

# **Raccomandazioni per la corretta redazione dei Case Report in Omeopatia e Medicina Integrata**

## **1. Introduzione**

La descrizione dei casi clinici rappresenta un settore di grande interesse in Medicina e costituisce, se effettuata in modo esaustivo, il modello più idoneo al trasferimento di esperienze. Negli ultimi tempi, con l'affermarsi della Evidence Based Medicine (EBM), si è assistito ad un pesante svilimento del ruolo formativo svolto dalla descrizione del singolo caso clinico. Attualmente la forza di evidenza ad esso attribuita è stata collocata agli ultimi posti (insieme al parere dell'esperto) e quasi svuotata di significato nel competere con gli altri modelli formativi quali gli studi clinici randomizzati in cieco e in aperto (Gold Standard) oppure gli studi osservazionali.

In alcuni settori della Medicina Complementare, e in Omeopatia in modo particolare, la possibilità di riferire sul singolo caso clinico continua al contrario a rivestire un ruolo rilevante, poiché proprio e soltanto dalla valorizzazione degli elementi anamnestici, clinici e terapeutici del singolo paziente possono scaturire le indicazioni per l'approccio medico individualizzato che rappresenta l'elemento massimamente caratterizzante della Medicina complementare.

È opportuno però che, per affermare il modello di Medicina Integrata che al giorno d'oggi appare storicamente irrinunciabile, la descrizione del singolo caso clinico in Omeopatia rispetti alcuni parametri che riteniamo indispensabili nell'ottica della Integrazione: l'informazione che si vuole distribuire attraverso il racconto di una singola esperienza deve fornire al medico gli elementi necessari per poter applicare nella sua pratica professionale un proficuo compendio tra Medicina Ufficiale e Medicina Complementare.

In letteratura scientifica sono stati pubblicati prevalentemente articoli su come presentare correttamente casi ordinari, sul corretto contenuto e sulla struttura dei case report, oltre che sulle strategie da adottare per assicurarne la pubblicazione.<sup>1-10</sup> La materia è stata poi oggetto di approfondimento da parte delle redazioni delle riviste scientifiche a maggiore impatto (come ad esempio *Lancet*, *JAMA*, *The New England*

*Journal of Medicine, Annals of Internal Medicine*), che hanno dettato le regole da rispettare per una corretta presentazione dei casi più significativi, anche se queste regole non sono sempre omogenee tra di loro.

Un'ulteriore evoluzione si è ottenuta grazie allo sviluppo dell'epidemiologia clinica, ed in particolare della clinimetria (definita come "la misurazione dei dati clinici" o come "il campo che si interessa degli indici, delle scale di valutazione e di altre espressioni usate nella clinica medica per descrivere o misurare i sintomi, i segni fisici o altri fenomeni chiaramente clinici in vista di una decisione clinica").<sup>11-13</sup> In particolare, un impulso alla corretta impostazione di questa materia è stato fornito dagli studi pubblicati da M. Jenicek<sup>14</sup>, docente di epidemiologia alla McMaster University di Hamilton (Toronto, Canada).

Jenicek ha in primo luogo cercato di indagare sulle ragioni per le quali può essere opportuno pubblicare un case report, individuando le principali motivazioni che sono riassunte nella tabella 1. Volendo considerare come punto di riferimento questa tabella, c'è da ritenere che l'interesse a presentare case report di medicina omeopatica utili alla comunicazione delle esperienze tra colleghi esperti della materia e anche con colleghi non esperti, nel più ampio progetto della integrazione tra diversi pensieri medici (Medicina Integrata), possa riferirsi principalmente ai punti 10, 12, 13, 14 e 17 della stessa.

#### **TABELLA 1 - Ragioni per pubblicare un Case Report**

- 1.** Presentazione insolita di un'eziologia sconosciuta
- 2.** Storia naturale insolita
- 3.** Decorso naturale o clinico insolito (spettro, gradiente, prognosi)
- 4.** Diagnosi differenziale difficile
- 5.** Diagnosi erronea, cause e conseguenze
- 6.** Effetto insolito e/o inatteso del trattamento
- 7.** "Incidenti" diagnostici e terapeutici (cause, conseguenze e rimedi)
- 8.** Comorbidità insolite (diagnosi, trattamento e risultati)
- 9.** Trasferimento di tecnologia medica (malattia, organo, sistema)
- 10.** Impostazione insolita di un trattamento medico
- 11.** Gestione di un caso in urgenza
- 12.** Compliance del paziente
- 13.** Interazione medico/paziente (come in psichiatria)
- 14.** Trial clinici di casi singoli (studio con n=1)
- 15.** Situazione clinica non riproducibile per ragioni etiche
- 16.** Accesso limitato ai casi
- 17.** Nuove tecnologie mediche (uso, risultati e conseguenze)
- 18.** Conferma di ciò che è già noto  
(solo se è utile per "una revisione ed una sintesi sistematiche di case report")
- 19.** Soluzione di un problema difficile nel campo dell'etica medica

Premesso che il case report è a tutti gli effetti una forma di comunicazione scientifica, da ritenersi comunque a nostro avviso fondamentale punto di partenza per la Evidence Based Medicine (EBM), la tecnica comunicativa può prevedere la presentazione di casi impostati su:

- Case report singolo
- Case report con revisione della letteratura medica
- Report di serie di casi
- Revisioni sistematiche di casi

Nel presente documento ci occuperemo della presentazione del case report singolo, ricordando che anche l'analisi di un singolo caso deve essere sempre collocata in un contesto scientifico che faccia riferimento a tutte le conoscenze cliniche attualmente disponibili per la descrizione e per l'approccio terapeutico di quel caso specifico.

Diversi autori (ad esempio De Bakey L. e S., Huth E.J., Richtsmeier W.J., Nahum A.M.)<sup>9, 10, 15-17</sup> sottolineano che la corretta descrizione del case report inizia già nella introduzione alla presentazione del caso, a partire da un'adeguata revisione della letteratura scientifica (finalizzata ad un corretto inquadramento delle attuali conoscenze su quella specifica problematica clinico-terapeutica) e definendo a priori i reali obiettivi che si intendono raggiungere con tale presentazione.

## **2. Descrizione del caso clinico**

La presentazione del caso clinico ha lo scopo di condurre il lettore o l'auditore lungo un percorso guidato che abbia come meta la condivisione o la discussione di determinate conclusioni. A tale fine, a fronte di una raccolta di dati assolutamente scrupolosa, è necessario sfrondare la presentazione di tutti quegli elementi che potrebbero risultare poco utili se non addirittura ridondanti. Il case report dovrebbe contenere unicamente gli elementi effettivamente utili ai fini della valutazione del caso<sup>9</sup> mentre l'Autore dovrebbe conservare tutti gli altri elementi da lui correttamente acquisiti per presentarli su eventuale richiesta. Questa considerazione diventa particolarmente cogente in relazione ai numerosi e particolari dati anamnestici necessari ai fini di una corretta diagnosi differenziale nell'ambito della medicina omeopatica.

Un case report correttamente impostato deve sempre fare riferimento ad una scaletta necessaria per fare comprendere al lettore le successioni logiche che hanno guidato l'autore per la corretta impostazione e risoluzione del caso. I passaggi ineludibili per la presentazione del caso sono pertanto da ritenersi i seguenti:<sup>14</sup>

- elementi anamnestici;
- stato iniziale della malattia, ovvero il "momento in cui ha inizio il case report";
- manovre o procedure cliniche e paracliniche;
- outcome: stato successivo o risultato della terapia;
- decisioni cliniche.

## 2.1 Anamnesi

La descrizione anamnestica del caso deve puntualizzare gli elementi che hanno indotto alla formulazione dell'eventuale piano di approfondimento diagnostico e della prescrizione terapeutica.

### 2.1.1 Anamnesi tradizionale

È opportuno riferire gli elementi anamnestici familiari, remoti e prossimi, utili alla diagnosi attuale. In particolare potrebbe essere utile in questa sezione descrivere, se necessaria ai fini della comprensione del caso, l'eventuale esposizione a specifici fattori eziologici e le fasi attraverso le quali si è manifestata la patologia durante il periodo di incubazione.

Particolare attenzione dovrà essere posta alla qualità dei dati acquisiti e valutati. È indubbio che in alcuni casi si è in condizione di utilizzare dati clinici o paraclinici considerati "forti" nel senso di *obiettivabili* (in tale ambito rientrano ad esempio tutti gli accertamenti paraclinici – microbiologia, ematologia, biochimica, tecniche di immagine, etc. – i cui valori possono essere presi facilmente in considerazione, soprattutto quando acquisiti da strutture di indubbia affidabilità).

Differente è invece la situazione dei dati cosiddetti "deboli" in quanto difficilmente obiettivabili (come ad esempio nausea, dolore, ansia, dispnea, etc.), la cui descrizione e valorizzazione risulta peraltro particolarmente interessante in un contesto omeopatico. In tale caso occorrerebbe attivare tutte le procedure utili a *rafforzare* i dati deboli utilizzando, dove possibile, apposite scale di valutazione adeguatamente "validate" (quale ad esempio la Scala di Borg per la valutazione della severità del dolore, l'Injury Severity Score, il Sistema APACHE – Acute Physiology and Chronic Health Evaluation – la Canadian Neurological Scale, etc.). In alternativa si potrà fare riferimento a specifici questionari, anche essi adeguatamente validati dalla comunità scientifica (come, ad esempio, quello che consente di valutare il grado di "confusione" di un paziente).<sup>13, 14, 18</sup> È di tutta evidenza come questo tipo di procedura non possa che essere realizzata attraverso un'adeguata programmazione predefinita ed attraverso una stretta collaborazione con ciascun paziente, ma è altresì evidente come un adeguato "potenziamento" dei dati cosiddetti "deboli" consentirebbe la presentazione di case report nei quali la componente di valutazione soggettiva diventi sempre più insignificante a tutto vantaggio per l'affidabilità delle conclusioni a cui si giunge.

### 2.1.2. Anamnesi omeopatica

Essa deve consentire di comprendere il ragionamento clinico della similitudine omeopatica e la scelta terapeutica attuata. A tale scopo devono essere illustrati gli elementi anamnestici utili alla scelta del rimedio di terreno e quindi in grado di portare alla definizione, a seconda dei casi, dell'atteggiamento costituzionale, del modello reattivo oppure del tipo sensibile: la descrizione dei tratti fisionomici del paziente dovrà quindi essere affiancata da quella degli elementi psicologici di rilievo. È necessario inoltre che la sintomatologia clinica già descritta al punto 2.1.1 sia definita anche in termini fenomenologi-

ci e cioè con l'approfondimento delle modalità di variazione della sintomatologia in funzione di circostanze ambientali come orario di comparsa o aggravamento dei sintomi, andamento della loro intensità in rapporto alla temperatura, ai pasti, alla posizione del corpo, a specifici eventi emotivi, etc.

Questo tipo di indagine deve consentire di non confondere la fenomenologia omeopatica con la variabilità fisiologica del sintomo oppure con le modifiche di esso indotte da terapie in corso: ad esempio, la tosse di un paziente con asma che si aggrava dopo l'una di notte non ha significato se c'è stata l'assunzione di un  $\beta_2$  stimolante per via inalatoria (che ha una durata di azione di circa 3-4 ore) all'ora di cena. In tal caso questo sintomo non può essere considerato un dato fenomenologico per la prescrizione di un rimedio con quella specifica modalità oraria.

Facendo particolare riferimento alla anamnesi omeopatica, è di significativa importanza specificare a priori il criterio utilizzato per la raccolta e la valorizzazione dei dati. L'autore del case report non deve dare la sensazione di acquisire gli elementi anamnestici senza un metodo preordinato, utilizzandoli unicamente in funzione della propria esperienza o del proprio "intuito" clinico.

Le metodiche proposte dalle Scuole omeopatiche a tale fine sono diverse: ad esempio la metodica repertoriale delle scuole uniciste<sup>21</sup> o la metodica ad aree integrate a diverso grado di similitudine delle scuole pluraliste o cliniche.<sup>22</sup> Al fine pertanto di evitare l'accusa di approssimazione, e di utilizzare un approccio clinico-terapeutico esclusivamente di tipo esperienziale, difficilmente trasferibile alla comunità scientifica, risulta quindi di particolare importanza definire in anticipo il metodo utilizzato per la valutazione degli elementi, anamnestici e clinici, acquisiti nel corso della visita, rispettando conseguentemente tale metodo durante l'esposizione e la valutazione del caso.

Occorrerà inquadrare con precisione gli elementi tipologici e quelli lesionali, distinguendoli dai sintomi caratteristici adeguatamente modalizzati della patologia in esame con l'indicazione di una precisa causalità, laddove definibile, ed inserendoli compiutamente in un corretto contesto costituzionale e diatesico.

## **2.2 Esame obiettivo**

### *2.2.1 Esame obiettivo tradizionale*

Per tale aspetto devono essere forniti elementi di semiologia tradizionale, indispensabili per un approccio clinico adeguato anche in omeopatia.

### *2.2.2 Esame obiettivo omeopatico*

Oltre alla semiologia classica è importante segnalare gli elementi clinici che sono stati utili nella caratterizzazione della similitudine omeopatica: le caratteristiche della lingua, l'aspetto della cute o dei capelli, il colore delle secrezioni, etc.

## 2.3 Esami diagnostici

In tale ambito non esiste la necessità di distinzione per la pertinenza di Medicina Accademica e Medicina Complementare. Si riporteranno gli esami diagnostici effettuati ai fini della diagnosi medica.

## 2.4 Prescrizione terapeutica

È importante indicare come la decisione che ha portato alla prescrizione di una terapia omeopatica sia avvenuta dopo aver valutato tutte le possibili terapie a disposizione e individuato nella terapia omeopatica la più adatta nel caso in questione, soprattutto rispettando il principio di non interrompere terapie efficaci già in corso e il diritto del paziente ad essere curato con la terapia in grado di offrire il miglior rapporto tra effetti terapeutici e effetti indesiderati.

### 2.4.1 Prescrizione omeopatica

Anche in questo caso, come già precedentemente riferito, è opportuno indicare se si è seguito un approccio di tipo unicista o clinico-pluralista, motivando la scelta terapeutica.

**Approccio unicista** - Nell'approccio unicista, l'ambito privilegiato si colloca sul piano dello psichismo e delle relazioni somatopsichiche ed ha, come corollario fondamentale, l'elevata infinitesimalità del trattamento. È essenziale pertanto riferire in modo dettagliato i sintomi soprattutto nella loro componente psichica, sottolineando il valore ad essi attribuito secondo la tecnica repertoriale.<sup>19-21</sup> Tale valorizzazione può adottare, a seconda dei casi, una gerarchia basata sulla importanza e l'intensità dei sintomi oppure sull'ordine di comparsa di essi, senza prescindere comunque dal considerare il loro legame con il quadro morboso. Essendo evidente come, nell'utilizzo di questa metodica, grande rilevanza sia da attribuire alla variabilità dei sintomi enunciati dal paziente e alla selezione degli stessi operata dal medico omeopata, risulta di fondamentale importanza una corretta ed esaustiva descrizione della metodica con cui è stato condotto l'interrogatorio, evidenziando eventualmente anche le tecniche di tipo psicodinamico utilizzate. Inoltre dovranno anche essere descritti, in maniera esaustiva, i criteri utilizzati dal medico omeopata per la valorizzazione dei sintomi e la loro giustificazione.

**Approccio clinico-pluralista** - Questo tipo di approccio prevede l'utilizzo di più medicinali omeopatici, eventualmente alternati tra di loro, selezionati utilizzando criteri che non siano incentrati esclusivamente o prevalentemente sull'atteggiamento psichico del paziente. A tale fine vengono adottate diverse metodiche, tutte egualmente valide purché finalizzate alla chiara esplicitazione delle scelte terapeutiche che ne conseguono. Fra le diverse, è interessante citare, ad esclusivo titolo esemplificativo, quella detta del "Metodo ad aree integrate a diverso grado di similitudine", presentata in occasione del 3° Convegno Nazionale della SIOMI "La complessità in medicina", che prevede la suddivisione dei dati clinici nelle seguenti quattro aree: **a) area ad alto livello di similitudine**, dove convergono i dati lesionali e la descrizione dei sintomi con la loro modalità e le

relative gerarchizzazioni; **b)** *area ad alto valore segnaletico*, dove vengono inseriti la causalità e gli elementi tipologici; **c)** *area ad alta frequenza*, dove vengono inseriti gli elementi costituzionali e quelli diatesici; **d)** *area a prevalenza clinica*, che comprende gli elementi di prevalente derivazione clinica, come quelli individuabili attraverso una similitudine etiologica o fisiopatologica, indicativi prevalentemente dei medicinali isoterapici, o quelli desumibili da una banale, ma non per questo meno significativa, indicazione clinica.<sup>22-23</sup> Il corretto utilizzo di un approccio metodologico di questo tipo consente di chiarire con precisione i criteri utilizzati per la scelta terapeutica, fornendo elementi oggettivi per la condivisione del percorso decisionale.

Secondo il metodo clinico-pluralista la prescrizione terapeutica dovrebbe essere commentata in modo da poter essere ascritta ad uno o più dei seguenti parametri:

- aspetti lesionali
- sintomi
- causalità
- etiologia
- meccanismi patogenetici
- indicazione clinica
- tipologia sensibile
- costituzione
- modello reattivo.

Il commento ha ovviamente lo scopo di illustrare i motivi delle scelte di un parametro prescrittivo rispetto agli altri.

## 2.5 Valutazione dell'effetto terapeutico

Come già detto in precedenza, è utile avere degli indici oggettivi per la valutazione dell'effetto terapeutico. Essi possono riguardare, quando a disposizione, eventuali esami di laboratorio (dati paraclinici) prima e dopo la terapia (come ad esempio microbiologia, ematologia, biochimica, tecniche di immagine, etc.) e sempre, comunque, la modificazione dei sintomi o segni clinici presenti al momento della prima visita.

### 2.5.1 Sintomi e segni clinici

Questi elementi devono essere quantificati nel modo più dettagliato possibile. In linea di massima ed ogni qualvolta possibile, è auspicabile che la descrizione del caso clinico avvenga attraverso un'esaustiva raccolta anamnestica e attraverso la rilevazione di dati oggettivi di ordine biologico (esami ematochimici, imaging radiologico, etc.), che introducano la possibilità di valutazione di dati oggettivi accanto a quelli soggettivi. Anche per i dati soggettivi è preferibile, ogniqualvolta sia possibile, effettuare una valutazione semiquantitativa attraverso l'impiego di scale di misurazione della qualità della vita validate per la patologia e per lo stato di salute in questione (cfr. 2.1.1).

## Sintomi

Ancora una volta si sottolinea l'importanza di utilizzare dati il più possibile obiettivamente. Al riguardo occorre quindi, fare nuovamente riferimento ai criteri proposti dalla *clinimetria* attraverso l'utilizzo di scale di valutazione (quali quelle precedentemente citate come esempio) opportunamente validate, che consentano di rendere valutabili ed utilizzabili dati altrimenti assolutamente soggettivi.<sup>11-14</sup>

Nella raccolta dei sintomi, grande importanza riveste la possibilità di individuare quelli assolutamente caratteristici o andamenti assolutamente peculiari degli stessi, al fine di evidenziare come l'intervento della terapia omeopatica abbia potuto indurre una variazione degli stessi in maniera assolutamente non prevedibile. Allo stesso modo dovrà essere sottolineata la eventuale e inattesa comparsa di diversa sintomatologia che potrà costituire tanto lo sviluppo, secondo la teoria omeopatica, di uno stato precedente di malattia, quanto una possibile (anche se inattesa) complicanza della terapia, quanto il sovrapporsi di una nuova patologia a quella preesistente.

L'osservatore sarà chiamato a dare una ragionata giustificazione di ognuna di queste possibilità. È auspicabile infine che il caso descritto sia sottoposto a controllo in follow-up (a distanza di alcuni mesi e fino ad un anno e oltre, a seconda della patologia esaminata) per registrare il permanere dello stato di salute recuperato, eventuali ricadute o nuovi disturbi comparsi.

I sintomi sono generalmente riferiti dal paziente e hanno quindi valenza essenzialmente anamnestica. Possono riguardare aspetti fisici (tosse, dolori addominali, cefalea, etc.) o psichici e mentali (umore, affettività, irrequietezza, ansia, etc.). In entrambi i casi devono essere quantificati in termini di intensità (scala arbitraria) di frequenza e durata (la tosse è intensa, si presenta con frequenza mensile, con episodi della durata di circa dieci giorni oppure l'ansia è molto forte, dura alcune ore e si presenta soltanto nei giorni che precedono il ciclo mestruale). Solo in tal modo potrà essere effettuata una valutazione dell'evoluzione dei sintomi durante la terapia.

È possibile in taluni casi ricorrere a punteggi già codificati e utilizzati in studi su campione di soggetti, quali il VAS (Visual Analogic Score) oppure IQL (Indice Qualità di Vita)<sup>25</sup> che hanno settori di valutazione molto più ampi rispetto al singolo sintomo.

## Segni

Questi elementi vengono rilevati dal medico durante la visita con le comuni manovre semeiologiche. Per i segni rilevabili a vista può rendersi opportuna una documentazione iconografica (foto), negli altri casi è necessario riportare valori di misurazione (distanza in centimetri del margine del fegato dall'arcata costale, estensione della superficie della zona di attività alla percussione, diametro della lesione, circonferenza delle zone con edemi declivi, etc.) il più possibile dettagliati. Come già accennato nell'introduzione è fondamentale acquisire, ogni volta che questo sia possibile, la più completa documentazione ematochimica, radiologica o di altro tipo, inerente lo stato di salute/malattia del paziente.

## 2.6 Discussione e conclusioni

La discussione e le conclusioni concludono un case report. In questa sezione l'Autore, analizzati i reperti del suo caso, giunge alle conclusioni e suggerisce le eventuali indicazioni per il lavoro futuro. Come proposto da Jenicek M.<sup>14</sup>, la discussione e le conclusioni si compongono di:

- discussione delle osservazioni e dei risultati;
- contributo del case report alla conoscenza fondamentale;
- proposte e raccomandazioni per la pratica (decisioni cliniche);
- proposte e raccomandazioni per la ricerca (nuove ipotesi emerse dal caso).

### 2.6.1 Discussione delle osservazioni e dei risultati

È questa la sezione nella quale l'Autore dovrebbe esprimere (se ve ne sono) i suoi dubbi e le sue incertezze sui risultati ottenuti e dovrebbe correttamente evidenziare e discutere qualsiasi elemento del caso che potrebbe essere fonte di confusione o perplessità. In questa sezione l'autore dovrebbe inoltre effettuare un confronto con altri eventuali casi analoghi interessanti, presentati in passato e trattati sia in medicina convenzionale che in medicina omeopatica.

Altro aspetto di particolare interesse che dovrebbe essere evidenziato è il contributo che il caso discusso in medicina omeopatica può portare alla comprensione della patologia esaminata dal punto di vista della medicina accademica, con lo scopo di contribuire espressamente alla affermazione della Medicina Integrata.<sup>26</sup>

Dovrebbero essere inoltre evidenziati i reali vantaggi del trattamento omeopatico confrontandoli con vantaggi ed eventuali svantaggi di un trattamento unicamente convenzionale.

### 2.6.2 Contributo del report alla conoscenza fondamentale del problema

In questa sezione l'Autore dovrebbe evidenziare come il metodo omeopatico d'approccio alla patologia e all'individuo ammalato arricchiscano la conoscenza "convenzionalmente intesa" della patologia.

### 2.6.3 Proposte e raccomandazioni per la pratica clinica e per la ricerca

Nell'ipotesi di Kiene H. & C., il case report singolo rappresenta la spina dorsale della Medicina Basata sulla Conoscenza, termine da lui preferito alla ormai tradizionale Medicina Basata sulla Esperienza. Il singolo medico non è in condizione di realizzare nel proprio ambulatorio un RCT (Randomized Controlled Trial): ne consegue la perdita del prezioso contributo esperienziale offerto dalla quotidiana pratica clinica.<sup>27</sup> Tuttavia, il singolo caso clinico è la prima evidenza di ciò che è accaduto. Esso, se adeguatamente riportato, consente di comunicare esperienze, confrontare terapie praticate, promuovere ulteriori approfondimenti, elaborare casistiche più ampie che dunque possono offrire cri-

teri scientifici di maggiore garanzia. Le conclusioni riportate in un case report debbono essere improntate alla più assoluta prudenza, senza lasciarsi andare a facili quanto pericolose generalizzazioni. Molteplici sono infatti i fattori che possono influenzare l'andamento di un singolo caso, la cui valutazione deve essere necessariamente lasciata all'applicazione delle più corrette ed approfondite metodiche di analisi statistico-epidemiologica e di raccolta delle evidenze.

## 2.7 Riassunto delle regole per la corretta redazione del case report

Concordiamo con le indicazioni fornite dalla direzione del Canadian Medical Association Journal, secondo la quale "un case report deve comprendere una pagina con il titolo, un *summary* di 100–150 parole, un'introduzione, il case report, i commenti, la bibliografia, e non superare di norma le 800 parole (quattro pagine con doppia spaziatura), escludendo la pagina di titolazione e le voci bibliografiche".<sup>28</sup> Il case report deve essere scritto in maniera chiara ed al contempo semplice e precisa, utilizzando il linguaggio medico universalmente riconosciuto.

Nell'appendice conclusiva di questo documento vengono riepilogate, a vantaggio degli autori, le principali regole da rispettare nella stesura di un case report in omeopatia e medicina integrata.

*Il presente documento è stato redatto dal Comitato Scientifico della SIOMI,  
Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata*

**Dr. Giorgio Di Leone**

Medico del lavoro - Medico esperto in Omeopatia

**Prof. Francesco Macrì**

Ricercatore Università "la Sapienza" ROMA – Medico esperto in Omeopatia

Vicepresidente SIOMI

*Con la consulenza di:*

**Dr.ssa Simonetta Bernardini**

Pediatra e Endocrinologo - Medico esperto in Omeopatia – Presidente SIOMI

**Prof. Emilio Minelli**

Professore a contratto Università degli Studi di Milano – Medico esperto in Omeopatia

**Prof. Umberto de Vonderweid**

Professore ordinario Neonatologia Università degli Studi di Trieste

Medico esperto in Omeopatia

# STRUTTURA DEL CASE REPORT IN MEDICINA INTEGRATA

## Introduzione

Deve contenere i seguenti elementi minimi:

- analisi delle conoscenze cliniche disponibili al momento del report utili alla descrizione dello specifico caso e comprensive degli approcci terapeutici comunemente accolti dalla comunità scientifica;
- revisione della letteratura scientifica;
- definizione degli obiettivi del Case report.

## Presentazione del caso

### ANAMNESI

Convenzionale	Omeopatica
<p>Devono essere descritti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Eventuali fattori eziologici</li> <li><input type="checkbox"/> Fasi attraverso le quali si è manifestata la patologia</li> </ul> <p style="text-align: center;"><i>E' consigliabile rinforzare i dati "deboli" utilizzando la clinimetria</i></p>	<p style="text-align: center;"><b>Definizione preliminare del metodo di valutazione dei dati</b> Ad esempio, "aree a diverso grado di similitudine", "repertorio", etc.</p> <p>Devono essere descritti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Causalità</li> <li><input type="checkbox"/> Sintomi caratteristici gerarchizzati e modalizzati</li> <li><input type="checkbox"/> Elementi tipologici necessari alla comprensione del caso</li> <li><input type="checkbox"/> Elementi costituzionali (quando necessari alla comprensione del caso)</li> <li><input type="checkbox"/> Inquadramento diatesico</li> </ul>

### ESAME OBIETTIVO

Convenzionale	Omeopatica
<p>Devono essere riportati gli elementi di obiettività necessari per la comprensione del caso.</p>	<p>Devono essere descritti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Caratteristiche della lingua</li> <li><input type="checkbox"/> Aspetto della cute</li> <li><input type="checkbox"/> Aspetto dei capelli</li> <li><input type="checkbox"/> Colore e odore delle secrezioni</li> <li><input type="checkbox"/> Etc.</li> </ul>

### **ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**

Riportare unicamente i dati più significativi, utili ai fini dell'inquadramento del caso.

### **PRESCRIZIONE TERAPEUTICA**

La scelta terapeutica deve essere descritta indicando e motivando il tipo di approccio non convenzionale adottato (pluralista, unicista, integrato, etc.).

### **VALUTAZIONE DELL'EFFETTO TERAPEUTICO**

Fare riferimento quanto più possibile ad indici di valutazione oggettivi. Quando ciò non dovesse essere possibile si possono eventualmente utilizzare le scale di valutazione suggerite dalla metodica clinimetrica.

## **Discussione e conclusioni**

- Presentazione delle osservazioni e dei risultati, evidenziando non solo gli aspetti positivi ma anche gli eventuali dubbi interpretativi.
- Discussione degli eventuali contributi che il report può fornire alla conoscenza fondamentale del problema oggetto della discussione (ad es. approccio omeopatico o integrato di una specifica patologia).
- Presentazione di eventuali proposte e raccomandazioni per la pratica clinica e per la ricerca (nuove ipotesi emerse dal caso).

### **DIMENSIONE DEL CASE REPORT**

Tutto il lavoro dovrebbe essere contenuto in quattro pagine con doppia spaziatura, esclusa la pagina con il titolo e le voci bibliografiche. È buona norma prevedere anche un *summary* iniziale di circa 100–150 parole.

## Bibliografia

1. Yurchak PM. A guide to medical case presentations. Res Staff Phys 1981; 27 (Settembre): 109-15
2. Zack BG. A guide to pediatric case presentations. Res Staff Phys 1982; 28 (Novembre): 71-80
3. Pickell GC. The oral case presentation. Res Staff Phys 1987; 33 (Giugno): 141-5
4. Locante J. The anatomy of a perfect case presentation : A-Z. J Oral Implantol 1996; XXII: 65-7
5. Simpson RJ Jr, Griggs TR. Case report and medical progress. Pers Biol Med 1995 (Estate); 28: 402-6
6. Coates M-M. Writing for publication: Case reports. J Hum Lact 1992; 8:23-6
7. Lilleyman JS. How to write a scientific paper – rough guide to getting published. Arch Dis Childhood 1995; 72:268-70
8. Levin M. How to write a case report. Res Staff Phys 1998; 44(1):60-3
9. DeBakey L, DeBakey S. The case report. I. Guidelines for preparation. Int J Cardiol 1983; 4:357 – 64
10. DeBakey L, DeBakey S. The case report. II. Style and form. Int J Cardiol 1984; 6:247 – 54
11. Jenicek M, Cléroux R. Épidémiologie clinique. Clinimétrie. St Hyacinthe and Paris : EDISEM and Maloine, 1985
12. Feinstein AR. An additional basic science for clinical medicine: IV. The development of clinimetrics. Ann Intern Med 1983; 99:843-8
13. Feinstein AR. Clinimetrics. New Haven and London: Yale University Press, 1987.
14. Jenicek M. Casi clinici ed evidencebased medicine. Come preparare e presentare case report. Il pensiero scientifico editore. 2001
15. Huth EJ. The case report (Capitolo 6: 58-63) e The review and the case – series analysis (Capitolo 7: 64-68). In: How to write and publish papers in the medical sciences. Philadelphia: iSi Press, 1982. (Vedere anche 2nd Edition. Baltimore: Williams & Wilkins, 1990).
16. Richtsmeier WJ. Case report. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1993;119:926
17. Nahum AM. The case report: "Pot boiler" or scientific literature? Head Neck Surg 1979; 1:291-2
18. Jenicek M. Epidemiology. The logic of modern medicine. Montreal: EPIMED International, 1995
19. Demarque D. Techniques homéopatiques (2e édition). Editions Boiron 1989
20. Demarque D. L'omeopatia. Medicina dell'esperienza. Editions maisonneuve 1981. Ristampa Edizioni Boiron 2001
21. J. T. Kent. Repertory of the homoeopathic Materia Medica. Calcutta. Roy Publishing House. 1971
22. Felisi E, Berti C, Di Leone G. Criteri di selezione dei medicinali omeopatici in funzione della complessità del quadro clinico nel malato cronico. Atti 3° convegno Nazionale SIOMI. La complessità in medicina. Firenze, 2004.

- 23.** Bignamini M, Felisi E. Metodologia omeopatica. Casa Editrice Ambrosiana. 1999
- 24.** Demarque D. Sémiologie homéopatique. Librairie Le François. 1972
- 25.** The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality Life Assessment: position paper from WHO. Soc Sci Med 1995; 41: 1403-1409
- 26.** L. Turinese. Il contributo della semeiotica omeopatica alla diagnosi medica convenzionale. Atti 3° Convegno Nazionale SIOMI. La complessità in Medicina. Firenze, 2004
- 27.** Kiene H, Hamre H., Kiene G. Single case methodology. Keystone novelty. Atti 3° convegno Nazionale SIOMI. La complessità in medicina. Firenze. 2004
- 28.** Information for authors. Can Med Assoc J 1995; 152:55-7