

OMEOPATIA

Uno spazio non piccolo di questo numero viene dato all'omeopatia: lettere da destra e da sinistra, risposte, un articolo "esperienziale" pubblicato in "Oltre lo specchio" e, per soprappiù, questo posto in prima fila, nello spazio degli editoriali. Le cose, naturalmente, non sono disgiunte; è normale che gli editoriali traggano spunto dai contenuti. Ci sono però almeno tre motivi in più, legati tra loro anche se diversi, perché se ne parli (ri-parli; perché si tratta di un tipico corso-e-ricorso) anche in questa sede.

Il primo motivo è la deriva irrazionale a cui stiamo assistendo in Italia: il 94% degli italiani ("referendum" televisivo di Bruno Vespa) dichiara di "credere" in Di Bella e di essere pronto a scegliere di curarsi col suo metodo, ancora da sperimentare, se si ammalasse di tumore: il tutto senza prove, solo per sentito dire, o per simpatia. È un fenomeno ancora tutto da capire, su cui non si rifletterà mai abbastanza.

Un secondo motivo è quello della diffusione dell'uso dell'omeopatia (fino al 70% dei malati, in alcune statistiche) e del credito di cui gode (fino al 70% della popolazione generale) che lo rende un vero affare di Stato.

Nei riguardi dell'omeopatia (e delle medicine "complementari" o "alternative") gli Stati occidentali hanno assunto nel tempo posizioni molto differenziate. La maggioranza ha un atteggiamento esclusivo (esclude dal riconoscimento ufficiale e, in pratica, dal rimborso da parte del SSN, le medicine non convenzionali). Eccezioni non irrilevanti sono quelle della Germania, dell'Inghilterra, della Francia e dei Paesi scandinavi, che hanno un sistema "tollerante" (posizione privilegiata della medicina convenzionale, ma accettazione delle medicine non convenzionali, o almeno dell'omeopatia, con possibilità di rimborso o addirittura, come in Inghilterra, di inclusione diretta tra le prestazioni del SSN). In molti Stati dell'Asia il sistema è "inclusivo" o "integrato", e considera alla stessa stregua le due medicine. Dunque la medicina "non scientifica" (la medicina cioè che non è coerente con l'universo conoscitivo a cui facciamo riferimento) trova uno spazio comunque riconosciuto nel mondo scientifico.

Il terzo motivo viene dalla letteratura medica, in specie da un lavoro di meta-analisi ormai non recentissimo (settembre '97), uscito su *Lancet*, frutto di una larga collaborazione internazionale tra Germania e Stati Uniti, con particolare evidenza di Centri ufficiali (Università e NIH) per la medicina complementare o alternativa. Il lavoro "rilegge" 186 sperimentazioni di omeopatia contro placebo in studi randomizzati in doppio cieco, in differenti situazioni cliniche: allergopatie, dermatologia, disturbi funzionali dell'intestino, dolori muscolari, cefalea, cinesiosi e altra patologia neurologica, patologia ostetrico-ginecologica funzionale, patologia respiratoria alta, disturbi postoperatori, altro. Di questi 186 lavori, 89 sono stati considerati ammissibili per uno studio obiettivo. Di questi, 33 avevano dato risposte non significative, ma 56 erano risultati favorevoli al trattamento omeoterapico. Anche introducendo una correzione per il cosiddetto "publication-bias" (vengono pubblicati molto più facilmente i risultati significativi che quelli non significativi), ne è risultato un odds ratio di 1,78 (1.03-3.10). In sostanza, un paziente sottoposto a trattamento omeopatico ha quasi il doppio di probabilità di migliorare che se sottoposto a un trattamento con placebo. La cosa in sé ha poca rilevanza pratica (gli estensori del lavoro, che sono evidentemente aperti nei riguardi dell'omeopatia, concludono «our study has no major implications for clinical practice»); e tuttavia ha qualche risvolto inquietante sul versante scientifico («the results are not compatible with the hy-

pothesis that the clinical effects of omeopathy are completely due to placebo»): esiste la memoria dell'acqua; o, viceversa, gli studi clinici randomizzati non rappresentano una risposta valida per prendere decisioni terapeutiche.

Nell'insieme, comunque, noi (noi "medicina scientifica") dovremmo, a questo punto, smettere di chiedere "le prove" e il "doppio cieco" agli omeopati. Ce li hanno dati, e lungo questa strada sembra evidente che non sia utile procedere. Infatti, non troviamo qui una "vera" ragione per convertirci. Ci viene molto più facile rinnegare la fede negli studi clinici randomizzati che la fede nella ragione. E ci tocca, per non mentire a noi stessi, ripiegare nell'ultima cittadella: se è "davvero vero" che l'omeopatia serve, se l'immunizzazione attiva che non contiene più nessuna molecola dell'allergene è efficace, ovvero se è sufficiente "nessuna molecola" di *Galphimia glauca* per curare una oculorinite, ci deve essere la mai dimostrata "memoria dell'acqua", apparsa in sogno a Hahnemann 200 anni fa. È questa la cosa a cui non crediamo; è questa la prova di cui avremmo bisogno. Ma ne abbiamo davvero bisogno? Proprio no. Lasciando da una parte la scienza, e ritornando al principio empirico del "vediamo prima di tutto l'efficacia clinica", non ritroviamo nessun campo in cui la medicina allopatrica (vaccini compresi) non risulti molto più potente dell'omeopatia; anzi, crediamo di poter dire che non conosciamo nessun campo (tra quelli che la medicina omeopatica considera tra i suoi bersagli) in cui ci sia mai accaduto di sentire il bisogno di alzare le mani e di confessare "mi arrendo".

Probabilmente l'errore consiste nel voler convincere "gli altri": gli omeopati nel voler convincere gli allopatiti e viceversa. Sono due mondi separati; e il ricercare lo spazio (debole, malgrado tutto) di un corridoio comune (l'approccio empirico) finisce per essere confondente.

La stessa natura delle malattie sottoponibili al trattamento omeopatico e l'estensione della componente soggettiva (in alcuni degli studi riferiti, fino al 40% dei pazienti risponde positivamente al placebo) non possono che rinforzare la convinzione che questa componente è comunque altissima nella omeopatia; tanto alta da spiegare assai bene sia la buona fede che l'entusiasmo degli omeopati. In una situazione in cui 183 su 371 rispondono al trattamento omeopatico e 132 su 370 rispondono al placebo (con un odds ratio di 2,20, assolutamente rispettabile per la valutazione di un fattore di rischio, non per una decisione terapeutica), non c'è, in assoluto, la possibilità che un singolo medico possa "oggettivamente" cogliere, nella pratica di tutti i giorni, la reale efficacia della "potenza" della sua preparazione. Allora, se la buona fede e l'entusiasmo sono i primi requisiti per l'ottimizzazione del placebo, perché togliere a tanti questo "entusiasmo della buona fede"? E viceversa, se la convinzione di far parte di un universo conoscitivo coerente è un prerequisito essenziale per fare della buona medicina allopatrica (senza affatto escluderne, anzi, quella inevitabile e assolutamente desiderabile componente di placebo, indotta, anche qui, dalla solidità delle proprie convinzioni), perché incrinarla in omaggio alla ricerca di una verità esoterica di cui non si sente il bisogno? (*entia non sunt multiplicanda sine necessitate*).

Detto questo, le conclusioni a cui si può arrivare sono semplici. Dal punto di vista della spesa, non sembra che nel nostro SSN, in cui il contributo del singolo non è affatto minimale, ci sia lo spazio per pensare di mettere anche una sola prestazione omeopatica in fascia A o B. Il lavoro a cui abbiamo dato così largo spazio non fa che confermarlo. Dal punto di vista normativo, può essere esemplificante l'atteggiamento iperliberale e tollerante degli Stati scandinavi: ciascuno può curare senza biso-

gno di certificati o diplomi: semplicemente, se non è medico, è tenuto ad esplicitarlo formalmente. Gli indici di salute di quegli Stati sono i migliori del mondo.

M&B

EPOCA DI INTRODUZIONE DEGLI ALIMENTI E SVILUPPO DI MALATTIE

L'attenzione che è stata posta negli ultimi anni alla possibile relazione tra epoca di introduzione di alimenti e sviluppo di malattie è stata rivolta principalmente alla possibile efficacia di interventi preventivi di tipo dietetico nei riguardi delle intolleranze alimentari e, più in generale, dell'atopia. L'argomento è rimasto a tutt'oggi piuttosto confuso, e le certezze acquisite sono poche e, in qualche modo, scontate. La più importante, quella che merita di essere sottolineata fin dall'inizio, riguarda l'efficacia certa dell'allattamento al seno nella prevenzione delle manifestazioni gravi e persistenti dell'atopia: l'effetto è tanto più evidente quanto più l'allattamento è prolungato nel tempo. Di converso, l'introduzione precoce di ogni altro tipo di alimenti sembra favorire l'insorgenza di manifestazioni atopiche solo in quanto correlata a una ridotta durata dell'allattamento al seno. Per il bambino che non può essere allattato al seno, poche e contraddittorie sono le evidenze a favore di strategie di prevenzione fondate sulla ritardata introduzione nella dieta di particolari alimenti (come il pesce, l'uovo, il latte vaccino). Di tutta la "faccenda" quattro punti meritano una sottolineatura: l'influenza della dieta della madre in gravidanza (dieta prenatale); l'alimentazione al nido (attesa della montata latte); i problemi correlati alla precoce introduzione di cibi solidi (e a quella di specifici alimenti come il latte vaccino e l'uovo); la questione del glutine e della "prevenzione" della celiachia.

1. Dieta prenatale. Se da un lato sembra documentato che il feto può produrre una risposta immunologica (può sensibilizzarsi) verso le proteine alimentari assunte dalla madre, l'ipotesi che l'esclusione di questo o quell'alimento dalla dieta materna (ad esempio il latte, l'uovo e i derivati) nell'ultimo trimestre di gravidanza possa ridurre l'incidenza di manifestazioni atopiche nel nascituro appare oggi del tutto smentita in studi controllati a breve e lungo termine. Stessa cosa dicasi per l'esclusione degli stessi alimenti durante il periodo dell'allattamento. Esistono quindi sufficienti motivi per ritenere la pratica di escludere allergeni "maggiori" dalla dieta della madre, in gravidanza e durante l'allattamento, una "inutile crudeltà". Naturalmente, il discorso è diverso nel caso del bambino allattato al seno con sintomi importanti di allergia alimentare (dermatite atopica diffusa, colite), per il quale un intervento terapeutico (di prova) sulla dieta materna può essere giustificato.

2. Dieta al nido. La somministrazione di alimenti in attesa della montata latte si è dimostrata inutile nel neonato sano (e del resto sarebbe strano il contrario, prima di tutto in termini evolutivistici). Per di più, la somministrazione di antigeni per un breve periodo di tempo nelle prime ore/giorni di vita, e la loro esclusione nei mesi successivi, possono facilitare una sensibilizzazione specifica di tipo IgE, mettendo i bambini predisposti geneticamente a rischio di gravi reazioni anafilattiche "al primo biberon". Diverso è il caso del bambino "programmato *ab initio*" per l'allattamento artificiale, per il quale l'assunzione della formula già al nido non sembra apportare alcun svantaggio. Esiste inoltre qualche evidenza clinica (coorte di prematuri svedesi che avevano ricevuto formule iperproteiche adattate dai primi giorni

di vita), in qualche modo paradossale, sulla possibilità di indurre una soppressione della sensibilizzazione specifica somministrando alte dosi di antigene dai primi giorni di vita.

3. Problemi connessi con l'epoca di introduzione dei cibi solidi. Ritardata introduzione di specifici alimenti. L'introduzione precoce di cibi solidi sembra effettivamente favorire la comparsa di dermatite atopica in soggetti geneticamente predisposti. L'effetto è meno evidente dopo il quinto mese, età che va ritenuta comunque ideale per lo svezzamento. Va notato peraltro che l'effetto sfavorevole della precoce introduzione di cibi solidi è principalmente correlato alla ridotta durata dell'alimentazione al seno, mentre è meno chiaro nel lattante allattato artificialmente dall'inizio. Nessuna evidenza di utilità nella prevenzione di manifestazioni atopiche importanti e protratte nel tempo (come l'asma) è stata dimostrata con la ritardata somministrazione di antigeni "maggiori" (proteine del latte dopo l'anno, uovo e pesce dopo i 18 mesi) in neonati a rischio che non potevano essere allattati al seno, mentre un transitorio vantaggio è stato dimostrato nella prevenzione delle intolleranze specifiche e della dermatite atopica del primo anno. Rimane da sottolineare ancora una volta che l'unico sforzo operativo che vale la pena di essere fatto è quello di promuovere l'abitudine di un prolungato allattamento al seno, i cui vantaggi sono inequivocabili anche a lunga distanza; l'efficacia di ogni altra manovra dietetica orientata alla prevenzione dell'atopia appare assolutamente questionabile, comunque assente a lungo termine sulle manifestazioni cliniche più impegnative, e assolutamente sproporzionata in termini di costo economico, sociale e anche culturale.

4. Glutine: tanto e subito? I dati epidemiologici acquisiti negli ultimi anni attraverso lo screening sierologico (EMA) sulla popolazione generale mostrano una prevalenza reale della malattia celiaca pari a 1/200 in tutti i Paesi d'Europa e anche negli USA, dove si riteneva che la malattia «quasi non esistesse». Prevalenze più basse (quelle riportate sulla base dei casi individuati clinicamente) sono dovute al mancato riconoscimento clinico della malattia, che può decorrere asintomatica dal punto di vista gastroenterologico o che può presentarsi prima con le sue complicazioni (nutrizionali, immunologiche e neoplastiche, non immediatamente riconoscibili come dipendenti dalla malattia), che con i sintomi dell'enteropatia. Esistono oggi evidenze convincenti che la strategia di introdurre il glutine, senza ritardi (al quinto mese, all'inizio dello svezzamento) e senza limitazioni di quantità, favorisca la comparsa precoce dell'enteropatia sintomatica, e quindi, nei fatti, permetta il pronto riconoscimento della malattia e il tempestivo inizio della dieta senza glutine, con riduzione delle complicazioni legate alla protratta assunzione dello stesso. La ritardata introduzione (tanto raccomandata nel recente passato anche da autorevoli esperti per "prevenire" la celiachia e/o le sue complicazioni gastroenterologiche severe) sembra di fatto la principale causa del progressivo occultamento della malattia, e dell'aumentata incidenza di forme atipiche o silenti o comunque mal riconoscibili, con aumentato rischio per questi soggetti di sviluppare le complicazioni secondarie alla protratta assunzione di glutine. Tra queste, il linfoma è senz'altro la più conosciuta, ma non vanno dimenticate alcune malattie autoimmuni (IDDM, tiroidopatie, epatiti autoimmuni, alopecia ecc.), la cui aumentata prevalenza nel celiaco adulto era stata considerata fino ad ora come dipendente da un fattore genetico comune (HLA) ma che, invece, come dimostrato da un recente larghissimo studio multicentrico italiano, appare diretta funzione del ritardo di diagnosi della malattia celiaca, e quindi della durata dell'esposizione al glutine.

Alessandro Ventura