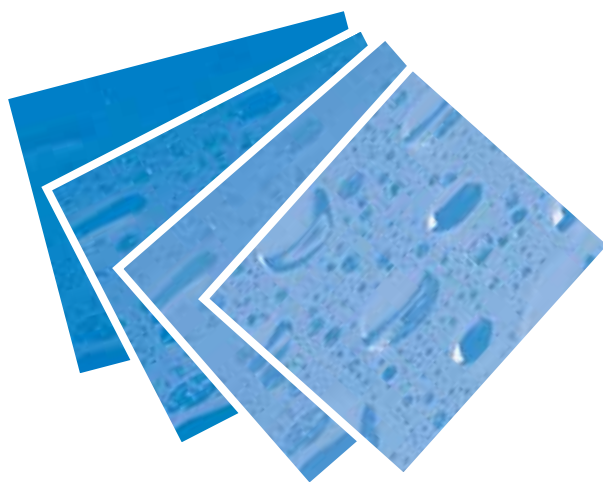




smb Italia
società medica bioterapica italiana

GLI STUDI CLINICI
OSSERVAZIONALI
E LA RICERCA CLINICA



GLI STUDI CLINICI OSSERVAZIONALI E LA RICERCA CLINICA

a cura di
Gianfranco Trapani



Scuola Superiore di Omeopatia
SMB ITALIA

Indice

- 5 Introduzione
C. AMODEO
- 5 Gli studi clinici osservazionali e la ricerca clinica
nelle Scuole della SMB Italia G. TRAPANI
- 9 Valutazione dell'attività antinfiammatoria di Cantharis in diluizioni
omeopatiche J. HANDSCHUH D. LAVERGNE, G. TRAPANI, F. RICCIOTTI
- 21 Omeopatia immunologica in Pediatria
G. LEGNANTE, F. RICCIOTTI G. TRAPANI
- 27 Indagine nella regione Liguria sull'uso delle medicine non
convenzionali in pediatria G. TRAPANI, A. DEL GIUDICE, A. LIVERANI
- 39 Indagine nella regione Piemonte sull'uso delle medicine non
convenzionali in pediatria G. TRAPANI, L. ZANINO, A. DEL GIUDICE, A. LIVERANI
- 49 Indagine nella regione Lombardia sull'uso delle medicine non
convenzionali in pediatria G. TRAPANI, C. BARBATO, A. DEL GIUDICE, A. LIVERANI
- 57 Uso delle Medicine Non Convenzionali.
Nella popolazione pediatrica dell'Italia Nord-Occidentale
G. TRAPANI, C. BARBATO, L. ZANINO, A. DEL GIUDICE, A. LIVERANI
- 71 Il sintomo tosse: confronto fra l'attività di uno sciroppo omeopatico
e di uno allopatico G. TRAPANI, E. FERRARIO, F. TAVOLA, A. CAMPARI
- 77 Le oculoriniti allergiche in età pediatrica G. MICCICHÈ, M. LUCAMANTE, C. LANZA,
L. TANGA, A. GALLESE, R. M. GRASSO, T. TOTINO, G. TRAPANI

- 83 Esperienze con la melatonina diluita e dinamizzata come regolatore del ritmo sonno/veglia nei bambini G. MARINONI, G. TRAPANI
- 93 I rimedi omeopatici del dolore nei disordini funzionali dell'articolazione temporo-mandibolare R. CENTEMERI, M. PRICCA, G. TRAPANI
- 99 Osservazioni cliniche sul trattamento della varicella
G. TRAPANI, L. ZANINO
- 105 Miomi uterini e bioterapie analogiche
C. POGGIALI, G. TRAPANI, E. CONTI
- 121 Alcuni casi di dermatite del cane curati con l'omeopatia raffronto con le terapie allopatriche M. ROMANELLI, G. TRAPANI

C. AMODEO

Introduzione

*L*a Scuola Superiore di Omeopatia SMB Italia, rappresenta tra le scuole italiane di omeopatia, una realtà unica, disponibile al dialogo, propositiva e creativa.

Il motto, dal “sapere” al “sapere fare”, che da 25 anni ispira e guida la didattica di questa Scuola rappresenta il primo vero e riuscito tentativo di superare il dualismo e la contrapposizione tra la medicina ufficiale e l’omeopatia.

Il modello della medicina integrata, tanto di moda oggi, è sempre stata una costante presenza ed un obiettivo, durante le nostre lezioni. Non una medicina alternativa alla medicina ufficiale, ma una terapia complementare adatta a trattare patologie nelle quali è fondamentale sviluppare le capacità reattive dell’organismo.

Nella nostra didattica sono sempre presenti l’insegnamento della teoria dell’omeopatia classica, la

definizione dei suoi campi di intervento, la costante ricerca dei limiti e delle possibilità di questa tecnica terapeutica.

Gli insegnamenti teorici, sono affiancati dall’esercizio della pratica clinica e dallo studio delle recenti acquisizioni dell’omeopatia moderna e sperimentale e dalla ricerca clinica tanto nel campo della medicina omeopatica quanto nel settore della medicina allopatrica.

Sono lieto, quindi, di veder raccolti in un unico volume gli studi clinici sviluppati negli ultimi anni, nell’ambito della didattica della Scuola Superiore di Omeopatia. Sono quasi tutti semplici studi osservazionali, realizzati nella pratica clinica quotidiana da medici omeopatici. Presentano sicuramente dei limiti notevoli dal punto di vista strutturale, ma hanno il grosso pregio di indicare a chi studia la tecnica terapeutica omeopatica, la possibilità di gestire correttamente

le nozioni acquisite e di ottenere risultati clinicamente apprezzabili. Lo sforzo della nostra Scuola è sempre stato quello di portare i Medici, i Farmacisti, i Veterani, dalla conoscenza teorica della tecnica terapeutica, alla pratica quotidiana.

Questi studi clinici rappresentano un esempio felice del nostro impegno, e siamo sicuri, un punto di partenza, uno stimolo per aumentare la quantità e la qualità di questi lavori e per migliorare

culturalmente i professionisti che si rivolgono alle nostre strutture. Questa piccola pubblicazione, quindi deve essere intesa non come un obiettivo raggiunto, ma come uno stimolo creativo, un contributo per tutte le Scuole italiane che operano nell'interesse sia dei professionisti sia dei pazienti, per la tutela del bene supremo della salute.

Corrado Amodeo
Presidente SMB Italia

G. TRAPANI

Gli studi clinici osservazionali e la ricerca clinica nelle Scuole della SMB Italia

Questa dispensa della SMB Italia, vuole essere un contributo per tutte le Scuole Italiane di Omeopatia che hanno come scopo la crescita culturale dei Medici e dei Farmacisti che le frequentano, con il desiderio di aver più mezzi terapeutici per curare i propri pazienti.

Gli studi clinici presenti in questo fascicolo, sono generalmente degli studi osservazionali, non pretendono di portare delle novità nello studio del meccanismo d'azione del rimedio omeopatico, non hanno la pretesa di contribuire alla comprensione dell'attività dei rimedi omeopatici e bioterapici, ma vogliono porre le basi per dimostrare che se un rimedio omeopatico è utilizzato correttamente ha dei risultati terapeutici osservabili. I nostri studi clinici nascono nell'ambito della didattica della Scuola e cercano di coinvolgere e motivare i Medici che frequentano le lezioni. L'osservazione della risposta terapeutica al rimedio omeopatico è svolta

direttamente nella pratica clinica quotidiana, con tutte le limitazioni e le difficoltà del caso. In ogni modo, la buona pratica clinica del Medico omeopata preparato, il rapporto con il paziente, aumenta sempre di più la compliance dell'utente verso le Medicine Non Convenzionali.

La difficoltà nella ricerca scientifica per le Medicine Non Convenzionali e per l'Omeopatia è stata correttamente riportata in un recente testo curato da Bellavite e collaboratori.

Viene evidenziato il problema che i trial clinici devono riflettere la realtà che stanno studiando. Un errore metodologico frequente che non rende il trial aderente alla realtà che sta studiando, è quello di applicare alla progettazione del trial e soprattutto agli obiettivi (end point) criteri di valutazione diversi da quelli della medicina che si vuole studiare. Applicando alla medicina omeopatica le procedure tipiche della medicina convenzionale, i risultati non saranno

validi... La valutazione dell'efficacia di una terapia omeopatica va quindi fatta con modalità differenti dalla valutazione dell'efficacia della medicina convenzionale. (1) “ Si pensa che siano necessari diversi modelli sperimentali per rispondere a diverse domande” (2) ovvero per affrontare una tecnica terapeutica che si presenta con un approccio metodologico particolare, richiede modelli adeguati e non quelli comunemente utilizzati. Non è questa la sede per trattare le ipotesi sulle azioni biologiche delle alte diluizioni, perché sicuramente il loro meccanismo d'azione non è nel campo conosciuto e studiato del meccanismo d'azione biochimico-molecolare, comunque l'ipotesi che “il farmaco altamente diluito, contenente poca materia del soluto originale (o nessuna, in base alla diluizione) possieda un alto contenuto di informazione (per il meccanismo della diluizione frattale), ed anche un preciso tropismo biologico (per la procedura di selezione altamente individualizzata)” (3) è per chi utilizza quotidianamente la medicina omeopatica altamente seducente. L'idea di poter utilizzare delle informazioni che solo in determinate condizioni di sensibilità di un sistema ricevente possano essere lette ed anzi utilizzate dal sistema stesso per ottenere un equilibrio, in pratica un'azione terapeutica in caso di squilibrio organico, è quanto crediamo di fare nella nostra pratica medica quotidiana. Recentemente l'Organizzazione

Mondiale della Sanità ha pubblicato, a cura del Prof. E. Minelli del Centro di Ricerche in Bioclimatologia medica, Biotecnologie e Medicine naturali dell'Università degli Studi di Milano, Centro Collaborante dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (W.H.O.) per la Medicina Tradizionale, diretto dal Prof. Umberto Solimene, le “Linee guida di Agopuntura e di Medicina Tradizionale” (4)

In questo testo, vengono riportate le buone norme alle quali devono aderire i progetti di studio per la ricerca clinica nelle Medicine Tradizionali. In particolare nel paragrafo 3.3 definisce che la ricerca clinica mirata alla valutazione della medicina tradizionale, può comprendere sia i trial clinici randomizzati che altri tipi di studi clinici come gli studi osservazionali. A questo proposito vengono citate sia le linee guida della F.D.A. (Food and Drug Administration) USA dal titolo: “Guidance for industry: significant scientific agreement in the review of health claims to conventional foods and dietary supplements” ed il “Guideline for Clinical Practice” prodotto dall'International Conference on Harmonization of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use. Da un esame di questi allegati al testo si evince chiaramente l'estrema difficoltà che si incontra quando si vuole valutare i sistemi e le pratiche

della medicina tradizionale con i metodi della ricerca clinica convenzionale. Per questo i progetti di studio possono essere scelti attraverso la consultazione di operatori esperti in Medicina Tradizionale e possono essere scelti tra i:

Progetti basati su casi clinici singoli
 Progetti a scatola nera
 Progetti etnografici
 Progetti osservazionali.

Quindi vengono definite altre norme di comportamento, come la necessità di misurare i risultati degli studi con metodi appropriati alle domande poste dalla ricerca; la selezione dei pazienti che deve essere rappresentativa dello studio che si vuole svolgere; la presenza dei gruppi di controllo per il confronto; la randomizzazione dei casi scelti; l'eventuale valutazione in cieco; la valutazione della qualità della vita. Gli studi clinici condotti nelle nostre Scuole sono stati degli studi essenzialmente osservazionali, perché il nostro interesse era capire che risposta clinica potevamo osservare in condizioni ordinarie di erogazione del trattamento. Abbiamo scelto, in prevalenza, questo tipo di progetto di studio perché poteva essere condotto con o senza gruppo di controllo, perché i dettagli specifici dello studio, ed i metodi previsti potevano essere adattati al problema esaminato dallo studio.

L'uso degli studi osservazionali per provare l'efficacia delle Medicine tradizionali è limitato perché possono

verificarsi errori nella selezione del paziente. Non di meno il livello di evidenza sull'efficacia della Medicina Tradizionale può essere notevolmente aumentato da studi osservazionali ben progettati (4).

In definitiva lo sforzo della nostra Scuola è stato quello di coinvolgere un maggior numero possibile di medici che si avvicinavano alla Medicina Omeopatica e coinvolgerli in osservazioni sull'efficacia clinica del rimedio omeopatico, riducendo al minimo, proprio perché erano dei neofiti nell'uso dell'Omeopatia, l'impatto positivo che può avere il rapporto individuale medico paziente. Infine voglio ricordare che come nel libro di Bellavite e coll. (1) viene citato uno studio di Smith pubblicato sul British Medical Journal, sul fatto che i lavori apparsi sulle riviste scientifiche sono influenzati dal finanziamento di questi studi per opera delle ditte farmaceutiche produttrici di farmaci di sintesi. In questo lavoro si fa notare come la stessa cosa può accadere, ed anzi accade, quando le ditte omeopatiche finanziano la ricerca in Omeopatia.

Ritengo che la differenza fondamentale in questa situazione sia che i farmaci di sintesi sono studiati grazie ad investimenti pagati dallo Stato per la ricerca presso le strutture pubbliche e da altri cospicui finanziamenti che le aziende investono per sostenere e diffondere i loro prodotti. Invece la ricerca nella Medicina non

Convenzionale, almeno nel nostro Paese viene svolta per lo più a livello di volontariato, con scarsi o nulli finanziamenti e che quindi, nella realtà, l'influenza delle aziende produttrici è veramente scarsa, anche quando vengono studiati prodotti complessi.

In altri paesi europei, in particolare in Germania, questi studi clinici condotti da medici pratici sul territorio, sono una prassi comune e consolidata. Speriamo che questa nostra iniziativa sia un punto di partenza, uno stimolo per tutti coloro che usano nella pratica clinica quotidiana anche i rimedi omeopatici e che aumentando il numero di questi studi migliori la loro

qualità e la loro penetrazione nella cultura del medico pratico.

BIBLIOGRAFIA

1. BELLAVITE P, CONFORTI A., LECHI A., MENESTRINA F, POMARI S.: "Le Medicine Complementari. Definizioni, applicazioni, evidenze scientifiche disponibili" Utet periodici Torino; 2000; 68-73.
2. DEAN M.: "Out of step with the Lancet homeopathy meta-analysis: more objections than objectivity?" J. Altern. Complement. Med. 1998; 4 (4): 389-398.
3. BELLAVITE P.: "Biodinamica" Tecniche Nuove ed. Milano; 1998; 299-300.
4. Organizzazione Mondiale della Sanità "Linee guida di Agopuntura e di Medicina Tradizionale" red edizioni Novara; 2001.
5. SMITH R.: "Beyond conflict of interest." Br Med J; 1998; 317:291-2.

J. HANDSCHUH*, D. LAVERGNE*, G. TRAPANI**, F. RICCIOTTI***

Valutazione dell'attività antinfiammatoria di *Cantharis* in diluizioni omeopatiche

Presentiamo gli inizi di un lavoro scientifico eseguito da un ricercatore dell'Università di Parigi su alte dinamizzazioni di *Cantharis*. Il lavoro, sia pure molto iniziale e su pochi casi, è molto rigoroso dal punto di vista sperimentale in quanto prevede non solo il controllo negativo (il placebo) ma anche quello positivo. Dato lo scarso numero dei pazienti testati i risultati non possono essere definitivi ma, pur tuttavia, sono estremamente interessanti in quanto dimostrano la significatività, in uno studio, di *Cantharis* 9 CH e nell'altro di *Cantharis* 15 CH.

Si tratta, nel secondo caso, di una dinamizzazione al di sopra del numero d'Avogadro e quindi particolarmente interessante.

Pertanto il lavoro va proseguito per ottenere risultati possibilmente definitivi.

Per quanto riguarda il riscaldamento delle dinamizzazioni abbiamo trovato che la temperatura fino a 90 °C, per la

Cantharis, non è influente, ma ben diverso, come accennato nel lavoro e come si sta facendo in un lavoro in corso, è l'effetto della temperatura superiore ai 100 °C, temperatura auspicata da alcune ditte tedesche per evitare le contaminazioni virali.

Noi sappiamo, dopo i risultati di un lavoro scientifico rigorosissimo eseguito dalla Prof. Binsard della Dolisos Francia con l'Istituto Pasteur che, oltre la 4 CH, non è più dimostrabile la presenza di germi o virus e pertanto le dinamizzazioni dalla 4 CH in poi non sono infettanti (come pure dimostrato nell'animale da esperimento dalla stessa ricercatrice).

Inoltre il riscaldamento di prodotti omeopatici potrebbe distruggere quelli più delicati quali gli Organoterapici.

Pertanto ho creduto di far pubblicare questo lavoro, sia pure iniziale, per dimostrare che si possono eseguire lavori rigorosamente scientifici in omeopatia attestanti almeno il fatto

che i farmaci omeopatici sono attivi anche al di sopra del numero di Avogadro e che i Medici omeopati non somministrano “acqua fresca costosissima” o “il nulla”, come dicono i nostri detrattori. Rimane sempre aperta la questione della Temperatura per l’inattivazione virale.

VALUTAZIONE DELL'ATTIVITÀ ANTINFIAMMATORIA DI CANTHARIS IN DILUIZIONI OMEOPATICHE

Relazione Dose attività: Valutazione con l'aiuto della velocimetria laser Doppler

Studio dell'influenza della temperatura sull'attività

INTRODUZIONE E OBIETTIVI

Nel corso di questo lavoro, il nostro obiettivo è stato duplice:

- Valutare l'effetto anti-infiammatorio mediante velocimetria Laser Doppler delle diluizioni di Cantharis, 4-5-7-9- e 15 CH.; sulla pelle di soggetti volontari. Sono stati realizzati due studi successivi.
- Studiare l'influenza della temperatura su queste diluizioni applicando lo stesso metodo.

Cantharis è il nome utilizzato in omeopatia per designare il rimedio preparato a partire da un insetto, la cantharide (Cantharis Vesicatoria G o

Lytta Vesicatoria F o Meloe Vesicatorius (9) o mosca spagnola).

Sono stati effettuati complessivamente 3 studi:

Studio N° 1: Valutazione dell'effetto anti-infiammatorio con velocimetria Laser Doppler. delle diluizioni di Cantharis 4-9 e 15 CH sulla pelle di 10 soggetti volontari

Studio N° 2: Valutazione dell'effetto anti-infiammatorio delle diluizioni di Cantharis 4-5-7-9 e 15 CH, sulla pelle di 10 altri soggetti volontari sempre con velocimetria Laser Doppler.

Studio N° 3: Studio dell'influenza della temperatura sulle diluizioni omeopatiche 4-5-7-9- e 15 CH di Cantharis con velocimetria Laser Doppler.

Questi 3 studi sono stati effettuati seguendo lo stesso protocollo ed utilizzando lo stesso materiale.

MATERIALE E METODO

Metodo – Principio del Metodo

Il metodo scelto è stato descritto nel 1989 da Poelman. Consiste nell'indurre artificialmente una infiammazione cutanea in una determinata zona dell'avambraccio applicando una soluzione di nicotinato di metile a 0.5%*m/v*.

Quest'ultima causa una vasodilatazione cutanea dovuta alla liberazione di prostaglandine. Questa vasodilatazione è misurata dalla velocimetria Laser Doppler (VLD) che valuta il flusso sanguigno cutaneo.

Il principio della velocimetria Laser Doppler consiste nell'inviare una radiazione monocromatica su un bersaglio mobile, nel nostro caso le emazie; la luce riflessa subisce un cambiamento di frequenza e di ampiezza che rappresenta l'effetto Doppler. Questo effetto è funzione del numero, e della velocità delle emazie; ed è quindi il riflesso del flusso sanguigno cutaneo e di conseguenza della vasodilatazione cutanea. Questa vasodilatazione è uno dei sintomi che compaiono nella prima fase della reazione infiammatoria acuta (rossore, dolore, edema e calore locale). Diminuisce nel momento in cui la pelle viene pretrattata con un farmaco anti-infiammatorio. La percentuale della sua diminuzione è correlata alla intensità dell'attività del prodotto testato.

Gli studi sono realizzati per ogni soggetto su zone di pelle di 25 cm². Per ogni soggetto si effettua:

- una lettura su pelle sana, solo per determinare la linea di base, diversa dallo zero dell'apparecchio
- una lettura su pelle non trattata con anti-infiammatorio per determinare l'attività del nicotinato di metile e il 100% di vasodilatazione
- una lettura su pelle trattata con il solo veicolo per dimostrare che esso non ha attività e che può essere quindi considerato un placebo
- una lettura su pelle trattata con le

diverse diluizioni omeopatiche per valutare la loro attività anti-infiammatoria. La registrazione della curva viene effettuata per 30 minuti. Le superfici comprese sotto la curva (SSC) delle diluizioni studiate sono misurate e paragonate a quelle del veicolo allo scopo di mettere in evidenza l'attività anti-infiammatoria di queste diverse diluizioni.

MATERIALE

Le Diluizioni

Le diluizioni sono state preparate secondo il protocollo generale della Farmacopea Europea 3a edizione partendo dalla T.M. di Cantharis (Lab. LSH_Rocal – N° di lotto: AS14709), con diluizioni e dinamizzazioni successive in etanolo a 70% v/v, eccetto le diluizioni 4-5-7-9 e 15CH, destinate ad essere applicate sulla pelle, che sono state realizzate in etanolo a 30%v/v.

I gel in esame

Le diluizioni alcoliche 4-5-7-9 e 15 CH sono gelificate mediante Carbopol 974P a 0.5% m/v e neutralizzate con soda 1 N allo scopo di ottenere un pH vicino a 5.8.

I gel placebo

Il gel placebo è prodotto con alcool etilico a 30%v/v gelificato con Carbopol 974P a 0.5% nelle stesse condizioni precedenti.

Controllo Positivo

Il controllo positivo di questi studi è costituito da un gel che contiene dell'acido niflumico a 2.5% (Niflugel® dei Laboratori UPSA). La composizione degli eccipienti del Niflugel® è simile alla composizione dei gel omeopatici preparati per i nostri studi, per la natura del gelificante (il carbomero) e per il titolo alcolico (30%v/v). L'acido niflumico possiede un'azione anti-infiammatoria per inibizione della cicloossigenasi. Per questa sua azione inibisce, conseguentemente, la produzione di prostaglandine.

Nel corso dello studio, i gel sono stati conservati a circa 20°C in flaconi di vetro chiusi con una pellicola di plastica (Parafilm®) ed avvolti in fogli di alluminio doppi per evitare l'evaporazione e l'azione della luce.

L'induttore della vasodilatazione La soluzione di nicotinato di metile è ottenuta dalla dissoluzione di 0,5g%v/v di polvere di nicotinato di metile (Merck-Schuchardt) in acqua.

I macchinari

- Un dinamizzatore Dynamat 50C Labotics, permette la dinamizzazione con succussioni verticali dei flaconi
- Un velocimetro Laser Doppler Periflux PF2B/perimed KB Stockholm che emette una radiazione monocromatica di 632.8nm (2mW) e la cui profondità di sondaggio è di circa 1mm.
- Un planimetro a visualizzazione elettronica A.OTT/Kempton/Ottplan 700/710, utilizzato per misurare le superfici sotto la curva.

I soggetti studiati

Si tratta di due gruppi di 10 volontari di sesso femminile compreso tra 20 e 50 anni. Sono tutte di tipo caucasico con pelle sana e senza dermatosi. Il primo gruppo corrisponde al primo studio, il secondo gruppo corrisponde al secondo e terzo studio.

Al fine di non influire sui risultati, è stato chiesto ai soggetti in esame di non ingerire anti-infiammatori durante la settimana precedente lo studio, e di non fare applicazioni topiche di questi

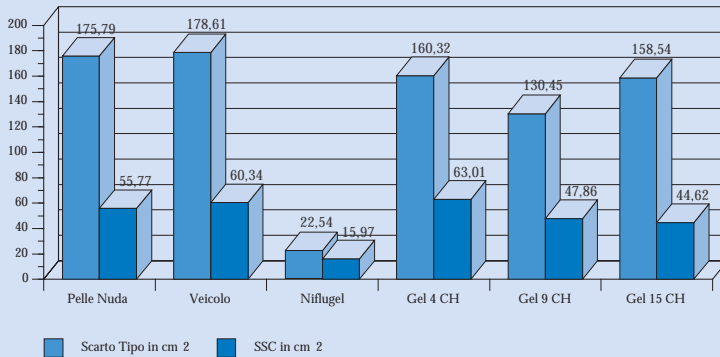
PRIMO STUDIO: C ANTHARIS 4-9 E 15 CH

VERIFICA DELLA NON ATTIVITA' DELL'ECCEPIENTE

Prodotti	SSC (cm2)	Scarto tipo (cm2)	P*	Grado	Sign.*
NM*+Pelle Nuda	175.79	55.77			
			0.92		NS
NM* + Veicolo	178.61	60.34			

ISTOGRAMMA DELLE DILUIZIONI 4 - 9 - e 15 CH

Intensità media dell'infiammazione in funzione del pre-trattamento della pelle



prodotti. Il giorno stesso dell'esame è stato chiesto loro di non consumare caffeina, tabacco o alcool e di non lavarsi la pelle degli avambracci in quanto una pulitura dello strato corneo porta ad un aumento notevole dell'assorbimento percutaneo, in particolare quando il principio attivo è idrofilo e in soluzione alcolica

FORMULA PER LA VALUTAZIONE DEI RISULTATI

La registrazione con VLD di ogni curva inizia 5 min dopo l'applicazione della soluzione di nicotinato di metile allo 0.5% sulle zone della pelle trattate e non trattate. La registrazione si effettua per un periodo di 30 min. Iniziando da questo protocollo è stata valutata l'attività anti-infiammatoria

delle diluizioni omeopatiche, del veicolo e del Niflugel®.

Le superfici comprese sotto la curva di ogni prodotto sono calcolate e espresse in cm²; i risultati sono espressi in % d'inibizione della reazione infiammatoria indotta dal nicotinato di metile secondo la formula:

$$\% \text{ di inibizione} = \frac{\text{SSC veicolo} - \text{SSC droga}}{\text{SSC veicolo}} \times 100$$

Analisi statistica:

- Per i 3 studi, le serie di valori delle superfici sotto la curva (SSC) ottenute per il veicolo e per la pelle nuda sono state comparate mediante un test T di Student bilaterale per serie appaiate al fine di verificare che il veicolo non abbia azione propria
- Per lo studio n° 1, le medie delle

SUPERFICI SOTTO LA CURVA OTTENUTE PER LE DILUIZIONI 4 - 9 e 15 CH

Soggetti	Pelle nuda	Veicolo	Niflugel®	Gel 4 CH	Gel 9 CH	Gel 15 CH
1	228.00	226.80	14.10	258.80	143.50	119.00
2	218.20	248.00	45.40	267.50	185.50	179.50
3	224.80	100.80	13.00	79.40	132.00	130.20
4	231.50	169.00	16.30	171.10	145.80	218.40
5	193.00	203.80	10.40	177.70	120.40	177.60
6	138.80	244.10	9.90	117.60	79.90	183.00
7	188.10	105.10	43.10	165.90	194.60	219.10
8	136.50	100.10	31.10	102.40	73.20	156.00
9	138.00	158.80	40.60	150.10	172.40	88.20
10	61.00	249.60	1.50	112.70	57.20	114.40
Medie	175.79	178.61	22.54	160.32	130.45	158.54

SSC dei diversi gel 4-9- 15 CH et del Niflugel® sono state comparate a quella del veicolo mediante un Test di Student bilaterale, il grado di significatività doveva essere inferiore o uguale a 5 %.

- Per lo studio n°2 sono state paragonate le serie dei valori delle SSC dei differenti gel non riscaldati 4-5-7-9 15 CH e del Niflugel® a quelle del veicolo con un Test di Student bilaterale per serie appaiate,

il grado di significatività deve essere inferiore o uguale a 5% per considerare che esiste una differenza significativa tra le due serie di soggetti

- Per lo studio n°3 , paragoniamo le serie di valori delle SSC dei diversi gel non riscaldati 4-5-7-9 15 CH a quelle dei diversi gel riscaldati con un test di Student bilaterale per serie appaiate, il grado di significatività deve essere inferiore o uguale a 5%

PERCENTUALE DI INIBIZIONE DELLE DILUIZIONI 4 - 9 e 15 CH

PRODOTTI	SSC (cm2)	Scarto tipo (cm2)	D	P	% di inibizione
Gel 4 CH	160.32	63.01	NS	0.18	10.24
Gel 9 CH	127.45	47.86	S	0.05	27.00
Gel 15 CH	158.54	44.62	NS	0.22	11.24
Niflugel®	22.54	15.97	S	4.3310-5	87.40

per considerare che esiste una differenza significativa tra le due serie di studi.

La differenza delle superfici sotto la curva che si trova tra la pelle non trattata e la pelle che ha ricevuto il veicolo non è significativa e ciò mostra che l'eccepiante non ha attività propria

RISULTATI DI QUESTO PRIMO STUDIO

Le sostanze aventi un effetto statisticamente significativo sono il Niflugel® (P=4.33 10-5), con 87.40% d' inibizione della reazione infiammatoria (IRI) e il gel Cantharis 9 CH (P=0.0495), con 27% di IRI. Al contrario non c'è differenza significativa tra il veicolo e i gel Cantharis 4 e 15 CH.

SECONDO STUDIO: CANTHARIS 4-5-7-9 E 15 CH

Verifica della non attività dell'eccepiante

In un primo tempo, le medie delle SSC ottenute sulla pelle nuda non trattata e trattata con il veicolo sono state paragonate per verificare che il veicolo

sia senz'altro un placebo e che non possieda nessun potere anti-infiammatorio. Questo paragone è stato effettuato con il test T di Student bilaterale.

La differenza delle superfici sotto la curva tra pelle nuda e pelle che ha ricevuto il veicolo non è significativa ciò che dimostra che l'eccepiante non ha attività propria.

DISCUSSIONE DEI RISULTATI

Il solo gel testato che possiede una inibizione statisticamente significativa dell'infiammazione in rapporto al gel veicolo è la diluizione 15 CH (p=0,039), con una percentuale di inibizione del 23% circa.

TERZO STUDIO: CANTHARIS 4-5-7-9 E 15 CH RISCALDATE

Riscaldamento dei gel per lo studio n°3

I gel sono stati riscaldati a 90° per un'ora. I flaconi sono totalmente protetti da carta stagnola.

La tabella seguente indica l' inibizione ottenuta per i gel riscaldati a 90°C per un'ora e non riscaldati; otteniamo valori molti simili dove la differenza

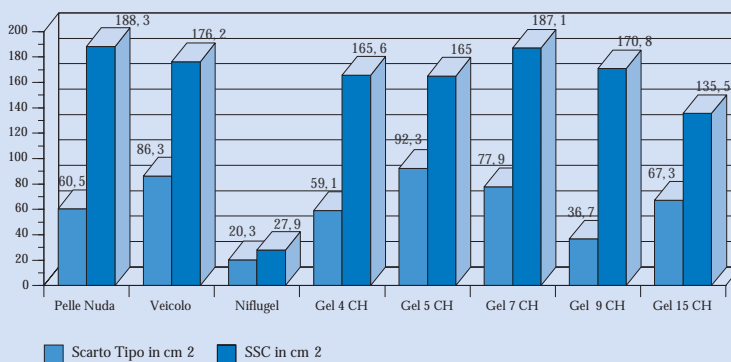
VERIFICA DELLA NON ATTIVITA' DELL'ECCEPIANTE					
Soggetti	SSC (cm2)	Scarto tipo (cm2)	P	D	S
Pelle nuda	175.79	55.77			
			0.593	NS	
veicolo	178.61	60.34)			

LE SSC DEI GEL 4, 5, 7, 9 E 15 CH NON RISCALDATE

Soggetti	Pelle nuda	Veicolo	Niflugel	Gel 4 CH	Gel 5 CH	Gel 7 CH	Gel 9 CH	Gel 15 CH
1	175,1	119,4	23,3	208,5	116,0	91,8	164,8	129,7
2	200,1	132,2	28,8	69,9	103,4	126,3	203,5	134,3
3	158,2	112,1	15,8	159,2	150,0	178,8	206,9	103,1
4	185,4	253,5	19,9	122,4	383,0	235,9	145,5	147,9
5	224,0	126,8	71,7	188,9	181,9	197,1	152,9	124,5
6	272,6	331,7	13,4	256,3	215,9	362,3	178,9	274,0
7	254,6	201,4	10,1	154,1	211,7	130,9	226,4	204,3
8	217,6	278,0	56,1	244,7	141,2	205,4	185,8	141,3
9	126,7	61,0	27,6	114,8	87,6	219,3	137,2	41,6
10	68,6	146,1	12,5	137,3	59,3	123,4	105,6	54,2
SSC Medie	188,3	176,2	27,9	165,6	165,0	187,1	170,8	135,5
Scarto Tipo	60,5	86,3	20,3	59,1	92,3	77,9	36,7	67,3

ISTOGRAMMA DEI GEL NON RISCALDATI

Intensità media dell'infiammazione in funzione del pre-trattamento della pelle



non è significativa ciò che vuol dire che la temperatura a 90°C non influisce sull'attività dei diversi gel di Cantharis. Bisogna notare che la Cantaridina che è il principio attivo è sublimato a una temperatura di 110°C. una sterilizzazione a 120°C in autoclave non avrebbe dato gli stessi risultati.

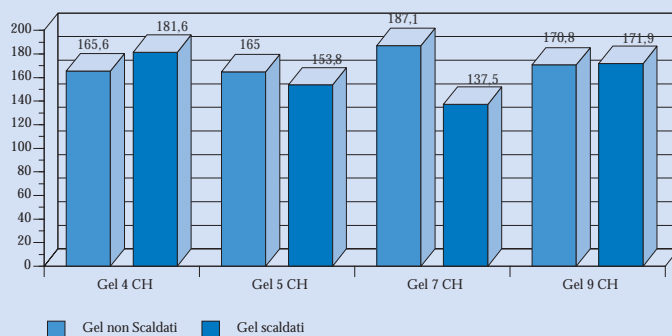
CONCLUSIONE

- Nel primo studio, solo il gel Cantharis 9 CH ha mostrato un'attività anti-infiammatoria significativa con una percentuale d'inibizione del 27% mentre il gel 15 CH non ha mostrato differenza significativa.

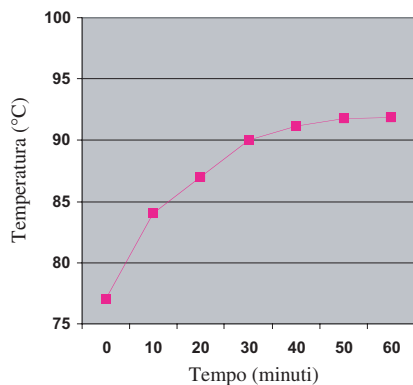
PERCENTUALE DI INIBIZIONE PER LE DILUIZIONI 4,5,7,9 E 15 CH NON RISCALDATE

SOGGETTI	SSC	Scarto tipo	P	DS	% Inibizione
Niflugel	27,9	20,3	5,58.10-04	S	84,2%
Gel 4 CH	165,6	59,1	0,650	NS	6,0%
Gel 5 CH	165,0	92,3	0,677	NS	6,4%
Gel 7 CH	187,1	77,9	0,641	NS	- 6,2%
Gel 9 CH	170,8	36,7	0,847	NS	3,1%
Gel 15 CH	135,5	67,3	0,039	S	23,1%

ISTOGRAMMA DEI GEL RISCALDATI E NON



Variazioni della Temperatura in funzione del Tempo



Variazione della Temperatura del Bagno Maria in funzione del tempo

Tempo (Min)	Temp. (°C)
0	77,0
5	79,4
10	84,0
15	85,7
20	87,5
25	89,2
30	90,0
35	90,8
40	91,2
45	91,5
50	91,8
55	91,8
60	91,9

CONFRONTO DELLE SSC DEI GEL RISCALDATI E NON

Soggetti	Gel 4 CH		Gel 5 CH		Gel 7 CH		Gel 9 CH		Gel 15 CH	
	Non Scaldati	Scaldati	Non Scaldati	Scaldati	Non Scaldati	Scaldati	Non Scaldati	Scaldati	Non Scaldati	Scaldati
1	208,5	122,2	116,0	244,5	91,8	229,3	164,8	170,4	129	-
2	69,9	115,0	103,4	91,7	126,3	105,0	203,5	104,1	134	-
3	159,2	189,6	150,0	144,6	178,8	102,9	206,9	246,5	103	232,0
4	122,4	271,6	383,0	168,9	235,9	141,2	145,5	268,0	147	198,7
5	188,9	135,5	181,9	134,4	197,1	115,5	152,9	123,4	124	-
6	256,3	164,3	215,9	128,2	362,3	263,8	178,9	191,9	274	166,4
7	154,1	234,0	211,7	205,1	130,9	173,3	226,4	124,7	204	225,1
8	244,7	221,3	141,2	172,4	205,4	105,8	185,8	212,7	141	232,1
9	114,8	107,1	87,6	196,7	219,3	105,8	137,2	115,7	41	-
10	137,3	255,3	59,3	51,7	123,4	32,0	105,6	161,2	59	75,7
SSC Medie	165,6	181,6	165,0	153,8	187,1	137,5	170,8	171,9	135	188,3
Scarti Tipi	59,1	61,3	92,3	56,4	77,9	67,9	36,7	57,1	67,3	60,7

PARAGONE TRA I GEL RISCALDATI E I GEL NON RISCALDATI

Soggetti	SSC	Scarto tipo	P	DS
Gel 4 CH	165,6	59,1	0,559	NS
Gel 4 CH scald.	181,6	61,3		
Gel 5 CH	165,0	92,3	0,723	NS
Gel 5 CH scald.	153,8	56,4		
Gel 7 CH	187,1	77,9	0,084	NS
Gel 7 CH scald.	137,5	68,0		
Gel 9 CH	170,8	36,7	0,960	NS
Gel 9 CH scald.	171,9	57,1		
Gel 15 CH	135,5	67,3	0,349	NS
Gel 15 CH scald.	188,3	60,7		

- Nel secondo studio, abbiamo dimostrato che la diluizione 15 CH ha mostrato una attività anti-infiammatoria significativa con una percentuale di inibizione del 23%. Questo è in disaccordo con lo studio precedente dove l'attività anti-infiammatoria è maggiore per la 9 CH.
- Di conseguenza è difficile arrivare ad una conclusione certa su queste due diluizioni; sembrerebbe siano attive ma il numero dei soggetti è senza dubbio insufficiente per compensare gli scarti troppo importanti ottenuti con questo metodo.
- Nel terzo studio, abbiamo potuto mettere in evidenza che non esiste

differenza significativa dell'attività anti-infiammatoria delle diluizioni 4-5-7-9 e 15 CH scaldate e non scaldate. Possiamo concludere che la temperatura di 90°C non modifica l'attività anti-infiammatoria dei gel di Cantharis. Queste riflessioni sono da considerarsi con riserva in quanto questa temperatura non interviene sulla temperatura di sublimazione della cantaridina, e in questo modo non ne modifica l'attività.

* Università Rene Descartes Paris Facoltà di Scienze farmaceutiche e biologiche
** Resp. Scientifico Smb Italia
*** Scuola di Specializzazione ORL dell'Università degli Studi di Siena

G. LEGNANTE, F. RICCIOTTI, G. TRAPANI

Omeopatia immunologica in Pediatria

L bambino “sempre malato” è un problema di notevole rilevanza nell’ambito della famiglia.

Le patologie delle alte vie respiratorie e le loro complicanze possono colpire ripetutamente il bambino nella prima e seconda infanzia e ciò è dovuto, in genere, all’abbassamento delle difese immunitarie. Il sistema immunitario del bambino, infatti, subisce spesso danni a causa dell’assunzione incongrua o troppo frequente di farmaci come alcuni antibiotici. Esistono alcuni rimedi omeopatici composti come il Thymuline 9CH con un complesso bioterapico in grado di modificare la prognosi di queste malattie e di migliorare la reattività dei piccoli pazienti.

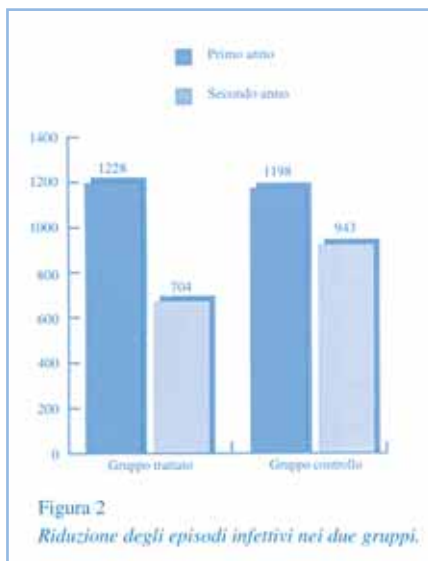
Vi presentiamo in questa lettera, i risultati clinici ottenuti da uno studio effettuato nel corso degli inverni scorsi dalla scuola superiore di omeopatia, SMB Italia, coordinato dal Dottor G. Trapani con la collaborazione del Dottor G. Legnante dove è stata

evidenziata la possibilità di azione del Thymuline 9CH, come immunomodulatore. Scopo della ricerca è di studiare la possibilità di prevenire l’insorgenza di queste malattie o almeno di attenuarne la sintomatologia e la durata nonché di diminuire, specie nella durata, la somministrazione di medicinali allopatrici.

APPLICAZIONI CLINICHE DELL'EFFETTO IMMUNOMODULATORE DEL THYMULINE 9CH

Casistica

La ricerca ha coinvolto 254 bambini da 1 a 13 anni, divisi in due gruppi di 127 ciascuno (figura 1). Questi gruppi sono omogenei per età: 92 da 1 a 2 anni, cioè durante la frequenza dell’asilo nido oppure di nessuna struttura pubblica. 103 da 3 a 6 anni, cioè durante la frequenza della scuola materna. 59 da 6 a 13 anni cioè



durante la frequenza delle scuole elementari e medie. Il basso numero del terzo gruppo (6-13 anni) è legato alla drastica riduzione delle malattie in oggetto per motivi di immunità acquisita naturalmente.

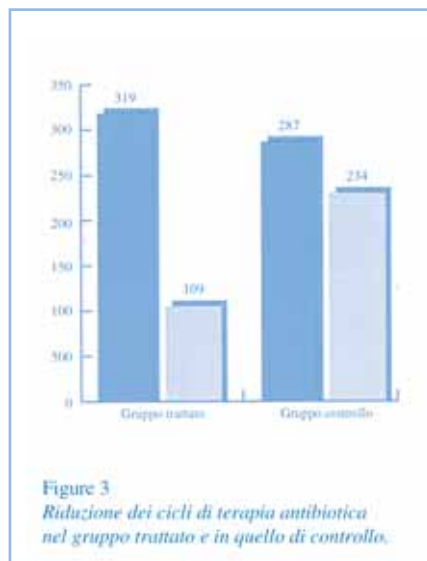
Sono stati esclusi tutti i pazienti trattati con terapie immunostimolanti.

I bambini ammessi allo studio presentavano episodi di rinofaringite, faringotonsillite, otite, laringite, sindromi influenzali, bronchiti.

A raccolta dei dati precedenti è stata fatta con un criterio anamnestico, confrontando i dati riferiti dal genitore con le cartelle cliniche in nostro possesso.

Metodologia

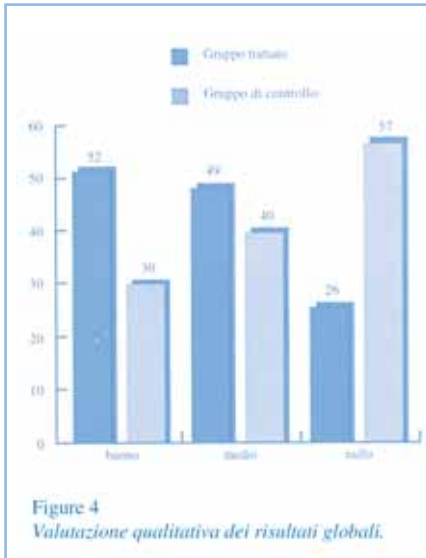
È stato uno studio di confronto con l'osservazione tra i pazienti trattati con Thymuline 9CH e quelli non trattati



con il rimedio omeopatico.

Il Thymuline 9CH è contenuto in un complesso omeo-bioterapico che ha come componente principale la timulina. Più esattamente: Timulina - Calcarea sulfurica - Silicea aa 7/9 C'H. Aconitum nap. - Mercurius sol. - Mucosa rino-faringea aa 4/5 CH. Viene proposto nel trattamento e nella prevenzione delle sindromi invernali. Al primo gruppo è stata somministrata una dose alla settimana per le prime quattro settimane, poi una dose al mese per i successivi quattro mesi. Il secondo gruppo non ha ricevuto nessun trattamento immunomodulante, ma è stato semplicemente osservato l'andamento delle patologie infettive nel corso dell'inverno 1991-1992, cioè il periodo di osservazione dell'uso Thymuline 9CH.

A causa della giovane età dei pazienti,



non è stato tenuto in considerazione l'eventuale effetto placebo e nemmeno l'influenza che poteva avere sulle madri il sapere di utilizzare un mezzo preventivo per i loro figli (ricordiamo che per il bambino i rimedi omeopatici sono sempre caramelle).

I criteri di valutazione sono stati essenzialmente clinici, oltre che anamnestici. Per l'anno precedente, come già detto, sono stati basati sulle cartelle cliniche.

L'interrogatorio per i pazienti del gruppo di controllo è stato effettuato in un singolo incontro, ma sempre con l'ausilio della cartella clinica del bambino, mentre quelli del gruppo trattato sono stati effettuati all'inizio del trattamento dopo uno, due e cinque mesi di trattamento.

Al termine è stato fatto un bilancio complessivo, basandosi su un

confronto con l'anno precedente, classificando i risultati come:

nullo = nessun miglioramento o

addirittura peggioramento:

medio = diversi episodi di malattia, ma di numero e durata inferiore:

buono = nessun episodio di malattia o massimo tre di breve durata.

Inoltre è stata registrata la somministrazione di antibiotici.

Tollerabilità

Non è mai stata riscontrata alcuna alterazione clinica né patogena alla somministrazione del rimedio.

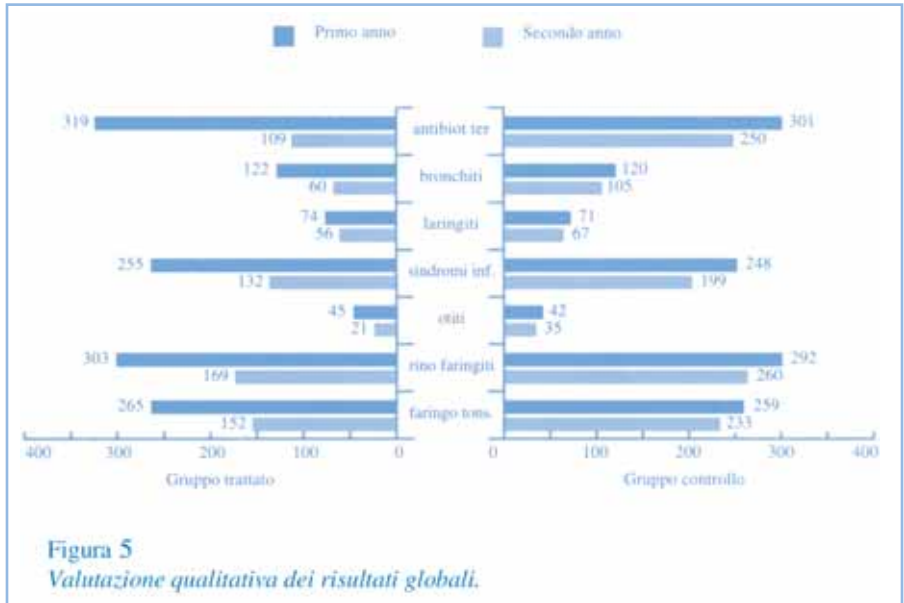
Risultati

Nel gruppo trattato abbiamo riscontrato una riduzione del numero medio degli episodi infettivi, sia principali (rinofaringiti, otiti, tonsilliti) che associati (tosse, febbre): da 1.228 episodi globalmente considerati, a 704, (figura 2) con dimezzamento del tempo medio di malattia (da 6,6 a 3,4 giorni).

In totale si è passati da un numero di 81.048 giorni di malattia a 23.936 giorni, con un decremento superiore al 70%.

Anche nel gruppo di controllo è stata riscontrata una riduzione degli episodi di infezione: ma non è così netta (da 1.198 a 943), come anche del tempo di durata media della malattia (da 6,2 a 5,2) (figura 2).

Risultati sulla terapia antibiotica.



Riduzione notevole e drastica della terapia antibiotica: da 319 a 109 somministrazioni, che è stata minore nel gruppo di controllo: da 287 a 234 (figura 3).

Questo dato comunque non tiene conto della quantità di assunzione; ma solo del fatto se il farmaco è stato assunto o no.

Risultati globali. Nel gruppo trattato, 52 pazienti (4%) hanno avuto un miglioramento netto (buono); 49 (37%) un miglioramento discreto (medio) e 26 (20%) nessuna modifica accettabile oppure nessun miglioramento (nullo) (figura 4).

Nel gruppo di controllo 30 pazienti (23%) hanno avuto spontaneamente un netto miglioramento (buono); 40 (30%) un risultato discreto (medio); 57 (45%) nessuna modificazione

accettabile (nullo) (figura 4).

L'analisi statistica ($\chi^2 = 5.62$ con $P < 0.05$) permette di considerare il risultato molto significativo.

Considerazioni finali

In base a un semplice confronto fra i dati clinici si osserva una riduzione della sintomatologia infettiva, della durata della malattia e dell'utilizzo di antibiotici tra il gruppo di controllo e quello trattato con Thymuline 9CH. Nel complesso bioterapico. (Fig. 5) Un controllo globale tra la somma dei risultati medi e buoni nel gruppo trattato (78%) e la stessa somma nel gruppo non trattato (53%) permette sicuramente di proporre l'uso del Thymuline 9CH come coadiuvante nella prevenzione delle malattie acute dell'infanzia e di volerne verificare

ulteriormente la validità al fine di proporlo eventualmente come trattamento immunomodulante unico.

(* nome commerciale del prodotto Dolisobios n. 15)

BIBLIOGRAFIA

1. BASTIDE M, DAURAT V. DOUCET-JABOEUF M., PELEFRIN A., DORFMAN P.: «Immunomodulator activity of very low doses of thymulin in mice». Immunotherapy 1987, III: 191 - 200.
2. BASTIDE M., DOUCET-JABOEUF M.: «Action immunopharmacologique des préparations de thymus et d'hormones thymique utilisées à doses infinitesimales». Homeopathie française 1983, 71, 185-189.
3. BASTIDE M., DOUCET-JABOEUF M., DAURAT V.: «Activity and chronopharmacology of very low doses of physiological immune inducers». Immunol. Today 1985, 6, 234-235.
4. BONFILS P.: «Profilassi delle infezioni delle vie respiratorie nel bambino trattato con RU41740». La Presse Medicall ed. it. giugno 1989, 30-32.
5. TÉTAU M.: «Observations cliniques sur Thymuline». Cahiers de Biothérapie, 1989, 103.

G. TRAPANI (*), A. DEL GIUDICE (**), A. LIVERANI (***)

Indagine nella regione Liguria sull'uso delle medicine non convenzionali in pediatria

Introduzione

La diffusione delle Medicine Non Convenzionali (MNC), interessa in Italia un numero sempre più vasto di cittadini.

Il principale problema nella definizione di queste Medicine, è la corretta interpretazione del loro significato e del ruolo che svolgono nella cultura del nostro Paese. Le enormi difficoltà di comunicazione e di dialogo, che da sempre sono presenti tra gli operatori della Medicina Convenzionale e quelli delle Terapie non Convenzionali e la corretta interpretazione dei presupposti scientifici e filosofici delle varie metodiche terapeutiche, creano delle difficoltà di relazioni difficilmente superabili senza un grosso sforzo tra tutte le parti in causa.

In Italia non è ancora stato fatto uno studio con un campione di pazienti statisticamente

significativo, per capire come sia realmente distribuito l'uso delle Medicine non Convenzionali tra i cittadini, e quali, tra quelle proposte per essere regolamentate, siano realmente utilizzate.

Il nostro lavoro si propone di colmare questa lacuna, in particolare in campo pediatrico, per favorire la corretta interpretazione di questo fenomeno.

Metodi

L'obiettivo principale del nostro studio è stato quello di valutare quale poteva essere il livello di utilizzazione delle MNC per la cura delle malattie dei bambini. Per questo scopo abbiamo coinvolto su tutto il territorio nazionale, la struttura didattica della Società Medica di Omeopatia e Bioterapie (SMB Italia), attraverso le varie sedi poste nelle principali città italiane.

Nel caso specifico della Regione Liguria, i questionari sono stati distribuiti nella provincia di Genova, La Spezia ed Imperia ad 11 medici. Di questi solo tre utilizzavano regolarmente la medicina omeopatica nella pratica quotidiana, mentre gli altri 8 erano Pediatri di Base, e due di loro utilizzavano occasionalmente rimedi omeopatici e fitoterapici. Anche i tre Pediatri che utilizzavano anche le MNC erano Pediatri di Base ed hanno distribuito casualmente il questionario nei giorni stabiliti a tutti i pazienti che si recavano nel loro studio, quindi anche a coloro che attraverso la Convenzione con il SSN non vengono curati con la MC. L'ordine di distribuzione è sempre stato casuale, ad esempio lunedì primo, terzo, quinto, ottavo paziente, mercoledì secondo terzo quinto e così via. Il questionario utilizzato, conteneva dodici domande ed era diviso in due parti. La prima era composta di domande di carattere generale ed uguale per tutti, mentre la seconda parte doveva essere compilata solo da coloro che utilizzavano, per la cura delle malattie dei propri figli, le MNC. Ad ogni medico che ha partecipato alla ricerca, sono state consegnate da 50 a 100 questionari rigorosamente anonimi, contenuti in una busta aperta, che sono stati

distribuiti casualmente alle famiglie con figli che si presentavano in studio il lunedì, il mercoledì ed il venerdì. Per distribuzione casuale, intendiamo che è stato chiesto di non seguire un ordine logico, nella consegna del foglio, ma assolutamente occasionale ed ogni volta diverso.

Di solito, per evitare l'eccessiva dispersione dei questionari, abbiamo consigliato di chiedere alla famiglia di compilarli in loco, valutando prima la comprensione dell'insieme delle domande. I genitori, in ogni caso lo dovevano compilare lontano dal medico, di solito nella sala d'attesa, e lo restituivano in busta chiusa.

A questo punto, il medico doveva semplicemente raccogliermi e senza aprire le buste consegnarli al responsabile locale della ricerca, il quale li doveva poi dare al responsabile nazionale.

Le buste, sono state raccolte e mescolate in modo tale da non capire quale fosse l'ambulatorio di provenienza, quindi aperte, ed esaminate. La divisione per province non ha influenzato l'esame statistico dei dati.

Risultati

L'esame ha coinvolto un campione di 10.000 persone, vale a dire i pazienti che sono mediamente

MNC_NO				MNC_SI			
Padri		%		Padri		%	
Laurea	61	9,41%	Laurea	80	14,36%		
Diploma	255	39,35%	Diploma	260	46,68%		
Media	270	41,67%	Media	203	36,45%		
	62	9,57%	Elementari	14	2,51%		
Analf	0	0,00%	Analf	0	0,00%		
	648	100,00%		557	100,00%		
Tasso di scolarità 3,49				Tasso di scolarità 3,73			
Madri		%		Madri		%	
Laurea	54	8,23%	Laurea	79	14,06%		
Diploma	307	46,80%	Diploma	335	59,61%		
Media	233	35,52%	Media	142	25,27%		
Elementari	62	9,45%	Elementari	6	1,07%		
Analf	0	0,00%	Analf	0	0,00%		
	656	100,00%		562	100,00%		
Tasso di scolarità 3,54				Tasso di scolarità 3,87			

Tab. 1: Scolarità Genitori

seguiti dagli 11 Pediatri di base che hanno partecipato alla ricerca sono stati distribuiti 1.250 questionari, coinvolgendo quindi il 12,5% degli utenti. Di questi hanno risposto in modo completo ed utilizzabile 1.219 persone, pari al 97,5%. Sono risultati nulli o persi, 31 questionari (2,5%). Nei 1.219 questionari esaminati, 657 (53,90%) hanno risposto che non utilizzano mai le MNC, mentre 562 (46,10%), hanno risposto che le utilizzano regolarmente. Questo dato corrisponde in modo sorprendente ai dati ISTAT pubblicati nel 1998

nell'indagine "Condizioni di salute e ricorso al Sistema Sanitario. Secondo questa ricerca il quoziente di utilizzo per 1000 abitanti è passato dal 25,4% nel 1991 al 46,5% nel 1998 (11). La distribuzione del sesso, tra i bambini dei due gruppi non ha presentato differenze statisticamente significative. Nemmeno le differenze tra le classi d'età dei genitori sono apparse statisticamente significative. Confrontando poi il livello di scolarità dei genitori, si scopre che i padri con un alto livello di cultura (diploma/laurea) che

Anni	Valori	
1	201	35,8%
2	182	32,4%
3	103	18,3%
4	67	11,9%
Non sa	9	1,6%
	562	

Tab. 2: Età Inizio Cure

Omeopatia	547	73,2%
Fitoterapia	108	14,5%
Medicina Antroposofica	28	3,7%
Medicina Orientale	11	1,5%
Agopuntura	18	2,4%
Osteopatia	13	1,7%
Chiropratica	22	2,9%

Tab. 3: Tipi di MNC utilizzati

scelgono le MNC sono il 61% del totale; mentre tale percentuale scende al 49% fra quelli che non utilizzano le MNC. L'indice di scolarità, esteso da 0 a 5, tra i padri che le scelgono per curare i bambini è 3,73 mentre per coloro che non utilizzano le MNC è 3,49. Analogamente, ma il fenomeno è largamente più significativo, avviene per le madri dove i rispettivi valori sono il 74% rispetto al 55%, con un indice di scolarità di 3,87 contro 3,54. Marginalmente si osserva che esiste una forte (e ovvia) correlazione positiva fra la scolarità dei due genitori. Raggruppando per gruppi d'età i bambini, (Tab.2), si osserva che

coloro per i quali vengono utilizzate con più frequenza le MNC sono per il 41,5% fino a due anni, il 54,0% da tre a sei anni, il 47,3% da sette a 10 anni ed il 36,4% sopra i 10 anni. Le differenze sono statisticamente significative, salvo per l'ultima classe, dove la numerosità del campione è inadeguata rispetto all'intervallo d'età.

La ripartizione fra le discipline utilizzate per questi bambini risulta essere: l'Omeopatia (73,2%) la Fitoterapia (14,5%), la Medicina Antroposofica (3,7%). Percentuali molto più basse sono state riscontrate per le altre discipline, Medicina Orientale (1,5%), Agopuntura (2,4%), Chiropratica (2,9%), Osteopatia (1,7%). Si deve naturalmente tener conto che questa ripartizione non rispecchia la proporzione di diffusione generale delle dette discipline

Le malattie per le quali sono state usate con più frequenza le MNC sono state quelle di interesse ORL (31,6%), le allergie (11,4%), le malattie dermatologiche (11,1%), i disturbi del sonno e del comportamento (8,6%) di tipo polmonare (7,3%), e le patologie intestinali (7,1%).

Il ricorso al medico di Medicina Non Convenzionale avviene per una decisione personale nel 33,2% dei casi. Non molto distante la

percentuale di coloro che scelgono questo ricorso su consiglio del medico (28,4%). Meno incisivo il consiglio del farmacista (11,1%), o di parenti ed amici (7,8%).

Discretamente importante pare essere il ruolo svolto dai giornali e dalle riviste, 5,8%, mentre appare molto meno rilevante il ruolo svolto dai naturopati (1,6%) e dagli erboristi (2,6%)

Per la valutazione dei risultati (Tab.6) vediamo che sono stati discreti per il 50,3% dei pazienti, per il 40,6% sono stati ottimi, mentre per il 2,8% sono stati nulli. In definitiva oltre il 90% delle famiglie ha espresso una valutazione positiva.

Il costo economico della terapia (Tab.7) è stato giudicato medio dal 48,2% dei genitori, alto dal 42,5%. In ogni modo l'84,7% delle famiglie intervistate, quindi una gran maggioranza, (Tab.8) ha riutilizzato i rimedi acquistati. Questo fatto ha consentito un risparmio economico evidente.

La qualità della vita del bambino (Tab.9) è migliorata in modo discreto per il 48,0% dei pazienti, in modo evidente pari al 40,9%. Globalmente l'88,9% dei pazienti si dimostrato soddisfatto.

Il 49,8% dei pazienti ha dichiarato (Tab.10) che a volte utilizza sia i rimedi della MNC che farmaci tradizionali, mentre il 18,3% utilizza regolarmente i due tipi di

Sempre malato	85	7,2%
Orecchie/naso/gola	373	31,6%
Polmoni	86	7,3%
Sonno e comportamento	102	8,6%
Alimentazione	58	4,9%
Allergie	135	11,4%
Stomaco e intestino	84	7,1%
Pelle	131	11,1%
Altre	126	10,7%

Tab. 4: Malattie

Sempre malato	85	7,2%
Scelta personale	305	33,2%
Cons. proprio medico	261	28,4%
Cons. parenti e amici	72	7,8%
Cons. letti su riviste e giornali	53	5,8%
Cons. farmacista	102	11,1%
Cons. erborista	24	2,6%
Cons. naturista	15	1,6%
Autoprescrizione	65	7,1%
Altri	21	2,3%

Tab. 5: Perché MNC

Ottimi	299	53,2%
Discreti	228	40,6%
Nulli	16	2,8%
Non sa/Non risponde	19	3,4%

Tab. 6: Valutazione degli Esiti

prodotti terapeutici. Il 28,3% utilizza solo rimedi della MNC. I rimedi, che il Medico prescrive, o che il paziente utilizza, (Tab.11) sono da due a cinque per il 60% dei casi, mentre per il 22,1% il rimedio prescritto è unico e per il 6,4% i rimedi prescritti superano i cinque.

Questi dati sono sicuramente tra i

Alto	239	42,5%
Medio	271	48,2%
Basso	32	5,7%
Non sa/risp.	20	3,6%

Tab. 7: Costi Terapia

Si	476	84,7%
No	56	10,0%
Non sa/risp.	30	5,3%

Tab. 8: Riutilizzo rimedi acquistati

Si evidente	230	40,9%
Si discreto	270	48,0%
No	30	5,3%
Non sa/risp.	32	5,7%

Tab. 9: Miglioramento qualità della vita

Si	103	18,3%
No	159	28,3%
A volte	280	49,8%
Non sa/risp.	20	3,6%

Tab 10: Associaz. Altri farmaci

Si	103	18,3%
0	4	0,7%
1	124	22,1%
Da 2 a 5	337	60,0%
>5	36	6,4%
Non sa/risp.	61	10,9%

Tab. 11: Rimedi prescritti

più interessanti tra quelli emersi dal Questionario. Dimostrano inequivocabilmente come il 68,1% dei pazienti utilizzi indifferentemente sia la Medicina Convenzionale sia la Medicina Non Convenzionale, mentre il 28,3% utilizza esclusivamente la Medicina Non Convenzionale.

Con le tavole di contingenza sono state messe a confronto la variabile “Numero malattie” (ottenuta contando le risposte date da parte dello stesso paziente, che può aver avuto più di una patologia da curare) con le altre significative variabili dell’indagine.

In particolare viene alla luce un’importante relazione tra la variabile Numero di Malattie (NrMal) intendendo (malattie ORL, Polmonari, allergiche, intestinali,...) e la variabile Valutazione dei Risultati Terapeutici. Dall’esame delle tabelle abbiamo riscontrato come al crescere del numero di sintomatologie patologiche compresenti trattate con la MNC aumenta la percentuale di risposte positive circa l’esito. In sostanza il 70,3% dei casi ha trattato tre malattie successive con la MNC e la valutazione del risultato è stata ottimo.

Come invece era logico attendere, lo stesso confronto fatto tra la variabile (NrMal) e le variabili Costo economico della singola patologia e risparmio economico con risultati scarsamente significativi dal punto di vista statistico.

Il grado di soddisfazione nell’uso delle MNC è evidente anche dal riutilizzo dei rimedi, infatti il confronto tra il NrMal ed il riutilizzo per più di una volta dei

rimedi è altamente significativo.. Considerando almeno tre patologie che hanno interessato il bambino, il 97,3% dei genitori ha dichiarato di riutilizzare i rimedi già acquistati.

Infine uno dei dati fondamentali di questo lavoro è che confrontando il NrMal e la richiesta di come la Qualità di vita del Bambino e della Famiglia sia migliorata, si evidenzia che per il 65,8% dei casi il miglioramento della qualità della vita è più evidente quanto più regolare e costante è l'utilizzo delle MNC. Prendendo in considerazione la variabile sulla Valutazione dei risultati Terapeutici (Esito), ed incrociandola con le singole malattie si ottengono risultati interessanti : ad es. nelle Patologie ORL i 364 casi in totale che si sono espressi sull'esito, 205 (56,31%) ritengono l'esito ottimo, 150 (41,20%) l'esito discreto e 9 (2,47%) l'esito nullo.

Da questo primo confronto, le uniche malattie che non presentano esito nullo sono le Patologie allergiche, seguite da disturbi del sonno e da disturbi dell'alimentazione, anche se i dati per ora raccolti non sono sufficienti per una valutazione definitiva.

Un confronto interessante è senza dubbio quello tra Esito e Qualità di vita del Bambino e tra Esito e

Riutilizzo dei Rimedi in cui si nota che esiste una stretta relazione positiva tra queste variabili.

Molto importante, ed anche relativamente sorprendente, è il risultato della tavola di contingenza tra la variabile Esito e quella del Numero dei Rimedi utilizzati, che evidenzia una questione molto delicata: un solo rimedio, equivale a scarsi risultati. Infatti confrontando l'uso di un solo rimedio con i risultati nulli si ottiene che il 61,5% dei genitori ha dichiarato che i risultati ottenuti erano nulli.

Discussione

L'esame dei dati dimostra la notevole omogeneità del campione sia come sesso che come età dei bambini. Il numero prevalente dei Pediatri di Base che hanno partecipato alla ricerca, che non utilizza le MNC nella pratica clinica, la libertà e la segretezza nelle risposte, garantisce per la veridicità del campione esaminato. Inoltre, anche se il campione è ancora in corso di esame statistico, gli stessi valori percentuali sono riscontrabili in Lombardia. Il fatto che l'alto livello di scolarità dei genitori corrisponda ad un'uso più frequente delle MNC, corrisponde ad altri dati presenti

in letteratura (6,11). I dati corrispondono sia per la maggiore scolarità del padre, che per la maggiore significatività della più alta scolarità materna.

La disciplina più utilizzata è la Medicina Omeopatica, seguita dalla Fitoterapia. Le altre discipline terapeutiche seguono con percentuali notevolmente più basse. Come vediamo le discipline legate a principi filosofici lontani dalla mentalità occidentale non hanno un numero molto elevato di seguaci.

La frequenza di utilizzo delle MNC è massima nel gruppo di età fra i 3 ed i 6 anni.

Questa età corrisponde all'ingresso dei bambini alla scuola materna quindi il periodo nel quale la frequenza di malattia è massima, ed è più alta l'ansia dei genitori per trovare una risposta alle loro paure, o comunque per migliorare la qualità di vita del bambino.

Le famiglie si rivolgono a medico che pratica anche la MNC, prevalentemente per propria scelta 33,2% o su consiglio del medico o del farmacista, in totale 39,5%.

Questo dato dimostra una notevole maturità sia da parte dell'utente, che da parte dei professionisti i quali non si fanno influenzare dai pregiudizi. L'alta percentuale dei risultati positivi è sicuramente influenzata sia dalle scelte così personali sia dalla

professionalità e dalla preparazione dei prescrittori, oltre che la validità delle tecniche terapeutiche utilizzate.

La qualità di vita del bambino è globalmente migliorata per l'88,9% (dato relativo) dei casi esaminati, dalle tavole di contingenza si rileva che questo è tanto più vero quanto più è regolare e costante l'uso delle MNC in pratica per il 65,8% dei pazienti (dato assoluto, riferito ad un numero di malattie esaminate). Riteniamo importante la conferma del fatto che l'efficacia delle MNC aumenti parallelamente all'aumento del loro utilizzo. È una conferma di un principio generale presente in tutte queste tecniche terapeutiche. La capacità di reazione dell'organismo umano alle aggressioni di malattia è molto alta se le terapie che vengono usate non sono soppressive.

Un dato molto negativo è l'elevato costo di questo tipo di terapie, definito medio alto dal 90,7% dei pazienti. Sicuramente il riutilizzo dei rimedi consente parzialmente di abbattere questo valore ma non è sufficiente. Questo dato potrà essere corretto solo da un adeguato intervento a livello politico, che sicuramente dovrà cominciare dalla riduzione dell'IVA su questi farmaci. Si risponderà così ad un'istanza chiaramente espressa da un gran

numero di cittadini.

Il confronto tra la variabile Esito ed il numero dei rimedi utilizzati, propone una riflessione importantissima per tutti i medici che praticano la MNC. Che cosa significa la scarsità di risultati legata all'uso del rimedio unico? E' un problema legato all'operatore o alla scarsa efficacia del rimedio unico per le patologie acute e prevalentemente organiche del bambino?

Infine il dato che il 68,1% dei pazienti utilizza indifferentemente sia la MC sia la MNC, ci consente di affermare, quanto riscontriamo nella pratica quotidiana, vale a dire che il genitore richiede la tecnica terapeutica più utile e meno dannosa per migliorare la salute del proprio figlio, senza preclusioni ideologiche o filosofiche, in pratica circa il 70% dei genitori intervistati dichiara di usare con soddisfazione la MI.

Conclusioni

La prima parte di questa ricerca epidemiologica ha dimostrato che esiste una richiesta veramente molto evidente di approcci terapeutici diversi da quelli convenzionali. Tutti i medici dovrebbero conoscere il problema per poterne discutere con i propri pazienti

Le barriere ideologiche, gli steccati dei preconcetti sono già stati superati da chi ha la necessità di migliorare il proprio stato di salute, rivolgendosi di volta in volta a chi è in grado di rispondere alle proprie istanze. E' dovere del medico possedere il linguaggio del dialogo e non quello della chiusura e del disprezzo.

D'altra parte è importante che coloro che utilizzano le MNC siano critici verso il proprio operato e sempre pronti a metterlo in discussione.

Solo attraverso il confronto, la Medicina che è Una, può progredire verso il supremo interesse che è la tutela della salute del paziente.

Si ringraziano per la collaborazione i Pediatri:

Andreoli Giuseppe, Barberio Lando, Bersezio Antonio, Castagnoli Giuseppe, Frassi Maria Costanza, Muia' Cosimo Claudio, Murialdo Pietro, Nigro Mirella, Pilade Emanuela, Priolo Marcello.

BIBLIOGRAFIA

1. EISENBERG, D.M., DAVIS, R.B., E7TNER, S.L., APPEL, 5., WILKEY, 5., VAN ROMPAY, M. & KESSLER, R.C.: Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997:Results of a follow-up national survey. *JAMA* 1998, 280(18): 1569-1575.

2. ESKINAZI, D.P.: Factors that shape alternative medicine. *JAMA* 1998, 280(18): 1621-1622.
3. ERNST, E.. The rise and fall of complementary medicine. *J. R. Soc. Med.* 1998, 91(5): 235-236
4. FISHER, P., WARD A. , Medicine in Europe: complementary medicine in Europe. *Br. Med. J.* 309, 1994. (6947): 107-111.
5. FREEMAN, J.W. , LANDIS, J.. Alternative/complementary therapies. *South Dakota J. Med.* 1997, 1(2): 65-66.
6. FUSCO F., SAMBUGARO D. La mamma colta sceglie una strada alternativa. *Occhio clinico Pediatria*, 1998, 9 - 24-26.
7. GOLDBECK-WOOD et al. Complementary medicine in booming world-wide. *BMJ* 1996, 313:131.
8. ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA. *Indagine multiscopo delle famiglie: condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari*. Istat, Roma, 1997..
9. KAPTCHUK, T., EISENBERG, D.M. The persuasive appeal of alternative medicine. *Ann. Iittt. Med.* 1998, 129(12): 1061-1065.
10. MILLAR, W.J. Use of alternative health care practitioners by Canadians. *Can. J. Public Health*, 88(3): 154-158, 1997.
11. PIOGGIA M.F.: "IL LIBRO BIANCO DELL'OMEOPATIA". Omeoindustria, Roma 25, 2000
12. SIMPSON N. et All.: The use of complementary medicine in paediatrics patients. *Amb Child Health*; 3: 351 1998.

* Vice Presidente SIOMI - Responsabile Ricerca Scientifica Società Medicina Bioterapica - SMB Italia.

** Università Cattolica del Sacro Cuore - Milano

*** Prof. Associato di Informatica Medica - Fac. Medicina e Chirurgia - Università degli studi di Milano

TRAPANI GIANFRANCO *, ZANINO LUISELLA **,
DEL GIUDICE ALFONSO***, LIVERANI ANTONIO****

Indagine nella regione Piemonte sull'uso delle medicine non convenzionali in pediatria

Introduzione

La diffusione delle Medicine Non Convenzionali (MNC), interessa in Italia un numero sempre più vasto di cittadini.

Il principale problema nella definizione di queste Medicine, è la corretta interpretazione del loro significato e del ruolo che svolgono nella cultura del nostro Paese. Le enormi difficoltà di comunicazione e di dialogo, che da sempre sono presenti tra gli operatori della Medicina Convenzionale e quelli delle Terapie non Convenzionali e la corretta interpretazione dei presupposti scientifici e filosofici delle varie metodiche terapeutiche, creano delle difficoltà di relazioni difficilmente superabili senza un grosso sforzo tra tutte le parti in causa.

In Italia non è ancora stato fatto uno studio con un campione di pazienti statisticamente

significativo, per capire come sia realmente distribuito l'uso delle Medicine non Convenzionali tra i cittadini, e quali, tra quelle proposte per essere regolamentate, siano realmente utilizzate.

Il nostro lavoro, dopo l'indagine svolta in Liguria, si propone di colmare questa lacuna, in particolare in campo pediatrico, per favorire la corretta interpretazione di questo fenomeno.

Le nuove esigenze, di tutela della salute che si manifestano nella moderna società, coinvolgono in particolare la Medicina Convenzionale, sono pressanti, e spesso raggiungono livelli quasi ossessivi, inducendo una modificazione ed un aumento della spesa sanitaria quasi incontrollato, legato in particolare all'uso di costosissimi antibiotici, cortisonici, broncodilatatori, e vaccini.

Il paziente, però non si fida solo

dei risultati, pur sempre strabilianti, della nuova biomedicina, ma vuole un approccio diverso al concetto di malato e di malattia, che può essere dato solo da una visione più globale e meno meccanicistica dei problemi della salute. Parlare solo di ricorso alle MNC diventa oggi riduttivo e non rispecchia la realtà della pratica quotidiana della professione medica. Il paziente richiede, più che una terapia diversa, un approccio terapeutico più rispettoso sia delle proprie esigenze sia della salute fisica e psichica. Questo approccio è ancora più evidente in pediatria, dove l'ordine dei valori comprende normalmente, prima la risoluzione del problema e poi la tutela dell'integrità fisica del bambino. Quando però la famiglia decide di anteporre al proprio interesse quello della salute non solo presente ma anche futura del bambino, ed alla risoluzione immediata del problema preferisce la tutela del suo equilibrio psicofisico presente e futuro ecco che si rivolge ad un medico che pratica la Medicina Integrata (M.I.), vale a dire un professionista che conosce sia la MNC sia la Medicina Convenzionale (M.C.) e che le utilizza in base alle necessità di salute del proprio piccolo paziente senza pregiudizi

ideologici, ma avendo come unico fine la tutela del suo benessere. I lavori di ricerca dell'ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica) hanno dimostrato come nel 1991 almeno 4 milioni di italiani avevano fatto ricorso alle MNC, mentre nel 1994 il numero era aumentato a 5 milioni. Almeno 18 milioni di persone (32% della popolazione), quando sono stati interpellati, chiedendo loro se avevano un atteggiamento positivo o negativo verso le terapie non convenzionali, hanno risposto in modo favorevole.

Metodi

L'obiettivo principale del nostro studio è stato quello di valutare quale poteva essere il livello di utilizzazione delle MNC per la cura delle malattie dei bambini. Per questo scopo abbiamo coinvolto su tutto il territorio nazionale, la struttura didattica della Società Medica di Omeopatia e Bioterapie (SMB Italia), attraverso le varie sedi poste nelle principali città italiane. Nel caso specifico della Regione Piemonte, i questionari sono stati distribuiti nella provincia di Torino, Alessandria, Novara, Cuneo ad 11 medici. Di questi solo uno utilizzava regolarmente la medicina omeopatica nella pratica quotidiana, mentre gli altri 8

erano Pediatri di Base, uno Ortodonzista Pediatra ed uno Medico generico in un piccolo centro senza Pediatra e quindi seguiva anche i bambini. Quattro di loro utilizzano occasionalmente rimedi omeopatici e fitoterapici. Anche il Pediatra che utilizzava anche le MNC è un Pediatra di Base ed ha distribuito casualmente il questionario nei giorni stabiliti a tutti i pazienti che si recavano nel suo studio, quindi anche a coloro che attraverso la Convenzione con il SSN non vengono curati con la MC. L'ordine di distribuzione è sempre stato casuale, ad esempio lunedì primo, terzo, quinto, ottavo paziente, mercoledì secondo terzo quinto e così via.

Il questionario utilizzato, conteneva dodici domande ed era diviso in due parti. La prima era composta di domande di carattere generale ed uguale per tutti, mentre la seconda parte doveva essere compilata solo da coloro che utilizzavano, per la cura delle malattie dei propri figli, le MNC. Ad ogni medico che ha partecipato alla ricerca, sono state consegnate da 50 a 100 questionari rigorosamente anonimi, contenuti in una busta aperta, che sono stati distribuiti casualmente alle famiglie con figli che si presentavano in studio il lunedì, il mercoledì ed il venerdì. Per distribuzione casuale,

intendiamo che è stato chiesto di non seguire un ordine logico, nella consegna del foglio, ma assolutamente occasionale ed ogni volta diverso.

Di solito, per evitare l'eccessiva dispersione dei questionari, abbiamo consigliato di chiedere alla famiglia di compilarli in loco, valutando prima la comprensione dell'insieme delle domande. I genitori, in ogni caso lo dovevano compilare lontano dal medico, di solito nella sala d'attesa, e lo restituivano in busta chiusa.

A questo punto, il medico doveva semplicemente raccogliarli e senza aprire le buste consegnarli al responsabile locale della ricerca, il quale li doveva poi dare al responsabile nazionale.

Le buste, sono state raccolte e mescolate in modo tale da non capire quale fosse l'ambulatorio di provenienza, quindi aperte, ed esaminate. La divisione per province non ha influenzato l'esame statistico dei dati.

Risultati per la Regione Piemonte

L'esame ha coinvolto un campione di 9.000 persone, vale a dire i pazienti che sono mediamente seguiti dagli 11 Medici che hanno partecipato alla ricerca. Sono state distribuiti 900 questionari, coinvolgendo quindi il 10.05% degli utenti. Di questi

hanno risposto in modo completo ed utilizzabile 832 persone, pari al 92.4%. Sono risultati nulli o persi, 68 questionari (7.5%).

Sono stati analizzati 832 questionari, di questi 465 (54%) hanno risposto che non utilizzano mai le MNC, mentre 367 (44%), hanno risposto che le utilizzano regolarmente. Questo dato, come già quello della Regione Liguria, si avvicina in modo sorprendente ai dati ISTAT pubblicati nel 1998 nell'indagine "Condizioni di salute e ricorso al Sistema Sanitario.

Secondo questa ricerca il quoziente di utilizzo per 1000 abitanti è passato dal 25,4% nel 1991 al 46,5% nel 1998 (11).

La distribuzione del sesso, tra i bambini dei due gruppi non ha presentato differenze statisticamente significative.

Nemmeno le differenze tra le classi d'età dei genitori sono apparse statisticamente significative.

Confrontando poi il livello di scolarità dei genitori, si scopre che i padri con un alto livello di cultura (diploma/laurea) che scelgono le MNC sono il 56% del totale; mentre tale percentuale scende al 41% fra quelli che non utilizzano le MNC. L'indice di scolarità, espresso con un valore da 0 a 5, tra i padri che le scelgono per curare i bambini è 3,57 mentre per coloro che non utilizzano le MNC è 3.34..

Analogamente, ma il fenomeno è largamente più significativo, avviene per le madri dove i rispettivi valori sono il 66% rispetto al 33%, con un indice di scolarità di 3,78 contro 3,34. Questo è in accordo con il fatto che, almeno nella nostra società, le madri sono coloro che influenzano maggiormente la scelta e l'esecuzione delle terapie nei bambini.

Marginalmente si osserva che esiste una forte (e ovvia) correlazione positiva fra la scolarità dei due genitori.

Raggruppando per gruppi d'età i bambini, si osserva che coloro per i quali vengono utilizzate con più frequenza le MNC sono per il 28% fino a due anni, il 36% da tre a sei anni, il 23% da sette a 10 anni ed il 13% sopra i 10 anni. Le differenze sono statisticamente significative. Viene confermato il dato emerso nella Regione Liguria dove si dimostra che il ricorso alle MNC è maggiore quanto più frequentemente il bambino si ammala. Pertanto l'ingresso in comunità, scuola materna o asilo nido raggruppa ben il 64% di tutti i pazienti che utilizzano le MNC. La ripartizione fra le discipline utilizzate per questi bambini risulta essere: l'Omeopatia (79%) la Fitoterapia (13%), la Chiropratica (3%), la Medicina Orientale (2%). Percentuali molto

più basse sono state riscontrate per le altre discipline, la Medicina Antroposofica (1%), Agopuntura (1%), Osteopatia (1%). Si deve naturalmente tener conto che questa ripartizione non rispecchia la proporzione di diffusione generale delle dette discipline. Le malattie per le quali sono state usate con più frequenza le MNC sono state quelle di interesse ORL (35,5%), le allergie (9,6%), le malattie dermatologiche (10,3%), i disturbi del sonno e del comportamento (10,9%) di tipo polmonare (5,1%), e le patologie intestinali (7,6%).

Il ricorso al medico di Medicina Non Convenzionale avviene generalmente su consiglio del medico (41,2%). Altri scelgono queste terapie per una decisione personale, il 27,8% dei casi. Meno incisivo il consiglio del farmacista (10,4%). Questo dato concorda con quello della Regione Liguria, quindi possiamo sfatare il mito del Farmacista, tanto caro ai detrattori delle MNC, che pur di vendere è disposto a dare qualunque cosa ai propri clienti, in favore dell'immagine di un Professionista serio, attento e preparato.

Discretamente importante pare essere il ruolo svolto dai parenti ed amici (8,9%) giornali e dalle riviste, 4,7%.

La prescrizione dei rimedi di MNC è avvenuta per il 59,1% da

Medici, per il 20,4% da Farmacisti. Solo l'8% dei pazienti si autoprescrive i rimedi, ed il 7,6% li utilizza su consiglio del Naturopata ed il 2,2% su consiglio dell'erborista.

Per la valutazione dei risultati vediamo che sono stati discreti per il 56% dei pazienti, per il 37% sono stati ottimi, mentre per il 2% sono stati nulli. In definitiva oltre il 90% delle famiglie ha espresso una valutazione positiva.

Anche questo concorda con i risultati della precedente ricerca nella Regione Liguria.

Il costo economico della terapia è stato giudicato medio dal 53% dei genitori, alto dal 39%.

La qualità della vita del bambino è migliorata in modo discreto per il 61% dei pazienti, in modo evidente per il 24% dei genitori intervistati. Globalmente l'85% dei pazienti si è dimostrato soddisfatto.

Il 41% dei pazienti ha dichiarato che a volte utilizza sia i rimedi della MNC che farmaci tradizionali, mentre il 28% utilizza regolarmente i due tipi di prodotti terapeutici. Il 26% utilizza solo rimedi della MNC.

I rimedi, che il Medico prescrive, o che il paziente utilizza, sono da due a cinque per il 58% dei casi, mentre per il 26% il rimedio prescritto è unico e per il 3% i rimedi prescritti superano i cinque, il 13% dei pazienti intervistati non ha risposto.

Questi dati sono sicuramente tra i più interessanti tra quelli emersi dal Questionario. Dimostrano inequivocabilmente come il 69% dei pazienti utilizzi indifferentemente sia la Medicina Convenzionale sia la Medicina Non Convenzionale, mentre il 28% utilizza esclusivamente la Medicina Non Convenzionale. Anche in questo caso la sovrapposibilità dei dati tra Regione Piemonte e Regione Liguria, deve far riflettere sulla necessità di studiare bene i rapporti tra l'utilizzo dei farmaci cosiddetti convenzionali e quelli della MNC

Con le tavole di contingenza sono state messe a confronto la variabile "Numero malattie" (ottenuta contando le risposte date da parte dello stesso paziente, che può aver avuto più di una patologia da curare) con le altre significative variabili dell'indagine.

In particolare viene alla luce un'importante relazione tra la variabile Numero di Malattie (NrMal) intendendo (malattie ORL, Polmonari, allergiche, intestinali,...) e la variabile, Valutazione dei Risultati Terapeutici.

Dall'esame delle tabelle abbiamo riscontrato come al crescere del numero di sintomatologie patologiche compresenti trattate con la MNC aumenta la

percentuale di risposte positive circa l'esito. In sostanza il 43.2% dei casi ha trattato tre malattie successive con la MNC e la valutazione del risultato è stata ottima, il 56.8% ha ottenuto un risultato discreto.

Come invece era logico attendere, lo stesso confronto fatto tra la variabile (NrMal) e le variabili Infine uno dei dati fondamentali di questo lavoro è che confrontando il NrMal e la richiesta di come la Qualità di vita del Bambino e della Famiglia sia migliorata, si evidenzia che per il 67.5% dei casi il miglioramento della qualità della vita è definito "Discreto" ed è più evidente quanto più regolare e costante è l'utilizzo delle MNC, per tre o più malattie. Per almeno tre malattie considerate, il 30% delle famiglie definisce ottimo il miglioramento della Qualità di Vita.

Il costo delle malattie viene considerato alto sia per una singola malattia 61% dei casi, che per due (52.6%), per tre (52.2%) che per quattro (41,2%). Anche se pare nuovamente evidente che il riutilizzo dei rimedi riduce comunque il costo delle terapie. Prendendo in considerazione la variabile sulla Valutazione dei risultati Terapeutici (Esito), ed incrociandola con le singole malattie si ottengono risultati interessanti : ad es. nelle Patologie

ORL i 241 casi in totale che si sono espressi sull'esito, 142 (69,6%) ritengono l'esito discreto, 95 (70,4%) l'esito ottimo, mentre per le allergie il 20,7% ha avuto dei risultati ottimi.

Un confronto interessante è senza dubbio quello tra Esito e Qualità di vita del Bambino e tra Esito e Riutilizzo dei Rimedi in cui si nota che esiste una stretta relazione positiva tra queste variabili.

Molto importante, ed anche relativamente sorprendente, è il risultato della tavola di contingenza tra la variabile Esito e quella del Numero dei Rimedi utilizzati, che evidenzia una questione molto delicata: un solo rimedio, equivale a scarsi risultati. Infatti confrontando l'uso di un solo rimedio con i risultati nulli, si ottiene che il 50% dei genitori ha dichiarato che i risultati ottenuti erano nulli. I risultati ottimi nel 74% dei casi corrispondono all'uso di 2 o 5 rimedi, mentre il 21,7% con l'uso di un singolo rimedio.

Discussione

L'esame dei dati dimostra la notevole omogeneità del campione sia come sesso che come età dei bambini. Il numero prevalente dei Pediatri di Base che hanno partecipato alla ricerca, che non utilizza le MNC nella pratica

clinica, la libertà e la segretezza nelle risposte, garantisce per la veridicità del campione esaminato. Inoltre, anche se il campione è ancora in corso di esame statistico, come ho ripetuto più volte, gli stessi valori percentuali sono riscontrabili in Liguria

Il fatto che l'alto livello di scolarità dei genitori corrisponda ad un'uso più frequente delle MNC, corrisponde ad altri dati presenti in letteratura (6,11). I dati corrispondono sia per la maggiore scolarità del padre, che per la maggiore significatività della più alta scolarità materna.

La disciplina più utilizzata è la Medicina Omeopatica, seguita dalla Fitoterapia. Le altre discipline terapeutiche seguono con percentuali notevolmente più basse. Come vediamo le discipline legate a principi filosofici lontani dalla mentalità occidentale non hanno un numero molto elevato di seguaci.

La frequenza di utilizzo delle MNC è massima nel gruppo di età fra i 3 ed i 6 anni.

Questa età corrisponde all'ingresso dei bambini alla scuola materna quindi il periodo nel quale la frequenza di malattia è massima, ed è più alta l'ansia dei genitori per trovare una risposta alle loro paure, o comunque per migliorare la qualità di vita del bambino.

Le famiglie si rivolgono a medico

che pratica anche la MNC, prevalentemente per propria scelta 27,8% o su consiglio del medico o del farmacista, in totale 51,6%.

Questo dato, leggermente diverso da quello della Regione Liguria, dimostra una notevole maturità sia da parte dell'utente, che da parte dei professionisti i quali non si fanno influenzare dai pregiudizi. L'alta percentuale dei risultati positivi è sicuramente influenzata sia dalle scelte così personali sia dalla professionalità e dalla preparazione dei prescrittori, oltre che la validità delle tecniche terapeutiche utilizzate.

La qualità di vita del bambino è globalmente migliorata per l'85% dei casi esaminati, dalle tavole di contingenza si rileva che questo è tanto più vero quanto più è regolare e costante l'uso delle MNC in pratica per il 58.6% dei pazienti.

Riteniamo importante la conferma del fatto che l'efficacia delle MNC aumenta parallelamente all'aumento del loro utilizzo. E' una conferma di un principio generale presente in tutte queste tecniche terapeutiche. La capacità di reazione dell'organismo umano alle aggressioni di malattia è molto alta se le terapie che vengono usate non sono soppressive.

Un dato molto negativo è l'elevato costo di questo tipo di terapie.

Sicuramente il riutilizzo dei

rimedi consente parzialmente di abbattere questo valore ma non è sufficiente.

Il confronto tra la variabile Esito ed il numero dei rimedi utilizzati, propone una riflessione importantissima per tutti i medici che praticano la MNC. Che cosa significa la scarsità di risultati legata all'uso del rimedio unico? E' un problema legato all'operatore o alla scarsa efficacia del rimedio unico per le patologie acute e prevalentemente organiche del bambino?

Infine il dato che il 69% dei pazienti utilizza indifferentemente sia la MC sia la MNC, ci consente di affermare, quanto riscontriamo nella pratica quotidiana, vale a dire che il genitore richiede la tecnica terapeutica più utile e meno dannosa per migliorare la salute del proprio figlio, senza preclusioni ideologiche o filosofiche, in pratica circa il 70% dei genitori intervistati dichiara di usare con soddisfazione la MI.

Conclusione

La prima parte di questa ricerca epidemiologica ha dimostrato che esiste una richiesta veramente molto evidente di approcci terapeutici diversi da quelli convenzionali. Tutti i medici dovrebbero conoscere il problema per poterne discutere con i propri

pazienti

Le barriere ideologiche, gli steccati dei preconcetti sono già stati superati da chi ha la necessità di migliorare il proprio stato di salute, rivolgendosi di volta in volta a chi è in grado di rispondere alle proprie istanze. E' dovere del medico possedere il linguaggio del dialogo e non quello della chiusura e del disprezzo.

D'altra parte è importante che coloro che utilizzano le MNC siano critici verso il proprio operato e sempre pronti a metterlo in discussione.

Solo attraverso il confronto, la Medicina che è Una, può progredire verso il supremo interesse che è la tutela della salute del paziente.

Si Ringrazia per la collaborazione:
Filippo Pennisi , Federica Picchio, Paola Toscano , Mariagrazia Federico, Enrico Ferrario Mariagrazia Elena, Giuseppe Palena , Walter Felicioni, Donato Orrù, Giuseppina Marchetto, Luisella Zanino

BIBLIOGRAFIA

1. EISENBERG, D.M., DAVIS, R.B., E7TNER, S.L., APPEL, 5., WILKEY, 5., VAN ROMPAY, M. & KESSLER, R.C.: Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997:Results of a follow-up national survey. *JAMA* 1998, 280(18): 1569-1575.
2. ESKINAZI, D.P.: Factors that shape alternative medicine. *JAMA* 1998, 280(18): 1621-1622.
3. ERNST, E.. The rise and fall of complementary medicine. *J. R. Soc. Med.* 1998, 91(5): 235-236
4. FISHER, P., WARD A. , Medicine in Europe: complementary medicine in Europe. *Br. Med. J.* 309, 1994. (6947): 107-111.
5. FREEMAN,J.W. , LANDIS, J.. Alternative/complementary therapies. *South Dakota J. Med.* 1997, 1(2): 65-66.
6. FUSCO F., SAMBUGARO D. La mamma colta sceglie una strada alternativa. *Occhio clinico Pediatria*, 1998, 9 – 24-26.
7. GOLDBECK-WOOD et al. Complementary medicine in booming world-wide. *BMJ* 1996, 313:131.
8. ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA. *Indagine multiscopo delle famiglie: condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari*. Istat, Roma, 1997..
9. KAPTCHUK, T., EISENBERG, D.M. The persuasive appeal of alternative medicine. *Ann. Ititt. Med.* 1998, 129(12): 1061-1065.
10. MILLAR, W.J. Use of alternative health care practitioners by Canadians. *Can. J. Public Health*, 88(3): 154-158, 1997.
11. PIOGGIA M.F.: "IL LIBRO BIANCO DELL'OMEOPATIA". Omeoindustria, Roma 25, 2000 SIMPSON N. et All.: The use of complementary medicine in paediatrics patients. *Amb Child Health*; 3: 351 1998.

* Responsabile Ricerca Scientifica Società Medicina Bioterapia -SMB Italia.

** Docente di Omeopatia SMB Italia, Scuola di Torino.

*** Università Cattolica del Sacro Cuore – Milano

**** Prof. Associato di Informatica Medica – Fac. Medicina e Chirurgia - Università degli studi di Milano

G. TRAPANI*, C. BARBATO**, A. DEL GIUDICE***, A. LIVERANI****

Indagine nella regione Lombardia sull'uso delle medicine non convenzionali in pediatria

Introduzione

Questo studio, come i due precedenti, effettuati in Liguria ed in Piemonte, vuole dimostrare che l'interesse per le Medicine Non Convenzionale è sempre più evidente in tutto il nostro Paese.

Le proposte di Legge presentate al Parlamento hanno definito Medicine Non Convenzionali in Italia. l'Omeopatia, la Fitoterapia, la Medicina Antroposofica, l'Agopuntura, l'Osteopatia, la Chiropratica, la Medicina tradizionale Cinese.

In Italia non è ancora stato fatto uno studio, in ambito pediatrico, che coinvolga più Regioni, per capire come sia realmente distribuito l'uso delle Medicine non Convenzionali tra i bambini, e quali, siano realmente utilizzate.

Il nostro lavoro si propone di colmare questa lacuna, per favorire la corretta interpretazione di questo fenomeno.

Parlare solo di ricorso alle MNC diventa oggi riduttivo e non rispecchia la realtà della pratica quotidiana della professione medica. Il paziente richiede, più che una terapia diversa, un approccio terapeutico più rispettoso sia delle proprie esigenze sia della salute fisica e psichica. Normalmente in pediatria, l'ordine dei valori comprende, prima la risoluzione del problema e poi la tutela dell'integrità fisica del bambino. Quando la famiglia decide di anteporre al proprio interesse quello della salute non solo presente, ma anche futura del bambino, ed alla risoluzione immediata del problema preferisce la tutela del suo equilibrio psicofisico presente e futuro, ecco che si rivolge ad un medico che pratica la Medicina Integrata (M.I.), vale a dire un professionista che conosce sia la MNC sia la Medicina Convenzionale (M.C.) e che le utilizza in base alle necessità di salute del proprio piccolo paziente senza pregiudizi ideologici,

ma avendo come unico fine la tutela del suo benessere.

I lavori di ricerca dell'ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica) hanno dimostrato come nel 1991 almeno 4 milioni di italiani avevano fatto ricorso alle MNC, mentre nel 1994 il numero era aumentato a 5 milioni. Almeno 18 milioni di persone (32% della popolazione), quando sono stati interpellati, chiedendo loro se avevano un atteggiamento positivo o negativo verso le terapie non convenzionali, hanno risposto in modo favorevole.

Metodi

L'obiettivo principale del nostro studio è stato quello di valutare quale poteva essere il livello di utilizzazione delle MNC per la cura delle malattie dei bambini.

Per questo scopo abbiamo coinvolto su tutto il territorio nazionale, la struttura didattica della Società Medica di Omeopatia e Bioterapie (SMB Italia), attraverso le varie sedi poste nelle principali città italiane. Nel caso specifico della Regione Lombardia, i questionari sono stati distribuiti nella Scuola di Milano ad 19 medici. Nessuno di questi utilizza regolarmente la medicina omeopatica nella pratica quotidiana. Uno dei Medici che ha partecipato alla ricerca lavora presso l'Azienda Sanitaria Locale MI 1 - Dipartimento di Prevenzione Distretto N. 3 di Corsico,

ha distribuito casualmente i questionari alle famiglie che si recavano presso il locale ufficio di Igiene.

Presso gli studi medici, l'ordine di distribuzione è sempre stato casuale, ad esempio lunedì primo, terzo, quinto, ottavo paziente, mercoledì secondo terzo quinto e così via. Il questionario utilizzato, conteneva dodici domande ed era diviso in due parti. La prima era composta di domande di carattere generale ed uguale per tutti, mentre la seconda parte doveva essere compilata solo da coloro che utilizzavano, per la cura delle malattie dei propri figli, le MNC. Ad ogni medico che ha partecipato alla ricerca, sono state consegnati circa 50 questionari rigorosamente anonimi, contenuti in una busta aperta, che sono stati distribuiti casualmente alle famiglie che si presentavano in studio il lunedì, il mercoledì ed il venerdì. Per distribuzione casuale, intendiamo che è stato chiesto di non seguire un ordine logico, nella consegna del foglio, ma assolutamente occasionale. Una volta compilati i questionari e chiusi nelle buste, il medico doveva semplicemente raccogliarli e senza aprire le buste consegnarli al responsabile locale della ricerca, il quale li doveva poi dare al responsabile nazionale.

Le buste, sono state raccolte e mescolate in modo tale da non capire quale fosse l'ambulatorio di provenienza, quindi aperte, ed esaminate.

Risultati

L'esame ha coinvolto un campione di 13.500 persone, vale a dire i pazienti che sono mediamente seguiti dai 19 Medici che hanno partecipato alla ricerca.

Sono state distribuiti 1.600 questionari, coinvolgendo quindi 11,8% degli utenti. Di questi hanno risposto in modo completo ed utilizzabile 1.006 persone, pari al 62,8%. Sono risultati nulli o persi, 594 questionari (37,1%).

Sono stati analizzati 1.006 questionari, di questi 526 (53%) hanno risposto che non utilizzano mai le MNC, mentre 480 (47%), hanno risposto che le utilizzano regolarmente. Questo dato, come già quello della Regione Liguria e della Regione Piemonte si avvicina in modo sorprendente ai dati ISTAT pubblicati nel 1998 nell'indagine "Condizioni di salute e ricorso al Sistema Sanitario. Secondo questa ricerca il quoziente di utilizzo per 1000 abitanti è passato dal 25,4% nel 1991 al 46,5% nel 1998 (11).

Nell'indagine la percentuale dei maschi 58,4% è stata superiore a quella delle femmine 41,1%. Per le differenze tra le classi d'età dei genitori risulta che l'età media dei genitori che utilizzano le MNC è più alta (padri 36 aa, madri 33aa) di coloro che non la utilizzano (padri 33aa, madri 30 aa.).

Confrontando poi il livello di scolarità dei genitori, si ritrova un dato ormai

comune a tutte le ricerche epidemiologiche comparse in questo settore, in pratica il livello di scolarità dei genitori che utilizzano le MNC è superiore rispetto a coloro che non le utilizzano.

I padri con un alto livello di cultura (diploma/laurea) che scelgono le MNC sono il 51% del totale; mentre tale percentuale scende al 46% fra quelli che non utilizzano le MNC. L'indice di scolarità, espresso con un valore da 0 a 5, tra i padri che le scelgono per curare i bambini è 3,51 mentre per coloro che non utilizzano le MNC è 3,34..

Analogamente, avviene per le madri dove i rispettivi valori sono il 49% rispetto al 42%, con un indice di scolarità di 3,52 contro 3,30.

Marginalmente si osserva che esiste una forte (e ovvia) correlazione positiva fra la scolarità dei due genitori.

Raggruppando per gruppi d'età i bambini, si osserva che coloro per i quali vengono utilizzate con più frequenza le MNC sono per il 40% fino a due anni, il 30,6% da tre a cinque anni, il 10% da sei a dieci anni ed il 4,7% sopra i 10 anni. Il 14,6% non ha risposto. Le differenze sono statisticamente significative. Viene confermato il dato emerso nella Regione Liguria e nella Regione Piemonte dove si dimostra che il ricorso alle MNC è maggiore quanto più frequentemente il bambino si ammala. Pertanto l'ingresso in

comunità, scuola materna o asilo nido raggruppa ben il 70.6% di tutti i pazienti che utilizzano le MNC. La ripartizione fra le discipline utilizzate per questi bambini risulta essere: l'Omeopatia (66.1%) la Fitoterapia (21.7%), l'Agopuntura (10%), la Medicina Antroposofica (1.5%), , la Medicina Orientale (0.5%). Si deve naturalmente tener conto che questa ripartizione non rispecchia la proporzione di diffusione generale delle dette discipline. Le malattie per le quali sono state usate con più frequenza le MNC sono state quelle di interesse ORL (31.7%), le allergie (16.3%), le malattie polmonari (13.5%), le malattie dermatologiche (8.8%), i disturbi del sonno e del comportamento (7.4%) e le patologie intestinali (6.7%), i disturbi dell'alimentazione (3.8%). Il ricorso al medico di Medicina Non Convenzionale avviene su consiglio del medico (24.6%), per una decisione personale, 29.1%, su il consiglio del farmacista (13.2%). Questo dato concorda con quello della Regione Liguria, e della Regione Piemonte, quindi possiamo sfatare il mito del Farmacista, tanto caro ai detrattori delle MNC, che pur di vendere è disposto a dare qualunque cosa ai propri clienti, in favore dell'immagine di un Professionista serio, attento e preparato. Discretamente importante pare essere il ruolo svolto dai parenti ed amici (13.2%) giornali e dalle riviste, 7.4%, e comunque superiore a

quello delle altre due Regioni esaminate.

La prescrizione dei rimedi di MNC è avvenuta per il 49.5% da Medici, per il 21.7% da Farmacisti.

Solo il 9.6% dei pazienti si autoprescrive i rimedi, ed il 4,7% li utilizza su consiglio del Naturopata ed il 9.3% su consiglio dell'erborista. In questo caso, le percentuali sono superiori a quelle delle altre due Regioni, e dimostrano una maggiore penetrazione della figura dell'erborista nel rapporto con il paziente.

Per la valutazione dei risultati vediamo che sono stati discreti per il 45.6% dei pazienti, per il 38.5% sono stati ottimi, mentre per il 12.7 % sono stati nulli.

In definitiva l'80% delle famiglie ha espresso una valutazione positiva.

Questo concorda, anche se con uno scarto del 10% circa in meno, con i risultati delle precedenti ricerche nella Regione Liguria e nella Regione Piemonte.

Il costo economico della terapia è stato giudicato medio dal 47.3% dei genitori, alto dal 38.8%.

La qualità della vita del bambino è migliorata in modo discreto per il 64.8% dei pazienti, in modo evidente per il 22.1% dei genitori intervistati. Globalmente l'85.1% dei pazienti si è dimostrato soddisfatto. Questi valori si sovrappongono con lo scarto dello 0.1% a quelli della Regione Piemonte e della Regione Liguria.

Il 49.4% dei pazienti ha dichiarato che a volte utilizza sia i rimedi della MNC

sia farmaci tradizionali, mentre il 19.4% utilizza regolarmente i due tipi di prodotti terapeutici. Il 27.5% utilizza solo rimedi della MNC..

I rimedi, che il Medico prescrive, o che il paziente utilizza, sono da due a cinque per il 58.3% dei casi, mentre per il 28.3% il rimedio prescritto è unico e per il 4.2% i rimedi prescritti superano i cinque, l'8.8% dei pazienti intervistati non ha risposto.

Questi dati, fondamentali per capire come la Medicina Omeopatica pluralista sia molto radicata nel territorio, si discostano per pochi decimi di punto da quelli delle altre due Regioni.

Questi dati sono sicuramente tra i più interessanti tra quelli emersi dal Questionario. Dimostrano inequivocabilmente come il 68.8% dei pazienti utilizzi indifferentemente sia la Medicina Convenzionale sia la Medicina Non Convenzionale, mentre il 27.5% utilizza esclusivamente la Medicina Non Convenzionale.

La sovrapposibilità dei dati tra Regione Piemonte, Regione Liguria e Regione Lombardia devono far riflettere sulla necessità di studiare bene i rapporti tra l'utilizzo dei farmaci cosiddetti convenzionali e quelli della MNC

Con le tavole di contingenza sono state messe a confronto la variabile "Numero malattie" (ottenuta contando le risposte date da parte dello stesso paziente, che può aver avuto più di una patologia da curare) con le altre

significative variabili dell'indagine.

In particolare viene alla luce un'importante relazione tra la variabile Numero di Malattie (NrMal) intendendo (malattie ORL, Polmonari, allergiche, intestinali,...) e la variabile Valutazione dei Risultati Terapeutici.

Dall'esame delle tabelle abbiamo riscontrato come al crescere del numero di sintomatologie patologiche compresenti trattate con la MNC aumenta la percentuale di risposte positive circa l'esito. In sostanza il 40% dei casi ha trattato tre malattie successive con la MNC e la valutazione del risultato è stata ottima, il 57% ha ottenuto un risultato discreto, il 13% un risultato nullo.

Il confronto fatto tra la variabile (NrMal) ed il numero dei rimedi utilizzati dimostra che in tutte le patologie considerate il 66% dei pazienti utilizza da due a cinque rimedi ed il 30% ne utilizza solo uno.

Mentre il rapporto tra l'Esito (la valutazione data ai risultati ottenuti) ed il numero dei rimedi utilizzati dimostra che il 69.5% dei Pazienti che utilizza da due a cinque rimedi per trattare le malattie, dichiara un risultato ottimo, contro il 27% di chi utilizza un solo rimedio.

Vediamo nuovamente confermato il rapporto corretto tra la medicina Omeopatica pluralista e l'esito positivo dei risultati terapeutici.

Infine uno dei dati fondamentali di questo lavoro è che confrontando il NrMal e la richiesta di come la Qualità

di vita del Bambino e della Famiglia sia migliorata, si evidenzia che per il 68.1% dei casi il miglioramento della qualità della vita è definito “Discreto” ed è più evidente quanto più regolare e costante è l'utilizzo delle MNC, per tre o più malattie. Per almeno tre malattie considerate, il 23.5% delle famiglie definisce ottimo il miglioramento della Qualità di Vita. Infatti incrociando la domanda sulla QDV del bambino e confrontandola con le singole malattie si ottiene che nelle patologie ORL su 222 casi che si sono espressi sulla QDV, 79 (36%) ritengono che sia migliorata in modo evidente, 116 (52%) in modo discreto e 21 (9%) nessun miglioramento.

Analogamente per le malattie allergiche il 63% ritiene la QDV migliorata in modo discreto, il 29% in modo ottimo e il 4% per nulla migliorata.

Prendendo in considerazione la variabile sulla Valutazione dei risultati Terapeutici (Esito), ed incrociandola con le singole malattie si ottengono risultati interessanti : ad es. nelle Patologie ORL i 196 casi in totale che si sono espressi sull'esito, 106 (54%) ritengono l'esito discreto, 69 (35%) l'esito ottimo, mentre per le allergie (117 casi trattati) il 42% ha avuti dei risultati ottimi, nelle malattie dermatologiche (63 casi trattati) il 49% ha avuto risultati ottimi.

Un confronto interessante è senza dubbio quello tra Esito e Qualità di vita del Bambino e tra Esito e

Riutilizzo dei Rimedi in cui si nota che esiste una stretta relazione positiva tra queste variabili.

Discussione

L'esame dei dati dimostra la notevole omogeneità del campione con quelle delle altre Regioni. Il numero elevato dei Medici che hanno partecipato alla ricerca, che utilizzano poco le MNC nella pratica clinica, la libertà e la segretezza nelle risposte, garantisce per la veridicità del campione esaminato. Il fatto che l'alto livello di scolarità dei genitori corrisponda ad un'uso più frequente delle MNC, corrisponde ad altri dati presenti in letteratura (6,11). I dati corrispondono sia per la maggiore scolarità del padre, che della madre.

La disciplina più utilizzata è la Medicina Omeopatica, seguita dalla Fitoterapia. Le altre discipline terapeutiche seguono con percentuali notevolmente più basse. Le discipline legate a principi filosofici lontani dalla mentalità occidentale non hanno un numero molto elevato di seguaci. La frequenza di utilizzo delle MNC è massima nel gruppo di età da 1 a 5 anni.

Questa età corrisponde all'ingresso dei bambini al nido ed alla scuola materna quindi il periodo nel quale la frequenza di malattia è massima, ed è più alta l'ansia dei genitori per trovare una risposta alle loro paure, o

comunque per migliorare la qualità di vita del bambino.

Le famiglie si rivolgono a medico che pratica anche la MNC, prevalentemente per propria scelta 29.1% o su consiglio del medico o del farmacista, in totale 50.2%. Questo dato, leggermente diverso da quello della Regione Liguria ed uguale a quello della Regione Piemonte, dimostra una notevole maturità sia da parte dell'utente, che da parte dei professionisti i quali non si fanno influenzare dai pregiudizi. La percentuale dei risultati positivi è anche in questa Regione molto alta ma inferiore a quella del Piemonte e della Liguria.

La qualità di vita del bambino è globalmente migliorata per l'86.9% dei casi esaminati, dalle tavole di contingenza si rileva che questo è tanto più vero quanto più è regolare e costante l'uso delle MNC in pratica per il 68.1% dei pazienti.

Riteniamo importante la conferma del fatto che l'efficacia delle MNC aumenti parallelamente all'aumento del loro utilizzo. E' una conferma di un principio generale presente in tutte queste tecniche terapeutiche. La capacità di reazione dell'organismo umano alle aggressioni di malattia è molto alta se le terapie che vengono usate non sono soppressive.

Un dato molto negativo è l'elevato costo di questo tipo di terapie. Sicuramente il riutilizzo dei rimedi consente parzialmente di abbattere

questo valore ma non è sufficiente.

In tutte le Regioni esaminate, il confronto tra la variabile Esito ed il numero dei rimedi utilizzati, propone una riflessione importantissima per tutti i medici che praticano la MNC. Che cosa significa la scarsità di risultati legata all'uso del rimedio unico? E' un problema legato all'operatore o alla scarsa efficacia del rimedio unico per le patologie acute e prevalentemente organiche del bambino?

Infine il dato che il 68.8% dei pazienti utilizza indifferentemente sia la MC sia la MNC, ci consente di affermare, quanto riscontriamo nella pratica quotidiana, vale a dire che il genitore richiede la tecnica terapeutica più utile e meno dannosa per migliorare la salute del proprio figlio, senza preclusioni ideologiche o filosofiche. In pratica, in tutte le Regioni esaminate, Liguria, Piemonte e Lombardia, circa il 70% dei genitori intervistati dichiara di usare con soddisfazione la Medicina Integrata.

Conclusione

Questa ricerca epidemiologica ha dimostrato che esiste una richiesta veramente molto evidente di approcci terapeutici diversi da quelli convenzionali. Tutti i medici dovrebbero conoscere il problema per poterne discutere con i propri pazienti. Le barriere ideologiche, gli steccati dei preconcetti sono già stati superati da

chi ha la necessità di migliorare il proprio stato di salute, rivolgendosi di volta in volta a chi è in grado di rispondere alle proprie istanze. E' dovere del medico possedere il linguaggio del dialogo e non quello della chiusura e del disprezzo. D'altra parte è importante che coloro che utilizzano le MNC siano critici verso il proprio operato e sempre pronti a metterlo in discussione. Solo attraverso il confronto, la Medicina che è Una, può progredire verso il supremo interesse che è la tutela della salute del paziente.

(*) Responsabile Ricerca Scientifica Società Medicina Bioterapia -SMB Italia.

(**) Azienda Sanitaria Locale MI 1 - Dipartimento di Prevenzione Distretto N. 3 di Corsico

(***) Università Cattolica del Sacro Cuore - Milano

(****) Prof. Associato di Informatica Medica - Fac. Medicina e Chirurgia - Università degli studi di Milano

Ringraziamo per l'indispensabile collaborazione:

Barbato Cesare, Beretta Paola, Benni Emanuela, Calzavara Maurizio, Crippa Leonardo, Federico Maria Grazia, Fumagalli Elvezia, Ghiolini Mariagrazia, Mancini Mario, Mari Angelo, Mercuri Vincenzo, Pedone Maria Grazia, Pellegrini Paola, Quarti Mascardi Angela, Ravasi Luisa, Romanelli Marina, Scevola Laura, Ticozzi Chiara, Uhama Joseph.

BIBLIOGRAFIA

1. EISENBERG, D.M., DAVIS, R.B., E7TNER, S.L., APPEL, 5., WILKEY, 5., VAN ROMPAY, M. & KESSLER, R.C.: Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997:Results of a follow-up national survey. JAMA 1998, 280(18): 1569-1575.
2. ESKINAZI, D.P.: Factors that shape alternative medicine. JAMA 1998, 280(18): 1621-1622.
3. ERNST, E.: The rise and fall of complementary medicine. J. R. Soc. Med. 1998, 91(5): 235-236
4. FISHER P., WARD A.: Medicine in Europe: complementary medicine in Europe. Br. Med. J. 309, 1994. (6947): 107-111.
5. FREEMAN J.W., LANDIS J.: Alternative/complementary therapies. South Dakota J. Med. 1997, 1(2): 65-66.
6. FUSCO F., SAMBUGARO D.: La mamma colta sceglie una strada alternativa. Occhio clinico Pediatria, 1998, 9 - 24-26.
7. GOLDBECK-WOOD *et al.*: Complementary medicine in booming world-wide. BMJ 1996, 313:131.
8. ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA. Indagine multiscopo delle famiglie: condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari. Istat, Roma, 1997.
9. KAPTCHUK T., EISENBERG D.M.: The persuasive appeal of alternative medicine. Ann. Iittt. Med. 1998, 129(12): 1061-1065.
10. MILLAR, W.J. Use of alternative health care practitioners by Canadians. Can. J. Public Health, 88(3): 154-158, 1997.
11. PIOGGIA M.F.: Il libro bianco dell'omeopata. Omeoindustria, Roma 25,2000
12. SIMPSON N. *et Al.*: The use of complementary medicine in paediatrics patients. Amb Child Health; 3: 351 1998.

G. TRAPANI*, C. BARBATO**, L. ZANINO***, A. DEL GIUDICE****,
A. LIVERANI*****

Uso delle Medicine Non Convenzionali Nella popolazione pediatrica dell'Italia Nord-Occidentale

Le Medicine Non Convenzionali (MNC) vengono definite nella letteratura anglosassone come Medicine Complementari, per meglio chiarire il loro ruolo di tecniche diagnostiche, terapeutiche e preventive che svolgono un ruolo di supporto e di complemento alla Medicina Convenzionale (MC) (1).

Il dibattito sull'uso delle terapie non convenzionali, negli Stati Uniti ed in Europa è molto vivace e ricco di spunti critici e di riflessione.

L'orientamento che prevale è quello di utilizzare il termine di Medicina Integrata (MI), per comprendere nella stessa definizione le MNC e la Medicina Convenzionale. Nella pratica quotidiana sono sempre più frequenti le metodiche terapeutiche e diagnostiche che nell'ambito dei metodi ortodossi di diagnosi e terapia, introducono tecniche innovative e complementari, tipiche delle MNC (2,3,4)

Molti pazienti cercano nelle MNC la

risposta ai loro problemi di salute, per avere un approccio più globale e condividere con il medico le scelte per la tutela del proprio benessere psicofisico oltre ad un controllo della malattia enfatizzando al massimo le capacità di autodifesa dell'organismo umano (2,5,6).

Purtroppo il problema è molto complesso, anche perché non sono molti i professionisti, adeguatamente qualificati e preparati, in grado di rispondere a questa domanda di salute.

Nel nostro paese è in corso un grande equivoco che porta eminenti studiosi ed associazioni scientifiche qualificate a scrivere su quotidiani (7) e partecipare a trasmissioni televisive (36) confondendo l'improvvisazione e la magia con le pratiche mediche, che pur agendo con meccanismi che sfuggono alla nostra razionalità, apportano un effettivo benessere globale ai pazienti. Mentre nel mondo la ricerca scientifica si sta impegnando

per dare una risposta a queste domande con importati ed attendibili ricerche, su varie malattie come riniti allergiche, asma, osteoartrosi, sindrome premestruale (8,9,10,11), nel nostro paese si assiste solo ad aggressioni ingiustificate e strumentali. Occorre uno sforzo per favorire il dialogo con chi rappresenta la Medicina Convenzionale ed una ricerca scientifica sempre più attenta e credibile anche nel definire nuovi criteri per capire i meccanismi di azione e quantificare i risultati delle MNC.

In Gran Bretagna, una commissione per la Scienza e la Tecnologia, in un recente rapporto alla Camera dei Lord (12) ha descritto un notevole incremento in questi ultimi anni dell'uso delle terapie non convenzionali, stimando che almeno il 40% dei medici generici prescrive ed utilizza farmaci e tecniche terapeutiche delle MNC.

In Olanda, un'intervista condotta fra i medici generici dimostra che oltre il 47% dei professionisti utilizza regolarmente le MNC, ed oltre il 90% degli stessi invia qualche volta i propri pazienti da colleghi che utilizzano la MNC (13).

In Israele le MNC, in particolare la medicina omeopatica, stanno conoscendo un notevole sviluppo e crescita, oltre il 34.6% dei pazienti intervistati utilizza regolarmente rimedi omeopatici per la cura dei propri disturbi (14).

In Europa i dati disponibili indicano che la percentuale dei pazienti che utilizza le MNC oscilla dal 65% della Germania, al 48% della Francia, al 35% del Belgio, al 30% della Svezia, al 20% della Gran Bretagna (1). In Giappone il 60% degli abitanti di Tokio afferma di utilizzare le MNC, mentre in Australia il 30% della popolazione afferma di consultare regolarmente professionisti di MNC (26).

In tutti questi Paesi, sia europei che extraeuropei, la grande maggioranza di coloro che utilizzano le MNC ricorrono allo stesso modo anche alla Medicina Convenzionale meglio definita come Medicina Integrata (MI). Questo dato deve essere tenuto in grande considerazione alla luce delle recenti proposte di integrazione diagnostica e terapeutica (1,2,4).

I dati sull'uso delle MNC in pediatria sono pochi. Un pregevole articolo di K. Kemper del Center for Holistic Pediatric Education and Research Children Hospital di Boston, spiega che l'uso delle MNC in Pediatria negli USA è comune ed in continuo aumento (15). In Canada i dati sono pochi, uno studio di Spigelblatt su un campione di circa 200 bambini dimostra che almeno l'11% utilizza regolarmente le MNC e che l'84% utilizza la medicina omeopatica (16). Negli Stati Uniti l'uso delle MNC dimostra un trend in continuo aumento, e come in altri lavori di ricerca, si dimostra che sono le famiglie

con più alto livello culturale ad utilizzare questo tipo di terapie (17, 18). La diffusione tra i pazienti in età pediatrica è di circa il 30% (18,19) e l'uso delle MNC tra gli adolescenti aumenta fino al 75% (19,20)

Anche tra i pazienti con malattie gravi come artrite reumatoide, fibrosi cistica, asma, la percentuale di persone che si rivolge alle MNC è veramente molto alta, tra il 30% ed il 70% (21, 22).

Armishaw J. del Dipartimento di Pediatria dell'Università di Auckland in Nuova Zelanda ha condotto uno studio interessante e singolare. Ha studiato la frequenza e l'uso delle MNC, o medicine complementari, ed il loro impatto sui risultati clinici nei bambini ospedalizzati per malattie acute. La proporzione tra coloro che venivano ricoverati dopo essere stati trattati con MNC rispetto a coloro che erano trattati con MC era del 39% contro il 59%. Le conclusioni sono state che: sebbene una parte notevole dei bambini ospedalizzati con malattie acute aveva ricevuto trattamenti di MNC, queste terapie venivano aggiunte piuttosto che sostituite alle cure convenzionali. In sostanza queste terapie non hanno dimostrato nessun effetto negativo sulla prognosi dei bambini ricoverati per malattie acute (23).

Di fronte ad un panorama così vasto ed articolato i dati più recenti disponibili per l'Italia sono le stime derivanti dall'indagine Multiscopo sulle "condizioni di salute e ricorso ai

servizi sanitari 1999-2000" condotta dall'ISTAT (24), che ha modificato profondamente i dati già disponibili in una precedente indagine (25).

Con un campione di 70.000 individui, l'indagine 1999-2000, ha dimostrato che dal 1991 al 1999 è quasi raddoppiata la quota di persone che utilizzano i principali trattamenti non convenzionali. Nel 1999 gli italiani che hanno dichiarato di aver utilizzato metodi di cura non convenzionali, nei tre anni precedenti l'intervista, sono circa 9 milioni, pari al 15,6% della popolazione italiana. Tale incremento è dovuto alla maggior diffusione dell'omeopatia: il numero di persone che vi hanno fatto ricorso è più che triplicato passando dal 2,5% all'8,2% (24).

In tutti i casi anche i lavori più recenti (26, 30) non forniscono dati precisi e particolari sulla diffusione delle MNC in Pediatria.

Solo uno studio specifico, condotto in Veneto da Fusco e coll. (27) fornisce dati più attendibili in Pediatria. Il 39% delle famiglie intervistate utilizza le MNC contro il 61% che non le utilizza. Di questi il 61,6% utilizza regolarmente la medicina omeopatica. I motivi per i quali sono richiesti l'uso delle MNC sono le patologie otorinolaringoiatriche, 25,5% e le malattie respiratorie 21,2%. Come anche in altri studi, (24,25,26,28,29) i genitori dei bambini che utilizzano le MNC hanno un livello di istruzione più elevato degli altri.

La mancanza di dati specifici per la Pediatria e la notevole diffusione di

queste discipline nell'Italia settentrionale, ha spinto la SMB Italia, Scuola Superiore di Omeopatia e Bioterapie, ad organizzare un'indagine epidemiologica nelle in tre sedi della Scuola Milano, Genova e Torino.

Metodi

L'obiettivo dello stato è stato quello di valutare l'uso delle MNC per la cura delle malattie dei bambini nell'Italia del nord ovest.

A questo scopo abbiamo coinvolto le strutture didattiche della Società Medica di Omeopatia e Bioterapie (SMB Italia), nelle tre sedi di Milano, Genova e Torino.

Attraverso i medici che frequentavano queste scuole, ed altri esterni che hanno contribuito, sono state coinvolte diverse province delle tre Regioni: Liguria (Imperia, Genova, La Spezia), Piemonte (Torino, Alessandria, Novara, Cuneo) Lombardia: (Milano, Brescia, Como, Varese, Verbania). Sono stati coinvolti 41 medici. Di questi 4 utilizzavano quotidianamente rimedi omeopatici, 22 erano Pediatri di Base, 2 Ortodontisti, 1 Veterinario, 12 Medici di Medicina Generale (uno di questi lavora presso l'Azienda Sanitaria Locale MI 1- Dipartimento di Prevenzione N. 3 di Corsico).

Questo Medico ha distribuito casualmente i questionari alle famiglie che si recavano presso il locale ufficio di Igiene.

Il questionario utilizzato conteneva dodici domande ed era diviso in due parti. La prima composta di domande di carattere generale ed uguale per tutti, mentre la seconda parte doveva essere compilata solo da coloro che utilizzavano, per la cura dei propri figli, le MNC.

Ad ogni medico che ha partecipato alla ricerca, sono state consegnate da 50 a 100 questionari rigorosamente anonimi, contenuti in una busta aperta, che sono stati distribuiti casualmente alle famiglie con figli che si presentavano in studio il lunedì, il mercoledì ed il venerdì. L'ordine di distribuzione è sempre stato casuale, ad esempio lunedì primo, terzo, quinto, ottavo paziente, mercoledì secondo, terzo, quinto e così via. In pratica è stato chiesto di non seguire un ordine logico, nella consegna del foglio, ma assolutamente occasionale ed ogni volta diverso. Di solito, per evitare l'eccessiva dispersione dei questionari, abbiamo consigliato di chiedere alla famiglia di compilarli in loco, valutando prima la comprensione dell'insieme delle domande. I genitori, in ogni caso lo dovevano compilare lontano dal medico, di solito nella sala d'attesa, e lo restituivano in busta chiusa. A questo punto, il medico doveva semplicemente raccogliarli e senza aprire le buste consegnarli al responsabile locale della ricerca, il quale li doveva poi dare al coordinatore.

Regione	No MNC	Percentuale %	Si MNC	Percentuale %
Piemonte	465	28,0%	367	26%
Lombardia	526	32,0%	480	34%
Liguria	657	40,0%	562	40,0%
Totale	1.648	53,9%	1.409	46,1%

Tab. N° 1: Uso delle Medicine Non Convenzionali (MNC) nell'Italia Nord Ovest riferite alla popolazione pediatrica 0-14 anni

Le buste, sono state raccolte e mescolate in modo tale da non capire quale fosse l'ambulatorio di provenienza, quindi aperte, ed esaminate.

Risultati

L'esame ha coinvolto un campione di circa 32.500 pazienti in età pediatrica (da 0 a 14 anni), in pratica i pazienti che sono mediamente seguiti da questi 41 medici. Per il Veterinario abbiamo calcolato il numero dei bambini presenti nelle famiglie che hanno risposto al questionario.

Sono stati distribuiti 3.750 questionari coinvolgendo quindi l'11,5% dei pazienti. Sono stati persi o annullati 693 (18,5%) questionari, mentre 3.057 (81,5%) erano validi ed esaminabili.

Di questi 1648 (53,9%) ha risposto NO, cioè non utilizza la MNC per a cura dei problemi di salute dei propri figli, mentre 1409 (46,1%) ha risposto SI (Tab.1).

La distribuzione del sesso, nei due gruppi, non era statisticamente significativa. Il 56% dei maschi ha

risposto SI' contro il 51,9% che ha risposto NO. Il 43,3% delle femmine ha risposto SI contro il 47,3 che ha risposto NO. Nemmeno la distribuzione fra le classi di età dei genitori rivela differenze significative in ordine alla scelta delle MNC.

Per la valutazione del livello culturale delle persone incontrate si è scelto un indicatore numerico variante da 0 (analfabeta) a 5 (laureato).

Ovviamente il valore medio dell'indice assume valori intermedi fra i valori interi: si deve interpretare questo valore come la tendenza più o meno marcata ad una delle classi individuate.

Se si considera il valore medio dell'indice fra le due classi (chi accetta e chi rifiuta la MNC) si manifesta una differenza statisticamente significativa a favore degli accettanti la MNC sia per i padri che per le madri: i valori vanno per i padri da 3,45 (45%) a 3,60

Scolarità	No MNC	Si MNC
Padri	3,45	3,60
Madri	3,54	3,72

Tab. N° 2: Indice del tasso di scolarità dei genitori che hanno risposto al questionario sull'uso delle MNC in Pediatria

NO MNC		TITOLI DI STUDIO	SI MNC	
Padri	Madri		Padri	Madri
9%	7%	Laurea	13%	13%
36%	39%	Diploma	43%	50%
40%	40%	Media	36%	32%
14%	14%	Elementari	7%	4%
0%	0%	Analfabeta	0%	0%
1%	0%	N.S.	1%	1%

Tab. N° 3: Titolo di studio nelle famiglie che hanno risposto al questionario sull'uso delle MNC in pediatria

BAMBINI CHE USANO LE MNC	
Età Anni	Percentuale
< 1-2	31%
3-5	31%
6-10	26%
10-14	12%

Tab. N° 4: Distribuzione dei gruppi di età nei bambini che utilizzano le MNC

Tipi di cure	Percentuale
Omeopatia	72%
Fitoterapia	17%
Agopuntura	5%
Medicina Antroposofica	2%
Medicina Orientale	1%
Osteopatia	1%
Chiropratia	2%

Tab. N° 5 : Frequenza di utilizzazione delle MNC

(56%) e per le madri da 3.54 (46%) a 3.72 (63.1%) (Tab.2).

Quindi se si considerano solo coloro che hanno un alto livello culturale (diploma/laurea), la preferenza per le MNC varia dal 56.0% dei padri al

63.1 % delle madri, in accordo con la riconosciuta influenza che, almeno nella nostra società, hanno le madri sulla cura dei figli (Tab.3).

Marginalmente si osserva che esiste una forte e ovvia correlazione positiva fra la scolarità dei due genitori. Sono così confermati ancora una volta i dati ISTAT (24,25, 26,27).

Raggruppando per gruppi d'età i bambini, si osserva che le MNC sono utilizzate con più frequenza nelle fasce di età che corrispondono all'ingresso in comunità del bambino, Asilo Nido da 0 a 2 anni (31%) e Scuola Materna da 3 a 5 anni (31%). In pratica il 62% dei bambini che entrano in comunità utilizzano le MNC. Le percentuali si riducono al 26% per i bambini che frequentano la scuola elementare da 6 a 10 anni, ed all'11% per quelli che frequentano le scuole medie dagli 11 ai 14 anni (Tab.4). Questi dati corrispondono all'ultima indagine multiscopo dell'ISTAT (24).

Tra queste discipline la più utilizzata per questi bambini è la Medicina

Patologie	Percentuale
O.R.L.	33%
Patologia polmonare	8%
Disturbi del sonno	9%
Intolleranze alimentari	4%
Allergie	12%
Patologie app. gastrico	7%
Dermatologia	10%
Altre	10%
Bambino sempre malato	7%

Tabella N° 6 Malattie per le quali vengono usate con più frequenza le MNC

Omeopatica 72%, seguita a grande distanza dalla fitoterapia 17%, dall'Agopuntura 5%, dalla Medicina Antroposofica 2%, dalla Chiropratica 2%, Medicina Orientale ed Osteopatia, entrambe all'1% (Tab.5). Le malattie per le quali sono state usate con più frequenza le MNC sono le patologie di interesse ORL 33%, le allergie 12%, malattie dermatologiche 10%, disturbi del sonno 9%, malattie polmonari 8%, malattie gastroenteriche 7%, disturbi dell'alimentazione 4% (Tab.6).

Il ricorso al medico che utilizza anche le MNC avviene di solito su consigli o del Medico 39% o per scelta personale 32%, su consiglio del farmacista 12%. Più contenuto pare essere il ruolo svolto da parenti ed amici 10%, libri e riviste 6% (Tab.7).

La prescrizione dei rimedi di MNC per la maggior parte dei casi, il 60% è fatta dal Pediatra, il 18% dal Farmacista, il 9% è autoprescrizione, la

Scelta MNC	Percentuale
Personale	32%
Consiglio medico	39%
Consiglio farmacista	12%
Parenti / Amici	10%
Libri / Riviste	6%
N.S.	1%

Tab. N° 7 : Motivazioni per la scelta di terapia MNC

restante parte viene divisa tra consigli dell'Erborista, di riviste e di altre figure professionali. (Tab.8)

Per la valutazione dei risultati vediamo che sono stati discreti per il 46% dei pazienti, per il 44% sono stati ottimi, mentre per il 10 % sono stati nulli non hanno risposto. In definitiva il 90% delle famiglie ha espresso una valutazione positiva (Tab.9). I dati dell'indagine ISTAT esprimono un giudizio positivo da parte del 39,8% dei pazienti, quindi molto vicino al nostro 44% (24).

Il costo della terapia è stato giudicato medio dal 49% dei genitori, alto dal 40%.

La qualità della vita del bambino è considerata migliorata in modo discreto per il 57%, in modo evidente per il 30% dei genitori intervistati, per nulla o non rispondono il 13%. Globalmente l'87% dei genitori dei nostri piccoli pazienti si è dimostrato soddisfatto (Tab.10).

Prescrizioni	Valori	Percentuali
Medico	1.067	60%
Farmacista	330	18%
Naturopata	116	6%
Erborista	53	3%
Autoprescrizione	161	9%
Altri	65	4%
Totale	1.792	100%

Tab. N° 8 : Chi prescrive farmaci di MNC

Il 47% dei pazienti ha dichiarato che a volte utilizza sia i rimedi della MNC che farmaci tradizionali, mentre il 21% utilizza regolarmente i due tipi di prodotti terapeutici. Il 27% utilizza solo rimedi della MNC (Tab.11).

I farmaci, che il Medico prescrive, o che il paziente utilizza, sono da due a cinque per il 59% dei casi, mentre per il 25% il farmaco prescritto è unico e per il 5% i farmaci prescritti superano i cinque, il 11% dei pazienti intervistati non ha risposto (Tab.12).

Dal questionario emerge inequivocabilmente che il 68% dei pazienti usa entrambe le medicine, ricercando quindi un'integrazione tra le varie discipline, secondo le proprie necessità, mentre il 27% utilizza

esclusivamente la MNC.

Anche in questo caso la sovrapposibilità dei dati, pubblicati nei precedenti resoconti (31,32,33,34) tra Regione Piemonte e Regione Liguria e Regione Lombardia, deve far riflettere sull'opportunità di studiare i rapporti tra l'utilizzo dei diversi tipi di farmaci e le reali possibilità di integrazione e non di antagonismo tra la Medicina Convenzionale e la MNC. Non quindi "una alternativa scadente alla medicina tradizionale che sostituendosi alle terapie di dimostrata efficacia, sottrae molte persone affette da tumori curabili, tempo prezioso e possibilità di sopravvivere" come dice la relazione Calabresi, per gli studi sulla terapia Di Bella, (dove comunque

Valutazione risultati	Percentuali
Ottimi	44%
Discreti	46%
Nulli	6%
N.S.	4%

Tab. N° 9 : Valutazione soggettiva dei risultati ottenuti usando le MNC

Miglioramento qualità di vita del bambino	Percentuale
Evidentemente	30%
Discreto	57%
Nulla	7%
N.S.	6%

Tab. N° 10 : Valutazione soggettiva della qualità di vita del bambino che usa MNC<

Associazione altri farmaci	Percentuale
Si	21%
No	27%
Qualche volta	47%
N.S.	4%

Tab. N° 11 : Integrazione tra MNC e MC

non vengono utilizzate le MNC), citata da E. Salvidio (35), ma una integrazione reale valida e costruttiva. Allo scopo di valutare sinteticamente i rapporti intercorrenti fra lo stato patologico affrontato e gli esiti della terapia, si è costruito un altro indice costituito dal semplice conteggio del numero di patologie incontrate sullo stesso individuo. Questo indice non testimonia della gravità della patologia bensì dell'estensione dei sistemi coinvolti (malattie ORL, polmonari, allergiche, intestinali, etc).

L'elemento più evidente (e che testimonia di un approccio olistico al piccolo malato) è l'incremento del grado di qualità di vita con crescere del numero di patologie: oltre 87% di casi con 3 o più patologie considera, se pure a diverso livello, positivo il risultato terapeutico e nel 30% di questi casi il giudizio è ottimo.

Anche a livello delle singole patologie la valutazione dell'esito espressa ovviamente dai genitori, mostra risultati meritevoli di riflessione: infatti, nella generale soddisfazione, i giudizi di esito insoddisfacente vanno da un

Numero rimedi usati	Percentuale
1	25%
2-5	59%
> 5	5%
N.S.	11%

Tab. N° 12 : Numero Rimedi Usati

minimo del 2% per le malattie dermatologiche ad un massimo dell'8% per le patologie polmonari, con una media del 4% per le malattie ORL, allergiche ed i disturbi del sonno. Le valutazioni fortemente positive si riscontrano nelle malattie dermatologiche 56%, nelle allergie 51% e nei disturbi dell'alimentazione 51%.

Il confronto fra Esito e Qualità della vita del bambino conferma l'attesa stretta positività.

Molto importante e di delicata interpretazione è il risultato della tavola di contingenza tra le variabili Esito e Numero dei rimedi utilizzati: un solo rimedio porta più frequentemente a scarsi risultati. Confrontando l'uso di un solo rimedio con i risultati nulli, si ottiene che l'11% dei genitori ha dichiarato che i risultati ottenuti erano nulli, mentre per il 56,7% erano discreti. I risultati ottimi nel 52,7% dei casi corrispondono all'uso da 2 a 5 rimedi, mentre il 32,1% con l'uso di un singolo rimedio. Utilizzando da 2 a 5 farmaci i risultati nulli scendono a 5,6% (Tab. 13).

Esito	I rimedio	Percentuale	1-2 rimedi	Percentuale	> 5 rimedi	Percentuali
Ottimo	117	32,2%	424	52,7%	38	55,1%
Discreto	207	56,8	334	41,5	24	34,8%
Nulla	40	11,0%	45	5,6	4	5,8%
Totale	365	100%	805	100%	69	100%

Tab. N° 13 : Valutazione soggettiva sull'esito della terapia con MNC

Discussione

L'esame dei dati dimostra l'omogeneità del campione sia rispetto al sesso sia all'età dei bambini sia dei genitori. Il fatto che solo il 10% dei medici coinvolti nell'indagine utilizza anche le MNC nella pratica quotidiana, che il restante 90% non le utilizza, la libertà e la segretezza delle risposte garantisce la significatività del campione.

L'indagine è rivolta ad una zona d'Italia dove l'uso delle MNC è molto alto (24), e l'apparente difformità verso l'indagine ISTAT è corretta se questi dati sono riportati su tutto il territorio nazionale, tenuto conto dello scarso utilizzo delle MNC nell'Italia Meridionale.

L'alto livello di scolarità dei genitori corrisponde ad una preferenza per le MNC. Questo dato è confermato in tutte le indagini svolte sia in Italia sia all'estero (15,16,17,19,24,25,26,27,30). La disciplina più usata è l'Omeopatia, seguita dalla Fitoterapia. Le altre discipline terapeutiche seguono con percentuali notevolmente più basse. Sicuramente l'impostazione di derivazione dalla cultura medica occidentale influenza queste scelte,

come riconosciuto in una lettera del Presidente della CEI Mons. Camillo Card. Ruini (36), mentre la diversa impostazione filosofica delle altre discipline può agire da deterrente. La frequenza di utilizzo delle MNC è massima nei due gruppi di età fra 0 e 2 anni e fra 3 e 5 anni. Oltre a confermare dati già noti (24, 27), dimostra definitivamente che quando il bambino entra in comunità inizia ad ammalarsi, e che la Medicina Convenzionale non risponde adeguatamente alle richieste dei genitori. Questo è il motivo per il quale si ha una così notevole richiesta di MNC, il 62%, e perché i genitori cercano di migliorare la qualità di vita del bambino e ridurre la sua assunzione di farmaci. Sicuramente un bambino in buona salute significa un notevole risparmio economico sia come spesa farmacologica sia come risparmio di giornate di lavoro perse dal genitore. Il processo decisionale che porta un genitore a rivolgersi al medico che utilizza anche la MNC, matura autonomamente nella famiglia del bambino, pur con qualche differenza nelle tre regioni. In definitiva comunque, è dimostrata la notevole

maturità delle famiglie italiane che utilizzano le MNC.

L'alta percentuale dei risultati positivi appare influenzata sia dalle scelte personali sia dalla professionalità e dalla preparazione dei prescrittori, oltre che la validità delle tecniche terapeutiche utilizzate.

L'autoprescrizione è a livelli molto bassi, questo dato differisce da altre ricerche (24) ma per somministrare un farmaco al bambino, i genitori si rivolgono sempre al Pediatra.

La qualità di vita del bambino è globalmente migliorata per l'87% dei casi esaminati: questo risulta tanto più verificato quanto più è regolare e costante l'uso delle MNC (58.6%) dei pazienti.

L'osservazione che l'efficacia delle MNC aumenta con il crescere del loro utilizzo sembra dare una prima conferma del principio, presente in tutte queste tecniche terapeutiche, dell'accrescimento della capacità di reazione dell'organismo umano malato se le terapie usate non sono oppressive.

Il confronto tra la variabile Esito ed il numero dei rimedi utilizzati, ripropone una delicata discussione sulla scarsità di risultati legata all'uso del rimedio unico che non affrontiamo in questa sede.

Infine, piace osservare con soddisfazione che se circa il 68% dei genitori dichiara di usare indifferentemente rimedi della MC e della MNC, significa che le preclusioni fraposte ad un incontro fra i vari modi

di prendersi cura del paziente possono e devono essere superate.

Conclusioni

Questa ricerca epidemiologica, anche se si è svolta in una parte del nostro paese dove le MNC sono molto diffuse, ha dimostrato che esiste una richiesta diffusa e pressante di approcci terapeutici diversi, efficaci, anche se non convenzionali.

Tutti i medici dovrebbero avere delle nozioni generali sulle MNC, capire quali sono le loro possibilità ed i limiti e discuterne con i propri pazienti. Le barriere ideologiche, gli steccati, i preconcetti sono già stati superati da chi ha la necessità di migliorare il proprio stato di salute, rivolgendosi di volta in volta a chi è in grado di rispondere alle proprie istanze. E' dovere del medico acquisire il linguaggio del dialogo. D'altra parte è importante che coloro che utilizzano le MNC siano critici verso il proprio operato e sempre pronti a metterlo in discussione.

Solo attraverso il confronto, la Medicina che è Una, può progredire verso la tutela della salute del paziente. Purtroppo il problema della qualificazione degli operatori sanitari è ancora evidente in tutta Europa (4). In mancanza di una legislazione adeguata le Scuole a gestione privata, come la SMB Italia, svolgono questo ruolo, ma non tutte hanno i requisiti e le capacità di farlo. In Gran Bretagna e negli Stati

Uniti d'America si sta diffondendo sempre di più l'uso dell'apprendimento a distanza attraverso la Rete (4,37) per sopperire a questa carenza. Il Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine ha programmato una serie di corsi utilizzando questa metodica di apprendimento. In Italia il For.Com., Consorzio Interuniversitario per la Comunicazione, nel suo Dipartimento Sanità ha organizzato Corsi di Perfezionamento per Medici e Farmacisti utilizzando la metodica dell'insegnamento a distanza. Ci auguriamo che finalmente nella nuova Legislatura una legge adeguata organizzi le MNC, per rispondere alle domande di salute e di libertà di scelta terapeutica sempre più pressanti, dei cittadini italiani. Il nostro lavoro vuole essere un contributo a questo lungo e difficile percorso.

Questo articolo è stato pubblicato:
 come Abstract su: *La Professione* n. 1/2
 Gennaio/Febbraio 2002, 14.
 In versione ridotta su: "Il medico Pediatra"
 periodico della Federazione Italiana Medici
 Pediatri Vol. 11 - num. 3 - Giugno 2002, 228, 235
 1 Responsabile Ricerca Scientifica Società
 Medicina Bioterapìa SMB Italia.
 2 Azienda Sanitaria Locale MI 1 -
 Dipartimento di Prevenzione Distretto N. 3
 di Corsico
 3 Docente di Omeopatia SMB Italia, Scuola di
 Torino.
 4 Università Cattolica del Sacro Cuore - Milano
 5 Prof. Associato di Informatica Medica - Fac.
 Medicina e Chirurgia - Università degli studi
 di Milano.

BIBLIOGRAFIA

1. ERNST E.:
The role of complementary and alternative medicine.
BMJ 2000; 312:1133-1135
2. MAIZES V., CASPI O.:
The principles and challenges of integrative medicine; more than a combination of traditional and alternative therapies.
West J. Med. 1999; 171: 148-149
3. BERMAN B.M.:
Complementary medicine and medical education.
BMJ 2001; 322:121- 122
4. REES L., WEIL A.:
Integrated medicine.
BMJ 2001; 322: 119-120
5. AUSTIN J.A.:
Why patients use alternative medicine
JAMA 1998; 279: 1548-1553
6. LEWITH G.T.:
Reflections on the nature of consultation. *J. Altern. Complement. Med.* 1998; 4: 321 - 323.
7. DIOGUARDI N.:
Rivalutare la magia? *Specchio*,
suppl. de *La Stampa* 2001; 274: 45
8. TAYLOR M.A., REILLY D.,
LLEWELLYN-JONES H., MCSHARRY
C., AITCHSON T.:
Randomised controlled trial oh
homeopathy versus placebo in perennial
allergic rhinitis with overview of four trial
series.
BMJ 2000; 321: 471-476
9. HASELEN (VAN) R., FISHER P.A.G.:
A randomized controlled trial comparing
topical piroxicam gel with a homeopathic
gel in osteoarthritis of the knee.
Rheumatology 2000; 39: 714-719
10. LINDLE K., JOBST K.A.:
Homeopathy for chronic asthma (Cochrane
Review)
In: *The Cochrane Library*, 4, 2000. Oxford:
Update Software
11. SCHELLENBERG R.:
Treatment for the premenstrual syndrome
with agnus castus fruit extract: prospective,
randomised, placebo controlled study.
BMJ 2001; 322: 134-137
12. HOUSE OF LORDS.:
Complementary and alternative medicine.
London: Stationery office, 2000

13. VISSER G.J., PETERS L.:
Alternative medicine and general practitioners in The Netherlands: towards acceptance and integration.
Family Practice, 1990; Vol 7, 227-232
14. KITAI E., VINKER S., SANDIUK A., HORNİK O., ZELTCER C., GAVER A.:
Use of complementary and alternative medicine among primary care patients.
Family Practice, 1998; Vol.15, 411-414
15. KEMPER K.J.:
Complementary and alternative medicine for children.
West J. Med. 2001; 174: 272-276
16. SPIGELBLATT L., LAINE-AMMARA G., PLESS IB., GUYVER:
The use of alternative medicine by children.
The American Academy of Pediatrics;
1994 Vol 94, Issue 6, 881 – 814
17. EISENBERG D.M., DAVIS R.B., ETTNER S.L., ET AL.:
Trends in alternative medicine use in United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey.
JAMA 1998; 280: 1596-1575.
18. OTTOLINI M., HAMBURGER E., LOPRIETO J. ET ALL.:
Alternative medicine use among children in the Washington DC area.
San Francisco CA: Pediatrics Academic Societies; 1999
19. SIMPSON N., PEARCE A., FINLAY F., LENTON S.:
The use of complementary medicine in paediatrics outpatient clinics.
Ambulatory Child Health 1998; 3: 351-356
20. WILSON K. KLEIN J.:
Adolescent' use of complementary and alternative medicine.
Pediatr Res 2000; 47: 13A
21. STERN R.C., CANDA E.R., DOERSHUK C.F.:
Use of nonmedical treatment by cystic fibrosis patients
J Adolesc Health 1992; 13: 612-615
22. SOUTHWOOD T.R., MALLESON P.N., ROBERTS-THOMPSON P.J., MAHY M.:
Unconventional remedies used for patients with juvenile arthritis.
Pediatrics 1990; 85: 150-154
23. ERMISHAW J., GRANT C.C.:
Use of complementary treatment by those hospitalised with acute illness.
Arch Dis Child 1999; 81: 133-137
24. ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA:
Le terapie non convenzionali in Italia: Indagine multiscopo sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000. - 18 aprile 2001.
ISTAT Roma.
25. ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA:
Indagine multiscopo delle famiglie: condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari.
1997. ISTAT. Roma.
26. MENNITI IPPOLITO F., DE MEI B.:
Caratteristiche d'uso e livelli di diffusione della Medicina Non Convenzionale.
Ann. Ist. Super. Sanità, vol 35, 1999; 4:489 – 497
27. FUSCO F., SAMBUGARO D., BOZZETTI R.:
La mamma colta sceglie una strada alternativa.
Occhio clinico Pediatria. 1998; 9: 24-26
28. SPIGELBLATT L. ET ALL:
The use of alternative medicine by children.
Pediatrics 1994; 94: 811
29. EISENBERG D. ET ALL.:
Unconventional Medicine in the United States.
N. Engl. Med. 1993; 328: 246
30. PIOGGIA M.F.:
Il Libro Bianco dell'Omeopatia.
Omeoindustria. Roma, 8 Novembre 2000: 25
31. TRAPANI G., BARBATO C.:
Indagine sull'uso delle Medicine Non Convenzionale in Pediatria
Cahiers de Bioterapie ed. Italiana, 2000: 3;12-16
32. TRAPANI G., DEL GIUDICE A., LIVERANI A.:
Indagine nella Regione Liguria sull'uso delle Medicine Non Convenzionali in Pediatria
Cahiers de Bioterapie ed. Italiana, 2000: 4;39-45.
33. TRAPANI G., ZANINO L., DEL GIUDICE A., LIVERANI A.:
Indagine nella Regione Piemonte sull'uso delle Medicine Non Convenzionali in Pediatria
Cahiers de Bioterapie ed. Italiana, in corso di pubblicazione.
34. TRAPANI G., C. BARBATO, DEL GIUDICE A., LIVERANI A.:
Indagine nella Regione Lombardia sull'uso

- delle Medicine Non Convenzionali in
Pediatria I.
Cahiers de Bioterapie ed. Italiana, in corso
di pubblicazione
35. SALVIDIO E.:
Cancer Quacks, ovvero i ciarlatani della
cura del cancro.
la Professione 2001; 4:12
36. PITERÀ F.:
Divina Omeopatia, le falsità di Quark e la
disinformazione su Vaticano ed omeopatia.
Anthropos & Iatria, 2001; 1: 36-52
37. WEIL A.:
The significance of integrative medicine for
the future of medical education.
Am J Med 2000; 108: 441-443.

Si ringraziano i medici che hanno collaborato:

Lombardia

Barbato Cesare, Beretta Paola, Benni Emanuela, Calzavara Maurizio, Crippa Leonardo, Fumagalli Elvezia, Ghiolini Mariagrazia, Mancini Mario, Mari Angelo, Mercuri Vincenzo, Pedone Maria Grazia, Pellegrini Paola, Quarti Mascardi Angela, Ravasi Luisa, Romanelli Marina, Ticozzi Chiara, Uhama Joseph.

Liguria

Castagnoli Giuseppe, Nigro Mirella, Barberio Lando, Priolo Marcello, Muia' Cosimo Claudio, Pilade Emanuela, Frassi Maria Costanza, Murialdo Piero, Andreoli Luciano, Bersezio Antonio.

Piemonte

Filippo Pennini, Federica Picchio, Paola Toscano, Mariagrazia Federico, Enrico Ferrario, Mariagrazia Elena, Giuseppe Palena, Walter Felicioni, Donato Orrù, Luisella Zanino, Giuseppina Marchetto.

G. TRAPANI*, E. FERRARIO**, F. TAVOLA***, A. CAMPARI****

Il sintomo tosse: confronto fra l'attività di uno sciroppo omeopatico e di uno allopatico

La tosse consiste nell'improvvisa espulsione delle vie respiratorie dell'aria trattenuta con la chiusura della glottide. Viene comunemente distinta in tosse catarrale (faringiti, bronchiti), tosse secca (laringotracheiti, da corpo estraneo, asma), tosse croupale (laringiti) e tosse parossistica (pertosse) (1,2).

Quando la tosse è produttiva, ha un significato di protezione, pertanto non deve essere ostacolata ma semplicemente modulata. Le tossi secche, parossistiche o croupali devono invece essere sedate perchè compromettono in modo notevole la vita relazionale del paziente e se bambino quella della sua famiglia. Uno sciroppo antitosse per essere efficace deve tenere conto dell'insieme delle componenti fisiopatologiche (infiammazione, spasmo,...) caratteristiche di questo tipo di tosse (3). Lo sciroppo omeopatico risponde

a questi criteri grazie alla sua formula composta esclusivamente da sostanze vegetali e minerali ad alte diluizioni. Esistono numerosi studi, anche in doppio cieco, che confermano l'attività antitosse di questo sciroppo (3,4,5) pertanto non riteniamo necessario cercare ulteriori conferme.

Questo lavoro "in aperto" sull'attività di uno Sciroppo Omeopatico (S.O.)¹ nasce dall'esigenza, sempre sentita e costantemente perseguita all'interno della nostra scuola di Omeopatia, l'S.M.B. Italia, di coinvolgere i Medici dei vari anni di Corso in studi di Ricerca Clinica. Questa è una delle tante strategie che seguiamo per favorire il superamento del semplice concetto di "sapere ed arrivare a quello più globale di "saper fare". Pertanto, come per altre Ricerche (9,10), abbiamo chiesto ed ottenuto la collaborazione di alcuni Medici del

Terzo Anno di Corso della Scuola di Omeopatia della S.M.B. Italia di Milano.

Lo sciroppo utilizzato, è composto da diversi rimedi, di seguito vediamo la composizione con la Materia Medica:

DROSERA: crisi violente accompagnate da nausea, aggravate verso mezzanotte, parlando, migliorate all'aria fresca.

ARNICA: crisi pertussoidi molto violente e dolorose.

BELLADONNA: tossi secche e spasmodiche.

ARTEMISIA CINA: tossi secche e spsmodiche

COCCUS CACTI: tossi spasmodiche aggravate dal calore

CORALLIUM RUBRUM: tosse associata a catarro nasale aggravata dal freddo

CUPRUM: tosse secca violenta migliorata da qualche sorso di acqua fredda

FERRUM PHOSPH : tosse secca con solletico laringeo

URAGOGA IPECACUANA: tosse incessante con dispnea aggravata dal movimento

SOLIDAGO VIRGA: tosse con senso di oppressione, drenaggio epatico

L'obiettivo di questa sperimentazione è stato di mettere in evidenza l'attività dello sciroppo nelle tosse acute e non produttive nel bambino, confrontandolo con uno sciroppo di riferimento allopatico che viene definito come sedativo della tosse ad azione

periferica. Anche Drosera ed Aconitum utilizzati in Tintura Madre hanno un meccanismo d'azione periferico (3).

Materiali e metodi

La valutazione è stata eseguita con la metodica dello studio in aperto. Sono stati coinvolti dei Medici che hanno utilizzato solo lo sciroppo (S. O.) ed altri solo lo sciroppo di Riferimento Allopatico (S.R.A.)², questo per evitare che il Medico effettuasse dei confronti personali durante il trattamento e la compilazione delle schede potesse essere influenzata da impressioni soggettive.

Sono stati inclusi nello studio bambini da 1 a 14 anni con tosse acuta (da più di 7 a meno di 21 giorni) (6) con episodi singoli, a crisi parossistiche o pertussoidi, causata da infezioni o infiammazioni dell'albero respiratorio con e senza febbre come faringiti, tracheiti, laringiti, sinusiti, otiti, sindromi influenzali, pertosse, tossi spasmodiche di origine allergica. Potevano essere somministrati altri farmaci(7) ma non sedativi della tosse o farmaci antiistaminici o cortisonici. Sono state escluse: le tossi psicogene, quelle da rimozione di corpo estraneo, quelle provocate da inquinamento ambientale, le tossi associate ad infezioni polmonari gravi (brucopolmoniti, TBC, micoplasmii, AIDS,...); coloro che hanno utilizzato farmaci per la tosse la settimana

precedente l'inizio della terapia.

Lo studio di ogni singolo caso ha avuto la durata di sette giorni e comprendeva un bilancio iniziale, uno dopo quattro giorni di terapia ed uno alla fine del settimo giorno. L'inclusione nel protocollo è avvenuta dopo una valutazione anamnestica ed eziologica del sintomo da parte del Medico Sperimentatore.

Sono stati considerati quattro parametri di valutazione: numero delle crisi di tosse nell'arco della giornata, intensità delle crisi di tosse, dolore toracico o retrosternale, risvegli notturni, ed è stato assegnato un punteggio progressivo in base alla gravità del sintomo.

La posologia usata è stata:

per S.O. somministrato tre quattro volte al dì prima del pasto 1 - 3 anni:
1 cucchiaino

3 - 14 anni: 1 cucchiaino

per lo S.R.A. somministrato tre volte al dì prima del pasto

1 - 2 anni 1 goccia/kg/die

2 - 5 anni 1 cucchiaino da caffè

5 - 10 anni 1 cucchiaino da tè

10 - 14 anni 1 cucchiaino

I pazienti che hanno sospeso la terapia o aggiunto altri farmaci non permessi sono stati esclusi dal protocollo.

Alla fine è stata eseguita una valutazione dei punteggi assegnati al Gruppo 1 trattato con S. O. ed al Gruppo 2 trattato con S.R.A. tra la prima, la quarta e la settima giornata confrontati con il test t di student o del chi 2.

Risultati

Sono stati studiati 77 pazienti di età compresa fra due e quattordici anni. Di questi 36 hanno assunto lo S. O. (Gruppo 1) e 41 lo S. R. A. (Gruppo 2). I due gruppi sono risultati omeogenei per età e per sesso.

Infatti il confronto statistico tra la differenza delle età nei due gruppi ($P < 0,70$) non era significativo. La media tra i sessi, 17 maschi e 19 o femmine per il Gruppo 1 e 23 maschi e 18 femmine per il Gruppo 2 ($P < 0,07$), non presenta differenze statisticamente significative.

Esaminando invece l'andamento delle risposte cliniche nell'arco dei sette giorni (Fig.1) e confrontando i punteggi globali sia del Gruppo 1 che del Gruppo 2 troviamo una notevole significatività riguardo la riduzione dei sintomi tra la prima e la settima giornata di terapia sia nel gruppo trattato con S.O. ($P < 0,0001$) che in quello con S.R. ($P < 0,0001$).

Confrontando invece l'attività dei due prodotti nella settimana di terapia (Tab. N.1) la differenza fra la media del punteggio globale in prima giornata è ($P < 0,4$), in quarta giornata ($P < 0,08$), in settima giornata ($P < 0,2$) quindi la diversa attività dei due sciroppi non è statisticamente significativa.

In definitiva vediamo che entrambe i prodotti hanno ridotto significativamente la sintomatologia globale e che non esiste praticamente diversità di azione tra i due sciroppi

Fig. 1



Tab. 1

Confronto fra le medie dei punteggi totali nei vari giorni di terapia e significatività statistica			
	I GIORNO	IV GIORNO	VII GIORNO
GRUPPO I	5,34 ($\pm 2,3$)	3,5 ($\pm 2,5$)	1,78 ($\pm 1,7$)
GRUPPO II	5,33 ($\pm 2,4$)	4,43 ($\pm 2,1$)	2,31 ($\pm 1,5$)
P	N.S.	N.S.	N.S.

Fig. 2



Tab. 2

Confronto fra la media dei punteggi nei vari sintomi in prima giornata di terapia e significatività statistica				
	NUMERO CRISI DI TOSSE	INTENSITÀ CRISI DI TOSSE	DOLORE	RISVEGLI NOTTURNI
GRUPPO I	1,69 ($\pm 0,9$)	2,22 ($\pm 0,6$)	0,78 ($\pm 0,1$)	1,25 ($\pm 0,7$)
GRUPPO II	1,76 ($\pm 0,6$)	1,92 ($\pm 0,7$)	0,71 ($\pm 0,1$)	1,18 ($\pm 0,9$)
P	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.

Tab. 3

Confronto fra la media dei punteggi in settima giornata di terapia e significatività statistica				
	NUMERO CRISI DI TOSSE	INTENSITÀ CRISI DI TOSSE	DOLORE	RISVEGLI NOTTURNI
GRUPPO I	0,39 ($\pm 0,6$)	1,06 ($\pm 0,1$)	0,19 ($\pm 0,6$)	0,17 ($\pm 0,4$)
GRUPPO II	0,61 ($\pm 0,5$)	1,18 ($\pm 0,5$)	0,25 ($\pm 0,7$)	0,42 ($\pm 0,5$)
P	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.

(Fig. N.2).

Anche dall'esame della riduzione dei valori medi dei punteggi per singoli sintomi in prima (Tab. N.2), in quarta ed in settima giornata (Tab. N.3) riscontriamo lo stesso andamento, ovvero la riduzione del numero e dell'intensità delle crisi di tosse, del dolore e dei risvegli notturni risulta essere buona per entrambe i prodotti e la differenza statistica non è significativa.

La tolleranza per entrambe gli sciroppi si è dimostrata ottima con alcune osservazioni, "troppo dolce" per lo S.O. e "troppo amaro" per S.R. A. che non hanno portato in nessun caso all'interruzione della terapia.

L'utilizzazione di terapie associate, antibiotici, antiinfiammatori, non ha influenzato in senso negativo l'andamento del trattamento.

Conclusioni

Lo Sciroppo Omeopatico somministrato a 36 bambini di età compresa fra i 2 ed i 14 anni ha dimostrato di essere in grado di ridurre in modo significativo il sintomo tosse ed i disturbi correlati (dolore, risvegli notturni). Il confronto con un prodotto Allopatico di Riferimento ad azione antitussiva a livello periferico ha dato risultati soddisfacenti. In nessun momento del periodo di trattamento la differenza di attività tra i due prodotti è stata statisticamente significativa.

Non sono stati riscontrati effetti secondari sulla funzione respiratoria. L'utilizzazioni di altre terapie durante i trattamenti con lo sciroppo Omeopatico non ha influenzato la risposta clinica. In conclusione lo sciroppo Omeopatico, dimostra di essere indicato nelle tosse secche o a crisi parossistiche, sia da solo che associato ad altri farmaci anche Allopatici. Poichè è privo di effetti collaterali con una perfetta tolleranza clinica può essere somministrato a bambini di tutte le età.

¹ Il nome commerciale dello sciroppo omeopatico (S.O.) è Drosetux

² Sciroppo S. RA. contenente levodropropizina

* Docente di Omeopatia S.M.B. ITALIA
Pediatra U.S.S.L. 01 Imperiese

** Pediatra Ass. Ospedaliero Ospedale di Carmagnola (TO)

*** Medico di Base U.S.S.L. 04 Lazzate (MI)

**** Medico di Base U.S.S.L. 04 Misinto (MI)

BIBLIOGRAFIA

- HERTL M.:
"Diagnosi differenziale pediatrica"
Ed. Società Editrice Universo, Roma, 1980.
- BEHRMAN R.E.:
"NELSON Trattato di Pediatria"
Edizioni Minerva Medica, Torino, 1993.
- DORFMAN P., BORDES L.R., TETAU M.:
"sirop DROSETUX: étude clinique
controlée versus placebo de son activité
antitussive"
Cahiers de Biothérapie n° 93 - février 1987.
- BORDES L.R., SOUDANT J., DORFMAN P.:
"DROSETUX, un médicament
homéopatique à l'épreuve du double insu"
Medecine et Enfance. Vol. 8 - N. 7 - 1988.

5. BORDES L.R., DORFMAN P.:
"Evaluation de l'activité antitussive du sirop Drosetux:etude en double aveugle versus placebo."
Les Cahiers d'O.R.L.,T. XXI - N.9,731,735 - 1986.
6. HOCEKELMAN R., FRIEDMAN S., NELSON N.M., SEIDEL H.M.:
"Pediatria"
Centro Scientifico Editore, Torino, 1993.
7. LODISPOTO A.:
"Chemioterapici ed omeopatia un matrimonio che si deve fare!"
Medicina Naturale, N° 6, Anno IV, 16-20,Novembre 1994.
8. TETAU M.:
"Traitement homéopatique de la toux"
Cahiers de Biothérapie N° 63, Septembre 1979.
9. TRAPANI G., LEGNANTE G.:
"Immunomodulazione (ricerca clinica)"
Abstracts III Convegno Nazionale da Ippocrate ad Hahnemann: Ruolo ed attualità dell'Omeopatia e Bioterapia, 21-23, Punta Ala 11-12 Giugno 1994.
10. TRAPANI G., LEGNANTE G., RICCIOTTI F.:
"Omeopatia ed immunologia in Pediatria"
La Lettre Dolisos 1995.

G. MICCICHÈ, M. LUCAMANTE, C. LANZA, L. TANGA, A. GALLESE,
R. M. GRASSO, T. TOTINO, G. TRAPANI

Le oculoriniti allergiche in età pediatrica

Dal Gruppo Pediatri SMB Italia, è stato condotto uno studio per la risoluzione delle Riniti e delle Oculoriniti allergiche in età pediatrica, con l'utilizzo di farmaci omeopatici, a confronto di una terapia allopatica per la stessa patologia.

Materiali e Metodi: il protocollo farmacologico omeopatico è stato composto da tre farmaci:

- Thymuline 9 CH in un complesso con Bioterapici composto da singoli tubi dose*.
- Mn – Cu fiale os
- Hystaminum 4CH fiale 1ml soluzione fisiologica os

Ricordiamo le caratteristiche di ogni singolo farmaco:

1. Il Thymuline 9 CH è presente in un bioterapico complesso costituito in diluizione omeopatica da Thymuline, Mucosa rinofaringea, Aconitum, Mercurius Solubilis, Silicea, Calcarea Sulfurica, in basse diluizioni 4/5CH – 7/9CH. Questo farmaco è stato scelto per la

nota efficacia che presenta, sia nel prevenire le patologie delle prime vie respiratorie, e sia nella cura delle stesse in fase acuta. Infatti, ha funzione di modulare la risposta immunitaria mediante la Thymuline, mentre Calcarea Sulfurica, Mercurius Solubilis, Aconitum e Silicea agiscono come fluidificanti e anticatarrali delle mucosa respiratoria.

2. Mn – Cu è stato inserito nel protocollo per la sua duplice funzione: una svolta dal Manganese verso la diatesi allergica, e l'altra dal Rame per le sue spiccate qualità antinfiammatorie. Insieme hanno la funzione di frenare la reattività dell'organismo nel complesso antigene- anticorpo.
3. L'Hystaminum 4CH, come Simillimum organoterapico è stato scelto a bassa diluizione per saturare l'eccedenza di tale mediatore presente nell'organismo del soggetto allergico.

Il trattamento e la posologia di un

ciclo di terapia omeopatica ha previsto:

1 tubo dose di THYMULINE 9 CH in un complesso di bioterapici una volta a settimana, per 5 settimane

1 fiala di Mn+Cu a giorni alterni, per 40 giorni

1 fiala di HYSTAMINUM 4CH a giorni alterni, per 24 giorni

Questo schema terapeutico omeopatico è stato somministrato consensualmente:

- a 35 bambini, maschi e femmine, d'età compresa dai quattro ai quattordici anni
- per uno o due cicli (l'intervallo tra i due cicli è stato di 7 giorni)
- nell'arco di 4 mesi (marzo - aprile - maggio - giugno).

Il gruppo di controllo sotto terapia allopatrica antiallergica è stato costituito dallo stesso numero di soggetti, nello stesso range d'età, affetti dalle stessa sintomatologia.

Quindi, nel complesso sono stati seguiti per questa patologia allergica 70 bambini:

- 35 in terapia omeopatica
- 35 in terapia allopatrica

Il bilancio iniziale di tutti e 70 soggetti ha previsto un esame clinico di costituzione del bambino, insieme all'anamnesi e alla rilevazione obiettiva della sintomatologia di cui si studia.

Per il gruppo trattato in omeopatia è stata effettuata una prima raccolta di risultati alla fine di un ciclo di terapia, cioè dopo un mese e dieci giorni, quello definitivo della raccolta dei risultati, alla fine del mese di giugno. Per i bambini sotto trattamento

allopatrico non sono state praticate interruzioni significative delle terapia chimica, ed i risultati sono stati valutati soltanto alla fine del periodo preso in esame (giugno).

N.B.: il termine di un ciclo si è fatto coincidere con l'esaurimento della somministrazione delle 20 fiale orali di Mn-Cu, cioè esattamente dopo un mese e dieci giorni dall'inizio della terapia. I farmaci sono stati somministrati lontano dai pasti.

Dov'è stato necessario, le fiale e il Tubo Dose sono stati sciolti in poca acqua, mai in altri liquidi.

Genericamente, ad entrambi i gruppi, è stata consentita una toilette rinofaringea, mediante lavaggi nasali quotidiani con soluzione fisiologica o salina.

Lo studio è stato effettuato nel periodo classico di maggiore incidenza della patologia delle riniti e oculoriniti allergiche, e cioè nel periodo primaverile 1° marzo - 30 giugno. Sia per la terapia omeopatica, che per quella allopatrica si è aspettato l'esordio dei primi sintomi (rinite - congiuntivite), per il reclutamento dei soggetti e l'inizio del trattamento. Questa scelta è stata dettata per valutare la reale efficacia delle terapie a confronto, in fase acuta e a lungo termine.

La valutazione finale è stata estrapolata dallo stato clinico del soggetto, dai suoi parametri di laboratorio se presenti prima e dopo, e dall'eventuale sintomatologia residua.

A tutto il gruppo dei bambini in esame (70), gradualmente, entro la fine di marzo, erano cominciati i primi sintomi, uno o più di questi sotto elencati:

- a) rinite
- b) rinorrea
- c) starnutazioni al mattino
- d) prurito oculare
- e) lacrimazione
- f) bruciori oculari
- g) iperemia oculare

Risultati dei due gruppi a confronto

Complessivamente tutto il gruppo trattato con i farmaci omeopatici ha impiegato circa 8/10 giorni (come periodo di "organizzazione"), per rispondere al trattamento, con una regressione dei sintomi scalare e graduale che ha interessato in ordine: il prurito oculare (2-4 giorni) la starnutazione (3-5 giorni) la lacrimazione (3-5 giorni) la rinorrea (5 giorni) rinite (7-9 giorni).

Alla fine del primo ciclo di terapia omeopatica è stata raggiunta la guarigione completa per quel gruppo di bambini (22 soggetti su 35), che presentava un quadro sintomatico semplice, costituito da: prurito oculare, lacrimazione, starnutazione, rinorrea.

Al rimanente gruppo (13 soggetti), con un quadro sintomatologico più grave, persisteva (alla fine del primo ciclo), la

congiuntivite con arrossamento oculare e stravasi ematici.

Questo plateau si è mantenuto stabile sino all'inizio del secondo ciclo terapeutico previsto, dove, gradualmente (3 settimane circa) è avvenuta la remissione completa della sintomatologia in 8 soggetti.

Cinque soggetti non hanno raggiunto la completa guarigione, persistendo un rinite di lieve e media gravità con prurito oculare, e 3 di loro hanno avuto recidive, tornando alla terapia allopatrica.

Per tutto il gruppo d'osservazione in omeopatia si è raggiunto quindi un soddisfacente risultato:

22 guarigioni complete già alla fine del primo ciclo (1 mese e 10 giorni)

8 soggetti dopo circa due mesi di terapia

5 soggetti non hanno avuto l'eradicazione dei sintomi.

Nessuno effetto collaterale, né d'accumulo, né d'escrezione. Non ci sono stati peggioramenti da riferire al trattamento omeopatico.

Non è stato mai prescritto né un farmaco di costituzione o un simillimum.

Per il gruppo trattato allopatricamente sono stati utilizzati farmaci sistemici e locali. In fase acuta i principali mezzi farmacologici prescritti per migliorare la compliance sono: gli antistaminici, i derivati imidazilici, e i vasocostrittori locali (gocce e spray nasali e colliri).

Quest'ultimo gruppo comprende Sodiocromoglicato, che evita il rilascio

di istamina e si è dimostrato efficace se usato 4 volte al dì, a cui dove necessario è stato associato un antistaminico orale come la terfenadina (ora ritirata dal commercio per seri effetti collaterali), l'oxatomide, la cetirizina, la loratidina, e il Ketotifene, la cui eccessiva tachifilassi e sedazione del bambino ne hanno limitato l'uso per periodi lunghi di tempo.

Nelle riniti allergiche i corticosteroidi locali sono risultati efficaci con cicli di almeno due settimane e con due spruzzi per narice due volte al dì, causando non di rado sanguinamento capillare e atrofia della mucosa nasale. Per la congiuntivite è stato utilizzato il clobetasone come collirio, pur sapendo dalla letteratura un aumento dell'incidenza della cataratta e del glaucoma. Quindi, in caso di necessità di una terapia prolungata, si è optato per un collirio a base di piroxicam, molecola antinfiammatoria non steroidea.

Infine per i casi in cui alla oculorinite allergiche si associava una flogosi subacuta delle vie respiratorie sono stati prescritti, come da regola allopatica, corticosteroidi per via sistemica (deflazacort e betametasona), per un tempo il più possibile contratto, proprio per limitare la soppressione dell'asse ipotalamo-ipofisario, il rischio di candidiasi e depressione immunitaria.

Il quadro clinico è migliorato in pochi giorni.

Sette bambini (20%) hanno però interrotto il trattamento, nell'arco del primo mese, per il comparire di effetti collaterali quali: torpore, sonnolenza, ipereccitabilità, dispepsie, gastralgie, eritema, diarrea.

Il rimanente gruppo, per mantenere lo stato clinico raggiunto, ha dovuto continuare la terapia giornalmente e costantemente per tutto il periodo d'osservazione (4 mesi), riducendo soltanto dopo il primo mese di trattamento i cortisonici e gli antistaminici in collirio, e presentando alla fine del periodo d'osservazione una totale remissione (67%), una parziale remissione con reliquati il 33%. Il bilancio, alla fine del periodo d'osservazione (30 giugno), ha visto la guarigione completa in 21 bambini su 35, mentre 7 presentavano ancora rinite e prurito oculare, e 7 l'avevano sospesa già nel primo mese.

Discussione

La sintomatologia allergica in età pediatrica ha la caratteristica di ripresentarsi puntualmente all'inizio del periodo primaverile. Ciò è dovuto alle impollinazioni e al maggior trasporto di polveri nell'aria atmosferica.

Il confronto tra i due schemi terapeutici, quell'omeopatico e quell'allopatico classico, è nato dalla necessità di risolvere questa patologia senza l'ausilio della farmacologia

chimica, che sappiamo in questo caso essere certamente impegnativa per il bambino dovendo impiegare cortisonici, antistaminici e sodiocromoglicati.

Senza nulla togliere a queste tre classi di farmaci, la cui importanza in medicina occupa un posto importantissimo, dobbiamo però sottolineare l'impegno dell'organismo, in questo caso il bambino, nel metabolizzare (fegato), e nello smaltire (fegato e reni), i residui molecolari ed i blocchi enzimatici (chelazione), dovuti a tale terapia.

Un secondo punto da tenere in considerazione è quello della risoluzione vera della sintomatologia allergica.

Il trattamento allopatico come si è visto è strattamente ed efficacemente sintomatico (i tempi di remissioni dei sintomi acuti sono stati più brevi nel trattamento allopatico che nel gruppo dei bambini trattati con medicinali omeopatici), ma la stessa sintomatologia tenuta sotto controllo così rapidamente, di certo si ripresenta puntualmente l'anno seguente, nei consueti mesi di marzo-aprile, con lo stesso corredo e non di rado più impegnativa dell'anno precedente. Abbiamo quindi soltanto la certezza di una risoluzione circoscritta, e non una possibilità d'eradicazione definitiva. Diverso l'approccio nel gruppo trattato in omeopatia: lo scopo principale della ricerca è stato ovviamente indirizzato alla risoluzione

dei sintomi in studio.

Quello che si è sicuramente raggiunto è stato quello della scomparsa della patologia senza produrre alcun danno iatrogeno, senza indebolire l'apparato immunitario, senza impegnare l'organismo e la sensibilità del bambino nel sostenere una qualsivoglia terapia. Altro obiettivo, che verrà verificato, ma soltanto in tempi più lunghi, è quello della risoluzione "vera" della sintomatologia anche per gli anni successivi, per i quali fin da ora ipotizziamo una minore (e forse nulla), espressione sintomatica nel gruppo trattato in omeopatia. Questo nostro contributo del Gruppo Pediatri S.M.B. Italia, come piccolo mattone ad una costruzione maestosa che è quella della terapie omeopatiche dell'infanzia nel terzo millennio.

* (Il nome commerciale del prodotto è Dolisobios 15)

BIBLIOGRAFIA

1. "Omeopatia e Pediatria"
G. M. MICCICHE'
Ed. Tecniche Nuove 1995
2. "La metodica terapeutica omeopatica e bioterapica"
Ed. Dolisos 1998
3. "La materia medica omeopatica clinica e associazioni bioterapiche"
M. TETAU
Ipsa Editore 1987
4. "Manuale di Pediatria" 9° edizione
S. TIENE
Casa Ed Ambrosiana

G. MARINONI, G. TRAPANI

Esperienze con la melatonina diluita e dinamizzata come regolatore del ritmo sonno/veglia nei bambini

Numerosi dati sostengono un effetto ipnotico della melatonina nell'uomo. Il suo picco di concentrazioni sierica coincide con l'addormentamento. La somministrazione di dosi di melatonina, che ne accrescono la concentrazione a livelli fisiologici, promuove e sostiene il sonno. Dosi maggiori hanno effetto ipnoinducente oltre a causare una relativa ipotermia. La melatonina esogena può anche influenzare i ritmi circadiani alterando i ritmi di attività e di riposo.

Fisiologia e Farmacologia della Melatonina

Nell'uomo la ghiandola pineale è posta al centro dell'encefalo vicino al terzo ventricolo ed è composta dai pinealociti, che producono le indolamine (come la melatonina) e peptidi (come la vasotocina arginina),

e da cellule della neuroglia. La melatonina, (N-acetil-5-metossi triptamina) fu identificata dapprima in estratti di pineale bovina in base alla sua capacità di aggregare i granuli di melanina e di schiarire il colore della cute nelle rane.

La biosintesi della melatonina condivide con la serotonina le tappe per cui il triptofano è convertito dalla triptofano idrossilasi a 5-idrossitriptofano che è quindi decarbossilato a serotonina. Le tappe finali sono catalizzate da due enzimi (arilalchil ammina N-acetil transferasi e la idrossindolo- O-metil transferasi) che sono esclusivi alla ghiandola pineale.

Il comportamento umano, come quello degli animali, è organizzato in cicli di attività e riposo. Tale ordinato alternarsi non è una risposta passiva al

ciclo solare del giorno e della notte, ma una interazione complessa tra ritmi endogeni e ciclo solare. I ritmi endogeni circadiani persistono anche in assenza del ciclo giorno-notte. In condizioni ordinarie la periodicità del pacemaker circadiano endogeno è reclutato dal ciclo solare. Ci sono numerose evidenze che il nucleo soprachiasmatico dell'ipotalamo sia questo pacemaker, responsabile della generazione dei ritmi circadiani riposo/attività e di altri ritmi di funzioni fisiologiche ed endocrine compresa la secrezione della melatonina. I nuclei soprachiasmatici, posti proprio sopra il chiasma ottico nell'ipotalamo anteriore, ricevono afferenze dalla retina attraverso il tratto retinoipotalamico e hanno assoni efferenti ai nuclei paraventricolari dell'ipotalamo, e proiezioni dirette ai neuroni simpatici pregangliari della colonna intermedio laterale del tratto spinale toracico superiore. Le proiezioni da questi neuroni arrivano al ganglio cervicale superiore che innerva la pineale. Il neuromediatore di ingresso alla ghiandola è la noradrenalina e quello di uscita è la melatonina. Il reclutamento è la risposta all'imput luminoso che rimette in fase l'orologio circadiano al ciclo solare. La sintesi e il rilascio della melatonina sono stimulate dall'oscurità e inibite dalla luce. Sebbene non ancora definitivamente identificati vi sono prove sostanziali dell'esistenza di un tipo distinto di

fotorecettori della retina che governano i ritmi circadiani attraverso una connessione con il nucleo soprachiasmatico. Durante il giorno i fotorecettori della retina sono iperpolarizzati e ciò inibisce il rilascio di noradrenalina, il sistema retino-ipotalamico è quiescente e viene prodotta poca melatonina. Con l'oscurità i fotorecettori rilasciano noradrenalina attivando il sistema attraverso interazione con i recettori adrenergici α_1 e β_1 che regolano l'attività dell'enzima arylalchilamina N-acetiltransferasi. L'ormone entra nel sangue per diffusione passiva. Nell'uomo la secrezione di melatonina aumenta con l'oscurità, ha il picco a metà della notte (tra le 2 e le 4 a.m.) e gradualmente decade durante la seconda metà della notte. L'inversione delle condizioni di luce durante le 24 ore produce uno spostamento del picco della melatonina che coincide con il periodo di oscurità delle nuove condizioni. In condizioni di inversione del ritmo luce/buio il picco della melatonina si sposta dalla notte alle ore diurne seguendo la fase di oscuramento. Alcune persone cieche con assenza del riflesso pupillare e di percezione visiva cosciente subiscono la soppressione della secrezione della melatonina indotta dalla luce, suggerendo l'esistenza di due sistemi foto-recettivi segregati, uno che influenza la secrezione della melatonina e l'altro che media la percezione della

locazione, movimento, forma e colori della luce, e che la percezione visiva può essere selettivamente danneggiata da malattie che colpiscono la singole vie percettive.

La concentrazione sierica varia anche a secondo dell'età. Al di sotto dei 3 mesi la secrezione di melatonina è molto scarsa. Nell'infanzia la secrezione aumenta e diviene circadiana con un picco notturno più alto tra 1-3 anni (325 pg/ml), dopo di che essa declina gradualmente. Nei giovani adulti la concentrazione media durante il giorno è di 10 pg/ml con un picco notturno di 70 pg/ml.

Farmacocinetica della Melatonina

La melatonina è rapidamente metabolizzata, soprattutto nel fegato, a 6-idrossimelatonina e dopo coniugazione con acido glucuronico o solforico è eliminata nelle urine. La melatonina somministrata endovena è rapidamente distribuita ed eliminata con emivita nel sangue di 0.5-5.6 minuti. La biodisponibilità della somministrazione orale è largamente variabile.

Nei soggetti normali 80 mg di melatonina per os ottengono un picco di concentrazione sierica, a 60-150 minuti, 350-10000 volte più alto del normale picco circadiano, con valori stabili per oltre 90 minuti. Dosi da 1 a 5 mg risultano in una concentrazione da 10 a 100 il normale picco notturno entro un ora dopo la

somministrazione, seguita da una discesa ai valori base in 4 o 8 ore. Dosi orali molto basse (0.1-0.3 mg) date durante il giorno risultano in un picco sierico che è nel range normale della concentrazione notturna.

Nessun effetto collaterale è stato riportato in relazione alla ingestione della melatonina. Gli effetti fisiologici dose dipendenti dell'ormone (ipotermia, aumento della sonnolenza, diminuzione dello stato di allerta e possibili effetti riproduttivi) non sono ancora stati valutati in persone che assumono forti dosi per lunghi periodi. A dispetto della generale assenza di azioni endocrine, sono stati riportati, dopo somministrazioni a dosi farmacologiche della melatonina, una diminuzione della concentrazione sierica dell'ormone luteinizzante e un aumento della prolattinemia.

Meccanismo di azione

Due siti di legame sulla membrana, appartenenti a gruppi distinti farmacologicamente e cineticamente, sono stati identificati. L'attivazione del recettore ML1 (alta affinità picomolare), che appartiene alla famiglia delle G protein-coupled receptor, risulta nella inibizione dell'attività della adenilato ciclasi nella cellula bersaglio. Essi sono probabilmente coinvolti nella regolazioni delle funzioni retiniche, dei ritmi circadiani, e della riproduzione.

Sono stati clonati due tipi di recettori ML1. Il recettore ML1a è espresso nella pars tuberalis dell'ipofisi e nel nucleo soprachiasmatico, siti presunti dell'azione riproduttiva il primo e del ritmo circadiano della melatonina il secondo. Il recettore ML1b è espresso principalmente nella retina e in minor misura nel cervello. Il recettore ML2 (bassa affinità nanomolare) è accoppiato all'idrolisi del fosfoinositolo ma la sua distribuzione non è stata determinata.

La autoradiografia e il saggio radio-recettoriale hanno dimostrato la presenza di recettori per la melatonina in diverse regioni del cervello, nell'intestino, nelle ovaie e nei vasi sanguigni. I recettori neurali della melatonina sono quelli che regolano il ritmo circadiano. I recettori non neurali, come quelli della pars tuberalis dell'ipofisi, regolano le funzioni riproduttive, specialmente nelle specie con accoppiamento stagionale, e i recettori localizzati nei tessuti periferici, soprattutto le arterie, possono essere coinvolti nella regolazione delle funzioni cardiovascolari e della temperatura corporea.

Effetti biologici della melatonina

La melatonina esercita alcuni effetti biologici (inibisce la crescita tumorale, contrasta la immunodepressione indotta dallo stress) aumentando la

risposta immune. Studi sugli animali hanno mostrato che la melatonina stimola la produzione della interleukina-4 nei T-helper midollari e dei colony-stimulating factor nelle cellule stromali.

Studi sia in vivo che in vitro hanno mostrato che la melatonina è un potente scavenger dei radicali tossici dell'ossigeno attraverso una azione non mediata dai recettori.

Ci sono numerose evidenze che la ghiandola pineale attraverso la secrezione di melatonina modifichi le performance riproduttive in diverse specie. In alcune specie la melatonina ha un'azione antigonadotropa specialmente in quelle con andamento stagionale della funzione gonadica. Le modificazioni delle ore di oscurità durante il giorno, e quindi del numero di ore in cui la melatonina è secreta, mediano il legame tra attività riproduttiva e ciclo stagionale. Sebbene l'uomo non abbia un comportamento sessuale stagionale, numerosi studi epidemiologici in diverse aree geografiche rilevano un andamento stagionale nei concepimenti e delle nascite.

E' già stato rilevato come le concentrazioni sieriche del picco notturno della melatonina declinino dall'infanzia all'adolescenza. Se tale riduzione sia connessa ad una modificazione della secrezione, o ad un aumento del peso corporeo senza modificazioni della secrezione non è stato accertato, comunque l'inizio della

pubertà negli umani può essere correlata al declino di secrezione della melatonina che si verifica nella crescita infantile. Alcuni bambini con pubertà precoce hanno bassi livelli di secrezione della melatonina per la loro età. D'altra parte sono stati riportati alti livelli di secrezione di melatonina in soggetti adulti con ipogonadismo ipogonadotropo in cui la secrezione delle gonadotropine aumentò con relativo sviluppo puberale dopo una diminuzione spontanea della secrezione di melatonina.

La secrezione della melatonina non cambia durante il ciclo mestruale in donne normali. D'altra parte le concentrazioni della melatonina sono aumentate in donne con amenorrea ipotalamica. Concentrazioni non fisiologiche o farmacologiche della melatonina in donne sono associate con alterazioni della funzione ovarica e della ovulazione. E' stato speculato che l'ormone abbia effetti antigonadici e antiovulatori nell'uomo e nei mammiferi con comportamento sessuale stagionale o non.

La melatonina modula anche direttamente la funzione ovarica. Il liquido follicolare ovarico contiene quantità sostanziali di melatonina (concentrazione media giornaliera di 36 pg/ml), e le cellule della granulosa possiedono recettori per la melatonina. La diminuzione del picco di secrezione notturna che si verifica con l'età insieme con i suoi molteplici effetti biologici ha indotto ad ipotizzare che

la melatonina possa svolgere un ruolo nell'invecchiamento e nelle patologie ad esso correlate. Numerosi studi sperimentali evidenziano l'influenza della melatonina sulla crescita di tumori spontanei e indotti in animali. La pinealectomia aumenta la crescita tumorale, e la somministrazione di melatonina inverte questo effetto e inibisce la carcinogenesi da carcinogeni. In realtà concentrazioni fisiologiche e farmacologiche della melatonina danno una inibizione, dose dipendente, la proliferazione in vitro di linee cellulari epiteliali neoplastiche mammarie. Tale effetto può essere il risultato di una down-regulation intranucleare della espressione genica o di una inibizione del rilascio di fattori stimolanti la crescita. La melatonina modula anche l'attività di vari recettori sulla cellula tumorale. Diminuisce l'attività di legame con estrogeni e la espressione degli stessi recettori per gli estrogeni in un modello dose e tempo dipendente nelle cellule neoplastiche mammarie. Un'altra possibilità è che la melatonina possieda attività immuno modulante. Nella esperienza con animali, la melatonina stimola la risposta immunitaria aumentando la produzione delle citochine derivate dai T-helper (IL-2, IL-4). Infine come potente scavenger dei radicali liberi fornisce protezione contro la crescita tumorale schermando soprattutto il DNA dai danni ossidativi, questo però solo a concentrazioni molto alte.

Sonno e ritmi circadiani.

Normalmente il ritmo circadiano della secrezione della melatonina è sincronizzato nell'uomo con le abituali ore del sonno. Alterazioni nella sincronizzazione dovute a spostamento di fase (da voli aerei transmeridiani attraversanti la linea del cambiamento di ora o da orari di lavoro inusuali) o cecità sono correlati con disturbi del sonno. Registrazioni elettrofisiologiche hanno dimostrato che la fase dell'addormentamento era correlato significativamente con l'aumento della escrezione urinaria di 6-sulfatossimelatonina. Più di recente invece sono stati riscontrate concentrazioni di melatonina nel siero più basse con picchi notturni tardivi in soggetti anziani sofferenti di insonnia rispetto a coetanei senza insonnia. L'ingestione di melatonina favorisce l'addormentamento (la velocità di induzione del sonno), così come la sua qualità e durata. Nei soggetti giovani la somministrazione di 5 mg di melatonina causano un significativo incremento nella propensione ad addormentarsi e prolungano la fase di sonno REM. In altri studi la propensione ad addormentarsi era ottenuta in soggetti normali con dosi molto più basse di melatonina, da 0.3 a 1 mg, somministrate sia durante il giorno che alla sera, senza incrementi della sonnolenza durante il giorno. La somministrazione di melatonina per

tre settimane alla dose di 1 o 2 mg al giorno sotto forma di compresse a lento rilascio può migliorare la qualità e la durata del sonno in persone anziane con insonnia. Questi risultati indicano che un aumento di concentrazione della melatonina nel sangue (sia fisiologico durante il picco notturno che farmacologico) può facilitare l'inizio del sonno indipendentemente dal ritmo circadiano prevalente. L'effetto ipnotico della melatonina può essere così indipendente dal suo sincronismo con il ritmo circadiano e mediato da un abbassamento della temperatura del corpo. A favore di ciò vi sono le osservazioni che il ritmo circadiano della temperatura corporea è legato al ciclo soggettivo del sonno, inversamente correlato alla concentrazione sierica della melatonina, e che dosi farmacologiche di melatonina inducono una diminuzione della temperatura corporea. Tuttavia dosi fisiologiche ipnoinducibili di melatonina non hanno effetti sulla temperatura corporea. In alternativa può modificare i livelli di monoamine nel SNC e quindi dare il via ad una cascata di eventi che culminano con l'attivazione dei meccanismi del sonno. Uno spostamento di fase nella secrezione della melatonina si verifica nei passeggeri di voli che attraversano la linea del cambiamento di ora, in coloro che lavorano durante le ore notturne, e nei pazienti con sindrome

da fase del sonno ritardata. Anche soggetti tenuti in condizione di illuminazione costante e in alcuni soggetti ciechi si sono riscontrati cicli di secrezione della melatonina di 24 ore. L'esposizione alla luce e la ingestione di melatonina può alterare il normale ritmo circadiano di secrezione della melatonina. L'inizio della secrezione notturna di melatonina è anticipato quando il soggetto è esposto alla luce nel mattino e posticipato quando è esposto nelle ore serali. La somministrazione di melatonina nelle prime ore della sera risulta in un più precoce incremento della secrezione endogena notturna.

Anomalie del ritmo circadiano sono state anche implicate in disordini dell'affettività, particolarmente quelli caratterizzati da un andamento diurnale o stagionale, come la depressione endogena e i disordini affettivi stagionali (depressione invernale). Nei pazienti con depressione sono stati riportati bassi livelli di melatonina sierica notturna e in quelli con disordini affettivi stagionali uno spostamento di fase nel picco di secrezione notturna della melatonina. Sebbene alcuni studi hanno mostrato una riduzione dei sintomi della depressione con la fototerapia, tali vantaggi non sono stati correlati con gli effetti della luce sullo spostamento di fase della secrezione della melatonina.

Esperienze con la Melatonina 4 CH e con estratto di Epifisi 4 CH nei

bambini con disturbi del sonno. Visto l'enorme uso di melatonina 5 mg soprattutto come possibile regolatore del meccanismo sonno/veglia e come ipnoinducente abbiamo voluto sperimentare, seguendo i dettami dell'organoterapia, la melatonina in diluizione 4 CH da sola o in associazione con altri rimedi come Cypripedium 5 CH e Nikterinia 5 CH in una piccola sperimentazione. Inoltre abbiamo voluto provare il confronto tra Melatonina 4 CH e estratto totale di Epifisi 4 CH. Questa sperimentazione è stata effettuata in 20 bambini di età compresa tra i 6 mesi e gli 8 anni.

Materiali e Metodi

La melatonina 4 CH è stata somministrata in fiale orali da 1cc di soluzione fisiologica sciolte in acqua in un orario compreso tra le 8.30 e le 9.30 p.m.. L'Epifisi estratto totale è stato anch'esso somministrato in fiale da 1cc sciolte in acqua nello stesso orario della melatonina. Infine Nikterinium e Cypripedium sono stati usati alla diluizione 5 CH sciolti in numero di 10 granuli in 1/2 biberon di acqua e anche essi somministrati allo stesso orario. I bambini scelti per il test sono stati reclutati come sofferenti per un disturbo del sonno senza affinità con la patogenesi Chamomilla, quindi senza sintomi di irritabilità, ma soltanto con turbe del sonno

paragonabili alla sperimentazione di Cypridium (bambini si svegliano più volte con la voglia di giocare o comunque che avevano più risvegli notturni). In 10 bambini di età compresa tra 6 mesi e i tre anni la Melatonina 4 CH è stata somministrata ogni sera per 15 giorni e successivamente, dopo una sospensione di una settimana, è stato somministrato estratto totale di Epifisi 4 CH per altri 15 giorni. In questo gruppo sia la somministrazione di Melatonina 4 CH che di Epifisi 4 CH ha indotto una normalizzazione del ritmo sonno/veglia, vale a dire sonno continuo di 6-8 ore, a partire dal secondo giorno di somministrazione in 6 bambini su 10, a partire dal terzo giorno in 8 bambini su 10. Gli altri due bambini non hanno avuto modificazioni significative del proprio ritmo sonno/veglia. Dopo una settimana di sospensione sono ritornati i sintomi precedenti alla somministrazione di Melatonina 4 CH in 8 bambini su 10. Con la somministrazione di Epifisi 4 CH si sono normalizzati a partire dal secondo giorno di somministrazione 7 bambini su 10. Nei bambini non-responder (3 in totale) è stato somministrato Cypridium 5 CH in granuli nelle modalità sopradescritte per una settimana con normalizzazione del ritmo sonno/veglia in 1 bambino su tre. Nei due non responder è stata tentata a somministrazione contemporanea di Melatonina 4CH e

Cypridium a distanza di 1/2 ora l'uno dall' altro sempre nell' orario compreso tra le 8.30 e le 9.30 p.m. con normalizzazione di 1 bambino su due. Dopo un intervallo di una settimana è stato somministrato Nikterinum 5 CH con parziale successo (riduzione del numero dei risvegli notturni). Il secondo gruppo comprendeva 10 bambini di età compresa tra i 6 e gli 8 anni senza alcuna altra patologia tranne i frequenti risvegli con difficoltà di riaddormentamento. In questi bambini è stato seguito lo stesso metodo del primo gruppo di controllo, cioè la somministrazione di Melatonina 4 CH in fiale orali da 1cc di soluzione fisiologica nello stesso orario. In questo gruppo si sono avuti i seguenti risultati: completa scomparsa dei risvegli notturni e sonno continuo di 6-8 ore in 3 su 10, riduzione netta dei risvegli notturni (>50%) in 4 su 7 dei rimanenti, riduzione parziale (<50%) in altri due, un bambino non responder. Dopo una settimana di sospensione e somministrazione di Epifisi 4 CH si sono avuti i seguenti risultati: i tre bambini che avevano già ottenuto un sonno continuato non hanno avuto variazioni neanche nella settimana di sospensione. Negli altri si sono avuti risultati sovrapponibili tranne che il totale dei non responder che è salito a due. La successiva somministrazione di Cypridium e Nikterinia da soli non ha portato a risultati significativi mentre la somministrazione contemporanea di

FUNZIONI BIOLOGICHE CHE POSSONO ESSERE INFLUENZATE DALLA MELATONINA

Funzione	Effetto	Meccanismo	Prove Sperimentali
Sonno	<ul style="list-style-type: none"> • Effetto ipnotico • Aumentata propensione all' addormentamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Azione sui recettori o mediata dal sistema limbico • Effetto ipotermico (dosi farmacologiche) 	Trials clinici controllati vs placebo
Ritmo Circadiano	<ul style="list-style-type: none"> • Controllo del ritmo circadiano, reclutamento al ciclo luce/buio 	<ul style="list-style-type: none"> • Secrezione di melatonina in risposta ad impulsi nervosi dall' occhio e dai nuclei soprachiasmatici 	Studi su modelli animali e nell'uomo degli effetti della luce e del ciclo luce/buio sulla secrezione della melatonina
Affettività	<ul style="list-style-type: none"> • Possibile ruolo sui disordini ciclici dell' umore (disordini affettivi stagionali, depressione) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sconosciuto 	Studi comparativi sulla secrezione della melatonina, studi sulla fototerapia nei disordini dell'affettività
Maturazione sessuale e riproduzione	<ul style="list-style-type: none"> • Inibizione dei processi riproduttivi 	<ul style="list-style-type: none"> • Inibizione dell' asse ipotalamo-pituitaria-gonadi • Effetti sulla steroidogenesi ovarica 	Studi in animali Studi clinici comparativi della secrezione di melatonina durante la pubertà e in donne con amenorrea
Cancro	<ul style="list-style-type: none"> • Effetto antiproliferativi 	<ul style="list-style-type: none"> • Effetto antiproliferativo diretto • Aumento della risposta immune • Scavenging dei radicali liberi 	Studi in vitro con cellule neoplastiche umane Studi su animali Alcuni studi clinici nell'uomo
Risposta immune	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento della risposta immune 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentata produzione di Interleuchina da parte dei linfociti T-helper 	Studi su animali Alcuni studi non controllati nell'uomo
Aging	<ul style="list-style-type: none"> • Possibile ruolo protettivo e diminuzione dei danni cellulari 	<ul style="list-style-type: none"> • Scavenging dei radicali liberi 	Studi in vitro Studi su animali

Melatonina 4 CH e Cypridium ha migliorato in maniera significativa la qualità del sonno con una riduzione di oltre il 50% dei risvegli notturni. In aggiunta abbiamo notato nel gruppo dei bambini da 6 mesi a 5 anni che la somministrazione di Melatonina 4 CH e di Epifisi 4 CH ha notevolmente migliorato una sintomatologia presente in oltre il 50%

dei pazienti di coliche gassose diurne e notturne senza concomitante somministrazione di altri rimedi. Questa osservazione può essere lo spunto per un ulteriore lavoro per questa sintomatologia di non facile risoluzione nei piccoli pazienti. Questo lavoro sembra confermare, attraverso la somministrazione in diluizione centesimale bassa, l'attività

della Melatonina sia dell' organo totale corrispondente (Epifisi) come regolatore del ritmo sonno/veglia. Sarà interessante verificare l'attività di questidue organoterapici nei disturbi del sonno degli adulti anche in rapporto alla intolleranza relativa che alcuni soggetti hanno sviluppato dopo la somministrazione di Melatonina ponderale 3-5 mg, vale a dire aumento dell'insonnia, irritabilità, frequenti sogni con incubi e sonnolenza dopo il risveglio.

BIBLIOGRAFIA

1. LERNER AB, CASE JD TAKASAHASHI Y, LEE TH, MORI W.
Isolation of melatonin, the pineal gland factor that lightens melanocytes.
J AM Chem Soc 1958;80:2587
2. PANGERL B, PANGERL A, REITER RJ,
Circadian variations of adrenergic receptors in the mammalian pineal gland: a review.
J Neural Transm Gen Sect 1990;81:17-29.
3. WALDHAUSER F, WEISZENBACHER G, FRISH H, ZEITLHUBER U, WALDHAUSER M, WURTMAN RJ.
Fall in nocturnal serum melatonin during prepuberty and pubescence.
Lancet 1984;1:362-5
4. WALDHAUSER F DIETZEL M.
Dayli and annual rythms in human melatonin secretion: role in puberty control.
An N Y Acad Sci 1985;453:205-14
5. HAIMOV I, LAVIE P, LAUDON L M, HERER P, VIGDER C, ZISAPEL N.
Melatonin replacement therapy of elederly in somniacs.
Sleep 1995; 18:598-603.
6. MAX TETAU.
Organoterapie.
Nuovi studi clinici IPSA editore
7. DAWSON D, ENCEL N.
Melatonin and slip in humans.
J Pineal Res 1993; 15:1-12.
8. LEÒN VANNIER, JEAN POIRER.
Précis de matière médicale homéopathique.
ed Doin, Paris.

R. CENTEMERI*, M. PRICCA*, G. TRAPANI**

I rimedi omeopatici del dolore nei disordini funzionali dell'articolazione temporo-mandibolare

Nell'ambito dell'attività di Ricerca clinica promossa dalla S.M.B. ITALIA nella Scuola Superiore di Omeopatia di Milano è stata effettuata dal Dott. Roberto Centemeri e dal Dott. Massimo Pricca presso l'Ambulatorio di Chirurgia Maxillo-Facciale e Plastica dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza, uno studio per valutare quale tipo di risultato poteva dare un trattamento omeopatico nelle algie causate dai disordini funzionali dell'articolazione temporo-mandibolare (ATM). Questo tipo di terapia è stata eseguita basandosi sulle modalità e sui sintomi clinici acuti. Volutamente non è stata eseguita nessuna ricerca del Simillimum e non sono stati presi in considerazione i sintomi mentali per utilizzare solo basse diluizioni. I disordini funzionali dell'articolazione Temporo-Mandibolare sono

considerati una importante causa di dolore di origine non odontogena nella regione oro facciale e possono essere considerati come espressione di una disfunzione muscolo-scheletrica (Squilibrio Posturale). Il sintomo fondamentale di questo squilibrio posturale è il dolore localizzato in regione temporale, temporo-mandibolare, temporo-mandibolo-maxillare, mandibolo-mascellare ed ai muscoli della masticazione. Spesso vi sono altre manifestazioni cliniche come dismorfismo cranio-facciale, limitazione dei movimenti mandibolari, latero deviazioni dei movimenti mandibolari, rumori all'apertura e/o chiusura della bocca, fascicolazioni al volto, acufeni, vertigini, emicrania e scoliosi antalgiche.

Un breve excursus storico relativo alla eziopatogenesi di questa malattia rivela

che già nel 1934 Costen aveva indicato tale insieme di segni come sindrome di Costen ponendo l'attenzione sul ruolo giocato dall'occlusione come fattore determinante. Negli anni cinquanta l'approccio gnatologico fu quello elettivo (equilibratura occlusale come unico elemento terapeutico). Durante gli anni sessanta studi di neurofisiologia muscolare sul dolore miofasciale locale e riferito sulla biomeccanica articolare condussero ad un graduale allontanamento dal concetto prioritario dell'occlusione nell'eziologia dei disordini temporomandibolari. Più recentemente, grazie ai mezzi strumentali più sofisticati, la ricerca ha portato ad un approccio multidisciplinare o meglio multifattoriale e considera la disfunzione algica dell'ATM come conseguenza della incapacità del sistema tonico-posturale di autocorreggersi dopo l'intervento di una serie di fattori capaci di esaurire i sistemi di compensazione dello stesso. Alcuni pazienti sviluppano anche uno stato di male cronico con risposte imprevedibili alle usuali modalità terapeutiche e risvolti psicologici talvolta importanti. Per tale motivo l'approccio multidisciplinare ha portato ha formare una nuova area medica: LA POSTUROLOGIA. La neurofisiologia moderna ha individuato nella sregolazione del sistema tonico-posturale, per informazioni inesatte che provengono dai suoi recettori

periferici ed in particolare da occhi, piedi, bocca cute e dai suoi recettori centrali, psiche, la causa di queste disfunzioni sintomatiche. Pertanto occorre ricordare che i disordini funzionali dell'ATM, proprio per la natura di questa patologia, sono associati a disfunzioni di altre articolazioni ed in particolare di quella del rachide con risentimento muscolare a livello di questo distretto anatomico. Le conseguenze cliniche più comuni saranno pertanto:

- dolori di origine meccanica a componente vertebrale (sciatalgia)
- protrusioni e erniazioni discali
- deformazioni della colonna vertebrale e dismetrie degli arti
- alcune cefalee ed emicranie
- alcune sindromi vertiginose
- Sindrome di Costen o sindrome algico-disfunzionale dell'ATM
- Acroparestesie
- Crampi muscolari.

Materiali e metodi

Nel periodo Gennaio, Luglio 1996 presso l'ambulatorio di Chirurgia Maxillo-Facciale e Plastica dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza sono stati trattati 56 pazienti di cui 44 di sesso femminile e 12 di sesso maschile, di età compresa fra i 20 ed i 60 anni.

La fascia di età più rappresentata è quella compresa fra i 31 e 35 anni in entrambe i sessi, mentre è più colpito

dalla malattia il sesso femminile. Questi dati concordano con le descrizioni classiche di questa patologia.

La sintomatologia clinica è stata valutata con i seguenti parametri:

- Eziologia del dolore
- Intensità del dolore
- Localizzazione ed irradiazione del dolore
- Modalità del sintomo
- Dolore a riposo
- Dolore all'apertura della bocca
- Dolore alla chiusura della bocca

Lo stato mentale non è stato preso in considerazione poichè lo scopo di questo lavoro era quello di utilizzare gli indici tradizionali di valutazione.

Tuttavia il profilo psicologico classicamente descritto e da noi riscontrato era quello di un soggetto che si presentava :

1. emotivamente ansioso
2. con stanchezza muscolare generale
3. ipercinesia viscerale
4. vertigini
5. disturbi visivi.

Questi sintomi sono stati elencati in ordine decrescente di frequenza ed erano variamente combinati tra loro.

Come parametri di miglioramento sono stati considerati

- la diminuzione dell'intensità del sintomo dolore
- il ripristino della fisiologica mobilità articolare.

Ogni paziente è stato sottoposto ad un

esame clinico obiettivo per la funzionalità articolare, e ad un questionario per la valutazione della sintomatologia soggettiva.

Il questionario iniziale prendeva in considerazione l'eziologia, la localizzazione, l'irradiazione, le modalità e l'intensità del dolore.

L'eziologia più comune era rappresentata dal trauma (46), negli altri casi è stata definita idiopatica.

La terapia medica consigliata non è mai stata associata a farmaci allopatrici e prescritta per 8 giorni di seguito. Le diluizioni utilizzate sono sempre state basse (5CH) e sono stati somministrati 5 granuli tre volte al giorno o con più frequenza se i dolori erano molto acuti.

Dopo il primo ciclo di terapia il paziente veniva sottoposto ad ulteriori visite per un totale di 4 controlli consecutivi a distanza di uno ogni 8 giorni. Al secondo controllo se la sintomatologia era scomparsa veniva sospesa la terapia, ma continuavano le visite per individuare eventuali recidive.

In base ai parametri sopra indicati i rimedi omeopatici usati per trattare il sintomo dolore sono stati utilizzati nell'ordine seguente (tra parentesi viene indicato il numero dei pazienti ai quali è stato dato il rimedio):

- ARNICA (46),
- ZINCUM METAL.(8)
- PHOSPHORUS (4)
- CUPRUM METALLICUM (24)
- HYPERICUM (8)
- MEDHORRINUM (4)

- ACTEA RACEMOSA (16)
- CAUSTICUM (8)
- ACONITUM (4)
- COCCULUS (4)
- PLUMBUM (4)
- BRYONIA (4)
- IGNATIA (4)

L'associazione più comune è stata Arnica - Cuprum Metallicum, seguita da Arnica - Actea Racemosa.

Tollerabilità

La somministrazione dei rimedi non ha fatto registrare effetti indesiderati o collaterali

Risultati

Dopo 8 giorni di terapia il 75% dei pazienti ha riferito un miglioramento del sintomo dolore e l'80% una normale motilità articolare.

L'intensità del dolore è stata valutata seguendo una scala analogica da 0 a 10. Questa scala si presenta sotto forma di una linea orizzontale di 10 centimetri di lunghezza. I due estremi della linea sono definiti qualificativi: 0= assenza di dolore, 10 il dolore più forte. Il paziente doveva tracciare una croce sulla linea per definire la sua percezione del dolore.

La mobilità articolare è stata esaminata considerando nei limiti della norma un movimento di apertura di ampiezza

pari ad almeno 3 dita sovrapposte del paziente ed i movimenti di protrusione, retrusione, lateralità destra e sinistra.

Al secondo controllo cioè dopo 16 giorni di terapia il dolore era scomparso in tutti i pazienti che al controllo precedente avevano riferito un miglioramento ed il ripristino della motilità era aumentato all'85%. Dopo tale periodo la terapia medica è stata sospesa ed i pazienti sono stati esaminati in 24° ed in 32° giornata senza peraltro riscontrare recidive.

Conclusioni

Il presente lavoro, pur nei suoi limiti, è uno studio in aperto, tiene conto solo dei rimedi sintomatici, si rivolge al sintomo "dolore" che pur nella sua obiettività ha una componente soggettiva molto marcata, dimostra come i rimedi omeopatici prescritti con accuratezza possono svolgere un ruolo positivo nel migliorare la qualità della vita del paziente e salvaguardare il suo fisico dagli effetti collaterali tipici dei farmaci antiinfiammatori che vengono solitamente utilizzati nella terapia allopatica.

Riassunto

Lo scopo di questo lavoro era quello di valutare l'efficacia di un trattamento alternativo a quello allopatico nei

dolori dovuti ai disordini funzionali dell'ATM. Per tale motivo abbiamo sottoposto un gruppo di 56 pazienti di entrambi i sessi e di età variabile alla somministrazione di rimedi omeopatici con il fine unico di registrare una modificazione apprezzabile della sintomatologia riferita alla prima osservazione sia nel senso del miglioramento o al contrario nel senso di un aggravamento.

*Ospedale San Gennaro dei Tintori di Monza, Divisione di Chirurgia Plastica e Maxillo-Faciale.

** Scuola Superiore di Omeopatia, S.M.B. Italia, Milano

BIBLIOGRAFIA

1. BRICOT B.:
"La reprogrammation posturale globale"
Sauramps Medical, 1996.
2. BRIGO B.:
"Il criterio topografico nella scelta del rimedio omeopatico in reumatologia"
Atti del Congresso - Medicina Naturale a Convegno - 1995.
3. GAMSA A.:
"Is emotional disturbance a precipitator or a consequence of chronic pain?"
Pain, 42: 183-195; 1990.
4. MAURO G., TAGLIAFERRO G., BOGINI A., FRACIARI F.:
"A controlled clinical assessment and characterization of a group of patients with temporomandibular disorders"
J. Orofacial Pain 1: 101; 1995.
5. Mc NEILL C., DAZING W.H., FARRAR W.B. GELB H., LERMANN M.D., MOFFETT B.C., PERTERS R., SOLBERG W.K., WEINBERG L.A.:
"The state of the art. Position paper of The American Academy of Craniomandibular Disorders."
J. Prosthet Dent., 44: 434-437; 1980.
6. MEERSSELMANN J.P., ESPOSITO G.M.:
"Valutazione della relazione esistente tra occlusione e postura"
Il Dentista Moderno 5: 87-101: 1988.
7. RANAUDO P.:
"Riflessioni sulla lingua, analisi osteopatica e posturologica tra deglutizione disfunzionale ed alterazione dell'equilibrio"
Marrapese Ed., Roma, 1997.
8. REYMOND E.:
"Doleurs articulaires et tests biologique"
Officiel N° 105 Octobre 1993.
9. THE AMERICAN ACADEMY OF OROFACIAL PAIN:
"Temporomandibular disorders. Guidelines for classification, assessment and management."
Quintessence, Baltimore, 1993.
10. TETAU J.M.:
"Quelques remèdes de la rachis douloureux"
Officiel N° 105 Octobre 1993.
11. TETAU M.:
"Traitement de l'arthrose par l'organothérapie diluée et dynamisée et la gemmothérapie"
Cahiers de Biothérapie 1, 4, 1994.

G. TRAPANI*, L. ZANINO**

Osservazioni cliniche sul trattamento della varicella

Introduzione

La varicella è generalmente una patologia dell'età pediatrica. L'eziologia è virale, causata dal virus varicella zoster un virus DNA membro della famiglia degli herpes virus. Il contagio avviene per contatto in prevalenza nella fascia d'età compresa tra i 4 ed i 10 anni. Non più del 10% della popolazione adulta è sensibile all'infezione. (1)

La malattia ha un andamento epidemico ciclico, ogni 4 o 5 anni. La varicella si manifesta durante tutto l'anno, i pazienti sono contagiosi 24 ore prima delle manifestazioni e per tutta la durata dell'esantema bolloso (di solito 5 - 7 giorni). La malattia dura dai 10 ai 17 giorni (2) ed anche fino ad un mese se consideriamo la completa remissione delle lesioni crostose. Di solito la cute dove c'erano le vescicole rimane integra, però esiti cicatriziali non sono infrequenti (1) e le lesioni più

preoccupanti interessano generalmente il viso. Queste prediligono le zone sovra-infettate o generalmente traumatizzate (3). Le chiazze ipopigmentate possono persistere per alcuni mesi dopo la comparsa dell'eruzione (3).

I sintomi clinici sono febbre, malessere, anoressia, con un rush scarlattiniforme che si trasforma rapidamente in vescicola limpida su base eritematosa. In 24 ore le vescicole diventano pustole, si rompono e si diffondono a gittate per 3- 4 giorni. Interessano principalmente la cute, il tronco ed il cuoio capelluto. Possono interessare anche le mucose congiuntivali, quelle orali e quelle genitali. Il prurito è costante e fastidioso. Può esservi linfadenopatia generalizzata.(2)

Le infezioni batteriche secondarie rappresentano le complicanze più comuni da varicella, sono causate da *Staphylococcus Aureus* o da *Streptococco* di gruppo A(3).

I presidi terapeutici convenzionali prevedono l'uso farmaci ad azione antipruriginosa a livello locale e sistemica, bagni antisettici per ridurre l'incidenza delle sovrainfezioni batteriche, antipiretici solo se necessari, escludendo l'aspirina per il rischio di Sindrome di Reye. L'uso ed i tempi di somministrazione dell'Aciclovir sono comunque controversi. (1,2,3).

Il trattamento omeopatico di questa malattia, benigna nei pazienti sani viene proposto con una certa uniformità da diversi autori (5,6,7,8). Nel periodo di invasione della malattia, utilizziamo i rimedi classici per la febbre come

- Aconitum Nappellus, febbre a comparsa improvvisa, notturna, violenta, con paura della morte, sete di grandi quantità di acqua fredda
- Belladonna, estrema violenza dei sintomi, con sete intensa, dolori violenti bevendo, cefalea congestizia.
- Apis Mellifica., febbre forte con assenza di sete, ed edemi rosei, con dolori urenti
- Ferrum Phosphoricum, febbre non molto forte, con viso rosso, sudori e sete che non provocano sollievo
- Gelsemium, febbre violenta, senza sete, con scosse e tremori su tutti il corpo, sensazione di spossatezza e debolezza

tutti questi rimedi devono essere dati a bassa diluizione ed a somministrazioni ravvicinate nel tempo.

Nella fase di eruzione possiamo

utilizzare diversi rimedi con sintomi caratteristici:

- Rhus Toxicodendron eruzione con piccole vescicole pruriginose su base eritematosa aggravate dal freddo migliorate dalle applicazioni calde. Il paziente è molto irrequieto.
- Mezereum eruzione con vescicole infette, francamente purulente. Febbre alta, freddoloso con prurito notevole.
- Croton Tiglium le vescicole tendono a confluire, sono infette, dolorose, con localizzazione preferenziale a livello genitale e sintomi generali come tosse e diarrea.
- Cantharis Le vescicole sono ancora più grosse, flitteenoidi, con stato generale compromesso e sofferenza. I sintomi locali sono migliorati dalle applicazioni fredde.
- Arsenicum Album L'eruzione si presenta con vescicole e pustole su base eritematosa con sintomi che migliorano con le applicazioni calde. Sono presenti i sintomi classici di Arsenicum: aggravamento notturno, angoscia, agitazione, ansia, indebolimento notevole, sete di piccole quantità di acqua.
- Mercurius Solubilis e Mercurius Corrosivus le vescicole sono numerose, infette, pruriginose, in particolare di notte, il paziente non sopporta né il caldo né il freddo, ha la bocca con afte infette ed alito fetido.

Le Complicanze infettive sono prevalentemente locali con vescicole

	Gruppo A	Gruppo B
Età media dei pazienti	6,57	6
Numero maschi	9	12
Numero femmine	12	9
Numero totale pazienti	21	21
Media giorni malattia	6,24	6,76
Durata media delle lesioni	3,9	11,48
Numero medio lesioni	0,05	1,76
Incidenza lesioni su totale pazienti	0,23	8,39
Incidenza complicanze su totale pazienti		19,05

Tabella N. 1: raccorda dati studio clinico

purulente, dolorose, croste e residue cicatrici, sia sul viso sia sul corpo. In questo caso i rimedi consigliati sono i Bioterapici di Staphilococcinum e Streptococcinum.

Metodi

In definitiva l'obiettivo del nostro studio è stato quello di osservare se l'uso dei rimedi omeopatici potesse ridurre la durata della malattia e le eventuali complicanze, in particolare quelle cutanee, l'inconveniente più fastidioso della varicella: la persistenza di cicatrici sul viso, nei punti dove c'erano le vescicole della malattia. Selezionati due gruppi di pazienti, composti ognuno da 21 bambini. Il Gruppo A è stato trattato con rimedi omeopatici ed una crema contenente EGF (Epidermal Growth Factor) applicata due volte al giorno

sulle croste, per ridurre il rischio di persistenza di cicatrici residue e deturpanti. L'EGF è un fattore di crescita ad azione pleiotropica, agisce sul tessuto renale ed il fegato. La cute è considerata un suo sito di azione privilegiato. A questo livello agisce stimolando i keratinociti ed i fibroblasti, con effetto di stimolo sulla crescita cutanea.

Il Gruppo B è stato trattato con farmaci antirpurinosi (antistaminici), antipiretici (paracetamolo), pomate con antibiotico. Non è mai stato necessario utilizzare l'Aciclovir. Abbiamo osservato sia la durata della malattia, che la presenza e la durata delle lesioni cutanee, (vescicole, pustole) con eventuale sovrainfezioni batterica, quindi di croste e cicatrici residue.

Le lesioni cutanee erano guarite, quando la crosta cadeva e restava la cute rosea e piana, senza infossature.

Osservazione

Nel gruppo A sono stati osservati 9 maschi e 12 femmine, nel gruppo B 12 maschi e 9 femmine. La media dell'età, per il gruppo A 6.57, per il gruppo B 6.0.

La durata della malattia è stata calcolata tenendo conto sia del periodo febbrile, che della presenza di vescicole. I bambini sono considerati guariti, dalla varicella, quando da 48 ore non comparivano più nuove vescicole, dalle lesioni cutanee, quando cadevano le croste e la cute era piana, liscia e rosea.

Nella tabella sono riassunti tutti i dati della nostra osservazione.

- La durata media della malattia nel gruppo A è stata di giorni 6.24, mentre nel gruppo B di giorni 6.76.
- Non sono mai state riscontrate complicanze gravi legate alla malattia in entrambe i gruppi.
- La durata media delle presenza delle lesioni cutanee è stata di giorni 3,90 Per il gruppo A e di giorni 11,48 per il gruppo B.
- Nel gruppo B si sono verificati 4 casi di impetiginizzazione delle lesioni cutanee(19,05%). Trattati solo localmente con creme antibiotiche e disinfettanti topici. Queste hanno lasciato più di due piccole cicatrici sul viso. In totale nove casi hanno avuto più di tre cicatrici residue, non deturpanti, ma visibili, (1.76 lesioni per ogni caso di malattia).

- Nel gruppo A una paziente ha avuto una piccola cicatrice residua sulla palpebra. Lesione, dovuta ad una varicella particolarmente virulenta, con un numero veramente notevole di vescicole. La media delle lesioni è stata dello 0,05 per ogni caso di malattia.
- L'incidenza delle lesioni cutanee è stata dello 0,23 nel gruppo A contro l'8,23 nel gruppo B.

Conclusioni

Possiamo affermare che,

- nei 42 casi da noi osservati, la malattia ha un andamento benigno, senza complicanze degne di rilievo.
- I pazienti trattati con farmaci omeopatici, che quelli trattati con farmaci allopatici, hanno avuto una durata della malattia come segnalato in letteratura.
- La presenza di lesioni cutanee persistenti, nel gruppo B (incidenza delle lesioni 8,39), è pari a quella segnalata in letteratura.
- Possiamo quindi affermare che, per il fatto che nel gruppo A, solo un paziente ha presentato cicatrici residue, (incidenza delle lesioni 0,23) l'associazione tra terapia omeopatica sistemica e terapia topica con EGF in crema migliora, anzi evita la comparsa di cicatrici, in quanto questa crema stimola le proprietà rigenerative cutanee.

* Direttore Scuola SMB Italia di Genova
** Docente Omeopatia Scuola SMB Italia di Torino

BIBLIOGRAFIA

1. MARSEGLIA G.L.ZAVATTONI M., REVELLO M.G.: "Infettivologia Pediatrica Utet Periodici Milano 1997; 79-80.
2. BEHRMAN R. E.: "Nelson Trattato di Pediatria" XIV edizione Ed. Italiana a cura di M. Giovannini Minerva Medica ed. Torino 1993; 841-842.
3. HOEKELMAN R. A.: "Pediatria" Centro Scientifico Editore Torino 1993; 1185-1188
4. GARDNER P., BRETON S., CHARLES D.: Hospital isolation and precaution guidelines ". Peiatrics 1974 ; 53. 663.
5. VALLETTE A.E.M.: "Homeopathie Infantile " Maisonneuve ed. Paris 1974 ; 301- 307.
6. MASSONNAUD M., JOLY T. : " Le malattie dei bambini " Tecniche nuove ed. Milano 1993; 108 -109.
7. MICCICHÈ G.M.: "Omeopatia e Pediatria" Tecniche Nuove ed. Milano 1995; 271.
8. PONCET E.J.: "Homeopathie Pediatrique" Boiron ed. France 1991; 31 - 33.
9. VANNIER L., POIRIER J.: "Precis de matierer medicale homeopatique " Doin ed. Paris, 198

C. POGGIALI, G. TRAPANI, E. CONTI

Miomi uterini e bioterapie analogiche

I miomi uterini di piccole e medie dimensioni nei soggetti trattati con le bioterapie analogiche regrediscono con un andamento esponenziale dipendente dalla durata del trattamento.

Genese dei Miomi

I miomi uterini (sinonimi: fibromi, fibromiomi, leiomiomi) sono tumori dell'utero, in genere benigni, presenti nelle donne in età feconda. Si stima che la loro frequenza sia attorno al 20 % dopo i 30 anni.

Sono composti da fibrocellule muscolari lisce contenute in uno stroma fibroso più o meno sviluppato e/o edematoso e possono essere localizzati in tutti gli strati dell'utero. Sia il tessuto muscolare che quello fibroso derivano da un'unica cellula o da uno stesso clone di cellule indotto a moltiplicarsi dall'azione dei fattori di crescita (Fig.1). Questi sono presenti

nei tessuti uterini normali: in condizioni sperimentali se ne evidenzia la proprietà di stimolare, con modalità dipendenti dalla dose, la proliferazione in cultura delle cellule col fenotipo dei fibroblasti e degli osteoblasti. [8]

Gli stessi fattori sono presenti anche nelle formazioni miomatose: in questo caso ve n'è uno in più specificamente attivo sulla moltiplicazione delle miocellule (Fig. 1). I fattori di crescita medierebbero l'azione degli estrogeni e/o del progesterone sullo sviluppo dei miomi: l'attività mitotica è massima nella fase precoce del ciclo quando il livello del progesterone è al minimo (Fig. 2). D'altro canto nella genesi dei miomi non è stata provata sufficientemente la responsabilità diretta dell'estradiolo e/o del progesterone: i siti recettoriali per tali ormoni nel tessuto miomatoso non sono in numero differente da quelli presenti nel miometrio normale né, diversamente da questo, variano durante le fasi del ciclo. [8]

Key words: uterine leiomyomas, GnRH analogues, complementary medicine, homoeopathy

ABSTRACT

Ultrasonnd scans of small and medium sized uterine leiomyomas, in women treated by complementary medicine, show an exponential decay of mean diameters depending on the length of treatment

Eleven women aged years 38-53 (median: 46) with 13 uterine leiomyomas, whose mean diameters on ultra sound scans at the starting time ranged from mm 14 to 68 (median: 37), underwent to a complex treatment by complementary medicine. The end point was settled at the full vanishing of the functional troubles due to leiomyomas. One woman dropped out because of an untoward effect: headache. Ten women went on until they reached the complete recovery of clinical symptoms. The length of treatment ranged from months 2 to 11 (median: 6). At the end point the mean diameters of 12 leiomyomas ranged from mm 0 to 17 (median: 10). The Hodges-Lehmann estimator of median difference (λ) was -30, exact 0.99 C.I. = -43-21. The authors discuss the effects of this treatment, whose length was at least twofold than that needed with GnRH analogues, from the pharmacological point of view and they stress the necessity of further experiments on larger samples of women with larger anatomic lesions.

Fattori di aggravamento

Tuttavia il maggior sviluppo dei miomi nelle situazioni in cui è presente un iperestrogenismo relativo e quindi un'insufficienza del progesterone, che si manifesta con cicli ravvicinati e che può avvenire per motivi funzionali durante l'età feconda o nel climaterio, spinge a tenere nel giusto conto l'importanza che gli squilibri ormonali rivestono come fattori di aggravamento progressivo divenendo responsabili dell'aumento volumetrico più o meno rapido di queste lesioni (Fig. 2).

Evoluzione naturale e sintomi

A menopausa conclamata i fibromi spesso regrediscono ma durante l'età feconda possono diventare sintomatici e risultano frequentemente associati ad altri segni di iperestrogenismo come l'iperplasia ghiandolare dell'endometrio, la dismenorrea e le menometrorragie. In presenza di miomi di maggior volume non sono infrequenti il senso di pesantezza pelvica, i disturbi minzionali, l'infertilità.

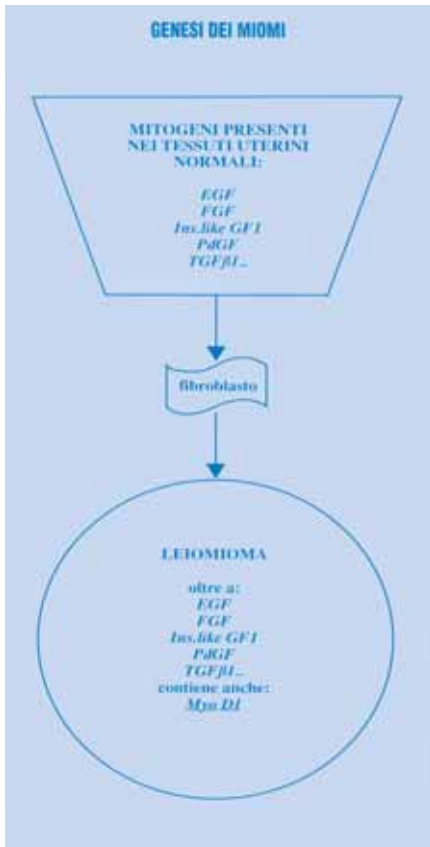


Figura 1

Terapia corrente

La terapia di elezione per i miomi di maggiori dimensioni è chirurgica e grazie allo sviluppo delle tecniche endoscopiche e dell'impiego del laser oggi giorno è divenuto meno frequente il ricorso all'isterectomia.

La terapia medica è diretta in genere alla riduzione volumetrica del fibroma con lo scopo di rendere tecnicamente più facile l'intervento chirurgico e di migliorare le condizioni della paziente spesso portatrice di iposiderosi da

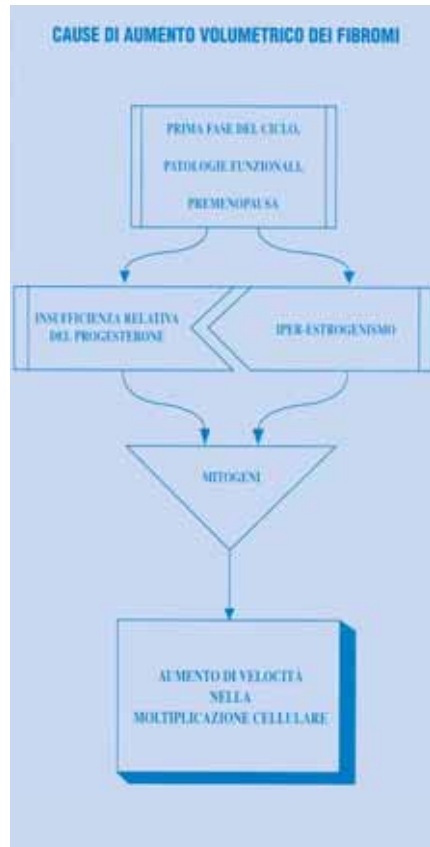


Figura 2

perdita. [4] D'interesse ormai storico è la terapia con progestinici dal momento che non venne mai provato che questa contribuisse a ridurre il volume dei miomi. [9] Altri preparati ormonali come il gestrinone, capace di ridurre il volume dei miomi, con trattamenti protratti almeno due anni, e come il danazolo, capace anch'esso di far regredire i piccoli miomi, presentano degli effetti collaterali non desiderati legati all'attività androgenica dei preparati. [9] Attualmente vengono impiegati gli analoghi del

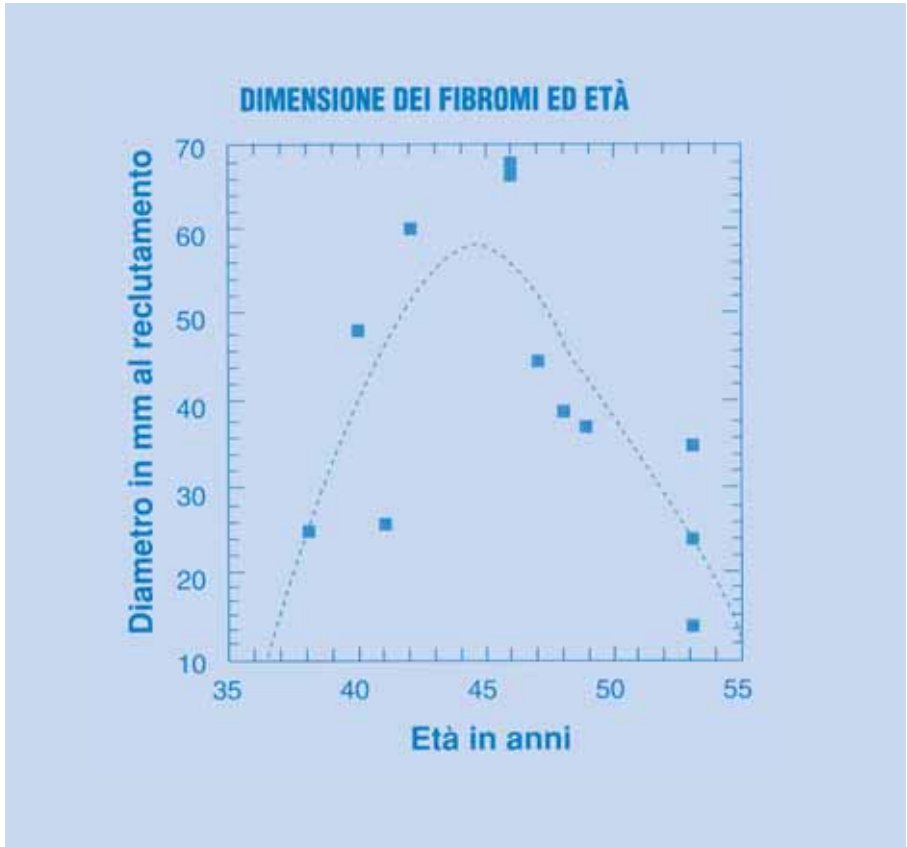


Figura 3

GnRH che dopo un transitorio innalzamento delle gonadotropine e conseguentemente degli steroidi sessuali provocano la desensibilizzazione dei recettori ipofisari. [1, 16] Questa è seguita dalla caduta delle gonadotropine e degli steroidi circolanti con l'effetto di una ovariectomia chimica. [1, 9] I miomi con questa terapia subiscono un decremento volumetrico fino al 50% che è massimo nei primi tre mesi e tende a decrescere fino al sesto mese. [3, 9] Nonostante gli evidenti risultati

vi sono vari inconvenienti: la riduzione volumetrica non è dovuta ad una diminuzione del numero delle cellule del mioma ma ad una diminuzione del loro contenuto in acqua [3] e dopo la cessazione della terapia il volume torna ad aumentare. [4, 9] Come effetti indesiderati vi sono i fenomeni vasomotori e le altre manifestazioni cliniche della menopausa ed è da tenersi in conto, anche se non è stato provato in modo univoco, un effetto negativo sul mantenimento della massa ossea. [4] Questi inconvenienti

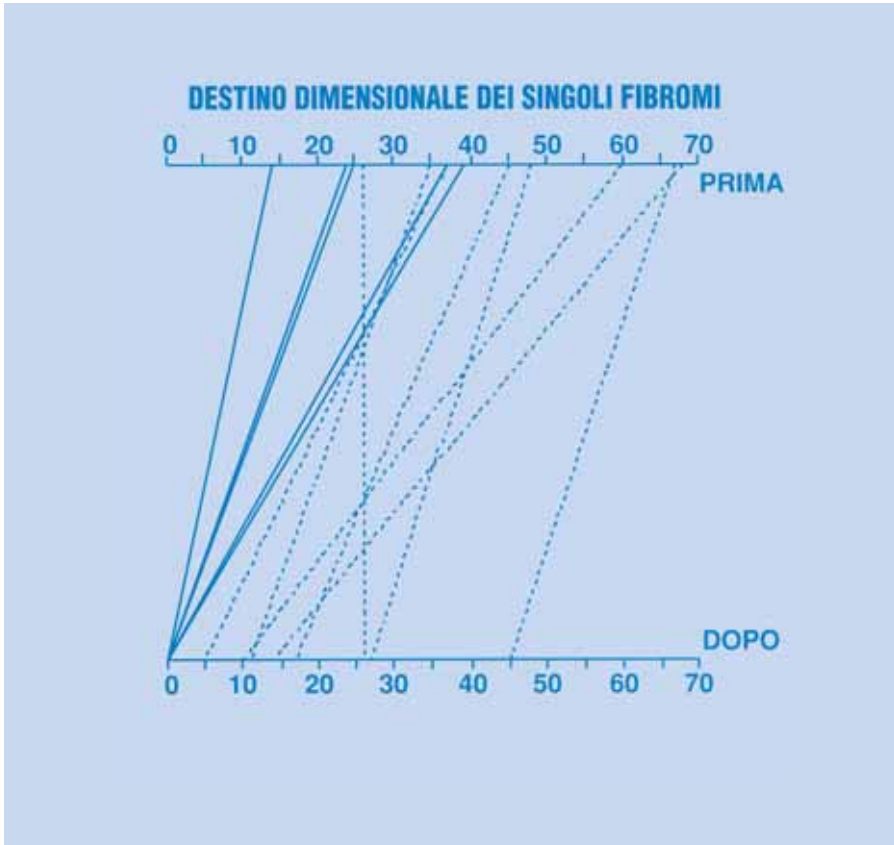


Figura 3

portano ad effettuare terapie di durata in genere non superiore a tre mesi e come preparazione ad un successivo intervento chirurgico. [4]

Scopo della ricerca

Nell'arsenale delle terapie dirette a conservare l'integrità del mioma (Bioterapie) vi sono diversi medicinali a cui la tradizione attribuisce proprietà utili nella terapia di questa patologia, ma non ci risulta

che siano state condotte indagini sperimentali sistematiche dirette a verificare questo assunto almeno per quello che attiene l'effetto sulle alterazioni anatomiche.

Abbiamo allora condotto una ricerca su pazienti portatrici di miomi sintomatici restringendo la gamma degli interventi al gruppo delle bioterapie analogiche per verificare l'ipotesi alternativa che queste fossero in grado di agire sulle lesioni anatomiche oltre che sui sintomi funzionali.

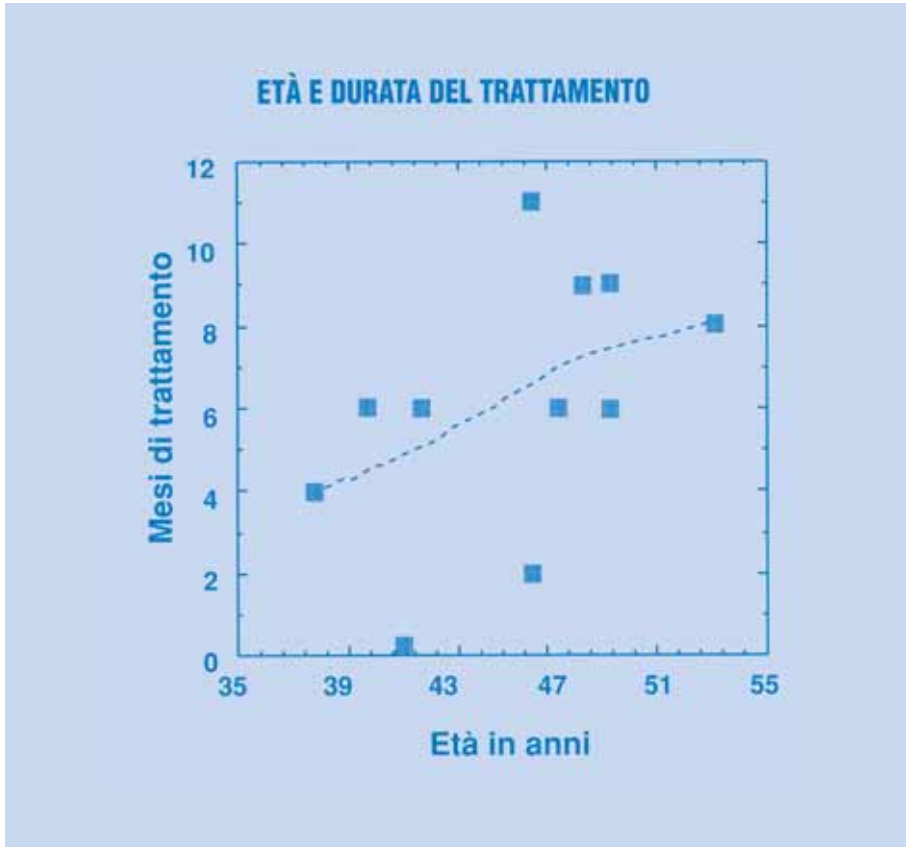


Figura 4

Possibilità offerte dalle bioterapie analogiche

A) OMEOTERAPIA:

Thuja

Medicamento principale della Diatesi Sicotica (Hahnemann), o Dismetabolismo Plurifattoriale secondo una nomenclatura più recente [7], di origine congenita od acquisita. È caratterizzata dall'accumulo nel tessuto connettivo di metaboliti, fisiologici e non, da successiva perdita

delle fini regolazioni tra cellule parenchimali e mesenchima e da neoformazioni cutanee, mucose e ghiandolari. Thuja possiede un'azione antiproliferativa a livello cutaneo, mucoso e ghiandolare, presumibilmente attraverso un'azione inibente l'effetto dei fattori di crescita, come l'EGF, implicato nella genesi delle proliferazioni cutanee e dei polipi del colon, e il TGF β 1 implicato nello sviluppo dell'adenoma prostatico. È da notare, a questo proposito come entrambi i mitogeni siano stati estratti

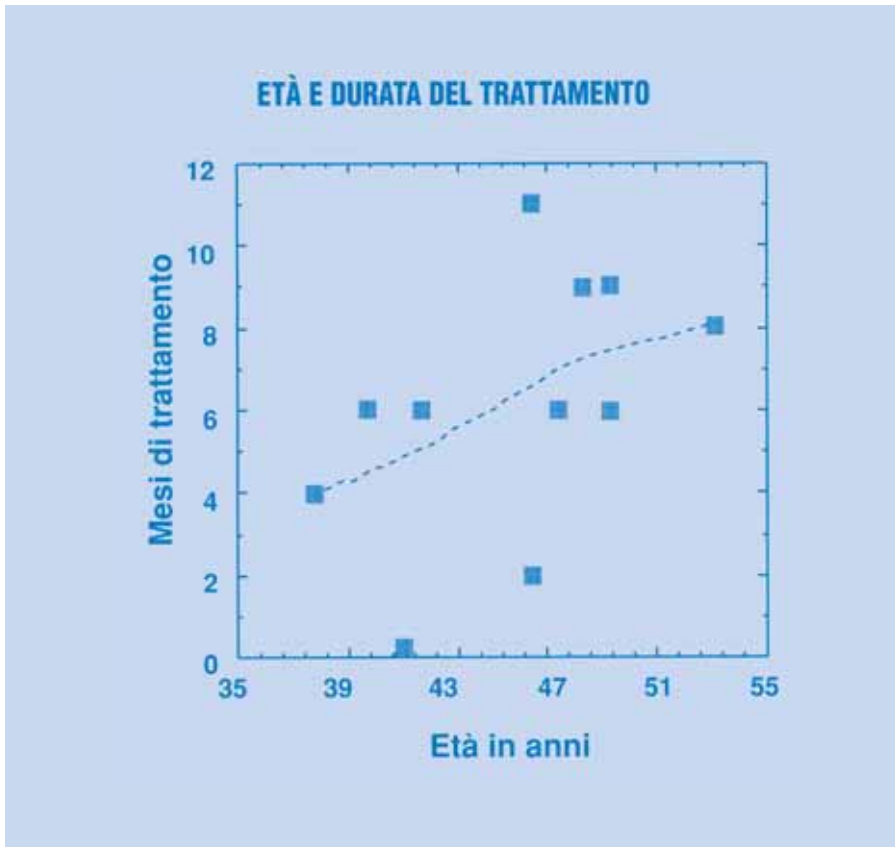


Figura 5

anche dai tessuti uterini (Fig. 1) e presentino risposte simili a quelli estratti da altri tessuti quanto a specificità ed ampiezza di risposta. [8, 13]

B) ISOTERAPIA

b.1) Organoterapia diluita e dinamizzata

Agisce sulla patologia autoimmune sottostante o concomitante alle patologie croniche [11, 14]; esercita un'azione prevalentemente inibente sulle funzioni degli organi verso i quali

è diretta [11] e agisce come una rotaia funzionale che potenzia gli effetti degli omeoterapici organospecifici [11, 12].
Organoterapico utilizzabile: Uterus.

b.2) Ormonoterapia diluita e dinamizzata

Contrasta o favorisce le funzioni degli ormoni impiegati a seconda della deconcentrazione, probabilmente agendo sui siti recettoriali degli stessi [15].
Ormoni utilizzabili: Folliculine, Progesterone.

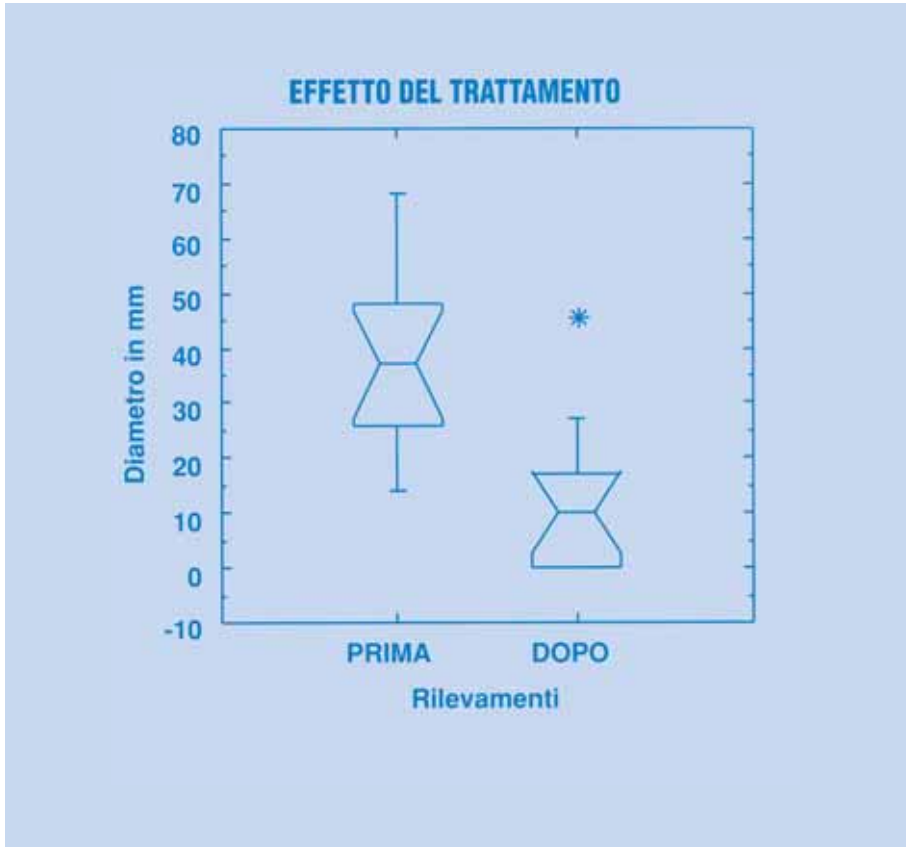


Figura 6

C) GEMMOTERAPIA ANALOGICA

Modifica il terreno reattivo dell'individuo agendo sul mesenchima [6]. Sono utilizzabili i seguenti estratti vegetali embrionari:

c.1) *Alnus incana*

“Rigenera il terreno in via di degradazione nelle radure del bosco ceduo arricchendo l’humus di azoto, fissa le scarpate e i terreni esposti all’erosione”; per analogia è quindi

adatto a rigenerare tessuti gravemente danneggiati da processi infiammatori cronici testimoniati dall’aumento nel protogramma delle frazioni globuliniche. È dotato di nette proprietà anticoagulanti. [5]

c. 2) *Rubus idaeus*

“Corregge il blocco della fertilità dell’humus dovuto all’eccesso di acidità nel suolo”; per analogia è indicato in patologia umana quando il picco di precipitazione delle euglobuline si trova in corrispondenza

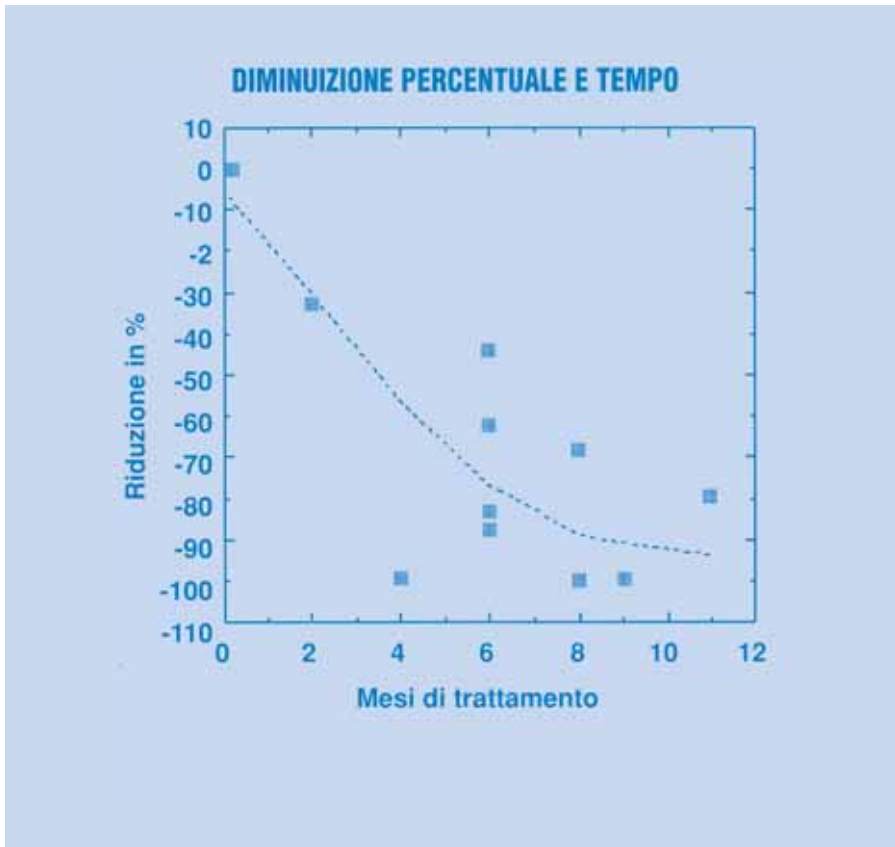


Figura 7

di un ph acido, inferiore a 5.8, situazione comune a molti stati infiammatori cronici ad andamento torpido, anche di origine disendocrina come nelle menometrorragie funzionali. Conduce verso l'equilibrio la bilancia emostatica orientata verso l'ipercoagulabilità. [6, 10]

c.3) *Sequoia gigantea*

“Albero ermafrodito, estremamente longevo, resistente al freddo, può crescere su pendii rocciosi con scarsa terra. Di straordinaria vitalità: un

tronco tagliato da qualche anno è capace di restaurare la propria chioma”. Indicato per analogia a rivitalizzare un terreno senescente, caratterizzato da un modesto aumento delle frazioni globuliniche -2, .. [10] Tutti e tre i gemmoderivati esplicano quindi un'attività antinfiammatoria: Alnus ha decise proprietà anticoagulanti, Rubus contiene acido salicilico [2, 10], possiamo inferire che, almeno questi due, si comportino come antinfiammatori non steroidei (NSAIDs) e che, in considerazione

Tab.1 STATISTICHE DESCRITTIVE

		n	Mediana	Q ₁	Q ₃
1.1) PAZIENTI					
Eta	(anni)	11	46	41	49
Durata tratt.	(mesi)	11	6	5	9
1.2) FIBROMI					
Inizio tratt.	(mm)	13	37	26	48
Fine tratt.	(mm)	13	10	0	17
Differenza	(%)		-83.3	-100.0	-62.2
1.3) STIMATORE DI HODGES-LEHMANN					
Differenza mediana (mm): $\lambda = -30$					
I.C. 0.99 esatto = -43 _____ -21					

Tab.2 RAPPORTI TRA VARIABILI

2.1) *Eta e durata del trattamento*

Eta	Mesi di trattamento			Totali
	< 6	= 6	> 6	
<46	2	2	0	4
46-47	1	1	1	3
>46	0	1	3	4
Totali	3	4	4	11

Test di Jonckheere-Terpstra: p esatta (test bidirezionale) = 0.0398

2.2) *Differenza percentuale dalla base e durata del trattamento*

Test di correlazione di Spearman (13 osservazioni)

R = 0.5541 I.C. 0.99 = 1.000 _____ 0.0608

p esatta (test a una coda) = 0.0263

2.3) *Differenza assoluta dalla base e durata del trattamento (11 dati)*

Modello: Differenza = $\theta_1 (1 - \theta_2)^{\text{Mesi}}$

Loss: Valori assoluti di (Differenza - Stima)

	Parametri	E.S.	I.C. 95%
$\theta_1 =$	- 47.390	0.240	- 47.860 _____ - 46.920
$\theta_2 =$	0.187	0.003	0.182 _____ 0.193

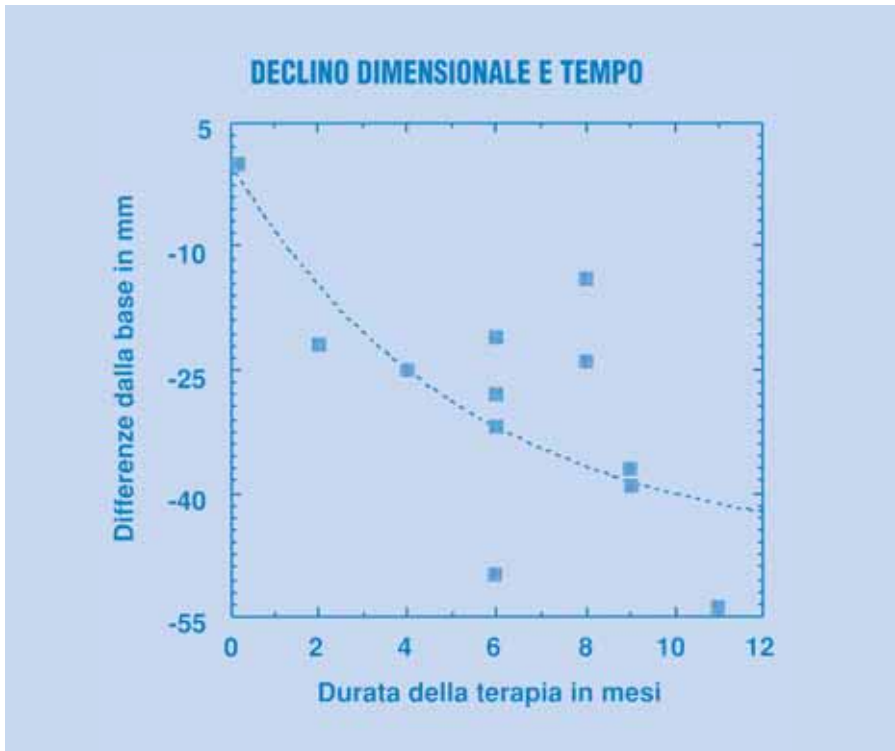


Figura 8

dell'assenza di effetti lesivi sull'apparato digerente, inibiscono in prevalenza l'enzima ciclossigenasi di tipo 2 la cui produzione è indotta nelle sedi dell'infiammazione. In campo ginecologico gli inibitori delle ciclossigenasi e in conseguenza della sintesi delle prostaglandine sono efficacemente impiegati nella cefalea catameniale, nella dismenorrea secondaria e nell'ipercontrattilità uterina, di cui sarebbe responsabile l'iperproduzione di PGF_{2a}, dotata tra l'altro di attività vasocostrittrice [1, 2] e che in fisiologia riveste il ruolo di ormone luteolitico. [2] Tale ruolo,

condiviso in varia misura dalle altre prostaglandine, è comunemente utilizzato in campo veterinario per sincronizzare l'estro. [1, 2]

Tattica bioterapeutica

Uterus 9 CH (deconcentrazione inibente) mette a riposo un organo iperfunzionante e lo predispone (rotaia funzionale) all'azione degli altri rimedi.
Folliculine 9 CH (deconcentrazione inibente) blocca i recettori uterini degli estrogeni.
Progesterone 4 CH (deconcentrazione

stimolante) stimola i recettori del progesterone. *Alnus-Rubus-Sequoia* contrastano la rapida involuzione del corpo luteo.

Thuja 30 CH (deconcentrazione fortemente inibente) bloccherebbe la produzione e/o i recettori dei fattori di crescita.

Materiale e metodi

Sono state studiate 11 pazienti di età mediana 46 aa, portatrici di fibromi (Tab.1.1) e che presentavano i segni clinici di un iperestrogenismo relativo. L'end point della terapia è stato fissato alla cessazione stabile dei sintomi clinici. Prima dell'inizio della terapia e al di questa è stato eseguito un esame ecografico, sempre durante la fase follicolare del ciclo, da parte di un unico operatore che ha impiegato sempre lo stesso apparecchio diagnostico. È stato annotato il diametro medio del fibroma in mm (Tab.1.2).

Protocollo terapeutico

- a) *Thuja 30 CH* 1 dose globuli ogni 21 gg.
- b) *Uterus 9 CH* 1 supposta 3 volte alla settimana
- c) *Follicoline 9 CH* 1 supposta dal 1° al 18° giorno del ciclo
- d) *Progesterone 4 CH* 1 supposta dal 10° all'ultimo giorno del ciclo
- e) *Alnus incana, Rubus idaeus, Sequoia*

gigantea, aa MG D1, 50 gtt rispettivamente a colazione, pranzo e cena.

Metodi statistici

È stata condotta un'analisi esplorativa dei dati (E.D.A.) con metodi grafici (Fig. 3-7). Quindi sono state eseguite delle analisi numeriche in massima parte non parametriche e, trattandosi di dati che non sempre seguivano la distribuzione normale e di tabelle con dati sparsi, sono stati utilizzati i metodi di probabilità esatti. Per le statistiche descrittive ci siamo serviti per le stesse ragioni di statistiche robuste come la mediana e i quartili.

Il software impiegato è stato Systat 5.02 w, Statxact-3.02 w.

Risultati

Una paziente di 46 anni ha sospeso il trattamento dopo due mesi per una gravidanza sopraggiunta. In questo caso la riduzione del diametro del fibroma era pari al 67 %. Un'altra paziente ha interrotto dopo pochi giorni il trattamento per l'insorgere di cefalea e per la difficoltà di adeguamento allo schema terapeutico, indubbiamente non semplice. Il decremento del fibroma, com'era logico attendersi, è stato nullo. L'abbandono della terapia ha inciso per lo 0.091 (I.C. 0.95 =

0.002_0.412), ma si può respingere l'ipotesi nulla di un'incidenza di abbandoni pari allo 0.365 con $p = 0.0496$. I 13 fibromi studiati (una paziente era portatrice di 3 fibromi) presentavano all'inizio del trattamento un diametro medio di 37 mm (Tab.1.1, Fig. 6), le dimensioni variavano in funzione dell'età: erano di diametro progressivamente maggiore fino a 46 anni, tendevano poi a dimensioni via via inferiori nelle classi di età successive (Fig. 3). Dieci fibromi su tredici (76,92 %) presentavano dimensioni inferiori a 5 cm di diametro (Fig. 4). La durata mediana del trattamento è stata di 6 mesi (Tab.1.1), maggiore di 6 mesi in 3 pazienti su 4 di età superiore a 47 anni, inferiore o uguale a 6 mesi in 4 pazienti di età inferiore a 46 anni (Fig. 5). Le tre pazienti di età compresa tra 46 e 47 anni sono ugualmente distribuite nelle tre classi di durata della terapia. La durata del trattamento non è distribuita casualmente ($p = 0.0398$) nelle tre classi di età (Tab.2.1): è tendenzialmente maggiore nelle donne più anziane (Fig. 5). Al termine del trattamento il diametro medio era di 10 mm (Tab.1.1), lo stimatore della differenza mediana è risultato = -30 mm con un I.C. allo 0.99 compreso tra -43 e -21 mm (Tab. 1.3; Fig. 6). Possiamo quindi respingere l'Ipotesi Nulla di non differenza del diametro di fibromi tra inizio e fine del trattamento con una probabilità dello

0.01. Cinque fibromi di diametro inferiore a 40 mm alla partenza sono completamente scomparsi come immagine ecografica al termine del trattamento (Fig. 4). La riduzione percentuale dei fibromi rispetto alla base è collegabile alla durata del trattamento (Fig. 7), ma è meno decisa in quelli che hanno richiesto un trattamento > a 6 mesi. La riduzione assoluta rispetto alla base è funzione esponenziale della durata del trattamento (Tab.2.3; Fig.8). Questa funzione, non lineare, è significativa allo 0.95 e i residui si distribuiscono simmetricamente attorno allo zero. Nel calcolo di questa funzione è stata utilizzata, nel caso della paziente con tre fibromi, la media armonica dei tre diametri.

Discussione

Le bioterapie impiegate in questo esperimento preliminare sono risultate efficaci congiuntamente al tempo nel ridurre l'entità delle lesioni anatomiche e non solo ad estinguere i disturbi funzionali. È noto, infatti, come i piccoli fibromi possano regredire spontaneamente nel corso del tempo. Nonostante che l'effetto del fattore Tempi non possa essere separato dal fattore Farmaci, data la mancanza di un gruppo di controllo, la responsabilità della variazione osservata non può essere interamente attribuita al primo fattore. La durata

del periodo di osservazione non è infatti sufficiente, data l'età non troppo avanzata delle pazienti, per permettere l'instaurarsi dell'ipogonadismo conseguente alla menopausa. Il riequilibrio ormonale conseguente alla terapia, testimoniato dalla scomparsa dei disturbi funzionali, ha portato presumibilmente ad una diminuzione dell'imbibizione idrica del fibroma associata all'iperestrogenismo il che ne ha condizionato la diminuita o mancata rilevabilità tramite l'ecografia [3]. Tuttavia non essendo stata impiegata la RMN per documentare l'evoluzione delle lesioni non siamo in grado di dire se la diminuzione e/o la sparizione dell'immagine ecografica siano state a carico della massa solida o di quella liquida. Il trattamento con le bioterapie ha prodotto effetti quantitativi di entità paragonabile a quello degli analoghi del GnRH, è stato tuttavia di durata più lunga (doppia o tripla) ma non ha condotto ad alcuno degli effetti indesiderati della ovariectomia farmacologica. Al contrario di questa ha portato verso l'equilibrio fisiologico la situazione ormonale tanto da permettere ad una paziente non più di primo pelo (46 aa) dopo la riduzione del 67% del diametro di un un fibroma maggiore di 5 cm (6,7 cm) di iniziare una gravidanza. L'abbandono della bioterapia, per effetti secondari indesiderati o mancata compliance, ha inciso per il 9 % circa. Con un

campione di queste dimensioni si può respingere allo 0.05 solo l'ipotesi nulla di una probabilità di abbandoni = 0.365. Questa probabilità è piuttosto ampia e in parte deriva dallo scarso numero di soggetti studiati: è auspicabile che possa restringersi, ma non potrà mai annullarsi così come si conviene ad una terapia e non ad una fede. L'efficacia del trattamento è stata messa alla prova in fibromi prevalentemente di piccole dimensioni: va studiata in quelli di dimensioni maggiori. Ed è proprio nel caso di queste lesioni che diventerebbe possibile fare entrare in campo un gruppo di controllo trattato con gli analoghi, procedura, questa, non etica nel caso dei miomi di dimensioni minori sia per l'impegnatività della terapia sia per il costo, se si tiene conto del punto di vista della giustizia nell'allocazione delle risorse. Di non secondaria importanza nel proseguire queste osservazioni che hanno carattere preliminare sarà il valutare alla distanza gli effetti delle bioterapie che, almeno nelle classi di età più giovani, presumiamo essere più stabili di quelli prodotti con l'impiego degli analoghi del GnRH proprio per il meccanismo di azione basato su di una strategia opposta a quella dell'ovariectomia chimica.

Questo articolo è stato pubblicato:
in versione integrale su: Omeopatia Oggi Anno
12 - n. 23 - Gennaio 2001, 26-33.
Come abstract su: Toscana Medica 2 febbraio
2002, 49-50.

BIBLIOGRAFIA

1. Bennet JC, Plum F eds. "Cecil Textbook of Medicine. 20th ed.", Saunders, Philadelphia, 1996, pg. 1198-1199, 1301
2. Campbell WB, Halushka PV "Lipid-Derived Autacoids: Eicosanoids and Platelet-Activating Factor" in Goodman & Gilman's "The Pharmacological Basis of Therapeutics. 9 th ed.", Mc Graw Hill, New York, 1996, pg. 607, 942, 947
3. Franchini M, Bozza A, Biagini C, Poggiali C, Lo Stumbo F "Dehydrating effect of Tryptorelin on uterine leiomyomas", Incontri di Endocrinologia riproduttiva: V° Basi fisiopatologiche delle disfunzioni endocrine nella donna, Monduzzi, Bologna, 1994, pg. 303-307
4. Friedman AJ, Lobel Susan M, Rein MS, Barbieri RL "Efficacy and safety considerations in women with uterine leiomyomas treated with gonadotropin-releasing hormone agonists: The estrogen threshold hypothesis", Amer J Obstet Gynecol, October 1990, pg. 1114-1119
5. Henry P "Indications cliniques nosographiques sous references biologiques de nouveaux bourgeons", Cahiers de Biotherapie, 1969, 21, pg. 43-45
6. Henry P "Gemmoterapia. Terapia con gli estratti vegetali embrionali", Ricchiuto, Verona, 1989, pg. 71-72
7. Julian OA, Haffen M "Homéopathie et Terrain", Lehning Metz, 1984, pg. 228-229, 243
8. Koutsilieris M, Michaud J, Nikolis A "Preferential mitogenic activity for myoblast-like cells can be extracted from uterine leiomyoma tissues", Amer J Obstet Gynecol, November 1990, pg. 1665-1670
9. Melis GB., Paoletti AM "Fibromiomi uterini. Parte Ila", Quaderni di Ostetricia e Ginecologia Pratica, CIC, Roma, 1992, pg. 3-23
10. Piterà F "Compendio di Gemmoterapia Clinica. Meristemoterapia", De Ferrari, Genova, 1994, pg. 541, 557
11. Poggiali C "Genealogia e rango dell'Organoterapia", Cahiers de Biothérapie ed. it., 3, VII, 1999, pg.13-29
12. Reckeweg H.H. "Omotossicologia", Guna, Milano, 1988, pg. 313- 322
13. Suematsu S, Kishimoto T, "Autocrine and Paracrine Role of Cytokines as Growth Factors for Tumorigenesis" in Aggarwal BB, Puri RK "Human Cytokines: Their Role in Disease and Therapy", Blackwell, Cambridge MSS, 1995, pg. 525-539
14. Tétau M, Bergeret C "L'Organothérapie diluée et dynamisée", Maloine, Paris 1984, pg. 35-48 1
15. Tétau M "Nouvelles cliniques d'Organothérapie diluée et dynamisée", Similia, Paris, 1986, pg. 38-51, 116-122, 149-150
16. Upadhyaya NB, Doody MC, Googe PB "Histopathological changes in leiomyomata treated with leuprolide acetate", Fertility and Sterility, 54, 5, November 1990, pg. 811-814.

M. ROMANELLI, G. TRAPANI

Alcuni casi di dermatite del cane curati con l'omeopatia. Raffronto con le terapie allopatiche

Con grande piacere, in queste pagine, leggeremo le osservazioni cliniche che la Collega Marina Romanelli ha svolto nel proprio studio Veterinario durante la pratica quotidiana della Professione. Sicuramente queste osservazioni non sono esaustive, ma non lo pretendono nemmeno. Sono comunque uno studio osservazionale, condotto con serietà e rigore, che vuole dimostrare come un approccio libero da condizionamenti ideologici possa giovare alla salute dei pazienti del Veterinario ed al benessere delle famiglie che li ospitano. Anche questo studio può essere considerato una risposta a coloro che definiscono l'Omeopatia come una terapia che funziona solo come placebo. Infatti la comprensione ed il condizionamento psicologico che l'animale può avere durante la somministrazione della terapia sono veramente scarsi e legati alla triade Veterinario, paziente, animale. Leggiamo quindi quanto è avvenuto, ricordando che gli schemi

terapeutici, o meglio le bioterapie possono modificare la vita dei nostri amici a quattro zampe senza effetti collaterali.

Le affezioni dermatologiche in campo veterinario sono tra le patologie più complesse per la molteplicità di cause responsabili della loro insorgenza. Prenderemo in considerazione solo le dermatosi pruriginose che costituiscono il capitolo più ampio di queste patologie e che rappresentano un problema per i proprietari dei nostri pazienti i quali, grattandosi, disturbano la famiglia giorno e notte provocandosi lesioni secondarie e auto-traumatismi.

Indipendentemente dall'etiologia di queste dermatiti (parassitaria, micotica, seborroica, allergica, iatrogena, psicogena, diabetica, atopica,...) il nostro obiettivo sarà quello di ottenere la guarigione totale rimuovendo la causa scatenante e curando al meglio le lesioni primarie e

secondarie, o comunque migliorare la situazione, attenuando il più possibile il prurito.

Metodi

Per sviluppare la mia osservazione è stato indispensabile raccogliere un'anamnesi accurata, visitare con attenzione il paziente, ho effettuato, quando necessario, esami microscopici diretti su raschiato cutaneo o colture su terreno adatto all'evidenziazione di colonie micotiche o di batteri, biopsie ed esami ematologici per definire al meglio le condizioni del paziente.

Definita la diagnosi mi sono trovata nella necessità di scegliere una terapia. Ho cercato, in pratica, di confrontare la validità terapeutica dei farmaci omeopatici da me utilizzati nella cura di alcuni casi di dermatiti pruriginose, rispetto all'efficacia della tradizionale terapia allopatrica.

Applicando a questa osservazione la mia pratica professionale quotidiana, ritengo che il comportamento migliore sia quello di utilizzare l'una o l'altra delle suddette terapie, scegliendo secondo scienza e coscienza la migliore per il nostro paziente, o addirittura poter integrare una terapia con l'altra per una risoluzione del caso il più duratura possibile.

In corso di dermatite pruriginosa, in campo veterinario, occorre effettuare un'accurata disinfezione della cute per

eliminare di tutti i possibili ectoparassiti. Vengono applicazioni topiche di antiparassitari specifici; è consigliabile anche una disinfezione per gli endoparassiti la cui presenza, a volte, aggrava il prurito cutaneo. Se l'animale vive in un ambiente contaminato può trovar luogo l'impiego di Ledum Palustre 5 CH o 7 CH che serve a controllare con efficacia le infestazioni recidive. Scopo di questo studio è mettere a confronto i risultati ottenuti su un gruppo di 7 pazienti trattati con allopatia e altrettanti trattati omeopaticamente.

Prima di definire lo schema dello studio, voglio esporre le linee guida della terapia allopatrica nella dermatite pruriginosa.

Generalmente, per ottenere la remissione del sintomo prurito si ricorre all'uso di antistaminici o di antiinfiammatori steroidei e non. Questo trattamento viene associato ad una antibiotico terapia mirata a combattere gli agenti patogeni da contaminazione secondaria: largamente utilizzati in questi casi sono l'amoxicillina, l'associazione amoxicillina e ac. clavulanico e, soprattutto, la clindamicina per il suo spiccato tropismo cutaneo.

La terapia antibiotica si protrae per 8 - 10 giorni. per evitare recidive. Se al contrario la dermatite pruriginosa era causata dalla presenza di miceti è assolutamente controindicata qualunque terapia cortisonica sia per

via generale che topica; si instaura una terapia con griseofulvina per os della durata di 60 giorni normalmente, e di 75 giorni nelle forme più resistenti, eventualmente accompagnata dall'uso topico di lozioni al tioconazolo; l'itraconazolo sistemico è lasciato alle forme di criptococcosi, blastomicosi e sporotricosi accertate con mezzi di laboratorio.

Per controllare il prurito, qualora questi farmaci fossero insufficienti, meglio usare localmente soluzioni all'avena colloidale o alla clorexidina da applicare sulla cute ogni 4-5 giorni. Buona norma è anche instaurare una correzione alimentare, consigliando l'uso di cibi confezionati di linea dietetica a basso contenuto di sostanze potenzialmente allergizzanti che utilizzano la tecnica dell'idrolisato proteico i cui componenti sono troppo piccoli per poter legare le molecole di IgE e quindi l'istamina non viene rilasciata (Prescription diet ultra allergen-Free e Low allergen).

Risultati dell'osservazione

Gruppo trattato con la medicina olopatica

1) Barboncino maschio nero di anni 3, (proprietario M. P.), dermatite pruriginosa senza lesioni secondarie e ricorrenza stagionale.

Terapia antistaminica con Oxatomide 10 Mg/12 h x15gg., correzione dietetica, trattamento antiparassitario

esterno con Fipronil ogni 30 gg. Risoluzione temporanea del problema.

2) Samoiedo maschio anni 1 (proprietario B. S.) dermatite pruriginosa dorso-groppo lesione da grattamento rappresentate da eritema e croste di piccole dimensioni.

Terapia antiparassitaria esterna con Fipronil ogni 30 gg. antielmintica con Praziquantel 5 mg./ Kg - Pirantel per 3 volte ogni 20 gg. più correzione dietetica con dieta privativa.

Risoluzione della fase acuta; tendenza costituzionale a pruriti da allergia.

3) Meticcio terrier maschio di anni 9 (proprietario G.P.) dermatite muso con pustole follicolari e presenza di modesto prurito.

Terapia antibiotica con Amoxicillina 20 mg. / kg ogni 12 ore per 7 giorni, terapia antistaminica con Desclorfeniramina maleato 6 mg q 12 h. Completa remissione dei sintomi.

4) Meticcio femmina di anni 14 (proprietario P.E.) immunodepressa dermatite del dorso con papule dermiche e prurito di media gravità.

Terapia antibiotica con Amoxicillina / ac. Clavulanico 12,5 mg./kg. q 12 ore per 7 giorni, trattamento

antiparassitario esterno con Fipronil ogni 30 gg., terapia antistaminica con Oxatomide 15 mg. q 12 ore per 15 gg. Le lesioni primarie sono regredite ma permane il prurito anche se di minor entità.

5) Barboncino bianco femmina anni 4 (proprietario Z.S.) dermatite allergica diffusa con arrossamento generalizzato

della cute, otite bilaterale infiammatoria improduttiva con arrossamento del dotto esterno e dei padiglioni, lesioni da leccamento per il forte prurito.

Terapia antibiotica con clindamicina 10 mg/kg q 12 ore per 10 gg.

Prednisone 2 mg/kg ogni 24 ore per 7 gg., 1 mg/kg ogni 24 ore per 7 gg., poi 1 mg/kg a dì alterni per 15 gg., terapia antiparassitaria esterna e interna e correzione dietetica.

Risoluzione ottima della sintomatologia fino a 20 gg. dalla fine della terapia poi il prurito si ripresenta anche se di minor intensità; cambio dieta che tiene controllata la situazione ma non evita riacutizzazioni sporadiche.

6) Labrador femmina di anni 1 (proprietario N. A.) dermatite miliare pruriginosa con croste puntiformi e prurito generalizzato di natura allergica.

Terapia antiparassitaria esterna e interna, terapia antistaminica con Desclorfeniramina maleato 6 mg/kg ogni 12 ore, associazione di fermenti lattici e dieta privativa.

Discreta remissione dei sintomi con scomparsa delle lesioni secondarie. Deve continuare indefinitamente dieta low allergen.

7) Pit bull maschio di anni 1 (proprietario M.R.) dermatite pruriginosa con eritema localizzato, pustole follicolari, aree alopeciche disseminate e presenza di piccole scaglie. Positivo a Tricophyton e

Demodex.

Terapia trattamento con Griseofulvina P.O. 35 mg/kg die per 40 gg., localmente spugnature di Amitraz ogni 5-6 gg. per 4 volte, antibioticoterapia con Clindamicina 20 mg/kg ogni 24 ore per 10 gg. per arrestare la follicolite batterica.

Dopo 60 giorni la cute appare negativa ai miceti ma la demodicosi presenta recidive; trattamento con Ivermectina s.c. 400 micg/kg da ripetere a 14 giorni di distanza; scomparsa delle zone alopeciche ma permane la tendenza al prurito e al diradamento del pelo.

Gruppo trattato con la medicina omeopatica

1) Labrador maschio di anni 4 (proprietario R.K.) gravissima dermatite atopica con prurito incessante, alopecia diffusa, lesioni da grattamento, edema testa e arti in seguito a trattamenti cortisonici protratti per più di 3 anni (il paziente ha iniziato la sintomatologia all'età di 8 mesi) antibiotici a cicli es. allergologici + graminacee, polvere, acari, anche intolleranza alimentare. Durante la visita ho consigliato una dieta privativa. La terapia omeopatica consisteva in: Psorinum 200K 1 tubo dose, Ribes nigrum M.G. 1 DH 30 gtt. Due volte al giorno. Di fronte ad un aumento del prurito ho aumentato il Ribes a 50 gtt x 2 al di. Dopo 10 giorni il prurito diminuisce e scompare l'edema, anche l'umore è molto migliorato: più allegro. Alla visita di

controllo successiva, prescrivo Pollens 30 CH in granuli, 3 gr. 2 v./sett. + Ribes 40 gtt due volte al dì. Passa bene l'estate, ripresenta pruriti sporadici a ottobre. Nell'ultima visita ho prescritto Poumon hist. 30 CH 2 v./sett., Psorinum 200 CH 1 tubo dose +1 fiala di Manganese 2 v./sett. Per 60 giorni. Tutto bene fino alla primavera quando deve riprendere 1 ciclo della stessa terapia.

2) Meticcio femmina di 12 anni (proprietario P.A.) modesta dermatite del dorso con forte dimagrimento, anoressia, poco prurito, molto abbattuta, grave anemia con leucopenia. Il primo proprietario era deceduto tre anni prima. Ho prescritto Arnica 200 CH 1 tubo dose, Echinacea T.M. 30 gtt. due volte al giorno. Ho ottenuto un lieve miglioramento clinico con aumento dei globuli bianchi. Dopo altri 60 giorni di terapia ho somministrato un tubo dose di Natrum muriaticum 200 CH, per stabilizzare e migliorare i risultati. La cagna è diventata più allegra, l'appetito è migliorato, e si è verificato un incremento del peso corporeo. Dopo 6 mesi Natrum muriaticum M CH in gtt. alla dose di 5gtt. 2vv./sett. Sta benissimo tuttora.

3) Pastore Belga maschio di anni 5 (proprietario T.P.) obeso orchiettomizzato, iperemotivo, sempre agitato. Gli esami ematochimici evidenziavano una ipercalcemia, con modesta leucocitosi. Spesso faringotonsilliti con risentimento articolare, valori reumatici negativi, prurito

cutaneo sporadico ma recidivante. Ho prescritto Ribes Nigrum MG 1DH in gtt. 30 gtt. due volte al dì, Rhus toxicodendron 30CH granuli 3 gr. 1v./sett., il tutto per 60 gg. Alla visita successiva ho riscontrato la riacutizzazione sintomi faringei e cutanei. Pertanto ho somministrato Graphites 30 CH gr. 3 gr./die + Ribes Nigrum T.M. 30 gtt. due volte al dì per 30 gg. All'ultima visita la sintomatologia si era stabilizzata, quindi ho somministrato Graphites 200CH _ tubo dose una volta al mese, e Fucus Vesiculosus T.M. 25 gtt./die per 60 gg. situazione stabile

4) Beagle femmina di anni 11 (proprietario M.O.) gravissima dermatite con alopecia diffusa, papule disseminate, eritema, scaglie e croste da grattamento, ispessimento cutaneo e prurito intensissimo. Soggetto atopico. Trattata da anni con sintomatici allopatici. Durante la mia visita ho deciso per una terapia con Clindamicina 20 mg./kg. Q. 24 h. per 20 gg. e con prednisone 2mg./kg. A dosi scalari per 60 gg. associata ad una dieta privativa. Al termine della terapia Psorinum 200 CH monodose + Manganese fiale 3vv./sett. A questa terapia ha corrisposto un aumento del prurito, poi temporanea remissione dei sintomi, scomparsa delle scaglie e ricrescita del pelo. Dopo 4 mesi recidiva, somministro allora Pollens 30 CH 3 gr. 2vv./sett., Poumon histamine 30 CH 3 gr./die, Ribes nig. MG 1DH 25gtt.BID per 30gg.

Quindi Psorinum M CH monodose. Poumon Histamine 2 vv/sett. e Manganese fiale, ma i periodi di benessere sono sempre più sporadici, come alimento non tollera altro che pesce e patata. Deve riprendere Prednisone sino alla fine.

5) Meticcio volpino femmina di 7 anni (proprietario C.I.) presenta dermatite pruriginosa stagionale. Risponde bene alla sola somministrazione del fitogemmoterapico: Ribes n. MG1DH gtt. 25 gtt. due volte al dì associato all'uso costante dell'antiparassitario esterno e dieta controllata

6) Pit-bull maschio di 2 anni (proprietario M.R.) da cucciolo. Demodicosi, presenta lieve dermatite allergica con prurito modesto. Facilmente aggredibile dalle zanzare a causa del pelo rasato. Somministro Ledum palustre 7 CH gr. 3 gr. Due volte al dì per 7 giorni Poumon histamine 30 CH 3 gr. 2vv./sett. Remissione persistente e costante dei sintomi.

7) Meticcio femmina di 7 anni (proprietario T.D.) pregressa demodicosi. Dermatite allergica ricorrente trattata più volte con cortisonici lo scorso anno terapia con: Ribes n. MG 1 DH 30 gtt. due volte al dì, Poumon histamine 30 CH 3 gr. 2vv./sett. Pollens 9CH 3gr./die + Manganese fiale 3 vv./sett.

Ottima risoluzione, a settembre 2000 ripresenta gli stessi sintomi, ripete per 30 gg. la medesima terapia e tuttora non ha presentato segni di recidiva.

Discussione

I risultati sono stati discreti in tutti i casi ma purtroppo i pazienti dermatologici presentano spesso recidive cicliche quindi sia nei casi trattati allopaticamente che nei casi trattati con l'omeopatia i successi terapeutici non sono stati quasi mai definitivi.

Se si può notare una differenza, questa consiste nel fatto che le recidive presentate dai pazienti allopatrici sono costanti e quasi sempre di uguale intensità a distanza di 20, 30 giorni da termine della terapia. Nei pazienti trattati omeopaticamente invece, laddove ha agito anche una terapia di fondo, la resistenza alla malattia è apparsa più prolungata nel tempo e le recidive si sono manifestate con minore intensità.

Scopo dello studio non è quello di dimostrare la superiorità di una terapia rispetto all'altra ma di riflettere sulla possibilità di affrontare in modo differenziato una patologia difficile e insidiosa integrando l'approccio terapeutico e riducendo al minimo il danno da farmaci.

* Veterinario, SMB ITALIA MILANO

** Responsabile Ricerca Clinica SMB ITALIA

BIBLIOGRAFIA

1. MULLER-KIRK:
"Dermatologia dei Piccoli Animali"

- Marrapese ed. D.E.M.I. Roma 1982
2. T. WILKINSON-G.HARVEY:
"Dermatologia dei Piccoli Animali" animali da compagnia
UTET 1994
 3. ERIC GUAGUÈRE-PASCAL PRÉLAUD:
"Guida pratica di dermatologia felina"
MÉRIAL 1999
 4. SCOTT D.W.:
J. Amer. Hosp Assn. 26, 515-537 (1990)
 5. Z. ALHAIDARI:
"Techniques diagnostique en dermatology des carnivores"
ed. Guaguère 107-114 (PMCAE Editions-Paris)1991
 6. SCOTT D.W.-MILLER W.H. & GRIFFIN:
"Muller and Kirk's Small Animals
Dermatology"
5th edition (Saunders W.B. Philadelphia) 1995.



smb Italia

c.p. 13 00040 Pomezia Roma

tel. 06.91968024 • fax 06.91821345

web: www.smbitalia.org • e-mail: smbitalia@smbitalia.org

RINGRAZIAMENTI A TUTTE LE SCUOLE DELLA SMB ITALIA

Nel chiudere questo libro, che raccoglie alcuni dei lavori di ricerca fatti dalle Scuole della Smb Italia, voglio ricordare tutti i docenti e gli studenti che ne hanno permesso la realizzazione.

Solo l'impegno costante e fattivo di tutta la struttura della SMB Italia, dalla parte amministrativa a quella didattica ha consentito che si realizzassero questi studi clinici.

Il lavoro costante, continuo, di tutti i Responsabili ed i Docenti è un momento fondamentale ed irrinunciabile perché si riescano a raggiungere degli obiettivi.

Le nostre Scuole stanno rispondendo alle esigenze sempre più reali e pressanti di coloro che chiedono informazione e formazione.

Il materiale didattico su supporto cartaceo ed elettronico sono parte integrante della nostra didattica, l'attività dei nostri docenti continua non solo durante la lezione, ma anche attraverso la stesura di testi di studio e consultazione agili ed utili. La frontiera dell'ECM per noi non rappresenta un ostacolo ma uno stimolo a fare ancora meglio.

Questi sono solo alcuni dei momenti che vedono impegnata sul fronte della didattica tutta la SMB ITALIA.

Per questi motivi, dalle pagine di questo volume, voglio ringraziare tutti coloro che prestano la propria opera, come Docenti, nelle nostre Scuole che, con la loro professionalità, hanno reso possibile, alla Smb Italia raggiungere i più alti livelli dell'Associazione Omeopatico Europeo.

Un ringraziamento anche a tutti coloro che, per vari motivi, in questo momento non fanno più parte della Smb Italia, ma con i quali, per anni, abbiamo condiviso questa avventura.

Grazie a tutti.

P. Paladino
Segr. Generale Smb Italia

seconda ristampa
Progetto grafico e impaginazione:
Graficamente srl - Roma

Stampa:
Tipograf srl - Roma