

# Come sta l'omeopatia?

FRANCO PANIZON

Professore Emerito, Dipartimento di Scienze della Riproduzione e dello Sviluppo, Università di Trieste

*L'editoriale di Maurizio Bonati e Chiara Pandolfini, pubblicato in questo numero e dedicato al registro delle sperimentazioni cliniche controllate in pediatria, sottolinea quello che è forse il principale discrimine tra la medicina, come è oggi voluta e sentita dalla parte prevalente della classe medica, e la medicina omeopatica. La riproducibilità dei dati e degli effetti e il confronto col placebo rappresentano una difficoltà che è forse intrinseca al metodo omeopatico e che la medicina omeopatica sta cercando di superare, senza, sinora, convincere.*

## OGGI IN PARLAMENTO

È in atto, dall'inizio di quest'anno, presso la XII Commissione Affari Sociali della Camera, la discussione del testo unificato per la disciplina delle 8 medicine e delle 6 pratiche non convenzionali: agopuntura, fitoterapia, omeopatia, omotossicologia, medicina antropofisica, farmacoterapia tradizionale cinese, farmacoterapia ayurvedica, medicina manuale, chiropratica, osteopatia, naturopatia, shiatsu, riflessologia e pranoterapia. Il testo unificato è proposto dal relatore Francesco Paolo Lucchese (Udc).

La bozza prevede «il riconoscimento del pluralismo scientifico e il diritto di avvalersi delle medicine e delle pratiche non convenzionali, in ragione anche dell'Articolo 32 della Costituzione». La prima area, che è quella che più ci interessa, quella delle 8 medicine non convenzionali, potrà essere esercitata dai soli medici.

È scritto nella bozza che: «Le Università degli Studi, statali e non statali, nel corso di laurea delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, di Odontoiatria, di Medicina Veterinaria, di Farmacia, di Scienze Biologiche, di Chimica, inseriscono [non è scritto "possono inserire"] nell'ambito delle materie di rispet-

## HOMOEOPATHY, HOW ARE YOU?

(*Medico e Bambino* 2004;23:303-308)

### Key words

Homoeopathy, Evidence based medicine, Legislation

### Summary

The Italian Parliament is elaborating a law project regarding the recognition and the teaching of 8 so called "non conventional" medicines, including homoeopathy, and of 6 non conventional medical therapies, including pranotherapy, in name of a "scientific pluralism" and of "the need to harmonize the fundamental principles established by the legislations in the different European countries". These reasons appear to be unfounded and they sound like to be a pretext, since some of the proposals contained in the law project are clearly in contrast with the common shared knowledge. We shortly analyse the history of homoeopathy, the history of its principles, the feasibility of this medicine inside a culture continuously referring to the evidence based medicine (EBM). We underline the contradiction between this culture and the still insufficient results obtained by the controlled clinical experimentation of the homoeopathic therapies.

tiva competenza, le materie di insegnamento, nonché i criteri e le modalità relative alle medicine e alle pratiche non convenzionali di cui al Comma 1 dell'Articolo 1».

A proposito di queste ultime è scritto anche che «il Ministero della Salute istituirà, senza nuovi o maggiori oneri per il bilancio dello Stato, una commissione tecnica per la certificazione della capacità di emissione di flussi bioenergetici» (qualità necessaria per essere iscritti al corso universitario di Pranoterapia, qualità che costituisce anche il

requisito necessario per poter essere iscritto al corso stesso), commissione che determina anche «i criteri, le modalità e i percorsi per la verifica del possesso delle capacità di emissione di fluidi bioenergetici di cui al Comma 1 del presente Articolo».

Entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge «il Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, con proprio decreto, definirà le materie di insegnamento, nonché i criteri e le modalità del loro inserimento nei corsi di laurea di cui al

Comma 7 del presente Articolo, previo parere vincolante della Commissione permanente di cui all'Articolo 4» (NB: si tratta di una Commissione permanente istituita consensualmente presso il Ministero della Salute).

È scritto ancora che: «La Repubblica italiana riconosce l'esigenza di una armonizzazione dei principi fondamentali stabiliti dalle disposizioni vigenti nei Paesi membri dell'Unione Europea in materia di riconoscimento delle medicine e delle pratiche non convenzionali».

I principi a cui si ispira la bozza meritano qualche riflessione.

La *prima* riguarda il riconoscimento del pluralismo scientifico. Un riconoscimento di cui non c'è mai stato bisogno, poiché, di fatto, la scienza si è sempre sviluppata sul principio di libertà (anche se si è trattato sempre di una libertà condizionata, inevitabilmente, da interessi economici e dalla diversa forza delle diverse scuole di pensiero), e sotto la spinta degli eventi scientifici emergenti, senza riconoscimenti statali. Proprio questo ha reso la scienza una e non plurima. Una casa comune in cui si viene accolti o respinti (qualche volta ingiustamente, riconosciamolo) sulla base delle prove. Prove che per loro natura sono soggette, sempre e per sempre, a verifica o, come è più moderno dire, a "falsificazione" (dimostrazione di non veridicità).

La *seconda* riguarda l'opportunità di uniformarsi alle disposizioni vigenti nei Paesi membri dell'Unione Europea. È una decisione condivisibile e in qualche misura cauta, nel suo opportunismo conformista. Ma presuppone che tutti i Paesi dell'Unione Europea abbiano delle disposizioni eguali, il che non è. Sicché più opportuno sarebbe che questa uniformazione fosse preceduta da un dibattito all'interno della commissione sanitaria del Parlamento europeo, da poco instaurata.

La *terza* riguarda la prescrizione di introdurre dei corsi all'interno della laurea in Medicina. Obbligo o scelta autonoma delle Facoltà, questo non è chiaro. Verosimilmente un corso unico per tutte le 8 medicine non convenzionali, non 8 corsi distinti, e neppure

uno, o due o tre corsi per qualcuna di queste medicine, che sarebbe discriminante, contro il principio del pluralismo scientifico. Data la sostanziale profonda disomogeneità scientifica tra le 8 diverse medicine non convenzionali, il corso difficilmente potrà esser tenuto da un esperto (qualifica prevista nella bozza) di una o dell'altra medicina, ma verosimilmente da un "laico", un professore di epistemologia o di storia della medicina. Se fosse così, potrebbe anche essere una bella cosa.

La *quarta* considerazione, che non è nemmeno una considerazione ma solo una presa d'atto, riguarda la natura possibile della commissione che stabilirà i criteri per la valutazione del possesso della capacità di emissione di flussi bioenergetici, flussi della cui natura o riconoscibilità è da credere che pochissimi siano a conoscenza.

### IERI, NELLA STORIA

Detto questo, che definisce il "contesto influente" nel quale si colloca il futuro cammino delle medicine non convenzionali in Italia, bisognerà parlare della più largamente esercitata tra queste medicine, l'omeopatia.

La storia dell'omeopatia è una storia gloriosa. Nasce per l'intuizione di una persona sensibile e intelligente, Hahnemann, come reazione a una medicina brutale e anti-umana oltre che innaturale, la medicina non scientifica ma egualmente convenzionale dei salassi, dei purganti e dei clisteri. Nasce all'insegna del *primum non nocere*, all'idea della *natura curatrix naturae*, e dei risultati clamorosi di efficacia nei confronti della medicina convenzionale, per esempio nelle epidemie di colera in cui appariva lampante la molto minore mortalità, nelle cliniche omeopatiche rispetto a quelle tradizionali (dove il colera si curava con i purganti). Nasce anche, all'interno della comunità scientifica, come *Société Savante*, un anno prima della *American Academy of Medicine*, con la quale trova una alleanza contro la consociazione dei chiropratici, molto più "materiale", poco filosofica e pragmatica<sup>1</sup>. Erano tempi molto lontani da quelli della esi-

gente e pignola EBM, la medicina basata sulla prove di efficacia.

### IERI E OGGI, NELLA TEORIA E NELLA PRATICA: GLI STESSI PRINCIPI, GLI STESSI RISULTATI

Oggi, nell'accettazione generale, l'omeopatia sta molto bene. Il fatturato per i prodotti omeopatici, in tutti i Paesi, tanto più quanto sono più ricchi, è in crescita esponenziale. In Francia, a una valutazione internazionale pubblicata ancora qualche anno fa (non ho dati più recenti) 250 milioni di sterline/anno, in Italia 56 milioni di sterline/anno, un ventesimo del totale della spesa sanitaria, con un incremento annuo valutato al 18%. Sono cifre, va sottolineato, che distruggono una parte misurabile delle spese sanitarie dal capitolo delle spese ufficiali e reali della Sanità Pubblica: un oggettivo risparmio per le casse dello Stato, che dunque non si ripercuote negativamente sul bilancio economico dell'insieme dei cittadini.

Mi pare che le cose stiano un po' meno bene sul piano dell'avanzamento culturale.

I principi guida della medicina omeopatica sono nati 200 anni fa, nella mente e nella sperimentazione di un uomo solo, Hahnemann, e sono ancora gli stessi: il principio dei simili (*similia similibus curantur*), il principio della dose minima, o del potenziamento (i rimedi vanno somministrati a diluizioni alte o altissime, tanto da superare il numero di Avogadro, e agitate a ogni diluizione), il principio della succussione (per cui a ogni diluizione è necessario agitare energicamente la soluzione per attivare gli scambi tra soluto e solvente), il principio dell'olismo (i rimedi sono più efficaci se sono mirati alle caratteristiche "totali" dei sintomi, più che alla malattia).

Hahnemann ha sperimentato su se stesso e su volontari gli effetti nocivi di alcune sostanze naturali e poi ha dimostrato che le stesse sostanze a dosi minimali hanno effetti benefici sui sintomi da loro indotti. I principi che ne sono derivati, il principio del *similia similibus curantur* e il principio del mag-

giore effetto delle altissime diluizioni (inizialmente usate "per prudenza") non hanno avuto conferma oggettiva, se non sulla strada (condivisibile) del *primum non nocere*.

Le scoperte che ci sono state in epoca scientifica, come quella sulla memoria dell'acqua del gruppo di Benveniste<sup>2</sup> (da cui sarebbe risultato che l'acqua, dopo essere stata in contatto con un determinato antigene, modifica la risposta dei basofili in vitro allo stesso allergene)<sup>3</sup>, non solo non hanno avuto conferma, ma sono state sconfessate e sconfessate<sup>4,6</sup>. In realtà una letteratura scientifica, in laboratorio e sull'animale da esperimento, esiste, e si potrebbe definire "segretamente fiorentine".

Non è né di facile lettura né di facile reperimento e nemmeno, devo dire, riguarda esperienze adeguatamente riprodotte o riproducibili in più laboratori (anche se esiste almeno una ricerca laboratoristica multicentrica), non comunque abbastanza da poter acquistare una generale accettazione, anche per il numero relativamente ristretto degli studiosi che se ne occupano<sup>7-14</sup>. Tutti questi studi riguardano sostanzialmente il principio (imprescindibile per lo sdoganamento "teorico" della omeopatia) della memoria dell'acqua. Uno sdoganamento che dunque non c'è stato.

Negli studi positivi pubblicati, in parte smentiti, si arriva in genere a dimostrare che c'è "qualcosa che forse succede", senza peraltro riuscire a spiegarne, se non con altri "potrebbe", cosa, come e perché.

Sono dati per i quali non posso fare altro che chiedere il beneficio di inventario e indicarli in bibliografia<sup>7-14</sup>.

Ma il punto non è tanto se qualcosa succede o non succede, in vitro oppure sull'animale, quanto se ci sia qualcosa nella realtà dei fatti, la cui natura meriti di essere spiegata.

## LE SPERIMENTAZIONI CLINICHE CONTROLLATE

Può darsi che l'idea di una medicina basata sull'evidenza sia solo una recente e passeggera malattia dello spiri-

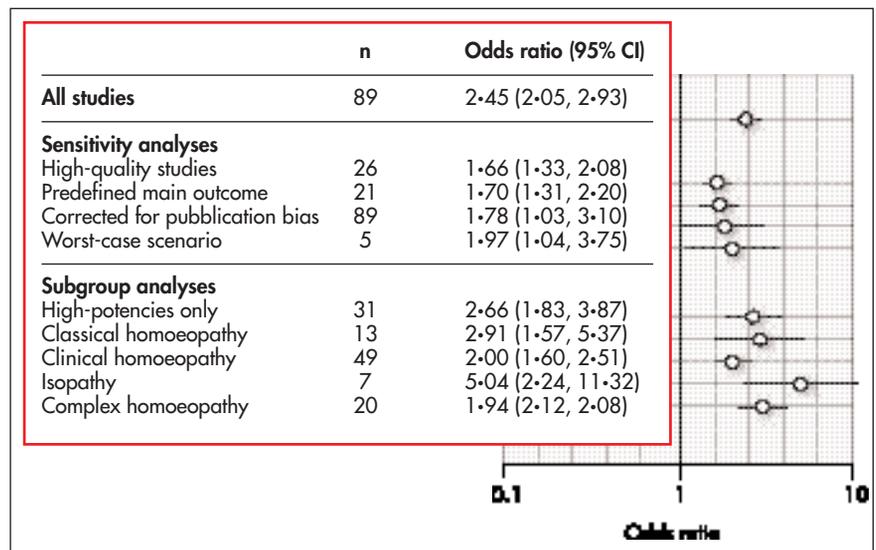


Figura 1. Sintesi dei risultati della sperimentazione controllata dei trattamenti omeopatici contro placebo (da voce bibliografica 15, modificata).

to, che ha colpito il nostro mondo medico, già parzialmente vaccinato da una serie di tradizioni invasive e incontrollate della medicina che, per intenderci, continueremo a chiamare convenzionale (tra cui la tonsillectomia, il riposo, le vitamine, i ricostituenti, la camera iperbarica, la vaccinazione anti-tubercolare, la vaccinazione anti-pneumococcica 23-valente, i clismi nutritivi, la profilassi delle convulsioni febbrili, gli antibiotici nella gastroenterite). Fatto sta che questa EBM è una malattia oggi condivisa, in presenza della quale la medicina omeopatica sembra trovarsi in difficoltà.

In verità, nel 1998, sembrava che la medicina omeopatica avesse registrato un buon colpo. Una ricerca di Linde e collaboratori, molto "ben pubblicata" (*Lancet*)<sup>15</sup> e successivamente molto citata, condotta secondo criteri rigorosi di meta-analisi su 89 studi presi in considerazione (su 186 ritrovati nella letteratura), svolti in doppio cieco e/o randomizzati. Di trattamenti omeopatici versus placebo, in una serie disomogenea di condizioni (*Tabella I*), mostrava un vantaggio statistico del trattamento omeopatico «non compatibile con l'ipotesi che l'efficacia clinica della omeopatia potesse essere attribuita interamente a placebo».

La sintesi dei risultati è contenuta nella *Figura 1*.

Sembrava l'uno-a-zero per l'omeopatia, anzi il due-a-zero, perché alcuni anni prima un'altra botta vincente, anch'essa assai "ben pubblicata"<sup>16</sup> e quasi altrettanto citata (peraltro compresa nella meta-analisi), aveva mostrato una efficacia della "isoterapia" (immunoterapia specifica effettuata con altissime diluizioni di allergeni), superiore a quella della ITS classica. Si trattava solo di continuare sulla strada dei riscontri oggettivi.

Ma a 6 anni di distanza nessun nuovo buon dato si è aggiunto. Da una parte i risultati sulla efficacia della isoterapia sono stati sconfessati<sup>17</sup>, e gli stessi ricercatori del gruppo di Reilly non sono stati capaci di ripeterli<sup>18</sup> (anche se nelle loro mani, comunque, "qualcosa" sembrava essere accaduto, peraltro registrabile solo nell'ambito del soggetto); dall'altra parte la strada delle sperimentazioni cliniche controllate e delle meta-analisi, malgrado queste venissero considerate e riprese, con maggiore attenzione che per il passato, anche dalla letteratura classica (compresa la Cochrane Library), è risultata assai poco fertile.

Dati negativi si sono alternati a dati positivi (infezioni ricorrenti: inefficacia; stomatite da chemioterapia: efficacia; prevenzione dell'emicrania: inefficacia; prevenzione del dolore muscolare dopo fatica: inefficacia; sintomi del-

l'influenza: efficacia; ileo post-operatorio: dati non conclusivi; rinite allergica: efficacia; asma: non efficacia; diarrea acuta: efficacia; induzione del parto: inefficacia)<sup>19-24</sup>.

Sia la qualità dei disturbi trattati sia l'entità dei risultati positivi, quando c'erano, appaiono alla fine di ciascuna sperimentazione quali-quantitativamente assai poco interessanti (riduzione di 7 ore in media nella durata dei sintomi dell'influenza; riduzione di 9 ore in media nella durata della diarrea acuta; NTT da 7 a 14 per i sintomi oculari della rinite allergica)<sup>19-24</sup>.

Si potrebbe concludere che la sperimentazione clinica controllata non rende merito alla omeopatia, che l'omeopatia è fatta per curare la persona più che la malattia, che il trattamento omeopatico classico non è una ricetta ma un trattamento personalizzato. Ma nemmeno una omeopatia personalizzata, effettuata su 96 bambini asmatici, ha mostrato di aggiungere alcun vantaggio a un trattamento convenzionale<sup>25</sup>.

E riguardando i dati fotografati nel '97 dalla famosa ricerca meta-analitica di Linde e collaboratori, e rileggendone con più attenzione le conclusioni, si vede che in verità assai poco è cambiato da allora. In quella ricerca, la patologia sottoposta a "trial" era per la maggior parte non-patologia e i risultati ottenuti erano per la maggior parte non-risultati. Se poteva esser vero che quei dati messi assieme erano «not compatible with the hypothesis that the clinical effects of homeotherapy are completely due to placebo», restava pur vero anche che nessuno di quei successi poteva avere «major implications for clinical practice, because we found little evidence of effectiveness of any single homeopathic approach on any single clinical condition». In effetti, la natura delle malattie trattate (Tabella I), il buon esito raggiunto quasi sempre, un po' prima un po' dopo, anche col placebo, e la sostanzialmente debole efficacia di ogni singolo intervento omeoterapico, mostravano una omeoterapia oggettivamente non paragonabile con quella di una buona pratica allopatrica.

La conclusione possibilistica del lavoro poteva essere considerata solo co-

me un auspicio: «Our study does however, have many major implications for future research on homeopathy».

La gatta doveva fare i gattini. Ma ancora non li ha fatti.

Può forse darsi che la memoria dell'acqua muova qualcosa nell'oscuro equilibrio delle bio-molecole, ma perché questo qualcosa possa affacciarsi nel mondo dell'utilizzabile occorrono ancora altro rigore, altre idee, altre ricerche: «larger trials are needed». A domani.

### IT WORKS!

C'è altro? C'è molta altra carta stampata sull'omeopatia, nella letteratura ufficiale. Ma è una letteratura di parole, di opinioni, di presa di posizione, dunque di polemica, e dunque, per sua natura, inconcludente. Come anche questo mio articolo, che mi sembrava però dovuto, un tentativo di rivedere lo stato delle cose.

La letteratura di opinioni su questo tema è così abbondante da non potere esser citata. Di questa, vorrei salvare, non per slealtà, al contrario, per simpatia, un articolo di una anestesista "convertita" alla omeopatia, che, con semplicità, ripete a noi altri, ai "conservatori" della medicina "normale", quello che sempre ci ripetono anche i colleghi che usano l'omeopatia: «I have become increasingly committed to homeopathy, simply because I found that it works. It just works». Funziona. «Try it, you may like it, you will see», provatela, vedrete, vi piacerà.

Ma, per piacere, cari colleghi omeopati, non ditecelo più, di provarci; ci bastano le nostre incertezze. Abbiamo da tempo deciso, e continuiamo ad accorgercene, che "provare" da soli conduce all'inganno di se stessi.

### E NOI?

Noi, molti come me, siamo quelli della medicina convenzionale, che vorremmo essere chiamati quelli della medicina scientifica o quelli della medicina basata sull'evidenza. Noi, molti come me, dobbiamo anche rico-

noscere di non avere tanto diritto di fare i gradassi. Ho richiamato prima una serie di interventi, così come mi venivano in testa, che noi abbiamo praticato e predicato per decenni, credendo sempre ogni volta di fare la cosa giusta, dalla tonsillectomia nelle infezioni ricorrenti alla profilassi antibiotica delle infezioni urinarie protratta all'infinito, perché ci sembrava che dovesse esser così, perché così ci suggerivano alcune deboli ricerche, perché "ci diceva così la nostra esperienza", o perché seguivamo il convincimento diffuso. Non c'è niente di più facile che lasciarsi convincere a fare quello che fanno tutti. Anche noi credevamo di poter dire «It works!», e invece non funzionava...

Noi tutti, noi medici convenzionali, così come i medici che praticano in buona coscienza la medicina alternativa, abbiamo bisogno di avere qualcosa in cui credere: ma, oggi, 2004, abbiamo anche la pretesa che questa cosa in cui credere abbia una sua verità intrinseca, una sua dimostrabilità, perché solo così possiamo sentirci veramente medici, e fare veramente i medici.

La maggior parte di noi ha scelto la strada dello scetticismo di principio, una cosa non si fa se non c'è la prova che serve; e quando si raggiunge la ragionevole prova che una cosa non serve, o che serve in misura minima, sentiamo il bisogno di lasciarla alle spalle. A meno di non aver bisogno (un bisogno che, dobbiamo riconoscere, fa parte intrinseca della nostra professione) di prescrivere qualcosa con una forte componente di placebo.

### NOI E LORO

Siamo passati in mezzo secolo da un mondo pieno di malattie e senza medicine a un mondo pieno di medicine e senza malattie. Questo rende a volte anche l'uso di terapie "convenzionali", pur dimostratamente attive, inutile o almeno discutibile. Ma per saperlo, ancora una volta, sentiamo il bisogno di prove di efficacia, e di prove che vadano oltre al *p* statistico. La storia delle otiti è recente.

La strada della medicina scientifica è quella delle prove e degli errori, che

**SINTOMI E MALATTIE SOTTOPOSTI A SPERIMENTAZIONE CLINICA  
CONTROLLATA CON PREPARAZIONI OMEOPATICHE VERSUS PLACEBO  
E CRITERI DI VALUTAZIONE**

ALLERGOLOGIA	<i>Asma allergico</i> : miglioramento clinico <i>Pollinosi</i> : miglioramento dei sintomi oculari
DERMATOLOGIA	<i>Verruche</i> : scomparsa <i>Ustioni minori</i> : dolore <i>Impetigine</i> : tempo di guarigione <i>Lesioni cutanee indifferenziate</i> : profondità delle lesioni <i>Dermatosi indifferenziate</i> : risposta al rimedio
GASTROENTEROLOGIA	<i>Ragadi anali</i> : miglioramento <i>Diarrea</i> : durata <i>Gastrite</i> : valutazione generale <i>Colecistopatia</i> : valutazione globale <i>Intestino irritabile</i> : valutazione globale <i>Emartrosi e artralgie</i> : mobilità articolare <i>Crampi</i> : valutazione globale
NEUROLOGIA	<i>Nevralgie dentarie</i> : valutazione globale del paziente <i>Emicrania</i> : valutazione globale del paziente <i>Mal di mare</i> : valutazione globale del paziente o del medico <i>Afasia</i> : valutazione globale del medico <i>Ictus</i> : sopravvivenza
GINECOLOGIA	<i>Disturbi da menopausa</i> : score o valutazione globale <i>Vaginite</i> : valutazione globale del medico <i>Dolori premestruali</i> : valutazione globale del medico <i>Dolori del parto</i> : valutazione globale <i>Mastodinia</i> : valutazione globale del medico <i>Cistite</i> : valutazione globale del medico
ORL	<i>Tosse</i> : valutazione globale del paziente <i>URI</i> : durata della febbre, malessere, valutazione globale, altro <i>URI ricorrente</i> : prevenzione <i>Scolo nasale</i> : sintomi <i>Otite</i> : valutazione globale del medico
REUMATOLOGIA	<i>Artrite reumatoide</i> : valutazione globale, o sintomi predefiniti <i>Mialgia</i> : valutazione globale del paziente <i>Fibrosite</i> : valutazione globale
CHIRURGIA E ANESTESIOLOGIA	<i>Osteoartrite</i> : preferenza del tipo di trattamento <i>Agitazione</i> : valutazione globale del medico <i>Ileo postoperatorio</i> : valutazione globale, durata, dolore <i>Estrazione dentaria</i> : dolore, complicità, preferenza, edema
MISCELLANEA	<i>Ematoma</i> : dolore <i>Varici</i> : dolore <i>Ecchimosi</i> : preferenza del paziente <i>Congiuntivite (prevenzione)</i> : infezione

Tabella 1

passa attraverso il riconoscimento sia delle une che degli altri. È per quella strada che si è riusciti a salvare l'80% dei tumori infantili, a non far morire più nessuno di parto, a ridurre le paralisi cerebrali, a cambiare la vita degli asmatici e degli ipertesi, a correggere le cardiopatie congenite già nel primo anno di vita, e a curare le poche meningiti che il benessere ci ha lasciato

da curare, a trattare le immunodeficienze congenite, le atresie delle vie biliari, l'insufficienza epatica, l'insufficienza renale, a far scomparire alcune malattie diffusibili.

Di tutta questa patologia, nella pratica quotidiana, a noi poveri pediatri generalisti rimane poco. Rimane comunque il bisogno di sapere e di far sapere, la capacità e il dovere di trasmettere,

**MESSAGGI CHIAVE**

□ Dal 1997 ad oggi le ricerche sulla medicina omeopatica non hanno portato a risultati convincenti sul piano speculativo né ad alcun risultato clinicamente soddisfacente, applicabile alla pratica clinica. Allo stato dell'arte, la medicina omeopatica non è compatibile con una pratica medica basata sulle prove.

□ È in avanzata elaborazione da parte di una commissione del Parlamento italiano un disegno di legge per il riconoscimento e l'insegnamento di 8 medicine non convenzionali, tra cui quella omeopatica, e di 6 pratiche non convenzionali, tra cui la pranoterapia, in omaggio al "pluralismo scientifico" e alla "esigenza di una armonizzazione dei principi fondamentali stabiliti dalle legislazioni vigenti nei Paesi membri dell'UE". Entrambe le motivazioni appaiono infondate e pretestuose e alcune delle proposte del disegno di legge appaiono incompatibili con le conoscenze condivise.

senza prepotenza, le nostre (relative) sicurezze, non solo ai nostri pazienti ma a tutta la comunità, e di custodire e tenere in ordine, per tutti, la casa di un sapere condiviso. È molto meglio di niente.

I colleghi che praticano l'omeopatia hanno problemi diversi, ma svolgono anche loro il loro servizio di medici, un servizio di aiuto. Se vogliono restare fedeli al Codice Deontologico dell'Ordine, devono però ricordare che si sono impegnati (Articolo 12 del Codice Deontologico) a trattare i loro pazienti secondo schemi ispirati «ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche», ad «adeguare le sue decisioni ai dati scientifici accreditati e alle evidenze metodologicamente fondate», che «sono vietate l'adozione e la diffusione di terapie e di presidi diagnostici non provati scientificamente o non supportati da adeguata sperimentazione clinico-scientifica», e infine (Articolo 13) che «qualsiasi terapia non convenzionale non deve sottrarre il cittadino a specifici trattamenti di comprovata efficacia e richiede l'acquisizione del consenso». Forse queste regole possono comportare qualche problema di compatibilità. E questi problemi forse li percepirà anche il Ministro della Salu-

te quando dovrà istituire, *ope legis*, le commissioni di cui si sta discutendo in Parlamento.

Possiamo chiederci se sussistano, nella pratica medica, condizioni per le quali manchino "trattamenti di comprovata efficacia"? Certo, esistono malattie incurabili, ma non è a quelle che si rivolge, lo abbiamo visto, l'omeopatia. Esistono anche le non-malattie, che pure comportano dei disturbi importanti, come l'intestino irritabile o le fibromialgie, per le quali non c'è terapia "scientifica": ed esistono, infine, malattie vere, come l'asma, in cui dimostratamente la non-risposta è sempre legata alla non-compliance.

È giusto, ci sono anche i malati non compiacenti. Ed è giusto che qualcuno li curi, quando cerchino una cura che si adatti ai loro parametri, e si mostrino impermeabili ai nostri.

È vero anche che l'omeopatia non pretende di curare le malattie, ma i sintomi e, al limite, il malessere, mentre la medicina allopatrica riconosce l'esistenza di malattie e cerca, magari, di individuare le strade del malessere e, anche lì, di intervenire con la ragione, con la parola e con il farmaco. È questa, anzi, l'ammissione della malattia come entità, che fa la differenza.

*Vive la difference!*

### Bibliografia

1. Jonas WB, Kaptchick TJ, Linde K. A critical overview of Homeopathy. *Ann Intern Med*

2003;138:393.

2. Jonas WB, Jacobs J. *Healing with homeopathy. The complete guide.* Warner NY, 1996.

3. Davenas E, Beauvais F, Amara J, et al. Human basophil degranulation triggered by very dilute antiserum against IgE. *Nature* 1988; 333:816-8

4. Randi J, Stewart WW. 'High dilution' experiments: a delusion. *Nature* 1988;333:287-90.

5. Hirst SJ, Hayes NA, Burridge J, et al. Human basophil degranulation is not triggered by very dilute antiserum against human IgE. *Nature* 1993;366:525.

6. Ovelgoenne JH, Bol Aw, Hop WC, van Rijk R. Mechanical agitation of very dilute antiserum against IgE has no effect on basophil staining properties. *Experientia* 1992;48:504.

7. Anisur Rahman Khuda-Bukhsh. Towards understanding molecular mechanisms of action of homeopathic drugs: An Overview. *Molecular and Cellular Biochemistry* 2003;253(1-2):339-45.

8. Belon P, Cumps J, Ennis M, et al. Inhibition of human basophil degranulation by successive histamine dilutions: results of a european multi-center trial. *Inflamm Res* 1999;48(suppl 1):17.

9. Sainte-Laudy J. Stimulatory effect of high dilutions of histamine on activation of human basophils induced by anti-IgE. *Inflamm Res* 2001;(Suppl.2):S63-S64.

10. Jonas WB, Lin Y, Williams A, et al. Treatment of experimental stroke with low-dose glutamate and homeopathic *Arnica montana*. *Perfusion* 1999;12:452.

11. Banik S, Khuda-Bukhsh AR. Alterations cytogenetic and haematological effects by ultra diluted doses of Ginseng in whole-body X-irradiated mice. *The Nucleus* 1996;49:28.

12. Rijn J, Van Wijk R. Enhancement of the stress response by minute amounts of cadmium in sensitized Reuber H35 hepatoma cells. *Toxicology* 1997;116:27-37.

13. Allegre CJ, Provost A., Jaupart C. Oscillatory zoning: a pathological case of crystal growth. *Nature* 1987;294:223.

14. Matsumoto J. Molecular mechanism of biological response to homeopathic medicines. *Medical Hypotheses* 1994;43:77.

15. Linde K, Clausius N, Ramirez G, et al. Are clinical effects of homeopathy placebo effect? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *Lancet* 1997; 350:834.

16. Reilly DT, Taylor, MA, McSharry C, Aitchinson T. Is homeopathy a placebo response? Controlled trial of homeopathic potency, with pollen in hayfever as model. *Lancet* 1986;ii(8512):881-5.

17. Lewith GT, Watkins AD, Hyland ME, et al. Use of ultramolecular potencies of allergens to treat asthmatic people allergic to house dust mite: double blind randomised controlled clinical trial. *BMJ* 2002;324:520

18. Taylor MA, Reilly D, Llewellyn-Jones RH, et al. Randomised controlled trial of homeopathy versus placebo in perennial allergic rhinitis with overview of four trial series. *BMJ* 2000;321:471.

19. Jacobs J, Jiménez-Perez M, Gloyd SS, et al. Treatment of acute childhood diarrhea with homeopathic medicine: a randomized clinical trial in Nicaragua. *Pediatrics* 1994;93:719.

20. Jacobs J, Jonas WB, Jiménez-Perez M, Crothers D. Homeopathy for childhood diarrhea: combined results and meta-analysis from three randomized controlled trials. *Pediatr Infect Dis J* 2003;22(3):229-34.

21. Linde K, Jobst KA. Homeopathy for chronic asthma *Cochrane Database Syst Rev* 2000; CD000353.

22. Barnes J, Resch KL, Ernst E. Homeopathy for postoperative ileus? A metanalysis. *Clin Gastroenterol* 1997;25:628.

23. Vickers AJ, Smith C. Homeopathic *Oscillococcum* for preventing and treating influenza and influenza-like syndromes *Cochrane Database Syst Rev* 2000 CD001957.

24. Smith C. Homeopathy for induction of labour. *Cochrane Library Issue 1.* Chichester, UK, John Wiley & Sons Ltd, 2004.

25. Mc Carney RW, Linde K, Losserson TJ. Homeopathy for chronic asthma, *Cochrane Library Issue 1.* Chichester, UK, John Wiley & Sons Ltd, 2004.



## PREVENIRE E CURARE IL DOLORE NEL BAMBINO

Dalla teoria alla pratica

Trieste 10-11 settembre 2004

Venerdì 10 settembre

Sabato 11 settembre

### EVIDENZE E RIFLESSIONI Modera A. Ventura

9.00 Perché prevenire/curare il dolore - P. Busoni

9.45 Il dolore del neonato: prevenire/curare - P. Brovedani, T. Strajin

10.30 Il dolore minore: otalgia, emicrania, altro - F. Marchetti

11.45 Il dolore maggiore: da trauma, post operatorio, altro - P. Vallon

12.30 Il dolore in oncologia pediatrica - G. Zanazzo

Modera A. Sarti

14.30 "Gli ultimi tre giorni di vita" M. Rabusin

15.15 Il dolore sine causa: guarire con le parole - L. Peratoner

16.00 Gesti, parole, distrazione, altro: una rivisitazione - A. Messeri

17.15 Il dolore dell'anima (il bambino nel dramma) - F. Panizon

### MEDICI E INFERMIERI NELLA PRATICA

9.00 Il dolore da prelievo - F. Balsemin

9.45 Il dolore in pronto soccorso - G. Messi

11.00 La sedazione da procedure

(colonscopia, EGDS, artrocentesi) - E. Barbi

11.45 L'anestesia loco-regionale - G. Runti

12.30 Conclusioni

13.00 Fine dei lavori

PER QUESTO CONGRESSO SONO STATI RICHIESTI I CREDITI FORMATIVI ECM

PRESIDENTE: Prof. Alessandro Ventura

SEGRETERIA SCIENTIFICA: Dott. Egidio Barbi - ebarbi@libero.it

Dott. Federico Marchetti - fedemarche@tin.it

Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", Università di Trieste

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

EKIPEVENTI pscarl - Via C. Beccaria, 7 - 34133 TRIESTE

Tel. 040 3480888 - 040 3483735 fax 040 632387

e-mail: info@ekipeventi.it