

Il Medico Omeopata n° 14

A cura di Maurizio Paoletta
(m.paoletta@infinito.it)

PER UN'OMEOPATIA "FAMILIARE" :

Massimo Mangialavori è ormai unanimemente riconosciuto tra i migliori omeopati del mondo.

Ha accettato con la solita disponibilità di sottoporsi a queste domande lo scorso aprile per telefono.

D: Considero un po' stravagante che ci siano tue interviste in tutte le riviste di omeopatia internazionale, ma ancora nessuna sia in lingua italiana, perciò proviamo a rimediare...

M: ...non direi che è stravagante, anzi mi sembra piuttosto sintomatico...

Come sai, mi sono sbattuto da qualche annetto, e solo adesso comincio ad avere dei riscontri, non tanto con la scuola, che come tale ha pochi studenti, ma con i seminari, che mediamente ospitano sulle 50-60 persone. E' un gruppo stabile di persone, e con loro sto collaborando in maniera veramente stupenda.

Forse dipende anche da me, che negli ultimi tempi non ho poi investito così tante energie in patria.

D:...d'altronde tu ti sei anche trovato in un ruolo di battistrada, perciò più che mai vale il "nemo profeta in patria"...

M: Sai, per noi c'è un po' il problema della lingua, che ci ha tagliato fuori dall'omeopatia più nuova, e poi anche il fatto che è da poco tempo che in Italia sono comparsi omeopati più innovativi e di un certo livello. Dopo Vithoukas in Italia se pensi a quei colleghi che hanno un po' strutturato l'omeopatia non s'è visto nessuno.

D:...e lo stesso Vithoukas mi sembra sia arrivato con almeno dieci anni di ritardo...

M:...direi quindici.

D: Mi piacerebbe sentirti dire qualcosa sul tuo passato pre-omeopatico, perché ho l'impressione che questa indagine sulla natura che fai ma anche gli aspetti antropologici del tuo sistema indichino un'esperienza "rivelatoria", o comunque che ci sia stato un prima e un dopo...

M: Guarda...è una cosa della quale parlo con un certo riserbo, perché sono comunque esperienze molto personali.

La mia storia è molto semplice. Io non sarei dovuto diventare un medico. L'università di medicina non mi piaceva, nonostante andassi bene agli esami. Mi sono trovato a un bivio, perché non sapevo se volevo fare il musicista o il medico...decisi di fare il medico, non per la medicina in sé, ma perché fare il musicista come mestiere mi sarebbe stato impossibile, forse non ne avevo le qualità, certamente non sarei riuscito a farlo per soldi.

Così decisi di fare una cosa che mi piaceva molto, la chirurgia. Lavorai per quattro anni in un ospedale pediatrico, con mio zio, che aveva studiato a lungo negli USA ed era professore universitario. Mi fece letteralmente il culo a spicchi, e mi faceva lavorare in ospedale molte ore al giorno, così ebbi da lui una vera e propria formazione universitaria.

Da lì ho cominciato a sapere come si fa ricerca a livello universitario, come si pubblicano i lavori, come si fanno le indagini, come si truffano i dati... (risate).

L'esperienza rivelatrice è stata che alla fine dell'università, per un mio grande interesse verso l'antropologia medica, feci un viaggio in Sudamerica, perché mi interessavano le ricerche fatte sul campo, la cosiddetta "medicina magica", e allora lì feci un'esperienza molto toccante...dovevo starci quindici giorni, sono rimasto per due mesi...e ho continuato ad andarci. Non mi va di entrare nel dettaglio, ma è stata una cosa che ha cambiato la mia vita. Avevo un approccio molto scienziato e scientifico, anche se con questa apertura nei confronti dell'antropologia medica, e la vicinanza con cose " un pochino strane " mi ha fatto capire che esiste anche un altro modo di intendere la realtà.

Al ritorno da questo viaggio, proprio al margine della giungla, ho avuto la fortuna di conoscere questo omeopata, un colombiano, ora purtroppo morto.

Era una persona molto interessante, che aveva studiato in Germania, di grande esperienza. Era stato un ricco medico a Bogotá, visitava personaggi famosi, tutta la high-society di Bogotá, finché un giorno un terremoto distrusse tutto ciò che aveva. Questo cambiò la sua vita, ebbe una specie di conversione, e aprì una piccola clinica gratis dove curava gli indios ai margini della giungla.

Per me è stato un personaggio affascinante, mi sono fermato qualche giorno a casa sua, io avevo solo sentito parlare di omeopatia a Napoli, dove studiavo, ma niente di più, fino a quel momento. Mi son detto : Ma v'è che roba bella...son tornato a casa suscitando le ire funeste di mio zio, che aveva fatto di tutto perché io diventassi un grande chirurgo, e dei miei genitori, che volevano che io diventassi un allopata, quello era stato il mio training.

D:...mi sa che per tuo zio dev'essere stata dura da digerire...

M: Se pensi che mi aveva cresciuto come un figlio suo, con tutto l'affetto, e la preparazione. Se ebbi con lui problemi di nepotismo son stati al contrario, perché mi fece studiare più degli altri. Aveva una grande proiezione su di me...

D: Ma a Napoli ci hai vissuto?

M: Ci sono nato, ma ho vissuto sempre a Modena...sono stato a Milano fino agli otto anni, poi sempre a Modena. A Napoli andai a studiare, feci con mio zio il patto col diavolo, perché avevo deciso di smettere di studiare. Lui mi disse: Se vieni ti appassioni...così mi misi a lavorare in ospedale a tempo pieno e feci prima il ferrista, poi l'aiuto...

D:...una carriera pronta...

M: Tu pensa che tutte le mattine ero lì a preparare i ferri, e quattro giorni a settimana c'erano gli interventi, e il resto studiavo.

D: OK, quindi dal Sudamerica torni in Italia e...

M: ...ho detto ciao ciao adesso mi metto a fare qualcos'altro...sono stato tre anni a Parigi a studiare agopuntura, e contemporaneamente ho cominciato con lo studio dell'omeopatia. Ho trovato molto più interessante l'omeopatia, che era assai più vicina al mio modo di pensare, mi sono iscritto a tutte le scuole che potevo frequentare e a seguire vari seminari all'estero, perché devo dirti onestamente che già nel lontano...(risate) il panorama italiano era decisamente penoso. Tra parentesi uno dei miei più grandi mentori è stato Bianchi, che poi è diventato un omotossicologo. Gli devo tanto.

D: Ma qual è il tuo feeling sull'omeopatia attuale?

M: C'è una specie di rinascimento in corso, e come tutte le rivoluzioni contiene in sé degli aspetti positivi e negativi, mi sembra un momento di grande creatività, cambiamenti, aperture. Quello che mi sembra l'aspetto veramente deleterio in tutto questo è **che si**

fanno tante omeopatie diverse. Io credo che sia impossibile strutturare un modo standardizzato di lavorare, è proprio contrario ai nostri principi, d'altro canto credo che ciò che manchi veramente, e questo è ciò di cui mi sto interessando di più in assoluto in questo momento, è **un modello epistemologico serio** per l'omeopatia. Fino a oggi noi abbiamo considerato come modello epistemologico delle quisquillie, teorie, niente altro che teorie, e abbiamo un paradosso rispetto alla scienza clinica ufficiale: una casistica clinica meravigliosa, interessantissima, con risultati eclatanti, ma con i dati raccolti in maniera penosa, senza alcuna possibilità di confronto dei dati e delle esperienze di ogni singolo medico, con una comunità nazionale e internazionale- nonostante la LIGA- che purtroppo non funziona. Non mi pare che la qualità di questi congressi e del materiale che viene pubblicato sia così alta...ma ripeto quello che manca di più è proprio un fondamento di carattere epistemologico, che significherebbe davvero leggere l'esperienza omeopatica, che nasce 200 anni fa , con un occhio moderno; il che non significa fare l'omotossicologia, e poi tradotta per come può essere capita ai giorni nostri. Ci sono 200 anni di storia, e di acquisizioni sull'uomo e sullo sviluppo del pensiero medico e umano.

E penso che l'ingresso dell'informatica sia stato un salto gigantesco in avanti, non perché si fa prima a repertorizzare, ma perché è uno strumento di lavoro paragonabile a quello che è stato l'ingresso del repertorio quando si lavorava soltanto mnemonicamente con le materie mediche, soltanto mille volte più potente. E ti apre delle possibilità di indagine, di pensiero e di studio che prima erano di sicuro impossibili. Per cercare qualcosa di simile tra vari rimedi fino a qualche anno fa ci mettevi una settimana, ora ci metti due secondi...

Questo da un lato ti può dare delle allucinazioni di onnipotenza - cosa cui gli omeopati sono già predisposti - (risate), però dal punto di vista del lavoro ti apre delle possibilità enormi. Molto più creative, e al tempo stesso molto più pericolose, perché non essendoci un fondamento teorico a mio avviso serio, se non quelle cose che noi chiamiamo dottrina, che non considero dal mio punto di vista un fondamento teorico, ma solo ipotetiche teorie di come potrebbe funzionare, succede appunto che ci troviamo ad avere modelli di medicina omeopatica che sono differenti. I pochi dati che arrivano da questi modelli, cioè i casi clinici, sono dati che fai fatica a comparare. Intanto, e questa è una vergogna, abbiamo pochi casi clinici, e con questi faticosi a comparare i risultati, perché quello che significa per me curare un paziente non significa per te; questi dati vengono raccolti nel Repertorio, che presto diventerà un libro di 10 volumi, come succede un po' con Internet. Le informazioni si dilatano, ma senza badare troppo alla qualità delle stesse.

D: A questo punto avrei piacere se potessi fare qualche cenno, almeno, alle linee guida del tuo approccio.

M: E' molto semplice.

Sono partito da questo principio. Mi sembrava una grande contraddizione in termini, almeno quando cominciai a studiare omeopatia, che il principio di individuazione del medicamento si esaurisse in trenta policresti. Mi è sembrato proprio ridicolo, e i conti onestamente non mi tornavano. Sono stato spesso all'estero proprio per questo. E ho avuto la fortuna di vedere qualche caso curato meravigliosamente da gravi patologie con l'uso di piccoli rimedi. La cosa mi incuriosì. Fino ad allora quello che si sentiva dire, tranne Masi, era che i piccoli rimedi non erano altrettanto terapeutici e importanti dei policresti.

Io credo che esistano due momenti molto distinti nell'approccio con un paziente omeopatico. Uno è cercare di capire con cosa hai a che fare, cosa vuole da te questa persona, cosa succede in questa interazione tra te e il paziente. L'altra è il trasformare questa "roba" in un rimedio omeopatico.

Ora, mettiamo che tu abbia prescritto Belladonna, e Belladonna non funziona. Si entra in genere a questo punto in una situazione di panico, e si comincia a chiedere al paziente se preferisce il salato, se ha sete, eccetera, così alla fine si arriva a prescrivere Natrum o Phosphorus. O se beve poco gli darai Pulsatilla.

Ma la tua originale linea di pensiero ti indirizzava verso la Belladonna...

Ammettiamo che quello potesse veramente essere un caso di Belladonna. Questo è un rimedio che troviamo interessante anche per il fatto che è stato molto gonfiato nel repertorio, ed ha quindi moltissimi sintomi. Si può quindi pensare che forse l'idea originale di Belladonna non era poi così male, vediamo cosa ci potrebbe essere di simile alla Belladonna. **Allora lavorare in termini di similarità, di famiglie, è stato quasi automatico.**

Quando parli di rimedi semplici, come i serpenti, o le Solanacee, è facile trovare delle analogie dal punto di vista chimico, biochimico o fisico, perché hai più o meno a che fare con gli stessi veleni...

D:...sì, però qui c'è un aspetto che non mi è chiaro...per esempio mi sembra che tu aggiungi alla famiglia dei serpenti Zincum phosphoricum...

M: Appunto. Se il quadro generale del tuo paziente ti sembra di Lachesis, glielo hai dato e non ha funzionato, se studi in maniera approfondita per temi o per concetti che cosa è saliente in quel determinato rimedio, in Zincum phosphoricum, noti che ci sono delle analogie sorprendenti...perciò il concetto si estende a quei rimedi che pur non appartenendo al tipo di sostanza dal punto di vista fisico o biochimico hanno delle analogie sorprendenti dal punto di vista omeopatico.

Il carattere, il personaggio, il modo di presentarsi e le strategie difensive della prima sostanza sono molto simili a quell'altra. Però questo è un dato **esperienziale**. Si possono fare delle ipotesi di lavoro prima, quando studi un rimedio, ma, e questo lo sai meglio di me, tutte le cose che dico le verifico sempre con dei casi. Se non ci sono casi clinici con un follow-up degno di questo nome non mi permetto proprio di parlare, né di pubblicare o di fare seminari.

D: Mi sembra che tu parli di un paio di anni di follow-up.

M: I casi che considero utili per prendere i sintomi che aggiungo nel repertorio sono di due anni, in realtà qualcosa di più, ma diciamo due. In quei due anni con quel paziente uso solo quel rimedio, nell'acuto e nel cronico. Se il rimedio non funziona tanto nell'acuto che nel cronico- come spesso mi succede - non lo ritengo un buon caso per avere un'idea di quel rimedio.

D: A proposito di repertorio. Vedo nelle tue repertorizzazioni una grossa esperienza preinformatica...come usi o selezioni le rubriche?

M: E' abbastanza semplice...il Repertorio penso che sia un grosso strumento, se saputo usare. Ma è solo l'elenco del telefono, o le pagine gialle...

D:...le pagine gialle senza l'elenco delle categorie...

M: (risate)...appunto. Contiene, in linea di massima, sintomi della materia medica pura, di materie mediche cliniche, di provings, e sintomi di esperienze cliniche provenienti dai colleghi. Una specie di grande minestrone. I sintomi che io considero veramente degni di nota sono le espressioni caratteristiche di quel rimedio. Questo è un po' quello che dicono tutti.

Il problema è vedere che cosa significa l'espressione caratteristica. Quella che per alcuni è chiamata "sindrome minima di valore massimo", altri la chiamano "keynote", altri in altri modi ancora, insomma possono essere concetti molto differenti. Secondo me il repertorio ha il grosso vantaggio, potendo fare un'estrazione, di offrirti una vastissima gamma di

sintomi. Nella lettura di questi sintomi ti rendi conto, leggendoli proprio dalla A alla Z, che ci sono dei sintomi ricorrenti. Che sono espressione di concetti. Non credo **affatto**, lo voglio sottolineare, ai sintomi presi solo nel loro valore letterario. Credo che la masturbazione mentale per capire che cosa volesse dire a quell'epoca quella determinata parola siano fesserie, non serve proprio a niente. Le variabili che fanno sì che un sintomo venga capito o meno sono mille: quel paziente che voleva dire una certa cosa, il grado culturale della persona, come il medico l'ha capita e come il medico l'ha tradotta. Come poi quel sintomo è stato tradotto in un'altra lingua, come il sintomo è stato spezzettato. Alla fine fare l'analisi letteraria di un sintomo non significa niente. Se tu invece hai lo stesso concetto per sintomi vari che però dicono la stessa cosa, vuol dire che proverbs, pazienti, medici differenti, hanno visto lo stesso problema - e quindi questa è una conferma - in casi e situazioni diverse.

Ora questi concetti, che io chiamo temi, ma che sarebbe meglio chiamare **gruppi di sintomi coerenti** (troppo lungo) sono quelli che io considero, omeopaticamente parlando, rilevanti. Anche se sono sintomi che magari nel repertorio sono solo presenti al 1° grado. I gradi non significano proprio niente quando soprattutto si ha a che fare con rimedi piccoli. E' ovvio che il Repertorio te lo devi leggere e studiare, e lavorandoci fai una pratica con sintomi che generalmente non sono considerati. Perché come usando solo la Materia Medica prescriverai solo i rimedi che ti ricordi, col Repertorio ugualmente userai solo i sintomi che ti ricordi. Cioè non userai il Repertorio in modo creativo, mi spiego? Se tu hai per esempio in un determinato rimedio una caratteristica fondamentale, sempre omeopaticamente parlando, espressa da un dolore urente, o pungente, questo per me fa una grossa differenza. Non vuol dire per forza che la sintomatologia profonda del paziente debba essere espressa così, ma io credo che quello che vediamo in omeopatia è un fenomeno, un aspetto superficiale. Questo non ce lo dobbiamo mai dimenticare. Ogni rimedio ha il suo mind, non solo i cosiddetti rimedi maggiori.

D: In più ci sono dei sintomi mentali che non è detto si trovino per forza nella sezione mind...

M: Certo. Per questo motivo ha senso lavorare per analogie, pensare che determinati rimedi si assomiglino, perché quando tu trovi per esempio un equivalente, faccio per dire, tra Lachesis e Bothrops, ti rendi conto, studiando i temi fondanti di Lachesis, che sono anche i temi fondanti di tutti i serpenti.

E allora il problema è capire che cosa è importante per i serpenti in generale, quindi per quella che io considero una famiglia, ma anche che cosa è importante per quello specifico rimedio. Che cosa Lachesis non ha, cosa Lachesis deve avere per essere prescritto, cosa tu pensi essere presente in Lachesis, non presente nel Repertorio, che ovviamente avrà anche Bothrops.

Questo discorso si estende a tutte le possibili parentele.

D: A questo punto mi viene una curiosità personale. Ad esempio abbiamo Hydrophis cyanocinctus che è un serpente marino...e potrebbe far parte sia dei rimedi marini che dei serpenti...

M: Ah, è una domanda molto intelligente. Innanzi tutto mi comporto facendo delle ipotesi. Finché non mi arrivano dei casi clinici che mi confermino quell'ipotesi. Nel caso specifico di Hydrophis ho adesso quattro casi, non di più...

D: Te lo chiedo perché l'ho prescritto, ma naturalmente non sapevo bene che fare...

M: Il concetto di famiglie comunque non va letto come se fossero dei gruppi isolati, dei grattacieli uno di fronte all'altro. Tu prova a pensare a quello che ci hanno fatto studiare in biochimica, dove abbiamo a che fare con dei cicli. Si intersecano l'uno con l'altro, e

chiaramente le relazioni tra rimedi sono degli scambi dinamici. Prova a immaginare una dimensione spaziale a tre livelli dove hai delle sfere che si intersecano una con l'altra. **Al centro di questa sfera ci metti il rimedio cosiddetto più importante per quella famiglia** perché più conosciuto, ma intorno vi ruotano delle cose che possono appartenere di più all'una o all'altra. Va da sé che questo non vuol dire dimenticarsi di quella che è l'individualità di ogni rimedio, vuol dire come arrivarci meglio, e vedere quali sono loro le sue caratteristiche e quali no. Perché quelle che tu chiami keynotes sono comuni a molti rimedi.

D: Prima parlavi di gradi di rimedi, a proposito di repertori. Ho cominciato a studiare le tue aggiunte...mi interessava sapere con che criterio decidi di assegnare un 1° o 2° o 3° grado...

M: Mi riferisco a quanto il sintomo è intenso, e a quanto è frequente nei pazienti che ho visto.

Di solito quando sono più di 4-5 pazienti lo metto al 2° grado, quando sono praticamente tutti uso il 3° grado.

Avrai visto che le aggiunte al 1° grado sono poche, non amo farle, significa che ho visto quel sintomo solo in un paziente o due. I primi gradi che ho aggiunto riguardano pochi pazienti dove però il sintomo era veramente importante e ricorrente e quel rimedio l'ha fatto scomparire.

Ogni anno faccio un volume di aggiunte. Escono al seminario di Capri, che ormai si ripete da sei anni. E' un seminario internazionale dove come al solito non ci sono italiani. Perché si tiene in lingua inglese, purtroppo.

Quest'anno esce il terzo volume. Le aggiunte vengono prese soltanto da casi clinici che ho curato, che per me è il materiale più importante in assoluto, e quando ci sono sintomi ricorrenti curati col rimedio in modo significativo, allora quel rimedio lo aggiungo nel repertorio, molto semplice.

D: E possono essere acquistate?

M: Possono essere acquistate presso il sottoscritto. Sono state cedute tutte per contratto al Phoenix - nella versione informatica del repertorio - e sono in attesa di parlare con RADAR e CARA per dargli il primo volume, perché con Phoenix ho un contratto di semiesclusiva, nel senso che agli altri le aggiunte le posso dare a due anni di distanza.

Ci tengo a chiarire una cosa a questo punto. Credo che ci sia un grave difetto nella nostra comunità scientifica, perché a mio avviso le informazioni dovrebbero appartenere a tutti. Quello che dovrebbe fare la competizione è sulla qualità dei programmi. Purtroppo le cose non stanno così. Molti non sono disposti a cedere il loro materiale. A questo punto preferisco lavorare con le persone con cui mi trovo meglio, che mi offrono maggiori possibilità di esprimermi, e soprattutto con cui mi trovo bene dal punto di vista umano. Con David Warkentin mi trovo a lavorare benissimo, ed è anche uno dei miei più cari amici. Perciò ho fatto questo tipo di contratto con lui.

D: Andiamo avanti. Tu enfatizzi nel tuo insegnamento lo studio dei rimedi a partire dai casi clinici curati. Qual è il tuo punto di vista sui provings. E' un periodo di gran fermento di pubblicazioni di provings hahnemanniani.

M: Gran bella cosa, anche perché questa "proving-mania" andrebbe un tantino controllata. Penso intanto **che bisognerebbe fare dei provings seri**, e questi non vengono fatti. Capiamoci bene, non intendo necessariamente -lo dico provocatoriamente- che un proving serio debba svolgersi in doppio cieco.

Molti omeopati che ci hanno preceduto sono partiti da un principio esattamente opposto. Loro conoscevano una sostanza dalle fonti, dalla farmacologia, tossicologia, usi tradizionali, e decidevano di sperimentarla. Seguendo il principio di indeterminazione di Heisenberg è chiaro che ti dimostri quello che vuoi vedere. E' anche altrettanto vero che, come dicono i colleghi tedeschi, fare un buon proving vuol dire collezionare in maniera dettagliata, ossessiva, dei sintomi all'interno dei quali alla fine però non ti ci raccapezzi...

D:...vedi Bamboo...

M:...sì, non trovi un capo, non trovi una coda; questo vuol dire: che cosa vuol dire fare un buon proving? Parliamone.

Io non sono così convinto che non sia possibile fare una lettura abbastanza oggettiva di quello che esce dal proving sapendo che sostanza hai provato.

Al di là di questo, poi, non dimentichiamoci **che un proving è solo un proving, cioè che finchè non hai dei casi clinici non significa ancora nulla, è solo un'ipotesi di lavoro.**

Io su questo ho fatto una scelta di vita, nel senso che con le poche forze personali e il misero sostegno avuto in Italia finora ho preferito dedicarmi di più allo studio dei casi clinici. **Per me la vera e unica affidabile fonte di informazione sono i pazienti.** La nostra fonte di informazioni librarie, se tu per esempio entri in Reference Works, mediamente la puoi buttare nel cesso. Si tratta di copie delle copie delle copie...è un delirio di onnipotenza scrivere una materia medica dalla A alla Z ! Preferisco quindi leggere le informazioni di qualcuno che ha curato delle persone e ha visto dei fatti. Secondo quale arbitrario principio prendi cose provenienti da più materie mediche, e fai una tua compilation di come dovrebbe essere un tale rimedio, senza averlo mai una volta prescritto in vita tua...? Mi sembra una cosa assurda, e una bufala pazzesca dal punto di vista scientifico. Abbiamo un centinaio di libri che ci insegnano a scuola, la materia medica, che poi è ciò che usiamo per confermare quel rimedio che magari ci esce dalla repertorizzazione. Ebbene spesso quel nostro riferimento finale è stato scritto da uno che magari quel rimedio non l'ha mai prescritto in vita sua...allora confermi cosa ??? Non voglio fare accuse a nessuno, ma non è una cosa seria che tu scriva dei libri da Abelmoschus a Zizia. Non è plausibile per una scienza medica. O sei un Mandrake, o copi...e se copi non sono informazioni affidabili. Quindi credo che la cosa importante, con metodologie diverse - ognuno fa bene ad avere la sua - sia studiare i pazienti trovando un'ipotesi di lavoro **che ti permetta di standardizzare l'osservazione di un caso.** Per dire questo è un caso, questo è il follow-up, ma chi ti dice che il rimedio ha funzionato è il paziente che è stato curato. Quando avrai potuto verificare che quel determinato rimedio ha fatto bene devi spremere il tuo paziente come un limone, sapere tutto sulla sua vita, e quando avrai dati ricorrenti in più pazienti queste saranno informazioni importanti.

Quindi credo che un buon proving sia una linea guida, ma non credo **affatto** che i provings siano l'unico sistema per avere informazioni.

D: La mia impressione che questi due aspetti sia in realtà perfettamente integrabili.

M: Su questo ci tengo molto...quello che secondo me è veramente un orgasmo omeopatico è quando mi tornano i conti.

Il modello che uso io per i rimedi è un po' complesso. Quando è possibile - non sempre lo è - **cerco di mettere insieme le informazioni dei provings, delle materie mediche, della farmacologia e tossicologia, quelle che provengono dai miti, le leggende e così via...**perché ognuno di questi è uno spicchio che rappresenta come l'uomo si relaziona con la sostanza. Quello che è bello è **quando trovi una coerenza.** Se tu studi per temi o concetti, spesso scopri che i temi fondanti te li ritrovi nella farmacologia, nella tossicologia, nell'uso tradizionale, eccetera...quindi per me un proving è una cosa che va

verificata con questa ottica di lavoro. E che al tempo stesso verifica questo tipo di informazioni. E' la prova del nove.

C'è una cosa molto bella alla quale stiamo lavorando...**un proving di Vinum**...l'idea non è mia ma del dr. Meriardo, una sostanza di cui hai un sacco di informazioni. Lui ha un particolare feeling con la sostanza (risate).

Le informazioni sono tossicologiche, mediche, tradizionali, e sul vino hai una letteratura che va da discorsi metaspirituali al mito, agli aspetti ludici, e così via...

E' per quello che qualche volta mi incazzo quando mi dicono che lavoro senza un modello, perché prescrivo rimedi piccoli che non hanno un proving esteso...

Innanzitutto comincia a usare bene tutto quello che ci viene dai provings, poi studia le relazioni che hanno queste sostanze con altri rimedi, poi fai delle ipotesi di lavoro, e come in tutti gli altri campi della scienza le ipotesi di lavoro vanno confermate.

Non te lo dico per fare lo sbruffone, ma lavorando così, in quindici anni ho raccolto più di mille casi clinici, e sto diventando matto a scriverli tutti...

Questo per me è il materiale più affidabile che ci sia, e per me è una sofferenza enorme vedere che in Italia non ci sia così tanto apprezzamento quanto ne colgo in Austria, Germania o Stati Uniti. Penso che piano piano le cose possano cambiare.

D: Hai dato nulla alle stampe?

M: Sì. E' in stampa un primo libro in tedesco di metodologia. E' tratto da un seminario che ho fatto due anni fa con David Warkentin, in Germania, dove ci sono esempi concreti su come si usa il Repertorio, come si elaborano i sintomi, come ci si mette in relazione al paziente. Sarà presto tradotto in inglese.

E' quasi pronto per essere stampato un libro sui ragni, che sto correggendo, e uno sugli animali marini. In Germania ho un editore tedesco. Gli altri libri me li stampo in proprio. Seguiranno libri sui serpenti, gli insetti, le droghe, i parassiti, e poi qualche famiglia botanica, tipo le Composite, le Solanacee, le Ombrellifere...

Le due cose su cui sto lavorando principalmente ora sono la didattica, o meglio lo studio della didattica, **come si insegna**, e qual è il modo migliore per avere dei buoni risultati.

Non so se del materiale che andrà in stampa pubblicherò un'edizione italiana, perché alcune di queste sono state direttamente scritte in inglese e tedesco; devo vedere. Sai, meno di mille libri non li puoi stampare, è un investimento di capitale, e poi...li vendi mille libri in italiano? (risate)

Quel che è certo è che li stamperò, come ti ho detto, in proprio.

Non voglio fare l'esterofilo, ma i costi da sopportare sono veramente alti...

D: Massimo, in conclusione mi sembra opportuno sentirti dire qualcosa sulla tua scuola e la tua esperienza di direttore didattico di una scuola...

M: Credo che la cosa più difficile in assoluto sia quella di strutturare un buon gruppo di lavoro. Primo perché siamo in Italia, ed è un difetto dell'homo italicus - talvolta un gran pregio anche - di essere mostruosamente individualista. Hai un'immagine chiarissima guardando il nostro Parlamento. In tutti i settori, a finire alle associazioni di cacciatori o pescatori hai diecimila gruppi che lavorano. Perciò non è un problema di omeopatia.

Per me una scuola non è un corsetto di omeopatia, intendiamoci. Va da sé poi che se hai delle cose da dire, tipo il mio caso, un tantino più originali, per cui non insegnamo cose già dette da altri, cose che si discostano da quelle fatte fino adesso, non si poteva fare una scuola di omeopatia convenzionale.

Inoltre come sai il mio modello si pone in modo abbastanza critico sia nei confronti della medicina tradizionale che dell'omeopatia, quindi è una cosa un pochino sui generis, e soprattutto è una scuola dove si fa seriamente la medicina. C'è ampio spazio dedicato all'elaborazione del rapporto medico-paziente, - i nostri studenti come parte del training fanno dei gruppi Balint - abbiamo diverse ore obbligatorie di pratica clinica - quasi la metà delle 900 ore sono in ambulatorio - e poi tutto viene studiato fin dall'inizio per famiglie.

Per troppo tempo mi son sentito dire che il mio approccio è troppo difficile, che non lo puoi affrontare se non hai già delle basi omeopatiche, e così via...

Io questo non lo credo affatto. Credo che lo studio possa essere così fin dall'inizio. **La prima cosa da studiare per noi sono le sostanze.** Non viene mai fatta materia medica senza casi, ossia **è proibito parlare di rimedi che non si sono mai prescritti.** Per il resto è una scuola che vuole insegnare a studiare, e a fare bene il medico, di conseguenza anche il medico omeopatico.

Siamo agli inizi. La cosa bella è che abbiamo contatti di tipo didattico con l'Europa e l'America, specialmente con questa scuola a Boston dove insegno da un paio d'anni, perché lì hanno il supporto di alcuni insegnanti di Harvard, il che non è poco...quelli in fatto di didattica ne sanno parecchio (risate)...

Insegnare a un collega adulto non è come insegnare a uno studente. Rispetto a qualche anno fa l'età media degli studenti è nettamente avanzata, questa è un'esperienza comune anche nelle altre scuole. Chi si iscrive adesso a una scuola di omeopatia mediamente è sui quaranta anni. Vuol dire molto. Significa che sono persone in grado di capire meglio quello che stai insegnando.

La scuola Koinè esiste da due anni, e ne dura quattro.

Credo che dovremmo arrivare a una specializzazione vera e propria in omeopatia. E' impossibile sperare in qualche forma di pubblicità medica o di riconoscimento che non ci possa equiparare a degli specialisti. Questo significa automaticamente considerare la medicina omeopatica una medicina di serie B.

Questo in tanti non lo capiscono, tanto in Italia quanto in Europa.

Il fatto che venga solo semplicemente riconosciuta, e che venga riconosciuto come corsetto per la salute, significa automaticamente usare questa medicina in ambiti - come vorrebbero le università - dove poi si curano solo i raffreddori e le allergie.

La realtà non è questa, perché la maggioranza degli omeopati bravi cura malattie croniche che non si curano allopaticamente. Quindi credo che sia indispensabile, visto che la nostra scuola è stata riconosciuta dall'Ordine dei Medici - faccio lezione all'Università qui a Modena - che l'omeopatia abbia un riconoscimento equiparato alle altre specialità.

I primi passi in Italia sono i più delicati, vista la lentezza con cui si muovono le cose da noi.

Dobbiamo puntare a un insegnamento assolutamente equiparabile a quello di qualsiasi altra specialità, di questo sono fermamente convinto.

D: Mi pare che da questa chiacchierata sia venuto fuori molto materiale da metabolizzare...non ti ho ancora chiesto quali sono i tuoi hobbies come si fa nelle interviste serie...

M: ...ah, i cavalli. Ho sostituito le mie meditazioni quotidiane con la pulizia delle stalle.

Non ho più tempo per suonare...lo faccio solo quando sono brillo e disinibito...prima suonavo otto ore al giorno, non so se mi spiego...la musica rimane la mia grande passione...un paziente mi ha dato una definizione stupenda, dicendomi che la musica era la colonna sonora della sua vita...

D: Ti ringrazio Massimo.

M: Grazie a te.