

***XI CONVEGNO A.M.I.A.R.***

**AGOPUNTURA E MnC:  
INTEGRAZIONE NELLA PRATICA CLINICA**

**Torino, 2 Aprile 2011**



**a cura di:**

**P.E. Quirico, G.B. Allais, G. Lupi, T. Pedrali**

***Edizioni A.M.I.A.R. - Torino***





***XI Convegno AMIAR***  
**Agopuntura e MnC:**  
**integrazione nella pratica clinica**

**Presidente:**

P.E. Quirico

**Segreteria scientifica:**

G.B. Allais, M. Grandi, G. Lupi, A. Magnetti,  
F. Mautino, A. Rebuffi

**Segreteria organizzativa:**

CSTNF - Centro Studi Terapie Naturali e Fisiche srl

☎ 011.304.28.57; fax 011.304.56.23

e-mail: [info.cstnf@fastwebnet.it](mailto:info.cstnf@fastwebnet.it) - sito web: [www.agopuntura.to.it](http://www.agopuntura.to.it)

**Patrocini:**

**Regione Piemonte**

**Città di Torino**

**Ordine dei Medici di Torino**

**FISA - Federazione Italiana delle Società di Agopuntura**

**FIAMO - Federazione Italiana Associazioni Medici Omeopati**

**SIOMI - Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata**

**SIRAA - Società Italiana Riflessoterapia, Agopuntura, Auricoloterapia**

**CIEF - Corporazione Italiana di Etnofarmacologia e Fitoterapia**

**ROI - Registro degli Osteopati d'Italia**

**SIMO - Società Italiana di Medicina Omeopatica**



## **XI Convegno AMIAR Agopuntura e MnC: integrazione nella pratica clinica**

*L'undicesima edizione del Convegno AMIAR "Agopuntura e Medicine non Convenzionali: integrazione nella pratica clinica" si prefigge di analizzare possibilità e modalità di inserimento, all'interno delle terapie attualmente erogate dal Servizio Sanitario Regionale, dell'Agopuntura e di altre discipline "alternative", in particolare Omeopatia e Fitoterapia, ma anche Medicina Cinese, Medicina Ayurvedica e Osteopatia.*

*Le numerose evidenze cliniche presenti in letteratura medica suggeriscono alle Istituzioni politiche e sanitarie preposte alla salute dei cittadini l'opportunità di inserire, a fianco di alcune terapie convenzionali, anche altre cure di comprovata efficacia, che presentano inoltre bassi costi di erogazione e l'assenza di effetti collaterali, nonché di interazioni negative con i farmaci o altri presidi terapeutici.*

*Il convegno si articola in quattro sessioni:*

- *nella **prima sessione**, dopo l'introduzione del Prof. Bargoni che analizzerà le radici storiche della medicina e la crisi del suo moderno paradigma, saranno illustrate alcune opportunità di inserimento dell'Agopuntura e di altre MnC nella pratica clinica, surrogate dalle evidenze terapeutiche.*
- *nella **seconda sessione** si terrà un Workshop che analizzerà le prospettive e le nuove opportunità derivanti dalla legge n° 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", approvata il 15 marzo 2010. Tra i punti fondamentali dell'atto legislativo (monitoraggio del dolore, accesso semplificato a tutti i medicinali del dolore, omogeneità delle tariffe) è prevista anche l'istituzione di due reti territoriali assistenziali distinte, quella delle cure palliative e quella del dolore, la cui creazione è demandata alle Regioni. La stessa legge prevede l'erogazione di fondi mirati per la gestione delle reti, ma anche per la ricerca e la formazione nel campo del dolore. In quest'ambito, attraverso la partecipazione attiva delle Società di Agopuntura al progetto IMPACT, possono sorgere importanti opportunità di integrazione tra Agopuntura e terapie convenzionali*
- *la **terza sessione** sarà invece interamente dedicata alla presentazione delle possibilità di integrazione delle terapie convenzionali con quelle "alternative" ed alla discussione delle relative evidenze cliniche*
- *la **quarta sessione** ospiterà un Workshop dal titolo "L'applicazione delle MnC nella pratica clinica in pediatria", nel corso del quale si analizzeranno alcune opportunità terapeutiche fornite dalle MnC alla popolazione più giovane, tramite approcci "dolci " e graditi ai bambini. In particolare si parlerà di:  
emicrania pediatrica, enuresi, affezioni respiratorie, piede torto congenito e massaggio pediatrico Tuina.*

*Anche quest'anno parteciperanno come relatori al congresso illustri rappresentanti del mondo accademico ed istituzionale ed i più qualificati esponenti delle Società Scientifiche di MnC.*

## **PROGRAMMA DEI LAVORI**

### **SESSIONI MATTUTINE**

#### **Ore 09,00 - Apertura dei lavori**

##### **Saluto del Presidente FNOMCeO e dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri di Torino**

Amedeo Bianco

##### **Saluto del Presidente FISA**

Carlo Maria Giovanardi

#### **Sessione I - Agopuntura e MnC: integrazione nella pratica clinica**

**Moderatori:** Giovanni Battista Allais, Chiara Benedetto

##### **Le radici storiche della medicina e la crisi del suo moderno paradigma: una possibile ricomposizione**

Alessandro Bargoni

##### **L'integrazione dell'Agopuntura e delle MnC nella formazione e nella pratica clinica: un'opportunità per il medico e per il paziente**

Piero Ettore Quirico

##### **Le patologie otorinolaringoiatriche nella pratica ambulatoriale omeopatica**

Alberto Magnetti

##### **Monascus purpureus: la fitoterapia, una tradizione ed oggi un'importante opportunità per il farmacista**

Mario Giaccone

##### **L'Agopuntura per il trattamento dell'astenia dell'anziano**

Mara Simoncini

#### **Discussione**

#### **Ore 11,45**

##### **Sessione II - Workshop - Medicine non Convenzionali: prospettive e nuove opportunità**

**Moderatore:** Piero Ettore Quirico

##### **L'impegno della FISA**

Carlo Maria Giovanardi

##### **L'Agopuntura nell'ottica di Impact e della rete regionale del dolore**

Giovanni Battista Allais

##### **Il rapporto costo-efficacia nelle Medicine non Convenzionali**

Alda Olivero

##### **Medicine non Convenzionali: il ruolo del farmacista all'atto della dispensazione**

Paola Brusa

##### **Esperienze di integrazione delle Medicine Complementari nel Sistema Sanitario Regionale toscano**

Elio Rossi

#### **Discussione**

## **SESSIONI POMERIDIANE**

**Ore 14,30**

**Sessione III - Agopuntura e MnC: integrazione nella pratica clinica**

**Moderatori:** Armida Rebuffi, Giuseppe Lupi

**L'Agopuntura nella riabilitazione neuromotoria: case report**

Fabrizia Russo

**Integrazione della diagnosi auricolare nella pratica clinica**

Marco Romoli

**Medicina Ayurvedica: dalla diagnosi dello squilibrio alla prevenzione**

Alberto Chiantaretto

**L'Agopuntura nel rivolgimento fetale**

Gisella Airola

**Discussione**

**Ore 16,45**

**Sessione IV - Workshop – L'applicazione delle MnC nella pratica clinica in pediatria**

**Moderatori:** Alberto Magnetti

**Il ginkgolide B nella trattamento dell'emicrania in età pediatrica**

Susanna Usai

**Il trattamento dell'enuresi tramite Agopuntura e Moxibustione**

Giuseppe Lupi

**Allergie respiratorie in pediatria: il ruolo dell'Omeopatia nell'approccio integrato alla cura**

Luisella Zanino

**Il trattamento osteopatico del piede torto congenito in età pediatrica**

Fulvio Mautino

**Medicina cinese: il Tuina, una risorsa in pediatria**

Maria Grazia Terzi

**Discussione**

**Ore 18,15**

**Compilazione del questionario ECM**

## **Relatori e Moderatori:**

### **Dott.ssa Gisella Airola**

Servizio di Agopuntura in Ginecologia ed Ostetricia, Università di Torino - Scuola Agopuntura CSTNF

### **Dott. Giovanni Battista Allais**

Resp. Servizio di Agopuntura in Ginecologia ed Ostetricia, Università di Torino - Presidente SIRAA

### **Prof. Alessandro Bargoni**

Docente di Storia della Medicina, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Torino

### **Prof.ssa Chiara Benedetto**

Direttore Dipartimento Discipline Ginecologiche ed Ostetriche, Università di Torino

### **Dott. Amedeo Bianco**

Presidente FNOMCEO, Presidente dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri della provincia di Torino

### **Prof.ssa Paola Brusa**

Docente di Tecnologia, Socioeconomia e Legislazione Farmaceutiche, Facoltà di Farmacia, Università TO

### **Dott. Alberto Chiantaretto**

Responsabile scientifico Centro Studi Ayurvedico Abhaya-Dana, Torino

### **Dott. Mario Giaccone**

Presidente dell'Ordine dei Farmacisti della provincia di Torino

### **Dott. Carlo Maria Giovanardi**

Presidente FISA, Federazione Italiana Società Agopuntura - Direttore Scuola Agopuntura AMAB, BO

### **Dott. Giuseppe Lupi**

Docente Scuola Agopuntura CSTNF, Torino

### **Dott. Alberto Magnetti**

Direttore Didattico Istituto Omiopatico Italiano 1883, Torino

### **Dott. Fulvio Mautino**

Ex Dirigente II livello Osp. S. Camillo - Direttore SIOTeMa, Torino

### **Dott.ssa Alda Olivero**

C.S.T.N.F., Centro Studi Terapie Naturali e Fisiche, Torino

### **Dott. Piero Ettore Quirico**

Presidente A.M.I.A.R., Direttore Scuola Agopuntura CSTNF, Torino - Segretario Nazionale FISA

### **Dott.ssa Armida Rebuffi**

Direttore Dipartimento Formazione FIAMO, Torino

### **Dott. Marco Romoli**

Vice-presidente SIRAA

### **Dott. Elio Rossi**

Responsabile Centro di Riferimento Regionale per l'Omeopatia, ASL 2 Lucca

### **Dott.ssa Fabrizia Russo**

Geriatra S.C. Riabilitazione Ospedale Cottolengo, Torino

### **Dott.ssa Mara Simoncini**

Dipartimento di Geriatria, Ambulatorio di Agopuntura nell'Anziano, ASL TO 1, Torino

### **Dott.ssa Maria Grazia Terzi**

Servizio di Agopuntura in Ginecologia ed Ostetricia, Università di Torino - Scuola Agopuntura CSTNF

### **Dott.ssa Susanna Usai**

Dirigente Medico Neurologia III Cefalee - Fondazione IRCCS Istituto Neurologico C. Besta, Milano

### **Dott.ssa Luisella Zanino**

Consigliere Nazionale SIOMI - Resp. Scient. Scuola Superiore di Omeopatia SMB Italia

## *INDICE*

### *SESSIONE I*

<b>Le radici storiche della medicina e la crisi del suo moderno paradigma: una possibile ricomposizione</b> A. Bargoni .....	<i>pag. 13</i>
<b>L'integrazione dell'Agopuntura e delle MnC nella formazione e nella pratica clinica: un'opportunità per il medico e per il paziente</b> P.E. Quirico .....	<i>pag 17</i>
<b>Le patologie otorinolaringoiatriche nella pratica ambulatoriale omeopatica</b> A. Magnetti.....	<i>pag 21</i>
<b>Monascus purpureus: la fitoterapia, una tradizione ed oggi un'importante opportunità per il farmacista</b> M. Giaccone, P. Brusa.....	<i>pag. 23</i>
<b>L'Agopuntura per il trattamento dell'astenia dell'anziano</b> M. Simoncini .....	<i>pag. 25</i>

### *SESSIONE II*

<b>L'impegno della FISA</b> C.M. Giovanardi.....	<i>pag 29</i>
<b>Il rapporto costo-efficacia nelle Medicine non Convenzionali</b> A. Olivero.....	<i>pag 31</i>
<b>Medicine non Convenzionali: il ruolo del farmacista all'atto della dispensazione</b> ..... P. Brusa, M. Giaccone	<i>pag 33</i>
<b>Esperienze di integrazione delle Medicine Complementari nel Sistema Sanitario Regionale toscano</b> E. Rossi, S. Baccetti.....	<i>pag 35</i>



### **SESSIONE III**

#### **L'Agopuntura nella riabilitazione neuromotoria: case report**

F. Russo, G. Quaglia..... pag. 43

#### **Integrazione della diagnosi auricolare nella pratica clinica**

M. Romoli..... pag. 45

#### **Medicina Ayurvedica: dalla diagnosi dello squilibrio alla prevenzione**

A. Chiantaretto..... pag. 47

#### **L'Agopuntura nel rivolgimento fetale**

G. Airola, G. Allais, P. Borgogno, P. Schiapparelli, M.G. Terzi, I. Neri, F. Facchinetti, C. Benedetto..... pag. 49

### **SESSIONE IV**

#### **Il ginkgolide B nella trattamento dell'emicrania in età pediatrica**

S. Usai, L. Grazi, G. Bussone ..... pag. 53

#### **Il trattamento dell'enuresi tramite Agopuntura e Moxibustione**

G. Lupi, M. Cormio..... pag. 55

#### **Allergie respiratorie in pediatria: il ruolo dell'Omeopatia nell'approccio integrato alla cura**

L. Zanino ..... pag. 57

#### **Il trattamento osteopatico del piede torto congenito in età pediatrica**

F. Mautino, L. Deidda ..... pag. 59

#### **Medicina cinese: il Tuina, una risorsa in pediatria**

M.G. Terzi ..... pag. 61



## *Atti del convegno*





***SESSIONE I***





XI CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE:  
INTEGRAZIONE NELLA PRATICA CLINICA  
Torino, 2 APRILE 2011

## **Le radici storiche della medicina e la crisi del suo moderno paradigma: una possibile ricomposizione**

*Alessandro Bargoni*

*Docente di Storia della Medicina, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Torino*

Il lungo periodo di incomunicabilità tra medicina tradizionale e medicine complementari è frutto della rottura di un paradigma epistemologico, di una differente valutazione del criterio ordinatore dei processi vitali, verificatosi in un dato momento dell'evoluzione della medicina e dei suoi criteri di indagine scientifica. Attraverso la prospettiva storica è interessante cogliere la dinamica della soluzione del legame concettuale tra le varie forme di medicina, la loro separazione sostenuta da postulati ideologici forti e, dopo un lungo periodo, il loro riavvicinamento nel segno del moderno paradigma della medicina, incentrato sulla scienza, sui malati e sulla sanità.

Volutamente ho limitato queste analisi all'ambito storico-medico evitando e prescindendo da considerazioni e interpretazioni filosofiche o sociologiche, assolutamente giustificate, che tuttavia porrebbero queste considerazioni al di fuori del campo tecnico della medicina. Infatti è nell'ambito del pensiero medico, il più ampiamente considerato, che desidero circoscrivere la mia riflessione.

La medicina fu dominata per molte decine di secoli da un'idea di malattia non localizzata, come diretta conseguenza di uno squilibrio energetico o umorale. Successivamente questa visione venne progressivamente soppiantata da solidismo e organicismo integrati in una visione meccanicistica dell'organismo umano. Nel corso del passaggio tra Cinque e Seicento l'anatomia meccanica, precursore della fisiologia, e la stessa patologia vennero fortemente condizionate da questa visione interpretativa definita iatromeccanica. Fu la fisica, nuova frontiera della scienza, che, con la possibilità di calcolo delle forze in gioco nelle leve degli arti, o con la stima della velocità dei fluidi circolanti, venne a determinare il nuovo impianto scientifico della medicina. Nel racconto della natura si sostituì al linguaggio delle parole quello dei numeri. Nel corso del Seicento si rafforzò questa visione sostenuta dal pensiero di Cartesio e dalle basi sperimentali della fisica di Galileo. Il dualismo tra *res cogitans* e *res extensa*, tra mente e corpo, introdotto da Cartesio, produsse un'enorme influenza sulla concettualizzazione della medicina determinandone una deriva materialista.

Nel corso del Settecento, nel mediare tra le diverse interpretazioni del concetto di malattia, ricomparve l'antico concetto della specificità del vivente di cui si cercò di dare una nuova definizione, assumendo come principi primi della vita l'irritabilità e la sensi-

bilità sulle indicazioni del grande fisiologo svizzero Albrecht von Haller. Questi principi che condizionarono la fisiologia per un secolo furono elaborati da Haller partendo dalle osservazioni sperimentali che, più di cinquant'anni prima, Francis Glisson e poco dopo l'italiano Giorgio Balivi, condussero sulla fibra muscolare. Sensibilità e irritabilità vennero comprese nel concetto di forza vitale, il vero elemento che caratterizzava e definiva la vita. In questo senso va letta l'affermazione di Pierre Cabanis, uno dei massimi dei teorici del vitalismo maturo, che scrisse nel 1802, nella sua opera *Rapports du physique et du moral de l'homme: vivre, c'est sentir*, vivere è sentire.

Nell'ambito del vitalismo si fece strada progressivamente una contrapposizione di vedute del concetto di malattia: se essa fosse unica, ma con manifestazioni diverse secondo la teoria monista, o se invece le malattie fossero molteplici con sintomi comuni tra loro, configurandosi in questo caso la visione del pluralismo nosologico. Fu questo il punto cruciale da cui originò una nuova e profonda dicotomia della medicina.

La concettualizzazione della malattia secondo il pluralismo nosologico accolse in sé la visione anatomico-patologica di Giovanni Battista Morgagni sulla localizzazione d'organo delle malattie. Essa suscitò l'interesse dei vitalisti per la ricerca dei segni delle malattie, affidabili per il medico per la loro oggettività, e la conseguente diffidenza verso una medicina organizzata sui sintomi giudicati infidi per la loro soggettività e mutevolezza. Secondo la geniale intuizione di Laennec e di Bayle i segni delle malattie non erano tanto da osservare sul cadavere al momento dell'autopsia, quanto da scoprire tramite le loro tracce sul vivente; con facilità i segni esterni, in modo indiretto quelli interni per mezzo dell'ausilio di strumenti. La nuova medicina anatomico-clinica si prefisse di configurare concettualmente lo studio anatomico-patologico sul soggetto in vita, giungendo alla conoscenza delle lesioni della malattia nello stesso modo di come il patologo disvela i segni della malattia negli organi all'atto dell'autopsia. Tra i primi strumenti: lo stetoscopio, che consente l'auscultazione dei rumori prodotti dal polmone e dalle sue membrane e di scoprire così lesioni cavitari tubercolari, di diagnosticare le epatizzazioni lobari della polmonite e perfino di studiare i rumori delle valvole cardiache. Da questa concezione anatomico-clinica prese origine la moderna medicina occidentale che attraverso la metodologia sperimentalista, insegnata da Claude Bernard, costruirà solidamente le sue basi scientifiche sui pilastri della fisiologia e della fisica newtoniana.

L'altra componente del vitalismo, che vide schierati da quella parte molti suoi seguaci, fu legata ad una concettualizzazione monista della malattia o in altre parole al concetto di non specificità delle malattie. Le malattie furono ricondotte ad un'unica causa patologica originaria. Ricordo ad esempio la tensione nervosa dei vasi per Benjamin Rush, medico di formazione inglese ma di nazionalità americana, o la gastroenterite per François Broussais, la scabbia interna o esterna per Hahnemann. Naturalmente questi "principi patologici" sottostanti alle malattie non devono essere intesi oggi come patologie vere e proprie bensì come diatesi. Spesso, nella concezione monista in generale, la polarità della diatesi, in senso negativo o positivo, eccitazione o quiete, determina le varietà fenotipiche delle manifestazioni delle malattie.

Queste due visioni della malattia, di senso francamente olistico quella monista, e invece fortemente orientata verso la specificità della patologia quella del pluralismo nosologico, costituirono la rottura di un paradigma epistemologico che progressivamente allontanò su piani distinti e divergenti questi due modi differenti di concepire la malattia e



il contesto a cui essa si riferisce.

La divisione si demarcò ulteriormente per le contaminazioni culturali che le due concezioni di medicina subirono. La visione olistica, legata alla sottostante concezione filosofica dell'essenza della malattia, fu tema che in epoca romantica avvinse i medici tedeschi più illustri, tra cui Roschlaub, Hufeland e Hahnemann stesso. La visione naturalistica romantica influenzò quei sistemi medici che si configurarono via via nell'omeopatia, macrobiotica, magnetismo ed altri. Tutti essi ritrovarono, nella naturphilosophie, i tre punti fondamentali di organizzazione. Una visione *organicistica* della totalità, in cui le parti vivono in funzione organica del Tutto, la visione *energetico-vitalistica* in cui la natura è una forza dinamica, vivente e animata, e la concezione *dialettica* in cui coppie di forze opposte, secondo le quali è organizzata la Natura, vengono a costituire unità dinamiche.

La corrente anatomo-clinica della medicina invece, all'esordio del XIX secolo, pur conservando una visione tutto sommato vitalista ancora per qualche decennio, adottò il metodo scientifico-sperimentale, come unico strumento di indagine, a cui concettualmente è legata la visione riduzionistica della natura per cui l'indagine deve essere scomposta in elementi primari per poter giungere successivamente alla comprensione di fatti complessi. Dagli anni '50 dell'Ottocento il pensiero e l'opera di Claude Bernard determinarono la definitiva svolta riduzionista scientifica della medicina, non solo dello studio dei fenomeni della vita, ma anche dell'indagine clinica, gettando le basi della medicina sperimentale. Claude Bernard concepì fisiologia e patologia come due polarità dello stesso fenomeno, due aspetti diversi di un identico processo: la vita. L'indagine indirizzata alla comprensione delle due polarità della vita è identica, come lo è il metodo generale che si applica allo studio di ogni scienza della natura. Emblematicamente Claude Bernard affermò che:

*“Non c'è alcuna differenza fra i metodi della ricerca scientifica e quelli di indagine della fisiologia, della patologia e della terapia. Si tratta sempre dello stesso metodo di osservazione e di esperimento che si basa sempre sugli stessi principi e varia solo nell'applicazione a seconda della complessità del fenomeno.”*

Riduzionismo e positivismo scientifico diventano lo sfondo epistemologico fondante il paradigma della medicina, e della successiva sua evoluzione in biomedicina, dei giorni nostri.

Genetica, genomica, biochimica, proteomica, sono il nuovo fronte della ricerca, le novità tecniche e metodologiche che la biologia ha portato alla medicina, che hanno oggi raggiunto una massa critica impressionante, tanto che sarebbe un compito assai arduo enumerarle nel dettaglio o separarle tra loro: medicine e biologia costituiscono un unico sapere, la bio-medicina.

Il metodo sperimentale, e il suo edificio scientifico riduzionista, è essenziale e irrinunciabile per la medicina moderna intesa nei suoi più svariati aspetti, e in particolare quello terapeutico dove la dimostrazione di efficacia di un trattamento si deve esclusivamente poggiare sull'obiettività delle prove scientifiche. Su un terreno epistemologico diverso, come abbiamo detto, operano le altre forme di medicine; una caratteristica comune che le distingue è il concetto di energia vitale che l'intervento terapeutico, nei modi specifici di ciascuna disciplina, tenta di ripristinare favorendo così un processo di auto-guarigione. È questo il punto, quello energetico, che definirei ontologico, delle medicine “altre” rispetto alla bio-medicina, da cui bisogna partire per vedere la possibilità di ricomporre il conflitto

tra medicina allopatrica e medicine non convenzionali, che talvolta ha assunto i toni di uno scontro ideologico, al fine di trovare un compromesso possibile tra i due mondi, non già sul piano metafisico, bensì su quello operativo della medicina.

Un interessante spiraglio su questa possibile ricomposizione ci viene proprio dal riconsiderare le basi scientifiche della medicina saldamente ancorate alla fisica, chiave interpretativa scientifica della natura. La fisica in medicina, di cui rappresenta il supporto scientifico di base, è quella newtoniana classica da più di tre secoli. Essa si basa sul principio di causalità, sostenuto dalla convinzione che i fenomeni si susseguano unicamente in un processo di causa-effetto secondo una logica lineare.

Tuttavia la fisica ha subito cambiamenti di paradigma nel corso dei secoli, particolarmente nel corso del XX secolo, passando dal relativismo ai quanti. Sono apparsi nuovi scenari, sono state dimostrate nuove proprietà della materia.

Questo ampliamento delle basi culturali della fisica non ha però indotto mutamenti, se non di minima entità, nel paradigma della bio-medicina attuale, strettamente legato alla visione positivista e meccanicista. Accanto al classico principio di causalità la fisica quantistica ha introdotto quello di interdipendenza e di sincronicità; da una concezione basata su relazioni lineari di causa ed effetto, la fisica quantistica ci introduce nel mondo della complessità e delle relazioni circolari che mettono in crisi il nostro paradigma classico di analisi della realtà. Materia e energia non sono due cose diverse ma, almeno in determinati casi, due stati diversi della stessa cosa. Dunque se i fenomeni quantici si verificano quasi esclusivamente a livello atomico e sub atomico, proprio per questo non è possibile escludere a priori che nella cellula, a livello delle pompe ioniche o nei tubuli del reticolo endoplasmatico, le reazioni chimiche ed enzimatiche, che abitualmente noi immaginiamo avvengano staticamente secondo una logica meccanicistica, invece siano caratterizzate da un collasso quantistico di due stati sovrapposti diversi dell'energia o da fenomeni di entanglement.

Senza entrare in dettagli di quanto non è spiegato o non è possibile spiegare in termini fisiopatologici e farmacologici utilizzando paradigmi scientifici tradizionali, la chiave razionale potrebbe risiedere in una diversa visione della scienza biologica. È in questa direzione che deve orientarsi la ricerca scientifica se vuol valutare l'efficacia delle medicine basate sul concetto di riequilibrio dell'energia ottenuto per mezzo della punta finissima di un ago o attraverso la vibrazione sincrona delle molecole dell'acqua.

La comprensione scientifica dei meccanismi sottesi alle medicine complementari nell'ottenere il processo di guarigione condurrà in un tempo futuro al superamento della contraddizione apparentemente inconciliabile tra i due sistemi, quello olistico e quello riduzionista. Tuttavia fin da subito invece bisognerebbe confrontare le due forme di medicina, non per rimarcare le differenze, ma per cercare di comprendere l'intima natura dei processi di guarigione ottenuti da entrambe, scoprendo così che esse appartengono non a sistemi antitetici ma anzi funzionali ad un unico paradigma della medicina. In altre parole medicina scientifica e medicine complementari rappresentano propriamente due sottosistemi di un unico sistema più generale che li accoglie entrambi.



XI CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE:  
INTEGRAZIONE NELLA PRATICA CLINICA  
Torino, 2 APRILE 2011

## **L'integrazione dell'Agopuntura e delle MnC nella formazione e nella pratica clinica: un'opportunità per il medico e per il paziente**

***Piero Ettore Quirico***

*Direttore Scuola Agopuntura CSTNF, Torino*

*Segretario Nazionale FISA - Federazione Italiana Società Agopuntura*

Le Medicine non Convenzionali (MnC), dette anche “Complementari” o “Alternative”, hanno tra loro in comune due elementi essenziali: il primo, di carattere storico ed ambientale, è dato dal fatto che sono nate e si sono sviluppate tutte quante al di fuori delle Università e dei Servizi Sanitari pubblici, ovvero dalla “ufficialità” scientifica ed accademica. Il secondo elemento, invece, è di carattere più sostanziale e le accomuna per una condivisa visione olistica dell'uomo e della malattia, focalizzata sulla globalità del paziente, pur considerando i singoli organi ed apparati.

### ***L'approccio biomedico***

La visione dicotomica corpo-mente propria della biomedicina si è solamente attenuata in questi ultimi decenni, dopo la nascita della medicina psicosomatica, la quale dà comunque una lettura dei sintomi a senso unico, come se la psiche attentasse all'integrità del corpo. Siamo però ancora lontani dalla formulazione di una medicina “somatopsichica”, in grado di interpretare i meccanismi tramite cui l'alterazione delle funzioni fisiologiche provoca disturbi psichici ed emotivi. Sappiamo però che non solo i farmaci, ma anche i disturbi metabolici sono in grado di influenzare profondamente l'attività mentale.

Entrambe queste visioni non sarebbero forse adeguate a descrivere una realtà in cui non è possibile separare il piano mentale da quello fisico, negando di fatto la globalità dell'essere umano. Questo presenta sicuramente una parte più mutevole ed inafferrabile, che identifichiamo con la psiche, ed un'altra più solida e meno cangiante, che definiamo corpo: non si può tuttavia negare che l'una esiste in funzione dell'altra e che il venir meno di una di queste due entità pone termine alla vita. Nell'unità inscindibile che la nostra cultura definisce “corpo-mente” è impressa in forma indelebile l'individualità dell'essere umano, solo ora identificabile tramite moderni esami strumentali (DNA,

dermatoglifi), ma che lo è da sempre e facilmente attraverso l'osservazione del viso e delle emozioni che lo attraversano, in modo unico e particolare.

La Medicina Occidentale nella sua storia più recente si è preoccupata soprattutto di identificare le malattie e gli agenti patogeni, obbedendo ad una concezione cartesiana di causa-effetto, e di fornire dati statistici relativi a popolazioni, piuttosto che a singoli individui. In tal modo le conoscenze mediche sono state standardizzate, sia per quanto riguarda la diagnosi, che la terapia, anche se per quest'ultima è previsto un adattamento *ad personam*, almeno nel dosaggio.

La semeiotica clinica, che è sempre stata il pilastro della diagnostica medica, è divenuta ormai da molti anni un insegnamento complementare all'interno del corso di laurea in Medicina e Chirurgia ed il medico moderno sta diventando sempre più dipendente dalle "macchine" e dalla tecnologia.

Questo fatto di per sé non sarebbe negativo (sperando che l'energia elettrica non venga mai a mancare), se il medico, sempre più carente di esperienza clinica e di contatto diretto con il malato, sapesse sempre comprendere ed analizzare l'enorme mole di dati fornita dai costosi e complessi esami strumentali. La semeiotica clinica è l'unico elemento che consente l'applicazione delle linee-guida in modo "cosciente" e la corretta interpretazione dei dati ematologici e strumentali, attraverso il confronto con i dati clinici precedentemente raccolti..

Ad esempio, gli esami strumentali attualmente più praticati nelle patologie muscolo-scheletriche (RMN, TAC) sono assai costosi, ma spesso non sono in grado di rivelare le sofferenze dei tessuti miofasciali e tendinei che causano il dolore cronico locale e proiettato, che spesso simula neuropatie o discopatie. In questi casi una corretta semeiotica clinica può permettere la formulazione della diagnosi, consentendo di evitare i suddetti esami e, soprattutto, di ricorrere alle terapie adeguate. In assenza di conoscenze cliniche si privilegiano i dati strumentali, che spesso evidenziano alcune possibili cause di dolore, ma a volte non rivelano quelle reali: i danni provocati da questo equivoco sono gravi ed evidenti.

Il paziente internistico, sottoposto ad un'anamnesi ed a un esame obiettivo completo, spesso presenta una sintomatologia variegata, che interessa più apparati ed anche la sfera emotiva. I soggetti affetti da colon irritabile possono accusare anche insonnia, ansia, depressione, oppressione toracica e palpitazioni. Questa complessa sintomatologia li può portare a ricorrere alle cure del gastroenterologo, del neuropsichiatra ed eventualmente anche del cardiologo, i quali risconteranno tre diversi disturbi, analizzando innanzitutto gli organi di loro competenza; essi tenteranno quindi di curare queste "malattie" (IBS, nevrosi ed eventuali aritmie) con farmaci spesso assai diversi ed a volte incompatibili tra loro. Le conseguenze di questo approccio terapeutico sono sotto gli occhi di tutti (forse

più sotto quelli dei pazienti) e pongono un problema che bisogna risolvere, recuperando una visione globale del malato e considerando innanzitutto che i disturbi neurovegetativi sono in grado di alterare tanto le funzioni fisiologiche, quanto l'emozionalità.

La psico-neuro-immuno-endocrinologia (PNEI) ha ben presenti queste tematiche, ma è ancora troppo distante dalla normale pratica clinica e lo è ancor di più quando il medico è eccessivamente dipendente dalla semeiotica strumentale e ricorre ad un approccio terapeutico eccessivamente standardizzato.

### ***L'approccio dell'Agopuntura e delle altre Medicine "Alternative"***

L'Agopuntura non è una scienza a sé stante, bensì una tecnica terapeutica della Medicina Cinese (MC), concepita circa tre millenni or sono e giunta ai nostri giorni rinnovandosi continuamente ed adattandosi alla realtà sociale ed ambientale dei vari periodi storici. La cultura cinese, che è fondata su principi relativistici, diversamente da quella occidentale, non ha mai rinnegato o sostituito le proprie chiavi di lettura dell'Universo, ma si sempre è limitata ad aggiornarle continuamente, affiancando le visioni precedenti a quelle successive e, quando possibile, fornendo un'interpretazione sincretica di teorie differenti.

La MC, anziché basarsi principalmente sul rapporto causa effetto e cercare di risolvere le singole "malattie" eradicando l'agente patogeno, oppure intervenendo chirurgicamente sull'organo malato, oppure ancora somministrando le sostanze carenti o neutralizzando le reazioni eccessive dell'organismo, ha l'obiettivo primario di riportare l'equilibrio in un ambiente nel quale è venuto meno, causando la malattia. L'eziologia, in questo caso, non rappresenta la causa prima della malattia, bensì l'elemento di squilibrio presente in quel dato momento nel paziente ed è descritta come un quadro sindromico.

Lo studio del malato viene condotto attraverso diversi gradi di approfondimento: il primo, *Yin-Yang*, permette una differenziazione di base (esterno/interno, cronico/acuto, corpo/mente, organico/funzionale, ecc.), nel quale però i due elementi sono visti non come opposti, ma come complementari e dove l'interessamento prevalente di un elemento sottintende comunque anche quello dell'altro.

Il secondo grado di approfondimento è dato, per i disturbi prevalentemente internistici, dalla teoria dei 5 movimenti *Wu Xing*, la quale individua 5 organi *Zang* principali (Cuore, Milza, Polmone, Rene, Fegato) con relative funzioni e ne stabilisce i rapporti, nell'ottica dell'equilibrio generale.

Per i disturbi esterni (patologie muscolo-scheletriche, nevralgie, ecc.) si considerano invece i 12 canali o meridiani regolari che percorrono la superficie del corpo ed anche in questo caso si tenta di risolvere lo squilibrio che ha provocato la malattia, intervenendo non solo sul fattore patogeno, ma anche sostenendo le strutture organiche deficitarie, in

modo da consentir loro di effettuare questa operazione.

La visione olistica e relativistica della MC, condivisa dalla maggior parte delle Medicine “Alternative”, nella sua sostanza si limita ad affermare che l’Uomo è un essere unico ed indivisibile in continuo divenire e che qualsiasi modello utilizzabile ai fini di un’indagine biomedica può solamente analizzarne le diverse componenti, le quali restano comunque unitarie e prive di una specifica individualità.

In quest’ottica non ha senso un’analisi settoriale della sintomatologia e tanto meno la separazione tra sintomi somatici, viscerali e mentali, poiché il quadro sindromico li comprende tutti ed è in grado di fornirne un’interpretazione unitaria.

Anche la Medicina Ayurvedica e l’Omeopatia sono basate su una visione unitaria dell’essere umano e prestano un’estrema attenzione alla semeiotica clinica, che pure in questi casi rappresenta la principale fonte di elementi diagnostici per il medico.

La Fitoterapia, che tra le MnC è forse la più vicina all’attuale concezione medica occidentale, dalla quale differisce più nella terapia che non nella diagnostica, propone anch’essa una visione olistica, però nei riguardi del farmaco, che in questo caso non è rappresentato dal principio attivo, ma dal fitocomplesso: si tratta quindi di un approccio basato più sulla globalità (della pianta) che sull’azione di una sua componente isolata (principio attivo).

### ***Conclusioni***

Da quanto esposto si può dedurre che le MnC si possono considerare “alternative” alla Medicina Occidentale per quanto riguarda il loro approccio, basato sulla visione complessiva del paziente, piuttosto che sulla concezione nosologica della malattia.

Le MnC sono però anche “complementari”, perché, inserendosi a fianco delle cure usuali, spesso riescono a trattare disturbi che rispondono scarsamente a queste, oppure consentono la riduzione dei dosaggi dei farmaci e, di conseguenza, dei loro effetti collaterali.

Le MnC, come abbiamo già ricordato, valorizzano la semeiotica clinica ed in tal modo migliorano non solo la formazione del medico, ma anche il rapporto medico-paziente, che recupera un contatto fisico ed una dimensione più umana e non solo tecnologica, sicuramente utile per il buon esito della terapia.

Non dimentichiamo infine la riduzione dei costi diagnostici e terapeutici che potrebbe derivare da un maggior grado di integrazione delle MnC nella pratica clinica, a tutto vantaggio del Servizio Sanitario, ma anche e soprattutto dei cittadini.

Questa opzione, però, richiederebbe una coraggiosa scelta politica e legislativa, che partisse dal riconoscimento dei professionisti formati nel campo delle discipline non convenzionali, atto che medici e pazienti attendono ormai invano da alcuni decenni.....



## **Le patologie otorinolaringoiatriche nella pratica ambulatoriale omeopatica**

*Alberto Magnetti*

*Direttore Istituto Omiopatico Italiano 1883 - Torino*

Questo lavoro è nato dall'idea di confrontare i lavori scientifici clinici omeopatici in termini di risultato e di costo-beneficio con le osservazioni effettuate nel nostro Ambulatorio di Clinica integrale omeopatica dell'Istituto Omiopatico Italiano.

Si sono selezionati i lavori sviluppati nel modo più corretto dal punto di vista della metodologia omeopatica che sono risultati essere i seguenti:

### **1. Acute Otitis Media in Children: A Comparison of Conventional and Homeopathic Treatment.**

*Biomedical Therapy un lavoro di Friese KH, Kruse S, Moeller H., 1997*

In questo studio è stata data la possibilità ai genitori di scegliere tra cura omeopatica e farmaci allopatrici, somministrati dall'otorinolaringoiatra di fiducia. 103 bambini hanno seguito la cura omeopatica, 28 quella convenzionale. I ricercatori constatarono che nel gruppo trattato con l'omeopatia le ricadute furono del 40% per paziente, mentre nei bambini sottoposti a terapia antibiotica furono del 70%. Tra i bambini curati con l'omeopatia che accusarono altre otiti, il 29,3% ebbe un massimo di 3 recidive, mentre tra quelli trattati con terapia antibiotica il 43,5% arrivò ad un massimo di 6 recidive.

### **2. Studio di una equipe di epidemiologi dell'Università di Berlino che ha studiato per la prima volta gli effetti a lungo termine dell'omeopatia nella pratica clinica corrente.**

Lo studio è stato effettuato da 103 medici omeopatici diplomati in omeopatia classica. Sono stati coinvolti 3981 pazienti (1139 bambini) affetti da malattie croniche. I risultati sono stati molto significativi: negli adulti la gravità della malattia è diminuita di oltre il 50% e nei bambini di oltre il 70%. Contemporaneamente si è osservato un miglioramento dello stato di salute generale, sia negli adulti che nei bambini.

### **3. Studio comparativo di valutazione costo-beneficio della terapia omeopatica versus la terapia convenzionale nelle patologie respiratorie.**

**Questo** studio finanziato dalla Regione Toscana, condotto da Elio Rossi, dimostra che l'omeopatia consente risparmi medi del 50% nell'uso dei farmaci tradizionali per la cura di pazienti affetti da patologie del tratto respiratorio, tra cui asma, allergie e patologie otorinolaringoiatriche.

### **4. Outcome of homeopathic treatment in paediatric patients: An observational study from 1998 to 2008**

*Rossi E, Bartoli P, Panozzo M, Bianchi A, Da Frè M.*

Obiettivo: studiare le caratteristiche socio-demografiche della popolazione pediatrica trattata presso l'ambulatorio di Omeopatia dell'Ospedale di Lucca (Italia), le malattie trattate, i rimedi più comunemente utilizzati, i risultati ed il follow-up dei bambini, specie di quelli affetti da malattie respiratorie.

Risultati: I pazienti pediatrici sono stati 551 (età media 5,9 anni), equivalenti al 25,7% del totale. 337 bambini accusavano patologie respiratorie e tra questi 168 si sono sottoposti ad almeno una visita di controllo. Le infezioni respiratorie (337 casi; 61%), seguite da quelle dermatologiche, (88 casi, 16%), dai disturbi psichici (45,8%) e gastroenterici (40,7%) sono state le patologie di più frequente riscontro; il 68% dei bambini affetti da patologie respiratorie ha ottenuto un forte miglioramento o la remissione sintomatologica. *Conclusioni:* i risultati sembrano dimostrare che la medicina omeopatica produce una risposta terapeutica positiva, in particolare nei bambini affetti da malattie respiratorie.

### **5. Trial clinico multicentrico aperto per valutare l'utilità di 13 medicinali omeopatici predefiniti nella gestione della rinite acuta nei bambini.**

*Int J High Dilution Res 2010; 9(30): 30-42*

Obiettivi: Lo studio intende valutare l'effetto di un gruppo di farmaci omeopatici nei bambini affetti da rinite acuta. Risultati: dei 784 bambini arruolati, 638 sono stati seguiti e studiati. Si è osservato un cambiamento significativo nello score dalla linea di base ( $p < 0,05$ ). Dodici farmaci si sono dimostrati efficaci nel trattamento dei 638 bambini affetti da rinite acuta, in particolare Nux-v ( $n=109$ ), Merc ( $n=106$ ) e Bell ( $n=88$ ). Durante il trattamento non sono state riscontrate complicanze; gli eventi avversi osservati (iperpiressia) hanno interessato solamente 2 bambini.

*Conclusioni:* lo studio evidenzia l'efficacia dei medicinali omeopatici nella rinite acuta dei bambini ed i rimedi omeopatici indicati in queste patologie.

### **6. Pharmacoeconomic comparison between homeopathic and antibiotic treatment strategies in recurrent acute rhinopharyngitis in children.**

*Trichard M, Chafferin G, Nicoloyannis N. Homeopathy. 2005 Jan;94(1):3-9.*

Lo studio di farmacoeconomia confronta, in termini di: efficacia clinica, qualità della vita e costi, due strategie terapeutiche ("strategia omeopatica" vs "strategia antibiotica") utilizzate nella pratica medica di routine da medici allopatrici e omeopatici nel trattamento della rinofaringite ricorrente acuta nei bambini compresi tra i 18 mesi ed i 4 anni.

*Conclusioni:* l'omeopatia può rappresentare un'alternativa conveniente agli antibiotici nel trattamento della rinofaringite ricorrente infantile.

### **7. Homoeopathic treatment of upper respiratory tract infections in children: Evaluation of thirty case series**

*Nita, Ramchandani DS, Homoeopathic Medical College, Karve Road, Pune 411004, India. Complementary Therapies in Clinical Practice 16 (2010) 101-108.*

Si tratta di uno studio pilota inerente il trattamento omeopatico delle infezioni respiratorie ricorrenti del tratto respiratorio superiore (URTIs) nei bambini inferiori a i 5 anni di età, confrontando i dati raccolti all'inizio ed alla fine dell'anno 2006 relativi a 30 pazienti.

I risultati del T-test di Student e del test di Wilcoxon sono risultati significativi ( $p < 0,001$ ).

La nostra pratica clinica ambulatoriale su adulti e bambini inerente il complesso delle patologie otorinolaringoiatriche conferma i risultati positivi degli studi sperimentali riportati e dimostra che il trattamento omeopatico delle patologie acute riduce le recidive e le probabilità di cronicizzazione della sintomatologia.





## **Monascus purpureus: la fitoterapia una tradizione ed oggi un'importante opportunità per il farmacista**

**Mario Giaccone\***, **Paola Brusa**<sup>^</sup>

\* *Presidente dell'Ordine dei Farmacisti della provincia di Torino*

<sup>^</sup> *Facoltà di Farmacia, Università degli Studi di Torino*

Il *Monascus purpureus* è un lievito che, a seguito della fermentazione sul riso, produce sostanze differenti, tra cui un caratteristico pigmento rosso, e soprattutto alcuni componenti metabolicamente attivi conosciuti come monacoline, delle quali la più rappresentativa è la "monacolina k". Le monacoline, in particolare la monacolina k (analogo, di origine naturale, della molecola di origine sintetica lovastatina), hanno un'altissima affinità nei confronti dell'enzima chiave della biosintesi del colesterolo (HMG-CoA reduttasi) inibendone l'azione con il risultato di diminuire la colesterolemia. Sono ormai numerosi gli studi sulle proprietà degli estratti di Riso Rosso fermentato da *Monascus purpureus* [1].

Nella genesi dell'aterosclerosi si ipotizza che i meccanismi infiammatori abbiano un ruolo preponderante. La presenza di sostanze quali colesterolo LDL e lipoproteina A agirebbe in senso pro-infiammatorio favorendo l'adesione di monociti e linfociti T.

Gli estratti di Riso Rosso fermentato da *Monascus purpureus* hanno dimostrato di essere in grado non solo di abbassare, come le statine, i valori della proteina C reattiva, ma anche quelli della Lipoproteina A. Alcuni studi hanno confermato inoltre come l'estratto di Riso Rosso fermentato da *Monascus purpureus* sia in grado di abbassare sensibilmente l'innalzamento di trigliceridi postprandiali. L'effetto del Riso Rosso fermentato da *Monascus purpureus* sui trigliceridi postprandiali è del resto molto più evidente di quello che ci si potrebbe attendere dalla presenza della sola monacolina. Questi dati hanno portato molti Autori a pensare come l'azione del Riso Rosso fermentato da *Monascus purpureus* non sia riconducibile a quella della sola monacolina, ipotizzando piuttosto una sinergia tra i differenti componenti dello stesso. Un ruolo non secondario potrebbe essere giocato dal ruolo di sostanze ad azione antiossidante.

Parallelamente in letteratura è ampiamente riportato come il trattamento con sostanze vegetali composte da alcoli alifatici, i policosanoli, permetta una diminuzione della colesterolemia (totale/LDL), della trigliceridemia e contestualmente un aumentato livello di HDL [2]. A differenza della monacolina k, i policosanoli non inibiscono la sintesi del colesterolo inattivando l'enzima HMG-CoA reduttasi, ma deprimono in modo concentra-

zione-dipendente l'espressione della HMG-CoA reduttasi, probabilmente con meccanismi recettoriali che inibiscono la trascrizione del gene che codifica per questo enzima.

In conclusione, i policosanoli non bloccano la colesterogenesi inattivando la HMG-CoA reduttasi, ma diminuiscono il numero delle molecole di questo enzima disponibili per la sintesi di questo composto.

Date queste premesse e ritenendosi rilevante il fatto che l'azione del Riso Rosso fermentato da *Monascus purpureus* sia data da un insieme di fattori, in collaborazione con la Facoltà di Farmacia di Torino, è in fase di sviluppo uno studio il cui obiettivo è di verificare i profili di efficacia e tollerabilità di una preparazione galenica assimilabile ad un integratore alimentare contenente un estratto secco di Riso Rosso fermentato da *Monascus purpureus*, con titolo in monacolina k pari al 3,1%. A tale estratto secco ne verrà associato un secondo, derivante da *Saccharum officinarum*, con titolo in policosanoli pari al 91,2%.

Lo studio in questione riguarda la valutazione dell'attività di un preparato galenico contenente molecole biologicamente attive con storia di pregresso consumo in ambito UE ed effetti già elencati nel registro comunitario dei *claims* [3,4]: l'architettura dello studio è stata dunque sviluppata in base a quanto previsto nelle "Linee di indirizzo sugli studi condotti per valutare la sicurezza e le proprietà di prodotti alimentari" della Commissione Unica per la Dietetica e la Nutrizione.

I due estratti secchi verranno coformulati in capsule. Il trattamento prevederà la somministrazione di due cps/die e sarà rivolto, per un periodo pari a 3 mesi, ad una coorte rappresentativa di soggetti affetti da ipercolesterolemia lieve-moderata (colesterolo totale  $\leq 260$  mg/dl) non complicata (soggetti attualmente fuori indicazione rispetto all'avvio di un trattamento convenzionale con inibitori della HMG-CoA reduttasi). Il beneficio derivato dal trattamento verrà considerato come riduzione assoluta e percentuale rispetto al basale degli indici di dismetabolismo lipidico mediante valutazioni cliniche/biumorali dei soggetti ogni 45 giorni di trattamento. Verrà inoltre arruolato un braccio di controllo positivo al quale verrà somministrata la stessa quantità di lovastatina al fine di confermare che l'azione del preparato a base di estratti secchi è imputabile ad un insieme di fattori non riconducibili alla sola molecola attiva.

Una riduzione dei livelli serici di colesterolo totale ed LDL del 10 % nei trattati rispetto ai controlli comporta una riduzione del rischio di sviluppare malattie cardiovascolari con conseguente riduzione della probabilità di utilizzo di terapie costose: ciò avrebbe una ricaduta importante sulla spesa sanitaria regionale. Inoltre l'utilizzo della preparazione oggetto dello studio proposto, non trattandosi di un medicinale, non porrebbe problemi di spesa sanitaria da rimborsare.

### **Bibliografia**

1. **Gheith O, Sheashaa H, Abdelsalam M, Shoer Z, Sobh M.** *Efficacy and safety of Monascus purpureus Went rice in subjects with secondary hyperlipidemia*, Clin Exp Nephrol, 2008, 12(3), 189-94
2. **Viola F, Oliaro S, Binello A, Cravotto G.** *Policosanols: updating and perspectives*, Mediterr J Nutr Metab, 2008, 1, 77-83
3. **www.efsa.europa.eu** (consultazione febbraio 2011)
4. **www.ministerosalute.it** (consultazione febbraio 2011)



## L'agopuntura per il trattamento dell'astenia nell'anziano

*Mara Simoncini*

*Dipartimento Geriatria, Ambulatorio di Agopuntura nell'Anziano, ASLTO 1, Torino*

L'astenia dell'anziano è un problema molto diffuso, trovandosi associata come sintomo a molte patologie ad andamento cronico e talora come segno di invecchiamento e deplezione del *Jing*. Talvolta l'importanza del "sintomo astenia" diventa predominante all'interno del quadro clinico, fino a diventare una entità nosologica a sè stante, come la nota "sindrome da fatica cronica", che riconosce molteplici cause eziologiche. Qualora l'astenia sia legata a condizioni intercorrenti e soprattutto correggibili non costituisce un problema particolare, mentre lo diventa se persiste a dispetto delle terapie e delle eventuali correzioni apportate all'assetto metabolico e bio-ematico, come spesso accade nell'anziano in cui il quadro cronicizza e si radica contribuendo a sviluppare un patologico declino delle performances fisiche, psichiche e funzionali.

Il quadro sindromico nell'anziano comprende un eccessivo senso di affaticamento, debolezza specie degli arti inferiori, confusione e peggioramento dei disturbi cognitivi qualora presenti, sonnolenza, calo del visus o visione offuscata, tremore, vertigini ed instabilità nella deambulazione con maggiore facilità alle cadute.

La popolazione anziana che afferrisce ai nostri ambulatori raramente si presenta per l'astenia quanto più per patologie comuni quali quelle osteoarticolari, sindromi vertiginose, acufeni e cefalea, insonnia, ansia e depressione. Durante l'esame obiettivo in MTC è altresì rilevabile nell'anziano il sintomo astenia, che si manifesta come quadri di Deficit e Vuoto tipici di questa popolazione, al quale la persona si è più spesso rassegnata nel tempo, ma che spinge un occhio attento a non sottostimare l'importanza di trattare questa situazione che comporta una difficoltà dell'organismo a competere con efficienza nell'ambiente e a preservare l'energia sufficiente alla vita di qualità.

Rinforzare e aumentare la produzione del *Qi*, nutrire i fluidi corporei ed il Sangue, tonificare gli *Zangfu* rinforzando muscoli ed ossa sono il cardine della terapia nelle malattie croniche dell'anziano cercando di ridare equilibrio ed armonia a *Yin* e *Yang*, per

preservare al meglio il *Jing* residuo.

Nell'Ambulatorio di Agopuntura nell'Anziano il riconoscimento ed il trattamento dell'astenia riveste una certa peculiarità proprio per l'attenzione che si ha verso il mantenimento delle funzioni residue della persona nell'ambito di una reale integrazione attraverso la valutazione multidimensionale geriatrica.

In questo studio si porteranno i dati raccolti nel suddetto Ambulatorio, in cui la metodologia valutativa utilizzata comprende la somministrazione all'utenza delle comuni scale funzionali geriatriche (ADL e IADL, secondo Katz e Lawton), e del SF 36, questionario generico e multidimensionale sullo stato di salute del paziente. L'indice di ritenzione del campione è stato del 98% con un alto gradimento da parte dei pazienti. L'analisi dei dati è stata effettuata mediante ANOVA.

Lo studio condotto presso il suddetto Ambulatorio ha compreso la valutazione di 108 pazienti di età superiore a 65 anni. Sono stati inclusi tutti i pazienti anziani afferiti all'Ambulatorio affetti dalle più svariate patologie, che avessero la percezione nel loro contesto sintomatologico di astenia. Il ciclo di terapia ha compreso 6 trattamenti, mentre in alcuni pazienti particolari si sono raggiunte le 12 sedute.

Il protocollo dello studio ha previsto una valutazione del campione basale prima della I seduta di agopuntura e alla fine del ciclo. Le sedute di agopuntura hanno avuto una durata di circa 20 minuti a cadenza settimanale. Il trattamento con agopuntura sulla percezione dello stato di salute generale (SF-36  $23.0 \pm 4.66$  vs.  $39.8 \pm 3.81$ ;  $p < 0.001$ ), e sulla funzionalità complessiva strumentale e basale degli anziani afferiti all'Ambulatorio e arruolati nello studio (IADL  $4 \pm 1$  vs.  $3 \pm 1$ ;  $p < 0.001$ ; ADL  $2.7$  vs.  $1.4$ ;  $p < 0.005$ ) sono risultati statisticamente significativi.

Questo studio ha dimostrato come l'approccio integrato e la valorizzazione dei quadri sindromici siano il cardine di una terapia corretta anche in funzione di un approccio globale alla persona anziana e quindi potenzialmente fragile. Inoltre, la terapia con agopuntura può essere un valido metodo di trattamento dell'astenia ed in particolare, con l'utilizzo di agopunti specifici, è possibile trattare quadri in cui coesistono patologie multiple croniche che rendono la persona vulnerabile soprattutto in funzione delle ripercussioni sulle capacità residue e sulla autosufficienza.



***SESSIONE II - WORKSHOP***

**MEDICINE NON CONVENZIONALI:  
PROSPETTIVE E NUOVE OPPORTUNITÀ**





XI CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE:  
INTEGRAZIONE NELLA PRATICA CLINICA  
Torino, 2 APRILE 2011

## L'impegno della FISA

**Carlo Maria Giovanardi**

*Presidente FISA, Federazione Italiana Società Agopuntura*

*Direttore Scuola Agopuntura AMAB, Bologna*

L'impegno della FISA nel corso del 2010 è stato da una parte quello di seguire e stimolare tutte le iniziative politiche che hanno avuto come oggetto il tentativo di riconoscere la figura professionale del medico agopuntore, di promuovere la diffusione e l'inserimento dell'Agopuntura nel Sistema Sanitario Italiano e dall'altro di promuovere le collaborazioni con gli Istituti Nazionali e Internazionali.

Di rilievo sono stati i due OdG presentati dall'On. Domenico Scilipoti accolti dal Governo: il primo prevede l'utilizzo dell'Agopuntura nel campo della terapia del dolore ed il secondo il possibile inserimento negli ultimi anni del corso di laurea in Medicina e Chirurgia di nozioni informative sull'Agopuntura e sulle sue applicazioni.

In particolare, nell'ambito dell'approvazione della Legge 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", è stato accolto l'OdG n. 9/624-B/4 presentato dall'On. Scilipoti che cita:

*la Camera premesso che*

*.. siano individuate le figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore;*

*tra le suddette figure professionali rientrano i medici specialisti in anestesia e rianimazione, i geriatri, gli specialisti in neurologia e oncologia, eccetera;*

*la possibile applicazione dell'agopuntura nella terapia del dolore è sostenuta da numerosi studi preclinici nell'animale da esperimento e nell'uomo, nonché da un notevole numero di trials clinici,*

*impegna il Governo*

*a prevedere l'utilizzo dell'agopuntura nel campo della terapia del dolore.*

Inoltre nella seduta n. 404 di martedì 30 novembre 2010 nell'ambito del Disegno di Legge: S. 1905 - norme in materia di organizzazione delle Università, di personale accademico e reclutamento, nonché delega al governo per incentivare la qualità e l'efficienza del sistema universitario (approvato dal Senato) (a.c. 3687-a) il Governo ha accolto l'OdG 9/3687-A/25. Scilipoti, Vaccaro, che cita:

*La Camera, premesso che:*

*l'agopuntura è sempre di più utilizzata dalla popolazione italiana come metodo di cura,*

*le ultime stime ufficiali parlano di più di due milioni di italiani; a questo aumento non corrisponde un'adeguata informazione da parte del medico di medicina generale (MMG) che non solo si trova spesso impreparato a dare delle risposte corrette alle domande dei loro pazienti sulle indicazioni e sui limiti dell'agopuntura, ma non ha la preparazione adeguata per indirizzare i pazienti a questa terapia qualora ve ne siano le indicazioni; nel corso della formazione universitaria, salvo rari casi isolati, non esistono momenti informativi strutturati, impegna il Governo a valutare l'opportunità di adottare nelle sedi appropriate e con le opportune iniziative normative, l'inserimento, durante gli ultimi anni del corso di laurea in medicina e chirurgia, di un sistema informativo sui meccanismi d'azione dell'agopuntura e sulle sue indicazioni terapeutiche.*

Deve essere chiaro che una cosa è quanto approvato da una Legge, altro quanto contenuto in un OdG approvato dalla Camera e che impegna il Governo ad applicarlo. In altri termini, questi OdG pur non essendo legge, costituiscono un importante ambito legislativo su cui possiamo muoverci come medici agopuntori, ma è importante che sia mantenuta una nostra vigilanza e pressione affinché si concretizzi ciò su cui il Governo si è impegnato.

Un primo risultato concreto dopo l'approvazione dell'OdG n. 9/624-B/4 nell'ambito della Legge 38 è stato l'inserimento della FISA in IMPACT 2010 (Interdisciplinary Multitask Pain Cooperative Tutorial) istituita dal Ministero della Salute che vede riunite ben 57 Società Scientifiche. IMPACT 2010 ha come scopo l'impatto effettivo a livello nazionale della Legge 38 sulla buona pratica clinica nella gestione del dolore.

Per la FISA, unica Società Scientifica di MnC presente, questo inserimento oltre a rappresentare un grande riconoscimento è un'opportunità per dialogare con tutte le altre Società Scientifiche in tema di trattamento del dolore.

Nel corso del secondo incontro svoltosi a Roma il 22 novembre 2010 presso il Ministero della Salute, la FISA ha presentato le prossime iniziative della FISA in ambito IMPACT 2010 e cioè:

- censire le strutture pubbliche presenti sul territorio nazionale dove viene utilizzata l'Agopuntura nel trattamento del dolore, iniziativa per la quale si è richiesta la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità. L'ultimo censimento svolto dalla FISA risale al 1999 e mostrò come in Italia all'epoca fossero attivi 122 ambulatori;
- inserire nei congressi delle Società afferenti alla FISA che si svolgeranno nel 2011 uno spazio dedicato ai contenuti della Legge 38;
- promuovere l'informazione sui campi d'azione e i limiti dell'utilizzo dell'Agopuntura nel trattamento del dolore attraverso corsi rivolti ai MMG in collaborazione con altre società scientifiche e ASL;
- avviare campagne comunicazionali rivolte ai pazienti per fare conoscere quanto previsto dalla normativa 38 e sulle possibilità e limiti di una terapia non farmacologica come l'Agopuntura nel trattamento del dolore tramite la pubblicazione di un opuscolo informativo con il marchio IMPACT.

Infine, sono continuati i rapporti con l'Istituto Superiore di Sanità, dove nell'ambito dell'Agopuntura per il trattamento del dolore cronico è stata sviluppata un'ipotesi di studio sull'Agopuntura per il trattamento della lombalgia post-chirurgica, in collaborazione con l'Università Campus Bio-Medico di Roma, oltre che con l'ISS.





## Il rapporto costo-efficacia nelle Medicine non Convenzionali

*Alda Olivero*

*CSTNF, Centro Studi Terapie Naturali e Fisiche, Torino*

La crescente diffusione delle Medicine non Convenzionali (MnC) nella pratica clinica, il loro progressivo riconoscimento da parte della medicina ufficiale e l'aumento della richiesta da parte della popolazione, pongono nuove istanze decisionali per la loro possibile erogazione in ambito di sanità pubblica. Diversi paesi europei, come Regno Unito, Germania e Olanda, hanno avviato *trials* di valutazione economica per stabilire la *cost-effectiveness* delle MnC. Tali studi mirano a determinare se la terapia sotto esame risulti dominante rispetto a quella tradizionale (più efficace e meno costosa), dominata (meno efficace e più costosa) oppure, se più efficace ma più costosa, se il beneficio ottenuto sia sostenibile in termini di spesa sanitaria: a questo scopo si calcola l'ICER (rapporto incrementale di costo-efficacia), ovvero la spesa sostenuta per anno guadagnato, pesato per la qualità della vita (QALY). La soglia di accettabilità dell'ICER ( $\lambda$ ) è stata indicata dalle linee guida del NICE (National Institute of Health and Clinical Excellence) di 20,000-30,000 £ per il Regno Unito; per altri paesi, si utilizza generalmente il valore di  $\lambda$  indicato dal NICE (corrispondente a circa 50,000 €) o lo si assume corrispondente al PIL pro-capite. In Italia è stato proposto un intervallo di accettabilità di  $\lambda$  tra i 12,000 e i 60,000 €.

Abbiamo analizzato i principali lavori che hanno trattato la valutazione di *cost-effectiveness* delle MnC, focalizzandoci soprattutto sui *trials* clinici controllati e sugli studi condotti nei Paesi Europei. Gli studi analizzati riguardavano in particolare agopuntura, osteopatia e omeopatia.

Nell'ambito delle **patologie muscolo-scheletriche**, diversi lavori tedeschi e inglesi hanno valutato la *cost-effectiveness* dell'agopuntura nella lombalgia e nella cervicalgia croniche e nel dolore artrosico di ginocchia e anca: l'aggiunta dell'agopuntura alla terapia standard è risultata più efficace, sebbene più costosa, con un ICER ampiamente al di sotto della soglia di accettabilità, dunque con rapporto di costo-efficacia favorevole, che si manteneva nelle valutazioni di follow-up fino a 24 mesi. Nelle stesse indicazioni,

l'osteopatia è risultata parimenti *cost-effective*, e addirittura dominante se confrontata con l'intervento di chemonucleolisi nell'ernia discale lombare; in Olanda, la terapia manuale si è dimostrata nettamente dominante rispetto alla fisioterapia e alla terapia convenzionale nel trattamento della cervicalgia cronica (con un risparmio, rispettivamente, di 930 € e 850 € a paziente).

Nelle **patologie respiratorie**, uno studio tedesco ha valutato la *cost-effectiveness* dell'agopuntura nella rinite allergica, trovando un ICER variabile da 9300 € a 17300 € circa, a seconda del costo prospettato per la seduta di trattamento (15 € o 35 €): anche in questo caso la conclusione era a favore della *cost-effectiveness* dell'agopuntura. Sempre nelle malattie respiratorie, un interessante studio italiano ha valutato il trattamento con omeopatia, dimostrando una riduzione della spesa farmacologica generale e diagnosi-specifica grazie al trattamento omeopatico.

In Germania, l'agopuntura si è dimostrata *cost-effective* nel trattamento della **dismenorrea**, con un ICER di soli 3011 €, grazie anche alla riduzione dei costi sociali del disturbo. Sempre in ambito ginecologico, in uno studio olandese l'agopuntura è risultata nettamente dominante nel **rivolgimento fetale** alla 33° settimana di gestazione, consentendo una riduzione dei parti cesarei del 26%, con un risparmio di 451 € a paziente.

Nella **cefalea**, infine, uno studio inglese ha dimostrato un aumento di efficacia della terapia con agopuntura rispetto a quella convenzionale, con un ICER di 9180 £, che si riduceva ulteriormente a 4700 £, assumendo una persistenza dell'effetto a 2 anni, concludendo che l'agopuntura è da considerare nella terapia della cefalea, in quanto migliora la qualità di vita a fronte di un costo addizionale contenuto.

In conclusione, dagli studi analizzati emerge che le MnC si prospettano come validi trattamenti in alternativa o in aggiunta alle cure standard in diverse patologie, in particolare nei disturbi muscolo-scheletrici cronici, nelle malattie respiratorie, nei disturbi ginecologici e nella cefalea; in alcuni casi hanno dimostrato un risparmio globale in termini di spesa sanitaria e sociale; negli altri, pur comportando un costo aggiuntivo, questo risulta ampiamente giustificato e sostenibile se rapportato al vantaggio terapeutico. Inoltre, nella maggior parte dei lavori, il trattamento con MnC è stato fornito in regime privato, con rimborso assicurativo, con un costo per singola seduta variabile dai 35 € ai 45 € circa.

Estrapolando tali dati alla situazione italiana si potrebbe prospettare un analogo rapporto costo-efficacia favorevole, se non un ulteriore risparmio, viste le diverse modalità di erogazione del servizio pubblico.



XI CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE:  
INTEGRAZIONE NELLA PRATICA CLINICA  
Torino, 2 APRILE 2011

## Medicine non Convenzionali: il ruolo del farmacista all'atto della dispensazione

**Paola Brusa<sup>^</sup>, Mario Giaccone\***

<sup>^</sup> *Facoltà di Farmacia, Università degli Studi di Torino*

\* *Presidente dell'Ordine dei Farmacisti della provincia di Torino*

Le Medicine non Convenzionali non sono in contrasto con la Medicina Convenzionale, ma rappresentano una libertà di scelta per medici e pazienti.

Milioni di cittadini italiani curano i propri malesseri con l'omeopatia, l'agopuntura, la fitoterapia e le discipline ad esse collegate.

Nel corso di questi ultimi anni le Medicine non Convenzionali (MnC), soprattutto agopuntura ed omeopatia, sono state inserite in diverse strutture pubbliche distribuite su tutto il territorio nazionale. A fronte della crescente diffusione delle MnC, anche le Regioni hanno adottato, da tempo, una pluralità di iniziative, nel tentativo di regolamentare un settore molto variegato: alcune Regioni le hanno ormai inserite nei LEA regionali; in Emilia Romagna i trattamenti erogati da alcune ASL sono gratuiti in quanto inseriti in progetti di studio ed in Campania, pur non avendo introdotto le prestazioni di MnC fra i LEA, il Piano Sanitario Regionale sostiene economicamente le ASL che le erogano.

Nonostante la diffusione di questo fenomeno e l'orientamento favorevole di importanti istituzioni, la formazione nell'ambito delle MnC in Italia non ha fino ad ora ottenuto alcun riconoscimento giuridico ed è stata sostenuta essenzialmente da Enti formativi privati.

Da un punto di vista normativo è tutto fermo ad un DDL del 2008, il numero 713, in cui all'art.1 si afferma che:

*“La Repubblica italiana, nel rispetto degli articoli 32 e 33 della Costituzione, riconosce il pluralismo e la ricerca scientifica come fattori essenziali per la salvaguardia della salute dell'individuo; tutela la libertà di scelta terapeutica del singolo e la libertà di cura da parte dei medici e degli altri operatori di cui alla presente legge, all'interno di un rapporto consensuale e informato con il paziente.*

*La Repubblica italiana riconosce l'esercizio delle terapie e delle medicine non convenzionali, esclusivamente esercitate da laureati in medicina e chirurgia, da laureati in odontoiatria e da laureati in veterinaria.”*

Le discipline oggetto del DDL, in attesa quindi di riconoscimento giuridico sono:

Agopuntura, Fitoterapia (termine non propriamente corretto ed in fase di definizione normativa), Medicina Ayurvedica, Medicina Antroposofica, Medicina Omeopatica,

Medicina Tradizionale cinese, Omotossicologia, Osteopatia e Chiropratica.

Il farmacista, in qualità di dispensatore di strumenti di cura, ha l'obbligo di conoscerli da un punto di vista sia etico sia scientifico.

L'obiettivo della Facoltà di Farmacia dell'Università degli Studi di Torino e dell'Ordine dei Farmacisti della provincia di Torino, è quello di fornire sia allo studente iscritto alla Facoltà di Farmacia sia al farmacista che già esercita la professione le competenze necessarie sia per gestire il cliente nel caso in cui richieda un consiglio, sia per la corretta spedizione della ricetta.

Questa esigenza è rafforzata anche dal fatto che allo stato attuale nessun prodotto in commercio afferente alle MnC è provvisto di foglietto illustrativo. Si tratta inoltre di un settore in cui molta informazione è scorretta, poiché le fonti sono molteplici e spesso non attendibili.

A tal fine negli ultimi dieci anni sono stati organizzati dall'Ordine corsi di aggiornamento professionale e dalla Facoltà di Farmacia corsi universitari inseribili dallo studente nel piano di studio.

Da ultimo è stato realizzato, in collaborazione tra Facoltà di Farmacia ed Ordine dei Farmacisti, un Master Universitario di II livello dal titolo Master in Farmacia Territoriale "Chiara Colombo" nel cui piano didattico sono state inserite delle lezioni tenute da esperti dedicate alle singole discipline inserite nell'elenco delle Medicine non Convenzionali.

Il Master vuole essere uno strumento idoneo a supportare la crescita professionale del farmacista come primo operatore del settore sanitario sul territorio, tenedo presente la normativa vigente, lo sviluppo scientifico, nonché il Codice Deontologico (C.D.) al cui art. 12 si legge:

*"Nell'attività di consiglio il farmacista garantisce una informazione sanitaria chiara, corretta e completa, con particolare riferimento all'uso appropriato dei medicinali, alle loro controindicazioni, agli effetti collaterali e alla loro conservazione."*

La funzione di filtro tra paziente/cliente e medicinale e tra paziente ed informazione esterna che il legislatore ha ideato impone al farmacista di dare il corretto inquadramento al cittadino su ogni medicinale indipendentemente dalla propria opinione proponendo risposte accurate e critiche ad ogni richiesta.

Non sono accettabili né atteggiamenti di chiusura aprioristica, né di favore eccessivo ed acritico nei confronti delle MnC: entrambi gli atteggiamenti sono infatti dannosi, soprattutto per i cittadini la cui salute deve rimanere l'obiettivo prioritario del farmacista.

Inoltre va sottolineato che (art. 9 C.D.) *"La garanzia dell'appropriatezza e dell'efficacia della prestazione professionale passano dalla formazione."*

L'ignoranza quindi anche su argomenti non necessariamente condivisi, non è ammessa, anche nel caso si decidesse di non consigliare tale tipologia di approccio terapeutico.

Operare in piena autonomia e coscienza professionale significa anche decidere in base alla propria preparazione, alle proprie convinzioni indipendentemente dal fatto che queste siano quelle dominanti. Un tale atteggiamento non può che accrescere la responsabilità nei confronti del cittadino nel momento in cui il farmacista è la sua chiave di accesso ad una forma di cura.



XI CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE:  
INTEGRAZIONE NELLA PRATICA CLINICA  
Torino, 2 APRILE 2011

## **Esperienze di integrazione delle Medicine Complementari nel Sistema Sanitario Regionale toscano**

*Elio Rossi, Sonia Baccetti*

*Rete Toscana per la Medicina Integrata*

### **La diffusione delle Medicine complementari in Toscana (2009)**

Per conoscere la diffusione delle Medicine Complementari e delle Discipline Bio-naturali in Toscana, nel 2009 è stato condotto un sondaggio su 1523 cittadini adulti dall'Agenda Regionale di Sanità (ARS), con i seguenti risultati:

- Un toscano su cinque conosce le medicine complementari, soprattutto l'omeopatia (18%) e l'agopuntura (14%), che sono anche le più utilizzate.
- L'11,5% del campione ha utilizzato almeno una di queste medicine (il 13,4% se consideriamo anche la medicina manuale); in particolare il 3,6% ha usato l'agopuntura, l'1,8% la fitoterapia e il 7,9% l'omeopatia.
- L'omeopatia è ampiamente usata in età pediatrica, quasi un quarto degli intervistati vi ricorre per la cura dei propri figli. Omeopatia e fitoterapia sono utilizzate soprattutto per le patologie acute e l'agopuntura per le sindromi dolorose.
- Il gradimento manifestato dai cittadini per le cure ricevute è alto per tutti gli utilizzatori di MC e attestato al 79% per l'omeopatia.
- I cittadini toscani si rivolgono alle terapie complementari perché le ritengono naturali (74%), efficaci (43%) e con minori effetti collaterali (32%).
- Circa la metà degli utilizzatori si rivolge a strutture pubbliche o convenzionate e il 57% informa il proprio medico.

### **Le MC nei Piani sanitari regionali e la rete Toscana di Medicina Integrata**

L'inclusione delle Medicine non Convenzionali e Complementari nei Piani sanitari regionali della Toscana avviene regolarmente a partire dal 1999, con il capitolo "Integrazione delle medicine non convenzionali negli interventi per la salute". Successivamente dal 2002 al 2004 abbiamo il capitolo "Integrazione delle medicine non convenzionali negli interventi per la salute"; dal 2005 al 2007 "Le Medicine non Convenzionali e le Medicine Complementari" e, infine, nel PSR 2008 – 2010, ancora vigente, è presente il capitolo "Medicine Complementari e non Convenzionali per una medicina integrata"

Nel novembre 2005 con la Legge Regionale n. 40 il Consiglio Regionale della Toscana aveva deliberato l'inserimento di un rappresentante delle Medicine Complementari nel

Consiglio dei sanitari delle aziende sanitarie e ospedaliere della Toscana e di un rappresentante delle Medicine Complementari nel Consiglio dei Sanitari regionale e un rappresentante delle MC e delle discipline Bio-naturali nella Commissione regionale di Bioetica.

A seguito della modifica introdotta nella Legge 40/2005, la *Rete toscana per la medicina integrata* (Rtmi), istituita con Delibera G.R. 633/2007 e che rappresenta il modello organizzativo toscano a rete per le attività di medicine complementari e medicine non convenzionali realizzate dalle Aziende Sanitarie, è riconosciuta come una “struttura regionale del governo clinico”, insieme a:

- Organizzazione toscana trapianti (Ott),
- Istituto toscano tumori (Itt),
- Centro regionale per il rischio clinico (Grc)
- Centro regionale sangue (Crs)

### **L'ospedale di Medicina Integrata Petruccioli di Pitigliano (Gr)**

A partire dal 2006 è in corso l'elaborazione e la realizzazione del progetto sull'ospedale di Medicina Integrata Petruccioli di Pitigliano (Gr). Sono stati ormai completati tutti i passaggi istituzionali e operativi che ne consentiranno l'apertura ai pazienti a breve termine. Le medicine complementari, saranno a disposizione dei cittadini ricoverati nell'ospedale, secondo un progetto sanitario che promuove l'alleanza terapeutica tra la medicina tradizionale e le medicine complementari. L'offerta sanitaria integrata sarà di libera scelta, per i cittadini che vorranno avvalersene, sia in corsia che nei servizi ambulatoriali.

Responsabile dell'attività è stata nominata la dottoressa Simonetta Bernardini, presidente della SIOMI e membro del Comitato regionale di Bioetica.

### **Attuazione della legge regionale 2/2005 sulle Discipline Bio-naturali**

La Regione Toscana, con l'approvazione della L.R. 2/2005 e i successivi provvedimenti attuativi (Deliberazione CRT del 28.1.2009 e del 27.1.2010), ha individuato un primo gruppo di Discipline del Benessere e bio-Naturali/DBN (craniosacrale, naturopatia, prano-pratica, riflessologia, shiatsu, esercizi di lunga vita *taiji-qigong*, tuina, suoni, musica e benessere, yoga, osteopatia, metodo Feldenkrais) quali tecniche di promozione e conservazione del benessere e della salute della persona.

L'accreditamento e il riconoscimento della qualità nell'esercizio di tali DBN degli istituti di formazione e degli operatori, consentirà l'iscrizione nei rispettivi elenchi regionali .

La procedura di accreditamento delle DBN prevede la definizione dei percorsi formativi corrispondenti a ciascuna disciplina che, dopo la consultazione negli organismi previsti dalla normativa, saranno deliberati dal Settore Formazione della Regione Toscana.

In questa fase si sta procedendo a redigere le schede relative ai profili professionali delle DBN da accreditare, anche tramite la convocazione dei tavoli delle associazioni e scuole regionali di ogni singola disciplina.

Si stanno inoltre attivando le procedure necessarie per provvedere al rinnovo del "*Comitato regionale per le discipline del benessere e bio-naturali*", previsto all'art. 4 della citata L.R. 2/2005.

## **Accreditamento Regionale ECM degli eventi formative in MC**

Dal 2005 sono accreditati ECM a livello regionale gli eventi formativi in MC promossi dalle Aziende sanitarie e ospedaliere della Toscana e si sta ora procedendo all'accREDITAMENTO e verifica degli istituti di formazione extrauniversitari pubblici e privati relativo alle medicine complementari (ex Legge Regionale n°9 del 19 febbraio 2007 e protocollo d'intesa 8 aprile 2008).

Tra gli eventi formativi di MC maggiormente significativi che si sono realizzati nel corso di questi anni ricordiamo:

- Corso rivolto a medici e infermieri dell'Ospedale Campo di Marte di Lucca (Lucca 2004-2005)
- Corso per i farmacisti (Lucca 2002; Firenze 2010)
- Corsi di aggiornamento per erboristi (Empoli 2004-2009)
- Corso di MTC per il parto fisiologico rivolto alle ostetriche (Prato 2009)
- Corso per gli specialisti ambulatoriali di area vasta (Firenze 2010; Arezzo 2011; Lucca 2011)

## **Corsi e Master Universitari in Medicina Complementare in Toscana (2006-2011)**

Sono numerosi i corsi di formazione di base e master universitari realizzati nel corso di questi anni nelle 3 università toscane:

- Facoltà di Farmacia dell'Università di Firenze (2006-2007)  
Master II livello in Fitoterapia Tradizionale Cinese
- Facoltà di Medicina dell'Università di Firenze (2006-2008)  
Master II livello in Agopuntura e Medicina Tradizionale Cinese
- Facoltà di Medicina dell'Università di Firenze - Polo Universitario di Empoli (2007-2008)  
Master II livello in Fitoterapia Clinica
- Facoltà di Medicina, Università di Siena (2009-2010)  
Master II livello in Medicina Integrata
- Facoltà di Farmacia dell'Università di Pisa (2008-2010)  
Master I livello in piante aromatiche e medicinali
- Facoltà di Medicina dell'Università di Firenze (2011 – 2012)  
Master di Medicina Naturale

Attualmente i corsi di formazione di base realizzati da scuole private di medicina complementare in Toscana sono i seguenti, con il numero degli allievi:

- Scuola di agopuntura di Firenze: n. allievi 60
- Scuola di omeopatia classica M. Garlasco – Associazione Lycopodium di Firenze: n. 30
- Scuola di omeopatia ALMA di Lucca: n. 20
- Scuola di omeopatia ALMA di Follonica: n. 10
- Corso di medicina complementare ASL Massa: n. 50
- Corso di omeopatia veterinaria Scuola "Rita Zanchi" di Cortona (Ar): n. 20
- Scuola di omeopatia classica di Pisa: n. 15
- Corso di omeopatia SIOMI-Ordine dei farmacisti di Firenze: n. 40

- Scuola di omeopatia clinica per veterinari dell'Istituto Zooprofilattico e Sperimentale di Lazio e Toscana: (sono in corso le iscrizioni)

### **Accreditamento istituti di formazione in MC**

Nel 2010 è iniziata la procedura di accreditamento regionale degli istituti di formazione in medicina complementare della Toscana.

Sono accreditabili presso la Regione Toscana gli istituti di formazione extrauniversitaria pubblici o privati che adempiano a quanto previsto dalla L.R. 9/2007, dal Protocollo d'intesa sottoscritto in data 8 aprile 2008 tra la Regione Toscana, la Federazione Regionale degli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri, la Consulta Regionale degli Ordini dei farmacisti della Toscana e la Federazione Regionale Toscana degli Ordini Provinciali dei medici veterinari, e dalla delibera G.R. n.993 del 09.11.2009.

Gli istituti di formazione extrauniversitaria pubblici e privati che richiedano l'accREDITAMENTO nell'ambito dell'insegnamento delle MC, di cui alla Legge Regionale n° 9 del 19 febbraio 2007 e al Protocollo d'intesa 8 aprile 2008, devono presentare apposita domanda alla Regione Toscana, Direzione generale Diritto alla salute e Politiche di solidarietà, compilando i moduli allegati al presente modello in relazione alla Medicina Complementare insegnata e al profilo professionale oggetto dell'insegnamento.

È compito della Regione Toscana attivare funzioni di verifica sull'attività formativa svolta dagli istituti di formazione extrauniversitaria accreditati e potrà revocare l'accREDITAMENTO concesso all'istituto di formazione qualora vengano meno le condizioni previste dal presente modello o qualora i programmi didattici presentati non vengano rispettati.

Gli istituti di formazione allegano alla presente documentazione:

1. atto costitutivo dell'istituto di formazione extrauniversitaria pubblico e privato
2. statuto dell'istituto di formazione extrauniversitaria pubblico e privato
3. regolamento interno
4. programma del corso di formazione di Medicina Complementare
5. autocertificazione assenza conflitto di interessi

Nel modulo da compilare sono previste varie voci che permettono di valutare la struttura dell'istituto di formazione, l'esperienza lavorativa e di insegnamento dei docenti, gli argomenti del programma.

Nel corso dell'ultima riunione della Commissione regionale per la formazione in MC (18 febbraio 2011) sono state valutate le prime domande di accREDITAMENTO ad oggi pervenute, in assenza di eventuali componenti della Commissione personalmente interessati all'esito della valutazione.

Sono stati al momento accREDITATI:

- Associazione Lycopodium, Firenze (*Omeopatia rivolta a medici chirurghi e odontoiatri; Omeopatia rivolta a medici veterinari*)
- Scuola Superiore Int. di Medicina Veterinaria Omeopatia "Dott. Rita Zanchi", Arezzo (*Omeopatia rivolta a medici veterinari*)
- Scuola di agopuntura tradizionale della città di Firenze (*Agopuntura rivolta a medici chirurghi e odontoiatri; Agopuntura rivolta a medici veterinari*)



## **Alcune conseguenze dell'accreditamento regionale degli istituti di formazione in MC**

- I "diplomati" ai corsi di MC possono ricevere un "attestato di competenza" alla fine del corso, avendo superato l'esame.
- Il titolo è erogato dalle scuole accreditate con la dicitura: "il titolo consente l'iscrizione del medico (odontoiatra, farmacista, veterinario) all'elenco depositato presso l'ordine professionale di appartenenza, secondo le modalità previste dalla legge Regionale 9/2007 e relativi atti attuativi".
- Gli iscritti agli elenchi dell'Ordine possono poi partecipare ai bandi di concorso che consentono di assegnare incarichi come "medico specialista ambulatoriale esperto in MC" nei centri pubblici di Medicina Complementare nelle ASL della regione.
- Gli allievi dei corsi di formazione triennali in MC dovrebbero essere esentati dall'acquisire i crediti ECM annuali per la durata del corso (3 anni). La procedura di esenzione è in corso d'opera.

## **Progetti regionali di formazione e ricerca**

Sono stati realizzati o sono in corso di realizzazione alcuni progetti regionali che coinvolgono le strutture territoriali della Rete di medicina Integrata e le strutture regionali di riferimento per queste tematiche.

*1 Gruppo di lavoro regionale su: "Medicine Complementari in Oncologia", promosso dall'Istituto Toscano dei Tumori e dalla Rete Toscana per la Medicina Integrata.*

Considerata la diffusione del ricorso alla MC in ambito oncologico, la Rete Toscana Medicina Integrata (RTMI) ha elaborato un progetto (in corso) che riguarda:

- Analisi della letteratura scientifica (2005–2009) e valutazione delle esperienze cliniche circa l'uso delle Medicine Complementari in Oncologia e del campo di applicazione delle terapie complementari nel trattamento delle patologie oncologiche, sulla base di prove di efficacia riscontrate in letteratura e in esperienze consolidate.
- Individuazione di prove di efficacia EBM dell'uso delle MC nel trattamento dei tumori: le ricerche saranno classificate con la scala prevista dal Progetto Nazionale Linee Guida aggiornato al 2009, fatto proprio anche dall'Istituto Toscano Tumori.
- Formazione degli operatori sanitari impegnati in oncologia.
- Diffusione dell'uso di quelle metodiche di MC dimostrate utili in oncologia all'interno delle strutture sanitarie pubbliche.
- Diffusione dell'informazione circa i costi/benefici riguardo all'uso delle MC fra i pazienti oncologici attraverso le sedi dell'Istituto Toscano Tumori decentrate sul territorio.

A partire da questo lavoro, dal 26 ottobre 2010 è attivo presso la Zona distretto della ASL 2 Lucca l'Ambulatorio di *Medicine complementari e alimentazione in oncologia* promosso dall'Ambulatorio di omeopatia e dall'U.O. Oncologia dell'Azienda USL 2 Lucca. Scopo dell'attività clinica svolta è l'utilizzo delle Medicine Complementari e dell'alimentazione per ridurre gli effetti avversi del trattamento anti tumorale, e migliorare la qualità di vita dei pazienti oncologici.

Un analogo ambulatorio che utilizza prevalentemente la fitoterapia è stato realizzato da pochi mesi anche presso l'ASL 11 di Empoli.

2) *Corso Regionale “Rischio Clinico e sicurezza del paziente in Medicina Complementare” organizzato dalla Rete Toscana di Medicina Integrata e dal Centro Regionale per la gestione del Rischio Clinico.*

È stato organizzato un Corso regionale obbligatorio per gli operatori del settore accreditato ECM (ottobre 2009), per la valutazione e il monitoraggio del rischio clinico nelle procedure diagnostiche terapeutiche in Medicine Complementari applicate presso le strutture pubbliche della Toscana.

Gli obiettivi principali sono stati:

- La valutazione e la gestione del rischio clinico per la prevenzione di eventi avversi alle terapie complementari
- Garantire la sicurezza dei pazienti visitati presso le strutture pubbliche (inizialmente) di Medicina Complementare.

3) *Le Medicine Complementari a sostegno del parto naturale*

Il corso di formazione “Partorire con energia” ha consentito alle ostetriche toscane di apprendere le tecniche di medicina tradizionale cinese (massaggio cinese *Tuina*, automassaggio, moxibustione, fiori di prugna, semi di colza, stimolazione di punti auricolari e esercizi di *Qigong*) per la preparazione dell’operatore.

Sulla base di questa esperienza si intende promuovere un nuovo corso di formazione nei principi della medicina tradizionale cinese, dell’omeopatia e della fitoterapia, applicate in ostetricia, per potenziare le risorse della donna favorendo azioni di gestione della propria salute, e che fornisca un aggiornamento sulle tecniche di MTC e l’informazione sull’uso dei farmaci omeopatici per promuovere il parto fisiologico e permettere l’assistenza al post-partum e al puerperio e sostenere l’allattamento al seno, sulle reazioni avverse e l’interazione dei fitoterapici con i farmaci convenzionali.

### **Costituzione del Gruppo interregionale Medicine Complementari presso la Commissione Salute**

La Commissione Salute della Conferenza Stato – Regioni del 22 febbraio 2007 ha deciso di istituire un Gruppo tecnico interregionale permanente sul tema delle Medicine Complementari, sulla base di un documento presentato dai rappresentanti di un gruppo di regioni ed elaborato nel corso del 2006.

I principali temi affrontati sono stati la ricerca, la regolamentazione della formazione in Medicine Complementari. Il Gruppo tecnico interregionale permanente Medicine Complementari è stato nuovamente costituito anche in questa legislatura ed è stato confermato il coordinamento da parte della Regione Toscana (Dott.ssa Sonia Baccetti). A breve la prima riunione del gruppo tecnico Medicine Complementari.



***SESSIONE III***





## L'Agopuntura nella riabilitazione neuromotoria: case report

*Fabrizia Russo, Giuseppe Quaglia*

*Geriatra S.C. Riabilitazione Ospedale Cottolengo, Torino*

I pazienti affetti da patologie neurologiche che afferiscono alle strutture riabilitative sono spesso portatori di gravi disabilità, talora instabili sul piano clinico. Necessitano, oltre che di terapia medica per quanto riguarda le patologie internistiche, di un programma riabilitativo neuromotorio completo ed integrato per consentire la miglior ripresa dell'autonomia. Sovente tuttavia tali pazienti, per lo più anziani ed affetti da comorbidità, non riescono ad ottenere un recupero soddisfacente e vanno incontro a cronicizzazione.

È in queste situazioni che può svolgere un importante ruolo di supporto l'agopuntura, che viene impiegata da oltre duemila anni in Cina ed altri paesi dell'Asia per migliorare la qualità di vita e favorire il recupero del paziente in numerose patologie, tra cui lo stroke.

Il *case report* in questione riguarda una paziente di 86 anni, affetta da ipertensione arteriosa e fibrillazione atriale, ricoverata presso il reparto di Recupero e Rieducazione funzionale dell'ospedale Cottolengo per la comparsa di emiplegia facio-brachio-crutale sinistra in seguito ad ictus ischemico in sede fronto-parietale destra e cerebellare sinistra con trombosi dell'arteria carotidea interna destra.

L'eziopatogenesi per la Medicina Tradizionale Cinese è quella dello *Zhong Feng*, il grande colpo di Vento: una massiva fuga di *Yang* con Vento e Calore, che non più trattenuto in basso dallo *Yin*, andato incontro a progressiva consunzione, sale impetuosamente verso l'alto fino a raggiungere il capo, determinando perdita di coscienza, confusione ed emiplegia.

La paziente è stata trattata con terapia farmacologica: antipertensiva, con digitale, antalgica, antidepressiva, gastroprotettiva, antiaggregante e con eparina a basso peso molecolare.

A meno di un mese dall'episodio ictale è stato iniziato un programma di riabilitazione neuromotoria con tecnica Bobath, logopedica e di assistenza riabilitativa. La paziente è stata inoltre sottoposta ad un ciclo di sedute di agopuntura trisettimanali per un periodo superiore ai tre mesi.

All'esame obiettivo all'ingresso, la paziente si presentava vigile, lucida e collaborante, in condizioni generali scadute e discreto compenso cardio-respiratorio, pur persistendo la

fibrillazione atriale, con plegia completa degli arti di sinistra, flaccidità, *hemineglect* sinistro e mancato controllo del tronco.

Durante le varie sedute di agopuntura sono stati scelti alcuni tra i seguenti punti di agopuntura somatica:

1. LI 15, TE 14, EX *Jianzhong*, LI 14, LI 11, LI 10, TE 5, LI 4, LI 5, LU 9, LU 10, SI 3, EX *Baxie*, PC 6, HT 7 per l'arto superiore
2. GB 30, GB 29, GB 31, GB 34, GB 39, BL 36, BL 40, BL 57, BL 60, SP 6, SP 9, SP 10, ST 34, ST 36, ST 41, KI 3, KI 6, LR 3, EX-*Bafeng* per l'arto inferiore,
3. associati alla linea motoria controlaterale della craniopuntura.

Tali punti venivano scelti in base al quadro clinico ed al recupero neuromotorio ottenuto. La stimolazione in riduzione dei punti, con manipolazione energica e ripetuta dell'ago, determinava la comparsa di movimenti involontari a livello degli arti plegici. Con l'aumentare del numero di sedute, tali movimenti, con appropriate facilitazioni, potevano essere riprodotti volontariamente dalla paziente, dopo la rimozione degli aghi, e venivano progressivamente acquisiti all'interno di uno schema neuromotorio locale.

Nel corso del trattamento si è assistito ad un incremento del tono muscolare, ad un graduale miglioramento della forza e del reclutamento muscolare raggiungendo una maggior ampiezza dei movimenti dell'emisoma sinistro, grazie alla possibilità di evocare componenti neuromotorie prima assenti.

Si è verificata inoltre una significativa riduzione dell'astenia della paziente, con possibilità di mantenere la posizione seduta in carrozzina per tempi più protratti e con maggior resistenza nell'affrontare le sedute di fisioterapia. Ciò ha permesso un'integrazione dell'agopuntura con il trattamento riabilitativo, raggiungendo così ottimi risultati.

Nonostante l'assenza di chiare evidenze in letteratura internazionale nell'impiego dell'agopuntura negli pazienti colpiti da stroke, spesso riconducibile a studi non ben condotti o viziati da errori metodologici, l'esperienza clinica personale incoraggia l'impiego dell'agopuntura sia somatica che cranica in un programma riabilitativo neuromotorio in esiti di ictus. Trattasi di un trattamento lungo, che andrebbe intrapreso il più precocemente possibile, compatibilmente con le condizioni generali del paziente, che necessita di sedute frequenti e richiede collaborazione da parte del paziente, peraltro gratificato dall'apprezzabile miglioramento clinico.



## **Integrazione della diagnosi auricolare nella pratica clinica**

***Marco Romoli***

*Vice-presidente SIRAA - Società Italiana Agopuntura, Auricoloterapia e Riflessoterapia*

In un'epoca caratterizzata dall'enorme sviluppo in campo biomedico delle tecniche diagnostiche strumentali e di laboratorio sembra fuori posto e irrazionale proporre al medico l'esame del padiglione auricolare per comprendere meglio i disturbi dei propri pazienti. È anche vero però che la facilità di accesso e l'alta affidabilità di queste tecniche ha creato una dipendenza nel medico che tende a spendere sempre meno tempo nell'esame clinico e nel colloquio con il malato. La diagnosi auricolare presentata in questo convegno rappresenta una proposta di integrazione nell'esame del paziente e si basa essenzialmente sull'ispezione del padiglione, la ricerca dei punti sensibili con un algometro a molla (*palpeur*) e la ricerca dei punti elettrici a minore resistenza elettrica. Da questa combinazione di metodi si possono ottenere i seguenti vantaggi:

1. una visione olistica del malato con un'attenzione particolare per le disfunzioni vegetative e i disturbi psicosomatici che in genere non possono essere rilevati con le tecniche su citate
2. l'individuazione dell'organo o dell'apparato più fragili dal punto di vista funzionale e quindi più soggetti nel tempo ad ammalarsi
3. l'individuazione di tendenze o predisposizioni per certe patologie anche in assenza di sintomi specifici come l'allergia, la depressione, l'ipertensione etc.

Esistono evidentemente alcuni fattori che condizionano l'attendibilità della diagnosi auricolare e la sua integrazione nella pratica clinica corrente:

1. la diagnosi è prevalentemente di tipo topografico cioè segnala al medico che in un certo distretto o apparato c'è una qualche disfunzione o disarmonia. Il rilevamento per esempio nella zona di rappresentazione somatotopica dello stomaco di una iperemia della radice dell'elice o l'identificazione nella stessa area di un punto sensibile alla pressione con l'algometro o di un punto a minore resistenza elettrica può suggerire la presenza di una disfunzione o di una lesione gastrica, ma non sarà in grado di indicare

se si tratta di una dispepsia, di una gastrite o di un'ulcera gastro-duodenale. È evidente che sono necessarie sufficienti conoscenze mediche e l'eventuale richiesta di altri accertamenti come la gastroscopia, il test per l'*Helicobacter Piloni*, un'ecografia dell'addome superiore etc. per una definizione diagnostica

2. la possibilità di falsi positivi o negativi nella diagnosi auricolare. Mentre il falso positivo (sintomo assente e orecchio positivo all'esame) rappresenta un'eventualità meno frustrante per il medico, trovare un falso negativo (sintomo presente e orecchio negativo) richiede sempre uno sforzo diagnostico ulteriore e un'anamnesi allargata ai seguenti fattori:

- l'assunzione di farmaci come i FANS, le benzodiazepine, i corticosteroidi etc. che interferiscono sul rilevamento dei punti soprattutto con l'algotmetro e l'apparecchio elettrico
- la presenza di lesioni del sistema nervoso centrale e periferico che inibiscono i riflessi auricolari alla base della diagnosi e la terapia auricolare
- la presenza di spine irritative (foci dentari, cicatrici, piercing auricolari etc.)
- la presenza di disturbi psichiatrici
- la presenza di malattie organiche croniche irreversibili

Per quanto riguarda il valore diagnostico dei punti e delle aree auricolari identificate con i metodi su esposti sono importanti i seguenti requisiti (almeno uno di tre) per la diagnosi:

- l'area deve contenere almeno due alterazioni cutanee o due punti vicini molto sensibili alla pressione o con ridotta resistenza elettrica
- almeno due alterazioni cutanee o due punti molto sensibili o con ridotta resistenza elettrica devono essere localizzati sulla stessa linea secondo il principio di Nogier o sullo stesso settore del Settogramma
- le alterazioni cutanee sono sensibili alla pressione.





## Medicina Ayurvedica: dalla diagnosi dello squilibrio alla prevenzione

*Alberto Chiantaretto*

*Responsabile scientifico Centro Studi Ayurvedici Abhayadana, Torino*

1) La medicina ayurvedica - Ayurveda = conoscenza della longevità - interpreta la salute in termini di equilibrio dei tre elementi/funzioni principali chiamati *dosha* e delle loro funzioni specializzate (*subdosha* o *upadosha*) e la malattia come squilibrio di uno o due o tutti e tre i *dosha*, naturalmente in presenza di un agente patogeno che determini il localizzarsi del processo in una sede circostanziata, in un organo o in un apparato. Quindi: equilibrio dei *Dosha* → "salute"; squilibrio dei *Dosha* → "malattia".

Squilibrio dei *dosha* (che si verificano prima del manifestarsi della malattia conclamata) e sua localizzazione (malattia conclamata) riconoscono una evoluzione in stadi successivi della patogenesi.

Per l'ayurveda - conoscenza della longevità e quindi tentativo di realizzarla - prevenire vuol dire identificare almeno tre *steps* (almeno a livello individuale):

a) clinico diagnostico:

1. identificare la costituzione dell'individuo e mantenere l'equilibrio dei *dosha*;
2. identificare il/i *dosha* squilibrato/i → diagnosi "precoce".

b) intervento (fitoterapia, terapie fisiche, alimentazione, regole igieniche e di comportamento).

c) consapevolezza dell'individuo.

L'intervento ha come scopo quello di ristabilire l'equilibrio e mettere l'individuo, prima ancora che paziente, nelle migliori condizioni per rispondere all'azione dell'agente o della situazione patogena e di renderlo consapevole di come sia possibile badare al proprio benessere.

2) La medicina ayurvedica comprende nella sua diagnostica oltre che metodi comuni ad altri sistemi medici - osservazione (*darshana*), palpazione (*sparshana*), interrogazione (*prashna*) - anche l'esame del polso, la tecnica più caratterizzante della sua diagnostica: è infatti quello che permette l'identificazione dello stato di equilibrio del paziente e delle alterazioni dei *dosha*.

3) I 5 elementi fondamentali (stati allotropici) della materia):

**SPAZIO** - ciò che separa la materia

**ARIA** - stato gassoso della materia (mobilità)

**FUOCO** - conversione → solido-liquido-gas (trasformazione)

**ACQUA** - stato liquido della materia (fluidità)

**TERRA** - stato solido della materia (stabilità)

entrano nella composizione di tutti gli esseri viventi costituendo i tessuti - *dhatu*: chilo - sangue - tessuto muscolare - tessuto osseo - tessuto adiposo - tessuto nervoso e midollare - tessuto riproduttivo.

Gli organi, gli apparati e i *dosha* che costituiscono i principi della fisiopatologia (in equilibrio = fisiologia; in squilibrio = patologia) sono caratterizzati da una componente quantitativa e da una componente funzionale.

**spazio + aria** → **VATA** (attivante, dinamico, movimento) = *catabolismo*

**fuoco + acqua** → **PITTA** (equilibrante, trasformativo), energia di trasformazione processi termogenici = *metabolismo*

**acqua + terra** → **KAPHA** (conservativo stabilizzante) stabilità e lubrificazione = *anabolismo-equilibrio*

Qualsiasi cibo - costituito da tutti e cinque gli elementi fondamentali presenti in natura - nel processo metabolico diventa chilo - *rasa*, il primo tessuto che è il primo nutrimento di tutti gli altri tessuti, che si formano in successione. Se *rasa* possiede in modo equilibrato tutto il nutrimento richiesto per ogni tessuto (frutto di una alimentazione corretta), allora contiene tutti e cinque gli elementi fondamentali.

4) Con l'esame del polso radiale identifichiamo la condizione di *rasa* e di tutti gli altri tessuti che sono formati come risultato del processo metabolico dell'organismo. Di conseguenza, attraverso l'analisi del polso si acquisiscono informazioni non solo rispetto al metabolismo, ma anche alle condizioni di tutti i *tessuti* e dei *dosha* e quindi al loro eventuale squilibrio. Di qua l'importanza dell'esame del polso.

*Rasa* trasporta sempre i cinque elementi fondamentali *mahābhūtā*. Di questi dal più leggero al più pesante abbiamo: spazio, aria, fuoco, acqua e terra.

Ognuno di questi elementi possiede una sua propria ed unica caratteristica che riflettono in *rasa* proprio perché esso li contiene tutti.

Sono quindi dotati di cinque diversi tipi di movimento.

Gli elementi che costituiscono *vāta*, *spazio + aria*, non hanno peso: la caratteristica del suo movimento è l'irregolarità e leggerezza.

*Pitta* è composto da fuoco e acqua, presenta un movimento pulsante.

*Kapha*, composto da acqua e terra, avrà un movimento stabile, pesante e lento.

Di conseguenza, attraverso l'analisi del polso si percepiscono le condizioni dell'organismo in quel preciso momento (come verrà esemplificato).



## **L'Agopuntura nel rivolgimento fetale**

**G. Airola, G. Allais, P. Borgogno, P. Schiapparelli, M.G. Terzi, I. Neri\*, F. Facchinetti\*, C. Benedetto**

*Dipartimento di Discipline Ostetrico-Ginecologiche dell'Università di Torino*

*\*Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia dell'Università di Modena, Reggio Emilia*

La presentazione podalica del feto al termine della gravidanza rappresenta un'indicazione elettiva all'espletamento del parto mediante taglio cesareo in molti paesi occidentali (1). Un'alternativa potrebbe essere rappresentata dal ricorso al rivolgimento esterno manuale che comporta non pochi rischi e suscita notevole riluttanza nelle pazienti (2). In caso di presentazione podalica del feto, la Medicina Tradizionale Cinese si avvale della stimolazione del punto BL 67 *Zhiyin* mediante moxibustione, agopuntura o entrambe (3-4).

Scopo del presente lavoro è stato quello di verificare, sulla popolazione occidentale, con metodica randomizzata e controllata, l'efficacia dell'agopuntura più moxibustione sul punto BL 67 nel rivolgimento dei feti in posizione podalica fra la 33<sup>a</sup> e la 35<sup>a</sup> settimana di gestazione.

Sono state reclutate 164 pazienti italiane che presentavano il feto in posizione podalica fra la 33<sup>a</sup> e la 35<sup>a</sup> settimana di gestazione seguite presso le Cliniche Ostetrico Ginecologiche delle Università di Torino e Modena, Reggio Emilia.

Criteri di inclusione sono stati la disponibilità ad entrare nello studio, razza caucasica, età gestazionale fra 33 e 35 settimane. I criteri di esclusione prevedevano progressi interventi chirurgici a carico dell'utero, malformazioni uterine o fetali, anche su base genetica, rischio di parto pretermine, gravidanze gemellari, alterazioni dei parametri biometrici fetali, patologie renali o cardiache materne. Previa conferma ecografica che escludesse posizioni oblique o trasverse, ciascuna paziente è stata assegnata da un computer ad uno di due gruppi secondo un criterio di randomizzazione: il gruppo A sarebbe stato sottoposto a sedute di agopuntura più moxa, ed il gruppo B, di controllo, avrebbe ricevuto solo le attenzioni che sono normalmente previste in questa fase della gravidanza.

L'obiettivo primario consisteva nella valutazione della presentazione alla nascita. Le pazienti del gruppo A sono state sottoposte ad agopuntura e moxibustione, bilateralmente,

sul punto BL 67. L'infissione è stata effettuata ad una profondità di circa 2-3 mm. con aghi sterili e monouso del diametro di 0,3 mm lasciati in situ per 20'.

Lo stimolo termico della moxa è stato erogato alternativamente sui due lati ogni 2' circa in base alla sensibilità al calore della paziente, per tutta la durata della seduta. Il trattamento è stato somministrato sempre con le medesime modalità e sempre dallo stesso medico relativamente alle due equipe. La sessione terapeutica veniva ripetuta, se necessario, sulla base dell'ecografia di controllo effettuata prima di ogni sessione terapeutica, fino a due volte alla settimana per due settimane. Al termine si provvedeva alla registrazione di un cardiocogramma della durata di 30' e venivano monitorate pressione arteriosa e frequenza cardiache materne.

L'analisi statistica è stata condotta utilizzando un programma denominato STATA 7. La valutazione degli effetti è stata descritta in termini di rischio relativo (RR) con un intervallo di confidenza del 95% (IC). Per comparare le variabili continue è stato usato un t-test. I drop-out sono stati 6 nel gruppo A e 5 nel gruppo B: i risultati sono quindi da riferirsi a 76 pazienti per il gruppo A e 77 pazienti per il gruppo B. I due bracci sono risultati omogenei per età materna, età gestazionale all'inclusione e parità, nonché per parametri fetali, localizzazione placentare ed AFI. Alla nascita 34 feti nel gruppo A e 49 nel gruppo B erano podalici. La percentuale dei rivolgimenti era nettamente più alta nel gruppo A (53,9%) che nel gruppo di controllo (36,4%) ( $p=0.03$ ). Per quanto riguarda la sicurezza, durante il trattamento agopunturale non sono state registrate anomalie a carico del battito cardiaco fetale, contrazioni uterine pretermine, né alterazioni cardiovascolari materne.

Per concludere, il nostro lavoro dimostra una percentuale significativamente maggiore di rivolgimenti nelle pazienti sottoposte ad agopuntura e moxa rispetto ai controlli ed una assoluta sicurezza della metodica.

## **Bibliografia**

1. **Kauppila O.** *The perinatal mortality in breech deliveries and observations on affecting factors: a retrospective study of 2227 cases.* Acta Obstet Gynecol Scand 1975;39:1-79.
2. **Hoffmeyer GJ.** *External cephalic version for breech presentation before term.* (Cochrane Review). In: the Cochrane Library, Issue 1. Oxford: Update Software, 1999.
3. **Xia G, Guo H, Shi Y, Li P. eds** " *Concise Traditional Chinese Gynecology*" N. Jiangsu Science and Technology Publishing House, Nanjing, China, 1988.
4. **Hou J, Guo S, Zhao X, Li G, Geng C. eds** " *Acupuncture and Moxibustion Therapy in Gynecology and Obstetrics*" Beijing Science & Technology Press, Beijing, China, 1995.



***SESSIONE IV***





## **Il ginkgolide b nella trattamento dell'emicrania in età pediatrica**

*Susanna Usai, Licia Grazi, Gennaro Bussone*

*Fondazione IRCCS Istituto Neurologico C. Besta, Milano*

### **Introduzione**

La cefalea è una delle condizioni più comuni che affliggono bambini e adolescenti nei paesi industrializzati, con una prevalenza variabile dall'8% al 60%, con un impatto negativo sulla scuola e l'attività sociale [1]. Il trattamento dell'emicrania in età pediatrico-giovanile si basa principalmente sull'eliminazione di fattori scatenanti, su abitudini di vita regolari. Spesso i genitori preferiscono un trattamento non farmacologico per i figli, limitando l'assunzione di farmaci sintomatici all'attacco di emicrania. Tra gli approcci non farmacologici fino ad ora, il pidolato di magnesio è stato usato con successo per il trattamento dell'emicrania nei giovani pazienti [2]. Pochi studi hanno confrontato il trattamento farmacologico con quello non farmacologico [3]. In età pediatrico-giovanile è importante avere a disposizione delle possibilità terapeutiche senza effetti collaterali.

Ginkgolide B, estratto dalle foglie di ginkgo biloba, è dotato di azione anti PAF (fattore di attivazione delle piastrine). Il PAF è un potente agente pro infiammatorio e nocicettivo rilasciato durante il processo infiammatorio. Ginkgolide B modula l'azione del glutammato, il principale neurotrasmettitore eccitatorio del sistema nervoso centrale [4]. Sulla base di questa evidenza, si è proposto di determinare l'efficacia di ginkgolide B come trattamento preventivo in un gruppo di giovani pazienti affetti da emicrania senza aura (EsA).

### **Pazienti e metodi**

Per questo studio prospettico in aperto sono stati arruolati 30 giovani pazienti affetti da EsA, diagnosticata secondo i criteri dell'International Headache Society (IHS) [5], afferenti al Centro Cefalee dell'Istituto Neurologico Besta. I pazienti sono stati trattati con l'associazione di Ginkgolide B 80 mg, coenzima Q10 20 mg, vitamina B2 1,6 mg e 300 mg di magnesio in somministrazione orale, al mattino e alla sera, ai pasti, per 3 mesi. Frequenza, durata, gravità degli attacchi e numero di analgesici assunti sono stati annotati nel diario della cefalea nel mese precedente l'inizio della terapia e durante il periodo di trattamento. Sono state programmate visite di Follow-Up a 3, 6 e 12 mesi dopo la visita di screening.

### **Risultati**

Hanno partecipato allo studio 30 pazienti (18 femmine e 12 maschi, età media

13,5±2,2). Le caratteristiche cliniche erano: durata media di malattia 3,4±2,4 anni, frequenza mensile 8,7±7 giorni, numero medio di farmaci/mese 5,2±4,4. Diciotto pazienti (60%) hanno già raggiunto i 12 mesi di follow-up. La frequenza mensile è risultata notevolmente ridotta dopo 3 mesi di trattamento (da 7,7±4,7 a 1,9±1,9), con una riduzione del numero di analgesici da 6,2±4,9 a 0,4±0,8.

Il trattamento è stato ben tollerato e la compliance è stata buona: i pazienti (e anche i genitori) hanno riportato un sostanziale miglioramento clinico. Nessuno dei pazienti ha riferito un peggioramento dell'emicrania.

## **Conclusioni**

Sebbene i dati raccolti riguardino un piccolo gruppo di pazienti e lo studio sia stato condotto in aperto, il Ginkgolide B sembra essere efficace come trattamento di prevenzione nel ridurre la frequenza degli attacchi emicranici e l'uso di farmaci sintomatici in questo gruppo di bambini con cefalea primaria.

Quale sia il meccanismo di azione del Ginkgolide B nel migliorare l'emicrania in età giovanile non è completamente noto. Si ritiene che il principale effetto terapeutico possa essere dovuto alla modulazione e/o riduzione dell'effetto eccitatorio del glutammato sul sistema nervoso centrale [4]. Un altro effetto del Ginkgolide B è quello di ostacolare l'azione patologica del PAF, che in alcune circostanze, sensibilizza le terminazioni trigemino-vascolari e induce dolore [4].

Questo trattamento sembra confermarsi come una buona opzione per i pazienti affetti da EsA, in particolare in età pediatrica in cui sono ancor più necessarie terapie senza effetti collaterali [6,7].

## **Bibliografia**

1. Powers SW, Patton SR, Hommel KA, Hershey AD (2003) *Quality of life in childhood migraines: clinical impact and comparison to other chronic illnesses*. *Pediatrics* 112:e1-5
2. Grazzi L, Andrasik F, Usai S, Bussone G (2007) *Magnesium as a preventive treatment for paediatric episodic tension-type headache: results at 1-year follow-up*. *Neurol Sci* 28(3):148-50
3. Andrasik F, Grazzi L, Usai S, Bussone G (2007) *Pharmacological treatment compared to behavioural treatment for juvenile tension-type headache: results at two-year follow-up*. *Neurol Sci* 28(Suppl2):S235-8
4. D'Andrea G, Bussone G, Allais G, Aguggia M, D'Onofrio F, Maggio M, Moschiano F, Saracco MG, Terzi MG, Petretta V, Benedetto C (2009) *Efficacy of Ginkgolide B in the prophylaxis of migraine with aura*. *Neurol Sci* 30(Suppl 1):S121-4
5. **Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society**. *The International Classification of Headache Disorders* (2004) *Cephalalgia* 24(suppl.1):1-152
6. Usai S, Grazzi L, Andrasik F, Bussone G (2010) *An innovative approach for migraine prevention in young age: a preliminary study*. *Neurol Sci*;31 Suppl 1:S181-3
7. Esposito M, Carotenuto M (2010) *Ginkgolide B complex efficacy for brief prophylaxis of migraine in school-aged children: an open-label study*. *Neurol Sci* Sep 25





## **Il trattamento dell'enuresi tramite Agopuntura e Moxibustione**

**Giuseppe Lupi\*•, Manuela Cormio•**

\* *Docente Scuola Agopuntura C.S.T.N.F. - Torino*

◦ *Ambulatorio di Agopuntura per il trattamento dell'iperemesi gravidica e della nausea e vomito nei pazienti chemiotrattati, Ospedale Umberto Parini di Aosta*

L'enuresi, in cinese "Yi Niao" letteralmente "perdere urine", è una patologia pediatrica molto frequente; è definita come emissione involontaria di urina che si manifesta più di una volta al mese e in bambini di età superiore ai 5 anni, un'età in cui il controllo degli sfinteri dovrebbe essere acquisito. Questa capacità solitamente si verifica all'età di 3-4 anni anche se si può considerare normale un ritardo di questa acquisizione funzionale sino all'età di 5 anni.

Dal punto di vista diagnostico si può definire primaria quando non c'è il raggiungimento del controllo degli sfinteri e secondaria quando, dopo un periodo di normalità, si ritorna a un difetto con la perdita delle urine. I maschi risultano più colpiti delle femmine (2:1 dopo i 7 anni): nel 65% dei casi si tratta di enuresi notturna, nel 32% di enuresi notturna e diurna, nel 3% di enuresi diurna; interessa dal 6 al 10 % della popolazione infantile.

Nella grande maggioranza dei casi i bambini soffrono di enuresi primaria, solo una piccola parte, circa il 15%, soffre di disturbi secondari che solitamente si manifestano dopo i 6-7 anni, in questo caso, oltre a indagini diagnostiche appropriate per escludere patologie di altra natura, sono da considerare aspetti emotivi e psicologici che ricoprono una parte importante nello scatenare questo tipo di patologia. È da evidenziare che la prevalenza dell'enuresi è sovente associata a disturbi emozionali che spesso non vengono identificati e che, se presenti, hanno un'incidenza maggiore nelle femmine rispetto ai maschi.

La diagnosi differenziale va fatta nella forma secondaria, vanno esclusi l'infezione delle vie urinarie, il diabete insipido, il diabete mellito e l'anemia falciforme, inoltre vanno escluse le patologie neurologiche che possono alterare l'innervazione della vescica.

Tra gli esami è comunque sempre opportuno effettuare l'esame completo delle urine, l'urinocultura ed eventualmente gli esami radiografici che vanno effettuati quando l'anamnesi suggerisce la possibilità di una possibile malformazione delle vie urinarie.

Secondo la Medicina Tradizionale Cinese (MTC) una costituzione fisica debole è la causa principale dell'enuresi notturna nei bambini, i Reni vengono definiti "costituzionalmente in vuoto" non essendo così in grado di controllare i liquidi, né di fornire il *Qi* necessario alla Vescica: questa condizione può interessare sia lo *Yin* che lo *Yang* di Rene; in minor misura sono coinvolti anche il Polmone e la Milza e solo in alcuni casi questa patologia può essere ricondotta ad uno stato di eccesso, in particolare al Fuoco di Fegato.

I trattamenti della Medicina Tradizionale Cinese possono essere di vari tipi: Moxibustione, Massaggio, Digitopressione, Tuina e Agopuntura.

In Agopuntura i punti principali utilizzati sono punti che tonificano i Reni: KI 3, CV 4, punto di riunione dei Meridiani *Yin* della gamba, che tonifica il *Yuan Qi* di tutto il corpo; BL 23, che nutre il *Jing* di Rene; SP 6, punto di incrocio dei tre *Yin* del piede, che facilita la minzione e tonifica la Milza. Inoltre, nei differenti quadri sindromici, possiamo aggiungere:

- forme a primitivo interessamento renale e vescicale: BL 28 e CV 3, che promuovono le funzioni vescicali;
- forme con deficit dello *Yang* del Rene: GV 4, che tonifica la radice *Yang* del Rene;
- forme a primitivo interessamento polmonare: LU 7 e TE 9, che regolano i passaggi dell'acqua attraverso la "via delle acque";
- forme con interessamento cardiaco: HT 7, che fortifica lo *Shen* ed il *Qi* del Cuore;
- forme con deficit di *Qi*: CV 6 e GV 20, che promuovono il *Qi* e la funzione di risalita.

Ci sono numerose difficoltà nel valutare l'efficacia dell'Agopuntura nei lavori pubblicati in letteratura internazionale a causa dei gruppi di studio non omogenei e per il fatto che l'Agopuntura viene spesso somministrata in associazione con altre metodiche terapeutiche.

Un lavoro di Bower WF. e Diao M. (Auton Neurosci 2010) ha analizzato i lavori orientali ed occidentali dove l'agopuntura veniva confrontata con altre metodiche terapeutiche concludendo che l'efficacia maggiore veniva raggiunta nei gruppi dove l'Agopuntura veniva utilizzata insieme alle altre metodiche della MTC.



## **Allergie respiratorie in pediatria: il ruolo dell'omeopatia nell'approccio integrato alla cura**

**Luisella Zanino**

*Consigliere Nazionale SIOMI*

*Responsabile Scientifico Scuola Superiore di Omeopatia - SMB Italia*

L'omeopatia è particolarmente indicata in età pediatrica, età nella quale l'uso cronico di farmaci ponderali può avere conseguenze negative marcate e si è dimostrata efficace nella cura dei fenomeni allergici in generale e di quelli respiratori in particolare (oculorinite, asma). I livelli di intervento dell'omeopatia nelle malattie allergiche sono rivolti sia verso l'allergene sia verso i meccanismi patogenetici sia verso le peculiarità dell'individuo "bambino", rispettandone le caratteristiche.

La terapia omeopatica può essere proficuamente impiegata nelle allergie respiratorie del bambino, non solo permettendo di limitare l'uso di farmaci potenzialmente dannosi e riducendo le periodiche estenuanti recidive, ma soprattutto contrastando la cosiddetta "marcia allergica" e favorendo la remissione dei sintomi in età adulta.

### ***I livelli di intervento della Omeopatia nelle malattie allergiche***

- ***I° livello*** verso l'allergene (*isoterapia*)
- ***II° livello*** verso i meccanismi patogenetici
- ***III° livello*** verso il sintomo
- ***IV° livello*** verso il terreno individuale

#### ***I livello : verso l'allergene***

Rimedi preparati direttamente con l'allergene in causa (pollini di piante, di alberi, acari della polvere di casa, muffe, ecc.). Seguono il principio dell'identico e non del simile, per questo si definiscono ***isoterapici***

#### ***II livello: verso i meccanismi patogenetici***

Rimedi preparati con i mediatori dell'allergia, detti anche ***bioterapici*** (esempi: Histaminum, Poumon Histamine).

#### ***III livello: verso il sintomo***

I rimedi sintomatici, in omeopatia, possono dare grandi risultati, quando individualizzati (in omeopatia "modalizzati") al sintomo cosiddetto "attuale".

#### ***IV livello: verso il terreno individuale***

La terapia non dovrà soltanto mirare al trattamento degli episodi acuti ma anche a ridurre le recidive, agendo sull'aspetto cronico della malattia e portando a quella che in omeopatia, e non solo, rappresenta la "vera guarigione".

*Qualsiasi tentativo terapeutico solo sintomatico - pur indispensabile in fase acuta - è destinato al fallimento nei confronti delle ricadute continue della malattia.*

	TIPO DI INFIAMMAZIONE	TIPO DI TOSSE	SINTOMI CARATTERISTICI	MODALITA'
ANTIMONIUM TARTARICUM	Ipersecretiva	Catarrale	Pallore, dispnea, cianosi	< Sdraiato > Seduto
BRYONIA	Non ipersecretiva	Non catarrale	Iperpiressia ad insorgenza lenta, dolori sternali e toracici, sete intensa, sudorazione abbondante	< Movimento > Sdraiato sul lato dolente Riposo Pressione forte
FERRUM PHOSPHORICUM	Con tendenza emorragica e suppurativa	Accessionale, inizialmente non catarrale poi catarrale	Febbre poco elevata ad insorgenza lenta, alternanza pallore e congestione del volto, ipostenia, bruciore retrosternale	< Notte (4-6 a.m.)
HEPAR SULPHUR	Con tendenza suppurativa	Inizialmente non catarrale, poi catarrale	Raucedine con perdita della voce	< Aria fredda vento > Applicazioni locali calde
RUMEX CRISPUS	Non ipersecretiva	Non catarrale	Vellicchio alla fossetta giugulare	< Respirando aria fredda > Chiudendo bocca e naso
SPONGIA TOSTA	Non ipersecretiva	Non catarrale, con stridore laringeo	Brucciore retrosternale	< Prima di mezzanotte > Bevande calde
PULSATILLA	Ipersecretiva e non	Non catarrale la notte, catarrale di giorno	Pressione sul torace e sensazione di confusione	< Sera, stanza calda > Posizione seduta

### **Strategie nella terapia di terreno**

La scelta terapeutica può essere effettuata in base a:

- Inquadramento costituzionale (utile nei bambini)
- Studio del modello reattivo (miasma o diatesi)
- Individuazione del simillimum

La terapia di terreno, indirizzata al singolo individuo, vale a dire al malato e non alla malattia, sarà quella che potrà dare i migliori risultati.

### **Bibliografia**

1. **Borland DM.** *Tipologie pediatriche omeopatiche.* Salus Infirmorum, Padova, 2000
2. **Bourgarit R.** *Thérapeutique homeopathique de l'enfant.* Maloine, Paris, 1989
3. **Bourgarit R.** *Thérapeutique Homeopathique du nouveau-né et du nourisson.* Maloine, Paris, 1987
4. **Granata G.** *Omeopatia in Pediatria.* Raffaello Cortina, Milano, 1989
5. **Miccichè G.** *Omeopatia e Pediatria.* Tecniche Nuove, Milano, 1996
6. **Masci W.** *Omeopatia, tradizione ed attualità.* Tecniche Nuove, Milano, 1995
7. **Poncet JE.** *Homéopathie Pédiatrique: thérapeutique en pathologie aigue* Ed. Boiron, Lyon, 1991
8. **Trapani G, Zanino L.** *Nozioni essenziali di M.M. Omeopatia,* Tecniche Nuove, Milano, 2004
9. **Vallette AEM.** *Homéopathie Infantile,* Maisonneuve, Paris, 1974
10. **Vallette AEM.** *Homéopathie infantile pratique.* Maisonneuve, Paris, 1978



## **Il trattamento osteopatico del piede torto congenito in età pediatrica**

***Fulvio Mautino\**, *Luca Deidda*<sup>^</sup>**

*\*Osteopata, Specialista in Ortopedia e Traumatologia, Medicina Fisica e Riabilitazione*

*<sup>^</sup>Specialista in Chinesiologia preventiva e rieducativa, Osteopata*

*Professore a Contratto presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Pavia*

### ***Introduzione:***

Molte sono ormai le procedure standardizzate nei confronti della patologia da piede torto congenito, da quelle di contenzione gessata a quelle di ortopedia chirurgica.

Da alcuni anni, però, molti professionisti del settore tra cui il Prof. I. Ponseti hanno stabilito nuovi percorsi rieducativi funzionali meno invasivi rispetto al passato.

Il caso clinico proposto riguarda un neonato affetto da piede torto equino varo addotto supinato di III grado a sn e di II – III grado a dx con complicità displasica tibio peroneale distale e intrarotazione della tibia rispetto al femore di circa 70° a sn e 60° a dx, con la fortuna di avere padre e madre osteopati di elevata competenza e professionalità.

Il trattamento terapeutico a cui il soggetto in esame è stato sottoposto dal 1° giorno di vita extrauterina fino ad oggi.

Neonato (prime 4 settimane di vita extrauterina, infante fino all'anno poi bambino e infine adolescente) - (nato il 01/08/2008)

Scopo del trattamento:

- evitare l'intervento chirurgico proposto al 5 – 6° mese di vita extrauterina (tenotomia achillea)
- ridurre l'equinismo plantare -il varismo del retropiede- l'adduzione del meso piede
- riportare la normoposizione femoro tibiale (allineamento assile)
- rispettare i tempi legati al riflesso di raddrizzamento e all'inizio della marcia
- trattamento protratto fino alla scomparsa totale della patologia prima dei 24 mesi.

## **Materiali e metodi:**

- **podografo Bourdiol** per la valutazione dell'impronta podalica
- **oli essenziali** utili al massaggio podalico e al massaggio totale per migliorare la visco-elasticità dei tessuti muscolo-fasciali trattati con terapia manuale
- **tensoplast sport da 3 cm - strappal da 3 cm** utili per il bendaggio funzionale
- **bende ad elasticità elevata 140%** per il DREAM K
- **fascia** per la marsupioterapia
- **mani dell'operatore** per le tecniche osteopatiche fasciali e cranio sacrali.
- **tutore Ponseti** per la riduzione della displasia tibio peroneo podalica e della intrarotazione tibiale
- **tutore CELF** per la psicomotricità ludica (CELF acronimo degli inventori e del paziente)
- **piscina** per il miglioramento della flessibilità (mobilità articolare e scioltezza muscolare)

Le **metodologie** utilizzate sono state:

- **tecniche osteopatiche strutturali specifiche** per la displasia
- **osteopatia fasciale e cranio sacrale** per il mantenimento di un equilibrio visco-elastico tissutale a carico del mortaio tibio peroneo astragalico e del MRP
- **marsupioterapia** per la consapevolezza da parte del neonato dell'amore nei suoi riguardi
- **bendaggi funzionali** per mantenere l'effetto della terapia manuale
- **tutore Ponseti** per la contenzione statica
- **tutore CELF** per lo sviluppo psico motorio
- **acquaticità** per il benessere psico fisico del neonato e non solo.

## **Risultati e discussione:**

Vengono proiettate fotografie atte a testimoniare i risultati ottenuti durante il periodo terapeutico riabilitativo.

Questo caso è al momento unico per cui dati statistici per confrontare questa nuova metodica a quelle tradizionali non esistono. Però l'effetto reale dei miglioramenti funzionali sono eccezionali.

Lo studio longitudinale con controlli RX e valutazioni funzionali compiute sul neonato in esame dimostra l'efficacia del nuovo approccio terapeutico.



XI CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE:  
INTEGRAZIONE NELLA PRATICA CLINICA  
Torino, 2 APRILE 2011

## Medicina Cinese: il Tuina, una risorsa in pediatria

**Maria Grazia Terzi**

*Servizio di Agopuntura in Ginecologia ed Ostetricia, Università di Torino*

*Scuola Agopuntura C.S.T.N.F.*

La Medicina Cinese può offrire molto in termini di trattamenti efficaci in ambito pediatrico sia nel trattamento di numerose patologie sia nel sostegno alla costituzione e nella prevenzione della malattie o delle ricadute. In conseguenza dell'efficacia è possibile limitare il ricorso alle terapie farmacologiche. Per la cosmogonia cinese l'infanzia corrisponde alla primavera, al crescere dello *Yang* sullo *Yin*.

L'energia infantile è caratterizzata da repentini cambiamenti nello stato di salute: a quell'età ci si ammala rapidamente e spesso rapidamente si guarisce. Per questo si può intervenire con piccole e gentili manovre di *tuina*.

Principali indicazioni sono: inappetenza, coliche addominali, stipsi diarrea; raffreddori ricorrenti, tosse, catarro, asma; disturbi del sonno, pianto notturno, enuresi notturna; irrequietezza, iperattività; disturbi della pelle; ritardo nello sviluppo.

Il *tuina* viene praticato comunemente negli ospedali cinesi, la forma pediatrica si differenzia da quella per gli adulti, privilegiando alcune tipologie di massaggio: ad esempio movimenti di "impastamento" (*rou*) e movimenti di spinta (*tui*) in determinate zone o punti del corpo o lungo determinate linee. Si effettuano in genere 8-10 tecniche e ciascuna viene eseguita per circa 1-2 minuti, mentre la/il piccola/o paziente è adagiata/o sul lettino in posizione prona o supina, piuttosto che tenuta/o in braccio dalla persona adulta che l'accompagna in visita.

Le sedute hanno in genere cadenza settimanale o quindicinale. Se necessario ed opportuno coinvolgere i familiari, è possibile istruire all'esecuzione di alcune semplici manovre le persone adulte di riferimento. L'ordine della sequenza non è importante, mentre è necessario passare da una tecnica all'altra senza interruzioni, cosa che può essere fatta anche se la piccola/o paziente sta dormendo o nutrendosi. Benché alcuni soggetti non amino essere massaggiati, il *tuina* è semplice, efficace e produce risultati

anche se la numerosità limitata delle casistiche non ha ancora permesso una validazione scientifica della tecnica. Tuttavia, trattandosi di una tecnica di gestione di comuni disturbi dell'infanzia, sembra utile ricordare da un lato che ci si può rivolgere a questo approccio come si fa nei confronti delle indicazioni di puericultura, dall'altro bisogna considerare che il ricorso a trattamenti scientificamente pesanti come l'impiego di farmaci per correggere fragilità e disturbi funzionali rischia di provocare un danno iatrogeno. Quanto mai la sapienza pluricenteneria di questa disciplina va considerata nella sua accezione di rinforzo costituzionale e di sostegno alla salute presente e futura della/del piccola/o paziente.

Talvolta al massaggio possono essere abbinati alcuni semplici schemi di agopuntura. È indispensabile che la scelta delle manovre, di eventuali tecniche complementari (moxa, *guasha*) e dei punti segua coerentemente la formulazione di una diagnosi.

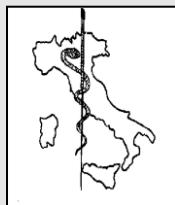
Anche il trattamento di base a scopo riequilibrante e preventivo segue il principio terapeutico di tonificare e regolare il *Jiao* medio, muovere gli accumuli, eliminare il Calore, trasformare il *Tan* (catarro) e rinforzare il *Qi* di Milza, Polmone e Rene.

Si distinguono quadri di deficit e di eccesso (da accumulo, come nell'adulto si parla di stasi, e qui si parla di ristagno di cibo più che di emozioni inesprese). I quadri da accumulo producono spesso Calore, con conseguente espressione di disturbi nella regolazione dei liquidi (stipsi) o di quadri dermatologici.

Anche il *Tan* può accumularsi e compromettere con la respirazione anche lo *Shen*. Per questo è importante risolvere questo quadro e aiutare l'organismo a meglio gestire la distribuzione dei fluidi.

In Italia la FISTQ (Federazione Italiana Scuole *Tuina* e *Qigong*) ha supportato l'ambulatorio milanese *Xiaoxiao*, diretto dalla dr.ssa Elisa Rossi, per l'attuazione di due progetti pilota, uno relativo all'applicazione del *tuina* pediatrico alla prevenzione delle recidive dei disturbi da raffreddamento (Paediatric Tuina and Acupuncture: *The Xiaoxiao Clinic in Milan in Journal of Chinese Medicine*, Number 85-October 2007) ed un secondo relativo all'applicazione del *tuina* pediatrico su iperattività e disturbi dell'attenzione, i cui risultati sono in corso di pubblicazione.





# F.I.S.A.

*Federazione Italiana delle Società di Agopuntura*

## CORSI DI AGOPUNTURA

La **Federazione Italiana delle Società di Agopuntura** - F.I.S.A. è nata nel 1987 ed attualmente rappresenta 20 Associazioni di Agopuntura, costituendo il principale centro di riferimento nel nostro Paese per questa metodica terapeutica, attualmente assai diffusa.

**ATTIVITÀ EDITORIALE:** La F.I.S.A. ha pubblicato il testo “**Agopuntura - evidenze cliniche e sperimentali, aspetti legislativi e diffusione in Italia**” edito dalla CEA, che illustra gli aspetti storico-tradizionali e scientifico-moderni dell’Agopuntura, per fornire alla classe medica ed alle Istituzioni Sanitarie informazioni su una disciplina spesso citata, ma ancora poco conosciuta per quanto riguarda le applicazioni cliniche ed i meccanismi di azione, malgrado la presenza di una rilevante documentazione sperimentale e clinica.

**FORMAZIONE DEL MEDICO AGOPUNTATORE:** In Italia finora se ne sono fatte carico essenzialmente Associazioni e Istituti privati, che in oltre trenta anni di attività hanno costituito esperti corpi docenti, i quali a loro volta hanno insegnato l’Agopuntura a migliaia di medici.

Dal 1995 le Scuole di Agopuntura aderenti alla F.I.S.A. hanno istituito un diploma unico, l’**Attestato Italiano di Agopuntura**, che intende garantire la qualità e l’omogeneità dell’insegnamento. Il conseguimento dell’Attestato permette l’iscrizione al **Registro dei Medici Agopuntori**.

I corsi F.I.S.A., che presentano programmi comuni, trattano sia gli aspetti tradizionali dell’Agopuntura, che quelli moderni, basati sulla medicina dell’evidenza e la sperimentazione scientifica. Il monte-ore prevede **480 ore** di lezioni teorico-pratiche articolate in **quattro anni** ed almeno **40 ore di tirocinio pratico** in regime di tutoraggio.

Sono inoltre previste sessioni di esami annuali e la discussione di una **tesi** di abilitazione finale, alla presenza di un delegato F.I.S.A., per un totale di **680 ore** di autoapprendimento, che portano il monte-ore totale a **1200 ore** complessive.

**RICERCA SCIENTIFICA:** La F.I.S.A. finanzia alcuni studi clinici e sperimentali, tra cui ricordiamo uno studio nazionale multicentrico randomizzato di fase IV sull’impiego dell’Agopuntura nel controllo dei sintomi della sindrome climaterica.

**ECM:** La F.I.S.A. e la maggior parte delle Associazioni e delle Scuole di Agopuntura aderenti sono registrate presso il Ministero della Sanità come **Enti organizzatori di eventi formativi** nell’ambito della Educazione Continua in Medicina (ECM); gli eventi di Agopuntura che sono stati sottoposti a valutazione hanno ottenuto l’assegnazione di crediti formativi da parte del Ministero, in base alla loro durata ed alla loro qualità



---

## SCUOLA DI PERFEZIONAMENTO IN AGOPUNTURA

Direttore didattico: Dott. P. E. Quirico  
Coordinatore scientifico: Dott. G. B. Allais

Il **programma** comprende sia gli aspetti tradizionali, che quelli scientifici dell'Agopuntura e si articola in un corso quadriennale di lezioni teorico-pratiche, per un totale di 480 ore, più 40 ore di pratica clinica presso gli ambulatori pubblici convenzionati. La Scuola, attiva ininterrottamente dal 1978, è riservata esclusivamente ai **laureati in Medicina e Chirurgia**.

Al termine del ciclo di insegnamento, dopo la discussione di una Tesi di Abilitazione, viene rilasciato l'**Attestato Italiano di Agopuntura**, riconosciuto dalla **F.I.S.A.** (Federazione Italiana delle Società di Agopuntura).

Tutti i diplomati sono inseriti nel **Registro dei Medici Agopuntori** della F.I.S.A.

Il C.S.T.N.F. per quanto riguarda la pratica clinica degli studenti e la sperimentazione scientifica è **convenzionato** con:

- Servizio di Agopuntura in Ginecologia ed Ostetricia e del Dipartimento di Discipline Ostetriche e Ginecologiche dell'Università di Torino
- Ambulatorio di Agopuntura, ASL TO 1, Torino
- Ambulatorio di Agopuntura nell'Anziano, RSA, Torino
- Ambulatorio di Agopuntura, Ospedale Cottolengo, Torino
- Ambulatorio di Agopuntura, Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano
- Ambulatorio di Agopuntura, Ospedale La Colletta, Arenzano (GE)

Il C.S.T.N.F. inoltre è convenzionato con l'Università di Medicina Cinese di Nanchino per l'organizzazione di stages di pratica clinica e la consulenza del corpo docente.

Il C.S.T.N.F. è registrato presso il Ministero della Sanità come **Ente organizzatore di eventi formativi** ed in qualità di provider ha realizzato, a partire dal 2002, 118 edizioni di 71 eventi ECM, rilasciando crediti formativi ai partecipanti.

---

## SEMINARI E CORSI

**Agopuntura Clinica:** Patologia muscolo-scheletrica, Cefalee, Ginecologia ed Ostetricia, Disturbi dell'emotività e della sfera psichica, Medicina interna, Semeiotica Agopunturale, Discussione di casi clinici.

**Corsi di Farmacoterapia Cinese**, articolati in seminari clinici.

**Stages di pratica clinica** in Agopuntura, presso l'**Università di MTC di Nanchino**.

**Corso biennale di Neuroauricoloterapia**

Segreteria C.S.T.N.F.: Corso Galileo Ferraris 164, 10134 Torino

Tel. 011.304.28.57 (ore 9-12) - Fax 011.304.56.23 - e-mail: [info.cstnf@fastwebnet.it](mailto:info.cstnf@fastwebnet.it)