



Scuola di Medicina Omeopatica di Verona

Vicolo Dietro Santi Apostoli, 2 - 37121 Verona tel 0458030926 - fax 0458026695 cell. 329 4744580 email info@omeopatia.org www.omeopatia.org

Tesi

Omeopatia in Terapia intensiva Casi clinici dall'esperienza Brasiliana ed Austriaca

dott.ssa Silvia Soffia

Relatore

dott. Carlo Vercesi

Anno Accademico 2013-2014

INDICE

- **Riassunto.....pag 3**
- **Introduzione.....pag 4**
- **Casi Clinici.....pag 5**
- **Discussione.....pag 11**
- **Conclusioni.....pag 18**
- **Bibliografia.....pag 20**

RIASSUNTO

Scopo di questo lavoro è raccogliere dati riguardanti l'uso dell'omeopatia nelle Unità di Terapia Intensiva.

Sono stati selezionati alcuni casi, dell'esperienza brasiliana ed Austriaca, che mostrano in che modo sia possibile utilizzare l'omeopatia anche sui malati critici.

I risultati mostrano che l'omeopatia, nella maggior parte dei casi, integrata alla terapia convenzionale messa in atto può accelerare il decorso della patologia verso la guarigione o comunque influenzare in modo positivo l'outcome a lungo termine dei pazienti.

INTRODUZIONE

Il mio incontro con l'omeopatia è iniziato grazie al raffreddore di mio figlio e alle mie colleghe che mi hanno suggerito di portare il bambino da una pediatra omeopata della mia città.

Dopo la terza visita mi è sorto il desiderio di approfondire non solo la conoscenza del rimedio che gli era stato prescritto, ma anche il principio attraverso il quale questo rimedio doveva portarlo a guarigione.

Presi così la decisione d'iscrivermi alla Scuola di Medicina Omeopatica di Verona anche per formarmi poter trattare da sola mio figlio.

Sicuramente ho intrapreso questo percorso con un velo di scetticismo ma, strada facendo, mi sono dovuta ricredere, ed anzi è sorto in me il desiderio di poter estendere l'uso dell'omeopatia anche nel mio settore lavorativo: la rianimazione.

A questo punto è nato spontaneo un quesito: se e come può entrare l'omeopatia a fare parte di un programma terapeutico di un malato ricoverato in terapia intensiva?

Abituata a vedere paziente intubati e monitorizzati con tecniche sempre più all'avanguardia e sottoposti a regimi terapeutici con farmaci inotropi, steroidi ed antibiotici a dosaggi impensabili per chi non ha confidenza con questo settore, mi lasciava perplessa l'idea che un dosaggio infinitesimale potesse svolgere la sua parte in uno scenario di questo tipo.

Inizialmente trovavo inconciliabili i miei due mondi, quello dell'attività quotidiana nell'area critica e quello neonato dell'omeopatia, ma, spinta dalla curiosità di conoscere se veramente mai nessuno avesse introdotto l'omeopatia nelle rianimazioni, ho eseguito una ricerca bibliografica mirata la quale non solo ha evidenziato che in molti altri paesi (Svizzera, Austria, Canada, Brasile..) si sono già mossi per aprire le porte delle terapie intensive all'omeopatia, ma mi ha inoltre permesso di trarre spunti interessanti che potrebbero trovare impiego nella mia pratica quotidiana.

Questa tesi vuole essere una breve raccolta di casi clinici di pazienti trattati con l'omeopatia in area critica.

CASI CLINICI

Michael Frass e collaboratori ¹ sul presupposto che le secrezioni bronchiali nei pazienti affetti da COPD possono ritardare l'estubazione nei pazienti in svezzamento dal ventilatore, hanno condotto uno studio randomizzato in doppio cieco somministrando Kali Bichromicum in pazienti con importanti secrezioni tracheali con storia di fumo e BPCO.

Sono stati arruolati 50 pazienti (intubati o tracheotomizzati) sottoposti a ventilazione meccanica, il gruppo 1 ha ricevuto Kali Bichromicum globuli 30 CH due volte al giorno, il gruppo 2 un placebo.

Sono stati registrati: la quantità di secrezioni tracheali, il tempo necessario per l'estubazione e la durata della permanenza in terapia intensiva.

I risultati hanno mostrato che la quantità delle secrezioni tracheali si è ridotta in maniera significativa nel gruppo 1 ($p < 0,0001$); l'estubazione è avvenuta più precocemente nel gruppo 1 ($p < 0,0001$); la durata del ricovero in UTI si è mostrata più breve nel gruppo 1 (4,20 +/- 1,61 giorni verso 7,68 +/- 3,60 giorni, $p < 0,0001$).

In conclusione i dati di questo studio hanno suggerito che il Kali Bichromicum può aiutare a ridurre le secrezioni nei pazienti affetti da BPCO.

Sempre Michael Frass ² in un altro studio randomizzato, doppio cieco, ha voluto sondare l'effetto dell'omeopatia sull'outcome al lungo termine, nei pazienti affetti da sepsi severa.

Sono stati arruolati 70 pazienti con sepsi severa, 35 dei quali hanno ricevuto un trattamento omeopatico; mentre 35 hanno ricevuto un placebo.

Il rimedio omeopatico è stato somministrato alla potenza 200 CH 5 granuli 2 volte al giorno, è stata registrata la sopravvivenza a 30 e 180 giorni.

Le caratteristiche basali dei pazienti inclusi nello studio comprendevano: età, sesso, BMI (indice di massa corporea), condizioni antecedenti all'evento acuto, APACHE II score, segni di sepsi, numero di organi compromessi, ventilazione meccanica, inotropi, CVVHD (emodialisi),

parametri di laboratorio; tra queste non sono emerse diversità significative nei due gruppi.

All'analisi al 30° giorno non si sono evidenziate diversità significative nel trend di sopravvivenza tra i due gruppi ($p=0,19$).

Al 180° giorno la sopravvivenza si è mostrata significativamente più elevata nel gruppo che ha ricevuto il trattamento omeopatico.

In conclusione questo studio ha mostrato che: il trattamento omeopatico può essere utilizzato in aggiunta alla convenzionale terapia in corso di sepsi severa, e che la lungo termine ha mostrato benefici nei pazienti ammessi in terapia intensiva per sepsi severa.

L'esperienza del dott. Matheus Marim nella cura delle malattie acute mostra come l'omeopatia possa essere utilizzata con efficacia nei casi di emergenza.

Marim afferma che l'obiettivo principale è quello di raccogliere segni e sintomi che ci possano indicare la similitudine con un medicamento della materia medica omeopatica. Egli ritiene quindi necessario OSSERVARE-OSSERVARE-OSSERVARE, utilizzando tutto il tempo necessario, e ancora osservare per raccogliere i sintomi; il medico, inoltre, deve essere in grado di seguire il caso e constatare i risultati.

La strategia proposta per una corretta valutazione del malato è la seguente:

- sospendere gli antipiretici;
- non utilizzare antibiotici, se possibile;
- diminuire i corticosteroidi, i farmaci tensio-attivi, i sedativi.

I marcatori dell'azione del medicamento sono:

- il cambiamento immediato dei polsi carotidei e radiali;
- l'incremento immediato della saturazione.

Qui oltre sono elencati alcuni casi come esempio.

Caso 1 :

Donna di 36 anni

Sepsi dopo intervento di liposuzione.

Maggio 2003

Due settimane prima la paziente si era sottoposta ad intervento di liposuzione. Febbre dal primo giorno. Diagnosi: Sepsi.

Paziente semi-cosciente, in stato di pre-coma, versamento pleurico, pericardio e mesentere con essudato fibrinoso. Isolato *Proteus Mirabilis*.

I sintomi che portarono alla corretta prescrizione furono:

- spasmi vescicali nel mobilizzare il catetere;
- spasmi nel toccare l'ano;
- spasmi laringei nel toccare il collo e la gola;
- sporadici spasmi generalizzati.

Cantharis Vescicatoria 12 CH- gocce sulla pelle.

Risposta immediata con miglioramento dei polsi e della saturazione. La paziente uscì dall'UTI dopo 36 ore.

Caso 2:

Maschio 48 anni

Sepsi.

Marzo 2003

A distanza di 8 giorni da un intervento video laparoscopico per litiasi biliare ed ernia iatale, il paziente da tre giorni non reagiva. Era obnubilato in uno stato di pre-sepsi, molto triste e preoccupato per i problemi di sua figlia. La temperatura corporea era molto bassa, la funzione renale era compromessa, andò lentamente peggiorando per cui si rese necessaria la respirazione semi assistita. Se stimolato reagiva poco.

Sintomi che indicarono la migliore similitudine:

- agitazione delle gambe;
- soffocamento nell'introduzione della sonda naso-gastrica;
- soffocamento nel toccare la gola;
- tosse spasmodica che bloccava la respirazione;
- cianosi della faccia durante la tosse;
- desiderio di acqua fredda sui piedi.

Viene somministrato *Mephitis putorium* 12 CH gocce sulla pelle.

Immediata mobilizzazione dei polsi e dell'ossimetria. Il paziente uscì dall'UTI 48 ore dopo.

Caso 3:

Donna 19 anni trattata nel Luglio 2005 per pre-shock e pre-setticemia
Paziente ricoverata in UTI da 8 giorni per trauma cranico da incidente stradale (moto contro veicolo). Inoltre era affetta da contusione toracica, frattura di più coste, dell'omero, della spalla; presentava numerose escoriazioni e ferite in varie parti del corpo.

Non si rese necessario un intervento di chirurgia cranica, ma rimase in osservazione neurologica. S'intervenve chirurgicamente per la frattura del cingolo scapolare e dell'arto superiore sin, solo dopo il miglioramento del quadro pre-settico insorto al 3° giorno di ricovero.

La ragazza era cosciente, respirava spontaneamente, non assumeva antipiretici da 48 h, era idratata e sottoposta a terapia con antibiotici, corticosteroidi e farmaci vaso-attivi per i controllo dello stato di pre-shock.

I sintomi raccolti dopo 12 ore di osservazione omeopatica furono:

- sensazione di calore interno, nelle vene, che provoca brividi accompagnati da agitazione e tremore. brividi al tramonto, della durata di 2 o 3 ore, seguiti da calore interno ed esterno per 30 min. brividi accompagnati ad inquietudine, disperazione, pianto e minzione involontaria;
- sudorazione e sete intensa che migliorava il quadro;
- aumento della febbre associato a sensazione di freddo con richiesta di essere riscaldata con una coperta.

Dopo le 12 ore successive di osservazione si notò che i brividi insorgevano immediatamente, non appena si scopriva una qualsiasi parte del corpo.

Durante il giorno era ansiosa, impaurita, con molta rabbia perché ricoverata a causa della scarsa attenzione del conducente dell'auto che aveva provocato l'incidente.

Quando i medici la esortavano ad assumere un atteggiamento positivo utile al suo miglioramento, prorompeva in crisi di pianto che motivava con la sua incapacità a sentirsi fiduciosa.

Le crisi di tremore miglioravano con il movimento, aveva il desiderio costante di muoversi; si sentiva dolorante con una sensazione di rigidità, aveva sete costante di piccoli sorsi d'acqua tiepida, bocca secca e lingua con impronte dentarie.

Riferiva di avere la sensazione che il lato sinistro del corpo fosse più caldo di quello destro e toccandola la sua sensazione veniva confermata.

Si è prescritto **Arsenicum Album 12 CH-** gocce per via orale.

La somministrazione del medicamento produsse nelle prime ore del mattino un aumento di temperatura fino a 39,5°C, aumento della sete, accompagnate da agitazione ed inquietudine esacerbate dal dolore. Questo episodio, durato tre ore, andò migliorando lentamente. Dal crepuscolo all'alba ricomparvero i brividi ma con minore intensità. Il rimedio ripetuto ad intervalli di quattro ore fece sì che i polsi carotidei e radiali tornassero ad essere come prima.

36 ore dopo la prima dose fu considerata in buona ripresa e fuori pericolo per il pre-shock e la pre-setticemia.

Caso 4:

Donna di 78 anni si osservata nell'Agosto del 2005 per encefalite e setticemia.

A dieci giorni dalla morte del fidanzato della sua unica nipote, avvenuta in seguito ad incidente stradale, la paziente, diabetica, ipertesa, obesa, sottoposta a safenectomia nove anni prima, nel giro di 24 ore cominciò a manifestare confusione mentale, seguita da diminuzione della memoria, delirio (animali, strane circostanze), esaurimento e rapida prostrazione (presente già dal primo giorno).

Dopo 36 ore fu fatta diagnosi di coma di origine metabolico-vascolare. Al terzo giorno insorse febbre alta, pelle secca, seguita da brividi che si accompagnavano a sudorazione fredda ed eruzione miliare in tutto il corpo, più intensa sul viso e che acquisiva tonalità vinosa.

Si osservarono i seguenti sintomi:

- secchezza della lingua con fessure ai bordi e chiazze marroni al centro;
- denti coperti da una patina marrone;
- narici con lieve sanguinamento acquoso;
- occhi congesti con emorragia congiuntivale destra;
- Traspirazione bocca, narici, urine e feci di odore fetido.

Vennero prescritti tre rimedi che non modificarono affatto la situazione della paziente. Dopo 18 ore di osservazione si prescrisse il medicamento con la migliore similitudine:

Viene somministrato **Crotalus horridus 12 CH-** gocce per via orale.

In pochi minuti i polsi carotidei e radiali e la PaO₂ migliorarono.

Dopo 24 ore iniziò un lento miglioramento del livello di coscienza e del quadro metabolico. Migliorò anche la risposta ai farmaci impiegati per combattere il quadro setticemico. Dopo 72 ore il livello di coscienza diventò sempre più normale e si affievolì il sospetto di compromissione vascolare cerebrale. Nella fase di recupero, per quasi due settimane, continuò una cefalea con sensazione di pressione dall'interno verso l'esterno, che migliorava comprimendo tutta la testa; a questo si accompagnava senso di stordimento e sensazione di ubriachezza; migliorata, a sua volta, solo se seduta sul letto o dopo aver vomitato, per ritornare qualche ora dopo. Questo gruppo di sintomi si accompagnava a forte costrizione toracica ed a minzioni unite ad evacuazioni.

La fotofobia con pupille dilatate continuò per 30 giorni, che furono necessari a farla uscire dalla prognosi grave. La lingua recuperò il suo aspetto normale dopo 90 giorni dall'inizio del quadro clinico; invece, continua la sensazione di corrente elettrica alle mani ed ai piedi.

Marim, in base alla sua esperienza, sostiene che se non si osserva una pronta risposta positiva dei polsi e della saturazione, il paziente non sta reagendo al rimedio prescritto; pertanto non è utile attendere più di due ore per cambiare medicamento. La ripetizione del rimedio deve essere fatta tenendo conto dei cambiamenti clinici ³.

Come si può notare il rimedio è stato somministrato per via transcutanea

DISCUSSIONE

La difficoltà dell'uso dell'omeopatia in terapia intensiva è determinata da diversi fattori: in primo luogo spesso i malati sono al limite tra la vita e la morte, inoltre il tempo d'azione può essere molto limitato, in più diverse variabili possono essere coinvolte nel determinare il quadro clinico del malato.

Sorgono quindi spontanee alcune domande:

1. è possibile conciliare una terapia omeopatica individualizzata con le convenzionali terapie e tecniche invasive praticate in un ambiente intensivo?
2. quale contributo può offrire l'omeopatia in condizione critiche estreme o quando sembra essere troppo tardi per recuperare un equilibrio di organi vitali?
3. come si possono trarre le informazioni da pazienti in coma o con alterato stato di coscienza?
4. quali sintomi vanno sottolineati ed utilizzati nella valutazione del malato critico?
5. quali parametri vanno presi in considerazione per valutare la risposta al trattamento omeopatico in questi casi?
6. quali e quante dosi vanno somministrate?

Hanneman nei paragrafi 18 e 154 dell'Organon sottolinea l'importanza della totalità dei sintomi nella scelta corretta del rimedio omeopatico sia per la patologia cronica che acuta, ma nei casi acuti l'anamnesi è solo parzialmente applicabile⁴.

Kent nel capitolo XXVI di lezioni di filosofia omeopatica⁵ distingue un approccio semeiotico tra una patologia acuta e cronica e che i sintomi acuti e cronici non vanno mescolati “ i sintomi di una patologia acuta sono separati ed autonomi”.

Negli scritti minori⁶ Kent sottolinea che nei casi acuti la scelta del rimedio dovrebbe seguire la seguente sequenza: la scelta di un gruppo di rimedi

correlati con i sintomi patognomonic della malattia acuta; l'individualizzazione del rimedio attraverso la ricerca dei sintomi specifici per quel singolo caso.

Eizayaga⁷ sostiene che per avere successo nei casi acuti sono indispensabili:

- una diagnosi clinica ed eziologica;
- sintomi patognomonic e comuni della patologia acuta con le sue caratteristiche e modalità
- sintomi mentali, generali e locali che appaiono o sono alterati nella patologia acuta;
- sintomi o fattori che possano aver favorito l'insorgere della patologia acuta.

Teixeira et al⁸, hanno rivalutato questi dati della letteratura omeopatica ed hanno concluso che questi autori sono, o sono stati, a favore della ricerca della totalità dei sintomi attuali, con una gerarchizzazione dei sintomi omeopatici.

A tal proposito è stata formulata una tabella di gerarchizzazione omeopatica dei sintomi che prevede:

1. diagnosi clinica, anatomopatologica, eziologica;
2. tipici e patognomonic sintomi della malattia acuta e sue modalità;
3. sintomi generali, mentali e locali che emergono o le modificazioni subite nella patologia acuta;
4. sintomi o cause che determinano la patologia acuta.

Ad esempio riporto uno dei casi clinici di sepsi, trattati nella terapia intensiva dell' Hospital Amico, Unidade Vila Mariana di san Paolo del Brasile.

Innanzitutto la scelta dei pazienti per il trattamento omeopatico si è basata su di una non soddisfacente risposta al trattamento medico convenzionale rilevata dal team medico della terapia intensiva; il trattamento omeopatico è stato effettuato dopo il convenzionale supporto delle funzioni vitali e del trattamento del focus primario (terapia medica con antibiotici o rimozione chirurgica etc.). La valutazione omeopatica ha incluso dati medici tra cui: fattori scatenanti, causa della patologia, aspetti associati; informazioni ricavate dal paziente (se in grado di fornirle per livello di coscienza e capacità di parlare), e definizione dei segni e sintomi obiettivi rilevati. I

sintomi sono stati selezionati in base alla tabella di gerarchizzazione sopra riportata. L'uso della materia medica è stato effettuato per confermare la scelta del rimedio omeopatico per il singolo caso.

CASO di SEPSI con FOCUS GASTRO-INTESTINALE:

Donna di 74 anni, 70 Kg di peso corporeo.

Ingresso in data 06/05/1999 in ospedale per dolore colico gastro-intestinale a localizzazione epigastrica seguita da eruttazioni, non altri sintomi.

Valutazione fisica:

- sveglia, lucida, non alterazioni del sensorio;
- eupnoica MV normotrasmesso;
- PA 150/80, RS .
- addome flaccido, dolorabilità alla palpazione in epigastro, livelli idro-arerei.

Iniziato trattamento con antispasmodico e osservazione;

Rivalutazione dopo 1 ora: nessuna modificazione, iniziato trattamento antalgico con analgesico oppioide (tramadolo) e antiacido (cimetidina).

Dopo 10 ore circa rivalutazione: aggravamento del dolore, la paziente appare dispnoica, ipotesa PA 100/60; tachicardica PA 120, l'addome appare disteso, Rx addome mostra pneumoperitoneo.

Il chirurgo pone indicazione per una laparotomia esplorativa.

In SO repertano ulcera duodenale perforata con reazione peritoneale e materiale purulento in cavità addominale.

La paziente si presenta ipotesa PA 60/40, tachicardica, in acidosi metabolica che viene corretta.

Viene eseguita raffia dell'ulcera.

La paziente viene ricoverata in UTI.

Alla valutazione appare: ipotermica 35°C, polso piccolo e frequente, oligurica, lingua più umida del normale; intubata e ventilata meccanicamente con FiO2 70% con una saturazione del 96%.

FC 130 con Dopamina a 10 gamma/Kg/min, agli esami lieve discoagulopatia con pH in asse.

Dopo 6 ore episodio di FA ad alta risposta ventricolare trattata con amiodarone, con riconversione del ritmo.

Terapia antibiotica in corso con Imipenem/cilastatina e Vancomicina.

RG 900 ml.

Valutazione omeopatica:

1. diagnosi etiologica ed anatomo-patologica: Generalities-Septicemia, blood poisoning;
2. tipici e patognomonici sintomi della malattia acuta e sue modalità: Generalities- Pulse-discordant wth temperature;
3. sintomi generali, mentali e locali che emergono o le modificazioni subite nella patologia acuta: MOUTH-smooth, shining, glazed, glistening, glossy tongue; Muoth-discoloration-tongue red;
4. sintomi o cause che determinano la patologia acuta: abdomen inflammation; Generalities-Wounds-dissecting, GENERALITIES-Wounds-dissecting-ailments from.

Repertorizzazione:

1. GENERALITIES-SEPTICEMIA, BLOOD POISONING.
2. GENERALITIES-Pulse-discordant with temperature.
3. MOUTH- Smooth, shining, glazed, glistening, glossy tongue.
4. MOUTH-discoloration-tongue,red.
5. ABDOMEN- Inflammation
6. GENERALITIES-Wounds-dissecting.
7. GENERALITIES-Wounds-dissecting-ailments from.

Rimedi omeopatici	Sintomi coperti	Peso totale	sintomi						
			1	2	3	4	5	6	7
Pyrog	7/7	16	3	3	2	2	3	2	1
Ars	5/7	13	3		2	3	3	2	
Lach	5/7	13	3		3	2	3	2	
Apis	5/7	12	2		2	3	3	2	
Crot-h	5/7	10	3		2	2	2	1	
Ter	4/7	10	1		2	2	3	2	
Phos	4/7	10	2		2	3	3		
Rhus-t	4/7	9	2		1	3	3		
Arg-n	4/7	5	1		2	1	1		
Acon	3/7	7	2			2	3		

Tabella 1

Viene prescritto: Pyrogenium 30 CH 5 gtt singola dose.

Continua terapia convenzionale, introdotta noradrenalina 0,6 mg/h.

Dopo 6 ore:

temperatura 37,5°C; FC 120; MAP 68 mmHg; diuresi 2 ml/kg/h, polso ampio con miglioramento della perfusione.

Dopo 12 ore:

Temp 37°C; FC 82 bpm; MAP 89 mmHg; (Dopamina scalata a 8/gamma/kg/min e noradrenalina 1 mg/h); diuresi 2,5 ml/kg/h, RG 100 ml in 12 ore.

Dopo 18 ore:

Paziente normotermia, continua supporto pressorio farmacologico, FiO2 ridotta al 30%.

Dopo 24 ore:

Normale temperatura, frequenza e pressione, in supporto farmacologico, diuresi valida no RG.

Dopo 96 ore:

Normale temperatura e parametri emodinamici in completo svezzamento farmacologico, estubata.

Dopo 3 giorni dimessa dalla terapia intensiva con dieta leggera orale, in finestra antibiotica dopo altri tre giorni.

Considerazioni del Team medico: un recupero delle funzioni alterate in 48 ore non è normalmente osservato in caso di peritonite acuta soprattutto in soggetti anziani, secondo l'esperienza del team.

L'accettazione del trattamento omeopatico, da parte di tutto lo Staff medico ed infermieristico del reparto, è fondamentale per poter impostare un piano terapeutico che contempli l'inserimento di rimedi omeopatici nel programma complessivo di cure di un malato ricoverato in UTI.

Susanne Pannek-Rademacher et al⁹ hanno sottoposto l'intero personale di una terapia intensiva di un ospedale svizzero ad un questionario sull'uso dell'omeopatia in terapia intensiva.

Dal questionario è emerso che il 30% si è mostrato a favore dell'uso in terapia intensiva dell'omeopatia, 17% ha votato contro, mentre un 50% non ha mostrato risposte conclusive.

Delle persone favorevoli la maggior parte ha sollevato la necessità di ottenere maggiori informazioni in merito ai trattamenti omeopatici in UTI.

Non deve essere dimenticato il ruolo che i familiari dei parenti svolgono nell'accettare un trattamento non convenzionale nella cura dei propri cari.

M.Moenkhoff et al¹⁰ hanno sondato l'interesse dei genitori di bambini ricoverati presso il reparto di terapia intensive, dell'ospedale universitario di Zurigo, mediante un questionario.

Ne è emerso che una considerevole porzione di genitori sarebbe favorevole all'uso di medicine alternative in ambiente intensivo, ma nonostante questo la discussione sui rimedi alternativi nella relazione medico-parente sembra essere ancora taboo.

CONCLUSIONI

Sulla scorta della mia esperienza da intensivista ritengo che l'ingresso dell'omeopatia nelle Unità di Terapia Intensiva in Italia, allo stato attuale, sia ancora lontana dal vedere una realizzazione concreta: in primo luogo perché si pensa, in maniera errata, di dover sostituire una pratica terapeutica consolidata nella sua efficacia, e supportata da plurimi studi scientifici, con l'omeopatia; in secondo luogo perché negli ospedali manca un programma di sensibilizzazione ed informazione prima di tutto per il personale e poi per i pazienti, riguardo alle medicine alternative.

D'altro canto non penso affatto che l'omeopatia possa sostituire la medicina allopatrica in pazienti così particolari e complessi; ma credo sicuramente nell'utilità di un approccio integrato (il caso di sepsi dell'Ospedale di San Paolo⁸ riportato ne è un esempio) che si proponga obiettivi quali, per esempio, la riduzione dei tempi di somministrazione di alcuni farmaci che potrebbero avere una prognosi negativa sull'outcome del paziente¹¹, o il decremento dello sviluppo di germi multiresistenti (attuale effetto di terapie antibiotiche prolungate¹²).

Ritengo un passaggio fondamentale cercare di richiamare l'attenzione del personale in toto ai principi dell'omeopatia ed ai risvolti terapeutici positivi che questa potrebbe apportare ai malati critici, in modo tale che tutto il personale (dal medico che prescrive all'infermiere che somministra) partecipi attivamente allo stesso piano terapeutico condividendo principi e terapie; infatti questo rimane il momento di partenza e di fondamentale importanza in un reparto dove si lavora in equipe, e dove, la condivisione delle terapie rappresenta ancora l'elemento cardine della continuità assistenziale al malato.

Ammetto che non sia un progetto di facile realizzazione, io in prima persona ho combattuto con me stessa ed il mio patrimonio culturale per poter aprire la mente a ciò che mi è sembrato così lontano da quello che ho sempre studiato, ma cercando di eliminare il luogo comune dell'omeopatia come qualcosa di blando, che fa poco e molto lentamente, e portando dati relativi al carattere scientifico dell'omeopatia¹³ con risultati visti e descritti, credo

che si possa stimolare un interesse anche nei più scettici e categorici colleghi.

Gli articoli riportati in questa tesi mostrano che è possibile ottenere informazioni utili, al fine di una prescrizione omeopatica, anche nei malati ricoverati in terapia intensiva, e non necessariamente tali informazioni vengono fornite da un colloquio omeopatico, dato l'alterato stato di coscienza che può presentare un malato intensivo, infatti il malato spesso ci comunica, in maniera non verbale, tutta una serie di sfumature nella presentazione clinica della patologia e nella risposta alla terapia convenzionale che noi somministriamo, che potrebbero essere interpretate come modalizzazioni di un sintomo.

Punto di partenza imprescindibile, come sottolinea Marim, è l'osservazione del malato, a questo si aggiunge una maggiore attenzione rivolta a quei cambiamenti che nella pratica quotidiana definiremmo normali, o previsti.

Inoltre se la somministrazione omeopatica può essere considerata un ostacolo, o un carico di lavoro aggiuntivo per chi deve preparare e somministrare terapie, sempre Marim dimostra che il rimedio omeopatico può essere somministrato rapidamente e con efficacia anche per via percutanea, ciò permette di abbattere i tempi della preparazione di un rimedio, per esempio in granuli sciolto in acqua, dinamizzato e somministrato da sondinonasogastrico; inoltre questo prevede di poter verificare in tempi abbastanza brevi l'efficacia di un rimedio ed eventualmente cambiarlo su di una nuova repertorizzazione dei sintomi.

Se l'obbiettivo che quotidianamente ogni medico si prefigge è in linea con ciò che Hahnemann ha scritto nel paragrafo 1 dell'Organon ovvero: "scopo principale ed unico del medico è di rendere sani i malati ossia, come si dice, guarirli"⁴, allora questo rappresenta già l'ingresso dell'omeopatia nella terapia intensiva come in qualsiasi altro reparto.

BIBLIOGRAFIA

1. M.Frass et al. In fluente of Potassium Dichromate on tracheal secretions in critically ill patients. *Chest* 2005; 127:93-941.
2. M. Frass et al. Adjunctive homeopathic treatment in patients with severe sepsis: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial in an intensive care unit, *Homeopathy* 2005;94;75-80.
3. M. Marim. Ruolo della medicina omeopatica in patologie ad alto rischio: sepsi, coma, neoplasie. *Il medico Omeopata* 2010.
4. Hahnemann S. *Organon dell'arte del guarire* 6^a edizione.
5. Kent JT *Lezione di filosofia omeopatica* , 1900.
6. Kent JK *Lesser Writings* cap 2 2^a edi 1989.
7. Eizayaga FX. *Tratado di Medicina Homeopatica*. 2a ed. Buenos Aires: Marecel 1981.
8. Teixeira MZ et al. Homeopathic practice in intensive care units: objective semeiology, symptom selection and a series of sepsis cases: *Homeopathy* (2008) 97, 206-13.
9. Pannek-Rademacher S. Acceptance of homeopathy by the staff of an intensive care unit: a service evaluation. *Homeopathy* (2014) 103, 90.
10. Parental attitude towards alternative medicine in the paediatric intensive care unit. *Eur J Pediatr* (1999) 158: 12-17.
11. Sakry et al. Does dopamine administration in shock influence outcome? Results of the sepsis occurrence in acutely III patients SOAP study. Sakr Y at *All Crit Care Med*. 2006 Mar;34(3):589-97.
12. Viksveen P. Antibiotics and development of resistant microorganism. Can homeopathy be an alternative? *Homeopathy* (2003) 92, 99-107.
13. Bellavite P. *Fondamenti Teorici e Sperimentali della Medicina Omeopatica*. Nuova Ipsa Editore, Palermo, 1993.