

HIM@d

HOMEOPATHY

and Integrated Medicine



Maggio 2015 | Volume 6 | Numero 1

SIOMI
SOCIETÀ ITALIANA DI OMEDPATIA
E MEDICINA INTEGRATA

Organo ufficiale della
SOCIETÀ ITALIANA DI OMEDPATIA E MEDICINA INTEGRATA



Nature Whispers

La Natura Sussurra

Amm. Delegato

Roberta Russo - Vice Presidente Omeoimprese

Certificazione

ISO9001

Certificazione

ISO13485

Produzione

GMP - Good manufacturing practices

Fondazione:

Ostenda, Belgio 1973

Sede centrale:

Via Solferino 10, Frascati

Contatti

Email: info@vanda.it

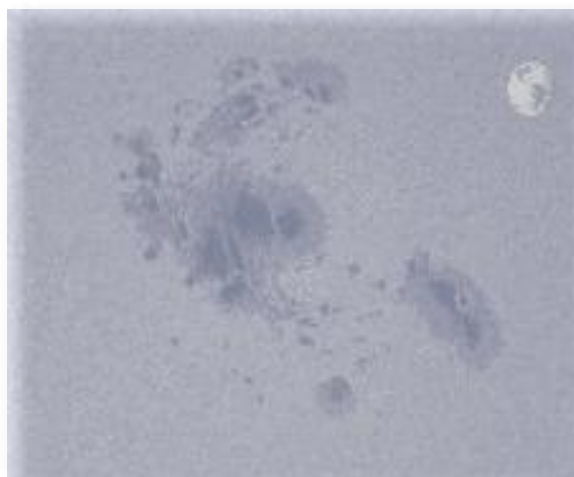
Web: www.vanda.it



Area riservata ai professionisti della salute:

My Vanda





In copertina: macchie solari messe a confronto con la Terra
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

© 2010-2018 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 maggio 2018
presso Grafica Di Marcotullio s.a.s.
Via di Cervara, 139 - 00155 Roma

COMITATO SCIENTIFICO

Area di omeopatia e medicina integrata

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

Area accademica e medicina convenzionale

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

HIMed

HOMEOPATHY and Integrated Medicine

Anno 9 - Numero 1, Maggio 2018

■ Editoriale

2 L'unione fa la forza...

di Simonetta Bernardini

■ In primo piano

4 Antibiotico-resistenza e omeopatia

di Francesco Macrì

■ Contributi originali

7 Il sale in Medicina Ayurvedica

di Teresa De Monte

14 Il mercato della tristezza e i Fiori di Bach

di Danilo Bottini

18 Hahnemann e la Psichiatria

di Luigi Turinese

21 Case management e terapie integrate

di Armando Splenito

23 Il Chronic Care Model Integrato in Regione Toscana

L'esperienza in un ambulatorio di MMG

di Irene Pica

26 L'infermiere esperto in medicine complementari

Viaggio virtuale intorno al mondo

di Carmen Moio

30 Il respiro della vita e il craniosacrale

di Valentina Detti

36 Il Tocco Armonico® in ambito oncologico

di Chiara Arianna Accornero

38 L'efficacia del Tocco Armonico® nella casistica di un reparto ospedaliero

di Erika Pavesi

■ I grandi personaggi dell'omeopatia

11 Jacques Jouanny

a cura di Rosaria Ferreri

■ Spotlight - La ricerca scientifica in Medicina Integrata

33 a cura di Gino Santini

Amica, efficace antinfiammatorio anche a diluizioni omeopatiche - Meno antibiotici per i medici inglesi grazie alla Medicina Integrata - Cantharis e le infezioni urinarie: la pepita sta nell'immuno-istochimica

■ Quaderni di Medicina Integrata - Alcol-dipendenza

40 Il problema dell'alcol-dipendenza

di Gabriele Bardazzi e Laura Polero

42 Il contributo della fitoterapia

di Ludovico Abenavoli e Cataldo Rotondo

44 Il contributo dell'agopuntura

di Maria Cristina Quaranta

46 Il contributo dell'omeopatia

di Sergio Segantini

■ L'omeopatia raccontata

34 Assassinio al circolo di tennis

di Italo Grassi

L'unione fa la forza...

Simonetta Bernardini

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

L'assalto mediatico subito dall'omeopatia nella nostra nazione dal 2017 è stato drammatico. Riassumiamolo.

Una prima azione forte fu la trasmissione de La7 del conduttore Formigli che è andata in rete il 30 novembre del 2017. In quella occasione, la vergogna fu il giornalista "scientifico" (le virgolette sono d'obbligo) il quale ripeté in studio l'esperimento degli «scettici delle 10,23 (ricorderete che un gruppo di 300 scettici, anni addietro, precisamente nel 2010, aveva assunto un intero tubo di Arsenicum album omeopatico e poichè non morirono conclusero che l'omeopatia era acqua fresca). Ebbene, il giornalista ha mangiato in diretta TV un intero tubo di un non meglio precisato medicinale omeopatico (50 pasticche) per dimostrare che, siccome non sarebbe stato male, l'omeopatia è solo zucchero. Una cosa del tutto ridicola che dimostrava che non aveva capito nulla. Ma questo lo sappiamo noi, mentre non lo sa, purtroppo, la maggioranza del pubblico che viene così raggirato facendo passare l'idea, cara alla farmacologia convenzionale, delle overdosi di principio attivo: non può esserci un farmaco senza effetto collaterale, come se l'effetto collaterale fosse una cosa buona e giusta!

Ma, dicevamo, a parte questa ridicola situazione, la trasmissione fu abbastanza equilibrata, avendo Formigli dato spazio sia ai favorevoli che ai contrari. Il peggio doveva ancora venire e il peggio fu la TV di regime: Rai Tre e la sua trasmissione Presa Diretta, del 3 marzo 2018, condotta dal giornalista Iacona, nella quale, senza alcun contraddittorio, la parte principale la fece il presidente dell'Istituto di Sanità Ricciardi. A Ricciardi fu demandato il commento dei contenuti inappropriati e spudoratamente partigiani dell'intera trasmissione, nella quale si sparava a zero contro gli omeopati e non solo, poichè lui se la prese anche contro gli agopuntori e più in generale con chiunque non si pronasse davanti alla "scienza", quella, per intendersi, del pensiero unico in medicina: la scienza della EBM.

Finalmente, il mondo dell'omeopatia intero e compatto ha reagito scrivendo una lettera di peso che ha raggiunto i media e, perlomeno, ha potuto essere letta da milioni di cittadini smarriti che, altrimenti, avrebbero soltanto potuto interrogarsi se, adottando l'omeopatia, non si fossero affidati a "cialtroni, truffatori o praticanti" al pari degli "astrologi" (sic) come erano stati fatti passare nella riprovevole trasmissione le decine di migliaia di medici iscritti all'Albo che questo paradigma medico lo praticano quotidianamente.

Sempre nel marzo 2018 ci sono state anche le elezioni politiche che, nel bene o nel male, consegnando il Paese ad altre forze di governo, hanno spostato un poco il gioco ge-

nerale togliendo un po' la parola ai soliti due-tre personaggi che i media hanno deciso di monopolizzare contro di noi: Garattini, Burioni e Ricciardi per l'appunto.

Ma la classica goccia che ha fatto traboccare il vaso è arrivata dalla FNOMCeO. In passato, quando nacque il portale *www.dottoremaeveroche*, la SIOMI aveva già scritto alla FNOMCeO per offrire all'allora presidente della Federazione Chiersevani la propria competente e autorevole collaborazione per la redazione di news corrette su omeopatia e la Medicina Integrata. Ricevemmo un laconico "grazie, ma non ci interessa" e questo ci aveva fatto temere la diffusione di contenuti fuori contesto proprio sul tema dell'omeopatia da parte della Federazione. Per questo avevamo chiesto un incontro al nuovo presidente della FNOMCeO Filippo Anelli.

Già ma "avevamo" chi? Dicevamo che l'unione fa la forza. E così è stato. Per la prima volta nella storia delle Medicine Complementari in Italia, «avevamo» si riferisce all'intero comparto dell'omeopatia in Italia così come contemplato dall'Accordo Stato-regioni del 2013, dove per "omeopatia" si intende l'omeopatia, l'omotossicologia e l'antroposofia.

Così la lettera ad Anelli è stata scritta con la firma sia della SIOMI, che della FIAMO, che di SIMA, che di AMIOT che di altre sigle (SMB, Omeomefar, LUIMO, COII). Il Presidente Anelli ci ha ricevuto e ci ha rivolto l'invito a prendere parte alla definizione degli statuti generali della professione medica. Tuttavia egli ci ha accolti sul modello cristiano del figliol prodigo: anche noi potevamo essere ammessi alla Federazione poichè - "anche se l'omeopatia non ha conferme scientifiche" (riporto le parole testuali usate da Anelli nell'incontro) - non per questo noi dovevamo essere esclusi... Questa, dunque, la situazione che ci si è parata davanti: anche il nostro Presidente nazionale era convinto che nessuna evidenza di efficacia fosse mai stata prodotta nel nostro mondo dove, dunque, come si cura con il kiwi la stipsi in assenza di verifiche su EBM, si può anche curare il trauma con Arnica in altrettanta assenza di verifiche da EBM?...

Eh già, noi poveri federati (cioè iscritti ai nostri ordini dei medici) di serie B, abituati a vivere di sola esperienza... Magari comunicata con che cosa? Il passaparola? Il nostro presidente nazionale non ci ha escluso, possiamo dunque essere... orgogliose cenerentole? Così abbiamo fatto presente ad Anelli che la letteratura scientifica invece c'è. Il Presidente allora ha avuto una idea: affidare all'ISS la disamina se l'omeopatia/e ha/hanno oppure no evidenze di efficacia. Evviva: le cenerentole hanno la possibilità di poter dimostrare a qualcuno che sono qualcosa anche loro!...



Ricciardi ha risposto, ad Anelli - sempre per la via mediatica - che è disposto ad aprire un tavolo all'ISS per verificare se l'omeopatia abbia o no una letteratura scientifica e quindi che convocherà le sigle del nostro mondo all'uopo.

Ora questa questione si è già verificata nel mondo e, a seconda di come sia stata interpretata la letteratura disponibile, si è fatto una cialtrona come quella australiana dove non un lavoro di ricerca (come qualcuno sui soliti media vuole far credere) ma un report preparato in maniera preconcepita ha voluto decretare (come già fece the Lancet nel 2005) la "fine - mediatica - dell'omeopatia", che poi evidentemente non finì. Oppure una cosa illuminata come quella Svizzera. Dall'analisi infatti della stessa letteratura disponibile, in Svizzera è emerso che l'omeopatia ha evidenze sufficienti per poter essere ammessa alla rimborsabilità da parte delle assicurazioni ne' più ne' meno che la medicina convenzionalmente intesa.

C'è da chiedersi come questo sia possibile. Si sa che l'analisi della letteratura può essere fatta secondo il ben noto modello delle zampe di elefante in una cristalleria: si tratta, in questo caso, di zampate intelligenti e ad hoc che travolgono solo la letteratura favorevole inventando - a posteriori - dei motivi per distruggere i lavori buoni. Ad esempio: troppi pochi casi pubblicati (sempre su lavori di ricerca favorevoli all'omeopatia) e quindi il lavoro si elimina. Come se fosse una mera questione di numeri l'efficacia di una terapia, per giunta individualizzata!

Ma non si parlava di bias in EBM? E questi cosa sarebbero? Osservatori distorti che producono risposte distorte, ecco perchè poi c'è differenza tra i dati australiani e quelli svizzeri: il materiale è lo stesso, diverso il modo di utilizzare il materiale.

E come si comporterà l'ISS? A giudicare dal suo Presidente non c'è certo alcuna preconcepita apertura nei nostri confronti. Speriamo non vi sia nemmeno una preconcepita chiusura... L'occasione è molto critica per tutta l'omeopatia e forse proprio l'unione che ha fatto la forza ci permetterà, lavorando tutti insieme, di individuare e far valere le giuste ragioni.

Concludiamo con una buona notizia: la SIOMI sta preparando il suo ventennale (nel 2019 la nostra SMS compie venti anni) dal titolo: "L'omeopatia cambia, verso... L'approccio alle malattie croniche oltre l'evidenza" che si svolgerà a Firenze dal 15 al 17 marzo 2019 presso il Grand Hotel Baglioni.

Bei nomi della medicina ortodossa e della nostra medicina omeopatica si alterneranno dal palco in relazioni dedicate al nostro tema più caro: le malattie croniche e la ricerca

scientifica. Il venerdì il convegno si aprirà con un seminario (con traduzione simultanea) dal titolo: "Advances in Homeopathy: a new scientific and social perspective". Il seminario sarà condotto dal prof. Andrea Dei e riporterà le relazioni di Jayesh R. Bellare, l'ingegnere indiano che ha scoperto le molecole all'interno delle soluzioni omeopatiche anche apparentemente ultradiluite (avvalorando la nostra ipotesi di un quantum chimico piuttosto che energetico alla base del meccanismo d'azione del medicinale omeopatico); a seguire verranno presentate le relazioni di Paolo Bellavite e Luca Poma.

Inoltre, il 17 marzo 2019 ci sarà una Tavola Rotonda dedicata al futuro della medicina omeopatica alla quale verranno invitate, insieme al Ministero della Salute, ad ISS e all'Assessore alla Salute della Toscana, tutte le sigle delle omeopatie italiane, convinti come siamo che d'ora in poi vadano bandite le battaglie interne al nostro piccolo mondo, poichè il nemico è, ed è sempre stato, fuori e non dentro la nostra comunità. ■

15-17 marzo 2019
Grand Hotel Baglioni - Firenze

VIII Convegno Triennale SIOMI

"L'omeopatia cambia verso..."

L'APPROCCIO ALLE MALATTIE CRONICHE
OLTRE L'EVIDENZA

*in occasione del Ventennale
dalla fondazione della Società*

Gli eventi della SIOMI, i video,
i documenti, le ultime news,
l'elenco dei medici SIOMI,
le FAQ sull'omeopatia,
più di 800 abstract,
un motore di ricerca interno
e molto altro su:

www.siomi.it

Omeopatia e Antibiotico-resistenza

Francesco Macri

Vicepresidente SIOMI
E-mail: f.macri@siomi.it

Il problema dell'antibiotico resistenza (AR), da diverso tempo all'attenzione della classe medica e delle Istituzioni Sanitarie a livello internazionale, ha assunto negli ultimi anni particolare rilevanza: il sistema di sorveglianza Global Antimicrobial Surveillance System (GLASS) allertato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nell'ottobre 2015, segnala un'emergenza crescente di batteri che non rispondono agli antimicrobici utilizzati per debellarli¹.

I dati sono preoccupanti soprattutto perché i patogeni non rispettano i confini nazionali, come ha dichiarato Marc Sprenger, direttore del Segretariato della resistenza antimicrobica dell'Oms, e i batteri resistenti più comunemente riportati sono *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus pneumoniae*. Dei 52 Paesi iscritti al GLASS, soltanto 40 hanno fornito informazioni sui loro sistemi di sorveglianza nazionali e soltanto 22 hanno anche fornito dati sui livelli di resistenza. In Italia la resistenza agli antibiotici si mantiene tra le più elevate in Europa, fatto legato presumibilmente all'eccessivo uso di antibioticoterapia, considerando il dato che ogni giorno in Italia circa un milione e mezzo di persone (2,5% della popolazione) assume al di fuori dell'ambito ospedaliero un antibiotico.

Secondo il recente Report della Sorveglianza Nazionale delle batteriemie² l'incidenza della resistenza della *Klebsiella pneumoniae* ai carbapenemi è salita dall'1,3% nel 2009 al 27% nel 2011 fino al 33% nel 2015 e ad essa dobbiamo circa 2000 casi di batteriemia per anno. Anche l'*Escherichia coli* ha raggiunto alte percentuali di resistenza agli antibiotici: 30% verso le cefalosporine di terza generazione e 43% verso i fluorochinoloni. La sorveglianza evidenzia inoltre una situazione critica anche per le multiresistenze osservate per lo *Pseudomonas aeruginosa* e per l'*Acinetobacter spp.*, responsabili soprattutto di Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) in pazienti ricoverati in terapia intensiva ed in altri reparti ad alta intensità di assistenza.

Tra i Gram positivi, la percentuale di *Staphylococcus aureus* resistente alla Meticillina oscilla da anni intorno al 33-34%, mentre si è invece dimezzata la resistenza alla penicillina nello *Streptococcus pneumoniae* (responsabile di polmoniti e sepsi anche in pazienti non ospedalizzati) e la resistenza alla Vancomicina negli Enterococchi, che ha rappresentato un grosso problema clinico negli anni Novanta, rappresenta di nuovo una minaccia.

Le cause di sviluppo dell'AR sono complesse, ma includono certamente un uso eccessivo e non appropriato di antibiotici, la diffusione delle infezioni ospedaliere da

microrganismi antibiotico-resistenti e il limitato controllo di queste infezioni, il diverso stile di vita con la tendenza a preferire viaggi internazionali che comporta una maggiore diffusione dei ceppi. In particolare è l'uso inappropriato degli antibiotici, spesso anche in mancanza di corretta indicazione, che porta ad un aumento del fenomeno selettivo favorendo l'emergere, la moltiplicazione e la diffusione dei ceppi resistenti.

Il fenomeno dell'AR ha portato i ricercatori a condurre studi di nuove molecole per contrastarlo ma la lentezza con cui vengono ottenuti i risultati non riesce a offrire soluzioni efficaci in tempo utile. Tra i meccanismi possibili alla base dell'AR alcuni vengono presi in maggior considerazione.

- La resistenza cromosomica che genera una ridotta affinità per il bersaglio in quanto il gene che produce il bersaglio dell'antibiotico subisce una piccola mutazione, tale però da ridurre drasticamente la funzionalità e quindi la sua capacità ad interagire con l'antibiotico. E' possibile anche che la mutazione del gene porti ad una iperproduzione del bersaglio, rendendo inefficace l'antibiotico, almeno alle dosi abituali.
- La resistenza extracromosomica in grado di generare una inattivazione intracellulare dell'antibiotico, provocata dalla produzione di enzimi che lo inattivano, come la beta lattamasi.
- La diminuita penetrazione dell'antibiotico nella cellula batterica, dovuta alla produzione di trasportatori di membrana che riconoscono ed estrudono l'antibiotico dalla cellula.
- La sostituzione del bersaglio operata dall'agente batterico che sostituisce il bersaglio di un antibiotico con un'altra molecola che svolge le medesime funzioni ma con cui l'antibiotico non interagisce.

Tali meccanismi hanno rappresentato gli elementi d'interesse per i ricercatori per la conduzione degli studi ma la rapidità con cui si instaurano le resistenze ha indotto a cercare con urgenza misure immediate per contrastarle, cosicché nel nostro paese è stato stipulato un Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020.

Il piano intende descrivere la situazione e proporre le azioni per assicurare il monitoraggio dei consumi di antibiotici attraverso rapporti annuali OsMed dedicati al tema dell'uso di antibiotici, con lo scopo di individuare aree di potenziale uso inappropriato e promuovere il confronto tra aree geografiche diverse attraverso:

- un rapporto annuale dedicato esclusivamente agli antibiotici che contenga informazioni utili a identificare aree di utilizzo inappropriato in ambito ospedaliero e territoriale (entro il 2020);
- la collaborazione inter-settoriale per lo sviluppo e la produzione di un rapporto nazionale sull'uso di antibiotici in ambito sia umano sia veterinario da correlare con i dati di antibiotico-resistenza (entro il 2020);
- lo sviluppo di un sistema per il monitoraggio dell'appropriata dispensazione di antibiotici ad uso umano in farmacia, allo scopo di verificare l'esistenza e l'entità del fenomeno della dispensazione senza prescrizione medica (over-the-counter);
- l'attivazione di un canale di dialogo con le farmacie per la prevenzione dell'uso scorretto degli antibiotici con particolare attenzione al tema della corretta informazione alla popolazione sull'uso responsabile di antibiotici, attraverso il coinvolgimento delle associazioni di categoria in iniziative di formazione e comunicazione specifiche (entro il 2018);
- il miglioramento in ogni regione, dei sistemi di monitoraggio dell'uso di antibiotici affinché sia garantita la restituzione dei dati ai singoli prescrittori e per azioni di miglioramento (entro il 2020);
- la promozione del confronto delle esperienze regionali di monitoraggio dell'uso di antibiotici in armonia anche con quanto previsto dal Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 con l'obiettivo di attivare in ogni regione un sistema integrato umano-veterinario di monitoraggio degli antibiotici e delle resistenze (entro il 2020).

Si tratta di esempi di strategie possibili per contrastare il fenomeno dell'AR e per ridurre le sue conseguenze come mortalità e aumento della spesa sanitaria, purtroppo le strategie finora messe in atto anche a livello internazionale non sembrano essere attuate in modo efficace.

Le Medicine Complementari (CAM) concettualmente si pongono come alternativa all'uso della terapia convenzionale, ma negli anni recenti si è andato affermando il modello della Medicina Integrata (MI) che prevede un affiancamento tra Medicina Ufficiale e CAM, secondo varie articolazioni di integrazione, a volte anche con il solo scopo di ridurre gli effetti collaterali o indesiderati che la Medicina Ufficiale può comportare. In omeopatia il tema degli effetti indesiderati viene addirittura strutturato all'interno del modello reattivo della *sicosi* che attribuisce agli abusi in genere (all'epoca sessuali o di alcol, oggi anche di farmaci o vaccini) l'insorgenza di sintomi o di patologie: Hahnemann nell'*Organon* afferma che "...la Sicosi è sempre stata considerata fino ad oggi una malattia che forma un'entità a sé stante. Questo è un grave errore, ...la si credeva guarita dopo la distruzione delle escrescenze cutanee, ...la discrasia che pur persisteva, sfuggiva all'osservazione." Ortega, in accordo con Hahnemann, definisce la sicosi come uno stato costituzionale risultante dalla soppressione arbitraria e non naturale delle affezioni catarrali e delle secrezioni prodotte dagli eccessi.

Le CAM in generale e l'omeopatia in particolare possono consentire una riduzione dell'uso della terapia antibiotica?

Alcune esperienze hanno messo in evidenza che l'uso delle CAM nell'ambito di setting terapeutici improntati al modello della MI è in grado di consentire un risparmio in generale della spesa sanitaria: tra i primi dati in tal senso furono quelli ottenuti da Smallwood nel Regno Unito e pubblicati su BMJ nel 2005³ ma successivamente ci sono state conferme da parte di altri gruppi, anche Italiani, come nella ASL di Lucca⁴. Estrapolando questi dati, in una simulazione di intervento con terapie complementari su pazienti affetti da COPD (Broncopneumatia Cronica Ostruttiva) in una regione italiana (Lazio a campione) si otterrebbe un risparmio di spesa di oltre 100 milioni di euro per anno.

Tra i fattori in grado di procurare tale risultato anche la riduzione della prescrizione di farmaci ed è importante ricordare a tale proposito come in campo medico negli ultimi anni si sta affermando il concetto della medicina personalizzata, addirittura, nella declinazione più pertinente, della medicina centrata sulla persona. Questo concetto non è realmente innovativo poiché da sempre è alla base dell'impostazione della terapia omeopatica che lo applica nel modo più esaustivo nella ricerca del simile: curare il malato con quella malattia! Nel repertorio di James Tayler Kent, ad esempio, per la tosse scatenata dalla collera, troviamo ben 16 diversi rimedi omeopatici con un'ampia possibilità, quindi, di trovare il rimedio efficace per il paziente con una migliore risposta terapeutica. Nel caso specifico, nella terapia della tosse o dei sintomi respiratori in senso lato, potremmo anche prevedere un minor ricorso all'uso di antibiotici, senza aumento di incidenza delle complicanze delle infezioni, come evidenziato nei lavori di Trichard e Haidvogel^{5,6}.

Un lavoro eccellente è quello pubblicato da Grimaldi-Bensouda e coll. nel 2014, condotto su 518 pazienti (28,1% di essi bambini di età inferiore a sei anni) con infezioni delle vie respiratorie con un follow-up di 12 mesi, dimostrando che il gruppo di pazienti curati dal medico omeopata assume, in modo significativo, meno antibiotici e antinfiammatori rispetto al gruppo di pazienti curato dal medico convenzionale, con un OR di 0,43⁷. Sempre nel 2014 il lavoro di Hamre e coll. su 529 pazienti di età inferiore a 18 anni con diagnosi di infezione delle alte vie aeree o di otite, suddivisi in due gruppi trattati con terapia convenzionale o con medicina antroposofica: un follow-up di 28 giorni ha mostrato un uso di antibiotici nel 5,5% dei pazienti trattati con antroposofia contro il 25,6% dei pazienti trattati con terapia convenzionale con un p di 0,001⁸. Nello stesso anno lo studio di Taylor e Jacobs in 206 pazienti pediatrici di età 6 mesi-11 anni, affetti da otite acuta, randomizzati in due gruppi di 104 e 102, trattati rispettivamente con una preparazione di gocce auricolari a base di rimedi omeopatici o con terapia convenzionale con un follow-up di 15 giorni. Gli antibiotici sono stati usati nel 26,9% dei pazienti del primo gruppo e nel 41,2% dei pazienti del secondo gruppo, con un p di 0,03⁹.

Nel Regno Unito il 74% degli antibiotici viene prescritto dai General Practitioner (GP) e negli ultimi anni il National Institute for Health and Care Excellence (NICE), allo scopo di contrastare il fenomeno dell'AR, ha raccomandato di prescrivere antibiotici evitandone l'abuso nel caso di affezioni acute come le faringotonsilliti, le otiti, le bronchiti, le sindromi influenzali. E' da ricordare che la Camera dei Lords nel 2000 ha indicato le 5 principali terapie complementari (omeopatia, fitoterapia, agopuntura, osteopatia e chiropratica) ed esse vengono praticate in alcuni ambulatori di medicina generale da general practitioners esperti in setting di Medicina Integrata (MI).

Nel 2018 Van der Werf e coll hanno condotto una ricerca ponendo a confronto il comportamento professionale di GP che adottano la MI con il comportamento di GP convenzionali, tra i parametri presi in considerazione anche la prescrizione di antibiotici. I risultati indicano che nel primo gruppo la prescrizione di antibiotici è inferiore del 22%¹⁰. D'altro canto sono numerosi i lavori che dimostrano come un corretto ricorso alla prescrizione di antibiotici per le infezioni delle vie respiratorie, evitandone l'abuso, è in grado di contrastare il fenomeno dell'AR¹¹ e, a commento, vedasi l'eccellente editoriale di Friedman e Whitney comparso su JID dell'aprile del 2008¹². Sulla scia di questi dati è stato avviato uno studio a livello europeo siglato come "Appropriate use of antibiotics: the role of CAM treatment strategies" affidato al Gruppo di Lavoro JPIAMR (Joint Programme Initiative for AntiMicrobial Resistance) con esperti di Università Europee: Berna, Bristol, Southampton, Berlino, Tubingen, coordinati da Erik W. Baars (Leiden, Olanda). Lo scopo è quello di valutare la letteratura a disposizione nell'ambito della terapia delle infezioni respiratorie attuata con le CAM, in modo da poter formulare delle proposte del loro uso basate sulla evidenza. I risultati saranno illustrati in una riunione organizzata da EURO-CAM a Brussels nel 2018. In conclusione esistono dati in letteratura che dimostrano come l'impiego delle CAM in generale e dell'omeopatia in particolare è in grado di ridurre l'uso degli antibiotici con plausibili ricadute positive nell'ambito delle strategie di contrasto al fenomeno dell'AR. ■

Bibliografia

1. World Health Organization (WHO). Antibiotic resistance: Multi-country public awareness survey. Geneva, 2015 41 Special Eurobarometer 445. Antimicrobial resistance. Survey conducted by TNS opinion & social at the request of the European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety; Survey co-ordinated by the European Commission, Directorate-General for Communication (DG COMM "Strategy, Corporate Communication Actions and Eurobarometer" Unit). http://ec.europa.eu/dgs/health_food_safety/amr/docs/eb445_amr_generalreport_en.pdf 42 World Health Organization (WHO). Global action plan on antimicrobial resistance. Geneva, 2015.
2. Sorveglianza nazionale delle batteriemie da enterobatteri produttori di carbapenemasi. Rapporto 2013-2016: Michela Sabbatucci (a, b), Simone Iacchini (a), Stefania Iannazzo (c), Chiara Farfusola (c), Anna Maria Marella (a), Veronica Bizzotti (a), Fortunato D'Ancona (a, c), Patrizio Pezzotti (a), Annalisa Pantosti (a) (a) Dipartimento di Malattie Infettive, Istituto Superiore di Sanità, Roma (b) European Programme for Public Health Microbiology Training, European Centre for Disease Prevention and Control, Stoccolma (c) Ufficio V – Prevenzione delle Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale.
3. Smallwood C. The role of complementary and alternative medicine in the NHS. Available from: www.freshminds.co.uk/pdf/the20%report.pdf [accessed in June 2007].
4. Rossi E, Crudeli L, Endrizzi C et al. Cost-benefit evaluation of homeopathic versus conventional therapy in respiratory diseases. *Homeopathy* (2009) 98, 2-10
5. Trichard M, Chaufferin G, Nicoloyannis N. Pharmacoeconomic comparison between homeopathic and antibiotic treatment strategies in recurrent acute rhinopharyngitis in children. *Homeopathy* (2005) 94:3-9
6. Haidvogel M, Riley DS, Heger M et al. Homeopathic and conventional treatment for acute respiratory and ear complaints: a comparative study on outcome in the primary care setting. *BMC Complement Altern Med* (2007) 7:7 DOI: 10.1186/1472-6882-7-7.
7. Grimaldi- Bensouda L, Bégaud B, Rossignol M et al. Management of upper respiratory tract infections by different medical practices, including Homeopathy, and consumption of antibiotics in primary care: the EPI3 cohort study in France 2007-2008. *PLoS ONE* 9(3): e 89990 doi: 10.1371/journal.pone.
8. Hamre HJ, Glockmann A, Schwarz R et al. Antibiotic use in children with acute respiratory or ear infections: prospective observational comparison of anthroposophic and conventional treatment under routine primary care conditions. *Evidence Based CAM dx.doi.org/10.1155/2014/243801*.
9. Taylor JA, Jacobs J. Homeopathic ear drops as an adjunct in reducing antibiotic usage in children with acute otitis media. *Global Pediatric Health* January-december 2014: 1-7.
10. van der Werf E, Duncan LJ, van Flotow P et al. Do NHS GP surgeries employing GPs additionally trained in Integrative Medicine have lower antibiotic prescribing rate? Retrospective cross sectional analysis of national primary care prescribing data in England in 2016, *BMJ Open* 2018; e020488, doi: 10.1136/bmjopen-2017-020488.
11. Guillemot D, Varon E, Bernede C et al. Reduction of antibiotic use in the community reduces the rate of colonization with Penicillin G-non susceptible *St. pneumoniae* *Clin Infect Dis* 2005; 41:930-938.
12. Friedman CR, Whitney CG. It's time for a change in practice: reducing antibiotic use can alter antibiotic resistance. *JID* 2008; 197 (15 april).asdasd

Il sale in Medicina Ayurvedica

Teresa De Monte

Specialista in Scienza dell'Alimentazione, Medico esperto in omeopatia
Mail: dr_teresademonte@yahoo.it

Il sale ha un ruolo importante nella dieta umana. L'uomo ha preso l'abitudine di consumare sale probabilmente con il passaggio dalla caccia all'agricoltura. Quanti di noi possono mangiare senza sale?

Il sale in Ayurveda è *lavana*, un elemento essenziale nella dieta umana, animale e di molte piante. Un certo numero di sali descritti in antichi testi ayurvedici oggi non sono più disponibili, ma *pancha lavana* è usato ancora oggi per scopi medicali. Pancha lavana in Ayurveda sono: Samudra (sale comune), Bida (un tipo di sale nero), Sauvarchala (nitrato di potassio), Romaka (sale di terra), Saindhava (salgemma), il migliore tra tutti.

Con il termine «lavana» si identifica solo Saindhava, uno degli ingredienti di molte formulazioni ayurvediche per uso interno ed esterno. Il sale, composto principalmente da cloruro di sodio, è uno dei più antichi e onnipresenti condimenti alimentari; la salatura è un metodo importante per la conservazione dei cibi, la salinità è uno dei gusti umani fondamentali. Agisce da buon antipasto e digestivo se usato in una giusta quantità. Il cloruro e gli ioni di sodio sono i due componenti principali del sale.

Le funzioni vitali del sale nel corpo sono molteplici:

- stabilizza i battiti cardiaci irregolari;
- è vitale per l'estrazione dell'eccesso di acidità dalle cellule del corpo, in particolare nelle cellule cerebrali;
- è fondamentale per bilanciare i livelli di zucchero nel sangue, elemento necessario nei diabetici;
- è vitale per l'assorbimento delle particelle di cibo attraverso il tratto intestinale;
- è un forte antistaminico naturale;
- è essenziale per prevenire i crampi muscolari;
- è vitale per prevenire la produzione eccessiva di saliva;
- è vitale per la regolazione del sonno, perché è un ipnotico naturale;
- è vitale per mantenere la sessualità e la libido;
- è fondamentale per prevenire le vene varicose sulle gambe e sulle cosce;
- il sale marino contiene circa 80 elementi minerali di cui il corpo ha bisogno. Il 27% del sale del corpo umano si trova nelle ossa.

Classificazione dei sali

L'ayurveda classifica i Sali su diverse basi.

Origine - Prakrita, naturale: Saindhava lavana, Samudra lavana, Romaka lavana. Kritrima, artificiale: Vida lavana, Sauvarchala lavana

Colore - Sita, bianco e rosso: Saindhava lavana. Asita, nero: Knrishna lavana.

Numeri - Ekalavana: Saindhava lavana. Dvilavana 2: Saindhava, Sauvarchala lavana. Trilavana 3: Saindhava, Sauvarchala, Vida lavana. Chaturlavana 4: Saindhava, Sauvarchala, Vida, Samudra lavana. Panchalavana 5: Saindhava, Sauvarchala, Vida, Samudra, Audbhida lavana. Shadlavana 6: Saindhava, Sauvarchala, Vida, Samudra, Romaka, Chullika lavana. Panchadasa Lavana 15 sali.

Charaka, nel Charaka Samhita, afferma *Lavanamanna-dravyaruchikaranaam*: lavana è il migliore per aggiungere gusto ai cibi, i sali sono di natura *snigdha* (untuoso), *ushna* (caldo) e *tikshna* (forte) e agiscono come *deepa-niyatama* (ottimo antipasto). Sono usati in *alepana* (unzione), *sneha sveda vidhi* (oliazione e fomentazione), *niruha* e *anuvasana vasthi* (enteroclistmi depurativo e oleoso), per l'*abhyanga* (massaggio), in *bhojana* (cibo), *sirovirechana* (eliminazione dei dosha dalla testa), *sastra-karma* (misure chirurgiche), *varti* (nella preparazione di supposte), *anjana* (colliri) e *utsadana* (unzione), corregge *ajirna* (indigestione), *anaha* (stitichezza), *gulma* (tumore addominale), *sula* (dolore colico) e *udara* (ascite).

Il sale aiuta a ridurre la rigidità dei tessuti, i blocchi nelle *srotas* (vasi sanguigni) o nei minuscoli canali interni del corpo. L'attività digestiva aumenta quando si consumano cibi salati, nella giusta quantità produce sudorazione, penetra nei tessuti profondi e aumenta il gusto del cibo. Il sale consumato in eccesso altera *vata*, *rakta* (sangue), provoca prematuro invecchiamento dei capelli e calvizie, invecchiamento precoce e rughe, abbassa l'immunità del corpo e favorisce la comparsa di herpes genitale e/o labiale. Usato oculatamente rimuove l'eccessiva acqua superficiale del corpo e previene l'accumulo di tessuto adiposo sottocute, ne riduce la frazione lipidica e tende i muscoli.

I sali naturali menzionati nel Sushruta Samhita sono: Sauvarchala, Saindhava, Samudra, Vida, Romaka, Audbhida, Gutika, Pamsuja lavana.

Sauvarchala Lavana, Kala namak - È un sale di colore scuro ottenuto dissolvendo il sale comune in una soluzione di soda grezza e facendolo evaporare.

Saindhava Lavana - È considerato il migliore tra i sali. Ha tre varietà: rosso, bianco e cristallino. Il cristallino è preferito per usi medicinali: promuove l'appetito, aiuta la digestione e l'assimilazione, è prescritto nei disturbi addominali. Secondo Charaka è *tridoshabhara* (allevia l'alterazione dei tre doshas), *deepana* (accende il fuoco digestivo), *rochana* (migliora il gusto), *brudya* (buono sul

cuore), *chakshusya* (buono per gli occhi), *vrishya* (afrodisiaco), *avidahi* (non provoca sensazione di bruciore allo stomaco), cura *netra rogas* (malattie degli occhi), *vranas* (ulcere) e *vibandha* (costipazione).

Samudra Lavana - Significa letteralmente «prodotto dal mare». Di colore bianco tendente al grigio, è duro e si scioglie nell'acqua. È poco umido e ha sapore amaro. Il sale marino orientale (sale di Panshuj) ha un sapore pungente. Usato internamente in piccole dosi aumenta la secrezione delle ghiandole salivari e gastriche, acuisce l'appetito e favorisce la digestione delle verdure.

Vida Lavana - È un sale preparato artificialmente, si presenta in granuli di colore rosso scuro brillante e/o tendenti al grigiastro. Contiene NaCl con tracce di solfato di sodio, allumina, magnesio, ossido e solfuro di ferro.

Romaka Lavana, Sambhar Lavana - È prodotto dal lago Sambhar nei pressi di Jaipur in Rajasthan. La sua acqua è di sapore salato, per preparare il sale l'acqua è messa in un piccolo spazio quadrangolare ed è fatta evaporare ai raggi solari. Il sale è a cristalli circolari, grigi-biancastri, duri, si sciolgono nell'acqua. È lassativo, diuretico, si usa nelle sindromi emorroidali, indigestione, timpanite (infiammazione dell'orecchio medio). È la forma migliore e più pura di sali evaporati.

Questi primi cinque sali sono spesso usati in combinazione l'uno con l'altro e, benché Saindhava sia il più utile tra tutte le varietà di sale, il Sauvarchala è elencato per primo per il suo gusto gradevole. Come tale, Sauvarchala viene solo dopo Saindhava in ordine di priorità.

Audbhida Lavana, Sale Reha o Usa o Sale efflorescente - Si produce da solo. In terra salina, il terreno si trova mescolato con sostanza alcalina o salata, chiamata Reha in hindi. Viene miscelato in acqua, decantato, filtrato ed essiccato ai raggi solari e al fuoco. Aspetto cristallino, bianco grigiastro, consistenza dura, si scioglie nell'acqua. Contiene principalmente solfato di sodio con cloruro di sodio.

Gutika Lavana - È una specie di sale bollito.

Pamsuja Lavana - Significa letteralmente il sale che viene prodotto dalla terra salina. È emolliente, stimolante, stomacico, generativo del fuoco digestivo e agisce come lassativo.

Accettando il sale come condimento della stessa categoria di qualsiasi spezia, ci chiediamo: ha proprietà medicinali? se sì, quali? Il consumo di sale ha un'azione specifica sulla salute o sulla malattia? Esiste in natura il sale nero, usato da millenni come farmaco e componente principale del popolare chat masala. Il sale nero indiano che in India si usa per guarnire insalate e piatti, apprezzato dai vegetariani, è un farmaco a 360°.

Il Sale Nero

Kala namak o Himalayan Black Salt, Sulemani namak, Bit Lobon o Kala Noon, Intuppu in tamil, è una varietà di sale di pietra vulcanica indiana, un tipo di salgemma dall'odore pungente. Kala namak è una halite vulcanica naturale estratta dal terreno, costituito principalmente di cloruro di sodio e tracce minime di solfato di sodio, bisolfato e bisolfito di sodio, solfuro di sodio, solfuro di

ferro e idrogeno solforato. L'odore è dovuto al suo contenuto di zolfo. Per la presenza di greigite (Fe_3S_4 , ferro (II, III) solfuro) nel minerale, forma cristalli traslucidi di colore da marrone rosato a viola scuro quando interi e di colore da viola chiaro a rosa quando macinati in fine polvere. Il cloruro di sodio conferisce al kala namak il sapore salato, il solfuro di ferro la sua tonalità di viola scuro e tutti i composti dello zolfo conferiscono al sale il suo leggero sapore saporito e un odore molto particolare con l'idrogeno solforato. I bisolfuri/bisolfiti acidi contribuiscono a un sapore leggermente acido.

Sebbene l'idrogeno solforato sia tossico in alte concentrazioni, la quantità presente nel Kala namak usato negli alimenti è piccola e quindi i suoi effetti sulla salute sono trascurabili: l'idrogeno solforato è anche uno dei componenti dell'odore delle uova marce e del latte bollito. È 100% naturale, puro, originale e genuino, non raffinato, chimicamente non trattato, non iodato e naturalmente privo di additivi. Questo sale cristallino contiene una grande quantità di minerali e oligoelementi: Na, K, Fe, Ca, Mg, essenziali per un efficiente metabolismo cellulare. Il sale himalayano nero ha tutti i benefici detox del sale rosa dell'Himalaya, ma poiché più concentrato e più ricco di zolfo è più curativo e rigenerativo, speciale per il caratteristico sapore sulfureo e per questo non intercambiabile con il sale marino.

Secondo la medicina classica indiana, il sale nero ayurvedico è ricco di benefici terapeutici perché non aumenta il contenuto di Na nel sangue e quindi può essere raccomandato per i pazienti con alta PA e diete a basso contenuto di sale. È considerato una spezia rinfrescante dalla medicina ayurvedica, viene usato come aiuto digestivo, allevia il bruciore di stomaco, il gas intestinale: *mettete del sale in un recipiente di rame e arrostitelo finché il suo colore non cambia, poi mescolate questo sale con acqua tiepida e consumatelo*. È un ringiovanente, migliora la vista, ammorbidisce l'intestino, può essere usato come lassativo con limone, zenzero a seconda del gusto, per trattare gozzi e cisti, disciolto nell'acqua del bagno allevia la pelle con eczema, psoriasi e prurito, i piedi edematosi e doloranti per la cute screpolata. Ha azione positiva in caso di osteoporosi. Il sale nero pur contenendo potassio, aiuta il corpo ad assorbirlo rivelandosi efficace nel prevenire dolori muscolari, spasmi e crampi. È ipocolesterolemizzante, aiuta a prevenire l'aterosclerosi, infarto e ictus; riduce la necessità di assumere insulina poiché favorisce il corretto livello di zucchero; è antiacido, anti-flatulenza, antiossidante, antielmintico, adattogeno, emolliente, carminativo, stimolante digestivo, ematogeno, bruciagrassi. È noto che il sale nero preserva la serotonina e la melatonina e aiuta anche a gestire lo stress, pertanto è efficace in alcuni tipi di depressione.

Secondo l'antica cultura ayurvedica, l'inalazione di sale nero purifica le aree del naso e della gola. A dimostrazione del successo di questa tecnica, i lavoratori in una miniera di sale hanno un eccellente sistema respiratorio. La moderna terapia del sale include inalatori di sale cristallino dell'Himalaya, tecnica è in realtà molto efficace che aiuta in caso di raffreddore comune, sinusite, asma, allergie senza effetti collaterali poiché questi inalatori non contengono farmaci. Viene usato per la cura dei ca-

pellì: ne rafforza e favorisce la crescita naturale, si prende cura delle doppie punte, e nel caso ci siano problemi di forfora o defluvium è consigliato assumere il sale nero con succo di pomodoro almeno una volta al giorno.

Ha benefici indiscussi in cucina: generalmente serve per guarnire le insalate ed è aggiunto nelle zuppe, ma lasciate che vi dica che il sale nero lenirà la vostra lingua se usato nel chutney, yogurt e sottaceti. Aiuta a rimuovere le cellule morte della pelle senza seccarla, quindi può essere usato come emolliente o come scrub. Sale nero e olio di mostarda rimuove il giallo sotto le unghie e sbianca i denti. Lenisce i dolori dell'artrite, naturalmente implementa il sistema immunitario, migliora l'anemia per il suo ricco contenuto di minerali. Kala namak è apprezzato dai vegani in piatti che imitano il gusto delle uova: aromatizza il tofu per imitare un'insalata di uova, da vegani e amanti dei cibi etnici è usato in piccole quantità in chutney, raitas, sottaceti e molti altri snack indiani e non. Aromatizza le bevande fresche dell'estate come jaljeera, preparato con menta, foglie di coriandolo, limone, tamarindo come ingredienti principali, e alcune spezie, dato che la sua potenza è fredda. Il sale nero va conservato in contenitori di legno o di ceramica poiché il sale reagisce con il metallo e il metallo cambia la sua composizione chimica, anche la macinazione richiede un macinino in ceramica.

Se preso in eccesso provoca ipertensione, specie quando consigliato ai pazienti con iper PA perché ha un basso contenuto di Na, ma questo non è del tutto vero. Il sale nero ha il 98% di contenuto di Na rispetto al sale bianco che ha il 100% di Na e anche J se è iodato. Quindi, prima di consumarne troppo, teniamo presente questi valori.

Ma allora il sale nero è più salutare del sale marino? La risposta a questa domanda dipende in realtà dallo scopo della richiesta: se viene posta la domanda riguardo alla pressione sanguigna, allora non ci saranno differenze eclatanti passando dal sale marino al sale nero poiché i contenuti di Na sono rispettivamente del 100% e del 98%. Se parliamo di altri aspetti, allora il sale nero ha un vantaggio rispetto al sale bianco: migliore alternativa al sale marino; cura costipazione e gonfiore; tratta i disturbi articolari; aiuta a perdere peso; aiuta a curare i problemi respiratori; cura i problemi della flatulenza; è un ottimo lassativo; previene e allevia il bruciore di stomaco; controlla il livello di colesterolo; previene l'osteoporosi; allevia gli spasmi e i crampi muscolari; previene la depressione; controlla il diabete; è un elemento importante in Ayurveda; è buono per i bambini

Se l'Ayurveda raccomanda gargarismi giornalieri con acqua tiepida e salina per alleviare il mal di gola e velocizzare il recupero delle coane nasali e dei raffreddori, il lavaggio delle cavità nasali con acqua salata, pratica chiamata Neti, assicura vie aeree pulite, aperte e una respirazione facilitata, nell'Antica Roma e in epoca medievale si curavano affezioni respiratorie nelle miniere di salgemma.

Le grotte del sale

Fu solo a partire da metà del XIX secolo che si effettuarono studi scientifici e fu il medico polacco F. Bochkowsky a collegare l'inalazione dell'aria salata ai benefici sull'apparato broncopolmonare, osservando come i minatori delle miniere di sale raramente soffrissero di malattie respiratorie. Nell'Europa Orientale, come in Asia, è diffusa la speleoterapia, la permanenza a scopi terapeutici in grotte naturali di sale. Il salgemma o il sale rosa dell'Himalaya sono gli ingredienti adoperati per questo tipo di trattamento, in quanto vantano proprietà mucolitiche, antinfiammatorie e antibatteriche e benefici per l'organismo umano per la moltitudine di minerali che contengono.

Le grotte di sale di oggi sono particolari stanze in cui soffitto, pavimento e pareti sono ricoperte da sale pulito e secco, ionizzato e nebulizzato per facilitare l'inalazione, mantenute a temperatura, tra i 18 e i 24° e umidità costanti. Quando si accede, ci si può accomodare su comode sedie a sdraio in un ambiente insonorizzato che stimola il rilassamento. Le sedute della durata di circa 30-40 minuti prevedono la respirazione normale in completo relax. In alcuni casi sono predisposte stanze di sale con condizioni adeguate all'età. La grotta di sale o Haloterapia è indicata come rimedio naturale per alleviare i sintomi dei disturbi a carico dell'apparato respiratorio in generale ma anche allergie, infezioni ricorrenti dell'orecchio, affezioni che colpiscono la pelle, come infiammazioni cutanee, dermatiti, psoriasi, eczema e anche dolori artrici.

Per chi non soffre di specifici disturbi fisici, queste grotte costituiscono una valida alternativa per recuperare momenti di benessere psicologico, contrastando il senso di stanchezza e affaticamento.

Pertanto, oltre ad avere effetti fisici, svolgono importanti effetti a livello mentale per il discomfort umano: fatica cronica, affaticamento, depressione, ridotta resistenza allo stress, quando si smette di fumare. Dal momento che il sale micronizzato contiene anche iodio, la haloterapia non è adatta a tutti: è sconsigliata alle persone affette da ipertiroidismo, chi soffre di ipertensione, infezioni con febbre, insufficienza renale e cardiaca, congiuntiviti, chi è sottoposto a chemioterapia, chi ha avuto recenti emorragie o epistassi ed emottisi. Il sale nero dell'Himalaya, ma anche tutti i sali in generale, sono adatti per bagni, SPA, Haloterapia, pediluvii e probabilmente uno dei modi migliori per usare il sale è metterlo nella vasca da bagno!

Attenzione invece ai Sali di Epsom, droghe ricreative commercializzate online polvere bianca, marrone o grigia i cui ingredienti attivi sono analoghi al catinone, un derivato del khat, ma possono anche essere miscelati con una varietà di componenti "riempitivi", ovvero miscele di erbe pensate di produrre effetti simili alla cannabis tra cui *Scutellaria nana*, *Nelumbo nucifera*, *Leonotis leonurus*, *Nymphaea caerulea*, *Canavalia maritima*, *Pedicularis densiflora*, *Zornia latifolia* e *Leonurus sibiricus*, ma che servono principalmente come riempitivo.

Gli ingredienti attivi in questi prodotti sono tipicamente cannabinoidi sintetici in polvere che non contengono marijuana reale e sono semplicemente miscelati o spruzzati sulle erbe.

I cannabinoidi sintetici agiscono come agonisti dei recettori cannabinoidi. Ciò significa che sono sostanze chimiche che si legano con i recettori cannabinoidi CB1 nel cervello e CB2 nella milza, producendo un livello simile a quello naturale con marijuana, Thc. I sali da bagno più comuni "Vanilla Sky", "Cloud Nine", "Ivory Wave", "Aura", "Blizzard", "Scarface" e "White Lightning" sono generalmente sniffati, ma possono essere ingeriti, iniettati o fumati, mescolati con acqua e usati come gocce per gli occhi.

I principi attivi in essi contenuti hanno un impatto sui neurotrasmettitori di monamina che agiscono come inibitori del reuptake della dopamina e dell'epinefrina. Questo, a sua volta, porta a un aumento della serotonina e, in misura minore, della dopamina. Le sensazioni possono essere simili all'ecstasy o alla cocaina e alle anfetamine. I sali da bagno sono spesso usati in combinazione con altre sostanze ricreative come alcol, marijuana, amfetamine, LSD, oppiacei, benzodiazepine e altri farmaci. Gli effetti collaterali indesiderati sono: cardiaci, vascolari, neurologici e producono un forte desiderio di ridossaggio immediato, portando ad un aumento della frequenza e dell'intensità di questi effetti collaterali.

Ci sembra utile ricordare Voltaire in chiusura: "L'arte della medicina consiste nel divertire il paziente mentre la natura cura la malattia" .. ■

Bibliografia

- K. M. Nadkarni's Indian Materia Medica, 3rd Edition, Revised and Enlarged by A. K. Nadkarni, Popular Book Depot, Bombay -7 (no date, ca. 1952), Vol. II, articles: "Saline Substances" (P. 97-101), "Sodii Chloridum Impura" (P. 108-109), and "Sodii Chloridum" (P. 109-114).
- Vaidya Yoga Ratnavali (Formulary of Ayurvedic Medicines), The Indian Medical Practitioner's Co-operative Pharmacy & Stores Ltd. (IMPCOPS), Adyar, Madras - 20; Madras (1968).
- Kalm H.: Organotropia as a Basis of Therapy, Edition XIII, Jyväskylä (Finland), P. 53 and 61 (1979).
- Chervinskaya A. V., (2007), Halotherapy in Controlled Salt Chamber Microclimate for Recovering Medicine, Polish Journal of Balneology, 2, 133-141.

Cristiana Magistro - Cari colleghi, qualcuno di voi ha esperienza di riduzione di una iperkaliemia con omeopatia o fitoterapia? Si tratta di un paziente cardiopatico, trattato in medicina integrata, che ovviamente prende già tutte le precauzioni nutrizionali e di idratazione, ma non si riesce a risolvere il problema. Esiste solo il convenzionale per questi casi?

Marialucia Semizzi - Ma prende anche farmaci, spero... Quali farmaci ha già in terapia?

Cristiana Magistro - Certo, è seguito dall'ospedale, ma ora io sono fuori casa e non posso guardare la cartella per vedere l'elenco esatto dei farmaci. Posso farlo sapere tra un paio di giorni.

Marialucia Semizzi - Senza questo dato impossibile aiutare... Le cause di iperkaliemia sono molte, c'è la causa iatrogena (a volte in terapia ci sono dei diuretici risparmiatori di potassio che lo possono alzare, o dei farmaci per il cuore e la pressione che anche lo possono alzare), la causa metabolica (scompenso diabetico o acidosi), la causa renale (danno tubulare) e l'iperkaliemia secondaria a emolisi o emorragia Gl... Di solito è una condizione che va affrontata con approccio convenzionale, monitorando la kaliemia frequentemente: se è di poco elevata, cioè inferiore a 5,5, è un conto, se si alza oltre i 6 mEq/L è un'indicazione a ricovero e talvolta anche a dialisi per la pericolosità cardiaca. In generale è più facile alzarlo che abbassarlo, con terapia naturale.

Le erbe in generale apportano potassio... Gli alcalinizzanti sodici lo abbassano, ma non si possono consigliare a casaccio perché, appunto, dipende dalla causa dell'iperkaliemia. Se è fuori dall'ospedale e chiede consiglio naturale immagino sia una iperkaliemia cronica stabile e modesta e immagino che siano già stati aggiustati i fattori metabolici (eventuale diabete) e farmacologici (talvolta nei cardiopatici non si possono modificare i farmaci anche se danno effetti collaterali di questo genere). Fondamentale è la dieta (frutta e verdura, frutta secca e semi in genere anche se sono alcalinizzanti apportano potassio e vanno selezionati, in generale occorre prescrivere una dieta che non apporti più di 40-60 mEq/die di potassio), la terapia è a base di diuretici dell'ansa e dare invece fitoterapici che abbiano questa azione non ha senso, oltre a poter interferire con la terapia farmacologica.

Dal punto di vista omeopatico personalmente non saprei cosa consigliare visto che di per sé è una condizione asintomatica finché non diventa un'emergenza. Tutto questo discorso per dare la mia personale risposta (smentibile da chi ha più esperienza sul campo) che in questi casi si procede con alimentazione e terapia convenzionale (anche per non complicare troppo la compliance di una terapia farmacologica già ricca).

Cristiana Magistro - Grazie mille per la dettagliata risposta! ■

Per iscriversi alla SIOMI bastano 50 euro...

Pagamento anche tramite bonifico su IBAN: IT09T 05034 02806 00000 0170173

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

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

Jacques Jouanny

a cura di Rosaria Ferreri

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



Oggi abbiamo l'onore di poter intervistare una pietra miliare dell'omeopatia, uno dei padri fondatori di questa scienza: è il prof. Jacques Jouanny, che oggi ha 90 anni. Egli è autore di una Materia Medica che, a tanti anni di distanza dalla sua pubblicazione, resta una delle più diffuse nel mondo: "Notions essentielles de matière médicale homéopathique". È anche coautore di "Thérapeutique homéopathique", opera di base indispensabile per praticare l'omeopatia nel trattamento di patologie acute e croniche. È stato docente di numerosi medici omeopati, diventati a loro volta insegnanti. Le sue prescrizioni sono ancora un riferimento per i medici omeopati europei e di tutto il mondo. Gentilmente ha acconsentito a rispondere ad alcune nostre domande...

■ **Prof. Jouanny, che cosa l'ha spinto a studiare omeopatia? Ci racconta qualcosa della sua gloriosa storia omeopatica?**

Grazie di avermi contattato per quest'intervista. È vero, ho 91 anni. Ho insegnato omeopatia per più di 25 anni, aiutato molti discepoli, e non ho remore nel confessare che, giunto alla fine della mia carriera, ho la triste impressione di aver predicato per tutta la vita in mezzo al deserto... Non ho mai desiderato e tanto meno rivendicato il titolo di "Professore", e riconosco di essere ormai un po' stanco e disilluso... Per questo motivo, non credo che la mia carriera professionale possa essere considerata "gloriosa"! Ho semplicemente praticato umilmente il mio mestiere, facendo del mio meglio e cercando sempre di fare il bene dei miei pazienti, utilizzando, a seconda del loro caso clinico, la terapia classica, altrimenti detta allopatrica, la terapia omeopatica che avevo imparato sul campo, oppure un'associazione dei due approcci, poiché le due tecniche sono perfettamente complementari...

Nel 2015 ho già raccontato, in un libricino autobiografico intitolato "Souvenirs d'un médecin généraliste devenu homéopathe" ("Ricordi di un medico di medicina generale diventato omeopata") come, dopo aver praticato per circa otto anni la medicina generale, negli anni '60 io sia stato indotto ad interessarmi all'omeopatia in alcune patologie croniche, iterative o persistenti, per cui la terapia classica non dava risultati duraturi. Ne avevo fatto stampare solo poche copie per la mia famiglia e alcuni amici, senza mai farne un'edizione commerciale. Purtroppo non me ne restano più. Sono sicuro che in Boiron troverà qualcuno disposto a prestarle la sua copia personale per consentirle di consultarla. Nella Prefazione troverà i motivi per cui ho redatto questi "Souvenirs"... Le consiglio soprattutto di leggere o fotocopiare il capitolo 19, intitolato "Le derive e gli smarrimenti dell'omeopatia". Le riassumerà le difficoltà e

le sofferenze dell'omeopatia, che sono state e continuano ad essere anche le mie! [ndr: tradurremo ampi stralci di questo libro in un prossimo numero di Himes]

All'epoca, tra i pazienti che non rispondevano alle terapie, mi aveva colpito il fatto che ce ne fossero alcuni che venivano guariti da certi medici omeopati, ma non da altri... Il che, già di primo acchito, era rivelatore del fatto che probabilmente c'erano diversi approcci medici omeopatici e valenze assai disomogenee.

Come vedrà in questo libricino, che ripercorre anche le linee salienti della mia vita professionale, che forse per lei risulteranno meno interessanti, il percorso per trovare la strada giusta non è sempre stato facile. Ad ogni modo, vi troverà una risposta a molte delle sue domande.

■ **All'epoca pensava che sarebbe diventato il punto di riferimento per intere generazioni di omeopati?**

Non mi sono mai considerato un "riferimento", e non credo neanche che siano molti a vedermi come tale!

Ho solo cercato, in ogni momento, di rimanere fedele alle definizioni fondamentali del metodo omeopatico così come l'aveva concepito Hahnemann, ma migliorato e completato, strada facendo, dalle scoperte o dai progressi della medicina moderna, chiedendo ai colleghi di comportarsi allo stesso modo.

- Il principio di base dell'omeopatia è il fenomeno di similitudine che rileva l'esistenza, in determinate circostanze, di un parallelismo di azione tra il potenziale tossicologico di una sostanza e il suo potere terapeutico;
- Questo comporta quindi, logicamente, la necessità assoluta di conoscere il potere farmacologico delle diverse sostanze medicamentose nei soggetti sani. Si tratta delle cosiddette patogenesi, il cui insieme costituisce la Materia medica omeopatica. Quest'ultima deve essere una raccolta di segni o sintomi puramente farmacologici. Conoscendo queste due definizioni, Hahnemann consigliava quindi al medico omeopata di prendere in considerazione nell'ammalato l'insieme dei cambiamenti nel modo di sentire o di agire del paziente, a seguito della sua malattia e rispetto allo stato di salute antecedente, prescrivendogli la o le sostanze i cui sintomi sperimentali erano simili a quelli del paziente.
- Ne discende un'altra conseguenza logica: la necessità di prescrivere dosi terapeutiche basse o infinitesimali per non aggravare le reazioni del malato, poiché gli viene proposta come terapia una sostanza che può provocargli una simile (omeo) sofferenza (pathos).

Fortunatamente, nel corso dei due secoli che sono trascorsi da allora, le metodiche per la preparazione dei medicinali

Jacques Jouanny

diluuti sono progressivamente migliorate! Esse sono ormai standardizzate, almeno sul piano nazionale. Studi scientifici realizzati da fisici di altissimo livello hanno potuto evidenziare che queste diluizioni, che superano velocemente il numero di Avogadro, hanno qualità loro specifiche per via delle violente succussioni a cui vengono sottoposte. Sono appunto queste qualità specifiche che costituiscono la cosiddetta "Farmacologia dell'infinitesimale", come l'aveva chiamata Denis Demarquè, e che offrono una potenziale chiave di lettura del fatto che queste sostanze, apparentemente inerti, come per esempio Silicea, possano avere un'attività terapeutica efficace.

Con tre dei miei collaboratori, ho anche cercato di precisare, nei due volumi dei libri di "Terapia Omeopatica" che sono stati pubblicati in Francia da Boiron e che lei ha avuto l'amabilità di citare, quali fossero i metodi da applicare nelle patologie acute e in quelle croniche, per ottenere il massimo dei risultati da questi principi fondamentali. Queste opere, che sono state tradotte in diverse lingue e che sono disponibili anche in DVD, sembrano ormai purtroppo essere cadute nel dimenticatoio. Tuttavia, non dovrebbe avere difficoltà a procurarsene una copia per consultarle e farle conoscere. [ndr: la Scuola di Omeopatia Clinica della SIOMI ha adottato questi due volumi che in Italia sono stampati dalle edizioni Ariete].

- **Lei certamente conosce l'analisi scientifica svolta dai ricercatori dell'Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC), il più importante istituto australiano di ricerca medica, che analizzando 800 ricerche sull'omeopatia hanno concluso che non esistono patologie per le quali sia provata l'efficacia reale dell'omeopatia; ci piacerebbe un suo commento in merito.**

Non conosco perfettamente quest'analisi "scientifica" poiché, a seguito del mio pensionamento, più di 25 anni fa, mi era parso logico lasciare il posto a persone più giovani e più competenti di me. Mi ero quindi completamente ritirato dalla scena del microcosmo omeopatico. La critica che muove quest'analisi non è nuova e non è neanche molto oggettiva. Può essere giustificata se si rivolge a pratiche fondate non sul fenomeno della similitudine così come l'ho definito poc'anzi, ma: a) su pratiche che accettano o privilegiano patogenesi contaminate da sintomi non farmacologici stricto sensu oppure b) su concezioni che sostituiscono il metodo assolutamente clinico ed oggettivo dell'omeopatia con cosiddette considerazioni "spiritualistiche", se non addirittura esoteriche (Kent o i suoi seguaci). Esse rimandano tutte a un postulato, ad un'ipotesi discutibile, svincolata dalla constatazione oggettiva del fenomeno della similitudine, che Hahnemann aveva posto come assunto fondamentale del proprio metodo.

Non potendo in alcun caso far valere il fenomeno della "simile sofferenza", tali concezioni non sono "omeopatiche". Negli altri casi, i metodi utilizzati da queste analisi o da questi analisti sono gli stessi che vengono utilizzati per studiare i medicinali classici che vengono prescritti a dosi ponderali, con un'azione diretta su un particolare organo o funzione. In queste condizioni, ritengo sia pertanto difficile valutare, con lo stesso materiale e allo stesso modo da un lato l'azione dell'infinitamente piccolo con il materiale pre-

visto per l'infinitamente grande; dall'altro i risultati di una chemioterapia rivolta ad un organo o ad una funzione confrontandola con i risultati globali di una modalità reattiva generale di un intero organismo sottoposto al fenomeno della similitudine, di cui ammetto volentieri e senza alcun complesso di non conoscere ancora il meccanismo, io come gli altri.

Bisogna per questo negare un qualsivoglia valore all'omeopatia stricto sensu? Non credo affatto. Io stesso infatti l'avrei da tempo abbandonata, dopo essermi rivolto ad essa come ultima ratio, se non avessi ottenuto risultati validi nei miei pazienti, per decenni, risultati che non potevano essere in alcun modo tacciati di effetto placebo come, per esempio nell'acuto: nei bambini febbricitanti in cui non potevo sostituire, per esempio, Belladonna con Rhus toxicodendron, Lycopodium o qualsiasi altro medicinale, a meno di andare incontro ad un fallimento: nelle ustioni medie di primo e secondo grado in cui, parimenti, non potevo sostituire, se non volevo incorrere in un fallimento, Cantharis con Calcarea carbonica o un altro medicinale, per esempio...

o nei piccoli traumi con Arnica, Ruta, etc.

Nel cronico: nei disturbi otorinolaringoiatrici o bronchiali iterativi; nelle infezioni urinarie a ripetizione oppure in altre infezioni iterative; in alcuni disturbi digestivi di natura organica o funzionale; in alcune malattie dermatologiche; in alcuni terreni allergici, etc.

Riconosco però di nutrire maggiori riserve sui miei risultati in reumatologia e di avere dubbi ancora maggiori su quelli in psichiatria. Fintanto che non conosceremo sostanze farmacologiche che siano in grado di indurre in soggetti sani e sensibili sindromi sperimentali simili a quelle che si riscontrano in ambito patologico, non credo che si possa parlare di terapie omeopatiche in psichiatria, secondo un ragionamento logico.

Tuttavia, in quest'ultimo ambito clinico, riconosco che la visita "di tipo omeopatico" può portare talvolta a qualche risultato. In tal caso, ciò avviene solo grazie al particolare rapporto che si instaura tra il medico e il malato. A intervenire non è più il fenomeno della similitudine, ma un qualche meccanismo psicosomatico. È sicuramente meno tossico che prescrivere antidepressivi o ansiolitici a vanvera, ma non per questo bisogna dire o credere che si tratti di omeopatia! È questo il punto su cui ho sempre avuto grandi difficoltà a convincere alcuni colleghi. Per concludere, credo che si debba considerare l'omeopatia uno strumento terapeutico alla stregua degli altri, particolarmente utile e interessante, ma sicuramente non una panacea, e che non si debba neanche chiederle più di quanto possa dare. Ha le sue indicazioni e i suoi limiti. Così come non si può curare tutto con gli antibiotici, la fitoterapia, la chirurgia, la meditazione, la dietetica, l'osteopatia o altre tecniche.

- **Passando ad un piano più generale, cosa pensa della battaglia scientifica (e contemporaneamente anche mediatica) che viene condotta contro l'omeopatia? Qual è, secondo lei, la maggior minaccia (reale) per l'omeopatia nella situazione odierna?**

Questa battaglia non è una novità. È iniziata già all'epoca di Hahnemann. All'inizio del XIX secolo, bisogna rendersi

conto che la semiologia era praticamente inesistente: si prendeva il polso, si valutava la febbre, si annusavano il sudore, le escrezioni; si prestava grande attenzione agli appetiti, ai desideri alimentari (da cui tutti i sintomi spesso folcloristici che si sono annotati e riproposti nelle materie mediche fino ai giorni nostri).

La nosologia, la fisiopatologia erano allo stato embrionale. I dosaggi biologici non esistevano. L'auscultazione ha emesso i primi balbettii solo intorno al 1810-1820, con Laënnec. La terapia si limitava soprattutto alla fitoterapia o ad un'alchimia più o meno esoterica. Si riteneva che i lavaggi, i salassi, facessero trarre fuori dal corpo la *materia peccans*. A parte l'oppio e il suo derivato, il laudano, non c'erano altri analgesici. Gli antisettici erano ancora sconosciuti o poco efficaci. In sostanza, la medicina non era poi così diversa da quella di Molière.

I primi risultati ottenuti da Hahnemann, che all'epoca applicava il fenomeno della similitudine secondo i sintomi patogenetici prevalentemente tossicologici che otteneva con *Arsenicum album*, *Veratrum album*, *Mercurius cyanatus*, ecc. furono immediatamente superiori a quelli dei medici ufficiali dell'epoca poiché, a sua insaputa, stimolava, di fatto, i meccanismi di autodifesa degli organismi malati. Ciò equivaleva a sferrare un attacco all'"ego" di questi dottoroni! Ne è derivata, fino alla prima metà del XX secolo, una tendenza al trionfalismo da parte di parecchi omeopati (non sempre i migliori!) e gli attriti epici tra questi e i Broussais o altri pezzi grossi della medicina.

Poi la Medicina ebbe un'evoluzione, andando piano ma lontano, con Claude Bernard e con l'epoca di Pasteur a cui si deve la conoscenza di microbi, vaccini, sieri, anatossine. I risultati degli omeopati divennero allora sempre meno spettacolari rispetto all'allopattia, soprattutto dopo la comparsa di sulfamidici, antibiotici, antinfiammatori, anticoagulanti, analgesici, anestetici, con tutti gli altri progressi che li accompagnavano. La speranza cambiò campo, e con essa i trionfi!

Durante quel periodo, bisogna riconoscere che, parallelamente a questi successi, le indicazioni dell'omeopatia si sono ridotte, soprattutto nella maggior parte delle patologie acute e nelle patologie pesanti. Tuttavia, nelle patologie croniche, iterative o persistenti, l'omeopatia rimaneva, e resta tuttora, molto indicata e interessante, poiché si comporta come una medicina del "terreno".

Oggi, allora, la principale "grande vera minaccia" per l'omeopatia viene dagli stessi omeopati.

Alcuni di essi, infatti, riuniti in vere e proprie sette, asseriscono di essere "gli unici veri omeopati ortodossi". La loro Bibbia e il loro testo di riferimento è la 6ª edizione dell'Organon di Hahnemann, scritta intorno al 1840, ben prima dei progressi della medicina di Claude Bernard e dell'epoca di Pasteur, e pubblicata solo nel 1920. Ma inoltre e allo stesso tempo, si riconoscono, promuovendoli, nei concetti cosiddetti spiritualistici di Kent, formulati più di 50 anni dopo la morte di Hahnemann e assolutamente divergenti da quelli del fondatore dell'omeopatia. Non sono altro che deviazionisti privi di buon senso, che rimangono attaccati ai loro smarrimenti come a una dipendenza, sebbene in essi risulti inutile cercare il fenomeno della similitudine!

Come tutto, anche la Medicina ha avuto un'evoluzione e continua ad evolversi. L'omeopatia, che della medicina è

parte integrante, deve anch'essa crescere e non rimanere ferma a scritti del XIX secolo ormai più che obsoleti.

Troverete un'analisi dettagliata di tutte queste aberrazioni nel mio libricino di ricordi per gli amici o anche nei libri di Terapia che invece sono reperibili in commercio. Ribadisco, sono tutte queste aberrazioni che hanno fatto soffrire l'omeopatia, così come hanno fatto soffrire me!

■ Ricorda un periodo in cui l'omeopatia sia stata osteggiata come lo è oggi?

Già François Guizot (1787-1874), che fu Ministro sotto Luigi-Filippo, era stato contattato dai pezzi grossi della Facoltà di Medicina dell'epoca, pochi anni dopo la morte di Hahnemann, allo scopo di far vietare l'omeopatia. Pare che la sua risposta sia stata: "Non c'è bisogno di prendere una decisione politica per sopprimere o avallare questa medicina. Se l'omeopatia non è un metodo valido, cadrà da sé, altrimenti, sopravvivrà da sé".

Successivamente, ci sono state molte altre critiche. Certo, non tutte erano giustificate... Molte però lo erano, poiché riguardavano spesso risultati discutibili o tecniche poco ortodosse. È ciò che mi ha indotto a dire e a sottolineare in precedenza che l'omeopatia è attualmente nelle mani degli omeopati...

■ Cosa ne pensa dell'inserimento dell'omeopatia nei percorsi universitari (master, corsi di laurea) per i medici e i farmacisti?

Si sono già fatti dei tentativi in tal senso, in particolare a Bordeaux negli anni '80, sotto l'autorità di Denis Demarque, con la creazione di un Diploma di Terapia Omeopatica. La difficoltà risiede soprattutto nel raggiungimento di un consenso sul programma che viene insegnato e sulla scelta degli insegnanti, che come abbiamo appena visto, risultano troppo spesso disomogenei.

■ E cosa pensa dell'integrazione dell'omeopatia nei percorsi di cura convenzionali dei pazienti affetti da patologie croniche?

Sarebbe un'ottima cosa, che viene già attuata, credo, in diversi reparti ospedalieri, ma ancora una volta la difficoltà consiste nella scelta degli operatori o dei responsabili. Alla fin fine, sono gli omeopati che devono far pulizia a casa loro! Non dubito che ciò avverrà grazie agli attuali responsabili del CEDH. Sono assolutamente consapevoli dei problemi che ho menzionato e delle difficoltà che comporta la loro risoluzione. So che sono determinati ad agire e sono convinto che le riforme che hanno programmato e che intendono realizzare daranno rapidamente i loro frutti. Di questo li ringrazio molto sinceramente.

L'omeopatia è grata ai medici e agli scienziati che, come lei, le hanno dato dignità e un certo lustro. Da parte mia, desidero ringraziarla di averci fatto il dono di quest'intervista. E' importante sottolineare che questa intervista viene riportata per intero, poiché, anche se è più lunga delle abituali, non capita certo tutti i giorni di dialogare con tali personalità. ■

Il mercato della tristezza e i Fiori di Bach

Danilo Bottini

Articolo tratto dalla tesi del Master Universitario di I livello in 'Medicine Complementari e Terapie Integrate' A. A. 2016/2017 dell'Università di Siena
Mail: danilo.bottini@gmail.com

Lavorando a stretto contatto con i disturbi psichiatrici, come infermiere, ho avvertito la necessità di cercare una possibile strada verso l'essere umano e non solo nella sua identità di paziente, ma nella sua dignità di essere umano, cercando di collocare la sofferenza psichiatrica, in una nuova dimensione, con un nuovo approccio sia clinico che terapeutico. Approccio che ho trovato nella Medicina Integrata (metodo Bach nello specifico), che punta a recuperare la visione generale del paziente come essere umano, interpretando il disturbo come un importante veicolo di crescita e conoscenza di sé, un'opportunità, una risorsa: un primo, importante e precoce contatto con la sofferenza della propria anima, prima che diventi ingestibile.

Nella nostra epoca, la casistica evidenzia un fenomeno in decisa crescita; si va dai disturbi psichiatrici passeggeri fino a difficoltà emotive e psichiche più complesse ed invalidanti. Quando la sofferenza psichiatrica è collegata alla solitudine, quando non si ha nessuno con cui confrontarsi sui propri problemi, ossessioni, paure ed ansie, la situazione si complica ulteriormente in quanto tende a acutizzarsi e cronicizzarsi, per cui non rimane altro che andare dallo psichiatra ed assumere psicofarmaci. Sempre più spesso ci si sente inquieti, preoccupati, con ansie relative al futuro a volte non del tutto ingiustificate perché realmente legate al disagio sociale: separazioni difficili, disoccupazione improvvisa e altre tristi realtà. Questi pensieri fanno sentire depressi, impedendo di affrontare le normali difficoltà della vita in modo adeguato.

Le depressioni, dice testualmente il prof. Franco Berrino nel suo libro "Il cibo dell'uomo", sono quelle per cui il medico di base si assume le responsabilità di gestire la tristezza, la disillusione, il pessimismo, il senso di colpa, la depersonalizzazione, la perdita di interesse per se stessi, per gli altri, per il mondo intero, l'insonnia, la bulimia, la perdita di libido, l'ideazione suicidaria.

Medicalizzazione della sofferenza emotiva: ma come fare altrimenti quando i legami sociali e familiari si dissolvono? "Il medico di base è costretto a trattare le conseguenze di cui i politici si rifiutano di trattare le cause - dice il prof. Berrino - è solo cambiando la vita quotidiana e le relazioni fra gli uomini imposte dall'economia di mercato che si potranno prevenire le depressioni". Sempre più studi prospettici trovano un alto rischio di depressione associato alla nutrizione occidentale infiammatoria (ricca di carni e zuccheri raffinati), al consumo di zucchero, alla resistenza insulinica, alla sedentarietà. La depressione è associata alla carenza di trasmettitori dell'impulso nervoso, quali serotonina, dopamina, no-

repinefrina, epinefrina. I farmaci anti-MAO ne impediscono il catabolismo, inibendo gli enzimi ossidanti (monoamino-ossidasi); abbiamo farmaci inibitori selettivi della ricaptazione (*reuptake*) della serotonina; abbiamo il reuptake della dopamina, gli antidepressivi triciclici aumentano la norepinefrina, la s-adenosilmetionina aumenta la sintesi di serotonina, dopamina e norepinefrina, tanto che può aggravare la fase maniacale delle forme bipolari. Ci sono però mezzi naturali per aumentare la bio-disponibilità di questi trasmettitori, per mezzo del cibo e dello stile di vita. Un esempio per tutti, il triptofano, precursore della serotonina: è contenuto nei cibi proteici, ma i carboidrati ne favoriscono l'assorbimento nel cervello. Per questo motivo l'eliminazione totale dei carboidrati nelle diete dimagranti favorisce la depressione, bassi livelli ematici di triptofano sono associati a ipofunzione della corteccia orbito frontale a sua volta associata a depressione, ma di triptofano sono molto ricchi i semi di lino, zucca e sesamo, il tofu, mandorle, cereali integrali, datteri e frutti secchi. Questo solo per dire che la natura può davvero offrire molto. Possiamo aggiungere l'esposizione alla luce solare e all'aria pura, specie al mattino, in grado di aumentare la produzione di serotonina e la successiva produzione di melatonina la sera, oltre all'esercizio fisico che dimezza il rischio di depressione rispetto ai soggetti sedentari. La nostra biologia è estremamente complessa, la medicina ne ha esplorato solo una minima parte, ma ora si sta accorgendo che possiede un'infinità di sistemi vicarianti che ci consentono, in maniera davvero sorprendente, di far fronte a situazioni estreme, anche nella sofferenza psichica.¹

L'ottica del prof. Berrino è totalmente sovrapponibile alle indicazioni offerte dalla Medicina Integrata e dalle Terapie Complementari. Nonostante ciò, la Medicina Complementare ancor oggi incontra molti ostacoli, dovuti sia alla resistenza delle fasce più conservatrici e misoneiste nell'ambiente della medicina allopatica che al conflitto d'interessi di importanti multinazionali. Il processo di integrazione è avvenuto e avviene contemporaneamente, ma non con lo stesso ritmo di progressione, su diversi livelli: scientifico, giuridico, deontologico, didattico, legislativo (nazionale e regionale), clinico, farmaceutico ed economico.

In occasione del VI Convegno annuale di Medicina Integrata "Sinergie tra sistemi di cura nei percorsi ospedalieri" (15/16 settembre 2017, Grosseto) sono state segnalate alcune specialistiche cliniche che hanno accolto la Medicina Integrata come un'importante e ulteriore risorsa per il paziente: otorino, riabilitazione ortopedica, diabete, terza età e oncologia.

Ci auguriamo che anche la psichiatria possa essere approcciata dalla Medicina Integrata con lo stesso entusiasmo e slancio delle cliniche specialistiche appena citate!

Questo augurio diventa davvero importante ed urgente riflettendo su alcuni dati statistici relativi al nostro Paese: otto milioni di italiani soffrono di stati d'ansia, quattro lottano contro la depressione, altri quattro hanno problemi di insonnia e oltre un milione soffre di disturbo post-traumatico da stress: in tutto, sono 17 milioni gli italiani che soffrono di un disturbo della psiche. E la crisi economica non fa che peggiorare le cose: tra le persone meno abbienti, infatti, i tassi di ansia, depressione e abuso di alcool e sostanze sono doppi rispetto a chi, invece, ha meno difficoltà economiche. E tra le donne i tassi sono doppi rispetto agli uomini".²

Troppo spesso si continua a far finta di niente e ci si forza comportandoci come se si fosse in gran forma aderendo a falsi modelli proposti insistentemente dalla società e dal contesto nel quale ci muoviamo. La prof. ssa Liliana Dell'Osso (Professore Ordinario di Psichiatria dell'Università di Pisa e Direttore dell'Unità Operativa di Psichiatria dell'AOUP) a tal proposito disse: "Il trattamento ottimale di un disturbo mentale non può limitarsi al ripristino dell'equilibrio di un cervello squilibrato, ma deve prendere in considerazione anche la sua componente sociale e come la società vive e considera la sofferenza psichiatrica, e di conseguenza l'impatto che può avere sul paziente. È perciò importante che la psichiatria sia abbastanza flessibile da tener conto della costante pressione derivante da un mondo in rapida evoluzione, che può influenzare il funzionamento dell'individuo al punto da indurre disturbi mentali o, quantomeno, agire come fattore scatenante, nei membri più vulnerabili della società, in modo da parlarne e lottare contro lo stigma".³

La nostra epoca vede, ciò che potremmo definire: un uso estetico del farmaco. Così come un trattamento estetico non cura una patologia, un trattamento farmacologico adoperato in modo estetico e quindi non mirato, reca solo danno. Potrebbe essere sintetizzato nel motto "prenda questo e vediamo come va, altrimenti cambiamo". Bach elaborò una sorta di estrazione alchemica dell'anima delle piante attraverso la quale il paziente può ritrovare equilibri che percepisce irrimediabilmente perduti. Per facilitare l'individuazione del rimedio più adatto, è necessario un colloquio che sia, il più possibile accogliente e ben strutturato, in modo da individuare il modello comportamentale del paziente.

Bach suddivise i modelli comportamentali in sette gruppi classificandoli in base al tipo di disagio:

- tutti i tipi di paura (Aspen, Cherry Plum, Mimulus, Red Chestnut, Rock Rose);
- tutte le forme di incertezza e dubbio (Cerato, Gentician, Gorse, Hornbeam, Scleranthus, Wild Oat);
- il distacco dalla realtà e l'insufficiente interesse per il presente (Chestnut Bud, Clematis, Honeysuckle, Mustard, Olive, White Chestnut, Wild Rose);
- le varie forme di solitudine (Heather, Impatiens, Water Violet);

- l'ipersensibilità e iperinfluenzabilità (Agrimony, Centaury, Holly, Walnut);
- il disagio, lo sconforto, la disperazione (Crab Apple, Elm, Larch, Oak, Pine, Star of Bethlehem, Sweet Chestnut, Willow);
- le ossessioni verso se stessi e gli altri (Beech, Chicory, Rock Water, Vervain, Vine).

Bach, partendo dall'osservazione clinica in Ospedale e dai suoi studi in laboratorio sui batteri presenti nell'intestino, arrivò ad intuire che la malattia ha origine ad un livello diverso da quello fisico. La malattia non verrà mai estirpata senza uno sforzo di tipo spirituale e mentale.

È possibile dunque sostenere che ciascun sintomo è il risultato di un'energia bloccata. Questi sistemi energetici sono influenzati dalle emozioni e dalla spiritualità, così come da fattori ambientali e nutrizionali, per cui la chiave per il trattamento non può consistere semplicemente in interventi rapidi centrati sul sintomo, ma deve essere cercato nella riprogrammazione dei campi energetici che governano la manifestazione della disfunzione anche a livello cellulare.

Bach realizza questa sorta di riprogrammazione mettendo in risonanza la vibrazione del fiore scelto, con la vibrazione del campo energetico del soggetto. La vibrazione del fiore, essendo di qualità armonica più elevata, riequilibra la vibrazione disarmonica della persona in difficoltà. La coscienza stessa è un tipo di energia totalmente legata alla manifestazione cellulare del corpo fisico. La medicina vibrazionale usa forme specializzate di energia per influenzare i sistemi fisici sbilanciati a causa di una malattia, ribilanciando i campi energetici che regolano la fisiologia cellulare.

"La malattia è una specie di disarmonia, che insorge quando una parte del tutto non vibra più all'unisono con le altre parti" dice Edward Bach. Curarsi in questo modo, richiede la cosciente collaborazione del soggetto all'atto della guarigione, mentre l'utilizzo di farmaci di sintesi chimica si limita a lasciare all'individuo solamente il compito di assumerli puntualmente e regolarmente e aspettarne l'immediato effetto.

Spesso i farmaci, nella medicina convenzionale, possono rappresentare un fattore limitante la percezione di sé come individuo che può scegliere ed agire, perché la loro influenza sul comportamento, sulle emozioni e sul flusso dei pensieri porta spesso ad un certo grado di rassegnazione, a sentirsi burattini governati da sostanze chimiche: "sto bene perché il farmaco sta facendo effetto, sto male perché il farmaco non funziona". Tale mentalità farmacocentrica può diventare così invasiva e invalidante nell'immaginario della persona da trasformarsi in una sorta di feticcio, responsabile di tutto il bene e di tutto il male che si prova, una giustificazione e una difesa rispetto alla paura del cambiamento".

Le piante, e nello specifico i fiori, "ragionano e lavorano" in modo molto diverso, avendo i loro tempi e le loro regole. I cambiamenti determinati dalla loro assunzione sono dolci e gradualmente, ma instancabili e durevoli nel lungo termine, educando la persona a conoscere se stessa prendendosi cura di sé con senso di responsabilità, poi-

ché ci si assume consapevolmente la responsabilità del proprio benessere.

Il corpo si rende, in questo modo, più sensibile alle esigenze della propria anima, favorendo il processo di recupero e stabilità emozionale, energetica e di conseguenza fisica. I rimedi floreali non creano dipendenza tantomeno tolleranza, a differenza dei psicofarmaci, e non presentano alcun effetto collaterale, ma non per questo vanno scelti e assunti con leggerezza, confusione o ancor peggio approssimazione.

C'è ansia ed ansia, c'è depressione e depressione, e nessun disturbo del sonno è uguale ad un altro, per cui i sintomi, andranno valutati attraverso, come abbiamo accennato poco prima, un colloquio ben strutturato, solo in questo modo i fiori saranno capaci di favorire, il riequilibrio energetico. Curarsi con i fiori richiede necessariamente un coinvolgimento personale, un'attiva partecipazione alla cura, in un'ottica di empowerment: metodologia d'intervento rivolta al recupero e al potenziamento dell'autonomia e della responsabilizzazione, alla capacitazione delle risorse personali.

La floriterapia, secondo Bach, ha quindi come fondamento l'idea che gli esseri umani sono molto più che tessuto, sangue, proteine, grassi ed acidi nucleici. L'uomo possiede una dimensione intima ed interiore, che è uno degli aspetti della propria natura profonda, che lo caratterizza come essere unico rispetto a tutti i suoi simili.

La nostra stessa coscienza, che è essa stessa energia, è fortemente connessa con ogni cellula del nostro corpo. Quindi, ogni nostra parte sa quando facciamo qualcosa che è bene per noi, oppure no, e reagisce di conseguenza. In termini energetici una tensione o uno squilibrio nella nostra energia si trasmetterà nel corpo fisico, manifestandosi sotto forma di un determinato disturbo, segnalando un conflitto tra anima e personalità, tra le scelte della mente e le scelte dettate dal cuore che rimangono del tutto inascoltate.

Questo conflitto, che tutti chiamano malattia, altro non è che un segnale, un messaggio che va accolto ed analizzato, secondo Bach, accogliendolo come una preziosa opportunità e chiave di lettura di noi stessi e del nostro modo di porci al mondo! ■

Bibliografia

1. Berrino F. (2016), Il Cibo dell'uomo. La via della salute tra conoscenza scientifica e antiche saggezze, pagg. 253-257. Franco Angeli Edizioni, Milano.
2. <http://www.salute24.ilsole24ore.com>.
3. AA. VV. (2015), "Back to brain: from and to, the adult and the child" - Le Giornate Pisane di Psichiatria e Psicofarmacologia Clinica. 8th Annual Meeting, Pisa, 13-15 giugno 2015.

Claudia Notaro - Sono una farmacista e avrei bisogno di un'opinione in merito una donna al settimo mese di gravidanza affetta da dolore lombosacrale eminentemente dal lato destro. Come primo soccorso ho consigliato Bryonia 15CH 5 granuli circa 4/5 volte al giorno e il dolore sembra migliorare. È consigliabile associare Arnica? O avreste consigliato altro?

Tiziana Di Giampietro - Rhus toxicodendron 7CH (lombalgia nella gravidanza), ma anche qualche manipolazione osteopatica può essere di sollievo al carico della colonna vertebrale e... un cuscino sotto le gambe quando dorme (supina).

Enrico Carrara - Per me il rimedio corretto è Kalium carbonicum, magari in associazione con i rimedi citati. Se la collega riferisce miglioramenti con Bryonia mi pare poco probabile il rimedio Rhus tox. Tra l'altro sull'ultimo testo della dott.ssa Enrica Campanini si suggerisce per la lombalgia in gravidanza Kalium carbonicum 9CH granuli.

Tiziana Di Giampietro - Hai ragione sul Kalium carbonicum per la lombalgia della gravidanza. E' stato un lapsus da stordimento di prima mattina... :-)) Quanto all'opposizione della modalità (Bryonia migliora con l'immobilità poiché dovuta ad una infiammazione acuta mentre Rhus Toxicodendron migliora col movimento lento, come se l'articolazione fosse arruginita, poiché dovuta ad una forma cronicizzata) accade che a volte l'indicazione all'associazione dei due rimedi, stranamente, coincide. Forse perché il paziente si trova nella fase di passaggio dall'acuto al cronico o in una riacutizzazione del dolore in una forma ormai cronicizzata. Grazie ancora per la correzione che ha stimolato queste riflessioni. Rhus tox resta comunque valido, insieme ad Arnica, nella lombalgia di tutti coloro che non sono in gravidanza.

Gianluca Brugnoli - Condivido il pensiero di Enrico. Alla base io avrei chiesto come migliora e peggiora il problema prima di scegliere il rimedio.

Claudia Notaro - Ho scelto Bryonia perché il dolore migliora con l'immobilità assoluta. Per quanto riguarda l'associare il Kalium carbonicum, purtroppo non riesco a reperirlo nel circuito della farmacia? Consigli?

Tiziana Di Giampietro - Si trova facilmente poiché ha anche indicazione nella tosse con catarro denso che peggiora intorno alle 3 di notte (quella dell'influenza che si complica). Molto richiesto in questa epidemia... ■

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



Scuola Nazionale di Omeopatia Clinica e Medicina Integrata

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

LIVELLO BASE
Annuale

60 ORE

LIVELLO AVANZATO
Biennale

120 ORE

OMEOPATIA CLASSICA
IN MEDICINA INTEGRATA

60 ORE

FORMAZIONE
PERMANENTE CONTINUA

30 ORE

FAD
Formazione a Distanza

120 ORE

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

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

50 CREDITI ECM PER ANNO DIDATTICO

CON VERIFICA ANNUALE DELLA FORMAZIONE

Elena Panerati - Vorrei trattare una bambina di 7 anni che soffre di ossiuri con Cina 9CH mattina e sera, più delle dosi alla 15CH in prevenzione. Ho letto al cambio di luna (momento in cui i parassiti si riproducono di più). Ma cosa si intende? Luna nuova? Luna piena? O entrambe?

Marialucia Semizzi - A quanto so io - e così faccio - all'inizio della luna crescente (il giorno dopo la luna nuova) e all'inizio della luna calante (il giorno dopo la luna piena).

Enrico Carrara - In tutte le fasi lunari sarebbe da somministrare per me in dosi alla 30CH, ma è una mia opinione personale!

Gino Santini - Scusate, ma ho sempre sentito voci discordanti sull'utilizzo di Cina negli ossiuri. Qual è il razionale di questa strategia?

Marialucia Semizzi - Mi insegnò il truccetto (che utilizzo per prescrivere Vermox e Combantrim) un medico pugliese figlio di un contadino, osservando i cicli riproduttivi dei vermi, che schiudono le uova con le lune; prendendo la cura immediatamente dopo li trovi al massimo dell'espressione vitale e quindi ne fai secchi di più. Dopo quindici giorni dovresti trovare quelli non ancora usciti dalle uova alla dose precedente, e così risolvere il problema.

Tiziana Di Giampietro - Da anni utilizzo uno schema che copre per due o tre cicli riproduttivi la patologia: Cina 7CH cinque granuli 2 volte /die per due mesi. Il ciclo può essere ripetuto a primavera e autunno in forma preventiva. Funziona bene. A volte, in fase acuta, associo un estratto idro enzimatico e la cosa funziona. Ho notato che Cina svolge un'azione stabilizzante intestinale anche nelle allergie respiratorie. ■

Dalle pagine di OmeopatiaOnline...

Hahnemann e la Psichiatria

Luigi Turinese

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

*“Dopo aver condotto per molti anni uno studio particolareggiato di disturbi della specie più persistente e generalmente incurabili, e di malattie veneree, cachessia, ipocondria e follia, progettai, con l’assistenza dell’onesto Duca¹, una casa di cura per questo tipo di malattie a Georgenthal, nei pressi di Gotha; fu allora che *Klockenbring* mi fu condotto da Hannover”.²*

Nell’anamnesi omeopatica, come sappiamo, una parte di rilievo è occupata dall’indagine sul carattere del paziente e sugli eventuali sintomi psichici concomitanti. Il tenore stesso delle domande, volte a far luce su di un’area comunemente ignorata dal medico pratico che non sia specialista in psichiatria, contribuisce a creare una salda relazione medico-paziente e qualcosa che somiglia ad un clima psicoterapeutico. Qui, dopo tutto, risiede l’origine di quell’effetto placebo che il trattamento omeopatico sembra in effetti possedere in misura maggiore rispetto alle terapie convenzionali e che, se diventa lo strale preferito dai detrattori, dovrebbe invece costituire motivo di vanto per gli omeopati: perché possedere una tecnica anamnistica dotata per così dire di azione terapeutica non è cosa di poco conto.

Il fatto che l’anamnesi omeopatica lasci emergere contenuti psichici ha una duplice conseguenza: da un lato contribuisce a rinsaldare il rapporto tra medico e paziente, con ovvie implicazioni positive, anche sotto il profilo terapeutico e della compliance da parte del malato; dall’altro immette nel campo terapeutico materiali e questioni che, nel caso di pazienti nevrotici, abbisognerebbero di un intervento psicoterapeutico: in questi casi occorre molto buon senso, perché omeopatia e psicoterapia sono interfacciate, ma non sono la stessa cosa. Indubbiamente, all’origine dell’importanza che l’omeopatia conferisce alla valutazione dell’area psicologica concorre più di un motivo.

Certamente vi è un motivo tecnico, ovvero la necessità di porre il maggior numero di elementi gerarchicamente significativi - l’area psicologica certamente lo è - al vaglio della similitudine. Scrive Hahnemann nella “Materia Medica Pura” (1811-1821): “L’impiego omeopatico dei medicinali è più indicato quando non solo i sintomi somatici del rimedio sono simili a quelli della malattia, ma anche quando le alterazioni mentali ed emozionali provocate dalla droga incontrano stati simili nel quadro morboso da curare”. Alcune scuole post-hahnemanniane, in verità, hanno in un certo senso ipertrofizzato, isolandole o quanto meno eleggendole a elemento trainante nella ricerca della similitudine, le alterazioni mentali ed emozionali. Oltre al motivo tecnico testé richiamato, però, vi è un motivo storico poco noto, che rivela una disposizione naturale del padre fondatore all’ascolto e alla comprensione del paziente. Come si ricorderà, Hahnemann si astenne dall’attività clinica a partire dal 1789 per dedicarsi, a partire dall’anno seguente, alla ricerca di un nuovo principio sulla scorta del quale riedificare la clinica. Questo principio, noto come principio di similitudine, troverà una prima enunciazione nel 1796, con la pubblicazione del “Saggio su un nuovo principio per scoprire le virtù curative delle sostanze medicinali, seguito da qualche considerazione sui principî accettati fino ai nostri giorni”, nel quale Hahnemann trae le prime conclusioni di sei anni di sperimentazioni di sostanze medicinali sull’uomo sano.

Il saggio costituisce in un certo senso l’atto di nascita dell’omeopatia (anche se il termine *omeopatia* apparirà solo nel 1808, nella “Lettera a un medico di alto rango sull’urgenza di una riforma in medicina”); e insieme il colpo d’ala con il quale Hahnemann si solleva da una posizione di mera contestazione della medicina del suo tempo a un livello propositivo e originale. Ad ospitarlo è il secondo numero del *Journal der Practischen Arzneykunde und Wundarzneykunst*, fondato l’anno prima da Cristoph Wilhelm Hufeland (1762-1836), vessillifero della medicina modernista e professore di clinica medica a Jena.

Dunque gli anni dal 1790 al 1796 furono anni di studio e di ricerca, con l’obiettivo di trovare una solida base teorico-pratica sulla quale rifondare l’attività clinica, temporaneamente sospesa. All’incirca a metà di tale percorso, tuttavia, ci fu un episodio clinico, isolato ma saliente e carico di implicazioni epistemologiche.

Siamo nel 1792. La morte del Principe Leopoldo, figlio dell’Imperatrice Maria Teresa, spinge Hahnemann a lanciarsi in una pubblica accusa nei confronti del medico di corte, Lagusius, che ha salassato il paziente per ben quattro volte in ventiquattro ore. La polemica assume toni durissimi; e consente ad Hahnemann di utilizzare quel singolo caso per scagliarsi con una violenza senza mediazioni contro le pratiche - allora molto in uso - dei salassi, degli emetici, dei purganti. L’editore dell’articolo, Becker, forse anche per allontanare il suo confratello massone (Hahnemann aveva aderito alla Massoneria nel 1777) da ulteriori polemiche che non gli avrebbero giovato, gli procura l’incarico di direttore del manicomio di Georgenthal, in Turingia. Si tratta di uno spazio ricavato

¹ Hahnemann si riferisce al Duca di Gotha, suo protettore.

² In Haehl, R. (1922, vol. I, p. 41).

dal riadattamento del castello di caccia di Ernst, duca di Gotha, e ospiterà un solo paziente, Friedrich Klockenbring, alto funzionario della cancelleria di Hannover e ministro di polizia, curato senza risultati, tra gli altri, dal dottor Wichmann, medico di corte di Hannover. La moglie, avendo letto su una rivista di divulgazione medica la notizia della prossima apertura dell'ospedale psichiatrico di Georgenthal, decide di tentare quest'ultima carta. È l'inizio dell'estate del 1792 e un uomo malinconico, sporco, col viso pieno di macchie e l'espressione idiota viene condotto dalla moglie nel castello adibito ad ospedale. L'attuale linguaggio psichiatrico lo diagnosticherebbe probabilmente come uno psicotico maniaco-depressivo con elementi deliranti. È altresì probabile, da notizie in nostro possesso, che il grave quadro clinico sia espressione di una sifilide secondaria.

Lunghi periodi di taciturna malinconia si intercalano con fasi eccitatorie in cui egli, guidato da un'energia allucinata e febbrile, declama brani dell'Iliade in greco e testi in ebraico, canta arie dallo Stabat Mater di Pergolesi, recita a memoria passaggi dell'Inferno di Dante o del Paradiso perduto di Milton, elenca lunghe formule algebriche. Una volta - spinto dall'ansia di conoscere i misteri dell'armonia - fa a pezzi un pianoforte.

Hahnemann trasferisce l'intera famiglia a Georgenthal; per nove mesi osserva il malato, rimane lunghe ore con lui, lo ascolta. Soprattutto, non usa i mezzi di coercizione in uso all'epoca. Nel febbraio 1796, pubblicando sul *Deutsch Monatschrift* il caso clinico in questione ("Ritratto di Klockenbring durante la sua follia"), scriverà: *"Non faccio mai punire gli alienati con percosse o con altre pene corporali, perché ritengo che non si possa punire la 'follia' involontaria; sono convinto che questi malati abbiano diritto alla nostra pietà e che la loro condizione si aggravi quanto più essi vengono maltrattati, senza poter riporre alcuna speranza in un miglioramento: lui mi mostrava spesso i segni delle percosse che i guardiani precedenti gli avevano inflitto durante il ricovero. Il medico di questi infelici deve potersi far rispettare da loro, ma deve anche ispirare loro fiducia; non si ritiene mai offeso da quanto essi possano dire o fare, perché agli alienati è impossibile offendere qualcuno. I loro irragionevoli accessi di collera suscitano la sua comprensione per uno stato tanto meritevole di pietà e suscitano in lui quell'amore per il prossimo che lo induce ad aiutarli"* (Tétau, M. (1997): "Hahnemann. Intuizione e genialità", Tecniche Nuove, Milano, 2003, p. 42).

Hahnemann si trova immerso nello spirito del suo tempo. Egli, in realtà, non inventa nulla ma applica il buon senso e probabilmente ha ricevuto un'eco della riforma che ha luogo a Parigi in quegli stessi anni ad opera di Philippe Pinel (1745-1826); questi, proprio nei mesi in cui Hahnemann e Klockenbring si fronteggiano nel manicomio di Georgenthal, libera dalle catene i pazzi dell'ospedale Bicêtre, una struttura trasformata via via in ospedale militare, orfanotrofio, prigione e il cui ospite più illustre era stato Donatien Alphonse François de Sade (1740-1814). Risale infatti a Pinel - e poi al suo erede Jean-Étienne-Dominique Esquirol (1772-1840) - una vera e propria riforma dell'orizzonte psichiatrico, che oltre ai metodi rivoluzionerà il punto di vista sulla follia. Come dirà Hegel, attento lettore di Pinel, nel folle

rimane sempre un residuo di ragione, alla quale bisognerà guardare per comprendere e curare la malattia mentale. "Più o meno, i folli ragionano tutti", scriverà Esquirol nella sua tesi di dottorato del 1805. Ed ancora: "Non solo le passioni sono la causa più comune dell'alienazione, ma intrattengono con questa malattia e con le sue varietà dei sorprendenti rapporti di somiglianza". Quest'ultima affermazione può senz'altro applicarsi al caso di Klockenbring, erudito di grande valore ma emotivamente fragile, il cui equilibrio psichico dipende in grande misura dagli umori dell'opinione pubblica. Il suo temperamento eccentrico riceve un colpo irrimediabile allorché il drammaturgo Kotzebue lo diffama in un pamphlet, accusandolo di essere socio del malfamato scrittore Karl Bahrdr, dipinto come alcoolista e sfruttatore della prostituzione. La condizione in cui Klockenbring precipita è stata illustrata in precedenza. Il trattamento di Hahnemann - in pratica una rieducazione all'umanità attraverso l'umana partecipazione - nel febbraio del 1793 restituisce Klockenbring alla famiglia e al mondo del lavoro (sebbene declassato a un incarico di minore responsabilità). Egli, probabilmente fiaccato nel corpo sebbene curato nell'anima, morirà nel giugno del 1795. Anche a causa della difficoltà di reperire pazienti in grado di pagare la retta e l'onorario, il caso rimane isolato e nessun altro malato di mente approda al castello di Georgenthal, che viene così dismesso. A chi gli domanda quanti folli siano in cura da Hahnemann, il magistrato distrettuale risponde sarcastico: "Soltanto uno: lui stesso". Tale è la sorte degli innovatori. ■

Bibliografia

- Bradford, T.L. (1885): "La nascita dell'Omeopatia. Vita e lettere di Samuel Hahnemann", Perla Edizioni, Milano/Grosseto, 1995.
- Cook, T.: "Samuel Hahnemann", Thorsons Publishers Limited, 1981.
- Demarque, D.: "L'Homéopathie médecine de l'expérience", Maisonneuve, Mulins-lès-Metz, 1981.
- de Torrebruna, R., Turinese, L.: "Hahnemann. Vita del padre dell'Omeopatia. Sonata in cinque movimenti", Edizioni e/o, Roma 2007.
- Guillot, R.-P.: "Samuel Hahnemann pionnier de l'homéopathie", Editions Sum, Genève, 1993.
- Hahnemann, S. (1796): "Saggio su un nuovo principio...", Guna Editore, Milano, 1994.
- Hahnemann, S.: "Striche zur Schilderung Klockenbrings während seines Trübsinns", Deutsche Monatschrift, Leipzig, 1796.
- Haehl, R. (1922): "Samuel Hahnemann. His life and work", Jain Publishers Pvt. Ltd., New Delhi, 1985.
- Larnaudie, R.: "La vita sovrumana di Samuele Hahnemann, fondatore dell'omeopatia", Fratelli Bocca Editori, Milano, 1942.
- Tétau, M. (1997): "Hahnemann. Intuizione e genialità", Tecniche Nuove, Milano, 2003.
- Turinese, L.: "Il farmacista omeopata", Tecniche Nuove, Milano, 2002.

TRAUMI? DOLORI? AFFATICAMENTO MUSCOLARE?^{1,2}



ARNIGEL® a base di Arnica montana tintura madre al 7% TUTTI I BENEFICI DELL'ARNICA IN GEL

Arnica montana, contenuta in Arnigel®, è una pianta medicinale tradizionalmente utilizzata dalla farmacologia omeopatica per il trattamento dei **traumatismi minori** e dell'**affaticamento muscolare**¹.

“L'azione locale di Arnica montana viene esercitata:

- a livello dell'apparato locomotore sui muscoli, diminuendo il dolore e l'indolenzimento;
- riducendo il dolore articolare e il gonfiore causati da disturbi reumatici;
- nei capillari e nelle vene riducendo l'ematoma e l'ecchimosi, proteggendo i vasi sanguigni²”.

Arnigel® trova utilizzo anche per chi pratica **attività sportiva**. Infatti, da uno studio clinico RCT risulta che Arnicare® (in Italia commercializzato con il nome di Arnigel®) “può essere usato dopo l'attività sportiva come aiuto contro gli effetti a breve termine di **rigidità muscolare e dolore**³”.

*La qualità e l'affidabilità della Tintura madre di Arnica montana Boiron sono garantite dal processo produttivo conforme alla Farmacopea Francese⁴. La materia prima, ottenuta da pianta spontanea, fresca e intera, viene raccolta nel rispetto dell'ecosistema e lavorata entro 48 ore, assicurando un fitocomplesso riproducibile nel tempo. Come indicato da Farmacopea Francese, la Tintura madre di Arnica montana contiene i **lattoni sesquiterpenici** “responsabili dell'attività antinfiammatoria²”.*

Arnigel® è privo di: parabeni, profumo e coloranti. La sua formulazione in gel consente una facile applicazione, un effetto rinfrescante e un rapido assorbimento. Inoltre, risulta ben tollerato e non irritante³. Arnigel® è indicato per adulti e bambini⁵.

Si consiglia di applicare Arnigel® 2-3 volte al giorno. Non utilizzare su occhi, mucose e cute lesa.



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. Demarque D, Jouanny J, Poitevin B, Saint-Jean Y. Farmacologia e materia medica omeopatica. Milano: Tecniche Nuove; 2000. p.42-44. 2. Iannitti T, Morales-Medina JC, Bellavite P, Rottigni V, Palmieri B. Effectiveness and Safety of Arnica montana in Post-Surgical Setting, Pain and Inflammation. Am J Ther. 2014 Sep 17. 3. Nobel S, Merville C, Baker C, Fayard AL, Terzan L, Loullis C. Clinical evaluation of the effects of Arnicare gel, a homeopathic preparation in sport related pain and stiffness. The efficacy and safety of a homeopathic arnica gel (Arnicare®) in the treatment of sports. Homeopathy. 2014. 103:92. 4. Arnica montana for homeopathic preparations (French Pharmacopea). 5. Boiron M, Roux F. Pédiatrie. Le Moniteur; 2015. p. 89,91,95.

Case management e terapie integrate

Armando Splenito

Articolo tratto dalla tesi del Master Universitario di I livello in Medicine Complementari e Terapie Integrate, A.A. 2016/2017 dell'Università di Siena
Mail: blackartstar@hotmail.com

L'integrazione tra la medicina tradizionale e allopatrica è un obiettivo da perseguire negli anni a venire, come pianificato dall'OMS nelle ultime strategie emanate a riguardo. Tra queste strategie, già in fase di attuazione da alcuni anni, vi è anche la formazione di professionisti sanitari esperti in terapie complementari, che hanno il dovere di favorire il processo di integrazione nella maniera più scientifica possibile.

Il *case management* è una mentalità nata ed applicata già da molti anni negli Stati Uniti, e presuppone per sua natura un'analisi dettagliata della situazione del paziente ed una misurazione degli esiti delle cure erogate, al fine di dimostrarne l'efficacia sia agli occhi dell'assistito che di quelli dei finanziatori delle cure; ha come suo fondamento l'ottimizzazione delle prestazioni erogate al fine di ottenere la miglior qualità di assistenza con il minimo costo.

Quando si parla di *managed care* ci si riferisce al sistema che regola le cure ed il suo funzionamento, sistema composto da ospedali, strutture, professionisti e compagnie assicurative. E' una forma organizzativa che opera sulla base di processi in continuo adattamento in base all'evoluzione clinica e all'organizzazione sanitaria.

Negli USA funziona principalmente con due tipi di organizzazione:

- *Health Maintenance Organizations* (HMO), strutture con responsabilità economico-amministrativa ad attività assicurativa ed erogazione di pacchetti di prestazioni sanitarie prepagate.
- *Preferred Provider Organizations* (PPO), garantiscono di poter usufruire dei servizi esterni al sistema di rete creato, coprendone in parte le spese.

Questo sistema è in uso da anni negli USA ed ha dimostrato di raggiungere gli obiettivi prefissati soprattutto nell'ottimizzare l'assistenza contenendone i costi. Tra i vantaggi c'è la creazione di reti di professionisti e strutture, che per farne parte devono garantire uno standard qualitativo alto; presenta anche dei lati negativi, ad esempio ha il difetto intrinseco di essere orientato verso le fasce di popolazione a minore rischio sanitario, come le fasce giovanili, adulte e sane.

La ragione del profitto e del contenimento dei costi spesso prevale sulle scelte morali ed obiettive dei sanitari stessi, che sono influenzati dalle compagnie assicurative finanziatrici, entrando spesso in conflitto tra loro perché costretti a tenere conto della spesa nelle loro decisioni. Le fasce di popolazione più indigenti sono penalizzate da questo sistema e con gli anni si è comunque reso ne-

cessario l'intervento dello stato per supportare il sistema sanitario.

Il *case management* riguarda più strettamente tutto ciò che ruota intorno al paziente (o a gruppi di pazienti con le stesse caratteristiche) durante il suo percorso di cura. E' stato definito come *Primary Nursing* di secondo livello, cioè una evoluzione di tale approccio all'assistenza, consolidato da M. Manthey nei primi anni settanta del secolo scorso, che ha come comune denominatore il considerare il paziente come entità centrale, che sta affrontando una condizione di malattia e deve essere accompagnato durante un percorso verso la guarigione o il miglioramento della qualità di vita, oppure verso la morte dignitosa. Il *case management* è una metodologia usata dal *managed care*, ma è anche un meccanismo autonomo di miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dell'assistenza sanitaria.

Il principio della presa in carico del paziente per garantirgli continuità e qualità delle cure viene fatto risalire a circa 150 anni fa, nella seconda metà del diciannovesimo secolo, da parte di organizzazioni caritatevoli americane che introdussero una forma di gestione dei volontari ed una collaborazione tra vari enti previdenziali, per garantire un aiuto ai poveri ed ai veterani. E' dei primi anni del ventesimo secolo la definizione della figura del Community Health Nurse, descritto come la persona che coordina gli interventi sanitari e di assistenza sociale, in base alla valutazione dei bisogni della persona e della famiglia, garantendo un corretto utilizzo delle risorse, con contenimento dei costi ed una responsabilità per le cure prestate.

La sociologa Mary Richmond sosteneva che l'assenza di comunicazione tra gli enti, e il mancato coordinamento dell'assistenza producesse la moltiplicazione degli sforzi e la confusione dei clienti. Nel corso degli anni ottanta venne introdotto il termine *case management*, per controllare la durata dei ricoveri dopo l'introduzione del sistema di pagamento prospettico degli ospedali. Dagli anni novanta il *case management* venne introdotto in tutti i setting di cure, perché risultato essere efficace nella riduzione dei costi e nell'aumentare la qualità dell'assistenza.

La Case Management Society of America ha introdotto dal 1995 un documento che definisce la figura del case manager, proponendone gli standards operativi; il documento si chiama *Standards of Practice for Case Management* e dalla prima edizione è stato aggiornato più volte, nel 2002, nel 2010 e nel 2016, dove viene confermata la definizione del *nurse case management* come "un pro-

cesso collaborativo che accerta, pianifica, implementa, coordina, monitorizza e valuta opzioni e servizi per incontrare i bisogni di salute individuali attraverso la comunicazione e la disponibilità di risorse per promuovere risultati di qualità-costo efficaci”.

Il documento non vuole essere un obbligo di legge, ma si prefigge di definire il *case management* come caratteristiche e principi, descrivendone dettagliatamente il processo in tutte le sue tappe, sostenendo che “quando il *case manager* si impegna alla ricerca di un’ottimale stato di salute per una persona assistita, a giovarne sarà non solo quest’ultima ma anche tutto ciò che le sta intorno, come la famiglia (o *caregiver*), il sistema sanitario, le persone del team e coloro che finanziano l’assistenza”.

Il processo di *case management* è di tipo ciclico, in costante autovalutazione e non di tipo unidirezionale; esso si basa sull’uso di due componenti fondamentali: il pensiero critico e le conoscenze tecniche basate sulle evidenze.

Le tappe del processo sono:

- identificazione/selezione del soggetto (chiamato anche *cliente*), con valutazione dei benefici di un intervento del servizio di case management, identificazione dell’ambiente e dei familiari/*caregiver* presenti, ottenimento dei loro consensi alle cure;
- valutazione della persona e delle opportunità, fase fondamentale per inquadrare la situazione ed impostare tutto il percorso successivo: bisogna attuare in questa fase un approccio integrato, la coniugazione cioè di strumenti derivanti dalle scienze oggettive, tipici delle scienze naturali di tipo quantitativo (misurazioni, scale, test e questionari), con metodologie di tipo qualitativo proprie delle scienze umane (colloquio narrativo, semistrutturato e agenda del paziente);
- sviluppo del piano di intervento, strumento dinamico per pianificare le azioni da compiere, le opportunità, gli obiettivi da raggiungere: tiene conto dei bisogni della persona, identificati nella fase di valutazione, e della collaborazione di tutto il team di assistenza, dai familiari/*caregiver* ai professionisti, inizia la fase collaborativa di tutti per il raggiungimento degli obiettivi prefissati;
- messa in atto e coordinamento, in questa fase è molto importante mantenere un flusso continuo di informazioni, grazie alla collaborazione ed alla comunicazione di tutto il team;
- monitoraggio e valutazione continua della situazione, mantenendo il contatto con il paziente e valutando man mano se servono modifiche al piano prefissato e se gli obiettivi da raggiungere possano essere mantenuti tali o eventualmente modificati;

- chiusura del servizio di case management, in caso di raggiungimento degli obiettivi prefissati, occorrerà una valutazione degli esiti assistenziali raggiunti.

I ruoli del case manager infermieristico si possono riassumere in tre punti principali:

Clinico - Ha le competenze necessarie per identificare e accertare i problemi reali e/o potenziali del paziente e della famiglia, attraverso la valutazione delle condizioni fisiche, emotive e psicosociali dell’assistito. In regime di collaborazione con gli altri membri del team multidisciplinare sviluppa un piano assistenziale mirato a raggiungere la giusta risposta ai bisogni dell’utente;

Manageriale - Si occupa della gestione dell’assistenza all’utente pianificando interventi e modalità di trattamento che tengano conto delle specificità dei bisogni; in ambito ospedaliero inizia ad elaborare il piano di dimissione al momento della presa in carico della persona; valuta in maniera costante la qualità dell’assistenza fornita e gli esiti di tali interventi;

Finanziario - In un contesto collaborativo evita l’inadeguatezza delle cure erogate, garantisce la giusta assegnazione delle risorse per tutta la degenza, promuove un migliore utilizzo delle risorse evitando sprechi e frammentazioni inutili delle prestazioni.

L’integrazione di terapie complementari all’interno di questo processo, una adeguata misurazione degli esiti con scale anche create appositamente (ad esempio, di tipo *Likert*), potrebbero contribuire non solo ad un miglioramento dell’assistenza in generale, ma anche ad un aumento dell’uso delle terapie complementari, in maniera strutturata e con esiti il più possibile misurabili; fondamentale ruolo di chi attua questo tipo di processo sarebbe di provare a dare consistenza, evidenza e concretezza a ciò che si presenta impalpabile, instabile e variabile proprio perché è dell’essere umano. Anche l’empatia è una dote importante per il case manager, il provare cioè ad assumere la prospettiva altrui cercando di comprenderne il vissuto.

Sono necessarie le competenze del *case manager* per gestire i sistemi di cura, nonché i singoli pazienti. L’applicazione e il progresso della mentalità case management in Italia è ancora ad una fase iniziale, ma credo sia la giusta via da perseguire.

Lettere consigliate

Paolo Chiari, Antonella Santullo, L’infermiere case manager, dalla teoria alla prassi, McGraw-Hill Education; seconda edizione (1 settembre 2010).

G. Artioli, P. Copelli, C. Foà, R. La Sala, La valutazione infermieristica della persona assistita, un approccio integrato, Poletto, 2016.

Il Chronic Care Model Integrato in Regione Toscana

L'esperienza in un ambulatorio di MMG

Irene Pica

Articolo tratto dalla tesi del Master Universitario di I livello in 'Medicine Complementari e Terapie Integrate' A. A. 2016/2017 dell'Università di Siena
E-mail: ireligabri@libero.it

Attualmente le malattie croniche sono la causa principale di morte nel mondo: 17 milioni di persone muoiono prematuramente ogni anno a causa di queste patologie. L'OMS considera la diffusione delle patologie croniche uno dei maggiori problemi di salute pubblica dei nostri tempi, tanto da aver pubblicato un rapporto, "Preventing chronic diseases: a vital investment", nel quale sottolinea che un'azione globale sulla prevenzione delle malattie croniche potrebbe salvare la vita a 36 milioni di persone. È proprio in questo contesto che nasce il *Chronic Care Model* (CCM), un modello assistenziale per le persone affette da patologie croniche basato sulla medicina d'iniziativa. Si fonda sulla presa in carico proattiva dei cittadini e su un approccio organizzativo che assume il bisogno di salute prima dell'insorgenza della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi, prevenendo ed organizzando le risposte assistenziali adeguate e favorendo lo sviluppo di condizioni che permettano di mantenere il livello di salute il più alto possibile. È sui principi del CCM che nasce, nell'Ospedale di Medicina Integrata di Pitigliano grazie alla Dottoressa Ferreri, il Chronic Care Model Integrato (ICCM), dove si unisce alla medicina tradizionale quella complementare integrata (MCI), e in particolare omeopatia, fitoterapia e agopuntura. Qui la MCI ha un ruolo educativo per quanto riguarda l'adozione di corretti stili di vita e un'alimentazione adeguata, ha il compito di controllare i sintomi riducendo l'impatto farmacologico e la possibilità di gestire le comorbidità a livello ambulatoriale e domiciliare.

Per verificare la fattibilità di questo progetto all'interno dell'ambulatorio di MMG in cui lavoro, ho deciso di somministrare un questionario ai pazienti affetti da diabete tipo 2: dei 155 presenti nelle liste del CCM 56 hanno accolto il mio invito, di cui 30 femmine e 26 maschi, con un'età variabile compresa tra i 48 e gli 82 anni. Il questionario è composto da 14 domande che comprendono conoscenze generali sulle medicine complementari e il loro utilizzo sia per uso personale sia in relazione alla patologia cronica di base.

Alla domanda n°1 "Conosce in generale qualche tipo di terapia alternativa/complementare?", il 66% ha risposto "no" e il restante 34% "sì", con un'equa distribuzione di conoscenza/non conoscenza tra il campione femminile e quello maschile (fig. 1). È risultato inoltre che tra i pazienti che conoscono in modo generale le MC, le più popolari sono l'omeopatia, l'agopuntura, la fitoterapia e lo yoga, e che la maggior parte di loro ne sono venuti a conoscenza tramite parenti, amici e conoscenti, mentre la minoranza tramite medico o altri terapeuti.

Alla domanda n°5 "Ha mai fatto ricorso a terapie alternative/complementari?" il 21% dei pazienti ha risposto "sì" mentre il 79% "no", anche qui con nessuna differenza di risposta tra i due generi (fig. 2). Tra quelli che hanno risposto in modo positivo quasi tutti hanno dichiarato che ne hanno fatto uso per disturbi transitori su prescrizione medica, o come tentativo di cura ad un malessere che non rispondeva più ad una terapia farmacologica. La minoranza di loro ne ha fatto uso come prevenzione, in prevalenza chi ha fatto discipline come lo yoga. Tutti ne hanno tratto comunque un giovamento fisico e psichico. I pazienti che hanno risposto in modo negativo hanno affermato che non le hanno utilizzate perché non è mai stato suggerito loro questo tipo di terapia e che se qualcuno di fidato come medici, infermieri o altri terapeuti glielo avesse suggerito ne avrebbero fatto uso.

Alla domanda n°11 "Pensa che l'utilizzo delle medicine complementari possa aiutarla nel corso della sua patologia?" il 66% ha risposto "sì" mentre il restante 34% "no" (fig. 3). Parlando con i pazienti in seguito alla risposta a questa domanda, a parte lo scetticismo di coloro che hanno risposto negativamente, si è messo in evidenza il desiderio di trovare altre soluzioni terapeutiche che li facessero sentire accolti e protetti nel lungo cammino con questa patologia cronica.

Alla domanda n°12 "Quali pensa potrebbero essere gli effetti dell'introduzione della medicina complementare nella sua terapia?", il 27% ha risposto che crede che possa portare un miglioramento della qualità di vita (risposta A), l'11% un miglioramento della patologia (risposta B), il 4% un miglioramento dei parametri di laboratorio (risposta C), il 21% una riduzione della terapia farmacologica (risposta D), il 25% ammette di non essere in grado di dare una risposta non conoscendo bene la MC (risposta E) e il 13% non ritiene possa essere utile il loro utilizzo (fig. 4). Questi dati mettono comunque in evidenza che la maggior parte dei pazienti crede che l'utilizzo delle MC porti ad un miglioramento psico-fisico nonostante vivano nella rassegnazione della cronicità della patologia.

Alla domanda n°14 "quanto riterrebbe utile diffondere l'utilizzo delle medicine complementari nei pazienti affetti dalla sua patologia cronica?" (fig. 5) il 34% ha risposto molto utile (risp. A), il 36% abbastanza utile (risp. B), il 25% poco utile (risp. C), il 6% per niente utile (risp. D).

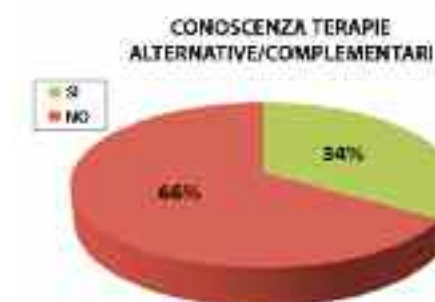


Figura 1

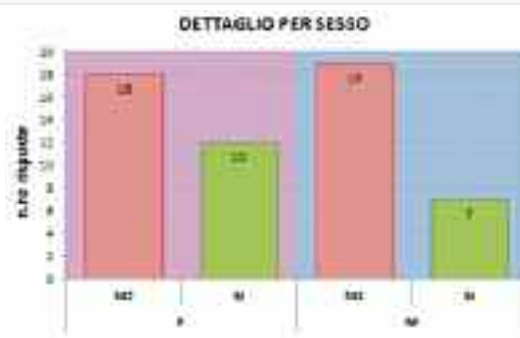


Figura 2



Pertanto dal questionario emerge che la maggioranza dei pazienti diabetici ha speranze nei confronti dell'intervento integrato al quale sarebbero quindi disposti ad aderire.

L'interessamento generale dei pazienti cronici con diabete tipo 2 del mio ambulatorio, rilevato con il questionario sopra citato, mi ha portato alla stesura di una scheda follow up in cui ho inserito, oltre ad una parte iniziale di valutazione generale del paziente diabetico, un'intera parte dedicata alla valutazione della medicina integrata e in particolar modo soffermandomi su alcuni parametri clinici (omocisteina, dosaggio della vitamina D, PCR, GGT, eco addome per statosi), sulla valutazione delle comorbidità con la scala CIRS, sulla valutazione nutrizionale in quanto l'alimentazione deve essere considerata una base terapeutica nella gestione della patologia e una parte dedicata all'omeopatia in cui viene registrata una costituzione omeopatica, un modello reattivo e un protocollo omeopatico specifico per quel dato paziente.

La valutazione e la rivalutazione clinica e terapeutica del MMG e dei vari specialisti può essere fatta in tempi diversi e concordata con il paziente.

Deve essere comunque tutto riportato in un'apposita cartella che ogni componente del team può consultare e aggiornare con lo scopo di confrontarsi in alcuni incontri che si dovranno tenere periodicamente.

L'obiettivo comune è educare e stimolare l'autogestione e la resilienza del paziente in una visione del tutto olistica possibile solo attraverso la collaborazione tra medicina tradizionale e medicina integrata. ■

OPINIONI EFFETTI BENEFICIO UTILIZZO MC NEL DIABETE TIPO 2



Figura 3

OPINIONI EFFETTI MC NELLA TERAPIA



Figura 4

OPINIONI DIFFUSIONE UTILIZZO MC NEL DIABETE TIPO 2



Figura 5



Dalla Natura soluzioni efficaci per la salute e il benessere di tutta la famiglia

Rimedi sviluppati secondo i principi dell'Antroposofia,
dal 1935



L'infermiere esperto in medicine complementari

Viaggio virtuale intorno al mondo

Carmen Moio

Articolo tratto dalla tesi del Master Universitario di I livello in 'Medicine Complementari e Terapie Integrate' A. A. 2016/2017 dell'Università di Siena
E-mail: moiocar@yahoo.it

Da diversi anni le cure complementari attirano l'attenzione degli operatori della salute, accanto alla consolidata presenza di medici che si occupano di queste medicine, nel nostro paese esiste un vasto numero d'infermieri che cercano di integrare le Medicine Complementari, adeguandole ai normali percorsi di assistenza infermieristica creando così un nuovo movimento che è il Nursing Olistico Integrato, purtroppo i loro sforzi sono rallentati¹ da tre mancanze: riconoscimento sociale, tutela normativa, codifica degli interventi di assistenza integrata.

Il termine infermiere è da sempre associato ad una visione olistica della malattia, del paziente e del contesto in cui è inserito. Negli ultimi anni, l'abusato termine è stato associato a situazioni che di olistico non avevano nulla, sminuendone l'alto tessuto filosofico e pratico che riveste per gli infermieri. La visione olistica della persona è una delle caratteristiche principali per una valida assistenza infermieristica.²

La mia indagine nasce dall'attenzione verso questo movimento confrontando le istituzioni infermieristiche internazionali impegnate con successo a codificare, avanzare e disciplinare, il Nursing Olistico-Integrato.

Da un sistema di cura verso un sistema di assistenza

L'attuale sistema sanitario si concentra quasi esclusivamente sul processo di cura, rendendolo così un sistema di "cura della malattia". Anche se necessario ed eccellente a sé stante, questo sistema è incompleto. L'uso di nuovi strumenti, incluse le terapie complementari, senza un cambiamento fondamentale nella filosofia con cui sono utilizzati, non trasformerà il sistema di cura della malattia in un vero sistema di assistenza. Il cambiamento necessario riguarda l'apprezzamento e l'attenzione alla totalità e all'unicità di ogni persona. Non vi è alcun intervento che non influenzi il sistema corpo-mente-spirito del paziente, perché questo non può essere diviso. Per tale ragione, il semplice inserimento di nuovi strumenti non trasformerà il sistema di cura della malattia, ciò che susciterà il cambiamento, sarà il modo con cui i professionisti utilizzano gli strumenti a loro disposizione. Secondo Jean Watson⁴ di più il nursing si deve prefiggere di aiutare le persone a raggiungere un elevato livello di armonia con se stesse, promuovendo l'autoconoscenza, l'autoguarigione e l'approfondimento del significato della vita. La Watson incoraggia l'infermiere ad andare, nella sua attività, oltre le certezze della medicina scientifica e ad utilizzare concetti e tecniche anche della medi-

cina complementare. Merita attenzione la teoria di self-care³ di Dorothea Orem, che vede intervenire l'infermiere solo nel momento in cui l'assistito non è più grado di autogestirsi.

Paradigma di cura della cura

Il paradigma di cura della cura è alla radice del nursing. I moderni infermieri sono un eterogeneo di abilità scientifica e impegno trascendente, comprendono che la guarigione è molto più che curare la malattia, sono consapevoli che la persona sta affrontando l'esperienza umana di quella malattia in termini di sintomi, sofferenza e conseguenze, per ritrovare l'integrità. Questo paradigma di cura della cura apre un'emozionante nuova frontiera agli infermieri, disposti a perseguirne la conoscenza. I primi passi sono fatti dagli americani che, dopo anni di ricerca e sperimentazione, hanno creato un percorso utile all'integrazione delle Medicine Complementari nei percorsi di cura, con la grande novità di porre al centro di questo percorso anche gli operatori. Il loro successo deriva dall'aver guardato la realtà infermieristica da un punto di vista olistico procedendo così alla stesura dei cinque valori fondamentali della cura olistica.¹¹⁻¹² Ogni valore occupa uno spazio ben definito nel percorso infermieristico e affinché sia efficace deve equilibrarsi armoniosamente con gli altri, affinché si possa assistere la persona nella sua globalità, originando un modo sano per erogare assistenza. Prendersi cura della persona nella sua interezza, implica che anche l'infermiere agisca coinvolgendosi come persona inscindibile, portando l'operatore a una maggiore consapevolezza di sé; lavorare su sé stessi migliora la risposta ai fattori di stress lavoro correlato, per fare un esempio. Nel momento in cui viene a mancare l'armonia avremo ripercussioni negative sulla qualità delle prestazioni, sui risultati attesi e sulla salute stessa degli operatori.

Offerta formativa universitaria

Non esiste progetto, che non abbia alle sue basi una seria formazione, ne sono consapevoli i colleghi di altre Nazioni, che da anni si adoperano per ottenere corsi universitari in ambito delle terapie complementari (tabella 1). La capolista è la Spagna¹⁰, che con i suoi sette corsi, offre la maggiore scelta in campo universitario. Segue il Cile⁹, dove si possono frequentare un corso di Diploma in Infermieristica Olistica, un Diploma Magistrale e un Dottorato. Gli americani¹⁷ e i canadesi¹⁸ offrono un Corso di Specializzazione universitario in Infermieristica Olistica al pari dell'Italia, che dedica il Master in Medi-

cine Complementari e Terapie Integrate dell'Università di Siena. Nel 2002 la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI⁵ definisce le finalità, la forma, gli obiettivi e le metodologie del percorso formativo di "Alta Formazione Infermieristica e Cure Complementari", ma il tutto sembra fermarsi lì. In Australia la formazione è svolta da enti privati e non è stata inserita nella tabella.

Mappe delle associazioni

Le descrizioni che seguono non danno l'idea dell'enorme impegno dedicato dai colleghi Infermieri. Quanto realizzato, ha permesso loro di esercitare e offrire un'ampia scelta di cure, con la conseguente possibilità di realizzare ricerche comprovanti o invalidanti le loro attività fornendo così dati garantiti per operatori e utenza. Essi hanno conquistato così negli anni un meritato spazio nella comunità scientifica.

America, AHNA (American Holistic Nurses association)⁶ - L'AHNA inizia la sua attività nel 1980 con 33 infermieri, mentre oggi conta più di 5000 iscritti. Nasce in un periodo di grave crisi economica e penuria infermieristica: si registrava un costante aumento del burn-out e alcuni abbandonarono l'attività ospedaliera per dedicarsi a quella privata. Avendo sperimentato che, inserendo le cure complementari nei percorsi assistenziali, non solo miglioravano i risultati ottenuti sui pazienti ma riducevano gli effetti dello stress lavoro-correlato, il loro target è di far avanzare la cura olistica nel sistema sanitario. Per realizzare i loro obiettivi hanno messo in campo attività rivolte agli operatori. Promuovono il self care, per il benessere degli infermieri e per migliorare il posto di lavoro. Stimolano la ricerca erogando borse di studio e organizzano corsi online e residenziali, per condividere i risultati ottenuti. Rispondono alle iniziative politiche di governo e collaborano con l'American Holistic Nurse Certification Corporation (AHNCC) per promuovere certificazioni formative in campo olistico.

Canada, CHNA (Canadian Holistic Nurses Association)⁸ - La CHNA fondata nel 1986 ha ripreso gli obiettivi dell'AHNA, pur essendo riusciti ad attivare un master di specializzazione universitario, non sono riusciti ad affermarsi come gli americani. Pertanto, nel 2016, hanno preferito procedere con una fusione con l'AHNA.

Cile, AECHh (Agrupación de Enfermería Holística de Chile)⁷ - Il gruppo di Infermieristica Olistica Cilena, è un'associazione fondata nel 2008 e conta circa 4600 membri. Il loro obiettivo è l'avanzamento della cura olistica. E' un gruppo che pone molta attenzione agli operatori, hanno attivato un team di esperti che interviene nelle equipe ospedaliere, per la prevenzione del burn-out, inoltre si occupano di tutoraggio nelle Tesi in tema olistico. Fanno parte di più comitati del Ministero della Salute per la standardizzazione delle Terapie Complementari e grazie alla loro collaborazione, sono tre i decreti emanati dal Governo con i cui si riconoscono le CAM come Professioni Sanitarie Ausiliarie, ottengono ancora di far inserire nell'ordinamento giuridico, anche agopuntura ed omeopatia.

Australia, HNANSW (Holistic Nurses Association of New South Wales - Associazione nasce per supportare

gli infermieri che erogano questo tipo di assistenza; la sua prima azione fu di istituire l'Università Australiana di Infermieristica Olistica con una propria associazione, l'Associazione di Infermieristica Olistica del Nuovo Galles del Sud. Dal 2012 tutte le specialità infermieristiche convergono nell'Australian College of Nursing³⁴⁻³⁵, che si occupa di formazione post laurea e sviluppo professionale; in materia di Terapie Complementari dedica giornate di approfondimento per il self care degli operatori e la pubblicazione di studi. Il Consiglio Infermieristico Australiano ha stilato le linee guida in materia di Medicine Complementari, ancora in uso nella pratica infermieristica.

Spagna, ADEATA (Asociación de Diplomados ed Enfermería, Acupuntores y Terapias Alternativas) - Associazione che si adopera dal 1991; registra poco più di duecento soci e mira allo sviluppo della cura olistica, per offrire una vasta scelta di cure complementari. Nel 2014 hanno istituito anche il CHEE (Grupo Intercolegial de Enfermería Española de Cuidados Holísticos), formato dai rappresentanti delle varie commissioni di terapie complementari e delle università d'infermieristica, con l'intento di inserire le CAM nell'ambito della formazione universitaria infermieristica, ottenendo l'insegnamento delle Terapie Complementari e dell'Infermieristica Olistica nel corso di base, e l'attivazione di sette corsi di specializzazione post laurea.

Italia, OMICA (Operatori di Medicine Integrate Complementari Associati) - L'Italia è rappresentata da OMICA istituita a novembre 2017 sotto il patrocinio della SIOMI. Lo scopo dell'associazione è di formare un gruppo inter-disciplinare di professionisti, impegnati nel creare una rete di ricerca e collaborazione, in ambito CAM. L'Associazione no-profit, unica nel suo genere, prevede di accogliere tutti quei professionisti in possesso di uno specifico bagaglio scientifico di conoscenze, competenze e pratiche professionali. L'obiettivo è di realizzare un'organizzazione impegnata a definire gli scopi e i campi di applicazione delle Medicine Complementari, in settori quali l'Infermieristica, la Fisioterapia, l'Ostetricia, la Psicoterapia, l'Osteopatia, ecc., il tutto messo al vaglio di un comitato scientifico di provata esperienza. I lavori realizzati saranno al centro di corsi, per avere continuità formativa per gli operatori, ma anche a tutela di chiunque voglia reperire informazioni. OMICA ha sede presso il CSB TORINO, uno dei primi Ambulatori Infermieristici in Italia a sola gestione infermieristica. Progetto ideato dalla Dr. ssa Sara Sblendorio, che ha frequentato il Master in MCTI di Siena lo scorso anno, offre una vasta scelta di servizi con integrazione di Terapie Complementari sapientemente adeguati alle cure infermieristiche.

Conclusioni

Consapevoli che sta a noi infermieri offrire le migliori opzioni di cura, i colleghi hanno creato percorsi basati sull'evidenza scientifica e programmi formativi, atti a sviluppare abilità concrete. Importante è stata l'attenzione ad accogliere e proporre iniziative politiche, arrivando a tutelare operatori e pazienti. L'introduzione delle com-



Tabella 1

petenze olistico-integrate nel percorso di cura ha avuto una nuova apertura culturale ed organizzativa, mi auguro che tutto questo, in concerto ad un ammodernamento della normativa e dei percorsi formativi, possa realizzarsi anche nelle nostre realtà originando una nuova sanità che miri ad apportare elevati livelli di assistenza. ■

Bibliografia

1. Enciclopedia Treccani 2010. Francesco Bottaccioli, Dalla Medicina Alternativa alla Medicina Integrata.
2. Holistic Nursing: A Handbook for Practice, Fourth Edition. Barbara Montgomery Dossey, RN, PhD, HCN, FAAN, Lynn Keegan, RN, PhD, HCN, FAAN, Cathie E. Guzzetta, RN, PhD, HCN, FAAN. Endorsed by the American Holistic Nurses' Association. Jones and Bartlett Publishers 200539.
3. Dorotea Orem, 2003 Self-care Theory in Nursing. Katherine McLaughlin Repenning. Springer Publishing Company.
4. Jean Watson Human Caring Science: a Theory of Nursing; Jones & Bartlett Learn; Second Edition 2011.
5. Linee guida per un percorso di alta formazione. Infermieristica e cure complementari. A cura del comitato generale IPASVI Marinella D'Innocenzo; Danilo Massai; Gennaro Rocco; Annalisa Silvestro; Loredana Sasso; Giovanna Valerio; Franca Vallicella. I ED. Novembre 2002. Archivio IPASVI ROMA 2002.
6. [www.ahna.org http://www.ahna.org/Portals/66/Docs/Membership/AHNA%202015-2018%20Strategic%20Plan%20Document%20Final%20for%20Website.pdf?ver=2016-12-28-160248-160](http://www.ahna.org/Portals/66/Docs/Membership/AHNA%202015-2018%20Strategic%20Plan%20Document%20Final%20for%20Website.pdf?ver=2016-12-28-160248-160) (Ultima Revisione 02/2018)
7. <http://enfermeriacuidadosholisticos.blogspot.it/p/grupos-de-trabajo.html> (ultima revisione 02/2018).
8. <http://www.chna.ca/>.
9. <http://enfermeriajw.com/agrupacion-de-enfermeria-holistica-de-chile/> (ultima revisione 02/2018).
10. <http://www.adeata.org/> (ultima revisione 02/2018).
11. Noreen Cavan Frisch, PhD, RN, FAAN; Standards for Holistic Nursing Practice: A Way to Think About Our Care That Includes Complementary and Alternative Modalities; <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume62001/No2May01/HolisticNursingPractice.aspx#Author>.
12. PubMed. comProfInferm. 2009 Jul-Sep; 62(3): 167-76. [AHNA Standardso f Holistic Nursing Practice]. [Article in Italian] Burrai F1, Cenerelli D, Calamandrei C; American Holistic Nurses' Association. PMID: 20623835-<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20623835>).

Le ultime news, l'elenco dei medici SIOMI, le FAQ sull'omeopatia, più di 800 abstract, motore di ricerca interno e molto altro su:

www.siommi.it

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





AGENTE DETOSSIFICANTE

ENTEROSGEL®

ENTEROADSORBIMENTO SELETTIVO

Trattamento innovativo per la detossificazione gastro-intestinale



Enterosgel® è un innovativo idrogel orale inerte a base di silicio che, giunto nel lume gastro-intestinale forma una peculiare struttura a "rete tridimensionale", in grado di **adsorbire selettivamente** solo le **sostanze tossiche endogene ed esogene di diversa natura**, rimuovendole **naturalmente** dall'intestino.

Diversi **studi clinici** evidenziano che:

- ✓ **Enterosgel®** è utile sia negli adulti che nei bambini, come mezzo di detossificazione gastro-intestinale da tossine alimentari, batteri, allergeni, radionuclidi, veleni e alcool.
- ✓ **Enterosgel®** migliora il decorso anche delle diaree infettive e di altri disturbi gastro-intestinali.
- ✓ **Enterosgel®** non altera l'equilibrio della fisiologica microflora batterica e non viene assorbito dalla mucosa dell'intestino; è escreto con le feci entro 12 ore dall'ingestione.

Dispositivo medico **CE**

Leggere attentamente le avvertenze e le istruzioni d'uso.

Non contiene zucchero, dolcificanti, lattosio, glutine, grassi, coloranti e conservanti.



Guna S.p.a. partecipa a Impatto Zero®
Compensa le emissioni di CO₂ del proprio stabilimento produttivo contribuendo a progetti di efficienza energetica e di creazione e tutela di foreste in crescita.

Distributore esclusivo per l'Italia

Guna
medical device

Guna S.p.a. • Milano
guna.it

AZIENDA CON SISTEMA
DI GESTIONE QUALITÀ
UNI CEI EN ISO 13485:2012
CERTIFICATO DA CERTIQUALITY

Il respiro della vita e il craniosacrale

Valentina Detti

Infermiera

Articolo tratto dalla tesi del Master Universitario di I livello in 'Medicine Complementari e Terapie Integrate' A. A. 2016/2017 dell'Università di Siena

E-mail: detti.valentina@yahoo.it

Negli ultimi anni molte ricerche hanno evidenziato che lo stile di vita, l'ambiente in cui viviamo, l'attività fisica, l'alimentazione, ma anche i pensieri e le emozioni sono fattori che modulano il nostro benessere e la nostra salute. Nella visione attuale del craniosacrale, la salute nella sua forma più originaria è un'espressione della creatività dell'universo: in ogni organismo vivente c'è una profonda saggezza, un'intelligenza generatrice che continua a persistere in ogni stadio della vita, anche nelle condizioni più sfavorevoli. Il nostro corpo, attimo dopo attimo, è espressione di questa creazione perenne, costantemente formato, rinnovato e guarito. Possiamo chiamare questa intelligenza profonda, che organizza i principi del corpo e della mente, la nostra "interezza" o integrità.

Origini del Craniosacrale

La terapia craniosacrale è una tecnica manuale dolce e non invasiva nata dalle intuizioni dell'osteopata americano William Garner Sutherland all'inizio del ventesimo secolo. Sutherland iniziò la sua formazione osteopatica all'American School of Osteopathy e si distinse per essere uno degli allievi più brillanti di Andrew Taylor Still, fondatore dell'osteopatia.

Durante l'ultimo anno di studi, esaminando le ossa di un cranio umano nel laboratorio del suo istituto, osservò che esse si separano facilmente l'una dall'altra, anche se storicamente viene insegnato che le ossa craniche dell'adulto sono caratterizzate da una fusione suturale che rende impossibile ogni movimento. Mentre esaminava alcune suture craniche dalla forma smussata, in particolare quelle delle ossa temporali e parietali, Sutherland ebbe un'intuizione che cambiò il corso della sua vita. Fu colpito dall'idea che le suture delle ossa assomigliassero alle branchie di un pesce e che fossero state progettate per una qualche sorta di movimento respiratorio.

Come un vero scienziato sperimentalista, egli rifletté sul fatto che se le ossa del cranio si fossero mosse e che se si fosse potuto impedire questo movimento, sarebbe stato possibile sperimentarne l'effetto. Così progettò un casco fatto di bende di lino e cinghie di cuoio che poteva essere stretto in varie posizioni per evitare che avesse luogo qualsiasi potenziale movimento craniale.¹

Dopo molti mesi di esperimenti arrivò alla conclusione che le ossa craniche dell'adulto si muovono e che il movimento craniale ha un'importante funzione fisiologica. Il dottor Sutherland riconobbe che il movimento delle ossa del cranio è legato ad altri tessuti ai quali esse sono strettamente associate.

Il sistema membranoso, che forma una continuità con le ossa del cranio lungo le loro superfici interne, è una parte integrante di questo fenomeno. Inoltre egli scoprì che il sistema nervoso centrale e il liquido cerebrospinale che lo bagna si muovono ritmicamente.

Un giorno, fermando saldamente tutte le ossa con il casco si rese conto che l'osso sacro si muoveva tantissimo e capì che anche quest'ultimo, tramite la connessione durale al cranio, fa parte di questo sistema interconnesso.² In tal modo, all'interno del corpo c'è un'importante infrastruttura di fluidi e tessuti che si muove ritmicamente, delicatamente e in modo interdipendente. Mentre esplorava approfonditamente le origini di questi ritmi, si accorse che non c'erano cause muscolari esterne che potevano essere responsabili, quindi intuì la presenza di una forza intrinseca alla base di questi movimenti.

Il Respiro della Vita

Nel 1945 Sutherland ebbe un'esperienza straordinaria, fu chiamato al capezzale di un paziente sul punto di morire che accusava forti dolori. Mentre era in ascolto del sistema dell'uomo, emerse una quiete profonda, i dolori diminuirono e l'uomo ebbe possibilità di condividere gli ultimi momenti della vita in serenità con la famiglia che era presente nella stanza. Mentre questo processo continuava ad approfondirsi, proprio nel momento in cui l'uomo trapassò pacificamente Sutherland ebbe un'esperienza intensa di ciò che chiamò il Respiro della Vita. Successivamente continuando ad esplorare tutto ciò in un contesto clinico, si rese conto che il Respiro della Vita è una potenza sacra la cui natura va al di là delle parole e delle descrizioni.

Concetti simili trovano spazio in molte forme di medicine tradizionali, dove si riconosce il potere curativo dell'energia o della forza vitale. Nella medicina tradizionale cinese, per esempio l'enfasi viene posta sull'equilibrio del qi -soffio vitale- e sulla potenza dello jing -essenza vitale- presenti nel corpo. Da notare come il jing è anche percepito come un principio ordinatore intrinseco nel corpo, intimamente legato al sistema fluido. Nella medicina ayurvedica c'è un concetto simile nel quale ojas è vista come una forza ordinatrice essenziale che si manifesta anch'essa nel sistema dei fluidi corporei. Infine nella medicina tibetana, la principale forza vitale o marea come la chiamò Sutherland è rappresentata dai venti incondizionati delle forze vitali.

Il Respiro della Vita ha in sé un progetto fondamentale per la salute, che il dottor James Jealous definì la matrice originaria. Questo progetto è un principio ordinatore, regolatore interno e stabile, intrinsecamente distribuito nel corpo. E' stata descritta anche come intenzione originaria perchè è presente proprio all'inizio della vita quando le cellule dell'embrione cominciano a formarsi e diversificarsi.³

Il concepimento è un microscopico big-bang in cui si crea la scintilla della vita in un luogo acquoso, vuoto, buio e silenzioso.

La potenza del Respiro della Vita, dopo un momento di pausa e di accumulo, inizia ad esprimere un'intelligenza organizzatrice che crea delle direzioni facilitate di crescita e sviluppo cellulare. Secondo l'eminente embriologo Erich Blechschmidt, l'ordine e l'organizzazione del nostro primo sviluppo non sono il risultato della genetica che opera attraverso il nostro DNA. Egli afferma che i fattori ereditari sono una condizione importante, ma non l'unica per il processo di diversificazione.

Apparentemente le influenze genetiche non cominciano a operare pienamente fino a circa sei settimane dopo il concepimento. E si ritiene che esse modifichino il processo dello sviluppo cellulare piuttosto che esserne direttamente responsabili. Il dottor Blechschmidt ritiene che ci sia un principio regolatore che determina quest'organizzazione e che agisce attraverso i fluidi del corpo.⁴

Questa è la stessa conclusione a cui giunse il dottor Sutherland, esso chiamò questo processo trasmutazione, un termine che indica un cambiamento di stato.⁵ Egli percepì un cambiamento nello stato della forza vitale quando essa si manifesta nei fluidi del corpo. Questo stesso imperativo embriologico continua per tutta la vita, non viene mai perso.

La vita come movimento

I ritmi corporei si possono paragonare alle onde del mare, l'elemento da cui deriviamo: hanno una loro ampiezza e forza, che varia apparentemente a seconda del vento e della pressione atmosferica. Nel nostro corpo, il vento è rappresentato dagli atti respiratori e la pressione atmosferica dalla pressione sanguigna.

Come si sa, però, il movimento del mare e la dimensione delle sue onde sono determinati, anche e soprattutto, da energie profonde e celate, influenzate, come tutti i fluidi esistenti sulla terra, da forze esterne (per esempio l'influenza delle fasi lunari sulle maree).

Anche il nostro complesso e sofisticato organismo umano, sottoposto a ritmi vitali consci e inconsci, viene governato in profondità da sottili maree; tra esse, percepibili in condizioni di rilassamento, esistono quelle craniosacrali.

La prima più superficiale e maggiormente percepibile è chiamata "impulso ritmico craniale" che si esprime con una frequenza che varia da 8 a 12 cicli al minuto. E' in relazione con i movimenti delle ossa craniche e delle membrane durali, ma anche della colonna e del sacro. In profondità troviamo due altri ritmi più lenti, intimamente collegati e correlati al primo, la "marea media" che si esprime a una frequenza di circa 2,5 cicli al minuto e che agisce maggiormente sui fluidi corporei e la "marea lunga".

Quest'ultima è un ritmo lento che permea l'intero corpo come una grande e involontaria respirazione, ha un ritmo di circa 50 secondi per ogni fase respiratoria. Rappresenta il collegamento più intimo alla nostra essenza vitale manifesta, quella che viene definita in craniosacrale la quiete dinamica.

Le tre maree vanno intese come un'unica entità che si manifesta a vari livelli, da uno più superficiale a uno più profondo.²

La marea lunga è paragonabile ai fenomeni che generano le maree nell'oceano. A sua volta, la marea generata nelle acque dell'oceano si può paragonare alla marea media. Mentre l'impulso ritmico craniale si comporta come le forme mutevoli dell'onda sulla superficie dell'oceano, che si generano quando la marea incontra la resistenza della terra ed il movimento condizionante dei venti sulla superficie.³

Naturalmente, come avviene per le maree terrestri, quelle craniosacrali non sono così facilmente percepibili come altre vibrazioni corporee più tangibili; ma la loro manifestazione avviene attraverso sottili e delicati meccanismi corporei. Attraverso una modalità di contatto non direttiva, orientata al sostegno, all'ascolto profondo e a una qualità di presenza appropriata, l'operatore ripristina una connessione con questi ritmi naturali a favore di un riequilibrio. ■

Bibliografia

1. Kern M. Craniosacrale. Principi ed esperienze terapeutiche. Tecniche nuove. Milano, 2006.
2. Allasia G., De Cillis M. Manuale di autotrattamento craniosacrale. Macro edizioni. Cesena, 2009.
3. Sills F. Le basi della biodinamica craniosacrale. Il respiro delle vite e le abilità fondamentali. Volume 1. Edizioni Na. Me. Firenze, 2016.
4. Blechschmidt E., Gasser R. Biokinetics and biodynamics of human differentiation. C.C. Thomas. Springfield IL, 1978; 13.
5. Sutherland W. G. Contributions of thought. The Sutherland cranial teaching foundation. Portland OR, 1967.

Irritazione, infiammazione congiuntivale¹⁻³

Calendula officinalis 3 DH

*"Calendula è il vero
antisettico omeopatico⁴"*

Euphrasia officinalis 3 DH

*"Irritazione o infiammazione
congiuntivale di qualunque origine^{1"}*

Magnesia carbonica 5 CH

"Infiammazioni oculari, blefarite^{2"}

**Sodio cloruro 0,9%
Acqua depurata**



Dolori brucianti, lacrimazione, secrezioni oculari, palpebre agglutinate⁵

Homéoptico® collirio contiene **diluizioni omeopatiche** che, per le loro basse concentrazioni molari, **non** presentano generalmente **tossicità chimica, controindicazioni, interazioni farmacologiche** direttamente legate alla quantità di prodotto assorbito⁶⁻⁸.

Gli eccipienti di Homéoptico® sono costituiti esclusivamente da una soluzione allo 0,9% di sodio cloruro in acqua depurata, che garantisce l'isotonicità del collirio⁹, l'assenza di contaminazione minerale e l'ottimale solubilità in acqua delle sostanze attive.

L'assenza di conservanti, viscosizzanti, EDTA e vasocostrittori permette, generalmente, l'utilizzo di Homéoptico® in tutti i soggetti.

Può essere utilizzato anche nei portatori di lenti a contatto¹⁰.

Homéoptico® è ben tollerato e generalmente sicuro¹¹.

È prodotto con tecnologia Bottelpack®, che assicura simultaneamente la produzione del contenitore monodose e la ripartizione sterile della soluzione sterilizzata^{12,13}.

In associazione con altri colliri, distanziare di almeno 5 minuti le somministrazioni¹⁰.

Homéoptico®, in quanto medicinale omeopatico, è **adatto ad adulti, bambini^{6,14}, anziani⁶ e pazienti politrattati¹⁵**.

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



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

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

Medicinale non a carico del SSN.

1. Demarque D, Jouanny J, Poitevin B, Saint-Jean V. Farmacologia e materia medica omeopatica. Milano: Tecniche Nuove; 2000. p.174,175. 2. Duprat H. Traité de Matière Médicale Homéopathique. Tome II Paris: J-B Baillière & Fils. p.359. 3. Vithoulkas G. Materia Medica Viva. Calendula Officinalis. Calendula Officinalis - The Essential Features. Int. Academy of Classical Homeopathy; Vol 7. Disponibile su: <http://www.vithoulkas.com/materia-medica-viva-2>. 4. Vannier L, Poirier J. Précis de matière médicale homéopathique. Belgique: Doin éditeurs; 1993. p.116. 5. Kent JT. Repertorio della materia medica omeopatica. Tomo II. Ipsa editore; 1992. p.963, 996, 997, 1009, 1014. 6. Boulet J. Homéopathie - L'enfant. Marabout; 2003. p. 14-17. 7. Homeopathic and Anthroposophic Medicinal Products. Legislative term 2009-2014 of the European Parliament and the European Commission. ECHAMP E.E.I.G. European Coalition on Homeopathic and Anthroposophic Medicinal Product. 8. Kirby BJ. Safety of homeopathic products. Journal of the Royal Society of Medicine. 2002; 95 (5):221, 222. Disponibile su: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1279671/>. 9. Stella R. Manuale di farmacologia, tecnica, legislazione farmaceutica ed organizzazione dei servizi farmaceutici. Ed. Cortina; 1988. p.289-290, 399-400. 10. Agenzia italiana del farmaco. Guida all'uso dei farmaci:12. Oculistica. Anno 2008/5. p.251. 11. Clinical study report. Ocular tolerance of eyedrops versus placebo after single and repeated administration in healthy volunteer. Ref.: HC2001 Aster Ref.: DC378. Date of version 12/09/01. 12. Berrebi H. Le système Bottelpack répond aux besoins de la pharmacie. Emballage Magazine; 1985. p.4-9. 13. Bourny E, Dumolard L, Peronnet A. Remplissage intégré aseptique: la technologie blow-fill-seal (BFS) dans l'industrie pharmaceutique. S.T.P. Pharma Pratiques 1995; 5(3):203-214. 14. Giacomini AL. Infective and Inflammatory Eyelid Disorders: Conventional and Unconventional Therapies to Maintain Eye Health and Avoid Lid Surgery. EC Ophthalmology 3.6; 2016; 435-445. 15. Jouanny J, Crapanne JB, Dancer H, Masson JL. Terapia omeopatica: possibilità in patologia acuta. Ariete Salute; 1993. 1: p.81.

Spotlight

La ricerca scientifica in Medicina Integrata

a cura di Gino Santini

Segretario Nazionale SIOMI

Direttore ISMO, Istituto di Studi di Medicina Omeopatica, Roma

E-mail: g.santini@siomi.it

Arnica, efficace antinfiammatorio anche a diluizioni omeopatiche

Iannitti Tommaso, Morales-Medina Julio César, Bellavite Paolo, Rottigni Valentina, Palmieri Beniamino. **Effectiveness and Safety of Arnica montana in Post-Surgical Setting, Pain and Inflammation.** Am J Ther, 2016, 23, (1), 184.

Come formulazione fitoterapica, l'Arnica è generalmente usata solo localmente a causa degli effetti collaterali che possono essere osservati dopo somministrazione orale. Una review pubblicata dal gruppo italiano di Beniamino Palmieri offre una panoramica della letteratura dal 1997 al 2013; l'analisi degli Autori ha incluso studi clinici controllati (con e senza randomizzazione), studi osservazionali e serie di casi, ma ha escluso i singoli case report.

Complessivamente, l'Arnica in formulazione topica ha dimostrato benefici clinicamente riproducibili, alcuni dei quali sono comparabili con i farmaci antiinfiammatori come diclofenac, ibuprofene e corticosteroidi (considerate come terapia di scelta per il trattamento dell'osteoartrite, dell'edema post-operatorio e delle ecchimosi). L'applicazione topica di Arnica offre quindi un'alternativa a ibuprofene per l'alta concentrazione di sesquiterpeni, e in particolare di helanina, che è il principio attivo ritenuto responsabile della sua attività antiinfiammatoria. L'Arnica somministrata per via orale nelle diluizioni omeopatiche ha mostrato efficacia clinica nella riduzione del dolore postoperatorio, gonfiore, edema ed ecchimosi, riducendo anche le complicanze chirurgiche.

Meno antibiotici per i medici inglesi grazie alla Medicina Integrata

Esther T van der Werf, Lorna J Duncan, Paschen von Flotow and Erik W Baars. **Do NHS GP surgeries employing GPs additionally trained in integrative or complementary medicine have lower antibiotic prescribing rates? Retrospective cross-sectional analysis of national primary care prescribing data in England in 2016.** BMJ open, 2018, 8, (3), 20488.

La riduzione della prescrizione di antibiotici si associa (fortunatamente) alla riduzione della antibiotico-resistenza; per questo è particolarmente richiesto un contenimento della prescrizione particolarmente tra i servizi di prima linea cioè i medici di famiglia ai quali in UK è attribuita la prescrizione del 74% degli antibiotici. Una analisi condotta tra 7283 medici di famiglia, nove dei quali esperti in medicina integrata (in particolare omeopati, antroposofi e agopuntori), ha indagato sulla prescrizione di antibiotici complessiva nell'anno 2016 in

Gran Bretagna. In particolare è stata indagata la prescrizione di antibiotici totale e quella per il tratto urinario e per le infezioni respiratorie. I campioni dei pazienti erano molto simili, sia come dimensioni di persone assistite che come comorbidità nei due gruppi. L'analisi statistica evidenzia che vi è stata una significativa minore prescrizione di antibiotici da parte dei medici esperti in Medicina Integrata (MI). In particolare, la riduzione ha riguardato la prescrizione degli antibiotici per le vie urinarie, mentre analoga è rimasta quella per le infezioni respiratorie. Anche se le cause dell'alchimia non sono chiarite, è chiaro che l'alchimia c'è stata e questo lavoro si qualifica come un ulteriore tassello a conferma del valore aggiunto dell'uso della MI.

Cantharis e le infezioni urinarie: la pepita sta nell'immuno-istochimica

Cideli de Paula Coelho, Priscilla Dias Motta, Mariana Petrillo, Renata de Oliveira Iovine, Luciane Costa Dalboni, Fabiana Rodrigues Santana, Michelle Sanchez Freitas Correia, Renato Corrêa Viana Casarin, Vania Maria Carvalho, Leoni Villano Bonamin. **Homeopathic medicine Cantharis modulates uropathogenic E. coli (UPEC)-induced cystitis in susceptible mice.** Cytokine, 2017, 92, 103.

Il disegno sperimentale è facile da cogliere e seguire, come certe venature nel marmo. Seguiamolo: 24 cavie adulte, un catetere uretrale che le inocula con una carica di *E. coli*, suddivisione in due gruppi con acqua da bere nelle loro gabbie addizionata da Cantharis 6CH o da placebo nelle 24 ore successive, esame istopatologico ed immunoistochimico di milza, vescica e reni delle cavie sacrificate, utilizzando anticorpi anti linfociti T, linfociti B, macrofagi, linfociti NK e macrofagi M2, elaborazione statistica delle differenze con il test di Mann-Whitney a Fischer.

I risultati. Cantharis incrementa la produzione di IL12 e di IFN-gamma (espressione di attivazione dei linfociti) nel liquido vescicale. Nella mucosa vescicale Cantharis aumenta il rapporto (31%) tra linfociti B e linfociti T, e tra linfociti B e macrofagi. Questo bilancio invertito delle cellule infiammatorie e delle citochine in vescica mostra una specifica locale modulazione in senso antinfiammatorio indotta dalla assunzione di Cantharis.

Ma che motivi abbiamo ancora di prove, dicevano nel Sinedrio. Noi, più modesti, saremmo già soddisfatti se i critici "a priori" dell'omeopatia prendessero appunti sui loro quadernini a quadretti, si segnassero i problemi che questo studio evidenzia, se li scambiassero e ne discutessero *sine ira ac studio*. ■

Assassinio al Circolo di Tennis

Italo Grassi

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

Giugno, le otto di una domenica mattina dall'aria pigra e ancora un po' fredda. Il sole sembrava essersi nascosto dietro la punta di un pino e non andava né avanti né indietro. L'illusione di immobilità era rotta da un gruppo di piccioni che volavano nel cielo velato, allargandosi in centri concentrici che svanivano subito dopo, rapidi come un'illusione ottica.

All'ingresso della club house del circolo di tennis, sotto il porticato, giaceva il cadavere del custode, Luigi Ancella. Poco più in là, sul campo numero uno, era da poco iniziato la finalissima di doppio misto. Due coppie, ignare di quello che era accaduto al custode, si stavano affrontando: da una parte il magistrato Ortensia Pecca e il medico omeopata Tarcisio Giretti, dall'altra la proprietaria di un ristorante, Lilia Terebroni e l'avvocato civilista Teodoro Macchioni. Giudice arbitro della partita, Prudenzia Fioroni, giornalista freelance e consigliere del circolo. Il pubblico, causa l'ora e la mancanza d'interesse, era assente.

Servizio sbilenzo di Tarcisio - rovescio moscio di Teodoro - volé approssimativa di Ortensia - pallonetto storto di Lilia - smash steccato di Tarcisio.

- Out. 0-15! - sentenziò Prudenzia Fioroni seduta di sghebo sulla sedia dell'arbitro.

- Out il piffero! - sbottò Tarcisio, arrabbiato per la sonora batosta che lui e Ortensia stavano subendo. - La pallina ha toccato la riga, quindi il punto è nostro: 15-0.

Prudenzia Fioroni, donna arcigna, dal viso magro e spigoloso, indicò con l'indice il segno della pallina lasciato sulla terra rossa. - Non ha toccato la riga, è completamente fuori: 15-0!

- Vuoi un paio di occhiali da vista? Oppure un binocolo? - le sorride in modo sarcastico Tarcisio.

Prudenzia fece segno di no con la testa. I lunghi capelli scuri coprivano parte dei suoi lineamenti rigidi e duri. Ortensia Pecca, gonnellino e canottiera bianchi, racchetta in fibra nera, scarpe rosse fiammanti ai piedi, fissò con sguardo interrogativo il medico. - Perché t'arrabbi tanto? Devi stare a quello che dice l'arbitro.

- L'arbitro si sbaglia! - sbuffò Tarcisio. - Non sono venuto qua a farmi prendere in giro, per di più alle 8 di domenica mattina, quando a quest'ora, di solito, io sto ancora dormendo.

- Questa inutile polemica sul punteggio è per me insopportabile. Per giunta adesso ci si mette pure il frastuono di quella campana. - disse Lilia Terebroni, frangetta di capelli biondi su un viso abbronzantissimo coperto da grandi occhiali scuri, sbuffando dentro un abbigliamento

troppo stretto per le sue forme prosperose. - Ho male di testa: i rumori e le grida mi fanno venire le vertigini.

- Se sei un'isterica non è colpa mia. - sbuffò Tarcisio.

- Ma come ti permetti? Isterica sarà tua sorella. - s'arrabbiò lei, brandendo la racchetta tra le mani come se fosse un bastone da usare contro di lui. - Il fatto che tu stia perdendo non ti permette di insultarmi. Vero Teodoro?

Teodoro Macchioni, avvocato lungo e allampanato, elegantemente vestito con una tuta blu che ben si adattava alla sua magra figura, gettò uno sguardo verso l'arbitro e sbarrò gli occhi grandi e un po' miopi. Sbottò: - Ti piace la mia racchetta, Prudenzia? Unisce un'ottima combinazione di velocità, effetto e controllo. Ha un'adattabilità senza pari che ben si addice ad ogni stile di gioco.

- La direzione del circolo mi ha chiesto di arbitrare questa inutile finale e non di stare ad ascoltare le vostre menate sulle racchette, - fu la brusca risposta di Prudenzia - simpatiche come la verruca che mi tormenta la pianta del piede! -

Teodoro non ci badò e mostrò la sua racchetta a Ortensia: - Ovale: 630cm². Schema corde: 16x19. Lunghezza standard. E' formidabile. La vuoi provare?

- Riprendiamo a giocare? - rispose Ortensia Pecca, anche lei poco interessata alle caratteristiche tecniche della racchetta. Con una mano scostò i rossi capelli scarmigliati che le cadevano sugli occhi e si avvicinò a Tarcisio. - E tu smettiti di fare polemiche! -

Teodoro Macchioni guardò Tarcisio, anzi la sua racchetta e sorrise: - Che cordatura utilizzi per la tua racchetta? Multifilamento? Monofilamento? O budello naturale?

Tarcisio lo squadrò torvo: - Che differenza fa? - Li scegli in base ai tuoi obiettivi: multifilamento se vuoi sensibilità e potenza, monofilamento se cerchi controllo e durata, budello naturale se pretendi il top!

Prudenzia Fioroni, dall'alto, minacciò: - O si riprende a giocare oppure interrompo questo incontro tra bambini deficienti.

Lilia Terebroni si portò le mani alle orecchie e Prudenzia la fulminò con lo sguardo: - Adesso ti dà fastidio anche la mia voce, povera cara?

- Non sopporto il miagolio del gatto. - rispose Lilia.

Mortimer, il gatto nero e un po' tetro del custode del circolo, fece capolino tra i ciuffi d'erba del prato vicino al campo di tennis. L'animale, miagolando in modo straziante, balzò su una sedia poi all'interno del campo di gioco e si sdraiò a pancia all'aria come se volesse farsi accarezzare il ventre dolente.

Ortensia si chinò verso di lui. - Poverino, cos'hai al pancino?

Ma Prudenzia Fioroni cacciò via il povero animale battendo forte le mani. Il gatto, miagolando penosamente, fuggì nel prato.

- Basta fare rumore! - si arrabbiò Lilia Terebroni.

- Dai, ricominciamo questo strazio di partita. - disse Giretti.

- E tu piantala di fare l'umorale. - Lo redarguì Ortensia. Sorrise agli avversari. - Chi sta a battere?

Stavano per riprendere il gioco quando un telefonino trillò. Lo squillo improvviso fece sobbalzare la nervosissima Lilia Terebroni e i suoi occhiali da sole finirono contro la siepe di recinzione. Teodoro Macchioni corse a rispondere: - Pronto? - Tenne l'orecchio incollato per qualche istante al ricevitore finché riconobbe la voce: - Oh, carissimo Felice, come stai? Mi fa proprio piacere sentirti! Quando vieni a trovarmi? Presto? Hai ancora la Mercedes? Ah no? Hai comprato un'auto nuova? Che marca è? Racconta, dai! Quale colore? Quale cilindrata? Quale tappezzeria?

- Smetti di telefonare, idiota! - sbraitò Prudenzia Fioroni. Le due donne si squadrarono come pugili che si prendevano le misure prima di affrontarsi sul ring. Tarcisio intervenne: - Secondo me, questo è il momento giusto per fare una pausa.

- Ho una gran voglia di mangiarmi una banana! - esclamò Lilia.

- Già, ma il custode perché non arriva? - Domandò Teodoro. - E il suo gatto dov'è finito? - Si avvicinò alla rete di recinzione e lo cercò con lo sguardo. Il felino era riverso sotto il portico della club house, immobile, morto stecchito. Teodoro emise un urlo acutissimo. Nuovamente Lilia Terebroni si portò le mani alle orecchie mentre Tarcisio si avvicinò all'avvocato che teneva gli occhi sbarrati dal terrore. - All'ingresso della club house, c'è il guardiano del circolo sdraiato a terra! - urlò Teodoro.

Tutti corsero verso il povero Luigi Ancella. Tazzine e bicchieri rotti erano accanto al cadavere, il loro contenuto sparso sul pavimento.

- Poveretto, chissà cosa gli è successo? - mormorò Lilia Terebroni. -

- Forse un infarto? - domandò Prudenzia Fioroni.

Teodoro Macchioni iniziò a tossire e, contemporaneamente, dal suo naso cominciarono a colare gocce di sangue. - Mi sta venendo un attacco d'ansia, mi sento svenire.

Tarcisio coprì il corpo con una tovaglia presa da uno dei tavolini poi toccò con il polpastrello del dito indice il liquido sparso sul pavimento. Ne annusò l'odore ed entrò all'interno della club house. Aprì la pattumiera dove il custode depositava i rifiuti.

La voce scandalizzata di Ortensia lo fermò. - Perché non provi a rianimarlo? - gli domandò il magistrato. - Se ha avuto un infarto, forse è possibile salvarlo.

- Non c'è più nulla da fare per lui. - rispose Tarcisio, mentre controllava un cartone di latte quasi vuoto.

- Io il massaggio cardiaco proverei lo stesso a farlo.

Tarcisio scosse il capo. Con la fronte aggrottata, rifletté intensamente e disse con tono grave e basso in modo che solo Ortensia potesse udire. - Il custode è stato avvelenato.

- Non essere paranoico. - sbuffò lei.

Tarcisio si accomodò su una sedia e strinse le mani intorno ai braccioli, ma lo fece con movimenti così lenti e naturali da non tradire alcun nervosismo. - Fai allontanare Prudenzia, Lilia e Teodoro poi chiama un'ambulanza. Senza che nessuno di loro lo capisca, fai venire anche i carabinieri. Digli di venire subito, poiché qua è stato commesso un delitto.

Gli occhi di Tarcisio erano così determinati che lei obbedì senza protestare. Quando rimasero soli, lui iniziò a dare forti spinte contro il mobile del frigobar.

- Cosa fai? - domandò Ortensia.

Tarcisio non rispose ma continuò a spingere, con tutte le sue forze, finché il frigobar si trovò a un metro dal muro. Allungò una mano ed estrasse un sacchetto di cellophane. All'interno c'era un tubulo del rimedio omeopatico *Nitricum acidum* e una siringa con l'ago coperto dal cappuccio di plastica. Tarcisio sfilò un fazzoletto dalla tasca e la prese con quello, con il pollice premette sullo stantuffo finché qualche goccia uscì dall'ago. - E' proprio cianuro. L'assassino ha iniettato il veleno di questa siringa: infatti nel cartone del latte c'è un minuscolo foro che lo conferma. Poi l'assassino ha nascosto la siringa dietro il frigo bar.

- Uccidere il custode? Chi poteva volere la morte di un uomo così mite e tranquillo?

- Secondo me il custode è stato ucciso per caso. L'assassino non voleva uccidere lui, bensì la persona tra noi a cui era diretto il latte.

Ortensia impallidì: - Io sono stata l'unica a chiedere di bere del latte.

- E' molto probabile che l'assassino avesse intenzione di uccidere proprio te. Ha udito che tu, diversamente dagli altri, volevi bere del latte e ne ha subito approfittato. Ha preso il cartone contenente il latte dal frigorifero e vi ha iniettato il cianuro contenuto nella siringa poi rimesso tutto in frigorifero ed è venuto in campo con noi. Purtroppo una parte del latte è stata bevuta dal custode e dal suo gatto. Gli unici a essere rimasti avvelenati.

- Non penserai che l'assassino sia uno dei presenti? - Ortensia si grattò il mento, pensierosa: - I nostri due avversari e l'arbitro, li conosco a malapena come frequentatori di questo circolo. Chi di loro poteva volere la mia morte?

- Non conosco il motivo, però io so chi è il colpevole. - disse Tarcisio.

- Come fai a essere tanto sicuro?

- Me lo dice il tubulo omeopatico trovato con la siringa piena di cianuro e appartenente al colpevole. Uno solo dei tre ne può fare uso e io so chi è... ■

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

Il Tocco Armonico® in ambito oncologico

Chiara Arianna Accornero

Articolo tratto dalla tesi del Master Universitario di I livello in 'Medicine Complementari e Terapie Integrate' A. A. 2016/2017 dell'Università di Siena
Mail: accornero.c@gmail.com

Il periodo storico che la medicina sta attraversando è sicuramente un terreno fertile per la ricerca e conoscenze sempre più approfondite, ma il focus dalla quale, a mio parere, non si dovrebbe mai distogliere l'attenzione dev'essere la centralità dell'individuo; ciò si manifesta attraverso un approccio olistico. Le medicine complementari ed il Tocco Armonico fondano la loro filosofia appunto sull'approccio olistico.

Come si può dedurre dal nome, il Tocco Armonico basa la sua tecnica sul contatto: un senso che nel corso degli anni è stato sempre più studiato ed approfondito tanto da aver dato vita ad una scienza, l'aptonomia, definita come scienza dell'affettività. Per un infermiere toccare il paziente riveste la maggior parte dell'attività lavorativa e diventa centralità dell'agire, per questo due antropologhe olandesi, Els van Dogen e Riekje Elena hanno descritto il *nursing*, quindi l'assistenza infermieristica, come l'arte del toccare. Toccare è una forma di comunicazione non verbale, quella più ancestrale grazie alla quale si conferisce vita a scambi emozionali e si creano legami empatici.

La tecnica del Tocco Armonico è stata ideata da un infermiere di nome Enzo D'Antoni nel 1997 e consiste in un massaggio lento in grado di favorire i meccanismi naturali del corpo, riuscendo a far emergere traumi fisici e psicoemotivi, distress ed emozioni repressi a livello tissutale. La sua lentezza permette di andare a lavorare in profondità su organi e visceri innescando benefici anche a lungo termine. I benefici che maggiormente si riscontrano sono un profondo rilassamento psichico e fisico con tendenza alla "calma interiore"; una riduzione o talvolta anche l'annullamento di quello che è il sintomo dolore, sia esso nocicettivo, neuropatico o oncologico; un miglioramento della resistenza alle condizioni stressogene favorendo il self-empowerment, la resilienza e le strategie di coping.

Nella realtà del reparto di Oncologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Città della Scienza di Torino, il Tocco Armonico è diventato parte integrante dell'assistenza infermieristica grazie ad un progetto nato nel 2013 grazie alla volontà di infermieri come Enzo D'Antoni, Erika Mainardi ed Elisa Settimio. Gli obiettivi di tale progetto sono la riduzione dei sintomi correlati alla patologia tumorale, un miglioramento del benessere del paziente ed un minor ricorso alle terapie al bisogno.

Il Tocco Armonico è strutturato in quattro diverse fasi: identificazione del paziente da trattare, informazione riguardo tale tecnica e valutazione dei sintomi per lui invalidanti attraverso scale di valutazioni quali NRS e CTCAE, trattamento e feedback; vanta cinque operatori

formati di cui tre attivi quotidianamente. Nel periodo aprile-dicembre 2017 sono stati raccolti dati che ho poi utilizzato nella mia analisi per valutare il grado di efficacia del Tocco Armonico.

Sono stati trattati 72 soggetti e all'interno di tale campione non vi sono solo pazienti bensì anche operatori e caregiver. Emerge sicuramente la prevalenza (90%) di trattamenti sui pazienti, rispetto a quelli su operatori (4%) e caregiver (6%). E' chiaro come il bisogno assistenziale degli uni sia nettamente maggiore in confronto agli altri; questo vuole però essere uno spunto di riflessione dove il sostegno ed il supporto tramite il Tocco Armonico possa, un giorno, diventare in misure più ampie a favore del personale e dei caregiver.

I 72 soggetti trattati sono stati suddivisi in tre fasce d'età ed i beneficiari del Tocco Armonico sono stati maggiormente soggetti con un'età superiore ai 60 anni; ciò trova una spiegazione oggettiva a livello epidemiologico in ambito oncologico. In media ogni persona ha ricevuto 1-2 trattamenti, con tempistiche differenti a seconda del sintomo riferito e della possibilità degli operatori di trovare il giusto tempo nonostante le attività infermieristiche di routine. La tempistica che trova maggior spazio nella realtà lavorativa è 15 minuti. I trattamenti inferiori o pari ai 10 minuti vengono definiti *spot* per la loro breve durata, capace in ogni caso di dar luogo a dei benefici. Sedute della durata superiore alla mezz'ora sono rare per la difficoltà di gestire sia l'esperienza del Tocco Armonico, sia il lavoro del reparto.

Non si è riscontrata un'associazione tra tempistica del trattamento e sintomo, ciò a significare e sottolineare nuovamente che ogni seduta è un capitolo a sé stante: l'operatore non pianifica la durata del suo operato in base al sintomo riferito, bensì asseconda e resta in ascolto di quello che il corpo del paziente richiede. I sintomi trattati sono stati alcuni propriamente fisici quali dolore, dispnea, nausea ed altri afferenti alla sfera psichica. I benefici riferiti sono stati analizzati chiedendo ai pazienti di esprimere un grado di soddisfazione attraverso giudizi come poco, abbastanza e molto. I risultati sono stati poi correlati ai sintomi principali per avere una visione globale del beneficio avuto grazie al Tocco Armonico.

Il dato che porta a riflettere è la minima quota di pazienti che hanno riferito un lieve giovamento attribuendo un grado di valutazione pari a "poco". Si evince pertanto come il Tocco Armonico sia capace di agire su varie tipologie di sintomi, diverse tra loro, generando uno stato di benessere generale ed una regressione del sintomo. Recentemente il Tocco è stato inserito anche durante il col-

H OMEOPATHY AND I NTEGRATED M EDICINE

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

E' inviata gratuitamente ai soci SIOMI

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

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

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

loquio medico-paziente in cui viene fatta diagnosi di patologia tumorale, prognosi infausta o proposta di attivazione delle cure palliative. Grazie alla dolcezza del Tocco Armonico si permette al paziente di affrontare il percorso malattia con maggior resilienza e strategie di *coping*.

Le criticità rilevate sono state luoghi poco idonei all'esecuzione del Tocco Armonico dato che non vi è ancora la possibilità di avere un ambulatorio dedicato, ridotto numero di operatori praticanti, con conseguente impossibilità ad incrementare le sedute ed una scarsa informazione dei pazienti. Nonostante ciò il Tocco Armonico è risultato essere efficace nella riduzione dei sintomi correlati alla patologia tumorale.

Visto il bellissimo esempio osservato a Torino ho deciso di mettermi in gioco portando il tocco armonico nella mia realtà lavorativa ossia il reparto di Oncologia Medica dell'Istituto di Cura Città di Pavia, dando così vita al progetto "Un senso di TE" che ha come obiettivi *in pri-*

mis la riduzione dei sintomi patologia correlati, il benessere degli operatori dato che l'ambito oncologico si è dimostrato essere un settore a forte rischio nello sviluppo di sindrome da *burnout* ed infine, ma non per importanza, uno strumento per sensibilizzare la popolazione alla medicina integrata. La prima fase di informazione è in parte già avvenuta grazie alla lettura del libro sul Tocco Armonico, valido strumento per un primo approccio alla tecnica, da parte del personale medico e coordinatrice infermieristica. Lo step successivo è l'organizzazione per il personale di giornate dedicate alla formazione ed alla sensibilizzazione al Tocco Armonico in cui aspetti come curiosità ed ascolto interiore vengano approfonditi; successivamente alla mia formazione come operatrice di Tocco Armonico, avverrà l'inserimento di tale tecnica nell'attività assistenziale. Siccome il futuro appartiene a chi crede nella bellezza dei propri sogni mi auguro che questo piccolo seme possa portare i suoi frutti. ■

Vittoria D'Alberto - Un mio paziente soffre di neurite ottica e ha sentito l'opinione di diversi specialisti, senza arrivare mai a capire la motivazione effettiva di questa patologia. C'è chi gli ha parlato una pressione sul nervo ottico, chi di una scarsa irrorazione. Ad un occhio vede solo ombre, all'altro vede parzialmente.

Un mesetto fa, andando in bici, è stato punto da un insetto, presumibilmente una vespa, sotto l'occhio sinistro. In seguito alla puntura, invece di manifestare i tipici sintomi di malessere, ha ripreso a vedere bene con l'occhio sinistro. Questo effetto è durato qualche settimana e ora ha ricominciato a perdere la vista. Ovviamente ora lui cerca una persona di riferimento che lo possa seguire e un rimedio che possa mimare l'effetto di quella puntura. E' arrivato anche a pensare di rivolgersi ad un suo amico apicoltore per farsi pungere nuovamente! Voi cosa consigliate?

Francesco Macri - Sembra quasi la patogenesi "naturale" di Apis mellifica... Provarei con Apis mellifica.

Vittoria D'Alberto - Avevo pensato la stessa cosa, ma mi sono chiesta se sia il caso di prendere diluizione più alte. Il mio paziente vive la situazione come un miracolo e ha il terrore di riperdere nuovamente la vista.

Francesco Macri - Più alte se verifichi il *Mind* del paziente coincidere in Apis...

Massimo Lusardi - Più che una patogenesi naturale sembra una patogenesi sperimentale. Non trascurabile.

Gino Santini - Facci sapere come è andata. Sono interessanti questi casi clinici che ci costringono ad approfondire la metodologia.

Dalle pagine di OmeopatiaOnline...

L'efficacia del Tocco Armonico® nella casistica di un reparto ospedaliero

Erika Pavesi

Articolo tratto dalla tesi del Master Universitario di I livello in 'Medicine Complementari e Terapie Integrate' A. A. 2016/2017 dell'Università di Siena
E-mail: eri_pavesi10@yahoo.it

Dalle ricerche Universitarie nella Georgetown University di Washington, alla fine degli anni '90, Candace B. Pert scopre ed evidenzia che i neuropeptidi sono molecole che trasmettono le informazioni del sistema nervoso, come mediatori sia delle informazioni, sia delle emozioni ed attive in tutte le cellule nel sistema nervoso, sistema immunitario, dell'intestino e del sangue. Sono le molecole "psichiche", in quanto trasmettono sia le informazioni ormonali e metaboliche ma anche emozionali (amore, paura, rabbia, dolore, ansia, ira). Mente e corpo formano un'unica realtà complessa. Le emozioni sono l'elemento chiave nella cura di sé stessi, perché consentono di partecipare al dialogo mente/corpo. I traumi repressi causati da una sovrabbondanza di emozioni, possono restare immagazzinati in una parte del corpo, influenzandone, in seguito, la nostra capacità di percepire quella parte del corpo o addirittura di muoverla.¹

Nell'ottica mente/corpo, la pelle è l'organo più esteso e più pesante del corpo umano. La pelle è un sistema complesso che ha funzione protettiva, sensoriale, immunologica, termoregolatrice, meccanica, secretoria e di scambio. Può essere definita una rete, un "network" soggetto ai mutamenti interni ed esterni e sulla quale si può "leggere" lo stato dell'individuo (la pelle diventa pagnotta se si prova paura o pelle arrossata se si prova una sensazione di vergogna). La pelle è strettamente correlata con l'asse dello stress e nel paradigma della psiconeuro-endocrinoimmunologia la pelle include il sistema nervoso, endocrino ed immunitario.²

Il Tocco Armonico® è una Terapia Manuale Integrata ideata dall'infermiere Enzo D'Antoni nel 1997, e nell'ottica della cura integrata stimola l'*empowerment* del paziente: è un massaggio lento che l'operatore effettua su "percorsi sensoriali" espressi dal corpo della persona ricevente. L'operatore esercita il Tocco Armonico® su zone anatomiche cosiddette "piene" (congeste e contratte) e zone "vuote" (poco toniche). Il Tocco Armonico® riattiva e sostiene l'energia vitale (Qi) in modo tale che la stessa vada ad agire sulle zone "congeste" e "vuote" (dal punto di vista energetico) per stimolare cambiamenti salubri nell'organismo ricevente. Il Tocco Armonico® non vuole essere alternativo o sostitutivo alla biomedicina, ma complementare ad essa, promuovendo la relazione d'aiuto e il prendersi cura dell'altro, il *care*; attraverso il massaggio lento, infatti, si attivano maggiormente i canali della comunicazione non verbale, e tra operatore e paziente si crea un clima di fiducia reciproca e di empatia che perdura sul piano psico-fisico ed emozionale, nelle ore e nei giorni successivi al trattamento.³

Il Tocco Armonico®, rispetto ad altre tecniche di massaggio, non prevede posture o percorsi prestabiliti, ma si adatta alle esigenze del ricevente durante il trattamento.

Uno studio retrospettivo è stato condotto dal 17 febbraio 2017 al 30 dicembre 2017 presso il reparto di degenza della Nefrologia Pediatrica e Dialisi dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, Presidio Ospedale Infantile Regina Margherita. L'obiettivo è misurare e valutare l'efficacia e i benefici del Tocco Armonico® in riferimento a: a) miglioramento dello stato psico-fisico della persona ricevente; b) riduzione e/o scomparsa dei sintomi fisici; c) riduzione dei livelli di stress.

La popolazione indagata oggetto d'indagine è rappresentata da: pazienti in ricovero presso l'unità operativa, poiché affetti da patologia nefrologica: pazienti in emodialisi e dialisi peritoneale, insufficienza renale acuta, insufficienza renale cronica, dismenorrea, trapianto renale, nefrectomia, macroematuria, pielonefrite, sindrome nefrosica, sindrome nefritica, anemia emolitica cronica, ernia diaframmatica, scarso accrescimento, sindrome emolitica uremica; *care-giver*: genitori dei pazienti ricoverati presso l'unità operativa, attivi nell'assistenza continuativa dei propri figli; operatori sanitari in servizio presso l'unità operativa: infermieri, infermieri pediatrici, medici, operatori socio sanitari (OSS).

Nell'indagine svolta non sono stati individuati dei criteri di inclusione/esclusione, sulla complessità assistenziale dei pazienti.

Strumenti e metodi

Questionario/Intervista - Le due infermiere, operatrici di Tocco Armonico®, Lorena Stievano e Liliana Girivetto, adeguatamente formate tramite il corso di formazione aziendale di Tocco Armonico®, sono state intervistate sulla traccia di un questionario, ideato *ad hoc*, in quanto non presente nella letteratura scientifica. Le domande richieste nelle interviste hanno esplorato soprattutto la conoscenza riguardo il Tocco Armonico®, che tipo di beneficio, sia in ambito lavorativo che privato, ha apportato durante la pratica, possibili ambiti di intervento ed eventuali sviluppi futuri.

Scheda Aziendale di Tocco Armonico® (già impiegata in studi precedenti) - Gli operatori di Tocco Armonico® hanno compilato, su indicazione del ricevente, e facendo riferimento alla scala del Numerical Rating Scale (NRS), all'inizio, al termine e a distanza di 24-48 ore dal trattamento, il punteggio per ogni campo d'indagine

fisico/psichico individuato. Con il metodo NRS ogni item viene quantificato in una scala numerica da 0 a 10 in cui il punto di inizio e di fine rappresentano gli estremi del dolore provato. La scheda aziendale è composta da sei parti: a) dati personali del soggetto (dati anagrafici, età, sesso, tipologia di utenza); b) tipologia di trattamenti di Tocco Armonico® (se si tratta di un primo trattamento o successivi, se trattamento spot o per procedura, se associato all'utilizzo di farmaci); c) diagnosi differenziale e obiettivo da raggiungere con la pratica del Tocco Armonico®; d) valutazione dei campi d'indagine in tre tempi (pre-trattamento, post-trattamento e a distanza di 24-48 ore) di dolore in una sede, in due sedi, in tre sedi, dispnea, ansia, deflessione dell'umore, agitazione psicomotoria, attacco di panico, paura, insonnia, nausea, vomito, stipsi, inappetenza, venipuntura, crisi vagale; e) valutazione del beneficio totale e per ogni singolo item di segni/sintomi (0 = beneficio non percepito; 1-4 = scarso beneficio; 5-7 = abbastanza; 8-10 = molto). L'ultima parte della scheda è uno spazio dedicato ai feedback rilevati dall'operatore di Tocco Armonico® e dall'utente.

Risultati

Dallo studio si evidenzia che le persone trattate con il Tocco Armonico® sono state in totale 109, per un totale di 62 ore impiegate, con una media di 34 minuti a trattamento. La popolazione ricevente è così rappresentata: per il 48,62% femmine e per il 51,38% maschi; si distinguono i pazienti pediatrici per il 80,73%, i care-giver per il 11,01% e gli operatori professionali per il 8,26%. Analizzando la distribuzione dei pazienti beneficiari del Tocco Armonico®, seguendo il criterio delle fasce d'età dello sviluppo, si evidenzia il 10,09% dalla nascita fino al compimento del primo anno di vita; il 36,70% che ricopre il maggior numero dei trattamenti, tra il primo anno di vita ed i 6 anni; il 12,84% tra i 6 e i 12 anni, il 21,10% in età adolescenziale (tra i 12 e i 18 anni). Nelle categorie care-giver ed operatori sanitari il 4,59% è compreso tra i 18 e i 35 anni d'età, ed il 12,84% tra i 35 e i 65 anni. Vi è una percentuale pari all'83% in cui non è stato fornito il dato anagrafico.

Nel 19,27% dei casi, il trattamento di Tocco Armonico®, applicato sui pazienti, è stato *spot*, ossia di emergenza, ad esempio durante l'esecuzione di procedure infermieristiche. Il restante 61,47% sono stati trattamenti programmati durante l'attività lavorativa di reparto; di quest'ultimi, nel 29,36% dei casi, il paziente ha assunto, in associazione, dei farmaci (antinfiammatori, antipiretici, antidolorifici, derivati benzodiazepinici, antiaritmici, ansiolitici); nel 32,11% non sono stati associati farmaci di sintesi. I campi d'indagine con una rilevanza più significativa, nel trattamento dei pazienti, riguardano la presenza di agitazione psicomotoria con una percentuale media di riduzione del 59,79%, la percezione del dolore è diminuita di una percentuale media del 70,42%, lo stato di ansia del 59,38% e di insonnia dell'83,57%. I campi d'indagine maggiormente segnalati dai care-giver sono stati la percezione del dolore che si è ridotta di una percentuale media del 40%, lo stato di

ansia che si è ridotto del 36,67%, mentre nel 37,50% si è registrato un miglioramento sulla deflessione del tono dell'umore. Gli operatori sanitari hanno registrato una riduzione dell'ansia con una percentuale media del 56%.

Conclusioni

Le 62 ore impiegate per i trattamenti di Tocco Armonico® hanno inciso per 8,7 giorni lavorativi nel corso di quasi un anno (315 giorni): ciò significa che l'impegno complessivo, suddiviso tra i due operatori di Tocco Armonico®, è stato pari a 4,3 giorni (31 ore). Significamente questo tempo non ha inciso sul tempo dedicato ad altre attività di assistenza infermieristica, quindi non sovraccaricando le altre attività lavorative durante i turni di lavoro. In tutti i 109 trattamenti effettuati si riscontra un miglioramento della sintomatologia fisica (percezione dolorosa, sia essa associata all'assunzione o meno di farmaci di sintesi) ed emotiva (stato d'ansia, insonnia, agitazione psicomotoria) con rilassamento della persona fino, in alcuni casi, all'addormentamento del ricevente, indipendentemente dall'età anagrafica. I trattamenti sono stati effettuati sui piccoli pazienti prima, durante e dopo procedure invasive (biopsia renale, venipunture, medicazioni di un catetere venoso centrale) oppure durante la rilevazione dei parametri vitali nei pazienti piccoli, quando si presentavano poco collaboranti e molto agitati, e ancora, durante l'assunzione di terapie farmacologiche, per agevolare l'esecuzione di visite specialistiche o esami strumentali. Molte volte i pazienti sono stati trattati in caso d'insonnia, per favorire il bisogno di sonno, il rilassamento e per alleviarne i dolori, come coliche addominali, cefalea, dolore post-intervento chirurgico (solitamente trapianto di rene) o in caso di agitazione psicomotoria. Effettuare il Tocco Armonico® poco prima e durante una venipuntura, oltre ad avere un effetto positivo sullo stato emotivo del paziente, ha permesso una maggior facilità di reperimento dell'accesso venoso. I feedback riscontrati hanno registrato una maggiore compliance del paziente e dalla famiglia al trattamento di cura e maggiore fiducia nei confronti del personale medico-infermieristico. Per contro, il reclutamento degli operatori professionali, riceventi del Tocco Armonico®, è avvenuto attraverso un campionamento di convenienza, ovvero un campionamento non probabilistico, in quanto solo gli operatori sanitari del servizio scelto, potevano essere selezionati come parte del campione. A seguito di questo studio, a gennaio 2018 l'equipe medico-infermieristica ha inserito il Tocco Armonico® all'interno del protocollo aziendale per i pazienti pediatrici sottoposti alla biopsia renale.

Bibliografia

1. Pert C. B. (2016) Molecole di emozioni perché sentiamo quel che sentiamo?
2. Bottaccioli F., Bottaccioli A. G. (2017) Psiconeuroendocrinoimmunologia e scienza della cura integrata Il manuale. Edra Edizione.
3. D'Antoni E., Mainardi E. (2014) Tocco Armonico®: Il massaggio lento.

Il problema dell'alcol-dipendenza

Gabriele Bardazzi¹, Laura Polero²

¹Direttore Servizio delle dipendenze del Mugello, USL Toscana Centro

²Qualifica

Mail: gabriele.bardazzi@uslcentro.toscana.it

Il consumo di alcolici è una problematica sanitaria che interessa gran parte dei paesi del mondo compresi, recentemente, i paesi in via di sviluppo. Come è noto l'alcol si associa ad una patologia specifica alcolcorrelata e ad un incremento della mortalità (Beaglehole e Bonita 2009). Infatti è responsabile del 4% delle morti, del 5% delle cause di malattia (Beaglehole and Bonita, 2009) e del 3,9 % delle disabilità (Lim et al 2012) nel mondo. Insieme al fumo, la dieta ed alla mancanza di attività fisica viene ritenuto uno dei quattro maggiori responsabili delle patologie non trasmissibili (Ezzati and Riboli 2012, WHO 2011, Beaglehole et al 2011). Tenendo presenti i dati sopra riportati non sorprende che il consumo di alcol sia correlato a numerose patologie che rendono necessaria l'ospedalizzazione (Balsa et al 2009, Cherpitel et al 2006, Maxson et al 1999, Piette et al 1998, Suchyta et al 2008, de Wit et al 2010). Inoltre recenti studi documentano di come gli alcolisti abbiano un rischio di morte superiore dalle 2 alle 5 volte rispetto alla popolazione generale (Finney e Moos, 1991; Gerdner e Berglund, 1997; Ohara et al., 1989). Anche un recente studio condotto in Italia (Saeieva et al 2012) in una coorte di alcolisti documenta una mortalità 5 volte superiore rispetto alla popolazione generale. I disturbi da uso di alcol comprendono l'alcol-dipendenza, il bere a rischio ed il binge drinking. Si ritiene che oltre il 40% dei pazienti ammessi ad un ospedale generale soffra di disturbi da uso di alcol (Moss et al 2003, O' Brien al 2007, Smothers and Yahr 2005.). In un recente studio condotto in Italia in una coorte di alcolisti si è osservato (Bardazzi et al 2017) che il 70,9% dei pazienti presentava almeno un'ammissione in ospedale al primo anno di follow up.

Data l'importanza, anche legata ai costi, dell'argomento è necessaria una definizione attenta della problematica ed una precisa definizione delle categorie della popolazione rispetto all'uso di alcol. Come detto precedentemente l'alcol-dipendenza viene differenziata all'interno dei disturbi da uso di alcol dal bere a rischio e dal binge drinking. Secondo l'OMS il bere a rischio viene individuato nell'assunzione giornaliera di oltre 10 grammi di alcol puro per le donne e di 20 grammi per gli uomini. Per dare una idea riferibile alla vita reale 12 grammi è, approssimativamente, la quantità contenuta in un bicchiere di vino da 125 ml, in una birra da 330 ml, in un aperitivo da 80 ml oppure in un bicchiere di superalcolico da 40 ml. Secondo l'OMS alcune particolari categorie della popolazione o periodi della vita dovrebbero avere un consumo di alcol uguale a zero: gravidanza, allattamento, storia di dipendenza da sostanze, uso con-

comitante di farmaci, guida di veicoli ed attività lavorative rischiose per sé o per altri.

Viene definito invece binge drinking l'assunzione di almeno 60 g di alcol in un'unica occasione. Per completare la definizione dei disturbi da uso di alcol rimane la definizione di alcol-dipendenza che è caratterizzata dalla classificazione della malattie secondo l'ICD-10.

Una patologia così diffusa o con così elevati costi economici visto l'elevato numero di pazienti coinvolti necessita di un trattamento articolato e differenziato. Nel trattamento convenzionale trovano dimora numerosi tipi di approccio sia farmacologici che di altra natura. Nell'ambito farmacologico troviamo farmaci impiegati sia nel trattamento dell'astinenza (benzodiazepine e gammadrossibutirrato) che in quello della riduzione del craving (Baclofen, Acamprosato, Nalmefene, Topiramato, benzodiazepine). I farmaci usati nel trattamento dell'astinenza presentano rischi di assuefazione che evidentemente vanno accuratamente evitati vista la popolazione a cui ci stiamo riferendo mentre i farmaci per la riduzione del craving non si sono dimostrati, alla prova dei fatti, efficaci come ci si attendeva. Ultimo farmaco nella farmacopea alcolologica è il disulfiram inibitore enzimatico dell'acetaldeideidrogenasi che provoca un blocco metabolico determinando uno stato di intossicazione da acetaldeide una volta assunto insieme all'alcol. Il farmaco viene definito avversivante in quanto scoraggia l'assunzione dell'alcol dati gli effetti "spiacevoli" (cardiopalmo, ipotensione fino a giungere a sincope) che scatena se assunto insieme alle bevande alcoliche. Comunque dati gli effetti collaterali non può essere assunto per periodi protratti limitandone l'efficacia. Un mezzo efficace e con un indubbio vantaggio economico sono i gruppi di Auto-aiuto: Alcolisti Anonimi (AA) e Club per Alcolisti in Trattamento (CAT). Sono due metodologie estremamente diverse sia per quel concerne la metodologia di intervento che per l'approccio in AA l'alcolismo è concepito come una malattia mentre nei CAT viene interpretato come cambiamento di uno stile di vita. Il vantaggio economico è legato al fatto che entrambi si basano sull'auto-aiuto per cui non esiste alcuna richiesta economica né per il paziente né per il sistema sanitario. Oltre a questi presidi rimane uno spazio per la psicoterapia, sia individuale che familiare, che comunque, in questo ambito, deve essere condotta da specialista formato in alcolologia per evitare distorsioni o produzione di "alibi" data la capacità manipolativa del paziente.

E' evidente che in questo tema le Medicine Complementari trovano la possibilità di aggiungersi al trattamento tradizionale implementandolo e rendendolo più efficace.

E' con lo scopo di integrare le metodiche convenzionali con quelle complementari che nel 2003 è stato istituito all'interno della Società Italiana di Alcolologia (SIA) un gruppo di lavoro sull'impiego delle medicine complementari in ambito alcolologico.

Il gruppo si incontra in una sede fissa a cadenza regolare ormai da quindici anni ed ha prodotto varie pubblicazioni sia epidemiologiche (Bardazzi et al 2006) che di tipo divulgativo sulle proprie attività (Abenavoli et al 2008). Inoltre ogni due anni viene effettuato un convegno nazionale specifico in varie sedi che è giunto alla sesta edizione. ■

Bibliografia

- Abenavoli L, Bardazzi G, Cracolici F, Quaranta C, Santini G, Graziosi S, Polero L, Leggio L, Addolorato G (2008). "Complementary therapies for treating alcoholism First Annual meeting by Complementary Medicine Research Group of the Italian Society for Alcohol Studies-May 5, 2006, Florence, Italy". *Fittoterapia*; 79: 142-147.
- Bardazzi G, Zanna I, Ceroti M, Bendinelli B, Iozzi A, Caini S, Nesi G, Saieva C (2017). A 5-Year Follow-Up of a Cohort of Italian Alcoholics: Hospital Admissions and Overall Survival *Alcohol Clin Exp Res*. Jul; 41(7): 1309-1318
- Bardazzi G, Merluzzi J, Voller F, Fontana A, Abenavoli L, Leggio L, Addolorato G and the Alcohol and Complementary Medicine Research Group of Italian Society for Alcohol Studies (2006). Complementary Medicine for alcohol dependence in Italian services: a mail questionnaire. *Complementary Therapies in Clinical Practice*; 12: 216-221.
- Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams C, Alleyne G, Asaria P, Baugh V, Bekedam H, Billo N, Casswell S, Cecchini M, Colagiuri R, Colagiuri S, Collins T, Ebrahim S, Engelgau M, Galea G, Gaziano T, Geeneau R, Haines A, Hospedales J, Jha P, Keeling A, Leeder S, Lincoln P, McKee M, Mackay J, Magnusson R, Moodie R, Mwatsama M, Nishtar S, Norrving B, Patterson D, Piot P, Ralston J, Rani M, Reddy KS, Sassi F, Sherron N, Stuckler D, Suh I, Torode J, Varghese C, Watt J; Lancet NCD Action Group, NCD Alliance (2011) Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet* 377:1438-1447.
- Balsa AI, French MT, Maclean JC, Norton EC (2009) From pubs to scrubs: alcohol misuse and health care use. *Health Serv Res* 44:1480-1503.
- Beaglehole R, Bonita R (2009) Alcohol: a global health priority. *Lancet* 373:2173-2174
- Cherpitel CJ, Ye Y, Bond J, Rehm J, Cremonese M, Neves O, Moskalewicz J, Swiatkiewicz G, Giesbrecht N (2006) The effect of alcohol consumption on emergency department services use among injured patients: a crossnational emergency room study. *J Stud Alcohol* 67:890-897
- Finney JW, Moos RH (1991) The long-term course of treated alcoholism: I. Mortality, relapse and remission rates and comparisons with community controls. *J Stud Alcohol* 52:44-54.
- Gerdner A, Berglund M (1997) Mortality of treated alcoholics after eight years in relation to short-term outcome. *Alcohol Alcohol* 32:573-579.
- Lim SS et al. (2012) A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 380:2224-2260.
- Maxson PM, Schultz KL, Berge KH, Lange CM, Schroeder DR, Rummans TA (1999) Probable alcohol abuse or dependence: a risk factor for intensive-care readmission in patients undergoing elective vascular and thoracic surgical procedures. *Mayo Perioperative Outcomes Group*. *Mayo Clin Proc* 74:448-453.
- Moss M, Parsons PE, Steinberg KP, Hudson LD, Guidot DM, Burnham EL, Eaton S, Cotsonis GA (2003) Chronic alcohol abuse is associated with an increased incidence of acute respiratory distress syndrome and severity of multiple organ dysfunction in patients with septic shock. *Crit Care Med* 31:869-877
- O'Brien JM Jr, Lu B, Ali NA, Martin GS, Abernethy SK, Marsh CB, Lemeshow S, Douglas IS (2007) Alcohol-dependence is independently associated with sepsis, septic shock, and hospital mortality among adult intensive care unit patients. *Crit Care Med* 35:345-350.
- Ohara K, Suzuki Y, Sugita T, Kobayashi K, Tamefusa K, Hattori S, Ohara K (1989) Mortality among alcoholics discharged from a Japanese hospital. *Br J Addict* 84:287-291.
- Piette JD, Barnett PG, Moos RH (1998) First-time admissions with alcohol-related medical problems: a 10-year follow-up of a national sample of alcoholic patients. *J Stud Alcohol* 59:89-96.
- Saieva C, Bardazzi G, Masala G, Quartini A, Ceroti M, Iozzi A, Gelain E, Querci A, Allamiani A, Palli D (2012). General and cancer mortality in a large cohort of Italian alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res*. Feb; 36(2): 342-50.
- Smothers BA, Yahr HT, Ruhl CE (2004) Detection of alcohol use disorders in general hospital admissions in the United States. *Arch Intern Med* 164:749-756.
- Suchyta MR, Beck CJ, Key CW, Jephson A, Hopkins RO (2008) Substance dependence and psychiatric disorders are related to outcomes in a mixed ICU population. *Intensive Care Med* 34:2264-2267.
- de Wit M, Jones DJ, Sessler CN, Zilberberg MD, Weaver MF (2010) Alcohol-use disorders in the critically ill patient. *Chest* 138:994-1003.
- WHO (World Health Organization) (2011) Description of the Global Burden of NCDs, Their Risk Factors and Determinants. *Global Status Report on Non-communicable Diseases 2010*. WHO, Geneva, Switzerland.
- Ezzati M, Riboli E (2012) Can noncommunicable diseases be prevented? Lessons from studies of populations and individuals. *Science* 337:1482-1487.

Il contributo della fitoterapia

Ludovico Abenavoli¹, Cataldo Rotondo²

¹Professore associato di Gastroenterologia, Dipartimento di Scienze della Salute, Università "Magna Graecia", Catanzaro

²Medico, Istituto Nazionale Previdenza Sociale, INPS, Catanzaro

Mail: labenavoli@unicz.it

L'abuso cronico di alcol rappresenta un problema sociale e una patologia molto frequente nei Paesi occidentali¹. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), stima in 3,3 milioni il numero dei decessi annui correlati al consumo di alcol.

La dose quotidiana di alcol che una persona in buona salute può concedersi senza incorrere in conseguenze per la propria salute, non può essere stabilita univocamente, in quanto influenzata da numerose variabili. Gli organi bersaglio dell'alcol sono essenzialmente due e cioè il cervello ed il fegato. Oltre alle caratteristiche del consumo alcolico e cioè dose, durata, tipo di bevanda assunta, altri fattori possono influenzare la genesi e lo sviluppo dell'epatopatia alcolica e cioè il genere, l'etnia, i polimorfismi genetici, l'obesità, il fumo, l'emocromatosi, nonché la contemporanea presenza di virus epatotropi e di diabete mellito.

Il danno epatico da alcol è una delle più frequenti cause di malattia epatica, associata ad elevato tasso di morbilità e mortalità². In Italia, l'uso inadeguato di alcol rappresenta un problema ad elevato impatto sociale. La mortalità alcol-correlata, che comprende oltre alla mortalità per patologie croniche degenerative e neoplastiche, anche la quota derivante da incidenti stradali, omicidi e suicidi, viene quantificata in Italia in circa 30.000 decessi/anno. Nel nostro Paese infatti, l'incidenza dell'abuso di bevande alcoliche è valutabile intorno ai quattro milioni di individui definiti come "bevitori eccessivi" e di questi, circa un milione sono identificabili come "alcol-dipendenti". Negli ultimi anni si è assistito ad una variazione sostanziale delle modalità nell'uso delle bevande alcoliche. Infatti, a fronte di una diminuzione del consumo procapite di alcol, ridottosi di oltre si è registrato un aumento del numero dei consumatori, mentre è rimasta stabile la quota dei consumatori a rischio o alcol-dipendente. Tuttavia, è lecito ipotizzare che si tratti di una sottostima, se si considera che una notevole quota di cause, sfugge alla correlazione con l'abuso etilico.

I meccanismi patogenetici alla base del danno epatico, provocato dall'uso inadeguato di alcol, sono fondamentalmente legati ad una azione diretta dell'etanolo ed alle alterazioni conseguenti ad una eccessiva metabolizzazione della molecola a livello epatico, con conseguente aumentato consumo di ossigeno, con eccesso di idrogenioni, con iperproduzione di acetaldeide e radicali liberi, nonché notevole perossidazione lipidica. I prodotti finali del metabolismo epatico dell'etanolo inducono stress ossidativo, deficit dei sistemi anti-ossidanti, danni indotti dall'acetaldeide, modificazioni strutturali e funzionali a carico dei mitocondri, alterazioni del metabolismo lipi-

dico, perturbazione dei segnali intra-cellulari, produzione di citochine pro-infiammatorie e attivazione di processi flogistici indotti dal sistema immunitario innato³. Il trattamento del danno epatico alcol correlato dipende essenzialmente dallo stadio evolutivo della malattia. Il cardine del trattamento è costituito dall'astinenza, che determina il miglioramento del quadro istologico. In quest'ambito, la medicina tradizionale ed in particolare quella orientale cinese ed indiana, utilizza da secoli le piante nel trattamento delle malattie del fegato⁴. Numerosi studi descrivono l'approccio fitoterapico all'epatopatia alcolica, che viene qui di seguito trattato sulla base delle maggiori evidenze scientifiche presenti in letteratura.

Cardo mariano

Il cardo mariano è dato dai frutti maturi, privi di pappo, di *Silybum marianum* L. Gaertn. (Fam. Asteraceae), una pianta erbacea annuale o biennale leggermente ragnate-losa sul caule. La droga contiene un complesso di flavonolignani denominato silimarina (1,5-3%), costituito da silibina (detta anche silibinina, 50%), silicristina, silidianina ed in misura minore, di iso-silibinina, isosilicristina e silandrina. Generalmente il rapporto silibina, silicristina e silidianina è di 3:1:1⁵. Numerosi studi hanno descritto diverse proprietà farmacologiche ed in particolare un'azione epato-protettiva che si esplicita attraverso molteplici meccanismi. Una serie di studi caso-controllo ha verificato l'efficacia del cardo mariano nella malattia epatica cronica a genesi alcolica^{5,6}. Tuttavia molti di questi studi sono di difficile interpretazione a causa dell'eterogeneità dei pazienti, della non stratificazione del grado di malattia epatica, delle differenti formulazioni utilizzate e dell'assenza di un congruo periodo di astinenza da parte dei pazienti arruolati.

Curcuma

La curcuma è data dal rizoma tuberizzato di *Curcuma longa* L. e *C. aromatica* Salisb. (Fam. Zingiberaceae). La pianta è originaria dell'Asia meridionale ed è attualmente coltivata nella maggior parte delle regioni tropicali. La droga contiene sostanze colorate di giallo denominate curcuminoidi, tra i quali la curcumina è il componente più importante, un olio essenziale composto prevalentemente da sesquiterpeni, chetoni e monoterpeni, mono e polisaccaridi. La curcuma è in grado di aumentare sia la produzione che il flusso biliare. Questi effetti sono stati attribuiti alle componenti dell'olio essenziale ed alla curcumina. La curcumina esplica anche potenti proprietà anti-infiammatorie⁷.

Allium

L'aglio (*Allium sativum*) è una delle prime piante coltivate dall'uomo. Spicchi d'aglio sono stati trovati nella tomba del re Tutankhamon, mentre Ippocrate lo utilizzava per il trattamento di numerose patologie⁸. Le evidenze scientifiche sull'effetto farmacologico dell'aglio e dei suoi composti attivi, nel danno epatico da alcol è limitato a poche pubblicazioni, che ne descrivono proprietà anti-ossidanti e anti-infiammatorie.

Té verde

Una leggenda vuole che il té venne scoperto nel 2737 a.C., quando una foglia di pianta *Camellia sinensis* soffìo in una tazza di acqua calda del secondo imperatore della Cina. Un missionario gesuita portoghese, Padre Jasper de Cruz, fu il primo bevitore di té in Europa verso la metà del XVI secolo, mentre gli olandesi introdussero la tradizione del té in America, un secolo dopo. I tipi più comuni di té sono il verde, il nero, il bianco ed il té *oolong* o "drago nero". Recenti studi pre-clinici hanno riportato gli effetti benefici dell'infuso di té verde nel danno epatico da alcol, caratterizzati da una marcata riduzione della citolisi, dello stress ossidativo, della risposta infiammatoria e dell'accumulo di trigliceridi⁹.

Coffea

La *Coffea*, meglio conosciuta come "pianta del caffè", appartiene alla famiglia delle *Rubiaceae* ed è originaria degli altipiani etiopi, ma è ormai diffusa in tutte le zone tropicali. Si tratta di una pianta arbustiva o arborea, coltivabile sia in piena terra che in vaso, che può raggiungere un'incredibile altezza. In natura esistono circa 60 specie di *Coffea*, la più famosa delle quali è l'*Arabica*, originaria dell'Etiopia e caratterizzata da foglie molto lucide con bordo ondulato. La *Coffea* contiene numerose sostanze anti-ossidanti, tra cui composti fenolici (6-10% del peso secco della polvere di caffè: acidi clorogenici, acido caffeico, ferulico e para-cumarico) e melanoidine. Sono numerosi gli studi epidemiologici e sperimentali che dimostrano le proprietà epato-protettive del caffè. In studi caso-controllo condotti su pazienti con abuso cronico di alcol, il suo utilizzo è descritto essere inversamente proporzionale ai livelli di transaminasi. Studi pre-clinici hanno dimostrato come alcuni dei principali componenti del caffè, siano in grado di modificare l'espressione e l'attività di enzimi coinvolti nella metabolizzazione di sostanze epato-tossiche come l'etanolo¹⁰. In particolare per quanto riguarda la caffeina, è stato recentemente descritto come questa sia in grado di inibire la sintesi del fattore di crescita del tessuto connettivo.

Picrorrhiza

La *Picrorrhiza kurroa* (Fam. *Scrophulariaceae*) è una piccola pianta erbacea perenne che cresce nel nord-est dell'India e più precisamente sulle pendici dell'Himalaya. Si tratta di una pianta con proprietà anti-ossidanti e scavenger, in grado di stimolare la rigenerazione epatica ed esercitare attività anti-infiammatoria. La standardizzazione più diffusa è quella in kutkina, una miscela di picroside I-III e kutkoside, al 4%. Studi condotti su

animali da esperimento, hanno dimostrato l'efficacia dei costituenti attivi di *Picrorrhiza kurroa* in corso di epatopatia¹¹. L'estratto di *Picrorrhiza*, somministrato alla dose di 3-12 mg/kg per via orale per 45 giorni, è stato dimostrato essere efficace nel bloccare il danno epatocitario indotto dall'etanolo.

Liv. 52

Il Liv. 52 è una formulazione multi-ingredientale di origine ayurvedica, utilizzata per i suoi effetti epato-protettivi. I componenti sono rappresentati da: *Capparis spinosa*, *Cichorium intybus*, *Solanum nigrum*, *Cassia occidentalis*, *Terminalia arjuna*, *Achillea millefolium* e *Tamarix gallica*. Studi pre-clinici hanno segnalato come il Liv. 52 sia un potente epato-protettore, dotato di azione rigenerante in corso di danno epatico¹². Tuttavia studi clinici riportano dati discordanti.

Il cardine del trattamento dell'epatopatia alcolica è rappresentato dall'astinenza dalle bevande alcoliche. Quando il paziente non è in grado di raggiungerla autonomamente può essere fondamentale il supporto dei Gruppi di auto- e mutuo-aiuto per il recupero psicosociale dall'alcol-dipendenza. La correzione dei disordini alimentari attraverso l'applicazione di una dieta bilanciata, è inoltre di fondamentale importanza. La popolarità della fitoterapia in ambito epatologico in generale e nel trattamento dell'epatopatia alcolica in particolare, è in aumento negli ultimi anni. L'evoluzione del danno epatico cronico indotto dall'eccessivo introito alcolico, trova nello stress ossidativo e nella produzione di radicali liberi, i suoi momenti costitutivi. Su questa base patogenetica è logico intuire le potenzialità epato-protettive e anti-ossidanti, già descritte nella tradizione delle antiche medicine orientali, di alcuni fitoterapici. Tuttavia al momento in letteratura sono presenti pochi studi metodologicamente rigorosi sull'efficacia e sulla sicurezza di queste molecole, che ne attestino il reale impatto terapeutico. In quest'ottica è chiaro che la comunità scientifica deve necessariamente attuare uno sforzo metodologico, finalizzato a separare il reale valore terapeutico dei fitoterapici, da speranze e misteri, sdoganando così definitivamente la fitoterapia dall'essere considerata una semplice "moda". ■

Bibliografia

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. WHO [pdf publication on internet]; [cited: 14 July 2015]; Available from: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_1.pdf?ua=1.
2. Masarone M, Rosato V, Dallio M, Abenavoli L, Federico A, Loguercio C, et al. Epidemiology and Natural History of Alcoholic Liver Disease. *Rev Recent Clin Trials*. 2016; 11(3): 167-74.
3. Abenavoli L, Masarone M, Federico A, Rosato V, Dallio M, Loguercio C, et al. Alcoholic Hepatitis: Pathogenesis, Diagnosis and Treatment. *Rev Recent Clin Trials*. 2016; 11(3): 159-66.

4. Rosato V, Abenavoli L, Federico A, Masarone M, Persico M. Pharmacotherapy of alcoholic liver disease in clinical practice. *Int J Clin Pract.* 2016; 70(2): 119-31.
5. Abenavoli L, Capasso R, Milic N, Capasso F. Milk thistle in liver diseases: past, present, future. *Phytother Res.* 2010; 24(10): 1423-32.
6. Milosevic N, Milanovic M, Turkulov V, Medić-Stojanoska M, Abenavoli L, Milic N. May Patients with Alcohol Liver Disease Benefit from Herbal Medicines? *Rev Recent Clin Trials.* 2016; 11(3): 227-37.
7. Hu RW, Carey EJ, Lindor KD, Tabibian JH. Curcumin in Hepatobiliary Disease: Pharmacotherapeutic Properties and Emerging Potential Clinical Applications. *Ann Hepatol.* 2017; 16(6): 835-41.
8. Panyod S, Wu WK, Ho CT, Lu KH, Liu CT, Chu YL, et al. Diet Supplementation with Allicin Protects against Alcoholic Fatty Liver Disease in Mice by Improving Anti-inflammation and Antioxidative Functions. *J Agric Food Chem.* 2016; 64(38): 7104-13.
9. Wang D, Gao Q, Wang T, Zhao G, Qian F, Huang J, et al. Green tea infusion protects against alcoholic liver injury by attenuating inflammation and regulating the PI3K/Akt/eNOS pathway in C57BL/6 mice. *Food Funct.* 2017; 8(9): 3165-77.
10. Wadhawan M, Anand AC. Coffee and Liver Disease. *J Clin Exp Hepatol.* 2016; 6(1): 40-6.
11. Kant K, Walia M, Agnihotri VK, Pathania V, Singh B. Evaluation of Antioxidant Activity of *Picrorhiza kurroa* (Leaves) Extracts. *Indian J Pharm Sci.* 2013; 75(3): 324-29.
12. de Silva HA, Saparamadu PA, Thabrew MI, Pathmeswaran A, Fonseka MM, de Silva HJ. Liv. 52 in alcoholic liver disease: a prospective, controlled trial. *J Ethnopharmacol.* 2003; 84(1): 47-50.

Il contributo dell'agopuntura

Maria Cristina Quaranta

Medico esperto in agopuntura, docente presso la "Scuola di Agopuntura Tradizionale della Città di Firenze"
 Mail: cricquaranta@yahoo.it

Da secoli l'agopuntura è utilizzata in Cina ed in altri paesi per trattare svariate patologie, ma il suo impiego nel campo delle tossicodipendenze è rimasto marginale fino ai primi anni settanta quando un neurochirurgo di Hong Kong, Dr. H.L. Wen usò l'elettroagopuntura sulla regione auricolare del polmone bilateralmente, insieme al metadone, per trattare i sintomi acuti dell'astinenza da eroina. Il protocollo si dimostrò poi efficace non solo per la dipendenza da oppiacei ma anche per quella da alcol, cocaina, tabacco e benzodiazepine.

Da allora numerosi protocolli di trattamento sono stati effettuati, specie in Francia, basandosi soprattutto su cicli di agopuntura somatica (interessante, ad esempio, l'esperienza di Roustan che introdusse come base del suo trattamento l'impiego di due punti classici: GB 8 e LU 10, mentre in USA la lotta alle dipendenze privilegiò la tecnica dell'agopuntura auricolare).

Il programma di ricerca meglio strutturato nel mondo occidentale è quello della National Acupuncture Detoxification Association (NADA). Nel 1975 Michael Smith, psichiatra presso il Lincoln Hospital di New York, ispirandosi all'esperienza di Wen, mise a punto un protocollo di auricolopuntura per il trattamento della dipendenza da qualsiasi tipo di sostanza. Tale protocollo, denominato Acudetox (da *acupuncture* e *detoxification*) consiste nella stimolazione di cinque punti auricolari bilaterali con trattamenti semplici ed ambulatoriali ed ha una percentuale di successo negli alcolisti intorno al 56%. I punti utilizzati sono i seguenti:

- **Simpatico:** calma il sistema nervoso autonomo e aiuta il rilassamento generale.
- **Shenmen:** "porta dello spirito" riduce l'ansia, calma la mente, tratta agitazione, insonnia tensione e il bisogno di qualsiasi sostanza.
- **Rene:** conservano l'essenza che costituisce la base dello yin e dello yang per cui aumenta l'energia; l'emozione attribuita al rene è la paura quindi ha azione ansiolitica e rafforza la volontà.
- **Fegato:** regola le funzioni del fegato e promuove la funzione di disintossicazione; l'emozione attribuita al fegato è la rabbia su cui ha azione modulatrice.
- **Polmone:** favorisce l'eliminazione delle tossine; l'emozione collegata è la tristezza per cui agisce su depressione, rimpianti e senso di perdita.

L'auricoloterapia ha avuto l'importantissimo ruolo di aver avvicinato la medicina tradizionale cinese al trattamento delle dipendenze. Infatti le sue caratteristiche di semplicità, praticità, basso costo, assenza di effetti collaterali ne hanno permesso l'applicazione su ampia scala. La realtà italiana non si discosta molto da ciò che fino ad ora è stato descritto essere avvenuto a livello internazionale; i primi centri alcolologici che si sono avvicinati alle terapie non convenzionali hanno introdotto l'auricoloterapia grazie all'associazione NADA e il protocollo Acudetox viene oggi praticato in molti centri che si occupano di dipendenze.

Per quanto riguarda invece l'impiego della agopuntura somatica interessante è lo studio che abbiamo condotto presso il Centro Alcolologico Integrato dell'Azienda Sanitaria Fiorentina (Delibera della regione toscana n 1222 del 20/11/2000) il cui obiettivo è stato quello di valutare l'associazione dell'agopuntura all'intervento motivazionale in un gruppo di pazienti alcolisti non rispondenti al trattamento tradizionale (visite ambulatoriali, frequenza ai gruppi di auto-aiuto e/o terapia farmacologica). Dallo studio è risultato che dei pazienti trattati il 50% aveva ottenuto l'astinenza, contro il 13% del gruppo di controllo che effettuavano solo il trattamento tradizionale ($P=0,033$). Inoltre nel gruppo di pazienti in terapia combinata si è osservato un notevole miglioramento della situazione clinica e un miglioramento della qualità di vita (aspetti relazionali, qualità del sonno, sensazione di stanchezza fisica etc). Lo schema di trattamento con agopuntura prevedeva i seguenti punti: Qiha CV-6, Tanzhong CV-17, Yuji Lu LU-10, Shaigu GB-8, Xuanzhong GB-39, Qimen LR-14.

Sono state effettuate 16 sedute, le prime 8 a cadenza bi-settimanale, le successive a cadenza settimanale. Dai risultati ottenuti da questo studio si vede come l'agopuntura potrebbe migliorare il trattamento dei pazienti alcolisti non responder migliorando l'accettazione e la compliance dei trattamenti tradizionali. Naturalmente servono ulteriori studi per confermare questi dati, ma per ottenere l'astinenza nei pazienti alcolisti non rispondenti entrambe le procedure (agopuntura e gruppi) dovrebbero essere utilizzate perché l'una rinforza e supporta l'altra.

Sulla scia di questi risultati nel 2005 è stato approvato dalla Regione Toscana un progetto terminato poi nel 2015 ("Impiego dell'agopuntura nel trattamento dell'alcol dipendenza all'interno di un Centro Alcolologico Diurno") in cui l'agopuntura è entrata a far parte di un trattamento standardizzato per la cura dell'alcol dipendenza all'interno del Centro Diurno Alcolologico "La Fortezza" UFM C dell'Azienda Sanitaria di Firenze. La struttura è indirizzata all'induzione dell'astinenza e motivazione a un trattamento continuativo in quegli alcolisti attivi non altrimenti trattabili in ambulatorio o in altre strutture.

Si caratterizza per la integrazione tra fasi sanitarie che pianificano e attuano le azioni sanitarie necessarie alla detossicazione farmacologica, al trattamento della dipendenza alcolica e alla eventuale patologia correlata, e fasi riabilitative che identificano e intervengono sugli aspetti motivazionali, familiari, psicologici e sociali, (incontri informativo/motivazionali, psicodiagnosi, percezione corporea, colloqui di counseling) ed ha una durata di quattro settimane. Le sedute di agopuntura venivano eseguite due volte a settimana a partire dalla seconda settimana e il protocollo di punti utilizzato era lo stesso proposto nello studio a cui si aggiungevano punti individuali a seconda delle valutazioni del paziente e della diagnosi in medicina cinese.

I principali effetti soggettivi di miglioramento, che vengono comunemente riferiti dai pazienti ed attribuiti alla terapia con agopuntura sono in ordine decrescente di frequenza:

- rilassamento;
- riduzione del livello di stress e di ansia;
- riduzione del craving della sostanza di abuso;
- sensazione di "scaricamento" della mente e miglioramento dei propositi;
- ottimo controllo delle variazioni del tono dell'umore;
- miglioramento della qualità del sonno;
- maggior energia e benessere.

È verosimile ipotizzare che, migliorando la situazione generale, il trattamento con agopuntura possa quindi contribuire, attraverso una positiva rappresentazione del sé, a migliorare l'autostima e la fiducia nel trattamento e nelle possibilità del proprio corpo, con progressivo passaggio da uno stato di dipendenza ad uno di non dipendenza.

Per quanto riguarda il meccanismo di azione, studi sperimentali sulle sostanze d'abuso utilizzando modelli complessi (place preference, microdialisi cerebrale) confermano il ruolo dei neurotrasmettitori su cui l'agopuntura è in grado di agire (dopamina, oppioidi, serotonina). Le moderne teorie sul meccanismo centrale della gratificazione sostengono che, oltre al sistema dopaminergico mesolimbico, un ruolo importante sia svolto anche dagli oppioidi endogeni (soprattutto recettori μ) e dalla serotonina (recettori 5-HT₃).

L'agopuntura manuale e l'elettrostimolazione sia somatica che auricolare producono un incremento funzionale dei sistemi monoaminergici e modulano la liberazione endogena di oppioidi (attivi sui recettori μ) e serotonina (recettori 5-HT₃), agendo sul craving e pertanto possono essere considerate utili nella disassuefazione da sostanze d'abuso (alcol, eroina, tabacco, cocaina, etc) nonché sul mantenimento della condizione di astinenza. A conferma di ciò Bullock e coll. hanno prodotto uno degli studi più ampi sull'efficacia dell'agopuntura nella disintossicazione da alcool. Da tale ricerca emerge una riduzione del craving e dell'abuso di alcol nei pazienti che ricevevano l'agopuntura nei punti corretti, rispetto a coloro che venivano trattati in punti falsi, non di agopuntura.

Altri studi sono riportati in letteratura ma i risultati raggiunti sono stati ambigui e contraddittori.

La diversità dei risultati ottenuti potrebbe in parte essere spiegata dal fatto che la risposta a questo tipo di trattamento anche negli animali è soggettiva, inoltre bisogna sottolineare le evidenti differenze di ordine metodologico nell'impostazione delle ricerche e l'insufficiente entità numerica dei campioni di pazienti trattati. Esiste poi un dibattito tra i vari autori circa la metodica di agopuntura da utilizzare (somatica, auricolare o la combinazione di entrambe); la modalità di stimolazione più efficace (manuale od elettrica); la combinazione di punti da utilizzare. Un altro argomento di dibattito è se la ricerca in agopuntura debba essere fatta utilizzando protocolli standard o trattamenti personalizzati preceduti da valutazione energetica dell'individuo secondo i criteri della Medicina Tradizionale Cinese.

In conclusione, l'alcolismo è una patologia complessa ed articolata e il suo trattamento non può essere eseguito

con una sola fonte terapeutica ma deve prevedere diverse modalità di intervento; per alcuni pazienti le ricadute sono frequenti e il raggiungimento nonché il mantenimento dell'astinenza veramente difficile. L'agopuntura se inserita all'interno dei programmi strutturati di recupero può rappresentare un valido supporto. Aiuta il paziente a raggiungere uno stato di equilibrio energetico (fisiologico e psicologico) e ciò gli permette di partecipare più attivamente agli altri aspetti del programma di disintossicazione proposto; può pertanto rappresentare un valido strumento per sostenere il cambiamento nel tempo prevenendo le ricadute. ■

Bibliografia

- Wen HL, Cheung S. How acupuncture can help addicts. *Drugs and Society* 1973, 2: 18-20
- Wen HL, Cheung S. Treatment of drug addiction by acupuncture and electrical stimulation. *Am J Acup*, 1973, 1: 71-75
- Roustan Cl. Alcoolisme et acupuncture. *Rev Fr d'Acupunct* 1992, 72: 10-19
- Smith MO, Kahn I. An acupuncture programme for the treatment of drug-addicted persons. *Bull Narc* 1988, 1: 35-41

- Smith MO, Squires R, Ponte J, Rabinowitz N. Acupuncture treatment of drug addiction and alcohol abuse. *AJA* 1983, 10: 78-85
- Bullock M. L. e coll: Acupuncture treatment of alcoholic recidivism: a pilot study. *Alcoholism clinical and experimental research*; 11(3), 292-295, 1987
- Bullock M. L. e coll: Controlled trial of acupuncture for severe recidivist alcoholism. *Lancet*, 1389, 1435-1438, 1989.
- Sapir-Weise R. e coll: Acupuncture in alcoholism treatment: a randomized out-patient study. *Alcohol Alcohol.*, 348(4), 629-635, 1999.
- Worner T. M. e coll: Acupuncture fails to improve treatment outcome in alcoholics. *Drug Alcohol. Depend.*, 30 (2), 169-173, 1992.
- Lao H. H.: Retrospective study on the use of acupuncture for the prevention of alcoholics recidivism. *American J. Acupuncture*, 23 (1), 29-33, 1995.
- Monser S. E.: Acupuncture and addiction treatment. *J. Addict. Dis.*, 15 (3), 79-100, 1996.
- Bardazzi G, Cracolici F, Bardini A, Marcias ML, Quartini A, Aquilini F. Acupuncture: a new resources for unremitting alcoholics. *Algologia*, (1-2-3), 95-99, 2003.

Il contributo dell'omeopatia

Sergio Segantini

*Medico esperto in omeopatia
Mail: s.segantini@libero.it*

La prevenzione primaria dell'alcol-dipendenza è incentivata dalle politiche internazionali per ridurre la mortalità e la grave diffusione delle malattie croniche intervenendo su fattori di rischio come tabagismo, consumo di alcol, cattive abitudini alimentari, inattività fisica, etc. In Italia il consumo annuo pro-capite di alcol della popolazione superiore ai 15 anni è pari a: 58 litri di vino; 33,5 litri di birra; 1,4 litri di superalcolici. Il 20% dei ragazzi tra gli 11 e il 15 anni consumano alcolici. L'8% della popolazione dichiara almeno un episodio di eccesso alcolico negli ultimi 12 mesi.

Una ricerca condotta in Toscana dalla Rete Toscana di Medicina Integrata (RTMI) e dall'Agenzia regionale di sanità (ARS) ha monitorato gli stili di vita della popolazione che si è rivolta agli ambulatori di medicina complementare del Servizio sanitario toscano. L'indagine svolta da gennaio a luglio 2014 in 23 ambulatori, sono stati raccolti un totale di oltre mille questionari. Sono emerse differenze importanti tra gli utenti delle MC del Servizio sanitario regionale e la popolazione generale toscana e nazionale.

Per quanto riguarda il consumo di alcol a rischio (30 gr/die per gli uomini e 20 per le donne) interessa l'11,6% nel campione MC contro il 16,7% della Toscana e il

16,9% del campione nazionale. Ricordiamo che l'alcol viene misurato anche in Unità alcoliche. Una Unità Alcolica (U. A.) corrisponde a circa 12 grammi di alcool; tale quantità è contenuta in un bicchiere piccolo (125 ml) di vino di media gradazione, o in una lattina di birra (330 ml) di media gradazione o in una dose da bar (40 ml) di superalcolico.

Questo dato conferma studi analoghi a livello internazionale e soprattutto evidenzia l'attenzione che le MC pongono nei confronti della prevenzione primaria, con l'obiettivo di promuovere una salute individuale, sociale e ambientale sostenendo approcci integrati alla salute.

Un campo molto investigato è stato quello alimentare che risulta essere connesso con il consumo di alcolici.

L'obesità è in notevole aumento nel nostro paese, specialmente quella infantile (nel 2015, più del 30% dei bambini tra i 2 e i 15 anni è sovrappeso oppure obeso). Sebbene l'obesità sia multifattoriale il dilagare dei consumi alimentari di qualità scadente e il consumo di alcolici nella popolazione sono due fattori rilevanti e spesso interconnessi nel determinare un incremento progressivo dei soggetti sovrappeso ed obesi.

L'anamnesi omeopatica è ritenuta adatta per individuare atteggiamenti poco salubri nei confronti degli stili di vita adottati e di trattamenti farmacologici inadatti. La com-

pletezza delle informazioni ricavate dalla cartella permette di indagare i comportamenti e gli stili di vita dei pazienti. La visione globale permette inoltre di collegare la sintomatologia organica con altri elementi che riguardano l'esistenza del soggetto, inclusi i comportamenti e le dipendenze.

Uno studio che abbiamo realizzato, riguarda alcuni aspetti psichici associati con la tendenza a consumare alcolici. Elementi psichici come l'ansia, il tono dell'umore, l'instabilità emozionale, alcuni aspetti della personalità come la scarsa tolleranza alle frustrazioni, una bassa autostima, etc. caratterizzano spesso il consumatore di alcolici e rendono problematico il mantenimento della presa in carico e del successo della terapia omeopatica. A livello psichico, l'alcolismo è caratterizzato da un progressivo decadimento delle facoltà intellettive e dalla diminuzione del senso etico.

Abbiamo osservato che spesso la quantificazione del livello di consumo di alcolici viene rivelata dal paziente quando si sviluppa una certa fiducia reciproca. Questo permette di determinare in maniera più realistica il suo attaccamento all'alcol, denominato da molti operatori come "bere problematico". In questi casi abbiamo ottenuto i risultati terapeutici migliori. La tipologia di alcolici assunti calcolata sulla base dei consumi in UA è stata: vino, 68%; birra, 17%; superalcolici, 15%. I consumi sono quasi sempre combinati (96%) con una prevalenza del consumo di vino e superalcolici (71%). La media del consumo alcolico pro-capite giornaliero nel campione analizzato è stata di 9,74 UA. Il 93% del campione ha assunto regolarmente alcolici nel periodo di osservazione.

Valutazione dell'efficacia del trattamento omeopatico

Per rapidità di esposizione riportiamo solo i dati che riguardano la risposta complessiva del paziente al trattamento omeopatico, considerandolo come unica variabile nel corso del periodo di osservazione della durata di un anno. Sono stati raccolti 100 casi di pazienti consumatori abituali di alcolici e sottoposti a un'anamnesi e a trattamento omeopatico. Abbiamo usato gli indicatori dello stato di salute per definire la sintomatologia sia mentale che organica, indagato il livello di dipendenza attraverso l'Audit test e il CAGE test, mentre il livello dell'umore attraverso test di valutazione di stati aggressivi e depressivi (AT Beck, BDI - II).

Abbiamo rilevato in ogni singolo paziente le variazioni tra prima e ultima visita e che per problemi di complessità non riportiamo in questa sede così come non riportiamo gli andamenti di ogni singola voce degli indicatori. Confrontando la somma complessiva dei valori sintomatologici che mimano l'entità patologica prima e dopo il trattamento omeopatico, abbiamo osservato che in 16 casi i valori complessivi sono invariati dalla prima all'ultima visita. In 13 casi invece i valori sono aumentati ovvero c'è stato un aumento del carico sintomatologico complessivo, nei restanti casi (71%) abbiamo invece visto un calo che denota il miglioramento globale dei sintomi. L'efficacia della terapia omeopatica viene vista anche attraverso le variazioni degli indicatori. Tutti gli

indicatori di salute osservati hanno mostrato un miglioramento tra la prima e l'ultima visita.

L'approccio omeopatico e l'uso dei test ci ha permesso di osservare l'evoluzione del campione nel periodo osservato. A parte un miglioramento complessivo dello stato di salute nei soggetti trattati, abbiamo osservato elementi di negatività radicata non solo biologica ma soprattutto psicologica. La bassa autostima a fronte di situazioni impegnative e la conseguente ricerca evasiva spingono il soggetto a stabilizzare la dipendenza.

Sono state individuate due tipologie prevalenti, una "fosforica", che ha come elementi distintivi la mancanza di controllo, l'ansia creativa, la magrezza, il desiderio di abbandono in soggetti estroversi, curiosi e molto emotivi. La seconda tipologia è quella "sulfurica" dove rileviamo una compulsività all'intossicazione metabolica in soggetti originariamente resistenti e tonici ma divenuti con il consumo di alcol lenti, astenici e abulici.

Nel campione di 100 casi visionato nel periodo di osservazione con una media di visite di 2,53 abbiamo utilizzato 83 prescrizioni diverse e in ordine decrescente di frequenza i seguenti farmaci: Sulphur, Phosphorus, Calcarea sulphurica, Kalium phosphoricum, Calcarea phosphorica, Ranunculus bulbosus, Nux vomica, Kali sulphuricum, Phosphoric acidum, Arsenicum album, Lachesis. ■

Bibliografia

- ARS TOSCANA. Sistema di sorveglianza Passi. Rapporto regionale 2007 (pagg 20-44, 54-56). Sistema di sorveglianza Passi: Rapporto regionale 2010. Toscana.
- MC Toscana. Notiziario Regionale delle Medicine Complementari. Dicembre 2012. Medicine complementari e stili di vita. Pag. 5-6.
- Baccetti S., Di Stefano M., Rossi E., Segantini S., Voller F., Zanobini A. Stili di vita e medicine complementari. Toscana Medica N°10, nov-dic. 2013, pagg. 33-4.
- GM. Heyman, WM. Keung, BL. Vallee Daidzin: decreases ethanol consumption in rats. Alcohol Clin Exp Res 1996, 20 (6): 1083-7.
- Marchitelli M., Romano M. F. Una proposta metodologica per la valutazione di efficacia del percorso terapeutico omeopatico. Edizioni ETS.
- E. Rossi E. et al. Notiziario MnC. N° 5, clinica omeopatica; 2006; 9.
- P. Schmidt. Quaderni di omeopatia, Società omeopatica edizioni, 1994.
- S. Segantini - Associazione Lycopodium - SIO Studio dell'efficacia della terapia omeopatica in soggetti d'età pediatrica, Firenze, 2003.
- B. Spilker. Guide to the clinical trials. New York: Raven; 1991: 31-36.
- Vittadini G, Rotolo G: Terapie Alternative in Libro Italiano di Alcolologia di A. Allamani, D. Orlandini, G. Bardazzi, A. Quartini, A. Morettini. SEE Editrice, Firenze, 2000.
- R. Zissu. Alcoolisme dans les dystrophies constitutionnelles. AHF, 1961.

LA SOLUZIONE

Assassinio al Circolo del Tennis

Una settimana più tardi, stesso circolo di tennis, ancora le 8 di domenica mattina.

Servizio storto di Ortensia - rovescio rattappito di Lilia - dritto steccato di Tarcisio - volè sbilenca ma vincente di Teodoro: - Game! - sentenziò l'arbitro. 3-0 per la coppia Terebroni-Macchioni!

Teodoro Macchioni fissò il completo da tennis tutto azzurro di Ortensia e domandò: - Ti sta molto bene, dove l'hai comprato?

Ortensia Pecca andò a sedersi, accavallò le gambe e lisciò con una mano l'orlo della gonna. Sembrava distesa e fresca come se fosse reduce da un lungo sonno e non da una notte trascorsa in bianco. - Domandalo a Tarcisio, questo è un suo regalo. - Poi rivolta al medico aggiunse: - Puoi giocare senza litigare? -

- Sì, ma cerca di restare concentrata. - ribatté Tarcisio. - Questa partita la dobbiamo vincere. Me lo merito poiché ti ho fatto scoprire chi ti voleva avvelenare, ma ha ucciso il custode al posto tuo.

Teodoro domandò: - Non ci avete ancora raccontato come avete smascherato l'omicida.

Tarcisio, che non vedeva l'ora di mostrare la sua bravura, spiegò: - Il latte versato sul pavimento aveva uno strano sapore di mandorle amare, da ciò ho capito che qualcuno vi aveva messo del veleno. Nel cartone di latte trovato nella spazzatura c'era un piccolo foro provocato da una siringa. Notai che vicino al frigo bar c'erano alcune macchie di latte. Pensai che l'assassino, una volta iniettato il cianuro nel latte, avesse nascosto la siringa dietro al frigo bar. Almeno così avrei fatto io, se avessi avuto poco tempo per nascondere l'arma del delitto, pensando di andare a prenderla in un momento in cui non c'era nessuno.

- Infatti, la sera stessa, Prudenzia è penetrata nel circolo per prendere la siringa, ma ha trovato i carabinieri ad attenderla. - disse Ortensia.

- Come hai fatto a capire che il colpevole fosse proprio Prudenzia. Mica c'era scritto sulla siringa che era stata lei a mettere il veleno nel latte. - domandò Lilia Terebroni.

- Ho avuto la fortuna di trovare il tubulo di Nitricum acidum nel cellophane assieme alla siringa. Ho pensato che tra i presenti potesse utilizzarlo, cominciando da te, Lilia, che sei una donna molto tesa e nervosa, praticamente un'isterica...

- Tarcisio, come sempre sei un uomo pieno di garbo... - sbottò ironica Lilia.

Tarcisio alzò le spalle e continuò: - ...ipersensibile ai rumori che ti provocano dolori a vari distretti del corpo. Soffri di vertigini, ansia e attacchi di panico e... hai un grande desiderio di mangiare banane. Perciò per te è più adatto un rimedio come Theridion. Mentre per Teodoro Macchioni, avvocato affettuoso ed estroverso, con tendenza a perdere la concentrazione, empatico al punto da soffrire di tosse ed epistassi di fronte a un evento drammatico come la morte del custode, ritengo utile un rimedio come Phosphorus. Quindi a chi meglio di tutti poteva essere congeniale il Nitricum acidum, se non al giudice arbitro Prudenzia Fioroni, donna dal carattere stizzoso e sgradevole, sofferente di verruche, impassibile di fronte alle scuse, vendicativa e con la tendenza a imprecare?

Ortensia spiegò: - Prima di essere giornalista e giudice di tennis, Prudenzia gestiva, assieme al fratello, una ditta di pulizie che sfruttava i dipendenti. Io, a quel tempo giudice del lavoro, chiusi la ditta e feci arrestare il fratello che, assillato da debiti e da usurai, preferì suicidarsi.

- Una vendetta! - esclamò Teodoro.

- Già, Prudenzia ha messo il cianuro nel latte destinato a me, in questo modo sperava di uccidermi. - commentò Ortensia. - Una volta arrestata, ci sono voluti cinque giorni di interrogatori per farla confessare. Finalmente, questa notte, ha ammesso di essere l'assassina di Luigi Ancella.

- Riprendiamo il gioco, signori? - propose il nuovo giudice arbitro, Annabella Guardasoni, donna di gran classe, dai capelli neri tagliati a caschetto, tuta nera e un portamento così elegante da sembrare una modella.

Teodoro si avvicinò a Tarcisio: - Ti piace la mia nuova racchetta? -

Il medico lo fulminò con lo sguardo: - Cos'ha di diverso dalla precedente?

Teodoro, preso dal solito entusiasmo, iniziò a spiegare. - Potenza, spin e stabilità sono le parole chiave di questa racchetta. E' una valida scelta per un tennista che ama giocare d'attacco.

- Riprendiamo a giocare. - propose Tarcisio, che non aveva la minima voglia di ascoltare le disquisizioni tecniche di Teodoro.

fisiodren®

Drenante e depurativo generale



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

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

Laboratori
Legren

LABORATORI LEGREN S.r.l.
Corso Italia, 126 - 10012 Bordighera (IM)
Tel. 0184.268240 - Fax 0184.267007

www.laboratorilegren.it