rappresentato dalla Risonanza Magnetica Nucleare che riesce a creare immagini dei tessuti in esame discriminando il diverso campo magnetico endogeno della cellula stessa, sfruttando un campo magnetico statico e la contemporanea presenza di impulsi di radiofrequenza non costanti⁹.

In magnetoterapia di risonanza le cellule del tessuto biologico bersagliato vengono sollecitate con campi magnetici esterni che hanno le stesse caratteristiche fisiche dei campi magnetici endogeni alle cellule stesse¹⁰⁻¹³.

Tali sollecitazioni, in tessuti biologici complessi, che tendono fisiologicamente ad un continuo cambiamento attorno alla condizione di equilibrio, sono in grado di spingere il tessuto bersaglio verso lo stato di equilibrio biodinamico opportuno, che corrisponde allo stato di omeostasi energetica-biochimica compatibile con la salute del Paziente¹⁴.

Effetti biologici dei campi magnetici

L'azione dei campi magnetici pulsati va dunque interpretata come una cessione energetica che tende a ripristinare gli squilibri energetici, cioè gli squilibri indotti dalle cariche elettriche delle cellule.

Inoltre, essi consentono di ottenere un aumento loco regionale della concentrazione di O₂ per ragioni non del tutto chiarite, tra le ipotesi più accreditate vi è quella di Lenzi¹⁵, che sostiene tre ragioni principali: a) in primo luogo avviene una vasodilatazione del letto capillare; b)

A	Orientamento e traslazione di elementi cellulari
B	Orientamento di organuli sub cellulari e macromolecole
C	Rotazione e traslazione di molecole paramagnetiche contenenti Fe, radicali paramagnetici, ossigeno molecolare
D	Modificazioni nell'angolo di legami covalenti e orientamento di dipoli elettrici con conseguenze sull'organizzazione dell'acqua delle biostrutture
E	Orientamento degli spin nucleari delle molecole di H dell'acqua nei tessuti corporei

Tabella 2 - Effetti elettromagnetici sulla materia vivente.

l'emoglobina è ferromagnetica, pertanto viene attratta dai campi elettromagnetici applicati ad un determinato distretto; c) in seguito, l'emoglobina giunta in loco libera l'O₂ legato ad essa; questo viene modicamente attratto dal campo magnetico che tende così ad aumentarne la concentrazione anche nei tessuti ipossici.

Gli effetti biologici dei campi magnetici pulsati¹⁶ ritenuti più importanti sono quindi: a) effetto anti-infiammatorio; b) vasodilatazione del microcircolo (per apertura degli sfinteri pre-capillari); c) effetto ossigeno (aumentando la concentrazione di O₂); d) effetto neoangiogenico (stimola la formazione di nuovi vasi); e) stimolo rigenerativo dei tessuti.

Corrispondenza tra effetti biologici dei campi magnetici e danno radioindotto

Le principali alterazioni presenti nei tessuti affetti da lesioni radioindotte sono: a) edema e stato infiammatorio; b) ipovascolarizzazione (soprattutto per danno ai vasi arteriosi); c) ipossia tissutale; d) ipocellularità locale.

Confrontando gli effetti biologici della magnetoterapia con le alterazioni dei tessuti radiolesi se ne può apprezzare l'elevata corrispondenza. La magnetoterapia sembra possedere, quindi, tutte le caratteristiche necessarie a contrastare i danni causati dall'azione dei Raggi X e per questo si può intravederne la possibilità d'utilizzo a scopo terapeutico.

Apparecchiature e modalità di applicazione della magnetoterapia

Per la terapia con campi magnetici si utilizzano apparecchiature a solenoide sia portatili, per la terapia domiciliare, sia fisse, per la terapia ambulatoriale. Esse sono costituite da bobine emettitrici di rame, avvolte a spirale attorno ad un cilindro di materiale amagnetico.

Ciascuna bobina, a seconda del numero e delle dimensioni delle spire, avrà un proprio campo magnetico che si svilupperà al centro dell'area in cui si posiziona il tessuto patologico da trattare.

I campi magnetici utilizzati in terapia sono caratterizzati da bassa intensità e bassa frequenza. L'intensità delle singole bobine varia da 10 a 100 Gauss, con valori usuali di 20-30 Gauss⁹. Si tenga presente che in RMN si utilizzano campi magnetici di 0.2-2 Tesla (1 Tesla = 10000 Gauss) e che il campo magnetico terrestre è mediamente di 0.5 Gauss. La frequenza dell'onda si aggira intorno ai 50Hz (frequenza della rete elettrica in Italia). Si è notata un'elevata interazione tra campo magnetico a bassa frequenza e materia biologica, con riscontro in particolare di effetti cellulari (stimolazione delle mitosi e aumentata sintesi di DNA e proteine), effetti umorali (stimolazione immunitaria) ed effetti anti-infiammatori (tabella 2).

Il tempo di esposizione al campo magnetico per ogni seduta è variabile, dai 30 min. ai 60 min.; spesso si preferiscono due sedute giornaliere di 30 min., anziché un'unica seduta di 45-60 min. Il trattamento quotidiano deve essere protratto considerando la patologia da trattare. Per le lesioni cutanee acute possono bastare pochi giorni di terapia (da 4 a 20 giorni), mentre per le lesioni cutanee croniche, ulcerate e per le alterazioni ossee come le osteoradionecrosi, vanno di necessità trattate con la magnetoterapia per mesi (da un minimo di 3 ad un massimo di 12).

Applicazioni cliniche della magnetoterapia

Esistono applicazioni terapeutiche dei campi magnetici pulsati a bassa frequenza in differenti settori della medicina: a) in **ortopedia**, nelle distorsioni articolare acute, nei casi di traumi con ritardi di consolidamento di fratture (stimolazione della proliferazione di tessuto osseo); b) in **angiologia**, per flebopatie e arteriopatie (stimolazione di angiogenesi); c) in **dermatologia**, per ulcere, radiodermiti, psoriasi (stimolazione della proliferazione cellulare); d) in **oncologia**, per il trattamento di dolore e nevriti (azione antiedemigena, antiflogistica) esclusivamente in pazienti clinicamente liberi da malattia tumorale. A ciò si aggiunge il ruolo terapeutico nel trattamento di lesioni radioindotte, prime tra tutte le osteoradionecrosi della mandibola, oltre alle lesioni cutanee acute e croniche, a cui si possono associare lesioni a lungo termine quali per esempio le osteoradionecrosi.

Trattamento di lesioni cutanee: medicina naturale come supporto alla magnetoterapia

Al trattamento di lesioni cutanee radioindotte, alle sedute quotidiane di magnetoterapia si possono associare altri elementi terapeutici non convenzionali.

Residui siero-ematici le intuizioni di Hahemann non In presenza di lesioni cutanee eritematose con disepitelizzazione, edema e possibile ulcerazione superficiale l'atteggiamento terapeutico deve mirare: a) ad evitare la sovra infezione; b) risolvere l'infiammazione; c) ridurre l'edema; d) ridurre l'ipossia locale; e) ripristinare l'ossigenazione; f) stimolare la rigenerazione tissutale. Come primo passo terapeutico è importante, pertanto, eseguire una corretta detersione della ferita. Dalla letteratura non vi è concordanza sulle modalità di detersione. Interessante e molto pratica l'ipotesi di utilizzare una seduta di 30' di magnetoterapia al giorno, preceduta e seguita da lavaggi con una soluzione di Citrato di Sodio e Saccarosio al 6%¹⁷; si tratta dell'uso improprio di un notissimo prodotto granulare di libera vendita, che ha come principale indicazione la pirosi gastrica. Va chiarito che il citrato di sodio ha una nota azione anticoagulante. Poiché nell'eritema bolloso la presenza di residui siero-ematici creano un velo appiccicoso che crea notevoli problemi pratici (le garze si accollano alla ferita rendendone dolorosa la loro rimozione, che a sua volta provoca sanguinamento e aggravamento della lesione ulcerata) è importante ridurre rapidamente secrezione sierosa della ferita. Si è visto sperimentalmente che la soluzione di citrato di sodio al 6% è in grado di detergere perfettamente la ferita aperta, questo perché ne consente l'asportazione dei coaguli di fibrina, lasciando una ferita pulita che, anche grazie alla magnetoterapia, nell'arco di tre, quattro giorni si secca, consentendo il contatto con le vesti. Da questo studio, così come era suggerito negli anni sessanta, è stata confermata l'utilità di mantenere la ferita scoperta all'aria, senza bendaggi occlusivi, per favorirne l'ossigenazione superficiale, dunque la guarigione.

Lesioni cutanee croniche

Nel caso di radiodermi croniche ai campi magnetici si possono associare farmaci omeopatici scelti mediante una repertorizzazione sintomatica, a volte assieme a farmaci dotati di tropismo tissutale¹⁸. I rimedi più usati sono Thuja occidentalis quale rimedio di fondo per le turbe della pelle e un'associazione di farmaci iniettabili somministrati localmente in mesoterapia. Le combinazioni dei rimedi variano da caso a caso, scelti fra Echinacea Compositum S, quale stimolo del sistema immunitario verso le infezioni batteriche, oltre ad Arnica montana, Vipera berus, Aesculus hippocastanum, tutti con tropismo selettivo per il sistema vascolare, ove agiscono contribuendo, tra l'altro, alla protezione delle pareti vascolari; la frequenza di somministrazione può essere quotidiana o a giorni alterni fino al miglioramento clinico, successivamente settimanale per almeno 2-3 mesi. Il meccanismo d'azione dei farmaci omeopatici come noto è probabilmente di tipo biochimico alle basse diluizioni e si suppone sia di tipo elettromagnetico alle alte, in qualche modo affine al meccanismo d'azione della magnetoterapia.

Conclusioni

I criteri guida che consentono di proporre, quali scelte terapeutiche per lesioni da Raggi X quelle sopra citate, sono quelli legati alla fisiopatologia delle lesioni stesse, ovvero al danno vascolare. Quanto descritto nel lavoro fornisce informazioni sul possibile trattamento delle le-

sioni cutanee da raggi, quando queste sono caratterizzate da marcata sofferenza vascolare e da ipossia tissutale, indipendentemente dalla gravità della lesione. I campi magnetici sono utilizzati, secondo le modalità citate, principalmente per il loro effetto anti-infiammatorio, angiogenico e per l'effetto ossigeno. Ad essi si possono associare altre terapie di derivazione omeopatica, specifiche per il determinato tipo di danno riscontrato. In conclusione, alla luce della letteratura e di quanto presentato in questo lavoro, si ritiene che nel futuro prossimo gli approcci terapeutici sopra descritti, di semplice realizzazione, ma di sicuro risultato, considerando la quasi totale assenza di effetti collaterali, potranno fornire una rapida risposta e buoni risultati clinici nel trattamento delle lesioni acute e croniche indotte dalla radioterapia. ■

BIBLIOGRAFIA

1. Veronesi U., Banfi A., Salvatori B. Breast conservation in the treatment for choice in small breast cancer: long term results of randomized trial, Eur. J. Cancer, 1990, 26:668-670.
2. Fisher B., Redmond C., Fischer Er. Ten years of results of a randomized clinical trial comparing radical mastectomy and total with or without radiation, N. England J. Med. 1985, 312: 674-681.
3. Overgaard M., Henser MS. Postoperative radiotherapy in high risk premenopausalwomen with breast cancer who received adjuvant chemotherapy, N. england J. Med. 1997, 337:949-955.
4. Marx R.E., Johnson RP. Studies in the radiobiology of osteoradionecrosis and their clinical significance. Oral surgery, Oral medicine, Oral pathology. Vol.64 (379-390). Oct 1987.
5. Sanger J.R., Matloub H.S., Yousif N.J. Management of osteoradionecrosis of the mandible. Clin. Plastic Surg. Vol. 20-3(517-530) July 1993.
6. Gallavresi L., Bullo E. Cap. IX pag. 362-372- Trattato di Roentgen e di Curie-Terapia di Felice Perussia e Enzo Pugno-Vanoni Vol. I- 1947- Garzanti editore Milano.
7. Rodemann HP, Bamberg M. Cellular basis of radiation-induced fibrosis. Radiotherapy and Oncology 35 –1995 83-90.
8. Wells M., MacBride S. Radiation skin reactions. Textbook of Radiotherapy, 6th edition. Walter and Miller's Elsevier (2002) 135-59.
9. Bistolfi F. 'Verso un inquadramento generale dell'interazione tra campi magnetici statici e variabili e materia vivente'. Campi Magnetici in Medicina. Minerva Medica Ed. Torino 1983: 221-232.
10. Weaver JC. And Astumian RD. The response of living cells to very weak electric fields: the thermal noise limit. Science 1990; 247: 459-462.
11. Frohlich H. Biological coherence and response to external stimuli. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 1988.
12. Popp F.A., Li KH., Gu Q. Recent advances in biophoton research and in applications. World scientific, Singapore 1992.
13. König H.L. Bioinformation. Electrophysical aspects. In: Electromagnetic bioinf (Popp et al, eds) Urban & Schwarzenberg, Munchen: 42-73.
14. Bellavite P., Andrighetto G., Zatti M. Omeostasi, complessità e caos, un'introduzione. Franco Angeli, Milano 1995.
15. Lenzi M., Bistolfi F. 'Campi magnetici ed effetto ossigeno'. Campi Magnetici in Medicina. Minerva Medica Ed. Torino 1983; 387-398.
16. Adely WR. Whispering between cells: electromagnetic fields and regulatory mechanisms in tissue. Frontier Perspect 1993; 3: 21-25.
17. Laffranchi A. e C. "Le Ustioni da Raggi X". Nella rivista on line dell'associazione A.R.D.A.O. www.ardao.org, n. gen-marzo 2003.
18. Laffranchi e C. "La cure delle lesioni acute e croniche da raggi X. 10 anni di esperienza". La Medicina Biologica. Gen-marzo 2003.

Il fantasma dei globulini

Italo Grassi

*Medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva. Esperto in omeopatia.
E-mail: i.grassi@siomi.it*

La notizia arrivò in paese come un fulmine a cielo sereno. Il castello dei conti Perossi era, da qualche tempo, frequentato da un fantasma.

- Questo spettro appare nelle notti di plenilunio. - spiegò Ortensia Pecca, magistrato e amica dell'anziana contessa, ultima discendente dei Perossi.

- Si aggira per il castello e cerca di uccidere, con un'antica mazza da guerra, la contessa Perossi. Ci ha già provato due volte.

Tarcisio Giretti, medico omeopata, intento alla lettura di un giallo di Patricia Highsmith, sbuffò: - Fai irruzione nel castello con una squadra di poliziotti e arresta l'assassino che si spaccia per fantasma.

Ortensia Pecca scosse la testa: - Il mese scorso, appena gli agenti sono entrati nel castello, il fantasma è scomparso nel nulla. La contessa è convinta che sia Manfredi Perossi, un suo avo vissuto nel 1500, tristemente famoso per avere ucciso, in un momento di follia, tutta la sua famiglia a colpi di mazza.

Il magistrato estrasse dalla borsa un tubulo omeopatico vuoto, una monodose di Mancinella. - Questo l'ha perduto il fantasma durante la sua ultima apparizione. Ho fatto fare dei pedinamenti e, tra coloro che frequentano il castello, ce n'è uno che usa questo rimedio: Girolamo Cucchiero, il giardiniere siciliano. Due volte al mese scende in paese e si reca in farmacia ad acquistare delle monodosi di Mancinella. Purtroppo io non posso arrestarlo soltanto perché prende lo stesso rimedio omeopatico del fantasma.

Il dottor Giretti chiuse il libro, si grattò il mento e disse: - Va bene. Ci penso io.

Passò un mese. Al castello non accadde assolutamente nulla. Il paese, invece, fu turbato da alcuni strani episodi. Per due volte, ignoti scassinatori, dopo avere forzato la serratura dell'entrata posteriore, penetrarono all'interno della farmacia senza, tuttavia, rubare né soldi né farmaci. L'altro evento, molto più inquietante, capitò a Virginia Santi, cinquantenne insegnante di Lettere del liceo classico, donna nubile e dai morigerati costumi, catechista, promotrice di ritiri spirituali e organizzatrice di corsi prematrimoniali. La pia donna fu fermata, a mezzanotte, dai carabinieri mentre, in bicicletta e completamente nuda, sfrecciava lungo le vie del paese cantando a squarciagola la canzone: "Sono una donna, non sono una santa". Arrestata per aver compiuto un tentativo di molestie sessuali nei confronti di un carabiniere, scambiato per il demonio, l'insegnante fu liberata e accompagnata a casa, in gran segreto, da don Luigi Piromalli, il parroco del paese. Si pensò ad un momentaneo malessere della donna, dovuto a stanchezza, quindi la notizia non fu di-

vulgata e Virginia Santi poté continuare a insegnare. Purtroppo, una settimana più tardi, mentre al liceo teneva una lezione sulla poesia del Leopardi, colpita da un altro raptus erotico, Virginia Santi si spogliò e cercò di avere un rapporto sessuale con il preside Anselmo Merciatto, insigne studioso di latino, molto noto per il suo spirito ascetico e, da anni, afflitto da gravi problemi cardiaci. Il poveretto, scambiato per Satana dall'invasata insegnante, fu ricoverato d'urgenza in cardiologia e Virginia Santi, con altrettanta urgenza, fu portata in una clinica psichiatrica.

Nella notte successiva c'era luna piena. Raggi di luce penetravano all'interno del castello attraverso i finestroni delle pareti laterali. Un'inquietante figura spettrale comparve sulla cima dello scalone settecentesco. Alto quasi due metri, avvolto in una corazza dai riflessi argentati, con un naso adunco e bitorzolato, i capelli dritti come percorsi dalla corrente elettrica, il fantasma di Manfredi Perossi iniziò a scendere le scale. Il pesante silenzio fu rotto dalla sua lugubre risata e dal tintinnare della mazza chiodata contro la balaustra. Ma una folata di vento spostò il vetro di un finestrone che, aprendosi, andò a sbattere contro la schiena di Manfredi Perossi.

- Minchia, che male! - Esclamò il fantasma.

Accanto a lui si materializzò una figura alquanto bizzarra. Il lungo mantello, confezionato dalla nonna, il viso ricoperto di farina, le occhiaie nere disegnate con il carboncino, due lunghi e prominenti canini sporgenti tra le labbra, Tarcisio Giretti aveva riesumato il costume utilizzato al carnevale di Viareggio nell'ormai lontano 1985. - Cu è? - Domandò, rigido di paura, il fantasma di Manfredi Perossi.

- Sono Nosferatu - farfugliò, Tarcisio Giretti, mentre ad ogni parola rischiava di cacciar fuori dalla bocca la vampiresca dentiera.

Manfredi Perossi balbettò: - Nosferatu? Che vo da me un fantasma sardo?

Il medico, messa finalmente a posto la dentiera, esibì i lunghi canini e, spalancando due rami che volevano assomigliare ad artigli, gridò: - Idiota, Nosferatu sta per vampiro!

- Beddra Matri! - esclamò Manfredi Perossi.

Terrorizzato, indietreggiò, scivolò a causa dei tacchi troppo alti e ruzzolò giù dalle scale. Immediatamente le lampadine del grande lampadario si accesero e la luce illuminò il salone. Ortensia Pecca si precipitò sul fantasma che, disteso sul pavimento in marmo con una gamba fratturata a causa della caduta, guava come un cagnolino bastonato. Il magistrato gli tolse il naso posticcio e la parucca.

Sotto comparve la testa pelata e il viso spaventato di Girolamo Cucchiero.

- Il giardiniere! - esclamò l'allibita contessa Perossi.

- Lei, contessa, aveva prestato molti soldi a questo signore. - spiegò Ortensia Pecca.

- Denaro che Girolamo Cucchiero non aveva alcuna intenzione di restituirle. Da qui la messinscena dell'avo tornato per ucciderla. Il giardiniere, molto pratico di questo castello, compariva e scompariva attraverso botole, utilizzando passaggi segreti che solo lui conosceva. Se non fosse stato per il dottor Giretti, anche questa volta l'avrebbe fatta franca.

Finalmente Tarcisio Giretti poté sputare fuori la dentiera dalla bocca e disse: - Girolamo Cucchiero, pur travestendosi da fantasma, temeva il buio e le apparizioni soprannaturali. Infatti Mancinella, il rimedio che lui assumeva

ogni qualvolta si travestiva da Manfredo Perossi, è utile per coloro che hanno paura dei fantasmi, del diavolo e che, al buio, soffrono di ogni forma di allucinazione. Io sono penetrato nella farmacia dove il giardiniere si procurava questo rimedio e, per due volte, ho sostituito le monodosi di Mancinella con altre contenenti semplici globulini di zucchero. Privato dell'effetto del rimedio, il giardiniere mi ha scambiato, al buio, per un vero vampiro e non ha avuto la forza di fuggire.

Il medico si fermò un attimo, poi, sommessamente, mormorò: - Però non ho pensato che, in paese, ci fosse qualcun altro, come la professoressa Santi, ad utilizzare Mancinella. La poveretta lo assumeva per calmare le sue ossessioni sessuali unite all'idea della possessione con il diavolo. Bisogna che vada subito in clinica psichiatrica a portarle una vera monodose di Mancinella... ■



WELEDA

Venadoron®

Dalla natura un fresco sollievo alle gambe affaticate



In caso di gambe stanche e pesanti Venadoron® dona in breve tempo nuova leggerezza e vitalità. La speciale formula in gel, a base di estratti di arnica e amamelide, succo di limone e di prugnolo e arricchita con solfato di rame, favorisce la microcircolazione superficiale, mantiene l'elasticità dei tessuti cutanei, tonifica la pelle ed apporta un piacevole senso di freschezza. Per un rinfrescante sollievo alle gambe anche nel periodo della gravidanza.

Dialoga con l'Esperto Corpo su www.weleda.it

In accordo con uomo e natura

Dal 1921

L'approccio omeopatico al paziente che ha paura

Calma, sangue freddo e occhio all'essenza

Luca Biasci

Medico psichiatra, Dirigente medico ASL 5, Psicoanalista, esperto in omeopatia
E-mail: luca.biasci@tin.it

Nella mia esperienza clinica ho maturato la convinzione che, di fronte alla richiesta d'aiuto di un paziente che ci chiama in causa in quanto omeopati per una sua, specifica, paura, l'essenziale è essere in grado di "assumere su di se ed in se" quel particolare stato d'animo senza, al contempo, perdere la capacità di osservare il fenomeno con il sufficiente distacco. La paura del paziente "va fatta nostra", va vissuta nel proprio corpo e nella propria mente, va incarnata, va compresa (nell'accezione anche letterale di sostenere e capire insieme) se si vuole sperare di coglierne "l'essenza psicopatologica".

Questo atteggiamento empatico del medico è la *conditio sine qua non* per poter quindi mettere in atto quell'opera di comparazione analogica tra il quadro clinico del paziente e quella che George Vithoulkas ebbe a definire, appunto: "l'essenza psicopatologica del rimedio omeopatico", cioè la sintesi dei sintomi mentali ed emozionali, peculiari e fondamentali, come sono emersi dai *proving*, ma anche e soprattutto, come essi si sono fissati nella memoria del medico nel corso della sua personale pratica professionale, per così dire, "dal vivo". Va da se che, nella seconda fase in cui si tratta di identificare il rimedio, si deve esser capaci di riemergere prontamente dalla volontaria e consapevole identificazione con il paziente, per riacquistare lucidità e capacità riflessive, pur trattenendo nella nostra memoria ben chiara l'immagine, la figura pittorica interiore che di quella particolare paura ci siamo fatti, vivendola anche in prima persona. Certamente quello che ho brevemente descritto non è altro che uno dei passaggi fondamentali della presa del caso secondo Vithoulkas e può essere genericamente valido per qualsiasi situazione si presenti nell'ambulatorio del medico, soprattutto quando si evidenzia come prevalente una sintomatologia psicopatologica. Ma secondo la mia esperienza, nel caso del paziente che ha paura, questa specifica impostazione metodologica si rivela addirittura indispensabile e cercherò quindi di dare ragione, molto sinteticamente, di questa mia laconica affermazione.

Innanzitutto la paura non è che un sintomo attraverso il quale il paziente esprime e vive il proprio conflitto interiore perché le sue difese nevrotiche (ma potremmo anche dire il suo sistema omeostatico PNEI, codificato dalle predisposizioni genetiche dell'organismo e dalle sue successive modificazioni epigenetiche) trovano quel tipo di apparente risoluzione del problema, con la minima dispersione possibile di energia psichica per quel soggetto (si utilizzano i *loci minoris resistentiae* per contenere l'entropia). Avere un *insight* improvviso comporterebbe un livello acutissimo di sofferenza soggettiva per il paziente, con un possibile collasso del sistema (possibile *switch*

verso la patologia organica, di gravità maggiore e prognosi peggiore). Quindi è necessario tenere presente che il paziente tende a "tenersi bene stretta la sua paura" e non farà nulla per aiutare il medico a togliergliela, anzi farà di tutto per contrastarlo, confondendo inconsciamente le acque e trasformando in un rebus la propria fobia. Ecco perché il terapeuta dovrà fare leva su tutta la sua capacità empatica per immergersi nel "bagno emozionale" del paziente alla ricerca "del bandolo della matassa", non allo scopo di illuminarlo con delle inutili spiegazioni, ma per cogliere l'essenza di quel sintomo o di quei sintomi, mentali, che altrimenti rimarrebbe incomprensibile proprio a chi, invece, ha il compito di scomporre e ricomporre il *puzzle* finché non emerge (nella mente dell'omeopata) l'immagine chiara di un preciso rimedio. In secondo luogo, però, il medico non dovrà cadere nelle trappole disseminate dal paziente attraverso la sottolineatura (del tutto involontaria) di sintomi somatici proteiformi e di caratteristiche temperamentali premorbuse, capaci di mascherare e dissimulare il nucleo profondo patogeno, ma dovrà mantenersi lucido e concentrato allo scopo di operare quello sguardo focale, atto a compiere una sezione microtomica del tessuto ed analizzarlo al microscopio (selezionare i sintomi peculiari attraverso un filtraggio ed una scrematura della totalità dei sintomi e confrontarli con capitoli del *Mind* delle materie mediche che ci sono stati confermati dall'esperienza personale). Inoltre va sottolineato il fatto che il rimedio omeopatico, di per se, può donare all'organismo quel *surplus* di energia tale da consentire al paziente di provare una attenuazione della propria paura ed al tempo stesso una spinta ad una ricerca interiore delle cause, senza provocare quell'effetto di annullamento del senso del sintomo (soppressione) che si ottiene con un uso indiscriminato degli psicofarmaci.

In questa sede, piuttosto che una descrizione pedissequa della materia medica dei rimedi della paura secondo le varie materie mediche, preferisco riferire tre microscopici frammenti della mia attività medica dai quali credo si possano desumere le implicazioni cliniche di quanto prima ho cercato di argomentare metodologicamente.

Francesca è una giovane e minuta donna, dall'aspetto mite e rassegnato, che mi consulta dopo essere stata diverse volte al pronto soccorso locale per crisi d'ansia acuta. Si tratta di "attacchi di panico", gli hanno sempre detto i medici che l'hanno visitata, ci vuole una terapia con psicofarmaci. Ma lei di farmaci non ne vuole sentire parlare e viene da me con la precisa richiesta di essere aiutata a superare le sue paure senza "l'aiuto della chimica". Emerge la storia di una ragazza cresciuta all'ombra dei genitori, due illustri professionisti, sempre pronti ad ovat-

tare la vita della figlia, “recludendola” nella camera migliore della loro sontuosa villa di proprietà, circondata da babysitter, cuoche e maggiordomi. Il suo unico compito: recitare il ruolo della brava ragazza. Poi, un giorno, poco dopo il compimento del suo venticinquesimo compleanno, decide che quel ruolo non le si adatta più e fugge con il giardiniere, extracomunitario. Storia tanto breve quanto intensa ed una volta finita non resta che il rientro a casa, l'onta e la vergogna. All'inizio sembra che non sia successo niente, tutto appare come prima nella vita della ragazza. Ma un giorno l'abituale silenzio che regna in contrasto nella grande villa viene infranto fragorosamente da un urlo rauco ma intenso, persino agghiacciante. Tutti si agitano, cercano di capire da dove viene. Viene dalla camera di Francesca. La trovano a terra in posizione fetale, tutta rossa paonazza e coperta di un sudore gelido, ha gli occhi sbarrati come di chi “ha visto la morte in faccia”, il respiro è superficiale, difficoltoso, sembra quasi quello di un agonizzante, non parla, sembra bloccata. La madre, disperata, la scuote e le dice: “che hai, bambina mia, che è successo?”. “Non puoi fare più nulla per me, mamma, è troppo tardi... nessuno può fare più nulla” risponde Francesca, perentoria, con una voce che sembra provenire dall'oltretomba. Scatta la chiamata al 118, la corsa al pronto soccorso, il valium, una, due, fiale, ed infine Francesca si arrende e dorme. Quando si sveglia, non si ricorda quasi nulla, solo che ha avuto una paura pazzesca, “da morire” e davanti a sé vede un signore con un camicie bianco che con una espressione tra il serio e il faceto pronuncia la sentenza: DAP! Si tratta di attacchi di panico, senza dubbio. *Aconitum napellus*, scrivo io sulla ricetta, con altrettanta sicurezza; soprattutto dopo che Francesca mi ha confessato che a soli 25 anni ha già chiesto di fare testamento! Convinta che non sarebbe uscita viva da quella situazione, ed invece, dopo qualche settimana di terapia, le crisi gradatamente scompaiono: *Big Pharma* ed il DSM IV o V, possono attendere. Francesca non ha più la necessità ineluttabile di spostare, condensare e convertire simbolicamente il proprio conflitto e può quindi avviarsi lentamente e dolorosamente alla rielaborazione del lutto della necessità di perdere (morire a) la relazione endogamico/incestuosa con i genitori per aprirsi alla conoscenza perturbante della dimensione maschile esogamica.

Giovanni è un ragazzone sui venti anni, di quasi due metri di altezza, al punto che deve flettersi lievemente per superare la porta d'ingresso dello studio; si presenta fisicamente in forma, si notano i muscoli tesi sotto la maglietta estiva, si siede lentamente, con cautela e con un filo di voce mi sussurra: “mi aiuti dottore, sono completamente bloccato, non riesco più a fare nulla, non mangio, non dormo, piango quasi tutto il giorno e spesso senza un vero motivo. La realtà è che ho paura di tutto, ho paura proprio di vivere!” Dopo questa sua disperata dichiarazione, a stenti e con grande difficoltà riesco a raccogliere l'anamnesi, perché un racconto spontaneo gli risulta impossibile: il suo eloquio, sempre scarso ed impacciato, deve essere continuamente stimolato. Alla fine, con poche difficoltà, riesco a raccogliere la sua storia, e cioè quella di un ragazzo praticamente cresciuto in un negozio di alimentari del centro, di proprietà della fami-

glia, dove lui rimaneva pressoché seduto, nel retro, a leggersi i fumetti preferiti o al più si occupava di piccole mansioni di gestione del magazzino. A scuola era sempre andato poco volentieri, soprattutto non sopportava “la confusione degli altri” e quindi, dopo la terza media, si era “ritirato” nel magazzino del negozio, a condurre una vita da lui stesso descritta come monotona ma tranquilla. L'unico passatempo di una qualche importanza era il *body building*, che Giovanni praticava in solitudine, nel garage attrezzato subito adiacente al negozio, tra un “lavoretto” e l'altro. Giovanni si definisce e viene definito piuttosto schivo, imbranato, ma, tutto sommato, sta simpatico a tutti. I familiari lo amano per come è, e i clienti lo prendono in simpatia, per il suo carattere docile e servizievole, spesso gli lasciano le mance. Poi accade l'evento che gli cambia la vita o meglio gliela annulla completamente. Il papà, vero *pater familias* e *factotum*, amministratore e gestore unico del negozio, muore improvvisamente e Giovanni, il primogenito, viene chiamato ad assumersi le proprie responsabilità. In realtà la situazione non è oggettivamente così drammatica come potrebbe sembrare ad una prima analisi, perché Giovanni non è affatto solo: ha una madre in buona salute, un fratello e due sorelle, tutti impiegati nell'azienda di famiglia da sempre e quindi capaci ed informati e può anche contare su un ottimo ragioniere che si è sempre occupato delle questioni amministrative. Il punto è che Giovanni non ce la fa proprio ad assumersi nessuna, seppur minima, responsabilità, come, per esempio, mettere semplicemente la firma sulle “bolle” di consegna della merce e, meno che mai, riesce ad affrontare una qualsiasi relazione con il pubblico, nemmeno per fare un resto alla cassa. Ci ha provato, eccome se ci ha provato, a salire su quel bancone al pubblico. Ma le gambe gli tremano, sembra che balli il twist, la bocca si secca, manca la saliva, le parole non escono, solo qualche mugugno, la testa gli scoppia e l'unica sensazione che sente è paura, paura ed ancora paura, paura di tutto. In effetti un paio di volte ha cercato di servire un cliente, ma a parte il fatto che non riusciva ad articolare parola ha avvertito una sensazione stranissima, come se lui, dall'alto dei suoi due metri, fosse invece piccolo, ricurvo, bassissimo, come se si fosse messo in ginocchio. Infine Giovanni mi regala un'ultima “chicca”, confermandomi il suo rimedio. “Ormai non riesco a fare più niente, neppure leggere i fumetti o allenarmi”, mi dice con voce sconfortata, “c'è solo un piccolo rituale che mi da un poco di conforto, sfiorare con la mano più volte, quasi ad accarezzarle, la mia collezione di macchinine, quelle che mi regalava mio padre ad ogni compleanno quando ero bimbo. Baryta carbonica ha aiutato non poco quel tenero bambinone troppo cresciuto ad affrontare progressivamente le richieste della vita ed a mettere in moto un processo di crescita e di maturazione che non era mai veramente avvenuto e che non può che scaturire dalla presa di coscienza del proprio onnipotente e schizoide infantilismo.

Paola è una adolescente di 15 anni che arriva in studio accompagnata dai genitori, i quali la tengono stretta in mezzo a loro, quasi avessero paura che potesse fuggire o fare chissacché. La ragazza resta silenziosa, con uno sguardo perso nel vuoto e con una smorfia di terrore sul

volto che in certi momenti, però, assume l'aspetto di un vero e proprio ghigno, e mi fa capire che preferisce che si esprimano i genitori. La madre inizia il racconto descrivendo la figlia come una ragazza piena di vita, giocosa, forse un poco ipereccitabile ed impressionabile, ma che non aveva mai dato segnali o prove di un vero e proprio disagio "prima dell'incidente" ed aveva altresì mostrato sempre un comportamento adeguato, sia in famiglia che a scuola e nel gruppo dei pari. Poi, quattro mesi prima della visita al mio studio, la catastrofe. Durante la classica gita scolastica, in una famosa città europea, hanno deciso tutti insieme, lei ed i suoi compagni, di visitare un famoso luna park e, nello specifico, un "casa degli orrori", nota per essere particolarmente spettacolare e realistica negli effetti speciali. Quando escono dal tunnel della paura, tutti si accorgono subito che c'è qualcosa che non va, perché Paola se ne resta rannicchiata nella postazione mobile con la quale era entrata nel circuito: è contratta, tremante, lo sguardo fisso, non parla. Gli amici la fanno uscire quasi prendendola in braccio e la riportano all'albergo. Per fortuna, il giorno dopo, la scolaresca se ne torna a casa e Paola sembra essersi parzialmente ripresa anche se, è ancora molto silenziosa, non vuole parlare dell'esperienza vissuta e tutti la definiscono strana, cambiata. Arrivata a casa, subito la prima notte, dice chiaramente che lei non dormirà nel letto ma se ne resterà nel salotto di casa, con la luce e la televisione accesa, che non vuole essere disturbata e non vuole parlare. La prima notte i genitori la assecondano, mai poi, il giorno dopo, quando si rendono conto che la figlia non ha un comportamento normale, visto che non dorme, non si alimenta regolarmente, non parla, se non a tratti da sola, e dichiara di non voler più tornare a dormire in camera sua, pretendendo che le luci della casa restino sempre tutte accese, decidono di affrontarla, chiedendole spiegazioni. La reazione della ragazza è drammatica "come nel film l'esorcista", soggiunge il padre, e cioè comincia a contorcersi nel volto e nelle membra, parla con una voce bassa, rauca ed alterata e ripete continuamente: "Sono posseduta, è il demone, è il demone!" Interviene il medico di famiglia, chiamato d'urgenza a casa, che le inietta un sedativo e poi prescrive una benzodiazepina, al bisogno. La ragazza si placa, il quadro clinico, nella sua evidenza conclamata, non si ripete. Ma anche nei giorni e nelle settimane successive Paola è silenziosa, strana, accetta di andare in camera ma comunque sempre con la luce accesa e dorme solo sotto effetto dei farmaci. Se interrogata sui suoi pensieri conferma che il suo chiodo fisso è di essere stata posseduta dal diavolo e non riesce a non pensarci e a non avere una paura tremenda che la scuote tutta e che le sale dentro, soprattutto quando viene sera. A questo punto interrogo direttamente la ragazza e cerco di svegliarla da quello che sembra un sonno da sveglia ed in effetti anche lei mi conferma che, "quando arrivano le tenebre là fuori, è come se, contemporaneamente, crescessero le tenebre anche dentro di lei" ed è a quel punto che sente arrivare il male, non può respingerlo, non può eliminarlo dalla sua testa. Infine Paola chiede ai genitori di uscire perché mi deve parlare in privato e dopo in attimo di silenzio mi dice che lei pensa continuamente al sesso e al diavolo e più pensa al diavolo più pensa al sesso e viceversa e poi aggiunge:

"Le sembra pazza, dottore? Non sono pazza, vero? O lo sono? Insomma, sono pazza o non sono pazza?" Dopo aver ascoltato per alcuni minuti le ripetizioni ossessive dei suoi *looping* mentali, la sua voce si fa sempre più aggressiva e baritonale ed il suo sguardo, da abbassato e trasognato, si trasforma in acuto e penetrante, ma io, gentilmente, la fermo e dopo aver pensato intensamente per quasi tutto il colloquio che probabilmente sarebbe stato bene prescrivere degli psicofarmaci, le dico: "Possiamo provare un rimedio, possiamo provare Mancinella". Certamente questo rimedio da solo non avrebbe mai potuto risolvere un caso così complesso, grave e delicato che ha richiesto il massimo dello *holding* possibile ad una lunghissima relazione psicoterapeutica che la accompagnata fino all'età adulta. Però Mancinella al posto di un antipsicotico, meglio di un antipsicotico, ha rappresentato per Paola soprattutto una sorta di uncino grazie al quale ancorarsi al mondo reale, aiutandola a resistere all'attrazione inflazionante dell'universo parallelo della psicosi, ed una specie di collante speciale per il proprio Io, sempre a rischio di disintegrarsi al contatto con il magma incandescente fuoriuscito da un vero e proprio vulcano in continua eruzione: l'inconscio collettivo di una adolescente borderline.

Da queste vignette si noterà come alcune determinate *keynote* mentali (le essenze dei rimedi) hanno rappresentato il fulcro della scelta prescrittiva mentre la costituzione, la tipologia sensibile e soprattutto il carattere e/oil temperamento di base del paziente, sono stati volutamente non presi in considerazione in quanto ininfluenti o addirittura, spesso, svianti. Andando alla ricerca della totalità dei sintomi o consultando le rubriche di vari repertori alla moda si sarebbero potuti prescrivere molti altri rimedi ma, a mio parere, senza la stessa possibilità di successo. Certamente i pazienti con delle paure sono vittime di conflitti nevrotici e o scompensi psicotici, come ho già scritto, e quindi un cambiamento radicale della loro personalità, allo scopo di impedire ogni recidiva e di raggiungere livelli più profondi di comprensione dei loro vissuti psicopatologici, è possibile ottenerlo solo grazie ad una psicoterapia del profondo a lungo termine; ma questa è un'altra storia, non tanto perché così amava "chiudere" Kipling, ma perché omeopatia e psicoanalisi abitano campi epistemici diversi e si pongono obiettivi diversi e questo, troppo spesso, non viene evidenziato quanto basta ad evitare inutili confusioni che rischiano di vanificare la delicatissima procedura del *case taking*. ■

LETTURE SELEZIONATE

- Hering C.: The Guiding Symptoms of our Materia Medica, B. Jain Publishers (P) Ltd., India, 1921-2000.
- Vithoulkas, G.: Essenze psicopatologiche del rimedio omeopatico, Mirdad Edizioni, Torino, 1997.
- Morrison R., Herrick N.: Psychiatric Disorders with Relevant Remedies, Anxiety, Fear & Phobia, B. Jain Publishers (P) Ltd., India, 1999-2010.
- Vithoulkas, G. (2000-2006): Materia Medica Viva, Belladonna Edizioni, Milano, 2000-2010.

Tosse secca o grassa?



Sciropo Stodal[®], per ogni tipo di tosse.

Stodal[®] è lo sciropo omeopatico per il trattamento sintomatico della **tosse secca** e **produttiva**^{1,2}, che agisce sullo stato infiammatorio delle mucose delle vie aeree, riducendone l'irritazione.

• **Per ogni tipo di tosse:** le sostanze attive contenute in Stodal[®] sono tradizionalmente utilizzate dalla farmacologia omeopatica per l'irritazione delle mucose delle vie aeree e per la sintomatologia tussigena^{3,4,5,6,7,8,9}.

• **Ben tollerato:** Stodal[®] non contiene sostanze mucolitiche né principi attivi ad azione sedativa che inducono sonnolenza.

• **Per tutti:** anche bambini, anziani^{2,10} e pazienti politrattati¹¹.

Stodal[®] è utilizzabile **in qualsiasi momento della giornata**, più volte al giorno e, previa diagnosi medica, anche per lunghi periodi.

La sua **palatabilità** permette una buona aderenza al trattamento.

Stodal: utilizzato da oltre 60 anni in 39 paesi del mondo.



D.Lgs. 219/2006 art. 85: "Medicinale omeopatico senza indicazioni terapeutiche approvate".

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

Medicinale non a carico del SSN.

1. Boiron M., Roux F.: Omeopatia e prescrizione in farmacia – 43 situazioni cliniche. Tecniche Nuove; 2010. p. 38. 2. Boulet J.: Homéopathie: l'enfant. Marabout; 2003. pp.16, 123. 3. Boericke W.: Materia medica omeopatica. Encyclopaedia Homeopathica [medical software]. Versione 2.2. Assesse (B): Archibel; 2008. 4. Demarque D., Jouanny J., Poitevin B., Saint-Jean V.: Farmacologia e materia medica omeopatica. Encyclopaedia Homeopathica [medical software]. Versione 2.2. Assesse (B): Archibel; 2008. 5. Guernonprez M., Pinkas M., Torck M.: Materia medica. Encyclopaedia Homeopathica [medical software]. Versione 2.2. Assesse (B): Archibel; 2008. 6. Campanini E.: Dizionario di fitoterapia e piante medicinali. Tecniche Nuove; 1998. pp. 162-3. 7. Riva E.: L'universo delle piante medicinali. Ghedina e Tassotti; 1995. p. 110. 8. Vannier L.: Materia medica. Encyclopaedia Homeopathica [medical software]. Versione 2.2. Assesse (B): Archibel; 2008. 9. Jouanny J., Crapanne J. B., Dancer H., Masson J.-L.: Terapia omeopatica: possibilità in patologia acuta. Encyclopaedia Homeopathica [medical software]. Versione 2.2. Assesse (B): Archibel; 2008. 10. Rocher C.: Homéopathie: la femme enceinte. Marabout; 2003. p. 16. 11. Bernardini S., Macri F., Zanino L.: Guida all'omeopatia. Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata (SIOMI). Milano: Elsevier; 2008. pp. 32-3.

Studi clinici sperimentali in omeopatia veterinaria

Esperienze preliminari nell'allevamento suino intensivo

Giuseppina Brocherel¹, Olga Lai¹, Lavinia Alfieri¹, Dario Deni¹, Mario Sciarri², Franco Del Francia²

¹Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana

²Scuola Superiore Internazionale di Omeopatia Veterinaria "Rita Zanchi", Cortona (Arezzo)

E-mail: dario.deni@izslt.it

Peraltro sembra che le intuizioni di Hahemann non

L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle regioni Lazio e Toscana (IZSLT), nell'anno 2004, ha istituito presso la sezione di Arezzo il Laboratorio di medicina integrata in veterinaria (MIV), per lo studio, la formazione, la divulgazione tecnico-scientifica e l'attività di ricerca nell'ambito delle principali Medicine complementari (MC, omeopatia, fitoterapia ed agopuntura) e ad oggi sono stati effettuati 12 studi clinici sperimentali su alcune specie zootecniche (ovicaprini, suini, api, equini).

Il problema maggiore nelle sperimentazioni delle MC è quello di poter disporre di modelli di ricerca clinica che ne rispettino la specificità. Pertanto, è fondamentale individuare parametri di specie sensibili ed utili per confermare l'efficacia e l'effetto terapeutico del trattamento e valutare sul campo l'efficacia della terapia, nelle reali condizioni in cui viene normalmente applicata (*effectiveness*).

La presenza in provincia di Arezzo di un patrimonio suinicolo consistente, rispetto al panorama regionale, ha favorito la possibilità di approfondire e valutare scientificamente l'applicazione dell'omeopatia in questo settore. Il MIV in collaborazione con la Scuola Superiore Internazionale di Omeopatia Veterinaria Rita Zanchi di Cortona (AR), ha condotto una serie di studi clinici nell'allevamento suinicolo intensivo, per la durata complessiva di circa 3 anni, con l'obiettivo di valutare l'efficacia del trattamento omeopatico e la sua probabile azione modulante i meccanismi immunitari.

Materiali e metodi

Azienda - Le prove sono state condotte in un'azienda da riproduzione in provincia di Arezzo, che alleva circa 500 scrofe di razza *Large White* mantenute in box tradizionali. Lo svezzamento dei suinetti avviene a 28 giorni di età; per un numero limitato di lattoni (circa 1000) per ciclo è previsto l'ingrasso direttamente in azienda, mentre i rimanenti lattoni sono trasferiti in aziende limitrofe di proprietà. Prima dell'inizio della prova è stato richiesto l'intervento del Laboratorio di Diagnostica della Sezione di Arezzo per la gestione di problematiche sanitarie (nonostante l'applicazione di norme di biosicurezza ed interventi vaccinali) rappresentate da un'elevata percentuale di ritorni in calore nelle scrofe (40%) e forme multisistemiche e polifattoriali nei lattoni. È stata diagnosticata la presenza di infezioni ricorrenti virali (PRRSV, PCV2) e batteriche (*E. coli*, *Streptococcus suis* tipo 2).

La presenza di quadri clinici complessi e l'assenza di risultati con le terapie allopatriche, ha indotto l'utilizzo di farmaci omeopatici nelle rispettive categorie produttive

e successivamente lo svolgimento di studi clinici sperimentali in gruppi di animali controllati. Durante lo svolgimento delle prove sono stati mantenuti gli interventi terapeutici di routine (trattamenti antiparassitari) e di profilassi (PRRS, PCV2, Aujeszky, Influenza suina, Parvovirus, Malrossino).

Protocollo terapeutico - Ai gruppi omeopatici (scrofe e lattoni) sono stati somministrati Borax XMK e Lycopodium XMK (2 ml), per OS, una volta al mese, mentre al gruppo placebo, con le stesse modalità, soluzione idroalcolica al 20%.

Indicatori - Gli effetti del trattamento omeopatico sono stati valutati attraverso il rilevamento di indicatori sensibili: parametri riproduttivi delle scrofe affiancati da accertamenti diagnostici di laboratorio; parametri zootecnici e sanitari dei lattoni nel periodo svezzamento - prima fase magronaggio.

Parametri riproduttivi (scrofe): la vita riproduttiva della scrofa è caratterizzata dalla costante ripetizione di fasi (gravidezze e lattazioni) ed interventi (fecondazioni), che seguono un programma preordinato, mirato allo sfruttamento produttivo dell'animale e determinano nella fattrice uno stress cronico, con possibili ripercussioni a carico del sistema immunitario (immunodepressione) e della sfera riproduttiva. La valutazione della performance è fondamentale, in quanto qualsiasi riduzione della prolificità e della fecondità si ripercuote negativamente sulla produttività e redditività aziendale. Nella prova è stato monitorato il tasso di fertilità (TF), l'intervallo svezzamento copertura utile (ISCU) e l'interparto (IPP).

Parametri emocromocitometrici (scrofe): l'esame emocromocitometrico è ancora poco utilizzato nella pratica clinica suinicola, pur essendo un efficace ausilio al monitoraggio sanitario e produttivo, permettendo la diagnosi precoce di molte malattie (infettive, infiammatorie ed ematologiche). Oltre ai principali indici biochimici ed ematologici, sono stati monitorati gli enzimi epatici di citolisi (AST, GGT) sensibili della funzionalità epatica nel suino.

Parametri immunitari (scrofe): lo stato del sistema immunitario può essere un valido indicatore di efficacia terapeutica ed al tempo stesso prognostico del trattamento omeopatico nella gestione sanitaria della specie suina. Nelle scrofe è stata valutata sia l'immunità aspecifica (battericidia, complemento, lisozima) che l'immunità specifica (linfociti e principali sottopopolazioni linfocitarie).

Parametri zootecnici e sanitari nella fase di ingrasso (lattoni): l'incremento medio ponderale e la percentuale di mortalità nella fase di svezzamento e magronaggio sono i



Peraltro sembra che le intuizioni di Hahemann non
Figura 1 - Ripartizione dei gruppi, fase post-svezzamento.

parametri principali nell'allevamento da ingrasso del suino e possono essere influenzati dal management, dalla genetica e dalle condizioni igienico sanitarie dell'allevamento.

Protocollo sperimentale scrofe

Complessivamente sono state monitorate, nell'intervallo di due parti consecutive, n. 138 scrofe reclutate con criterio randomizzato e suddivise in modo omogeneo per età, numero di parti in gruppi: n. 67 gruppo omeopatico, n. 71 gruppo controllo/placebo. Al fine di monitorare accuratamente i parametri individuati e limitare le problematiche organizzative per il proprietario, è stato deciso di suddividere gli animali in gruppi di numero contenuto, applicando rispettivi protocolli sperimentali, nell'arco temporale di circa 3 anni:

- Protocollo 1 (2008/2009)- 24 scrofe pluripare suddivise in 3 gruppi (omeopatico, placebo e controllo). I prelievi ematici sono stati eseguiti secondo i seguenti intervalli temporali: T0, T60, T120, T210. Parametri valutati: parametri riproduttivi (TF, ISCU, IPP) e parametri emocromocitometrici con formula leucocitaria.

- Protocollo 2 (2009/2010)- 14 scrofe primipare, gravide di circa 10 settimane, sono state suddivise in 2 gruppi (omeopatico e placebo). Al fine di studiare la risposta immunitaria primaria conseguente al trattamento omeopatico, i prelievi ematici sono stati eseguiti secondo la cinetica della risposta anticorpale: T0, T7, T14, T30, T180. Parametri valutati: parametri immunitari e parametri emocromocitometrici con formula leucocitaria.



Figura 2 - Gruppo omeopatico, fase post-svezzamento.

- Protocollo 3 (2009/2010)- 100 scrofe rappresentative per età e numero di parti, suddivise in 2 gruppi (omeopatico e placebo). Parametri valutati: parametri riproduttivi (TF, ISCU, IPP).

Protocollo sperimentale lattoni

Per circa il 65% dello scrofe, oggetto della prova, è stato possibile valutare i parametri zootecnici e sanitari dei lattoni; complessivamente sono stati monitorati n. 1969 lattoni provenienti da due parti consecutive. Sulla base del gruppo di origine della madre i lattoni, identificati mediante marca auricolare, sono stati mantenuti separati dalla fase di svezzamento (T30) all'inizio della fase di magronaggio (T90). In caso di decesso è stata effettuata la necropsia dei soggetti.

Risultati

I dati ottenuti dal monitoraggio degli indicatori dei rispettivi protocolli, sono stati sottoposti ad elaborazione attraverso test statistico non parametrico Mann Withney per ciascun parametro ad ogni intervallo di tempo.

Protocollo 1 (scrofe), parametri riproduttivi - Nel gruppo omeopatico è stato osservato un miglioramento del valore medio del TF e una netta riduzione del valore medio dell'ISCU (grafico 2) da un confronto tra il T0 ed il T210; mentre nel gruppo placebo e gruppo controllo il valore medio del TF è rimasto invariato e il valore medio dell'ISCU evidenzia un progressivo peggioramento (grafico 1-2).



Figura 3 - Gruppo omeopatico, fase post-svezzamento.



Figura 4 - Gruppo omeopatico, inizio fase magronaggio.

Paradossalmente, la partecipazione ISG del gruppo omeopatico è confermata dal valore medio dell'IPP che non ha subito scostamenti significativi rispetto al T0; a differenza degli altri due gruppi in cui si evidenzia un peggioramento consistente (grafico 3).

Protocollo 1 (scrofe), parametri emocromocitometrici - L'analisi dei risultati dei parametri emocromocitometrici non ha evidenziato differenze rilevanti tra i gruppi se non per gli enzimi di citolisi di funzionalità epatica: il confronto tra i valori di AST e GGT del gruppo omeopatico, al T0 e T210, mostrano una progressiva ed evidente riduzione; questo risultato è dimostrabile anche tra il gruppo omeopatico rispetto al gruppo placebo e gruppo controllo (tabella 1, grafico 4-5).

Protocollo 2 (scrofe), parametri immunitari - I risultati ottenuti non evidenziano differenze rilevanti tra i gruppi nell'andamento della risposta immunitaria primaria nei primi tre prelievi (T7, T14, T30). I parametri di immunità aspecifica mostrano un "trend positivo" nel gruppo omeopatico al T180, in particolare per la battericidia (grafico 6). In alcuni parametri di immunità specifica sono presenti differenze statisticamente significative (T180): nel gruppo placebo è presente una riduzione dei linfociti "in percentuale", rispetto al gruppo omeopatico (per entrambe le metodiche utilizzate), con valori medi inferiori per tutta la durata della sperimentazione (grafico 7 e grafico 8).

Protocollo 2 (scrofe), parametri emocromocitometrici - Lo studio della formula leucocitaria ha evidenziato, al T180, differenze per il valore dei neutrofili segmentati che risulta superiore nel gruppo placebo; viceversa nelle scrofe del gruppo omeopatico i valori sono ampiamente nella norma (grafico 9).

Parametri riproduttivi - L'elaborazione statistica dei risultati è ancora in corso e ne è prevista la prossima pubblicazione.

Protocollo sperimentale lattoni, parametri zootecnici - Si riportano i risultati preliminari dei lattoni (n = 348) reclutati durante lo svolgimento del protocollo sperimentale 1 (scrofe). Il peso medio dei lattoni al T30 risulta omogeneo tra i gruppi, mentre al T90 il peso medio complessivo del gruppo omeopatico è superiore rispetto al gruppo placebo ed al gruppo controllo evidenziando un trend positivo di accrescimento dei lattoni trattati omeopaticamente (grafico 10). Inoltre è evidente una riduzione della percentuale di mortalità dei lattoni nel gruppo omeopatico (2° parto), durante la fase di post svezzamento (grafico 11).

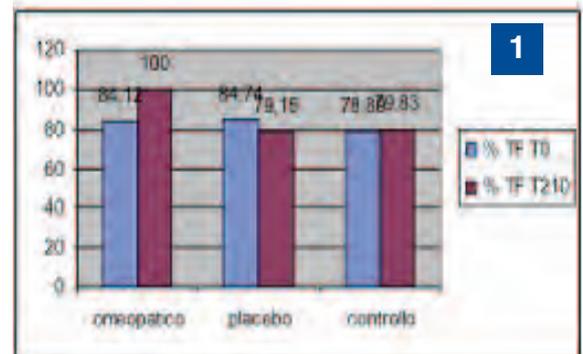
- Grafico 1:** valore % medio del TF dei gruppi (T0 e T210).
- Grafico 2:** valore medio ISCU in gg. dei gruppi (T0 e T210).
- Grafico 3:** valore medio IPP in gg dei gruppi (T0 e T210).
- Grafico 4:** variazioni temporali di AST tra gruppi.
- Grafico 5:** variazioni temporali di GGT tra gruppi.
- Grafico 6:** variazioni temporali battericidia: range >40% (T180: p value= 0.07).
- Grafico 7:** variazioni temporali linfociti tramite conta automatica: range 39.0-62.0 (T180: p value= 0.028).
- Grafico 8:** variazioni temporali linfociti tramite esame microscopico: range 39.0-62.0 (T180: p value= 0.013).
- Grafico 9:** variazioni temporali neutrofili segmentati: range 28-47 (T180: p value= 0.09).
- Grafico 10:** peso medio lattoni tra gruppi (T30 e T90).
- Grafico 11:** % di mortalità lattoni (1°-2° parto).

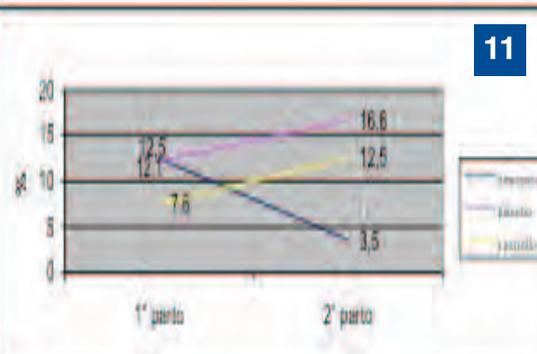
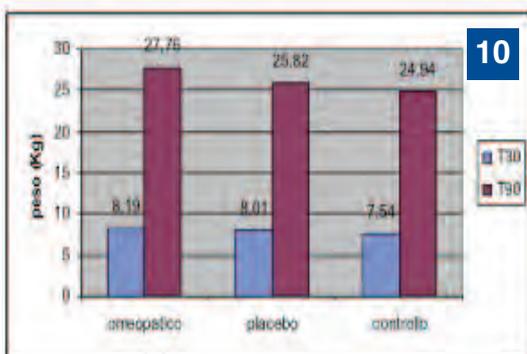
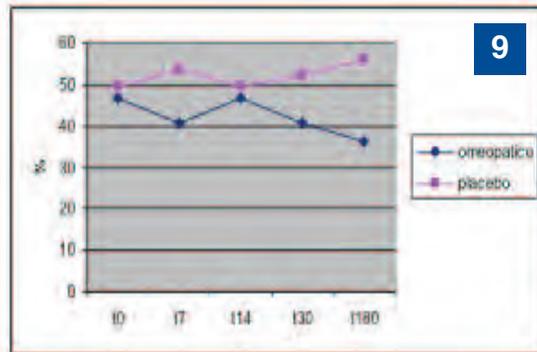
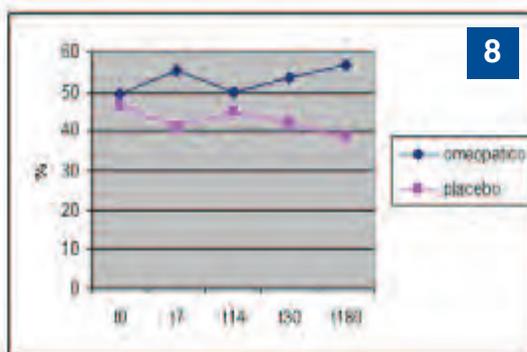
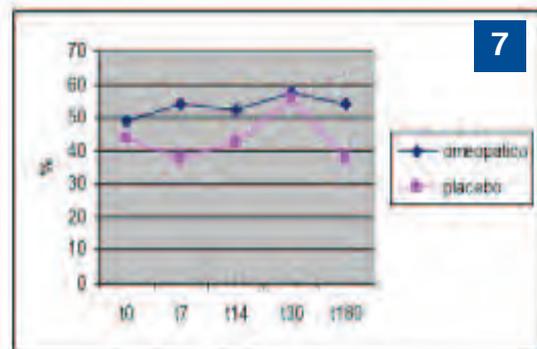
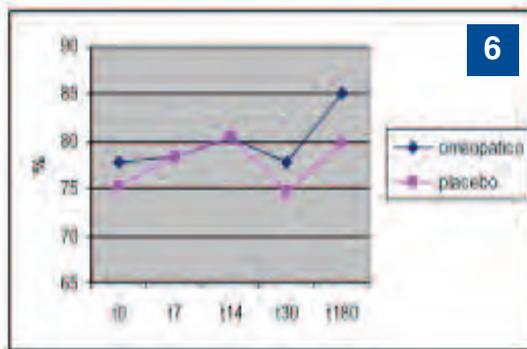
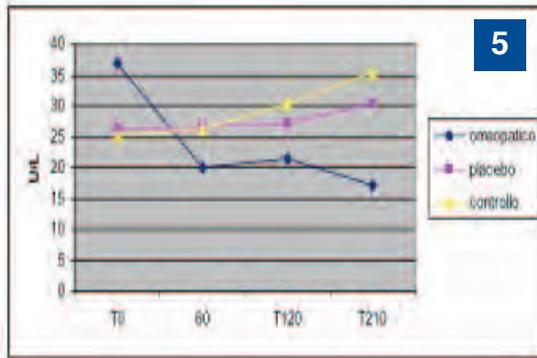
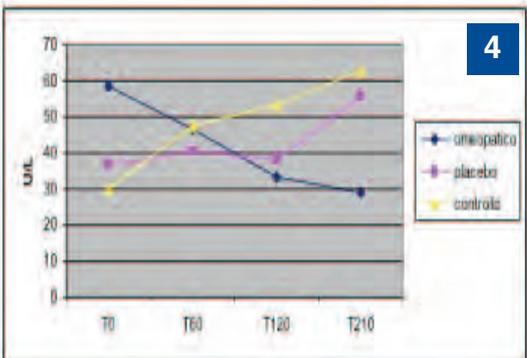
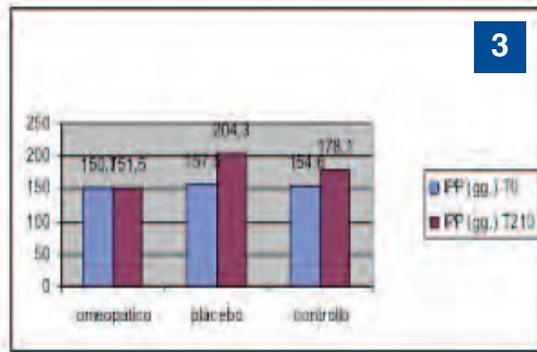
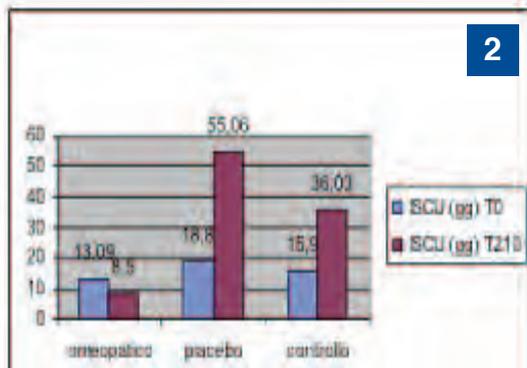
TABELLA 1		T0	D.S.	T210	D.S.
AST (u/l)	omeo	58,8	41,6	29,2	8,2
	placebo	36,8	16,2	55,5	48,7
	controllo	30,1	11	62,8	93,7
GGT (u/l)	omeo	37	24,8	17,2	1,9
	placebo	26,2	11,1	30,2	5,5
	controllo	25,2	7,9	35,4	13,1

Conclusioni

I risultati riportati, seppur parziali ed in fase di elaborazione definitiva, evidenziano gli effetti positivi del trattamento omeopatico nelle scrofe e nei lattoni. Gli esiti favorevoli ottenuti nel protocollo sperimentale 1 (scrofe), hanno indotto ad approfondire l'efficacia del trattamento omeopatico attraverso l'analisi di ulteriori parametri oggettivi e significativi. Pertanto, gli obiettivi del protocollo sperimentale 2 (scrofe) si sono concentrati sullo studio di indicatori di laboratorio rappresentativi dello stato di salute e dell'efficienza del sistema immunitario: nel gruppo placebo la linfopenia (T7, T180), associata a valori medi costantemente superiori al range di riferimento dei neutrofili segmentati, è riconducibile ad un leucogramma da stress, indice di stato patologico dell'organismo. Le alterazioni ematiche ed immunitarie riscontrate nel gruppo placebo sono la conseguenza diretta dello stress e delle variazioni ormonali proprie della fase di gestazione e parto. I risultati definitivi del protocollo sperimentale lattoni sono in fase di elaborazione. Anche per questa categoria riteniamo necessario affiancare allo studio dei parametri zootecnici accertamenti di laboratorio (profilo immunitario e esame emocromocitometrico), al fine di confermare e validare l'influenza positiva del trattamento omeopatico. E' nostra intenzione quindi proseguire ed ampliare gli studi clinici sperimentali nella specie suina, considerata in campo medico un funzionale modello sperimentale per le sue similitudini fisiologiche con l'uomo; l'applicazione e lo studio dei parametri di laboratorio rivestono una duplice importanza: confermare i risultati ottenuti e rappresentare un valido aiuto alla ricerca per individuare i meccanismi biologici influenzati dal trattamento omeopatico. ■

Un caro saluto all'amico e collega Franco Del Francia, scomparso recentemente, maestro e guida di molti veterinari omeopati. E' ancora vivo in noi il ricordo della sua appassionata partecipazione allo svolgimento di questo lavoro.





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

Frattali di verità

Lionel R. Milgrom - Falling Trees, Fractals, and Sophistry: Some Philosophical "Biohazards" En Route to Reconciling Biomedicine and Homeopathy - JACM, 2009, 15 (11), 1247-1254.

Ogni realtà dipende dalle convinzioni e dai paradigmi di chi osserva. Ad esempio la medicina scientifica crede sulla ripetitività statistica della prova, mentre l'omeopatia alla singolarità del caso clinico. In definitiva, non esistendo nella scienza una verità assoluta, il punto di osservazione ed il retaggio culturale sono elementi centrali nella valutazione dei risultati. Odifreddi, pur convinto e laico sostenitore della scienza, deve ammetterlo: nel suo testo "C'era una volta un paradosso, storie d'illusioni e verità rovesciate" (Feltrinelli, 2001) esistono paradossi logici o negativi se riducono all'assurdo le premesse su cui si basa; retorici o nulli se si limitano a esibire la sottigliezza di un ragionamento, o a esaltare l'abilità di chi lo produce; infine ne esistono di ontologici o positivi, se "attraverso un ragionamento inusuale" rafforzano le conclusioni a cui arriva. A questo si riferiva Schopenhauer, quando diceva che "la verità nasce come paradosso e muore come ovvietà", facendo ben comprendere che chi si ancora a una strenua convinzione, incardina il suo sguardo su un particolare, perdendo di vista l'insieme.

Da quando è nata nel 1992, l'EBM ha sviluppato il concetto che le evidenze, vale a dire le 'informazioni aggiornate e metodologicamente valide della letteratura medica', devono avere un ruolo preminente nelle decisioni terapeutiche. Tuttavia lo stesso David Sackett, dopo l'incauta presentazione dell'EBM come "paradigma emergente per la pratica clinica", oggi corregge la sua prima definizione, precisando che "l'EBM costituisce un approccio alla pratica clinica, dove le decisioni cliniche risultano dall'integrazione tra l'esperienza del medico e l'utilizzo coscienzioso e giudizioso delle migliori evidenze scientifiche disponibili, mediate dalle preferenze del paziente. In questo splendido lavoro, con sottile dialettica e argute argomentazioni sofisticate, Lionel R. Milgrom invita i diversi punti di vista (in questo caso biomedico e omeopatico) ad una socratica $\Sigma\psi\upsilon\epsilon\upsilon\upsilon\alpha\iota$, per giungere a quel $\kappa\alpha\lambda\omicron\varsigma\ \kappa\alpha\gamma\alpha\tau\eta\omicron\varsigma$, per raggiungere, infine, nella scienza medica un nuovo ideale etico-filosofico, che sia frutto della capacità di stare insieme e di ragionare mettendosi reciprocamente alla prova ed esaminando le proprie e le altrui concezioni sui fenomeni. Milgrom, poi, partendo dalla teoria dei frattali, afferma che mentre la visione omeopatica pone l'osservatore al centro di una gamma speculativa multidimensionale e, pertanto, lo

porta a diversi "punti di interesse", il modello biomedico appare strutturato a esclusivo punto di osservazione dei sintomi separati, ciascuno proveniente da un livello fisico della realtà, con una frantumazione, finale, dell'individuo osservato. La conclusione, del tutto condivisibile, è che occorre oggi, finalmente, una riconciliazione pragmatica di questi due punti di vista, resa possibile con il riconoscimento è possibile che non ci sono contraddizione ma complementarità fra i due modelli, che ognuno ha il suo posto nello schema terapeutico delle cose e che dovrebbe essere possibile muoversi liberamente tra ogni tipo di atteggiamento di osservazione, così come le condizioni del paziente impongono. Vogliamo qui ricordare che, nella condizione postmoderna di Jean-François Lyotard (1979, Feltrinelli) ci sono due paragrafi particolarmente importanti per un'ulteriore riflessione su quanto detto finora. Sono i paragrafi 13 (La scienza postmoderna come ricerca delle instabilità) e 14 (La legittimazione per paralogia). La condizione postmoderna di Lyotard nasce anzitutto come un rapporto sul sapere; per questo Lyotard si riferisce, ad esempio, alla teoria quantistica e alla microfisica evidenziando come queste impongano "una revisione assai più radicale dell'idea di traiettoria continua e prevedibile" (p. 102). In altri termini, i modelli lineari non funzionano più. Lyotard cita la meccanica quantistica, Einstein, Mandelbrot e la sua teoria dei frattali, René Thom e la teoria delle catastrofi, la scuola di Palo Alto e la sua applicazione della paradossologia allo studio della schizofrenia (la Double Bind Theory o teoria del doppio legame per la quale si deve tenere presente anzitutto il contributo di Gregory Bateson). Ebbene, tutto questo diventerà di più facile accesso se la scienza moderna saprà guardare a medicine olistiche ed analogiche come l'omeopatia. (carlo di stanislaio)

Omeopatia e patologie cutanee

R. Itamura - Effect of homeopathic treatment of 60 Japanese patients with chronic skin disease - Compl Ther Med, 2007, 15 (2), 115-120.

Un lavoro pubblicato su Complementary Therapies in Medicine pone in evidenza l'uso della terapia complementare, in particolare l'omeopatia, nei casi di malattie cutanee croniche di difficile gestione quali dermatite atopica, eczema, acne severa, orfocitaria cronica, psoriasi e alopecia.

Nello studio, oltre ai rimedi omeopatici specifici reperorizzati durante la consultazione, lo studio della personalità, il temperamento e la storia familiare della patologia, i pazienti hanno ricevuto anche farmaci con-

venzionali e sono stati presi in considerazione sette elementi valutati con la scala GHOS (Glasgow Homeopathic Hospital Outcome Scale), comprendente impressione generale, miglioramento della condizione della cute, riduzione del prurito e dei disturbi del sonno, soddisfazione nel vivere quotidiano, capacità e presenza sul lavoro e soddisfazione nelle relazioni interpersonali.

I rimedi maggiormente prescritti sono stati Pulsatilla, Lycopodium, Sulphur, Arsenicum e Calcarea carbonica. Non ci sono stati segni significativi di deterioramento o di aggravamento severo per ogni rimedio assunto. La maggior parte dei pazienti ha mantenuto stabile il proprio status; in alcuni casi si è verificato un miglioramento analogo alla risposta positiva sulla cute. L'omeopatia è spesso usata nelle manifestazioni cutanee, ma ci sono pochi report sugli effetti terapeutici dell'omeopatia: questo lavoro ha voluto indagare l'utilità dell'approccio farmacologico associato a quello omeopatico, soprattutto sull'aspetto psicologico attuato dal rimedio che agisce sull'asse mente-corpo.

Lo studio, seppur ridotto, indica che il trattamento omeopatico specifico può generare una buona risposta nei pazienti con malattia cutanea cronica. L'approccio sul paziente in toto usato in omeopatia può essere una strategia utile da abbinare nella terapia convenzionale del trattamento delle malattie cutanee croniche, soprattutto per trattare i sintomi psicofisici e psicosomatici, per altro inestricabili in corso di malattie croniche della pelle.

Azione di Apis mellifica su basofili

Salvatore Chirumbolo, Giovanna Zanoni, Riccardo Ortolani and Antonio Vella - In vitro Biphasic Effect of Honey Bee Venom on Basophils from Screened Healthy Blood Donors - AAIR, 2011, 3 (1), 58-61.

In uno studio pubblicato qualche anno fa su eCAM, Sandra Miller cerca prove di efficacia dell'immunoterapia desensibilizzante con veleno d'api per verificare se il preparato, diluito e dinamizzato, possa essere impiegato nel trattamento delle reazioni allergiche sistemiche. Il veleno di Apis mellifica è l'allergene d'imenottero più studiato, ma molti aspetti della sua azione sui basofili umani restano sconosciuti: *in vitro* non è stato studiato, a causa anche della scarsità di elementi sul sangue periferico, della variabilità della risposta individuale e dell'inaffidabilità e prevedibilità dei test di attivazione sui basofili. È stato però condotto uno studio preliminare in vivo sugli effetti del veleno delle api su 48 volontari non allergici e con normale livello ematico di IgE. I risultati mostrano che una dose di estratto acquoso di veleno alla concentrazione di 10 pg/ml, attiva i basofili a riposo (CD63: 80-90%; CD203c: 30%) mentre inibisce l'espressione di CD63 (CD63: -50%) precedentemente attivata con una soluzione agonista o anti IgE. Quest'ultima azione sembra essere dose dipendente: infatti solo dopo che i basofili sono stati preventivamente stimolati con un agonista IgE-mediato gli estratti di veleno a basso dosaggio hanno provocato una attivazione (solo sui CD63), mentre sono risultati inefficaci sui CD203c. Questo supporta l'ipotesi che alte concentra-

zioni di veleno d'ape non inibiscono la funzione dei basofili attraverso un effetto citotossico ma che l'IL-3 autocrina (capace di legarsi alla stessa cellula che l'ha prodotta e di influenzarne il comportamento) possa giocare un ruolo nel condizionare la risposta bifasica osservata. Ricerche recenti hanno dimostrato che l'IL-3 non è coinvolta nella reazione anafilattica, locale o sistemica. Quindi il risultato ottenuto sui basofili attivati non è correlato alle reazioni sistemiche anafilattiche provocate da punture d'insetto

Quale allora l'importanza di questo studio? I risultati mostrano che la desensibilizzazione col veleno d'ape diluito avviene solo in uno stato di preattivazione cellulare. Pertanto il veleno diluito per l'immunoterapia sembra avere un comportamento ormetico (bifasico, dose dipendente): piccole dosi di veleno possono diffondersi nel circolo ematico e determinare una sensibilizzazione. Più forte è la sensibilizzazione, tanto maggiore sarà la successiva risposta alla desensibilizzazione.

Arsenico e ambiente: il contributo dell'omeopatia

Anisur Rahman Khuda-Bukhsh, Arnab De, Durba Das, Suman Dutta, Naoual Boujedaini - Analysis of the capability of ultra-highly diluted glucose to increase glucose uptake in arsenite-stressed bacteria Escherichia coli - J Chin Int Med, 2011, 9 (8), 901-912.

Esiste una pianta (*Pteris vittata*) che ha origine molto antica e che è in grado di assorbire notevoli quantità di arsenico dal suolo, al punto che si sta valutando un suo ruolo nella disintossicazione da arsenico e nel decontaminare le acque che presentano un'elevata quantità di questo metallo. Il lato interessante della questione è che si potrebbero replicare, su colture cellulari vegetali e animali, l'azione congiunta di questa felce con glucosio in dinamizzazioni omeopatiche. In Giappone nel 1955 rimasero avvelenati 12.000 bambini, di cui 120 in modo fatale, a causa della somministrazione di alimenti per l'infanzia contaminati da arsenico. Il tossico venne ritrovato nel sodio fosfato utilizzato per stabilizzare l'alimento; il sale proveniva, come sottoprodotto, dall'industria di produzione dell'alluminio, a sua volta ricavato per raffinazione di bauxite contenente elevati livelli di arsenico. Sebbene nei paesi occidentali questi composti non trovino più utilizzi agricoli, in alcuni paesi gli arsenicali possono trovare tuttora impiego su colture non alimentari: nella coltivazione del cotone, per esempio, si impiegano come defolianti e le popolazioni che utilizzano i semi di cotone come alimento introducono arsenico nella dieta. Per prevenire tali pericoli alcuni paesi hanno introdotto limiti di tolleranza dei residui di arsenico negli alimenti: negli USA il limite è di 3,5 mg/kg 20, mentre in Queensland (Australia) i limiti sono massimi permessi sono differenziati per bevande (0,1 mg/kg), prodotti ittici (1 mg/kg di arsenico inorganico) e altri alimenti (1 mg/kg). Elevato, poi, il rischio di intossicazione cronica per la presenza di arsenico nell'acqua. Ecco perché l'impiego di glucosio omeopatico alla 30CH potrebbe svolgere un'azione preventiva sui danni cellulari anche umani. ■

Un caso clinico di asma felina

Bruno Cipollone

Medico veterinario esperto in Omeopatia. Responsabile Scuola di Omeopatia veterinaria clinica SIOMI
E-mail: cipollone.b@tiscali.it

Peraltro sembra che le intuizioni di Hahemann non

Fifi è una gatta femmina di 14 anni, sterilizzata all'età di 6 mesi circa. Nel maggio 2008 le viene diagnosticata una lieve insufficienza renale confermata da prelievo, i proprietari avevano notato maggior frequenza nel bere. Un altro parametro clinico consiste in una lieve alterazione dei valori tiroidei ma il veterinario che l'aveva in cura ha ritenuto che la situazione non giustificasse un trattamento.

La dieta alimentare inoltre è basata su cibo a basso contenuto proteico (K/D, etc). Nel dicembre 2009 la gatta mostrava infiammazione gengivale e conseguente inappetenza. Screening diagnostico-terapeutico: lesioni confinate ai premolari e molari, estrazione 407, trattamento 309, curettage sottogengivale, detartrasi e lucidatura dei denti. Dopo tale intervento è ritornato l'appetito.

Nell'autunno 2009 sporadicamente la nostra gatta mostrava una strana tosse. Tale manifestazione si è accentuata in primavera con 1 o 2 episodi giornalieri della durata max di 10-15 secondi, pertanto abbiamo effettuato in data 3 giugno 2010 una Rx toracica al fine di verificare lo stato di salute dei polmoni. Il nostro veterinario ha confermato la diagnosi di asma felina in fase iniziale ed ha detto che per il futuro si dovrà intervenire con una cura cortisonica.

La gatta si è leccati e staccati i punti di sutura della sterilizzazione tanto da doverli rimettere. E' regolare e abitudinaria, l'insufficienza renale è stata curata solo con l'alimentazione.

Presenta asma con attacchi anche due tre volte al giorno anche di notte. Scappava quando arrivava qualcuno. Mai stata aggressiva, piuttosto remissiva.

Mangia con calma talvolta lascia per finirlo dopo, gli piace molto il tonno mentre non gli piacciono i dolci. Beve solo l'acqua dalla ciotola subito dopo i pasti e ge-

neralmente la mattina e poco durante il giorno. D'inverno si mette sul termosifone e al sole d'estate. Gli piace mettersi su cose morbide. Pretenziosa, viziata, meticolosa se il cuscino non sta sulla poltrona si fa sentire. Non si sporge dalle sbarre del balcone. Sembra una statua.

Repertorizzazione

Femminili, Genitali - Sterilità
Reni - Renale, Insufficienza
Tosse secca
Tosse cronica
Tosse - irritazione nella laringe
Respirazione - asmatica
Mente - carattere remissivo
Mente - cauto
Mente - ansia
Mente - riservato
Mente - scrupoloso, meticoloso per le sciocchezze
Sintomi generali - aggrava con il freddo

Terapia

Sepia 30CH, 3 granuli due volte al giorno per 15 giorni
La gatta è migliorata con solo un attacco di tosse giornaliero senza quello notturno ma con una decina di colpi stizzosi. Sembra più calma non ha più paura di essere lasciata sola e mangia con più appetito.

Continuata la terapia per altri 15 giorni. La gatta sembra stabilizzata ad un attacco di tosse al giorno, calma e più serena. Si prosegue con Sepia 200CH, 10 gtt una volta al giorno. La gatta Fifi presenta ora solo un attacco di tosse al giorno, ma solo con quattro colpi quasi inesistenti, secchi! ■



Medicina Integrata e oncologia

Intervista a Michael Frass

a cura di Tiziana Di Giampietro

E-mail: t.digiampietro@siomi.it



Michael Frass

Il Prof Michael Frass, Medico chirurgo, nato nel 1954 a Vienna, è Specialista in Terapia Intensiva, esperto in Medicina d'Emergenza e Terapia Interna Intensiva, dirige l'Unità ambulatoriale di "Omeopatia nelle Malattie Maligne" nella Divisione di Clinica Oncologica del Dipartimento di Medicina all'Università di Vienna; è Vice-presidente dell'Associazione dei Medici Austriaci per le Medicine Complementari, Presidente di WissHom e di altre associazioni di medicina olistica. Ha promosso e gestito numerose ricerche in omeopatia anche all'Università. Insegna alla scuola omeopatica di Salisburgo. Sposato a 31 anni, ha due figli. Un uomo che non ha perso del tempo.

- Innanzitutto una domanda sulla sua vita professionale: lei pratica la medicina convenzionale oltre che la professione omeopatica?

Sì, io pratico la terapia intensiva oltre la mia professione omeopatica. Voglio sottolineare che la cooperazione tra la medicina convenzionale e la medicina complementare, in particolare l'omeopatia, offre molti vantaggi.

- Secondo il suo *curriculum vitae* lei si è laureato nel 1978 e specializzato nel 1994 in omeopatia classica, durante il suo training clinico a Vienna. Quando ha deciso di studiare omeopatia?

Durante i miei studi ho incontrato il Prof Dr. Gerhard Resch e sono rimasto colpito dalla sua profonda conoscenza e comprensione della medicina anche secondo un approccio filosofico. Appena realizzate le mie prime esperienze con l'omeopatia riconobbi che gli effetti terapeutici erano sorprendenti. Nel 1991 mi iscrissi al corso di formazione, riconosciuto dalla Camera austriaca dei Medici.

- Se lei pratica entrambe le tecniche terapeutiche, quale ritiene sia la più importante tra le due: la medicina convenzionale o quella complementare? Come si fa a prescriverle entrambe?

Quando vedo per la prima volta un paziente cerco di individuare i sintomi soggettivi legati alla malattia, quindi indago se tutti gli esami convenzionali, necessari ad una corretta diagnosi nosologica, sono stati eseguiti. In caso contrario rinvio il paziente ad un'ulteriore valutazione convenzionale. Sulla base della relazione soggettiva e delle considerazioni oggettive decido quale trattamento, convenzionale e/o omeopatico, meglio si adatta al paziente nella situazione attuale. Quindi non è "bianco o nero", la terapia deve essere individualizzata.

- Lavorando in una branca oncologica, può spiegare come è riuscito ad integrare l'omeopatia in ospedale e nell'università come metodo valutabile e riconosciuto specialmente nel settore della ricerca?

Nel 2004, il prof. Zielinsky, il capo della nostra divisione di oncologia, mi propose di attivare un ambulatorio per malati esterni, onde continuare a seguire i pazienti dimessi dalla nostra Unità, fornendo una cura omeopatica continuativa per evitare che si rivolgessero, al di fuori della struttura, a colleghi di cui non si conosceva il modo di operare. Naturalmente il riconoscimento dell'omeopatia ottenuto dai molti colleghi della nostra università non è lo stesso.

- Che cosa pensa dei recenti studi sull'ormesi e della possibilità che i farmaci omeopatici molecolari possano essere classificati in un nuovo capitolo della medicina intitolato "farmacologia delle microdosi"?

Penso che l'ormesi possa aiutare solo in parte a comprendere gli effetti delle sostanze omeopatiche. Mi spiego: Hahnemann ha usato le dosi convenzionali (ponderali) tra il 1790 e il 1800; solo dopo d'allora ha iniziato il potenziamento. Pertanto l'omeopatia può anche essere chiamata "tossicologia applicata" perchè i proving, specialmente quelli tra il 1790 e 1800, possono essere paragonati a intossicazioni. Tenendo questo in mente, io preferirei il termine "tossicologia delle microdosi" piuttosto che "farmacologia delle microdosi".

- Secondo la SIOMI, *integrativo* si riferisce all'insieme delle terapie mediche convenzionali e complementari, *integrato* alla possibilità di riconsiderare i paradigmi delle medicine convenzionali e complementari. Qual è secondo lei la differenza, se c'è, tra "medicina integrativa" e "medicina integrata"?

Secondo me, "medicina integrativa" rimanda al futuro, mentre "medicina integrata" suggerisce che la medicina complementare sia già scientificamente accettata. Poichè questo non è vero, "medicina integrativa", secondo il mio parere, è più appropriato.

- Secondo la sua esperienza e gli studi nel campo della terapia intensiva con le CAM, c'è qualche farmaco che può essere prescritto più frequentemente di altri? E che cosa pensa della richiesta di sviluppare protocolli standardizzati di trattamento omeopatico per i ricoverati?

Devo ammettere che il numero dei "più usati" è limitato; come omeopata classico sono riluttante a sviluppare pro-

tocolli di trattamento standardizzato. Ogni paziente dovrebbe essere trattato individualmente.

- **Può dirci qualcosa riguardo la sua esperienza clinica e i risultati delle sue ricerche sui pazienti malati di cancro trattati con medicinali omeopatici e/o complementari? A quali farmaci fa più ricorso e per quali disturbi? E quanto è importante l'omeopatia per i malati di cancro, secondo lei?**

I nostri studi dimostrano che sono i pazienti oncologici con qualità di vita e benessere soggettivo peggiori che chiedono l'integrazione di cure omeopatiche mentre i pazienti in condizioni migliori non chiedono altre terapie. Durante il trattamento omeopatico aggiuntivo, la qualità della vita e il soggettivo benessere migliorano significativamente nel gruppo che assume farmaci omeopatici rispetto al gruppo non trattato con l'omeopatia. Anche in questo caso, non è di aiuto che io fornisca una lista di farmaci più usati. Indicativamente: mi piace prescrivere Okoubaka 12CH come pure Nux vomica 6LM nei pazienti con disturbi gastrointestinali.

Quando iniziano la radioterapia raccomando Cadmium sulphuricum 12CH ogni giorno durante tutto il periodo dell'irradiazione. I malati di cancro hanno compilato un questionario in cui affermano di voler continuare il trattamento omeopatico durante quello convenzionale e di volerlo protrarre anche dopo la conclusione del ciclo di chemio-radioterapia.

- **Sappiamo dai suoi lavori che ha avuto risultati positivi con l'uso delle CAM nelle infezioni severe dei pazienti ospedalizzati. In quelli affetti da serie forme infettive, come la sepsi, quale pensa possa essere il ruolo dell'omeopatia?**

La terapia intensiva è diventata un'importante presidio all'interno della Medicina. Oltre ai trattamenti convenzionali della sepsi nei malati con farmaci antimicrobici, idrocortisone, catecolamine, di supporto renale e respiratorio, io penso che l'omeopatia sia in grado di sostenere la reattività del malato verso una guarigione spontanea. Infatti, solo se il corpo recupera l'energia per un'auto-guarigione, il paziente sarà in grado di affrontare le terapie antiblastiche intensive.

- **In Austria la ricerca di farmacoeconomia è indirizzata a investigare il rapporto costo-beneficio delle terapie CAM versus alla medicina convenzionale?**

Non sono a conoscenza di studi sull'argomento; in genere faccio riferimento a quelli pubblicati da Kooreman (Eur J Health Econ, 2011 Jun 22) che dimostrano eccellenti risultati del rapporto costi/benefici (più del 25% di risparmio per la cura dei pazienti) e la durata della sopravvivenza per quei malati in cura ai medici che praticano anche la medicina complementare, specialmente l'omeopatia.

- **Lei è ricercatore indipendente nella sua area o coopera con il Ministero della Sanità e con altri Centri di ricerca Europei?**

Sono ricercatore indipendente nella mia area di responsabilità ma non nego che sarebbero molto apprezzate ulteriori risorse di personale e finanziarie. Tuttavia mi piace anche cooperare con ricercatori, ad es. Louis Rey che è sfortunatamente deceduto, Menachem Oberbaum e altri. Recentemente sono stato nominato Presidente di WissHom.

- **Che tipo di rapporto esiste con i medici convenzionali del suo territorio? Inviando pazienti al vostro Centro? Vi incontrate abitualmente per discutere i casi clinici e il loro trattamento? Scambiate opinioni sui casi curati con farmaci omeopatici?**

Ho un buon rapporto con i medici convenzionali alcuni dei quali inviano i loro pazienti alla mia Unità. Sfortunatamente non c'è molto interesse nel discutere i casi clinici e scambiare opinioni, fatta eccezione per alcuni di essi.

- **Per quale tipo di disturbo in oncologia i pazienti richiedono un supporto omeopatico? Qual'è il maggior sintomo trattato nei pazienti in chemio/radio terapia e quali sono, nella sua esperienza, quelli non adeguatamente trattati coi farmaci convenzionali?**

I pazienti richiedono l'omeopatia perchè allevia gli effetti collaterali della chemioterapia, risolve blocchi metabolici, guarisce malattie secondarie, può ripristinare il ciclo mestruale interrotto, specialmente nella donna in premenopausa, e, per ultimo ma non meno importante, migliora la qualità della vita e il benessere soggettivo.

- **Quanto contribuisce finanziariamente il Governo per le sue ricerche? E' semplice trovare fondi per i suoi progetti?**

Il Governo non sostiene le mie sperimentazioni. E' estremamente difficile, e dispendioso in ordine di tempo, cercare fondi per la mia ricerca.

- **Infine, qual'è la relazione tra lei e i suoi colleghi di reparto che non sono interessati all'omeopatia e che invece considerano le CAM/l'omeopatia come terapie non efficaci e non necessarie? E' difficile rapportarsi con loro?**

In realtà non c'è alcun collega che parla apertamente contro all'omeopatia. Al contrario, molti di loro stanno chiedendo trattamenti per sé stessi o per membri della loro famiglia. Peranto io credo che la discussione porterà ad una collaborazione aperta e costruttiva. ■

La Medicina Integrata in Sicilia

Maria Concetta Giuliano

*A cura del Direttivo del Coordinamento Regionale Siciliano per la Medicina Integrata - Co.Re.Si.M.I.
Sito Internet: <http://coresimi.blogspot.com>*

Peraltro sembra che le intuizioni di Hahemann non

La regione Sicilia è una regione estesa e popolosa con i suoi oltre 5.000.000 di abitanti; quindi definire la situazione attuale della Medicina Integrata in questo contesto non è semplice, in quanto presenta aspetti variegati nelle varie province siciliane, ove si susseguono miriadi di iniziative che raccolgono sia consensi che dissensi, questi ultimi per lo più dovuti al grande individualismo tipico della nostra Regione.

Anche la situazione economica e sanitaria favorisce grandi contraddizioni, attraverso l'esistenza di centri estremamente ricchi contigui ad altri in situazione di estrema povertà, poli di eccellenza avanzati tecnologicamente cui fanno contrasto piccoli centri e ospedali che presentano quotidianamente gravi inadempienze.

Nel luglio del 2010 medici, farmacisti e operatori del comparto sanitario si sono costituiti ufficialmente in associazione, dando vita al Coordinamento Regionale Siciliano per la Medicina Integrata (CoReSiMI) con l'obiettivo di porsi come interlocutore delle istituzioni governative siciliane, delle Università e degli Ordini dei Medici. Il CoReSiMI si muove quindi in contesti diversi attraversando di conseguenza momenti di grande entusiasmo alternati a momenti frustranti. Ciò nonostante, durante il suo primo anno di vita il CoReSiMI è riuscito a compiere costantemente dei piccoli passi avanti e ha raccolto consensi anche a livello nazionale e da alcune associazioni di pazienti. Le iniziative culturali e professionali si sono susseguite e molti sono stati anche gli interventi a livello istituzionale con incontri ufficiali con la Commissione Sanità e l'Assessorato Regionale, che si sono mostrati disponibili al dialogo e pronti a valutare le relative problematiche presso le opportune sedi, pur non nascondendo la grave situazione economica che ha imposto un pesante piano di rientro e grosse limitazioni negli interventi.

L'Assessorato ha inserito nel Tavolo tecnico per le MC/MCN della Commissione Sanità della Conferenza Stato Regioni un esperto della materia, rappresentante del CoReSiMI, come consulente (a titolo gratuito) del dirigente regionale nominato, ed ha già inviato a tutte le Direzioni Sanitarie una scheda al fine di censire i vari centri in cui la MC/MNC viene praticata a qualsiasi titolo. Gli Ordini dei Medici delle varie province siciliane sono stati sollecitati a attivare i registri per le MC/MNC, già presenti nell'Ordine dei Medici di Catania (Agopuntura, Fitoterapia, Omeopatia e Omotossicologia) e di Agrigento (Agopuntura), ed in via di costituzione nell'Ordine dei Medici di Palermo.

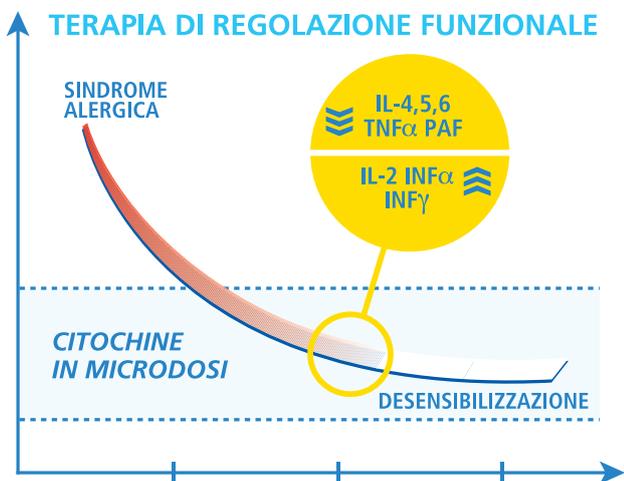
Qui a lato sono riportate le diverse iniziative attivamente supportate dal CoReSiMI. ■

- Il Convegno Regionale di Medicina Integrata transculturale LAMB, Reinterpretare la Medicina dell'Uomo, Palermo 29-30 ottobre 2010.
- Il Convegno LAMB "Relazioni Pericolose", Catania, 9/4/2011.
- La partecipazione al Forum su "agopuntura: medicina sociale e libertà di cura" Sala del Refettorio - Palazzo San Macuto - Roma 26 novembre 2010.
- Il Corso di "medicina estetica e benessere psicofisico: teorie e pratica clinica", Ordine dei Medici - Catania, 18 Dicembre 2010.
- La partecipazione al Convegno Nazionale "medicine e discipline bionaturali. Due leggi per una medicina integrata". Riunione CONMI - Aula Presidenza Regione Toscana - Firenze, 21 gennaio 2011.
- Convegno su "Agopuntura Auricolare - Evidenze scientifiche ed applicazioni cliniche", Aula Ordine dei Medici di Catania, 19 marzo 2011.
- Master di I livello sulla Fitoterapia organizzato dalla Cattedra di Medicina dello Sport della Università degli Studi di Palermo (maggiori notizie su <http://www.masterfitoterapiapalermo.it/>) tra i cui docenti si annoverano i soci fondatori Nocifora, Palmeri e Sberna.
- La programmazione del Master di II Livello di Medicina Integrata dell'Università degli Studi di Catania, su iniziativa della Commissione MC/MNC dell'Ordine dei Medici di Catania, il cui inizio è previsto per il 2012.
- L'attivazione a marzo 2011 dell'ambulatorio di Omeopatia, MTC, Fitoterapia presso la UO di Ginecologia ed Ostetricia dell'ARNAS Civico/Benefratelli di Palermo (Direttore della U.O il Dott. Luigi Alio) responsabili dell'ambulatorio il Dott. Giuseppe Scaglione, socio CoReSiMI, ed il Dott. Luciano Raineri. Il servizio fornisce alle paziente interessate anche una terapia omeopatica di supporto durante il travaglio di parto, il parto e l'allattamento. In collaborazione con gli oncologi, aderisce al progetto Diana che si occupa di alimentazione in donne operate di carcinoma della mammella seguite omeopaticamente sia per contrastare gli effetti delle varie terapie oncologiche (chemioterapia, radioterapia e terapie ormonali), che per migliorare in generale la qualità della vita con terapie mirate.
- I soci Dott. Gaetano Arena e Francesca Spada - in collaborazione con il Prof. Mario Matera del Dipartimento di Scienze Farmacologiche dell'università di Catania - hanno effettuato una ricerca omeopatica sperimentale a doppio cieco su Olea Europea, pubblicata nel mese di Marzo sulla rivista "Omeopatia".
- Il progetto del socio Dott. Sberna sulla Orodietologia presentato a Catania il 25 giugno e che verrà ripetuto a Palermo l'8 ottobre c.a. Da sottolineare che l'impostazione del progetto è tipicamente di medicina integrata, particolarmente nella casistica che si basa sulle cinque terapie cinesi (dieta, erbe, ginnastica, massaggi, agopuntura) e che il supporto all'iniziativa viene da una Azienda produttrice di farmaci convenzionali.
- I primi dati relativi all'attività svolta nell'ambulatorio di Omeopatia, MTC, Fitoterapia dell'ARNAS di Palermo verranno presentati dal Dott. Scaglione al Congresso Nazionale SIGO nella sessione dedicata alle Medicine Integrate, che prevede anche la partecipazione di altri soci CoReSiMI. L'evento rappresenta una importante occasione per la MC, in quanto è la prima volta delle Società Scientifiche Nazionali inseriscono una intera sessione di Medicine Complementari in un Congresso Nazionale. 87° Congresso Nazionale SIGO - 52° Congresso Nazionale AOGOI - 19° Congresso Nazionale AGUI - Palermo 25-28 Settembre 2011.

L'IMMUNOFARMACOLOGIA OMEOPATICA NELLE SINDROMI ALLERGICHE



dixistudio.it



LA MICROIMMUNOTERAPIA SUBLINGUALE può contribuire a modulare il rilascio dei mediatori dell'allergia, favorendo la desensibilizzazione del soggetto allergico.

LE LINEE OMEOPATICHE BIOFARMEX

BIOCOMPLESSI OMEOPATICI

BFX IRIS

IMMUNOCOMPLESSI OMEOPATICI

BFX CR

BIOCOMPLESSI OMEOPATICI

BFX PNEI

DISTRIBUITE
IN ESCLUSIVA DA:

Laboratori
Legren

Numero Verde
800-125710

La malattia come consumo

L'uso dei farmaci e il ritardo *integrativo* in medicina

Carlo Di Stanislao

E-mail: amsaaq@tin.it

Trent'anni fa Henry Gadsen, direttore della compagnia farmaceutica Merck, fece una dichiarazione sconcertante alla rivista Fortune: "Il nostro sogno è quello di produrre farmaci per le persone sane. Questo ci permetterebbe di vendere a chiunque". Quel sogno si è avverato. Le compagnie farmaceutiche stanno commercializzando la paura con l'intento di abbassare la soglia per la prescrizione delle cure e addirittura inventare nuove patologie.

Questo fatto rivela come i cambiamenti d'umore si sono trasformati in disordini mentali, la timidezza in un Disturbo Sociale Ansioso, i bambini vivaci ora hanno la Sindrome da Deficit di Attenzione e il fatto di essere "a rischio" di una patologia è diventato esso stesso una malattia.

Sono in molti oggi, anche nel mondo scientifico, a dirci che, dallo strapotere dell'industria farmaceutica all'uso strumentale delle ricerche sui nuovi farmaci, dall'abilità degli informatori alla "complicità" di alcuni medici, dalle carenze legislative alla timida soggezione dei pazienti davanti al medico, nessun momento della "filiera del farmaco" è trascurato per ricerca una vendita, fuori da ogni reale necessità, con un numero infinito di principi che non danno alcun beneficio o che sono addirittura dannosi. Un vecchio motto dell'industria farmaceutica recita "è bene avere una pillola che cura la malattia, ma è ancora meglio avere una pillola che va presa tutti i giorni". Affinché questi farmaci - spesso inutili, spesso semplici fotocopie di medicinali già esistenti e ancor più spesso pericolosi - vengano approvati e quindi immessi sul mercato, le case farmaceutiche devono dimostrare di averli sperimentati sull'uomo. Ed è così che i giganti del farmaco sgomitano alle porte dell'India, del Brasile, della Russia, della Cina e persino delle cliniche e dei campus universitari americani ed europei alla ricerca di cavie umane, spesso inconsapevoli, su cui testare nuovi prodotti. Farmaci per abbassare il colesterolo, per combattere la depressione e per alleviare la disfunzione erettile maschile, ma anche medicinali killer come il Contergan che, prescritto alle donne incinte, fece nascere ondate di bimbi focomelici o il recentissimo anticollesterolo Lipobay, ritirato perché ha causato decine di morti.

Negli ultimi anni, il tema dell'integrazione socio-sanitaria ha assunto un ruolo centrale nel dibattito sulla riforma del welfare. Ma, a ben vedere, il problema è stato sempre, concretamente, rinviato, senza mai affrontare come il tradurre in pratica il principio dell'integrazione, fortemente dichiarato ma spesso poco indagato per quanto riguarda le concrete modalità di realizzazione. Secondo l'ultimo rapporto Eurispes del 28 gennaio

scorso, il 14,5% degli italiani ricorre alle medicinali non convenzionali, con un calo del 4% rispetto al 2010. La via preferita resta l'omeopatia (70,6%), seguita da fitoterapia (39,2%), osteopatia (21,5%), agopuntura (21%) e chiropratica (17,2%).

Il rapporto non dice, però, che questi dati sono relativi ad un Paese in cui, tranne poche, fortunate eccezioni (In Toscana, Umbria, Emilia Romagna, Lombardia e Val D'Aosta), le prestazioni sopra-indicate sono non convenzionate e, quindi a pagamento. E poiché la ricchezza individuale fra il 2010 ed il 2011 è calata di molti più di quattro punti, il calo è solo relativo. Per rendersi conto di ciò basta guardare gli andamenti di fruizione fra 1999 e 2007, cioè sino a quando, con Sirchia, le medicine non convenzionali sono usciti dai livelli minimi di assistenza o guardare al numero di prestazioni che alcune realtà ospedaliere (Pitigliano, Ospedale S. Paolo di Napoli, etc.), erogano giornalmente.

Commentando il rapporto Eurispes 2012, Elio Cardinale, sottosegretario alla Salute, ha in effetti detto che bisognerebbe parlare di PIL della felicità, non solo di PIL economico, in quanto in questo periodo non è importante solo quanti soldi hanno in tasca gli italiani, ma anche quanto sono sereni. E, negli ultimi tempi, difettano entrambi i "prodotti", con ampie ed evidenti ripercussioni comportamentali.

Tornando al rapporto, esso ci dice che non siamo un popolo di salutisti, ma di persone che si prendono cura moderatamente di sé. Il 53,7% degli italiani segue un'alimentazione abbastanza equilibrata (30,9% lo fa poco), il 47,5% fa periodicamente esami medici di controllo, il 46,7% tiene sotto controllo il peso (contro il 32,3%), ispirandosi ad uno stile di vita salutare oppure avendo come obiettivo la linea fisica. Inoltre fumiamo ancora troppo, ma abbiamo un tasso di suicidi minore rispetto ad altri di altri paesi, con un incremento, tuttavia, negli ultimi anni: stima ve ne siano stati 14mila nel 2010-2011, contro i 3mila del 2009.

Il rapporto conclude che è necessario tornare ad una buona politica, che sappia operare giuste ed eque scelte economiche ma, aggiungiamo noi, anche sanitarie e sociali, di basso costo, di alto impatto, gradite e alla portata di tutti. Inoltre, cosa che sulla stampa è stato poco commentato se non addirittura taciuto, l'Eurispes rivela il rischio di strumentalizzazione delle cosiddette "non malattie"; il rischio, cioè, dell'imposizione di nuovi farmaci destinati ad un consumo elevato perché rivolti ai malesseri del mondo occidentale. Solitudine, infelicità e aspetti collaterali della vecchiaia e della gravidanza. Non si tratta, però, di vere e proprie "malattie".

Il tutto complessivamente gestito da pochi colossi farmaceutici concentrati a sua volta in pochi paesi. Decisa la prevalenza statunitense. Un settore, nel suo complesso, caratterizzato da un continuo processo di fusione. Una “nobiltà economica”, ovvero un sistema farmaceutico altamente concentrato e oligopolistico, che determina la condizione di salute o di malattia di milioni di persone. “Big Pharma”, appunto, il nemico principale della Integrazione in Medicina, che opera perché il malato diventi un business e la malattia non sia scovata ed eliminata, ma solo e soltanto cronicizzata. Risale poi al 25 novembre dello scorso anno l’annuncio da parte dell’Istituto nazionale di sanità statunitense, dello stop deciso per un trial clinico che prevedeva l’uso di un gel vaginale per evitare il contagio da Hiv. Il gel, denominato Voice, non ha dato i risultati sperati: è stata registrata infatti la stessa incidenza del virus tra le donne che lo usavano e quelle a cui veniva somministrato un placebo.

Già il 28 ottobre del 2010, il quotidiano Repubblica curò un ampio servizio sul business delle false malattie, che si apriva ricordando che, in anni in cui si parla di riduzione delle risorse, si moltiplicano invece le giornate dedicate varie patologie. Ben 60 a livello nazionale, con osteoporosi, menopausa e timidezza, che un tempo non erano considerate disfunzioni, ed ora divengono nemici, così da far salire il costo per sanità pubblica per famiglie a 4 miliardi all’anno. L’idea di partenza è meritoria: portare una patologia in piazza per farla conoscere e magari raccogliere soldi per ricerca e assistenza. Il sistema però è cresciuto a dismisura. Ma così facendo si rischia di incentivare il consumo di prestazioni sanitarie e di medicine, come scrive Marco Bobbio, nel libro “Il malato immaginato”.

Tra gli organizzatori delle giornate c’è certamente chi ha uno scopo speculativo; anche perché nessuno ha mai verificato con studi scientifici se queste iniziative aiutano i pazienti a curarsi meglio o magari spingono qualcuno che ha scoperto i sintomi di un problema ad accentuare artatamente i suoi disturbi, sottoponendosi a esami inutili. E magari a consumare più farmaci. Un esempio illuminante ci viene dal documento (del settembre 2010), “Il significato dei farmaci - Manuale per un uso responsabile”, redatto dalla Commissione per la Vigilanza sul doping del Ministero della Salute in collaborazione con l’Istituto Superiore di Sanità, che rileva determinati comportamenti scorretti e ne prova ad individuare i relativi effetti collaterali, soprattutto nell’uso legato alle performance sportive. Negli sportivi il culto della vittoria ha fatto sì che un gran numero di persone che praticavano sport sentissero le loro minori capacità di prestazione come una sorta di mancanza, quasi una malattia. Ed è questa sensazione psicologica la causa scatenante della ricerca spasmodica dei modi per colmarla, ad esempio con farmaci di tipo ormonale, convincendosi che integrassero la propria fisiologica produzione. Per non parlare poi del cattivo uso degli psicofarmaci, la categoria più diffusa al mondo, che oggi vede pericolosamente prevalere la tendenza dei giovani europei, ad impiegarli per migliorare le proprie prestazioni senza fare troppa fatica, assumendoli senza reale controllo per migliorare l’attenzione, stimolare l’attività cerebrale e riuscire a dilatare le capa-

cita’ della mente. E’ ormai noto, poi, che ormai i medici sono classificati a seconda della loro capacità di condizionare i colleghi. In cima ci sono gli influenzatori, bravi a parlare in pubblico, seguiti da quelli capaci di fare molte prescrizioni.

Un tempo si diceva che il primo farmaco è “un bravo medico”, ma oggi non è più così. Le industrie farmaceutiche sono eternamente a caccia di *early adopters*, gli appassionati delle novità, che amano essere i primi a fare le cose e, inoltre, sono pronti a sponsorizzare quei congressi in cui sia possibile inserire letture o tavole rotonde incentrate non sul brand di un farmaco, cosa vietata, ma sul principio attivo o sulla patologia. Avere questo spazio scientifico costa diverse decine di migliaia di euro. Per il tuo simposio ingaggi i relatori, che paghi tra i mille e 5mila euro, e anche il pubblico, cioè i medici che seguono la patologia di cui si parla e che ospiti al congresso. E il fine è quello di vendere più farmaci, non certo di trovare nuove, più efficaci soluzioni.

Infine, mentre negli Usa, pubblico e privato investono nella ricerca il 50% a testa, da noi il pubblico finanzia solo una piccola parte degli studi. Bisognerebbe almeno favorire l’effettuazione di ricerche a cui partecipano più aziende: confrontando più farmaci si bilanciano gli interessi di tutti. Inoltre, negli ambulatori arrivano depliant patinati, non informazioni, senza che il sistema sanitario dia la possibilità a ogni dottore di accedere alle migliori evidenze scientifiche.

Un ultimo esempio risale alla campagna, del 2010-2011, “Dolore Misterioso”, con volantini e poster in tutti gli studi dei medici di famiglia per insegnare a riconoscere il dolore neuropatico e descriverlo (come bruciante, lancinante, formicolante, freddo o folgorante). A tal fine è stato creato anche un sito per iniziativa della Fimmg, sindacato dei medici di famiglia e della Simmg, la società scientifica di questi professionisti, con l’ausilio dell’Associazione Cittadinanzattiva e unico sponsor la Pfizer, cioè l’azienda farmaceutica che produce il Lyrica, nato quando un prodotto simile della stessa azienda, il Neurontin, è diventato generico (peraltro dopo aver fatto prendere al produttore una multa della FDA da circa 450 milioni di dollari per campagne di marketing scorrette e mancata pubblicazione dei dati di studi negativi). E senza dire, ad esempio, che, secondo dati internazionali, in più di un terzo dei casi veri e refrattari, l’agopuntura è non solo efficace, ma più maneggevole e certamente molto meno costosa.

Insomma, oggi, le persone sono state convinte che il loro benessere si identifichi col possesso di cose e la soddisfazione che ne ricevono non dura, sicché tutta la loro vita sarà una rincorsa continua di un obiettivo che non raggiungeranno mai in cui si confonde il “ben essere” col “tanto avere” e il tanto avere con la produzione di “mal essere”. A questo mal essere generale la crescita della produzione di merci aggiunge un malessere specifico in due ambiti strettamente legati tra loro: l’alimentazione e la salute umana: per riuscire a vendere le quantità crescenti di cibo le grandi aziende del settore hanno indotto una crescita dei consumi superiore al fabbisogno fisiologico, da cui sono derivati una serie di gravi problemi alla salute: dalla diffusione dell’obesità, al diabete, alle malattie

cardiovascolari. Non potendo sottrarsi alle dinamiche della crescita economica, nel momento in cui la produzione e l'offerta di farmaci sono diventate superiori alla domanda espressa normalmente dalla società, le aziende farmaceutiche hanno dovuto crearsi una domanda aggiuntiva. A tal fine hanno indotto ad abbassare progressivamente le soglie degli indicatori di alcune malattie, trasformando in patologici alcuni valori precedentemente considerati normali. Sicché la stessa industria farmaceutica non può essere interessata alla prevenzione delle cause di malattie per cui produce le medicine, in quanto la logica della crescita non lo consente.

Alla ricerca delle "chiavi" per comprendere la salute e la malattia, la ricerca scientifica si è inoltrata dentro l'organismo, i tessuti, le cellule, il DNA e, quasi paradossalmente, questo viaggio verso le basi della vita ha mostrato l'importanza dei processi di regolazione dell'insieme e ha condotta ad una concezione dell'uomo come sistema complesso di reti dove le parti si spiegano in relazione al tutto. In questo contesto l'attività mentale ha cominciato ad uscire da una dimensione troppo evanescente ed indefinita per assumere connotati più precisi: in relazione sia all'interdipendenza mente-cervello, sia al ruolo evolutivo della mente nella mediazione tra ambiente interno ed esterno all'organismo e nella modulazione dei processi biologici. Se la scienza del XX secolo ci ha consegnato le premesse per spiegare l'unità psicosomatica dell'uomo, quella del XXI secolo deve compiere il passaggio dal modello biochimico a quello biopsicosociale della salute e della malattia. E senza enfasi o modalità esclusivamente medicalizzanti. Su questo, crediamo, oggi occorre riflettere molto attentamente. ■

LETTURE SELEZIONATE

- AAVV: L'industria della salute, Ed. Franco Angeli, Milano, 2010.
- Adelè S., Jalali R.: Guida per i consumatori di integratori per lo sport. Alimentazione completa per uno stile di vita attivo, Ed. Olympian's News, Roma, 2009.
- Bissolo G., Fazzi L. (a cura di): Costruire l'integrazione sociosanitaria. Attori, strumenti, metodi, Ed. Carocci, Milano, 2002.
- Bologna M.: Il cancro si può evitare. Il fumo, l'alcool, la dieta ed altri fattori carcinogeni ambientali possono essere controllati, Ed. Verduci, Roma, 1989.
- De Mauro L.: Malati di farmaci. Perché l'Industria Farmaceutica vende farmaci, inventa malattie e specula sul cancro, Ed. Decrescita Felice, Roma, 2010.
- De Mauro L.: Malati di farmaci. Come difendere la propria salute dalle medicine inutili e pericolose, Ed. Riuniti, Torino, 2007.
- Di Stanislao C.: Argomenti di Medicina. Il dialogo e l'integrazione fra culture e modelli, Ed. Fondazione Silone, L'Aquila-Roma, 2007.
- Lazzari D.: Mente e salute. Evidenze, ricerche e modelli per l'integrazione, Ed. Franco Angeli, Milano, 2007.
- Manghi S.: Il medico, il paziente e l'altro. Un'indagine sull'interazione comunicativa nelle pratiche mediche, Ed. Franco Angeli, Milano, 2005.
- Moynihan R., Cassels A.: I farmaci che ammalano, Ed. Nuovi Mondi Media, Roma, 2012.
- Shah S.: Cacciatori di corpi. La verità su farmaci killer e medicina corrotta, Ed. Plus, Milano, 2007.

Luciano Proietti - Mi permetto di intervenire in questo interessante forum della medicina integrata che, in quanto tale, non disdegna terapie convenzionali quando quelle "alternative" (brutta denominazione) "non funzionano": spero che arriveremo presto a smettere questa assurda divisione manichea tra i puri e gli impuri, i buoni e i cattivi, i veri e i falsi: il medico dovrebbe imparare ad usare qualsiasi elemento utile a curare il sintomo o la malattia a partire dai più semplici fino ai più invasivi (aria, acqua, sale, sole, terra, fiori, piante, essenze, cibo, rimedi omeopatici, massaggio, antibiotici, cortisone, chirurgia, etc).

Ma dovrebbe soprattutto imparare ad evitare la malattia imparando i meccanismi biologici e le leggi evolutive che regolano il funzionamento del nostro meraviglioso e complesso organismo. (...) La patologia, di cui si parla, penso sia il megacolon congenito, definito morbo di Hirschsprung essendo il bambino stato operato alla nascita: è una patologia caratterizzata dalla mancata o ridotta innervazione di un tratto più o meno lungo del retto-colon con conseguente ridotta o assente motilità peristaltica. Il risultato clinico è una stipsi ostinata risolvibile solo con enteroclistmi continui e, se non si interviene chirurgicamente nelle prime settimane di vita, possono prodursi forme di enterocolite gravissime ad esito infausto. I sintomi riferiti nel caso riportato, feci dure alternate a liquide, non sono altro che l'effetto dell'intervento chirurgico (di discreta complessità) che ha risolto solo in parte l'alterazione congenita. Non conoscendo il bambino, la sua storia, la tecnica chirurgica utilizzata, l'alimentazione praticata, etc., posso dare come possibili interpretazioni: a) una non completa rimozione chirurgica del tratto agangliare; b) una non adeguata educazione e attenzione all'alvo; c) una non corretta alimentazione.

Simonetta Bernardini - Concordo pienamente con te, su tutto. Riguardo alle mutande sporche di cacca, va anche detto, tuttavia, che sono molti i bambini normali che si scordano di fare la cacca (e la pipì): devono giocare, non è quello il momento giusto (asili, scuola), stipsi. Le "mutande sudice" non patologia vanno distinte da quella che è la patologia e che tu hai perfettamente inquadrato.

Francesco Macri - Ritengo molto opportuno l'intervento di Luciano, che richiama giustamente all'ordine. Ma non siamo noi i primi ad affermare che in caso di scarse possibilità di successo con l'omeopatia ed affini è il caso di metterle da parte? E questo non è vero soprattutto nel caso di patologie organiche? Tuttavia ritengo che le caratteristiche della nostra lista siano tali da dare anche spazio a dissertazioni che, senza voler essere applicative, hanno sicuramente rilevanza dal punto di vista anche o esclusivamente dottrinale, in tal caso astratto.

Dalle pagine di OmeopatiaOnline...

Una buona occasione

L'atto di cura al termine dell'esistenza

Maurizio Venezi

Psichiatra, psicoterapeuta, presidente ISDE Perugia
E-mail: maurizio.venezi@gmail.com

Peraltro sembra che le intuizioni di Hahemann non

Mi sono interessato in passato degli aspetti psicologici che entrano in gioco in campo oncologico e ciò è avvenuto subito dopo la morte di mio padre per epatocarcinoma. L'aggettivo che mi sembra più calzante per dare un'idea di quale sia stata la mia esperienza in quella situazione è **devastante**. Ciò non ostante, avverto un senso di profonda gratitudine verso mio padre che mi ha permesso di cogliere l'occasione, la "buona occasione", di essere partecipe, per la prima volta, al percorso di distacco di una persona dall'esistenza in vita.

Alcuni mesi prima di quest'evento era nato mio figlio ed avevo avuto la "buona occasione" di essere partecipe, per la prima volta, al percorso di radicamento di una persona nell'esistenza in vita. L'aggettivo che mi sembra più calzante per dare un'idea di quale sia stata la mia esperienza in quella situazione è **esaltante**. In entrambe le situazioni mi sono sentito coinvolto affettivamente attraverso il vincolo familiare ed al pari sollecitato a tener attivo lo sguardo professionale. In un caso (morte del babbo) mi trovavo in casa mia, della mia famiglia d'origine, e di ritorno dall'ospedale dove "non c'è più niente da fare", avevo trasformato la camera dei miei in un ibrido ospedaliero con asta per la flebo, siringhe, stetoscopio, sfigmomanometro, WC chimico e quant'altro. Nell'altro (nascita del figlio) mi trovavo in un ospedale, ma comodamente alloggiato in una camera arredata come in un albergo con letto matrimoniale, ampio bagno con vasca da parto, stereo, libreria, frigorifero e telefono.

Tutto era preparato affinché la nascita avvenisse nella maniera meno medicalizzata possibile, pur assicurando un livello di intervento adeguato e pronto in caso di necessità. L'accoglienza in area domesticata (leggi: con atmosfera di casa) estesa ad entrambi i coniugi era molto rassicurante, ma anche aprire la porta e trovarsi nel mezzo di una corsia di ospedale tradizionale contribuiva sensibilmente alla nostra tranquillità.

Nel primo caso invece, quel "non c'è più niente da fare" decretava l'uscita di scena della medicina quale sistema organizzato di conoscenze, pratiche e procedure atto a contrastare, antagonizzare, combattere la malattia e mi lasciava, unico ed ultimo avamposto con le armi spuntate: ritardare il più possibile l'evento? Assistere, monitorare, indirizzare l'andamento della malattia?

Mentre apparecchio la stanza con il materiale cortesemente offerto dall'ospedale, il babbo gonfio d'ascite già nel letto, sentivo che eravamo come quei soldati lasciati indietro a rallentare l'avanzata del nemico nell'attesa, senza speranza, di una capitolazione inevitabile. Da quel momento e durante le innumerevoli notti insonni che

seguirono ho progressivamente preso coscienza di essere stato formato ed allenato per praticare una medicina "belligerante". Una medicina fatta di "lotta contro questa e quella malattia" di "difesa della salute" di "presidi sanitari, terapeutici, preventivi", di anticorpi come *missili* intelligenti alla ricerca del "target" antigenico, di infiammazioni come *incendi*, di cellule neoplastiche come *incursori*, di metastasi come *avamposti* capaci di aprire conflitti su nuovi *fronti*.

Una medicina capace di pompare all'inverosimile l'onnipotenza eroica del medico, ma anche di regalare frustrazioni immense come oceani di sconfinata impotenza. Una medicina, un sistema di conoscenza, che tenendomi concentrato sui sintomi e sulla malattia da "combattere" mi aiutava, in quella circostanza per me così particolare, a difendermi dal dover prendere in considerazione la persona del mio congiunto nella sua necessità di accompagnamento all'esperienza degli ultimi tempi di esistenza in vita. A differenza degli altri familiari potevo rifugiarmi nel ruolo professionale ed evitare, almeno apparentemente, che quanto mio padre andava sperando evocasse in me lo spettro della mortalità, della mia stessa mortalità, riflessa nell'innegabile evidenza della sua che si andava compiendo. Citando Savater: "Moriranno altri uomini, ma ciò accadde nel passato / che è la stagione (nessuno lo ignora) più propizia alla morte" dice Borges all'inizio di un breve e magnifico poema apocrifo "E' possibile che io, suddito di Yaqub Almansur / muoia come dovettero morire le rose e Aristotele?".

Per quanto la statistica sia irrefutabile e il nostro stesso corpo non smetta di mandarci segnali inequivocabili, la nostra morte sembra a ognuno di noi non molto di più di un'ipotesi, intimamente poco verosimile. Se volete, sappiamo che moriremo, ma non ci crediamo. Sull'argomento Sigmund Freud è assertorio: "Effettivamente la propria morte è irrepresentabile, e ogni volta che cerchiamo di farlo, possiamo constatare che in realtà continuiamo ad essere ancora presenti come spettatori. Perciò la scuola psicoanalitica ha potuto anche affermare l'asserzione che non c'è nessuno che in fondo creda alla propria morte, o, ciò che equivale, che nel suo inconscio ognuno di noi è convinto della propria immortalità" (S. Freud, 1915: Considerazioni attuali sulla guerra e la morte. in Id., Opere, vol. 8, Boringhieri, Torino 1976. p.137).

Non so definire bene, oggi, quanto allora mi trovavo ad agire in ruolo di medico, dal procedere a misurazione di vari parametri biologici all'elaborare complesse strategie per evitare il crollo della protidemia e l'ulteriore diffusione dei liquidi in peritoneo. Perché lo facevo?

E perché mi sembrava inevitabile doverlo fare?

Mi riferisco comunque al ruolo della persona di cui mi prendo cura della sua malattia? Tentavo di contrastarne il male nell'illusione onnipotente di poterne rallentare se non annullare l'esito?

Pre-occupandomi delle sua malattia, mi prendevo forse l'agio psicologico di non occuparmi della sua imminente morte e della nostra, la sua come la mia, innegabile mortalità? E soprattutto, quella componente del mio agire, diciamo così, tecnico-scientifica, corrispondeva a qualcosa che, anche solo parzialmente, potessi chiamare "cura"?

Prendermi cura del male, del suo andamento, del suo procedere nel corpo o prendermi cura di quella persona che, a sua volta, con tanta cura mi aveva allevato?

E le due cose insieme, così come apparivano entrambe necessarie, sarebbe stato umanamente possibile agirle contemporaneamente?

Così si esprimeva Iginò nell'anno 2: *La "Cura" mentre stava attraversando un fiume, scorse del fango cretoso; pensierosa ne raccolse un po' e cominciò a dargli forma. Mentre è intenta a stabilire che cosa abbia fatto, interviene Giove. La "Cura" lo prega di infondere lo spirito a ciò che essa aveva fatto. Giove acconsente volentieri. Ma quando la "Cura" pretese di imporre il suo nome a ciò che aveva fatto, Giove glielo proibì e volle che fosse imposto il proprio. Mentre la "Cura" e Giove disputavano sul nome, intervenne anche la Terra, reclamando che a ciò che era stato fatto fosse imposto il proprio nome, perché aveva dato ad esso una parte del proprio corpo. I disputanti elessero Saturno a giudice. Il quale comunicò ai contendenti la seguente giusta decisione: "Tu, Giove, che hai dato lo spirito, al momento della morte riceverai lo spirito; tu, Terra che hai dato il corpo, riceverai il corpo. Ma poiché fu la "Cura" che per prima diede vita a questo essere, fin che esso vive lo possiede la "Cura". Per quanto concerne la controversia sul nome, si chiamerà "homo" poiché è fatto di "humus" (Terra).*

Quanto espresso da Iginò è intuizione poetica che una ventina di secoli dopo ha trovato conferma in osservazioni etologiche e psicanalitiche di grande ed affascinante rilievo. Innanzitutto le osservazioni di Renè Spitz negli anni '50 sulle carenze totali o sub-totali di cure affettive materne a carico di neonati. Mi riferisco qui, nei termini di "cure affettive materne", allo svolgere azioni affettivamente significative esitanti in esperienze sensoriali gratificanti quali contatto, abbraccio, sguardo, voce, ecc. Spitz svolse le sue ricerche in istituzioni per infanti abbandonati.

Laddove non riusciva a trovare una madre sostitutiva per ognuno dei piccoli ospiti, fosse stata costei pur'anche un uomo, propose degli allattatoi meccanici; ma dovette constatare che, pur in presenza di cibo, calore e pulizia ma in assenza di cure affettive materne o di adeguato sostituto, l'infante sviluppava comunque una *depressione anaclitica*, altresì detta sindrome da abbandono o sindrome da ospitalizzazione, caratterizzata clinicamente dal costante susseguirsi delle seguenti fasi: a) il pianto del bambino si fa più monotono e meno modulato; si trasforma in grido; b) dopo 2-3 mesi, in assenza di cure affettive materne, il bambino diviene insonne, rifiuta il contatto, ha un arresto dello sviluppo psicomotorio; l'espressione del viso diviene rigida; assume frequente-

mente la posizione che Spitz ha considerato "patognomonica": resta lunghe ore coricato a ventre in basso con scarsa reazione agli stimoli: nel frattempo ha un calo ponderale ed un crollo delle difese immunitarie; c) se perdura oltre tre mesi questa condizione può portare a ritardi mentali irreversibili; talvolta anche a gravi decadimenti organici generali (marasma) e finanche alla morte.

In relazione agli studi di Spitz, ed alla loro integrazione con le risultanze prodotte da John Bolbwy e note come "teorie dell'attaccamento", si è giunti a collocare il bisogno affettivo del bambino a livello dei bisogni biologici fondamentali ed a definire la dipendenza vitale dalla cura materna nei termini essenziali di *fame primaria d'amore* (Levy).

Dunque, pur provvedendo alle necessità biologiche fondamentali quali acqua, cibo, calore ed igiene adeguata, come si può ottenere organizzando ed amministrando una "sufficientemente buona" ospitalità secondo criteri logici e tecnico scientifici, in assenza di veicolazione di affetto, in assenza di quelle funzioni affettive elementari che rendono conto, non a caso, della nostra appartenenza al gruppo dei mammiferi, la vita, constatata la bio-illogicità dell'ambiente, opera un progressivo disinvestimento dal corpo biologico decadendo gradualmente, con danno via via sempre meno riparabile, fino ad estinguersi. In altri termini, se un "dispositivo organico umano" (ma anche solo organico o vivente) viene lasciato senza cura, va in sofferenza ed il danno che può derivarne sarà tanto più grave quanto più tenera è l'età del deprivato e quanto più prolungata è l'assenza di cura o di vicariazione della stessa da parte di altro mammifero. Tra gli animali l'uomo, avendo supposto di poter cambiare assetto posturale (...la sfida verso il cielo), ovvero essendo stato costretto da contingenze evolutivistiche significative a passare al bipedismo è andato incontro ad alcune trasformazioni.

- Restrizione dei diametri del bacino per assicurare un supporto valido alla deambulazione.
- Trasformazione del treno anteriore dei quadrupani in arti superiori dei bipedi. Con esonero degli arti superiori dal sostenere il peso e specializzazione degli stessi nella funzione esplorativa/manipolativa. Esplorazione che, quando rivolta a materia vivente, diviene interazione e quindi relazione. Esplorazione, interazione e relazione richiedono sempre maggior complessità e specializzazione che, per essere funzionalmente integrate a livello di sistema nervoso centrale, richiedono un fondamentale prerequisito bio-strutturale: un aumento di dimensione della vescicola cefalica e quindi della testa del nascituro.
- Ne consegue: diminuzione relativa del tempo di gestazione per impedire che i rapporti tra diametri cefalici "aumentati" e diametri del bacino "ridotti" possano confliggere a tal punto, al momento della nascita, da impedire il passaggio della prole attraverso il canale del parto.
- Ne consegue: nascita anticipata di una prole che risulta essere la più inerme di tutti i mammiferi, raggiungendo l'indipendenza nel movimento, dopo 12 mesi circa.

Per il neonato, la cura è la presenza della madre, assistita e protetta una volta fuori dalla pancia, necessità vitale di cura; di rimanere il più possibile a contatto con i suoni del corpo materno (voce inclusa!), con la temperatura del corpo materno, con la morbidezza del corpo materno e, via via che gli apparati sensoriali si sviluppano, con l'odore del corpo materno, nonché con lo sguardo e la mimica materna in tutte le sue modulazioni espressive e quindi emotive.

Il primo ambiente di vita deve pertanto: a) rispondere il più possibile alla nostalgia fusionale della "carne materna, prodiga di cura" (Irigaray, 1989); b) essere conseguente e congruo all'esperienza di cura totale esperita nella fase prenatale; c) essere causa, funzione e stimolo del gradualissimo progresso verso l'indipendenza. La cura quindi, come funzione peculiare della specie; attitudine fondamentale e necessaria alla sopravvivenza ed allo sviluppo della prole. Alimento della "fame primaria" la cura materna radica in noi la prima essenziale tessera engrammatica necessaria alla sopravvivenza: quella dell'amore.

Tornando all'esperienza della nascita del figlio, tutto si svolse in armonia e potemmo passare la notte insieme nella stanza più ospitale. Se non che la nascita prematura di un mese ed un velo di subittero promossero, secondo protocollo, la deposizione del "prematuro" in incubatrice, per irradiarlo con una lampada a raggi ultra violetti. Era maggio e sarebbe bastato esporre il bimbo al sole nelle ore calde, attraverso la finestra aperta, perché gli ultravioletti naturalmente prodotti dal sole provvedessero a rompere le molecole di bilirubina sulla superficie cutanea. Nonostante le mie conoscenze scientifiche di giovane medico, impiegai un paio di giorni prima di decidermi ad esprimere un motivato dissenso circa le considerazioni tecniche, per altro ineccepibili dal punto di vista procedurale, espresse dal pediatra; firmare la cartella clinica e "dissequestrare" l'infante dal raziocinio scientifico che, incurante del danno che poteva occorrere, ne tratteneva il corpo in incubatrice per svolgere i suoi (...i nostri) protocolli in totale alienazione rispetto ai più elementari principi di cura.

Rivedendo oggi questi passaggi mi sorprende a constatare che:

- nel caso della morte del babbo in una casa "ospitalizzata", il ruolo medico, l'agire tecnico-scientifico e procedurale, mi si erano offerti come scappatoia alle tensioni dovute a quanto, attraverso la malattia, si profilava. Se, come accade a molti, avesse prevalso il mio bisogno di fuga dallo spaventoso inevitabile evento, ovvero se mio padre non avesse avuto la lucidità di chiedere di morire nel suo letto, molto probabilmente avrei preteso ed ottenuto che fosse assistito secondo le migliori procedure in reparto specialistico ed infine in terapia intensiva, attaccato a delle macchine fino all'esito.
- nel caso della nascita del figlio in un ospedale "domestico", le considerazioni tecnico scientifiche del primario della pediatria, portate secondo scienza e coscienza per prevenire danno e malattie, scotomizzavano e nascondevano le effettive priorità della neonata persona che, evidentemente, erano di stare a

stretto contatto con la madre. Se, come accade a molti, mi fossi semplicemente affidato al "procedere delle procedure", il neonato sarebbe rimasto in incubatrice per scongiurare un rischio reso tangibile dalla colorazione giallastra della pelle, finendo per essere esposto ad altro rischio, meno tangibile ma non per questo di minor portata, quale la separazione dal corpo della madre nel primo periodo di vita.

Come un'azione di protezione quando diventa invasiva non risponde più al principio di cura, così un'azione che distrugge non necessariamente ha una valenza negativa se si qualifica come decostruzione di mondi simbolici o di pratiche relazionali che riducono lo spazio di autorealizzazione dell'altro⁵.

Continuando ad indagare su senso e significati della cura mi piace includere alcune righe dalla voce Cura dell'Enciclopedia Einaudi: "*La Cura, presentata dalla logica liberale, formalmente rispettosa della libertà dell'individuo, come un diritto del cittadino, si traduce in un'illusione che consente - attraverso l'esplicazione delle (nuove) tecniche - l'espropriazione del corpo del malato. Se infatti la malattia è diventata una mediazione contro cui lottare per evitare la morte, se cioè la paura della morte si è tradotta in paura della malattia, non è l'uomo malato a lottare contro la sua malattia, pur con l'aiuto del medico, ma è il tecnico che se ne appropria come oggetto di sua competenza, escludendo ogni partecipazione dell'uomo che, in questo modo, si trova espropriato non solo della malattia, ma dello stesso corpo di cui altri si impadroniscono.*"⁶

La grande ricchezza che, a mio avviso, le medicine non convenzionali portano in dote alla scienza medica, attraverso la proposta delle Medicine Integrate, consiste proprio nel produrre un punto di vista capace di riposizionare il medico rispetto all'oggetto di sua competenza che, allo stato dell'arte, sembrerebbe poter essere solo la malattia.

Ricollocarne il punto di vista in modo tale che includa la persona oltre che la malattia. Ripeto: *oltre* che la malattia, non *al posto della* malattia!

Ciò che ha sollecitato in me l'interesse professionale e mi ha condotto, ormai maturo, a riprendere gli studi di medicina nella sue varianti dell'omotossicologia prima e dell'omeopatia poi, è stato il fatto che, nell'incontro con il paziente, si dovesse mirare innanzitutto a far emergere la costituzione, il substrato bio-tipico di quest'ultimo. Come dire che, nell'incontro con il malato, la prima domanda che il medico è tenuto a porsi non è: "che sintomi esprime o che malattia ha?" così da comporre rapidamente la diagnosi e veloce passare alla terapia con già in testa la domanda incalzante: "con quale categoria di farmaci, macchinari, manovre operative, posso aggredire la malattia?". Ma diventa essenziale chiedersi, in anticipo rispetto a queste pur lecite considerazioni: "Chi è? Come sta al mondo? Che postura ha? Come cammina? A quali esperienze è incline? A quali emozioni? Quale costituzione è sottesa al suo modo di essere? Quale biotipo? Quale carattere?". E di seguito: "Quale gruppo di rimedi, sottoposti a proving, ha dato evidenza di sollecitare quella costituzione ad indirizzarsi verso uno stato di maggior benessere?" Ed infine, dopo aver incrociato questi dati con l'analisi dei sintomi ed indagato il modo, a

Perché del tutto che ha, e di più di: "Cosa possono coltivare le cause della sua salute?", che non solo è molto diverso da dare battaglia alla malattia ma, coltivare le cause di salute, è qualcosa che assomiglia da vicino a quanto fanno istintivamente le mamme di mammiferi e che, come abbiamo visto, può essere considerato *operativamente fondativo* del concetto di *cura*.

Ed allora, trovandoci a trattare di funzioni operative, possiamo arrivare a dire che la cura si può agire?

Certo! La cura è un agito.

Un agito diffuso in tutto il mondo animale, specifico della classe dei mammiferi, particolarmente sviluppato ed essenziale per la specie umana. Le cure primarie, opportunamente agite dalle mamme o da adeguati sostituti, si inscrivono nel nostro organismo come tracce mnesticosensoriali fondanti il presupposto assoluto dell'esistenza in vita, ed in seguito delle sue declinazioni e rappresentazioni nell'amore, nel piacere, nel benessere, nella salute. Le qualità termiche, ritmiche, vibrazionali, in una parola sensomotorie, che sostanziano le cure primarie all'interno della relazione madre-neonato sono le uniche capaci di inescare, laddove ovviamente siano sufficienti i presupposti biologici, il nostro strumento emotivo/sensoriale, il corpo, in-formandolo secondo i principi biologici e zoologici di *regno, classe e specie*, ma anche secondo gli stili culturali e relazionali di etnia, tribù, famiglia, diade e, ovviamente, individuali. Il processo può avvenire in vari modi, più o meno qualitativamente congrui o difettuali; ciò che è dimostratamente certo, è che si arresta completamente per riduzione dei "tempi di esposizione all'amore materno" al di sotto di un limite quantitativamente critico che, almeno negli anni '50 del novecento, è stato misurato da Spitz nell'ordine di sei mesi di assenza continuativa nel corso del primo anno di vita. Se ne deduce che, se la cura è un agito, il requisito essenziale della cura è la presenza di un essere capace di agirla.

Cosa possiamo intendere, allora, per presenza?

Se manca la persona fisica del *caregiver* (dall'inglese: colui che profonde cure) ovviamente non c'è agente e non può esserci cura. Se il *caregiver*, o presunto tale, è lì fisicamente ma con il flusso dei pensieri è nella memoria (passato) o nella previsione (futuro) quando non trasferito istantaneamente in un "presente altro" dagli strumenti della telecomunicazione, ciò che potrà agire sarà, tutt'al più, una *attività* di cura, spesso standardizzata e routinaria ma, se l'agente è esperto, anche ineccepibile sul piano tecnico formale. Se invece il *caregiver* riesce ad essere presente a sé stesso e quindi all'altro, se è capace di rinunciare alla propria assenza, se in maniera deontologicamente ed eticamente misurata riesce ad agire la propria "mezza parte" nel fenomeno duale delle relazioni, allora ha qualche probabilità di trovarsi a svolgere una azione di cura sinergicamente terapeutica (se è tecnicamente competente) e taumaturgica (se è relazionalmente competente).

Performare una azione di cura non è dunque semplice; qui come per altri fenomeni difficilmente misurabili,

conta non solo la quantità di tempo che come curante si trascorre in presenza dell'altro, ma anche e soprattutto la qualità della presenza.

L'azione di cura come atto di *presenza qualitativamente rilevabile*, oltre che tecnicamente competente, può rendere conto di un ritorno a casa della medicina alla sua funzione originaria di arte della cura. Un'arte di tipo performativo che, come tutte le arti performative, ha bisogno, oltre che di una formazione teorica ed adeguata pratica, di un sistema di allenamento costante e continuativo che procuri, favorisca e susciti la necessità del performer di trovarsi in un determinato stato esistenziale di particolare disponibilità psicofisica all'esecuzione dell'atto d'arte: in questo caso specifico l'atto squisitamente relazionale della cura.

Per concludere, mi piace proporre, ancora una volta, uno spiazamento semantico che possa essere d'introduzione e stimolo ad un effettivo cambiamento dello stato dell'arte. Proviamo a vedere che succede se consideriamo un retaggio del "bellicismo" medico-scientifico anche il termine centrata che ancora assomiglia a mirato e che evoca un puntatore ed un bersaglio. Proviamo ad immaginare che cosa possa accadere se sostituiamo "medicina centrata sulla persona", espressione alla quale come sperimentatori di medicine complementari alla medicina tradizionale occidentale siamo già sensibilizzati e fidelizzati, con il termine "medicina *basata* sulla persona" o meglio ancora "*fondata sulle persone*".

Potrebbe essere, se mi passate il paragone, come quando fu scoperto il sistema delle vene e delle arterie: era già lì ma non lo avevamo ancora considerato; una volta che lo abbiamo preso in considerazione si è prodotto un aggiornamento che ha riguardato tutto il sistema delle conoscenze scientifiche sul funzionamento degli animali.

Oggi, volendo affermare questa come una scoperta ed aggiornare l'oggetto di applicazione della medicina dalla malattia al malato o, meglio ancora, alla persona, opereremo un necessario quanto provvidenziale "cambio di paradigma" e potremmo trovarci a stravolgere radicalmente il sistema di conoscenza con un effetto domino. Nel momento in cui, anche come tecnici, ci troveremo a prendere in considerazione la persona, senza ridurre il campo di attenzione al mero oggetto malattia, dovremo riconoscere di aprire con questa una relazione. Poco simmetrica sul piano dei ruoli, dei poteri e delle conoscenze ma assolutamente speculare sul piano della soggettività: non vi sarà più un soggetto che compie operazioni tecnicamente e scientificamente validabili su di un oggetto, ma due soggetti che si relazionano per produrre salute, o meglio per *coltivare salute*.

La mia personale impressione è che, accettando finalmente di agire una medicina di relazione e di coltivare l'altro approfondendo cura, nel senso proprio del termine, potremmo trovarci a dischiudere la medicina del futuro recuperando al mansionario del curante la raffinata ed antica arte della taumaturgia, da affiancare alla collaudata ed efficiente tecnica della terapia. ■

Il contributo dell'omeopatia

Stefania Graziosi

Endocrinologo, medico esperto in omeopatia
E-mail: stefaniagraziosi@virgilio.it

Alla Consensus Conference internazionale dell'aprile 1993 a Hong Kong si definì l'osteoporosi come: "affezione sistemica dello scheletro caratterizzata da riduzione della massa ossea ed alterazione dell'architettura microscopica del tessuto osseo che comporta una maggiore fragilità ed un maggior rischio di frattura". E' questa senz'altro la più corretta definizione di una patologia che soltanto negli ultimi decenni è arrivata alla ribalta e di cui spesso si parla anche troppo e male.

Anatomicamente risulta caratterizzata da una diminuzione della massa ossea legata a squilibrio fra la funzione costruttiva degli osteoblasti e quella invece di riassorbimento degli osteoclasti. Questo, nella donna in menopausa, oggi davvero nell'occhio del mirino in relazione ad essa, è causato anche dal riarrangiamento ormonale che interviene al termine della vita fertile. A quelli cioè che normalmente vengono definiti "disturbi ormonali" del climaterio e della menopausa ma che sono il fisiologico, ed inevitabile, cambiamento dovuto al tempo che passa ed all'uso che ciascun individuo, dipendentemente sia dalla sua costituzione sia dall'anamnesi patologica sia dallo stile di vita condotto, inteso in senso lato, fa dei propri organi, apparati, tessuti e della propria esistenza. In ogni caso l'osso osteoporotico presenta alterazioni qualitative e quantitative dei suoi componenti ma anche della sua struttura tridimensionale cioè della caratteristica trabecolatura.

L'osteoporosi è pertanto un fenomeno naturale ed, in particolare, uno degli aspetti di quei tanti processi insiti, e pertanto fisiologici, nell'invecchiamento dell'organismo, nella senescenza. Diviene malattia allorché la massa ossea è inferiore all'11% della massa corporea totale, cioè allorché l'osso può andare incontro a fratture spontanee soprattutto a carico delle vertebre e dei femori.

La riduzione del tessuto osseo inizia addirittura fra i 20 ed i 30 anni e continua fino all'exitus in modo estremamente diverso da individuo ad individuo, in relazione alle sue peculiarità morfologiche, funzionali, patologiche o semplicemente legate al *modus vivendi* agito. Questa rarefazione tissutale ha andamento regolare e progressivo nell'uomo mentre può subire accelerazione nella donna allorché inizia il climaterio e poi avviene la menopausa. Tale caratteristica viene imputata al calo degli estrogeni che interviene in quanto questi agiscono sia favorendo l'assorbimento intestinale del Calcio alimentare sia favorendone l'utilizzazione proprio a livello dell'osso.

La diagnosi si effettua oggi con la MOC (Mineralometria Ossea Computerizzata) che andrebbe richiesta a livello lombare negli individui sotto i 65 anni ed a livello

femorale in quelli oltre i 65 anni di età. La vertebra, per il suo alto contenuto in osso spongioso, fa rilevare meglio le alterazioni di densità indotte dalla carenza estrogenica mentre il femore è la sede delle fratture senili più frequenti. Non va neppure sottovalutata l'ipotesi diagnostica di una "osteoporosi secondaria" cioè legata ad altre patologie soprattutto quando la si riscontra nel sesso maschile ed in giovane età oppure allorché appaia di notevole gravità o rapidamente ingravescente.

Anche alcune analisi chimico-cliniche possono essere di aiuto alla diagnosi: fosfatasi alcalina ossea circolante, calcio e fosforo plasmatici ed urinari, ma anche le ormonali: paratormone e calcitonina, nonché osteocalcina, vitamina D3, aggiunte alle analisi cliniche generali soprattutto rivolte a possibili patologie renali intervenenti.

La raccolta di una accurata anamnesi soprattutto familiare, legata alla frequenza di osteoporosi quale malattia degenerativa su base ereditaria e costituzionale, può essere di notevole interesse così come quella dell'anamnesi patologica che può far valutare anche le diverse patologie, sistemiche oppure endocrine, favorenti nonché i danni iatrogeni e gli effetti conseguenti a pregressi interventi chirurgici. Ulteriori interessanti osservazioni riguardano lo stile di vita. E' infatti importante seguire alcune regole igienico-dietetiche: mantenere un BMI, indice di massa corporea, non inferiore a 19 Kg/mq; evitare il fumo e l'uso eccessivo di alcool; esporsi alla luce solare; alimentarsi con una dieta avente congruo apporto di calcio; condurre una vita fisicamente attiva: almeno camminare quotidianamente! ed all'aperto.

Nei paesi industrializzati le donne affette da osteoporosi risultano essere 75.000.000, di cui il 30-40% va incontro a fratture non traumatiche. Sembra inoltre che il 33% delle donne in post-menopausa abbia osteoporosi. Nelle ultra-ottantenni il rischio di frattura d'anca raggiunge il 50%. Questi dati numerici bastano a far comprendere quale costo, anche sociale, rappresenti questa patologia! Parlando in termini di Omeopatia costituzionale può rilevarsi come questa problematica colpisca soprattutto i biotipi longilinei astenici pur riscontrandosi anche nelle costituzioni brevilinee, endo- e meso-blastiche. In queste ultime l'osteoporosi è rara in quanto è proprio dal foglietto mesoblastico che si sviluppa il tessuto osseo e tutto il sistema osteoarticolare nonché il sangue ed i reni, che tanto intervengono nel metabolismo osteo-calcico. Nelle donne endoblaste o carboniche, il foglietto embrionale dà origine, fra l'altro, alle paratiroidi ed il biotipo presenta un iperparatiroidismo nonché turbe del metabolismo del calcio che lo contraddistinguono fin dall'infanzia con ritardo della crescita ossea, tendenza al

rachitismo, valgismo degli arti inferiori, cifosi. La donna astenica ectoblasta, fosforica, magra, gracile e demineralizzata è anche un ipoparatiroidica che cresce rapidamente ma altrettanto precocemente presenta scoliosi, cifosi, lordosi, esostosi, fratture fin dall'infanzia e che sarà candidata alle forme più gravi di osteoporosi. Laddove la strategia adattativa fluorica si manifesterà con maggior rilievo, nei diversi biotipi, sarà possibile evidenziare un più elevato e rapido grado di patologia. Di seguito i farmaci omeopatici che più vengono utilizzati, nelle diverse costituzioni.

Calcarea carbonica - Farmaco costituzionale di base della costituzione brevilinea astenica, endomorfa, linfatica e sicotica, che presenta un alterato metabolismo dell'elemento calcio, costituente essenziale della struttura ossea. Nell'infanzia si evidenziano rachitismo e disturbi della dentizione. Nell'adulto lo scheletro è pesante, le articolazioni poco elastiche e con rigidità articolare; c'è tendenza ai crampi muscolari ed alle artralgie soprattutto vertebrali e coxo-femorali. Con il procedere degli anni, si manifesta artrosi osteofitaria soprattutto post-menopausale, che viene aggravata dal sovrappeso e dall'obesità, caratteristicamente ginoide con preponderanza della massa adiposa sul basso addome e con infiltrazione delle anche, ginocchia, caviglie, che determinano complicanze sia di ordine meccanico sia di ordine circolatorio. La tendenza alla pigrizia fisica ed alla sedentarietà, al risparmio della fatica, peculiari di questo biotipo, contribuiscono al peggioramento della sua osteoporosi.

Calcarea phosphorica - Farmaco costituzionale di base della costituzione longilinea astenica, ectomorfa o fosforica. Si rileva una precoce osteopenia fino alla franca e grave osteoporosi con facilità alle fratture, anche dei corpi vertebrali, caratterizzate da difficoltà di cicatrizzazione e comunque lenta ripresa dell'articolari. Sono queste le pazienti nelle quali è sempre doveroso indagare sullo stato del loro metabolismo osseo senza attendere la menopausa per poi ricorrere alle terapie.

Calcarea fluorica - Medicinale della strategia adattativa fluorica, del miasma luetico hahnemanniano. Questo sale agisce nell'organismo alterando il metabolismo del fluoro ed attuando patologie ad andamento lento e cronico che possono raggiungere l'ulcerazione, la necrosi, la sclerosi. Agisce omeopaticamente sul metabolismo fluoro-calcico e pertanto sul trofismo dell'osso, dei legamenti, dei denti, del sangue. Precocemente, nel biotipo sensibile, si notano fenomeni di lassità legamentosa ed articolazioni particolarmente mobili, scoliosi, cifosi, sinoviti croniche, distrofie ossee, esostosi, periostiti, suppurazioni ossee, tumori ossei, reumatismo deformante, artrite deformante, artrosi osteofitaria che va incontro a fenomeni di anchilosi, sacralizzazione della quinta vertebra lombare, lombalgie croniche, osteoporosi con fratture spontanee, alterato rimaneggiamento osseo.

Fluoricum acidum - Svolge la sua azione (lenta, cronica e profonda) sotto l'egida del miasma fluorico-luetico ma anche di quella sicotica. Interviene soprattutto sui tessuti connettivali ed in particolare su quello osseo e legamentoso, sui denti, sugli annessi cutanei, sul sangue, con alterazione della nutrizione e mineralizzazione. Sul tessuto osseo determina fenomeni di periostosi, esostosi, osteo-

fitosi, osteiti fino alla necrosi soprattutto a carico di ossa lunghe - mastoidi - ossa temporali, fragilità e carie dentarie. Dolori osteocopi, artrosi, artralgie diffuse, rigidità articolare, grave osteoporosi caratterizzata da processi sclerotici con apposizione disordinata.

Phosphorus - Medicinale della costituzione ectomorfa, longilinea astenica, ossigenoide, tubercolinica. Il fosforo è costituente essenziale della cellula, di ogni cellula vivente, ed è avido di ossigeno. A carico del tessuto osseo è facile riscontrare deviazioni della colonna vertebrale e tendenza alle infiammazioni delle epifisi nell'infanzia e nell'adolescenza, l'età adulta è caratterizzata da una progressiva demineralizzazione che si va aggravando con la menopausa e che porta ad una franca osteoporosi. Patognomonicamente il dolore alla percussione delle vertebre dorsali ed il bruciore interscapolare ed osseo nonché le facili osteiti dapprima condensanti poi rarefacenti che raggiungono anche la necrosi suppurativa. Le ossa caratteristicamente più colpite sono le mascellari.

Silicea - Biotipo ectomorfo, tubercolinico, magro, con tendenza alla demineralizzazione ed alla emaciazione; anche lo scheletro è malnutrito, esile e fragile, gli annessi cutanei sono ipotrofici. Caratteristiche le epifisi giovanili, il rachitismo, le fratture, le carie dentarie, l'artrite. L'osteoporosi con fratture ed il ritardo nel consolidamento osseo cicatriziale sono segni ben evidenti. Anche le protesi rappresentano un problema per la facilità ai fenomeni suppurativi e la tendenza all'eliminazione dei corpi estranei.

Natrum muriaticum - Cloruro di sodio; determinante nel mantenimento della pressione osmotica e dell'equilibrio acido-base; biotipo magro, astenico, disidratato, demineralizzato, anemico, irritabile, ipersensibile, nostalgico, collerico, poco dignitosi. Va incontro a spondilalgie, a patognomoniche lombalgie che migliorano con forte pressione locale in posizione seduta, artralgie croniche, tendenza alle distorsioni, epifisi della crescita, ed ovviamente all'osteoporosi legata ai fenomeni di demineralizzazione. Caratteristico dolore lombo-sacrale migliorato premendo la zona su una superficie dura.

In associazione ai rimedi esposti può risultare valido l'uso dei seguenti, soprattutto a basse diluizioni:

Symphitum officinale - E' un farmaco elettivo per il tessuto osseo ed è definito "lo specifico ortopedico"; ha azione, sia acuta sia cronica, sulle articolazioni e soprattutto su quella delle ginocchia e sulla mandibola. Accelera la formazione del callo osseo, elimina i sequestri ossei ed i dolori residui periostei.

Ruta graveolens - Agisce, sia in fase acuta sia in fase cronica, sul periostio, sui tendini ed i legamenti; utile dopo traumatismi dell'osso e del periostio nonché nelle distorsioni e lussazioni; nelle lombo-sacralgie e coccigodinie che migliorano soltanto stando in posizione supina; nei dolori reumatici; nei dolori avvertiti come contusivi soprattutto nelle zone su cui ci si appoggia; va ricordato non solo nei traumatismi incidentali ma anche dopo gli interventi chirurgici. E' un farmaco utile nella costituzione brevilinea stenica, mesomorfa, sulfurica, sanguigna che migliora sempre con il movimento e cambiando posizione. ■

Il contributo della fitoterapia

Gabriele Saudelli

Medico esperto in agopuntura, fitoterapia e MTC
E-mail: gabrielesaudelli@tiscali.it

Si sa che la donna è molto più attenta al proprio stato di salute, rispetto al maschio, tanto che di recente comparve uno studio che dimostrava che il maschio single ha una minore aspettativa di vita rispetto al coniugato: la moglie/compagna/fidanzata ha l'effetto di indurlo - quando è presente un segno/sintomo - a farsi visitare dal medico curante anche quando egli è recalcitrante. I mezzi, dalla sferoclasia occasionale, alle ritorsioni ispirate dall'aristofanesca Lisistrata non mancano, nella panoplia di convincimenti in mano alle nostre signore; a cui, peraltro, noi maschietti siamo grati anche proprio per questo, tra i tanti, gesto d'amore.

Le case farmaceutiche potevano sottrarsi di fronte ad una chicca così fruttifera? Nei primi anni '80 fu creato - con eleganza e scaltrezza, ammetto - lo spettro della frattura osteoporotica: ecco le prime apparecchiature. Ultrasuoni, raggi, doppi fotoni, statistiche basate su improbabili latitudini. Nacquero tecniche di densitometria teorica, basate su densità rilevate sulle islandesi o sulle africane, dimostrando così l'esilità ossea femminile dopo il momento critico della scomparsa dei flussi mensili. Misure fisicamente rigorose: ancora oggi espresse in grammi su centimetri quadrati, come se fosse la pressione di un fluido, non in g/cm cubico (o Kg/m³). La paura (oddio la frattura!) si diffuse, senza che ci fosse una terapia. Ancora. Pochi anni, ed eccola, estratta da salmoni sottratti alle tartine: la calcitonina. Un discreto costo mensile, per milioni di donne sul pianeta, basandosi su rilievi eseguiti su una sola "lettura", confrontati con valori di riferimento estrapolati statisticamente. Vendite alle stelle, con i risultati che sappiamo (clinicamente ben poco, ma con dividendi esagerati). Poi venne l'etidronato sodico: mi ricordo che alla fine degli anni '80 lo prescrivevo, anche perché il costo era infimo, circa 1.000 lire al mese! Qualcosa faceva, per lo meno limitando o anche mantenendo la densità ossea. Ma ancor oggi, guai a parlare di eseguire una DEXA su una giovane di venti, venticinque anni, per rivedere la situazione dopo venticinque - trent'anni e così verificare quanto sia fisiologica o meno la perdita di massa ossea all'arrivo della dolce età.

Tutto ciò determinato, indotto, obbligato dalla paura: è la parola chiave della moderna menopausa. Un po' perché la vita media di sessanta-settanta anni fa coincideva proprio con la fine del ciclo, quindi paura della morte; un po' la perdita di quell'optional che è la fecondazione, quindi paura di essere ripudiata o rifiutata, perché non più fertile; una morte fisica, una morte civile, una morte della femminilità. Certo che, osservato da questo punto di vista, non può apparire come un felice momento, quindi giù a manetta con tutto quello che c'è di prescri-

vibile: inibitori del riassorbimento di MAO, serotonina per l'aspetto psichico (era meglio l'ademetionina), tutto ciò che qualche anno prima era visto dalla donna con sospetto perché "fa venire la cellulite", gli estrogeni, che ti gonfiano come un pallone, proprio per questo splendidi per gonfiare tette e rughe, poi una è "mestruata". Quindi è femmina: l'assioma più bastardo, per spacciare queste molecole maledette; a nulla valgono le statistiche sull'aumento di cancro mammario (26%), stroke (41%), tromboembolie venose (102-110%) e malattie cardiovascolari in genere (29%)¹. Si sa benissimo dal 2001, ma vengono tuttora prescritte, insinuando un ruolo positivo nell'osteogenesi (assolutamente nullo), addirittura protettivo del cuore, comunque del tutto positivo per la propria salute, quando non "assolutamente necessario". Fin dal 2003 il NEJM di maggio già dichiarava "Estrogeni? Cura dei soli sintomi.", cosa vera, solo raramente, molto raramente, necessaria².

La menopausa dovrebbe limitarsi ad essere la semplice cessazione del sanguinamento mensile. In cinese è "Gen Nian Qi": Gen significa: cambiare; Nian, età e Qi è la fase. Mentre "Gen Nian Qi Zong He Zheng" è la Menopausa con sintomi correlati (*complesso dei sintomi*), distinguendo la normalità della cessazione del flusso dalla comparsa di sintomi ad esso correlabili³. Le "acque lunari" cinesi, si diradano, scompaiono e finalmente il fiore può sbocciare nel suo pieno splendore: la femmina diventa tale: perfetta, matura; da cogliere, aggiungerei io. Quando è turbata dalle vampe (o vampate o *hot flushes*) è solo perché il corpo non è o, meglio: non era, in equilibrio. Le Medicine Tradizionali, da quella Egizia, a quella Greco-Ippocratica, a quella Tibetana ed a quella Cinese (nell'ordine di diffusione cronologico) hanno sempre citato i due elementi primordiali che ci animano: aAcqua e Fuoco. L'Acqua, per sua Natura tende verso il basso, così come il Fuoco all'alto, ma dalla loro commistione nasce la Vita. Un po' come mettere sul fuoco l'acqua per la pasta: se nel recipiente c'è poca acqua, essa bollirà prima e troppo. Si svilupperà molto vapore caldo che divamperà verso l'alto: non è troppo il Fuoco, è che, invece, è poca l'Acqua. Questo è il concetto di "Falso Calore".

Direte che basti aggiungere una mestolata, o due, d'acqua per risolvere il problema e salvare anche la pentola. Beh, il concetto è giusto, ma non è così semplice realizzarlo. Non è facile reidratarlo in modo sottile. Un po' come mantenere un castello di sabbia al mare: una seccata d'acqua lo distrugge, mentre uno straccio inumidito, percolando lentamente l'acqua, lo impregna e preserva.

Difatti le vecchie medicine vennero anche qui risolpverate, all'incirca una ventina di anni fa, per trovare una valida alternativa (questa volta il termine è idoneo) alla TOS, acronimo di Trattamento Ormonale Sostitutivo e anagramma di Trattamento Sanitario Obbligatorio.

Soya, in primis. Si osservò che la donna orientale aveva meno problemi, da questo punto di vista. In effetti la pianta è l'alimento di base fin dall'infanzia, sia come germogli, sia come semi. In Medicina Tradizionale Cinese è quest'ultimo che viene usato: Dan Dou Chi, Glycine max, semen praeparatum, alla dose di 10-15 grammi al dì, è droga di Natura Fresca, Sapore Amaro/Dolce (quest'ultimo è quello che ne determina la nomenclatura, così come per il Glycine nostrano), cioè abbassa la temperatura. Il termine Soya deriva dal giapponese Shoyu, con cui si indicano i semi. Il seme nero va preparato, cioè lavato, cotto a bagnomaria e poi avvolto in un telo con foglie di Gelso o di Artemisia annua (quella che si usa nella Malaria) finché non diviene giallo. A questo punto viene essiccato per tre settimane, al Sole e quindi utilizzato. I principi attivi sono oltre a chrysanthemina, sojasaponina I-II-III, quelle sostanze dette isoflavoni: genisteina, daidzeina e formononetina. In realtà questi sono presenti nel seme del legume solo in forma di precursori delle molecole attive: sarà la flora batterica intestinale che li convertirà alla forma farmacologicamente attiva. Una paziente con problemi di disbiosi intestinale (e sono tante) difficilmente ne trarrà vantaggio: motivo di frequente insuccesso è semplicemente questo. Occorre, infatti, predisporre un piano di preparazione: sanare l'equilibrio acido-base, aumentando il pH (si coglie difficilmente sulle feci, perché non c'è un laboratorio in Italia che esegua il test; è però facile ed eseguibile quello sulle urine, dato che una acidosi intestinale travalica con facilità i setti transmutocellulari, passando in vescica urinaria. In questo caso la cartina al tornasole consente un esame in ambulatorio semplice ed immediato). Ridurre l'acidosi avrà anche l'effetto adelfo di ridurre il riassorbimento del tessuto osseo. Per effettuare questo vi sono diversi prodotti a base, prevalentemente, di carbonato di magnesio e di calcio, sia in compresse, per le pazienti simpatiche, sia in polvere, per quelle un po' con la puzza sotto il naso o per quelle eroiche, che devono soffrire a tutti i costi e che amano sfoggiare le schifezze che ingeriscono (ci sono, ci sono).

A questo punto, intonacata la mucosa, possiamo stendere una mano di batteri, che attecchiranno volentieri. Una persona sana, con un intestino ben educato, ha nelle sue feci, per ogni grammo, ben 5 miliardi di batteri, che costituiscono la flora omonima. Viviamo in un mondo talmente asettico che siamo costretti a comprare i derivati fecali, ma preferisco non inoltrarmi in questa pericolosa piega che sta prendendo lo scritto⁴. I batteri della nostra flora, renderanno attivi gli isoflavoni, che andranno ad intromettersi nelle relazioni dei recettori estrogenici, gli ER- α ed ER- β che sono dislocati in diversi organi e visceri. Per ottenere un effetto sul sintomo predominante, cioè la vampata, occorrono circa mg. 60/die (fino a 120) di isoflavoni.

Qualcuno ora, legittimamente, storcerà il naso a pensare ad interferenze con recettori estrogenici, cui darebbero

un segnale simile a quello degli estrogeni (e per ciò agendo sui sintomi): solo da pochi anni sembra che ciò non si configuri, di fatto, in una stimolazione dei predetti recettori. In realtà, per ora, si sa che una alimentazione ricca in isoflavoni (come in Oriente) iniziata in giovane età, sicuramente previene alcune neoplasie, segnatamente quella mammaria. Una certezza di utilizzo in pazienti con una storia pregressa, familiarità autentica, habitus mentale ed altro che ingeneri un semplice sospetto, non esiste, ancora; la prescrizione va vagliata con accuratezza in tutti i casi. Quasi certamente gli isoflavoni interferiscono negativamente con farmaci come tamoxifene, toremifene e fulvestrant, cioè antiestrogeni, per cui personalmente non ritengo opportuno trattare una paziente se non dopo almeno dieci anni dall'evento neoplastico.

Quali risultati attendere? Piuttosto raramente vedo pazienti che dopo qualche settimana di trattamento annuncino la scomparsa delle vampate: in genere, se il trattamento è ben studiato e prescritto e la paziente è realmente attenta nell'assunzione, i risultati migliori si ottengono –infrequentemente– quando si riducono a due o tre gli episodi di vampate, al giorno, e di breve durata: di più è difficile ottenere, ma si rende la vita più vivibile. Ricche in isoflavoni, poi ne esistono numerose altre piante: Trifolium pratense, leguminosa anch'esso, di cui si usano foglie e fiori; Agnocasto (Vitex Agnus castus) Hypericum (con tutte le attenzioni del caso, per via delle interazioni non infrequenti con altri rimedi/farmaci), Salvia (se presente titolazione in Thujone, dato che l'assunzione di 5 mg./die di questo, è ammessa per non più di 15 giorni, per via della sua azione sui recettori GABAergici⁵; infatti Salvia off. può essere epilettogena; anche in TM, avendo cura di versare le gocce prescritte in acqua tiepida, per consentire l'evaporazione dell'alcool più velocemente, da assumere per brevi periodi e mai in soggetti a rischio di emorragia o in previsione di un intervento chirurgico. Quindi evitarla nei soggetti in preo peri-menopausa con presenza di fibromi uterini, per il rischio di meno metrorragia). Anche Equisetum ha isoflavoni: è una pianta interessante per i suoi effetti remineralizzanti sull'osso. Cimicifuga, o Actea racemosa: riduce la secrezione di LH, oltre a principi attivi con tropismo verso i recettori estrogenici, come gli isoflavoni, con le medesime azioni di Soya; in vitro ha dimostrato una spiccata attività antitumorale su cellule di ca mammario⁶.

Tornando a Soya, c'è da dire che in commercio sono numerosi anche gli alimenti a base di questa, che integrano perfettamente i vari prodotti fitoterapici: germogli, spezzatini, olio, latte... anche perché la ricchezza proteica e la capacità delle frazioni peptidiche delle proteine della soia di legarsi agli steroidi ne permette l'espulsione attraverso le feci; in più, i peptidi stessi sono riassorbiti e piccole quantità di peptidi della soia vanno in circolo e agiscono sul metabolismo dei lipidi. Le persone che si nutrono di derivati della soia hanno un livello di HDL significativamente più alto ed un rischio di fenomeni aterosclerotici più basso⁷. Forse il problema maggiore di questi derivati è l'improbabile sapore, spesso vicino a quello del cartone masticato, per cui io, in casi in cui è

indicato il legume, suggerisco sempre di assumere con regolarità i derivati di soya, purchè ben miscelati agli alimenti di corrente utilizzo, al fine di correggerne la sapidità (veramente pochina: diffido sempre di quelli che ti dicono: "Ah, che buono il latte di soya!") Sono i talebani dell'alimentazione, quelli che a casa loro ti offrono un bel bicchiere di cloruro di magnesio "che fa tanto, ma tanto bene"). Grazie al Cielo, da alcuni anni sono stati introdotti tipi di latte di Soya, aromatizzato alla vaniglia, per esempio; sicuramente più accettabile.

Ma, penserete voi, le reali aspettative? Il 6 settembre 2011 Natural Standard pubblica uno studio in cui si affacciano numerosi dubbi sulla reale efficacia nel prevenire ed evitare gli *hot flushes*, le vampate, anzi, un trial⁸ condotto in doppio cieco (122 donne trattate con soya, 126 con placebo, come nel 98% dei lavori scientifici non specificato)⁹ addirittura ha verificato che le vampate aumentavano, alla dose di 200 mg/die! Dose indubbiamente alta, per la quale potrei invocare un meccanismo come l'ormesi, come si vide in un lavoro con Equiseto (dosi basse stimolano la neo-osteogenesi, dosi elevate tendono a reprimerla), frutto della tenacia di una ex studente del Master senese, che spero venga presto pubblicato. Anche perché alcuni prodotti con 60 mg di isoflavoni aiutano realmente, anche se non risolvono. E' un capitolo ancora da definire e da comprendere appieno.

Un altro interessante principio attivo che ho verificato essere di aiuto nel trattamento della sindrome menopausale (e non solo) è un polifenolo, il resveratrolo (triidrossistilbene); antiossidante già noto, antinfiammatorio, ipolipemizzante... 50 mg al giorno sono la giusta dose; essendo contenuto anche nel vino rosso, sono sufficienti da due a tre litri al giorno del nettare per apportare aumento ponderale, punti in meno sulla patente, aumento delle vampate (forse qualcuno è già a conoscenza che il vino rosso scalda), ma sicuramente tanta, tanta allegria cirrotica e tante nuove conoscenze tra le forze dell'ordine. E' anche però contenuto in due specie di piante molto simili: *Polygonum multiflorum*, herba e *Polygonum cuspidatum*. Nella prima la quota di resveratrolo è decisamente alta, ma anche quella antrachinonica, che (alla dose di grammi due/die in estratto secco D:E=5:1) in un paziente con colestasi o Gilbert può trascendere in una epatite tossica; in questi casi, dopo due mesi, vanno assolutamente richiesti nuovamente AST/ALT e bilirubinemia.

In presenza di alterazione significativa, la semplice sospensione del farmaco ripristina in un mese circa la fisiologica crasi ematica, senza reliquiati. Non è solo la elevata biodisponibilità che ha piazzato la pianta nei primi posti delle hit, ma il contenuto in tetraidrossistilbene tipico di *P. multiflorum*: infatti stimola la pigmentazione del sistema pilifero, ritardando la canizie o, anche, facendola parzialmente regredire. Il nome cinese è, difatti, He Shou Wu, letteralmente: "Il sig. He ha i capelli neri". Quando scoprii in una paziente affetta da ittero di Gilbert la epatotossicità della pianta (poi regredita con la semplice sospensione) ebbi dei problemi con la donna, perché non voleva smettere il trattamento, iniziato per una forma alopecica d.n.n.d.; in effetti il risul-

tato dopo due mesi fu notevole e ben gradito pur se gravato della pesante complicità. Da allora ne prescrivo un grammo al dì con frequenti monitoraggi ematici. *P. cuspidatum* non appare, invece, così tossico, ma senza il tetraidrossistilbene, quindi senza l'effetto "cosmetico" sul capillizio. Sulla cute, sì, invece: è evidente l'azione antiossidante (recentemente sono stati dimostrati recettori dei polifenoli a livello del derma¹⁰), ma anche l'inibizione dei famigerati *hot flushes*: ho iniziato recentemente a prescrivere un prodotto (a base di trans-resveratrolo estratto da *P. cuspidatum*) sotto forma di spray orale sublinguale da poco in commercio, con risultati apparentemente piuttosto positivi già a breve termine (dopo due o tre giorni) e con la dose base di 8,5 mg/die, dato che l'assorbimento sublinguale è circa 300 volte maggiore¹¹. Il Tempo saprà darci una risposta più solida.

Se mi reggete ancora: all'inizio di questo scritto ho citato le basi energetiche delle medicine tradizionali occidentale e orientale. Per aumentare la quota di Acqua, riducendo così l'apparente scatenamento del Fuoco, senza soffiare Aria su questo, che potrebbe spengersi, né coprendolo di Terra per il medesimo motivo, esiste una ricetta a base di sei droghe vegetali che tonifica lo Yin, cioè rinforza l'Acqua, che venne pubblicata in Cina intorno al 1190 d.C., in un trattato di quello che oggi chiameremmo *Pediatria*. La ricetta, Liu (sei) Wei (sostanze) Di Huang (*Rehmannia glutinosa*, radix praeparata che è la più importante, sia per tonificare il Sangue, sia per tonificare l'Acqua, cioè il Rene) Wan (pillola) trova impiego nel paziente che congenitamente si trova in un deficit di Acqua, che si può tradurre nell'infanzia in faringo-tonilliti, adenoiditi, otiti recidivanti, con iperidrosi notturna o anche nicturia, volto iperemico e nell'adulto con l'anamnesi remota positiva per questi accadimenti, con lombalgia (specie L2-L3), gonalgia, volto iperemico, intolleranza al caldo, iperidrosi, calore alla pianta dei piedi, al palmo delle mani, regione precordiale e cervicale anteriore, ipertensione... fino alla c.d. *sindrome secca*. Ovviamente trova indicazione nella sindrome postmenopausale, che - ripeto - non può avere un esordio improvviso; deve esserci un pregresso patologico (un RAA? Uno shock sul piano emotivo? Un trauma fisico, un intervento, una malattia che abbia leso le risorse del prezioso liquido: l'Acqua) che si manifesterà alla scomparsa del flussi mensili (l'unica cosa che non invidio alle donne). Vista da quest'ottica, però, quanti maschi hanno manifestazioni simili? La ricetta Liu Wei Di Huang Wan è facilmente reperibile, più o meno in tutto il Globo, forse una delle ricette più diffuse... Per ciò che concerne posologia e tempi di somministrazione (in genere si inizia in autunno, mai d'estate: la Terra è nutrita dalle piogge autunnali e dalle nevi invernali), preferisco che vengano affidati agli esperti di Medicina Tradizionale Cinese.

Con la speranza che la mia pigiofania (scrivetemi e saprete cos'è) non vi abbia annoiato troppo e di essere stato utile. ■

Bibliografia e note

1. Jul 09, 2002 (HeartCenterOnline), press release from the National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI).
2. Postmenopausal Hormones: Therapy for Symptoms Only; Deborah Grady, n engl j med 348;19 www.nejm.org may, 8, 2003
3. Gabriele Saudelli, Menopause in traditional Chinese medicine. Istituto Superiore di Sanità, Seventh international conference-Sino-Italian health days, Rome, April 3-4, 2003;
4. Se volete la guerra: "Recurrent Clostridium difficile Colitis: Case Series Involving 18 Patients Treated with Donor Stool Administered via a Nasogastric Tube". Johannes Aas, Charles E. Gessert and Johan S. Bakken. Clinical Infectious Diseases 2003; 36:580-5
5. Revisione EMA/HMPC/331653/2008 © EMEA 2010
6. Nesselhut T et al.-Untersuchungen zur proliferativen Potenz von Phytopharmaka mit östrogenähnlicher Wirkung bei Mammarkarzinomzellen. Arch. Gynaecol Obstet 1993; 254; 817-818
7. Mechanisms for the hypocholesterolemic effect of soy protein in normocholesterolemic and hypercholesterolemic men. William W. Wong, David L. Hachey, E. O'Brian Smith, Janice E. Stuff, William C. Heird, and Henry J. Pownall. USDA/ARS Children's Nutrition Research Center, Departments of Pediatrics and Medicine, Baylor College of Medicine, Houston, Texas 77030. Effects of soy isoflavones on atherosclerosis: potential mechanisms. Mary S. Anthony, Thomas B. Clarkson, J. Koudy Williams. Bowman Gray School of Medicine of Wake Forest University, Winston-Salem, NC.
8. Levis S, Strickman-Stein N, Ganjei-Azar P, et al. Soy Isoflavones in the Prevention of Menopausal Bone Loss and Menopausal Symptoms: A Randomized, Double-blind Trial. Arch Intern Med. 2011 Aug 8;171(15):1363-9
9. Mia considerazione: un trial in doppio cieco, se il placebo non è menzionato, che valore può avere?
10. Bastianetto S, Dumont Y, Durantou A, Vercauteren F, Breton L, Quirion R (2010). Protective action of resveratrol in human skin: possible involvement of specific receptor binding sites. PLoS ONE 5 (9): e12935. Questi risultati suggeriscono che il resveratrolo potrebbe ritardare e addirittura impedire il normale svolgimento di invecchiamento della pelle, bloccando gli eventi apoptotici e disfunzioni mitocondriali.
11. Enunciarlo in un consesso di omeopati è un po' come essere blasfemi ad alta voce dopo aver inciampato in una chiesa durante una funzione. D'altronde la biodisponibilità della molecola, deglutita, è veramente scarsa, da cui la dose inferiore ai 50 mg. precedentemente indicati.

Il contributo dell'agopuntura

Franco Cracolici

*Direttore Scuola di agopuntura "Città di Firenze".
Garante per la branca di agopuntura, Centro ospedaliero di Medicina Integrata, Ospedale di Pitigliano
E-mail: francocracolici@yahoo.it*

La Medicina Tradizionale Cinese si è occupata da sempre della fisiologia femminile arrivando, come poche altre pratiche mediche hanno fatto, a comprendere e a trattare i molti disturbi che possono insorgere durante la vita della donna. Dolori mestruali, infertilità, disturbi ormonali, alterazione del ciclo mestruale, disturbi della menopausa, disturbi della gravidanza e del parto sono solo alcuni dei campi esplorati dalla medicina cinese che da molti millenni solleva le donne dalla sofferenza legata alla vita fertile e alla sua conclusione.

Se in Occidente fino a pochi decenni fa nessuno si occupava del dolore legato al parto o dei dolori femminili, classificati per lo più come isteria, in Oriente ad un rigoroso approccio fisiologico si è accompagnata una pratica medica, caratterizzata da Agopuntura e Fitoterapia, che da centinaia e centinaia di anni migliora la salute e la qualità della vita delle donne. Nel testo più antico della Medicina Cinese, il HuangDi NeiJing SuWen, classico

di medicina interna dell'Imperatore Giallo, si afferma che la vita della donna è regolata in base a cicli di sette anni che caratterizzano il suo sviluppo. A quattordici anni si manifesta il Tian Gui, l'Acqua Celeste, che segna l'inizio della via della terra e della riproduzione, mentre a quarantanove anni la menopausa conclude la vita fertile e apre ad una fase successiva dove la donna, liberata dai vincoli dell'accudimento e del sostegno alla famiglia può prendere il posto che le spetta nella società ed occuparsi di se stessa, dello sviluppo della sua personalità e dei suoi desideri. Da un punto di vista fisiologico queste tappe corrispondono all'attività di alcuni grandi canali energetici, i Meridiani Curiosi, che sono incaricati di regolare i passaggi energetici tra i canali Principali. Sono i primi a formarsi in ordine cronologico e sono attivi per tutta la vita regolando le grandi tappe dello sviluppo della persona in base al suo Jing (Essenza) che deriva dall'eredità cromosomica e dalla capacità che l'individuo ha avuto di preservarla e di nutrirla.

Tutti i Meridiani Curiosi originano nella zona ipogastrica, nel Dan Tian, luogo dove il Qi viene conservato e da cui si irradia nei meridiani. Il nome significa letteralmente campo di cinabro, materiale rossiccio da cui viene estratto il mercurio, materiale alchemico e mutageno per eccellenza, e fa riferimento al luogo dove avvengono le mutazioni. Fuoriescono al perineo al punto 1 CV da dove risalgono verso l'alto, anteriormente il Ren Mai (Vaso Concezione, mare dello Yin) e il Chong Mai (mare del Sangue) e posteriormente il Du Mai (Vaso Governatore, mare dello Yang). Nella zona compresa tra questi canali si trova l'utero detto zigong (palazzo del bambino) a cui arrivano due vasi, uno proveniente dal Cuore, che porta sangue e nutrimento, e uno proveniente dal Rene che porta l'Essenza.

Se Sangue ed Essenza arrivano correttamente all'utero si avranno le mestruazioni, Tian Gui, e sarà possibile la gravidanza. Quando si avvicina la menopausa il Sangue si impoverisce progressivamente, l'energia comincia a diminuire e le mestruazioni si interrompono per preservare la vitalità e impedire un cospicuo impoverimento energetico. La variazione dei parametri fisiologici si accompagna a modifiche del comportamento e dell'assetto psicologico, come sempre nella medicina Cinese che non riconosce una distinzione tra mente e corpo e che considera, nella patologia come nella fisiologia, ogni movimento energetico psichico in analogia ed in sincronia con i movimenti energetici del corpo. Esiste infatti un legame stretto tra lo Shen (Spirito) il Qi (Energia) e il Sangue (Xue): l'Energia permette che il Sangue circoli e questo lega saldamente lo Shen al corpo permettendogli di muoversi.

Questa relazione è importante nella patologia dove ad una cospicua perdita di sangue o a una sua stasi in alcuni distretti si possono accompagnare segni psichici importanti come nella depressione post parto.

Alla fine dell'età fertile il Cuore, non più vincolato al rapporto con l'utero può ricominciare a nutrire pienamente lo Shen. In questa fase sarà importante per la donna trovare la sua dimensione personale attraverso la cura del proprio corpo e dei propri interessi per assecondare il movimento energetico in atto e molti sono gli studi che testimoniano il valore terapeutico della cura di se stesse anche non associata ad altri tipi di trattamento. Purtroppo non è sempre facile e la società contemporanea, paradossalmente, peggiora la condizione femminile di questa fase specifica. Il ritardo nella maternità fa sì che si arrivi alla menopausa senza che i figli abbiano raggiunto l'indipendenza piena, spesso con genitori o parenti da accudire e con carichi lavorativi ancora molto pesanti. Questo spiega probabilmente la differenza di incidenza dei disturbi nelle varie popolazioni. Nei paesi Occidentali ad esempio le vampate sono presenti nel 65-75% dei casi mentre in Cina nel 25% e in Indonesia nel 10%.

I disturbi che insorgono possono essere importanti e l'Agopuntura offre un repertorio terapeutico caratterizzato da una grande efficacia e dall'assenza di effetti collaterali. Dal punto di vista fisiopatologico i sintomi della sindrome menopausale sono principalmente legati alla stasi di Sangue e al vuoto di Energia che si determinano

a livello pelvico, il normale transito energetico è ostacolato e lo yang tende a salire dando origine alla maggior parte delle manifestazioni. Si avranno così vampate di calore verso l'alto accompagnate da una profusa sudorazione diurna e notturna. La stasi infatti innesca un aumento del calore e l'apparizione di quello che viene chiamato Vento, una forma di yang potente e molto mobile che tende a dilatare i pori con una cospicua perdita di liquidi. Avremo ipertensione e disturbi della sfera psichica caratterizzati da ansia, irritabilità e insonnia mentre in basso assisteremo alla presenza di edemi, al peggioramento del ritorno venoso e ad un aumento della deposizione di grasso.

Man mano che la patologia si è instaurata si avrà un progressivo esaurimento dei liquidi organici, persi oppure essiccati dal calore interno, con diminuzione della memoria e difficoltà di concentrazione, secchezza delle mucose, osteopenia e osteoporosi, diminuzione del trofismo della cute e dei tessuti. Questi sintomi testimoniano il progressivo indebolimento del Rene che è incaricato di gestire i liquidi organici, è implicato nel nutrimento dell'osso, dei midolli compreso il cervello e che con la sua energia nutre tutti gli altri organi.

La stasi di Sangue può nuocere all'apparato muscolo tendineo e articolare con l'insorgenza di sindromi dolorose che possono precedere o seguire l'inizio della menopausa, le più frequenti sono la fibromialgia, la polimialgia e le sindromi dolorose tipiche e atipiche cervico-brachiali. Queste insorgono a causa di un progressivo indebolimento del Qi del Fegato che nutre muscoli e tendini e muove l'Energia e che viene particolarmente danneggiato dalla stasi. Anche l'irritabilità e i repentini cambiamenti d'umore sono da attribuirsi a questa patogenesi.

Lo scopo di ogni intervento terapeutico è quello di ripristinare il corretto transito energetico, di risolvere la stasi di Sangue e di tonificare gli organi maggiormente in vuoto. Il punto principale da utilizzare in tutti i disturbi della menopausa è il 14 LV, Qimen. È l'ultimo punto a cui arriva l'energia durante la notte che da lì si spinge in profondità per riemergere e cominciare un nuovo ciclo ed è particolarmente importante nel trattamento del Fegato e della sua funzione di messa in movimento dell'Energia. Si utilizza in questo caso come in tutte le patologie dove un ciclo deve finire per ricominciare come ritardi nel secondamento placentare o spotting post-mestruale.

Un altro punto molto importante è il 31 BL, anatomicamente corrisponde al primo forame sacrale e viene utilizzato per portare energia nella pelvi e far circolare il Sangue con un'efficace applicazione anche nelle patologie annessiali, nelle dismenorree, nell'endometriosi e nell'induzione del travaglio di parto. Si utilizza poi il 4 CV, mare del Sangue che tonifica l'essenza e favorisce la discesa dello Yang. A questi si possono aggiungere altri punti che vengono selezionati in base al disturbo principale. In caso di importanti sintomi vasomotori si deve disperdere il calore attraverso l'utilizzo del 14 GV, punto di riunione di tutti i Meridiani Yang, del 4 LI e dell'11 LI. Questi devono essere manipolati in dispersione per migliorare l'efficacia terapeutica. In presenza di ipertensione e disturbi circolatori si aggiungono punti in grado

di far circolare il Sangue come il 3 LV o il 7 PC e di tonificare l'energia come il 6 CV Mare dell'Energia. I disturbi dell'ossificazione sono trattati tonificando i liquidi e migliorandone l'afflusso ai midolli con il 2 TR, migliorando la circolazione del Sangue con il 17 BL, punto attivo sul diaframma e sulla sua funzione di distribuzione, e con il 53 BL che distribuisce il Sangue nella pelvi. Il 6 SP è largamente utilizzato e tonifica il Sangue e lo Yin. I disturbi psichici che si associano alla menopausa si risolvono spontaneamente durante il trattamento anche se può essere utile associare il 7 HT che purifica il calore del Sangue e agisce su insonnia, irritabilità e sbalzi di umore e i punti specifici di regolazione dello Shen come 15 BL, 44 BL o 11GV. Si devono poi correggere gli errori nutrizionali. La Dietetica tradizionale cinese detta dei Cinque Sapori sconsiglia l'utilizzo di cibi ricchi di grassi (insaccati, formaggi stagionati), di cibi piccanti, di caffè, cioccolata e consiglia di moderare l'assunzione di alimenti caldi. Sono invece consigliati tutti i cibi che tonificano l'Essenza come germogli, frutti di mare, fagioli, uova. Molti studi presenti sui principali database medici hanno indagato il ruolo dell'Agopuntura nel trattamento della sindrome menopausale anche se molti sono i limiti metodologici che spesso non consentono di giungere a conclusioni univoche. La depressione sembra essere il disturbo più frequente ed è documentato un miglioramento sostanziale della sintomatologia¹ associato ad un miglioramento dei disturbi del sonno e a un miglioramento della percezione soggettiva dello stato di salute. L'agopuntura è risultata efficace nella diminuzione della vampate di calore² e molti autori hanno constatato un beneficio particolare su intensità e durata degli episodi anche se non sempre si rileva una diminuzione della frequenza. I livelli ormonali sierici³ si modificano dopo un ciclo di Agopuntura, in particolare c'è un aumento dell'LH con sostanziale stabilità dell'FSH e un aumento dei livelli sierici di estradiolo.

La menopausa indotta da Tamoxifene dopo un tumore del seno, benché generalmente caratterizzata da sintomi più severi della menopausa fisiologica e da una maggior componente ansioso-depressiva, beneficia comunque dell'Agopuntura, con risultati proporzionali alla durata del trattamento che persistono a sei mesi⁴. Nel caso delle vampate iatrogene spesso non viene individuata una differenza statisticamente significativa tra l'Agopuntura vera e l'Agopuntura Sham (dove viene simulato un trattamento utilizzando punti non specificamente indicati nella patologia) ma viene sempre rilevato un ulteriore miglioramento della sintomatologia quando il gruppo Sham viene sottoposto a un vero trattamento.

In questo tipo di patologia l'Agopuntura può essere considerata un trattamento di prima scelta data l'assenza di effetti collaterali e i costi ridotti.

Molti studi effettuati nei paesi scandinavi individuano nell'Agopuntura e nelle Medicine Complementari, una valida alternativa ai trattamenti sostitutivi ormonali sia dal punto di vista economico che dal punto di vista medico. Evitano infatti l'esposizione al rischio di effetti avversi migliorando la qualità della vita e della percezione dello stato di salute, risultando per questo particolarmente appropriate alla sindrome menopausale. ■

Bibliografia

- 1 Dørmænen A et al Depression in postmenopause: a study on a subsample of the Acupuncture on Hot Flashes Among Menopausal Women (ACUFLASH) study. *Menopause*. 2011 May;18(5):525-30.
- 2 De Luca AC et al Acupuncture-ameliorated menopausal symptoms: single-blind, placebo-controlled, randomized trial. *Climacteric*. 2011 Feb;14(1):140-5. Epub 2010 May 24.
- 3 Sunay D et al The effect of acupuncture on postmenopausal symptoms and reproductive hormones: a sham controlled clinical trial. *Acupunct Med*. 2011 Mar;29(1):27-31.
- 4 Deng G et al Randomized, controlled trial of acupuncture for the treatment of hot flashes in breast cancer patients. *J Clin Oncol*. 2007 Dec 10;25 (35): 5584-90.



La scomparsa di Roberto Santini, omeopata di altri tempi

Se ne è andato in punta di piedi, in una domenica di marzo. È uscito di scena distrutto da un male cinico e devastante che se lo è divorato in pochi giorni tra il dolore e l'incredulità di familiari, pazienti e colleghi. Solo pochi giorni prima era dietro alla sua scrivania per diffondere umanità e competenza a piene mani. Direttore dell'ISMO (Istituto di Studi di Medicina Omeopatica) di Roma fin dalla scomparsa del fratello Antonio, aveva accettato il ruolo con l'umiltà tipica dei grandi maestri, abbracciando il modello omeopatico costituzionale senza sapere di essere un antesignano di quella Medicina Integrata rivalutata e codificata solo diversi anni dopo.

Assorbe cultura medica in diversi atenei della penisola: dopo la laurea a Napoli, si sposta prima a Careggi in quel di Firenze e poi a Roma, dove applica gli studi di endocrinologia alla medicina spaziale, che trasformerà in specializzazione. Con questa dote l'Aeronautica Militare lo accoglie e lo mette a valutare i piloti dei jet militari, incrementando inconsapevolmente la sua fame di conoscenza delle costituzioni umane e delle possibilità di ottimizzarne i lati positivi. L'incontro con l'omeopatia, avvenuto ad opera del fratello e di Antonio Negro, ha fatto il resto.

Era fautore di una medicina figlia del suo tempo: mai un accertamento senza una diagnosi, mai un gesto terapeutico che mettesse a rischio la salute dei suoi pazienti. Gli allievi della scuola ISMO porteranno sempre con loro i suoi equilibrati insegnamenti colmi di sano pragmatismo: aiutare il terreno costituzionale con il drenaggio, un uso equilibrato del farmaco convenzionale, il rimedio omeopatico come stimolo ottimale dei processi di autoguarigione del paziente. Il tutto condito da un'immensa umanità, in grado di accendere una calda fiamma di rassicurazione in ogni paziente. Quella stessa fiamma che si è spenta, in punta di piedi, in una triste e piovosa domenica di marzo.

da Omeopatia33 del 2 aprile 2012

OmeopatiaOnline

Il Forum virtuale dei soci SIOMI

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

Istruzioni per gli autori

I manoscritti devono essere redatti seguendo scrupolosamente le norme di seguito specificate. Non verranno presi in considerazione articoli non uniformati a tali standard.

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) o inviando copia del manoscritto e delle figure su CD, alla rivista HIMed c/o ISMO, Via Adolfo Venturi, 24 - 00162 Roma.

Copyright

I manoscritti e il materiale iconografico rimangono proprietà della SIOMI. **Ai lavori deve essere acclusa la seguente dichiarazione, firmata da tutti gli Autori:** I sottoscritti Autori (segue il nome per esteso di tutti gli Autori) trasferiscono il copyright del manoscritto intitolato (segue il titolo dell'articolo) alla SIOMI, Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata. Essi dichiarano che l'articolo non è stato pubblicato in precedenza né al presente sottomesso ad altri giornali per la pubblicazione.

Formato dei manoscritti

1. Le pagine devono essere numerate consecutivamente e così anche tabelle (numeri romani) e figure (numeri arabi) con relative didascalie.
2. 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.
3. Deve precedere l'articolo un riassunto di circa 200 parole, con 3-4 parole indice. 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.

Esempio di articolo di giornale: Lebel MH, Freij BJ, Syrogianopoulos GA, McCracken GS. Dexamethasone therapy for bacterial meningitis. N Engl J Med 1988; 15: 964-71.

Esempio di libro: Blumberg BS. The nature of Australia antigen: infectious and genetic characteristics. In: Popper H, Schaffner F, editors. Progress in liver disease. Vol. IV. New York and London: Grune and Stratton; 1972. p. 367-79.

Tabelle e figure

Tabelle e figure vanno richiamate nel testo e numerate consecutivamente. Le figure devono essere presentate sotto forma di file JPG (anche in PowerPoint o PDF) oppure di stampe professionali **in bianco e nero**, nitide, di dimensioni non superiori a 18x24 cm, riportando a parte le relative didascalie, definendo tutti i simboli e le abbreviazioni usate. Ogni illustrazione deve portare sul retro, su un'etichetta adesiva, il numero progressivo, il nome del primo Autore e l'indicazione dell'orientamento. Eventuali illustrazioni a colori saranno pubblicate a spese degli Autori.

Bozze di Stampa

La correzione delle bozze di stampa dovrà essere limitata alla semplice revisione tipografica, eventuali modifiche del testo verranno addebitate agli Autori. Le bozze verranno inviate per e-mail, gli Autori dovranno rinviarle entro 5 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.

ELENCO DI CONTROLLO

Si prega di controllare questo elenco prima di inviare l'articolo

- Titolo corrente.
- Nomi per esteso degli Autori.
- Autore di riferimento (con relativi recapiti).
- Qualifica e istituzioni di appartenenza di ogni singolo Autore.
- Lettera di trasferimento del *copyright*.
- Riassunto di circa 200 parole.
- Parole indice (keyword).
- Una copia del testo inviata via e-mail.
- Le figure con relative didascalie numerate.
- Indicazioni bibliografiche nel testo e bibliografia (secondo istruzioni).



la cura naturale per l'infanzia

I rimedi omeopatici VANDA
trovano efficace impiego
nelle principali patologie
dell'infanzia
e della pre-adolescenza.



VANDA OMEOPATICI - Via di Morena, 61/B - 00043 CIAMPINO (RM)
Tel. 0679312185 - Fax 0679810214

www.vanda.it

Per saperne di più
scrivete a info@vanda.it

VANDA
OMEOPATICI