

**Contro gli attacchi indiscriminati all'omeopatia.** Le basi dottrinali su cui poggia il criterio di similitudine mostrano una forte impronta sperimentale, sia sul piano farmacologico sia sul modello di malattia. Tali basi offrono la possibilità di elaborare una metodologia di studio per molti versi sovrapponibile a quella della medicina moderna, soprattutto per ciò che concerne l'aspetto clinico.

L'omeopatia, infatti, non deve essere considerata in controtendenza, rispetto all'evoluzione della medicina di oggi, bensì una premessa necessaria allo sviluppo della stessa conoscenza medica. Non va dimenticato che Hahnemann, circa 200 anni or sono, denunciava l'inconsistenza teorica e la debolezza terapeutica, oltre alla nocività, delle pratiche umoraliste, le quali erano sostenute, queste sì in maniera dogmatica, dalla ufficialità universitaria del tempo.

La denuncia iniziale dell'omeopatia, pur generando reazioni fortemente ostili, ha anticipato di almeno 150 anni l'atteggiamento critico, con il quale la medicina moderna si è liberata, faticosamente, degli ultimi fardelli umoralisti. Il monito di Hahnemann merita attenzione, soprattutto per l'inquietante degrado registrato dagli stessi cronisti e letterati, quali Molière, nel periodo più oscuro della medicina, quando un Mozart arriva a trovare la morte, a mezzo di ripetuti salassi, secondo la consuetudine barocca di sottrarre sangue ai malati gravi e febbrili. Solo la conoscenza non formale, bensì sostanziale, dei farmaci utilizzati in terapia, permette al medico di riacquistare la dignità professionale e, quindi, il rispetto dei malati bisognosi di aiuto. La farmacologia sperimentale, che gli avversari dell'omeopatia hanno sempre denigrato, ha cominciato a muovere i primi passi proprio con Hahnemann. La felice intuizione di verificare gli effetti di una sostanza su un volontario sano, anziché sugli animali, deriva dalla necessità di apprendere, attraverso la comunicazione verbale, tutte quelle sensazioni e alterazioni della sensibilità e della percezione, che compongono l'insieme degli effetti di una sostanza.

Ad una tale impostazione la medicina moderna è arrivata quando ha cominciato a sperimentare, su persone in buona salute, alcune sostanze, di cui si conoscevano precedentemente, in modo molto riduttivo, le azioni *in vitro*. Un esempio per tutti la comprensione degli effetti biologici di alcune citochine. Tra queste il TNF (Tumor Necrosis Factor) assume un ruolo emblematico. Il nome della sostanza esprime, infatti, un'azione anti-tumorale verificata solo in laboratorio. La sperimentazione *in vivo*, resa possibile solo quando la biologia molecolare ha permesso di produrre adeguate quantità di sostanza, mostra, invece, che gli effetti sono molteplici e comunque più complessi di quello antitumorale, riuscendo a spiegare tutti i diversi meccanismi, che si mettono in opera nel corso di un processo infiammatorio.

Dunque, più che una visione statica della medicina, l'omeopatia si propone, anche agli occhi dei critici, come un valido tentativo di rendere razionale l'uso dei farmaci. Ciò risulta valido e predittivo, non solo per l'epoca di Hahnemann, ma soprattutto al giorno d'oggi, per la indubitabile necessità, sentita da molti operatori scientifici, di vedere l'uomo nel suo insieme e nel suo ambiente, non più come l'assemblaggio di singole parti che, staccate dal tutto, perdono la loro stessa valenza vitale. Dice H. Cushing: "Un medico è tenuto a prendere in considerazione non tanto un organo ammalato, e neppure l'intero individuo, bensì l'uomo nel mondo in cui vive". L'atteggiamento dogmatico, invece, si contrappone alla libertà di pensiero e di sperimentazione, tanto invocata da Hahnemann, rivestendo il medico di un ruolo subalterno alle interpretazioni e alle relative conoscenze del momento.

Il dogma non considera, per sua stessa definizione, alcuna possibilità di errore, fosse anche quel rumore di fondo che, inquinando fenomeni sperimentali, spinge il ricercatore a nuove prospettive scientifiche. L'omeopatia ha vissuto la sua stagione di travaglio e di gloria, durata circa duecento anni, senza cedere, nonostante le varie elaborazioni e le varie scuole, alla tentazione di profanare il suo stesso statuto scientifico: la sperimentazione. Si vorrebbe mettere in dubbio la consistenza della teoria, senza approfondire, nella maggior parte dei casi, un'adeguata conoscenza dell'omeopatia. Questa non dovrebbe essere identificata solo con la prescrizione dei farmaci, in base al criterio di similitudine, ma affiancata a un modello valido e condivisibile di patologia. La nozione di specifico, così come fu formulata da Hahnemann, fin dall'inizio della sua avventura clinica, serve a chiarire lo stretto legame, che passa tra gli effetti di un farmaco e gli elementi etiologici di una malattia. Tali elementi saranno identificati, con la successiva nascita della microbiologia, negli agenti patogeni. Il riordino della frattura tra omeopatia e medicina accademica sta proprio nella ricomposizione delle controversie, che hanno allontanato Hahnemann dall'umoralismo. E tale ricomposizione è dovuta alla verifica microbiologica delle intuizioni omeopatiche, sulla origine infettiva delle malattie acute e croniche, facendo definitivamente tramontare le colpevoli intolleranze dogmatiche umoraliste, nel contesto del pensiero scientifico moderno.

Qualche critico arriva a chiedere se, nel criterio di similitudine, sia più importante la filosofia o la scienza, come se i due aspetti della conoscenza umana possano essere distinti e, in definitiva, misurabili. Esiste una filosofia della scienza, per fortuna, che, con spirito imparziale, talvolta anche spregiudicato, ha inferito sulle reali opportunità offerte dalle forme del pensiero e dalla loro costruzione logica. Chi produce conoscenza, dunque, non può fare a meno di verificare, criticamente, gli stessi strumenti metodologici, che usa per l'impostazione e l'elaborazione dei dati sperimentali. Tutto ciò ha prodotto un notevole progresso delle scienze, non solo pratiche, ma anche umane, finendo con il condizionare la stessa medicina che, storicamente, ha sempre avuto molte difficoltà nell'adeguarsi alle spinte innovative della moderna epistemologia. L'omeopatia rivendica, in tal senso, uno spazio non angusto, in quanto ha saputo, per prima, modellare le esigenze sperimentali sulle necessità di una comprensione globale dei fenomeni patologici. Esempio a tale riguardo che, in un'epoca nella quale si voleva solo la corruzione degli umori, all'origine delle malattie croniche, Hahnemann

propone, con forza, il modello di infezione cronica e persistente, quale la sifilide e la condilomatosi, allargandolo a molte altre condizioni, tra cui le forme autoimmuni conosciute ai nostri tempi.

Alcuni critici hanno puntato il dito anche sulle sperimentazioni condotte dallo stesso Hahnemann, riguardo ai volontari sani, mettendo in dubbio la veridicità di un'imponente mole di dati farmacologici. Tali dati sono sopravvissuti anche al tempo per un solo motivo: la loro raccolta si basa su una precisa metodologia, una reale intenzionalità e su un protocollo ben preciso. Dubitare di questo significa dubitare anche del proprio dubbio, dimenticando i duecento anni di pratica clinica, perpetuata di generazione in generazione, all'interno, non fuori della classe medica. La raccolta degli effetti sperimentali di ogni singolo farmaco è stata codificata, da parte di Hahnemann, da una procedura minuziosa e controllata. Basti pensare alle modalità di distinzione tra gli effetti puri (primari) e quelli individuali (secondari o collaterali). A una lettura superficiale della materia medica potrebbe apparire un arido elenco di sintomi indotti, senza alcun criterio di valutazione e di applicazione terapeutica. In realtà, la *Materia Medica Pura*, così come il *Trattato delle Malattie Croniche*, puntano l'accento sugli effetti riproducibili, che appartengono alla sostanza in quanto tale, e sulla loro discriminazione, rispetto alle reazioni individuali (oggi chiamate 'avverse'). Sono messi in evidenza con il grassetto, infatti, i sintomi che si riproducono su tutti gli sperimentatori, mentre gli altri sono contraddistinti dal loro tempo di comparsa.

Questo aspetto acquisisce una fondamentale importanza, in quanto permette di suddividere, in tempi diversi, le singole azioni farmacologiche: gli effetti primari compaiono nella prima fase della sperimentazione, mentre i secondari in una fase successiva. Il tutto dipende, ovviamente, dalla durata d'azione complessiva del farmaco, altra nozione fondamentale, introdotta dallo stesso Hahnemann in farmacologia. Non è tutto. La più lunga durata dell'azione, insieme a particolari sintomi cutanei, definiti psorici, secondo la consuetudine del XIX secolo (completamente assimilabili all'eczema dei tempi moderni), permette di prescrivere i farmaci in base alla malattia cronica di base. È questo il motivo per il quale Hahnemann elabora due distinte farmacopee, la *Materia Medica Pura*, che comprende farmaci acuti (breve durata d'azione) e la parte pratica del *Trattato delle Malattie croniche*, che comprende farmaci ad azione cronica (anche definiti anti-psorici). L'aggancio tra il modello condivisibile di farmacologia sperimentale e la nozione di malattia infettiva cronica rappresenta la vera novità dell'omeopatia, sulla quale occorrerebbe riflettere più profondamente, di quanto non sia stato fatto finora, non solo dai detrattori, ma anche dai cultori della materia. Si può ancora parlare di congetture e speculazioni? È anche vero, su questo siamo d'accordo con le critiche mosse all'omeopatia, che le moderne sperimentazioni cliniche, metodologicamente corrette, siano molto scarse. Ma quale è il vero motivo? Probabilmente aver voluto adottare un criterio di selezione dei campioni in maniera non coerente alle necessità dell'omeopatia, insieme a una scarsa conoscenza del paradigma patologico di riferimento. Siamo convinti, sotto questo aspetto (esposto in altra parte del libro), che possono essere assimilate, in un *trial* clinico omeopatico, le stesse procedure sperimentali della medicina accademica, ma con rigorosi elementi di selezione e valutazione del campione in esame e del farmaco unico da utilizzare.

Un'altra questione sollevata, quella dell'eccessiva individualizzazione del farmaco, per ciò che riguarda dose, posologia e durata della sua assunzione, mette in evidenza la notevole diversità della pratica omeopatica, rispetto alla medicina convenzionale. Il criterio di similitudine, infatti, comporta la necessità di indurre uno stato di malattia farmacologica simile a quella che si vuole curare. Ciò condiziona, fortemente, tutte le altre considerazioni. In primo luogo, ammettendo che la prescrizione omeopatica si deve basare su un insieme di disturbi, che compongono il quadro complessivo del malato, si arriva alla non arbitraria conclusione che il farmaco debba essere adattato, per quantità e posologia, alle esigenze cliniche individuali, pur mantenendo una falsariga comune a tutti. In una malattia acuta, infatti, l'assunzione può essere ripetuta anche frequentemente (a particolari condizioni), mentre una forma cronica esige un criterio meno continuativo (ad esempio, una sola volta al giorno), che tiene conto dell'importanza dei sintomi sulla intera economia del malato, nonché della durata d'azione complessiva della sostanza.

Non ci sembra, pertanto, che il sistema prescrittivo omeopatico sia lasciato alla casualità e alla improvvisazione. Semmai ha delle regole universali ben precise che mantengono una notevole capacità di adattamento alle varie necessità individuali. Ci si chiede, ancora, se l'omeopatia sia una forma di medicina scientifica. Ma cos'è *scienza*? Un sistema e una categoria inerti? O forse è lo strumento con il quale si sollevano i problemi, per meglio risolverli? Qualcuno ha accomunato la presunta efficacia dell'omeopatia a un effetto placebo, dimenticando la larga applicazione del metodo in veterinaria o in pediatria. Il confronto tra placebo e azione reale del farmaco omeopatico è il vero banco di prova, con il quale la medicina delle evidenze vuole affrontare la questione omeopatica. Questo è auspicabile, da parte di tutti, a condizione che si rispettino tutte le regole epistemologiche, che governano la struttura interna del criterio di similitudine, avendo ben chiaro l'obiettivo che si vuole ottenere, ossia l'evidenza clinica. Tale obiettivo può essere raggiunto partendo da: **a)** una profonda conoscenza della farmacologia; **b)** un modello di malattia cronica comprensibile e condivisibile; **c)** un'adeguata applicazione clinica dei primi due punti.

I limiti sperimentali, sui quali sono state costruite molte critiche all'omeopatia, si basano sull'individualizzazione della terapia e sulla necessità di considerare il malato nel suo insieme. La conseguenza di tali limiti consisterebbe in una presunta difficoltà ad acquisire un modello di studio uniforme, sia nella scelta di un campione omogeneo di malati, sia nei criteri di inferenza statistica dei risultati ottenuti. In più, si è sempre accennato alle eccessive variabili, legate alle differenti preparazioni omeopatiche e alla individualità nelle risposte terapeutiche. Le considerazioni dei critici,

pertanto, puntano a dimostrare che gli ostacoli sperimentali derivano proprio dall'impianto metodologico dell'omeopatia. In realtà, la nozione degli *specifico*, così come proposta da Hahnemann e utilizzata in ambito immunopatologico, permette di arrivare a evidenze cliniche inedite e inesplorate, le quali dimostrano che il farmaco omeopatico non mira a distruggere gli agenti patogeni, bensì a eliminare le risposte immunitarie individuali a tali agenti. A tutto questo può ricollegarsi la questione del funzionamento di un farmaco omeopatico. Come agisce? Premesso che l'omeopatia si basa sul criterio di similitudine e solo successivamente sul concetto di dose infinitesimale, risulta evidente che la sua modalità d'azione deve essere ricercata nella possibilità di eliminare le risposte immunitarie in maniera selettiva, ossia specifica della sostanza utilizzata. Oggetto di studi ulteriori, pertanto, dovrebbe essere il *linfocita*, il quale assume, oggi, un ruolo centrale e decisivo nel complesso delle interazioni tra individuo e ambiente.

L'omeopatia è pronta al salto di qualità, ben sapendo che la medicina accademica, quando non si arrocca su posizioni oltranziste, può offrire un supporto analitico fondamentale per la stessa metodologia analogica.

## Le prove sperimentali

La medicina convenzionale chiede all'omeopatia una dimostrazione della sua efficacia, mediante l'ormai accreditato indirizzo delle *evidenze*, per il quale la conoscenza rappresenta il punto di unione tra le esperienze cliniche del medico e i migliori risultati sperimentali pubblicati dalla letteratura scientifica<sup>1</sup>. I *trials* (esperimenti clinici) costituiscono l'ossatura di tale conoscenza medica, le cui procedure si avvalgono di regole fisse, ormai accettate dalla comunità scientifica, ossia:

- i dati clinici sono sottoposti a valutazione statistica;
- i risultati devono essere riproducibili e rigorosamente controllati.

Non deve sfuggire, sotto questo profilo, l'aspetto etico della condotta clinica quotidiana, in quanto la libertà di trattamento è limitata, di fatto, al concetto di evidenza sperimentale<sup>2</sup>. Negli ultimi tempi, comunque, si è andata affermando la validità di studi statistici ampi, denominati *meta-analisi*, con i quali si valutano i risultati di varie sperimentazioni in un insieme matematico, anche quando queste non sono ritenute conclusive singolarmente<sup>3</sup>. Un recente lavoro di meta-analisi, condotto sul confronto di 16 trials, per un totale di 2.617 pazienti, arriva alla conclusione che i trattamenti omeopatici sono più efficaci dei placebo, anche se la "forza" della evidenza è risultata bassa, a causa della non sempre appropriata qualità degli studi singoli<sup>4</sup>. Gli indicatori della qualità metodologica, infatti, influenzano molto i risultati delle sperimentazioni, per i quali occorre considerare alcuni elementi di base, tra cui il confronto dei campioni, scelti casualmente, di pazienti trattati con omeopatia e pazienti trattati con placebo<sup>5</sup>.

Partendo da questi presupposti, bisogna ammettere che l'omeopatia ha raramente aderito alla metodologia delle evidenze cliniche, limitandosi a quelle che possiamo definire *evidenze empiriche*, con le quali si esprimono i dati e le esperienze riportati dalla tradizione e dalla consuetudine. Il fenomeno, in sé, ha una sua validità, ma non soddisfa le esigenze della comunità scientifica. La letteratura omeopatica, infatti, si è andata sviluppando, per circa duecento anni, in forma autonoma, rispetto a quella della medicina convenzionale. Libri e riviste specializzate, così come gli atti dei congressi e i gruppi di lavoro, mettono in rilievo, solitamente, le caratteristiche farmacologiche dei rimedi, applicate a casi singoli di pazienti, più che la presentazione di studi clinici controllati secondo la medicina delle evidenze. Questo atteggiamento sembra essere obbligato, per lo stesso impianto metodologico dell'omeopatia, la quale si rivolge all'individuo e non a un insieme statistico. Ciò pone delle problematiche importanti, che tendono all'apertura di un solco apparentemente incolmabile con la medicina convenzionale. Non sono pochi, soprattutto negli ultimi anni, i tentativi di unificare l'approccio omeopatico con la sperimentazione clinica controllata. I risultati, tuttavia, non possono essere considerati conclusivi<sup>6</sup>, a fronte della gran mole di guarigioni ottenute dall'omeopatia e documentate, ormai, da circa due secoli. La necessità di individualizzare il trattamento, accanto alla conseguente difficoltà di selezionare campioni omogenei di studio, sembrano i principali ostacoli alla elaborazione di un protocollo sperimentale accettabile da parte della medicina accademica. A queste ragioni principali, che potremmo definire strutturali, va aggiunta la relativa difficoltà nella elaborazione di linee guida uniformi, utili nella pratica quotidiana, anche quando i lavori sperimentali siano ben condotti. Molti ricercatori, inoltre, ritengono che la medicina delle evidenze sia incompatibile con il dottrinario omeopatico<sup>7</sup>, soprattutto per le diverse interpretazioni che riguardano la scelta del farmaco, in base al criterio di similitudine. Tali interpretazioni risentono molto della soggettiva selezione dei sintomi, la cui conseguenza si esprime con una difformità terapeutica, anche per uno stesso quadro patologico. In altri casi, l'atteggiamento sembra essere quello, più propositivo, della ricognizione di modelli sperimentali adeguati alle caratteristiche proprie dell'omeopatia, ma sempre coerenti con le procedure accademiche<sup>8</sup>. Uno dei limiti più evidenti, rispetto alla valutazione di efficacia, è dato dalle eccessive variabili che condizionano i risultati di una sperimentazione clinica omeopatica. Tra le variabili dobbiamo considerare: il sistema di preparazione del farmaco (ad esempio: rapporto diluizione/dinamizzazione); la risposta individuale del paziente; la scelta del miglior criterio di similitudine tra gli effetti del farmaco da scegliere e i sintomi del malato<sup>9</sup>. Tali considerazioni farebbero supporre che gli ostacoli all'approccio sperimentale delle evidenze siano impliciti nella natura stessa dell'impianto teorico omeopatico. In realtà, un approfondimento epistemologico adeguato mostra alcune inedite possibilità di applicazione del criterio di similitudine.

Il recupero della nozione infettiva delle malattie croniche, secondo le osservazioni e le proposte dello stesso Hahnemann<sup>10</sup>, consente di accedere a un sistema informativo più complesso, dal quale emerge il legame diretto tra l'azione specifica di un farmaco omeopatico e gli effetti prodotti dagli agenti patogeni sull'individuo. Il primo esempio di questa impostazione è offerto dalla cura della sifilide<sup>11</sup>, per la quale si utilizza un farmaco specifico, il mercurio, che agisce sulle conseguenze cliniche dell'infezione specifica da *treponema pallidum*. L'agente patogeno è in grado di indurre, seguendo il modello omeopatico, una sintomatologia caratteristica (ulcera venerea) a seguito di un progressivo coinvolgimento e modificazione della *forza vitale*, il quale si compie dopo un periodo di incubazione. Con il termine *forza vitale* Hahnemann intende un insieme di funzioni, che permettono all'organismo di difendersi dall'azione degli agenti infettivi, al fine di mantenere uno stato di equilibrio e di integrità. Le analogie con le funzioni del sistema immunitario sono evidenti. I sintomi di una malattia, dunque, rappresentano gli effetti della risposta immunitaria specifica, sui quali si prescrive il farmaco specifico (mercurio nel caso della sifilide)<sup>12</sup>. Il modello di cura della sifilide, poi, è utilizzato da Hahnemann in tutte le altre malattie croniche. Da tali considerazioni possiamo ricavare un elemento decisivo per la valutazione di efficacia del farmaco omeopatico, ossia la stretta somiglianza tra la moderna immunopatologia e la originaria impostazione del modello di malattia cronica. A ciò si aggiunga la possibilità di applicare lo *specifico* (Hahnemann usa questo termine per indicare il farmaco omeopatico adatto ai sintomi delle malattie infettive) all'insieme dei sintomi individuali indotti da una risposta immunitaria a un agente patogeno. In questo modo si potrebbe cominciare a delineare una strategia sperimentale inedita, che riesca a unificare le direttive terapeutiche dell'omeopatia con uno dei paradigmi centrali della medicina moderna, ossia il ruolo degli stimoli infettivi nella induzione di risposte immunitarie, dalle quali, sole, dipende la sintomatologia di un individuo. Tali considerazioni permettono di ipotizzare, nell'ambito di una metodologia sperimentale, modalità di intervento più appropriate alle necessità implicite nella medicina delle evidenze. La nozione di specifico, infatti, devia l'obbligo omeopatico della individualizzazione di un farmaco, verso la risposta specifica a un particolare agente infettivo. Il presupposto della strategia sperimentale, sotto questo aspetto, è l'accettazione dello stretto legame che intercorre tra l'insieme dei disturbi e la risposta linfocitaria. L'obiettivo, quindi, è la valutazione della efficacia di un farmaco omeopatico sulla scomparsa dei disturbi, associata alla negativizzazione della risposta immunitaria correlata. In tal modo si possono coniugare diverse esigenze, che proviamo a schematizzare:

- uso del farmaco omeopatico unico (unitario), denominato specifico;
- selezione di un campione omogeneo di malati, sulla base di una risposta specifica immunitaria;
- valutazione degli effetti di un solo farmaco su un campione omogeneo;
- confronto dei risultati, con un gruppo trattato in placebo;
- scelta casuale (random) del trattamento con farmaco versus placebo.

L'eventuale risultato positivo della strategia sperimentale proposta, comporterebbe notevoli ripercussioni su una eventuale validazione del modello omeopatico, le cui conseguenze possono essere:

- a) il riconoscimento di una terapia non convenzionale nell'ambito di quei processi infettivi cronici che mostrano i limiti delle terapie convenzionali;
- b) l'acquisizione di una metodologia di studio, nell'ambito delle terapie non convenzionali, basata su procedure accademiche riconosciute;
- c) l'integrazione tra il paradigma analogico dell'omeopatia e quello analitico della scienza accreditata;
- d) la possibilità di rendere esportabile in futuro tale metodologia, anche nei confronti delle risposte ad altri agenti infettivi persistenti.

---