

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

**AGOPUNTURA  
E  
MEDICINA NON CONVENZIONALE  
IN PIEMONTE**

*Torino, 31 marzo 2001*



**a cura di:**

**G. B. Allais, M. Grandi, A. Magnetti  
F. Mautino, P. E. Quirico, A. Rebuffi**

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



# A.M.I.A.R.

**Associazione Medica per l'Insegnamento dell'Agopuntura e delle Riflessoterapie**

**Corso Galileo Ferraris 164 – 10134 Torino e-mail: amiar@agopuntura.to.it**

**Presidente: Dott. Piero Ettore Quirico**

**Direttore Scientifico: Dott. Gianni Allais**

## **AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE IN PIEMONTE**

### **SEGRETERIA SCIENTIFICA:**

**G. Allais, M. Grandi, A. Magnetti, F. Mautino, P.E. Quirico, A. Rebuffi**

### **SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:**

**Centro Studi Terapie Naturali e Fisiche S.r.l.**

**Sito: [www.agopuntura.to.it](http://www.agopuntura.to.it) e-mail: [centrostudi@agopuntura.to.it](mailto:centrostudi@agopuntura.to.it)**

**tel. 011.663.06.59 fax 011.677.695 (fino al 29/04/01)**

**Dal 30/04/01 il C.S.T.N.F. trasferirà la sede in Corso Galileo Ferraris 164 – 10134 Torino**

**I nuovi numeri telefonici saranno i seguenti: tel. 011.304.28.57 fax 011.304.56.23**

L'interesse per le Medicine non Convenzionali (MnC) da parte dei cittadini della nostra regione è in costante crescita, ormai da molti anni; si stima che circa il 20-30% dei Piemontesi ricorra abitualmente od occasionalmente a queste metodiche terapeutiche.

Le Medicine non Convenzionali tuttavia non si pongono e non si sono mai poste come terapie "alternative" o esclusivamente "complementari" e tanto meno come "pratiche alternative".

Pur nella loro eterogeneità, dovuta all'aver avuto origine da culture diverse ed in epoche differenti, queste discipline hanno in comune lo scopo di offrire al paziente ed al medico ulteriori opportunità terapeutiche, da affiancare alla Medicina Convenzionale, oppure da utilizzare in sua vece, a seconda del singolo caso clinico e del tipo di malattia.

Attualmente l'attenzione della IV commissione permanente del Consiglio Regionale del Piemonte è focalizzata su queste tematiche, nel tentativo di normare un settore ancora privo di qualsiasi regolamentazione, le conseguenze di questo vuoto legislativo sono pesanti e vengono avvertite sia dai cittadini fruitori, sia dai medici che hanno sostenuto seri e lunghi studi nel campo della MnC.

Il riconoscimento dei titoli rilasciati dalle Scuole di Formazione presenti da molti anni nella nostra Regione rappresenta un punto fondamentale nella valorizzazione della professionalità del medico e nella lotta contro l'abusivismo, a tutela dell'intera popolazione residente.

L'A.M.I.A.R., che nasce da un'esperienza di oltre vent'anni di insegnamento nel campo dell'Agopuntura, promuove questa giornata di confronto e dibattito sulla tematica della MnC, allo scopo di favorire l'integrazione di metodiche terapeutiche ormai consolidate con quelle ufficialmente riconosciute e di favorire il processo legislativo regionale attualmente in itinere, fornendogli ulteriore materiale di informazione e riflessione. In quest'ottica sono invitati a partecipare al Convegno non solo i medici che praticano la MnC, ma anche tutti i colleghi che desiderano avere maggiori informazioni su questa tematica e in particolare gli esponenti del mondo politico ed amministrativo della nostra Regione.

**La registrazione e la partecipazione al Convegno sono gratuite.**

Sarà rilasciato un attestato di partecipazione.

# INDICE

<b>Stato dell'arte medica e formazione in Piemonte: Agopuntura</b> .....	pag. 3
P. E. Quirico	
<b>Stato dell'arte medica e formazione in Piemonte: Omeopatia</b> .....	" 5
A. Rebuffi	
<b>Stato dell'arte medica e formazione in Piemonte: Fitoterapia</b> .....	" 7
M. Grandi	
<b>Stato dell'arte medica e formazione in Piemonte: Osteopatia</b> .....	" 9
F. Mautino	
<b>L'esperienza del Servizio di "Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia" della Cattedra C di Ginecologia ed Ostetricia dell'Università degli Studi di Torino</b> .....	" 11
C. Benedetto	
<b>Evidenza scientifica delle Medicine non Convenzionali: Agopuntura</b> .....	" 13
G. Allais	
<b>Evidenza scientifica delle Medicine non Convenzionali: Omeopatia</b> .....	" 15
A. Magnetti	
<b>Evidenza scientifica delle Medicine non Convenzionali: Fitoterapia</b> .....	" 17
C. Baiocchi	
<b>Evidenza scientifica delle Medicine non Convenzionali: Medicina Ayurvedica</b> .....	" 19
A. Chiantaretto	
<b>La terapia dell'iperemesi gravidica in agopuntura</b> .....	" 21
G. Lupi, G. Airola, G. Allais, P.E. Quirico, C. Benedetto	
<b>La sperimentazione clinica in omeopatia</b> .....	" 23
P. Martra	
<b>La farmacovigilanza in fitoterapia</b> .....	" 25
L. Morticelli	
<b>L'agopuntura nel paziente neoplastico: esperienza clinica</b> .....	" 27
P. Bellingeri	
<b>Trattamento della coxartrosi con metodica osteopatica: tecniche e risultati</b> .....	" 29
A. Ferrero	
<b>Agopuntura versus flunarizina nel trattamento profilattico dell'emicrania</b> .....	" 31
G. Airola, G. Allais, C. De Lorenzo, P.E. Quirico, G. Lupi, C. Benedetto	
<b>Omotossicologia: un metodo di approccio integrato con l'allopattia</b> .....	" 33
E. Tegani	
<b>La terapia delle cicatrici: un utile ausilio nella correzione posturale</b> .....	" 35
C. Ripa	
<b>Alimentazione naturale nell'età evolutiva</b> .....	" 37
L. Proietti	
<b>Terapia antroposofica nella prevenzione delle allergie</b> .....	" 39
P. Garati	
<b>Relatori e Moderatori</b> .....	" 41

# STATO DELL'ARTE MEDICA E FORMAZIONE IN PIEMONTE: AGOPUNTURA

**PIERO ETTORE QUIRICO**

**Segretario Nazionale F.I.S.A. - Direttore C.S.T.N.F. - Torino**

## **Nozioni generali**

L'agopuntura è una disciplina della Medicina Cinese, praticata da oltre tremila anni in Oriente ed ormai diffusa in tutto l'Occidente, a partire dalla seconda metà del XX secolo.

Nella sua lunga storia l'agopuntura è stata impiegata non solo per curare miliardi di malati sofferenti per le più svariate patologie, ma anche per prevenire le malattie e per rinforzare l'organismo e migliorare la qualità della vita.

Considerare l'agopuntura semplicemente una terapia antalgica o una disciplina complementare è un grave errore, spesso dovuto alla disinformazione ed alla superficialità con la quale in passato gli ambienti medici istituzionali hanno affrontato l'argomento. In realtà i numerosi effetti terapeutici dell'agopuntura (vasomodulatore e trofico, decontratturante ed antispastico, antalgico, antiinfiammatorio, sedativo e regolatore endocrino), ampiamente dimostrati dalla sperimentazione scientifica, conferiscono a questa disciplina elevate valenze cliniche, sia nelle patologie muscolo-scheletriche che in quelle internistiche di tipo funzionale e nei disturbi della sfera psico-emotiva. L'agopuntura è sempre stata praticata come terapia olistica, cioè valutando il malato nella sua globalità ed antepoendo l'aspetto eziologico a quello sintomatico nella cura della malattia.

A seconda del caso l'agopuntura può porsi come cura alternativa o complementare nei confronti della medicina convenzionale; rispetto a questa presenta sempre comunque costi decisamente inferiori, sia per quanto riguarda le prestazioni che le strumentazioni richieste, ed un'assenza pressoché totale di effetti collaterali e di complicanze iatrogene. Spesso, inoltre, l'abbinamento dell'agopuntura alle cure mediche convenzionali consente una netta riduzione della somministrazione dei farmaci, con vantaggi facilmente immaginabili.

## **L'agopuntura in Italia ed in Piemonte: diffusione, formazione, legislazione e modalità di erogazione delle prestazioni nelle strutture pubbliche.**

Il Piemonte in passato è stato la vera e propria culla dell'agopuntura italiana, che ha visto nascere nella nostra regione le due prime e tuttora principali associazioni scientifiche di Agopuntura: la S.I.A (Società Italiana di Agopuntura) nel 1968, e la S.I.R.A.A. (Società Italiana di Riflessoterapia, Agopuntura e Auricoloterapia) nel 1973.

Al termine degli anni '70, dopo alcuni anni di corsi non strutturati, nacquero le prime due scuole triennali di perfezionamento in Agopuntura: quella del Centro Studi Terapie Naturali e Fisiche C.S.T.N.F., a Torino, e quella della S.I.A., a Luserna S. Giovanni.

Dopo alcuni anni di transizione nei quali l'agopuntura si sviluppò in tutta Europa (ed in modo particolare nella nostra regione), essa iniziò ad essere praticata anche all'interno delle strutture pubbliche; nel 1987 nacque infine la F.I.S.A. (Federazione Italiana delle Società di Agopuntura), che riunisce le principali realtà scientifiche e formative agopunturali del nostro Paese.

L'istituzione, ad opera della F.I.S.A., dell'*Attestato Italiano di Agopuntura*, diploma rilasciato ai medici delle 14 Scuole aderenti al termine del corso quadriennale (360 ore di lezioni con programmi unificati strutturati in due diversi indirizzi didattici e tesi di abilitazione finale) segnò il primo, importante passo verso la costituzione di un unico titolo di agopuntura Italia ed il suo futuro riconoscimento da parte dello Stato.

La F.I.S.A. in seguito ha pubblicato il *Registro dei Medici Agopuntori* diplomati presso le scuole aderenti, allo scopo di certificare la professionalità dei medici in possesso dell'*Attestato Italiano di Agopuntura* e di soddisfare le esigenze dei pazienti, che spesso richiedono alle nostre associazioni i nominativi di agopuntori qualificati. In tal modo si è

voluto porre rimedio alla totale assenza di indicazioni da parte dell'Ordine dei Medici e delle altre strutture sanitarie pubbliche: evidentemente la certificazione della competenza dei medici che esercitano la MnC non viene unanimemente considerata importante per la tutela della salute del cittadino. Le quattro proposte di legge per la regolamentazione della MnC presentate in Consiglio regionale nascono invece da una valutazione alquanto differente di questa problematica.

Considerando la nostra realtà regionale, attualmente in Piemonte è presente un'unica Scuola di Agopuntura che svolge corsi pluriennali, il C.S.T.N.F., che nei suoi 23 anni di attività ininterrotta ha formato oltre mille medici provenienti da tutta Italia e che dalla sua adesione alla F.I.S.A. ha rilasciato oltre 200 Attestati Italiani di Agopuntura.

Le conseguenze di questa lunga attività sono evidenti: un recente censimento ad opera della F.I.S.A. ha appurato che in Piemonte nel 1999 è stata praticata l'Agopuntura in regime di convenzione con il S.S.N. all'interno di ben 25 ambulatori pubblici (Università, aziende ospedaliere, ambulatori territoriali ASL), per un totale di 18012 prestazioni erogate da parte di 57 medici. Il numero dei medici che praticano l'agopuntura in regime di libera professione è assai maggiore ed ammonta ad alcune centinaia.

Riassumendo, l'agopuntura si trova quindi ad essere almeno in parte legittimata già da tempo: infatti è dichiarata atto medico dalla sentenza di Cassazione 500/82, è dispensata dalle strutture pubbliche previo pagamento di ticket sanitario, è inserita nel tariffario minimo per le prestazioni libero-professionali dei medici, ne viene previsto il rimborso da parte dei costituendi fondi integrativi secondo la Legge n. 229 del 9/699. Ultimamente importanti regioni italiane quali Lombardia e Toscana hanno pure inserito l'Agopuntura ed altre Medicine non Convenzionali (MnC) nel Piano Sanitario Regionale, prevedendo sovvenzioni per la ricerca e l'istituzione di ambulatori convenzionati con il S.S.N., affidati a medici e strutture in possesso di adeguato curriculum clinico e formativo in materia.

### **La necessità di un intervento legislativo in ambito regionale**

Le proposte di legge attualmente valutate nella IV Commissione Permanente del Consiglio Regionale testimoniano la necessità di regolamentare una materia che riguarda direttamente la salute pubblica e la libertà di cura del medico. Il riconoscimento dei titoli rilasciati nel corso degli anni dalle entità formative della MnC e l'accreditamento delle medesime potrebbe risolvere almeno provvisoriamente il problema, colmando un vuoto legislativo inaccettabile per un paese civile. A tal proposito ricordiamo che la stessa Comunità Europea esorta gli stati membri (risoluzione n° 1206 del 29/5/97) a regolamentare la MnC per poter stroncare il fenomeno dell'abusivismo, che rappresenta una vera piaga sociale; consentire ai medici che hanno sostenuto seri studi nell'ambito della MnC di citare le discipline di cui sono esperti su targhe professionali e ricettari, come avviene per tutte le specialità mediche, darebbe una garanzia in più ai malati, attraverso il riconoscimento delle specifiche competenze del medico.

È inoltre utile promuovere l'istituzione, come è già avvenuto in altre regioni, di ambulatori convenzionati con il S.S.N. ove anche i cittadini meno abbienti possano accedere a prestazioni di MnC di elevata qualità; all'interno di tali strutture gli studenti delle Scuole di MnC potrebbero avere l'opportunità di svolgere il tirocinio pratico sotto la guida dei propri docenti, completando in tal modo l'iter formativo nel migliore dei modi.

### **Conclusioni**

L'agopuntura rappresenta una valida, sicura ed economica risposta terapeutica a molte malattie; la sua diffusione è in continua crescita, a causa di una domanda sempre maggiore da parte dei cittadini, i quali ne hanno constatato l'efficacia ed i vantaggi. Ciò è avvenuto nonostante una grave carenza di informazione e malgrado l'atteggiamento ostile o indifferente tenuto da alcune istituzioni sanitarie e strutture pubbliche.

In base a quanto esposto, riteniamo che il riconoscimento dei titoli dei medici agopuntori e del ruolo degli istituti formativi non possa essere ulteriormente procrastinato, se veramente si desidera tutelare la salute dei cittadini residenti in Piemonte.

## STATO DELL'ARTE MEDICA E FORMAZIONE IN PIEMONTE: OMEOPATIA

ARMIDA REBUFFI

### Scuola Medica Omeopatica Hahnemanniana di Torino ( S.I.O. di Torino)

L'Omeopatia è un sistema di pratica medica nato in Germania nei primi anni dell'800 ad opera del medico tedesco Samuel Christian **Hahnemann** (Meissen, 10 Aprile 1755 – Parigi, 2 Luglio 1843) che si basa sul principio dei **“Simili”**(già enunziato da Ippocrate, ma perfezionato da Hahnemann), secondo il quale una sostanza capace di provocare sintomi in una persona sana, agisce come “agente curativo” in un organismo ammalato in cui gli stessi sintomi si sono manifestati. I farmaci omeopatici, a dosi infinitesimali, sono testati sull'uomo sano e i sintomi mentali, generali e fisici, sia soggettivi che oggettivi, vengono raccolti e vanno a costituire la patogenesi del rimedio (**proving o sperimentazione pura**) e verranno confermati clinicamente con la guarigione del paziente, mediante somministrazione del rimedio **“Simillimum”**. Il farmaco omeopatico è **diluito** in modo da eliminarne la tossicità (pur mantenendone le proprietà) e **dinamizzato** (ossia succusso) in modo da liberare l'energia contenuta nella materia grezza. La Ricerca di Base sui meccanismi di azione delle alte diluizioni si orienta su spiegazioni di tipo elettromagnetico. L'energia del rimedio ha la funzione di riportare l'equilibrio omeostatico nell'organismo stesso. Altri principi omeopatici sono quelli **dell'Individualità morbosa e Medicamentosa** : ogni individuo si ammala in modo peculiare e abbisogna, per guarire, di un rimedio personalizzato, “simile” a lui. Basilare è la raccolta della **totalità sintomatica** del paziente e il miglioramento della sua sofferenza mentale, generale e fisica. L'Omeopatia infine pone l'accento sull'importanza del **“terreno”** nella manifestazione delle diverse patologie croniche, dell'empatia e del concetto **“dinamico”** di malattia e un buon omeopata coglie sempre anche il momento esistenziale del paziente ed inserisce “l'evento malattia” all'interno della storia biopatografica del paziente stesso.

Con l'Omeopatia si possono trattare sia malattie acute, che croniche. Nei casi di disturbo funzionale la terapia sarà breve, mentre nei casi lesionali sarà molto più lunga e in quelli più gravi sarà possibile solo la palliazione. In questi casi la medicina omeopatica può essere usata come “complementare”, invece che come alternativa.

### Storia

Nel 1835 Hahnemann si trasferì a Parigi (dove rimase fino alla sua morte) e nel 1839 venne aperto “l'Institut de la Medicine Homeopathique”, grazie alla collaborazione del Dr. Croserio (nativo di Condove). Più tardi fu costruito l'Ospedale Omeopatico di Parigi. L'italiano Giuseppe Belluomini fu uno dei primi a praticare l'omeopatia in Gran Bretagna, dove divenne medico della Famiglia Reale, tradizione che continua sino ai giorni nostri. A Palermo nel 1844 venne fondata “l'Accademia Omeopatica di Sicilia e, a Napoli, il Reale Istituto Omeopatico di Napoli (1864). L'omeopatia diventa medicina popolare e offre un grande aiuto nelle epidemie, specialmente di colera, dove si registrano migliaia di casi curati nel periodo dal 1836 al 1867. Contemporaneamente l'Omeopatia fa la sua apparizione in Toscana, Lombardia, Veneto e Piemonte. Infatti nel 1835 il Dr. Vincenzo Chiò viene a Torino dopo aver imparato dallo stesso Hahnemann la nuova “Arte del guarire” e insieme a Chatron e Tessier inizia l'esercizio dell'Omeopatia in Piemonte. Sia Carlo Alberto che il Ministro Francese Guizot l'appoggiano e sostengono che se l'Omeopatia è un'assurdità cadrà da sola, se invece rappresenta un progresso si diffonderà e non sarà fermata. Si aprono varie farmacie omeopatiche e l'Ospedale Omeopatico di Torino viene fondato nel 1890. Tra gli animatori dell'Istituto ricordiamo il famoso Cesare Lombroso, che fu per vari anni Vicepresidente dell'Istituto. Nel 1929 la Farmacia

Omeopatia viene trasferita in alcuni locali annessi all'Ospedale. Cessate le sovvenzioni dei privati, l'ospedale diventa nel 1940 cronicario per i vecchi e nel 1969 Reparto di Medicina Generale. Nel 1979 la Storica Farmacia Omeopatia viene chiusa al pubblico e sarà poi ricostruita presso l'Archivio Storico di Torino. L'Ospedale cesserà di esistere definitivamente negli anni '80.

### **L'omeopatia oggi**

Negli anni '70 si ha una vera e propria rinascita dell'Omeopatia in Italia ed Europa, grazie all'insegnamento del Dott. Proceso Sanchez Ortega (Homeopatia de Mexico), dei capostipiti della Scuola Argentina, Dottori Paschero, Candegabe e Masi Elizalde e del Prof. Antonio Negro, che fonda a Napoli la Libera Università Internazionale di Medicina Omeopatia. Anche la Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis (LMHI) e Homeopathia Europea (fondata da Jacques Imberechts) danno un notevole contributo all'espansione dell'Omeopatia nel mondo e in Italia, creando scuole, gruppi di lavoro internazionali e promuovendo Convegni Internazionali. Nel 1990 nasce la FIAMO (Federazione Italiana delle Associazioni e dei Medici Omeopatici) che ha al suo interno un Dipartimento Scuola Formazione Insegnamento FIAMO, a cui aderiscono 14 scuole sparse su tutto il territorio nazionale, compresa la nostra Scuola Medica Omeopatia Hahnemanniana di Torino. Il Dipartimento segue uno stesso programma base, che è stato concordato a livello europeo con lo "European Committee for Homoeopathy", con cui siamo sempre in collaborazione. La FIAMO è anche Società Scientifica ed ha la propria area di Ricerca, così come la Società Italiana di Medicina Omeopatia (SIMO), con cui collaboriamo nel settore Formazione e Ricerca. Uno dei medici della SIMO è Membro della Commissione Nazionale sui Farmaci delle MnC, dove si sta discutendo anche di ricerca. FIAMO e SIMO hanno scuole indipendenti, ma a Torino ve ne sono altre legate a Case Farmaceutiche, che si occupano anche di ricerca (CISDO). Attualmente a livello europeo stiamo lavorando in varie ricerche cliniche, di base, sui provings ed anche allo stesso tempo con ricerche di tipo biomedico quantitativo e qualitativo. Queste ultime daranno dati anche di tipo socio-economico e statistico e indicazioni sul cost/effectiveness, dati che sono stati richiesti dalla Commissione Europea e dal Parlamento Europeo.

Non esistono ambulatori omeopatici in Piemonte, ma ve ne sono presso Strutture Ospedaliere in Toscana, dove proprio recentemente a Lucca è stato potenziato l'ambulatorio di Omeopatia con estensione in ambito pediatrico. La Regione Lombardia ha attivato progetti in MnC (delibera 48041) e una dozzina di Ordini dei Medici hanno attivato i Registri per il monitoraggio della MnC, compreso l'Ordine di Biella. A Torino si è creata la Commissione MnC presso l'Ordine, ma non si sono ancora attivati i Registri.

Pertanto ci si augura che anche in Piemonte possa essere possibile una buona collaborazione tra Medicina Convenzionale e Medicina Omeopatia, come sta già avvenendo in Gran Bretagna, dove ci sono 6 Ospedali inseriti nel SSN, in Germania dove ne n'è uno e in Francia dove le visite e i medicinali sono rimborsati dal SSN. Negli USA il NIH eroga fondi per la ricerca in MnC.

### **Indagine Doxa**

Secondo un indagine DOXA del Settembre 1999, sono 5.000.000 i consumatori di rimedi Omeopatici in Italia. Possiedono in genere una cultura medio-alta, con un picco di età tra i 25 e 44 anni, sono residenti nell'Italia Settentrionale (64%) e Centrale (18%). Effettuano una scelta terapeutica consapevole e non fideistica e giungono all'omeopatia generalmente dopo aver provato, per gli stessi disturbi, i farmaci tradizionali.

In Belgio il 48% della popolazione si cura con Omeopatia e negli Stati Uniti un cittadino su tre fa uso di MnC.



# STATO DELL'ARTE MEDICA E FORMAZIONE IN PIEMONTE: FITOTERAPIA

**MAURIZIO GRANDI**

**Direttore Centro La Torre e Res Pharma - Torino**

Tremila pubblicazioni su Medline, oltre 500 su Index, 871 comunicazioni all'ultimo convegno delle Società Americana di Farmacognosia ed Europea di Fitochimica, un numero imprecisato di libri, volumi, riviste e strumenti informativi sono la realtà della Fitoterapia odierna e del suo patrimonio. L'80% degli abitanti del pianeta utilizza abitualmente, per la salute e per la malattia, piante e parti di esse, spesso in modo esclusivo. Il 25% del prontuario farmaceutico degli Stati Uniti è rappresentato da estratti vegetali, percentuale che raddoppia per gli OTC. L'etnofarmacologia è saldamente ancorata a principi di fisiologia consolidata. La botanica farmaceutica, la farmacognosia, la fitochimica, la tossicologia fanno parte dell'ordinamento universitario comune a più facoltà, opportunità unica di interazione per medici, nutrizionisti, chimici, biologi, tossicologici, antropologi, sociologi e storici, botanici, anche se si è ancora lontani dalla condivisione e armonizzazione dei saperi. Perché dunque questo patrimonio è ai margini del contesto terapeutico accademico, che i critici della tribù aristotelica considerano l'unico scientificamente corretto? In Italia per la mancanza di regole nell'offerta, che si è proposta di soddisfare un mercato di dieci milioni di italiani con il loro carico di disadattamento, disagio e squilibrio dall'identità poco definita, insoddisfatti del rapporto inadeguato con i medici e i "farmaci".

1.200 miliardi, vendite annuali divisi tra:

- 16.800 farmacie
- 3.500 erboristerie (505 in Piemonte, 1205 nel nord-ovest, più 15,4% nell'ultimo triennio)

Attraverso questi canali sono resi disponibili da parte di 650 Produttori Distributori:

8000 prodotti in repertorio

medicinali (etico, otc) e prodotti fitoterapici:

prodotti erboristici

prodotti alimentari (integratori, nutraceutici o alicamenti)

In automedicazione o prescritti da 5.000 medici e da oltre 4.000 naturopati in forma stabile. Non possiamo esprimere un giudizio sulla loro reale conoscenza ed esperienza, ma è difficile ipotizzare che più di un centinaio abbiano competenze adeguate. Il settore deve necessariamente essere istituzionalizzato. Se qualche volta il diritto limita in questo caso deve liberare. L'eccesso di regole non ha significato per un fitocomplesso. Una pianta contiene diecimila principi attivi, spesso con grandi variabili, non tutti individuati e caratterizzati. Non conosciamo le interazioni esistenti tra i vari componenti e le loro relazioni con l'attività terapeutica dell'insieme. Ma una fitoterapia corretta necessita di controlli, indispensabili per valorizzarla e per regolamentare un settore che, spinto da una cultura ecologica, ha gestito senza etica le richieste del mercato.

La non rimborsabilità del prodotto erboristico, alimentare, OTC, galenico magistrale o del farmaco etico stesso (quasi sempre collocato in fascia C del prontuario) ha portato a privilegiare prodotti inadeguati, a dosaggi non standardizzati e spesso inefficaci ma a minor prezzo (polveri di harpagophytum venduti a dosaggi variabili da 1 a 100 con le stesse indicazioni). E dobbiamo a malincuore ammettere che forse proprio per questo gli effetti collaterali segnalati sono numericamente poco significativi. Dietro una millantata rivendicazione di utilizzo tradizionale, sono stati importati senza criterio sostanze prive di qualsiasi controllo. Il non poter registrare il fitocomplesso, ha spinto le aziende ad una ricerca poco costosa, non su studi di laboratorio e clinici, ma esclusivamente bibliografici.

Avvalendosi di una raccomandazione dell'ufficio di medicina tradizionale dell'OMS sulla "sicurezza ragionevole" cavalcano la tesi che il rimedio utilizzato tradizionalmente non necessita di studi tossicologici in vitro e in vivo. Il messaggio, che ha una valenza fondamentale nei paesi in via di sviluppo, (senza accesso ai farmaci costosi) consentendo loro il recupero di un patrimonio locale, dovrebbe essere da noi recepito in termini differenti. Non necessariamente un fitocomplesso, specie se rivolto alla salute più che alla malattia, risponde ad esigenze culturali differenti. Non sempre le caratteristiche di un prodotto sono esportabili al di fuori del contesto nel quale è nato e si è sviluppato. Ancor più, quando viene presentato in formulazioni diverse dall'originale (infuso, decotto), ma a maggior compliance.

Una tradizione incapace di confrontarsi con la scienza dell'oggi è destinata a scomparire. L'etnofarmacologia di ieri, attraverso lo studio fitochimico che ne ha scoperto e valorizzato i principi attivi e quello biologico che ne chiarisce la fisiologia, diventa la fitoterapia clinica di domani, patrimonio di conoscenza affidabile se gestita da operatori qualificati.

Attraverso la cooperazione tra due centri Torinesi:

➤ Res pHarma, laboratorio di ricerca farmacologica autorizzato dal MURST,  
➤ La Torre, un poliambulatorio specialistico in convenzione quadro con il Dipartimento di Scienze Antropologiche dell'Università di Genova,

abbiamo cercato di intervenire sulla qualità di prodotti e salvaguardare il malato attraverso:

- ◆ l'organizzazione di Seminari e Convegni di Fitochimica, Farmacognosia e Fitoterapia.
- ◆ la collaborazione in due Congressi Internazionali di Etnofarmacologia.
- ◆ la creazione e la partecipazione a due reti internazionali "I.P.I.", "FIADREP" per la costituzione e pubblicazione di un dossier comune atto a definire le caratteristiche e requisiti dei preparati commercializzati, con le relative indicazioni nella supplementazione, limiti e rischi tossicologici.
- ◆ I rapporti con Paesi in via di sviluppo in :
  - inchiesta etnobotanica del patrimonio esistente:
  - studio tassonomico
  - promozione della raccolta e coltivazione per un utilizzo locale
  - produzione prodotti semifiniti
- ◆ un insegnamento post-universitario in Fitoterapia Clinica in collaborazione con
  1. il Dipartimento di Scienze Antropologiche di Genova e, da quest'anno, con un'altra realtà torinese, l' AEMETRA.
  2. l'Università di Montpellier, facoltà di Farmacia che ne accredita la tipologia dell'insegnamento, consentendo agli studenti del corso di difendere le loro tesi alla fine del terzo anno.
  3. I.P.I. (International Phytoterapie Institute) che ne accredita l'insegnamento dopo avere partecipato alla didattica e controllato il programma fornito
- ◆ un laboratorio chimico di ricerca, in collaborazione con il Dipartimento di Chimica Analitica dell'Università di Torino e con l'Università del Piemonte Orientale - Scienze Mediche
  1. per la caratterizzazione di costituenti di piante con potenziali proprietà farmacologiche
  2. per controllo analitico di qualità sulla materia prima, e sul prodotto venduto (GMP) attraverso la valutazione di:
    - a) contaminanti: microbi, funghi, mucofiti; aflatossine, metalli pesanti, radioattività, farmaci (desametazone, betametazone, diazepam, introdotti nel fitocomplesso, per potenziare l'efficacia)
    - b) adulterazioni
- ◆ studi osservazionali o aperti per la valutazione di efficacia terapeutica.

## **STATO DELL'ARTE MEDICA E FORMAZIONE IN PIEMONTE: OSTEOPATIA**

**FULVIO MAUTINO**

**Dirigente II Livello Ospedale S. Camillo, Torino - Direttore SIOTeMA, Torino**

### **Introduzione all'osteopatia**

L'osteopatia è un metodo innovativo di valutazione e trattamento olistico del corpo umano. Questa non tratta la malattia come manifestazione patologica, ma come squilibrio delle funzioni.

La filosofia osteopatica considera l'uomo come una unità di funzione in quanto tutte le componenti del corpo umano (muscoli, ossa, articolazioni, visceri ed i diversi apparati o sistemi, vascolare, nervoso ecc.) lavorano in armonia per raggiungere e mantenere il benessere psicofisico.

Al momento è particolarmente evidente l'ignoranza nei confronti dell'osteopatia, che, etimologicamente deriverebbe da "osteon = osso e pathos = sofferenza". Questo termine nella sua essenza indica che sia la salute che la malattia dipendono dallo stato di efficienza dell'apparato locomotore. Invece osteopata, in lingua inglese (Osteopath) indica colui che agisce terapeuticamente sul corpo umano attraverso il "sentiero" delle ossa.

L'osteopata attraverso le sue tecniche può rimuovere gli ostacoli ad un normale funzionamento di un organo o di un apparato al fine di reintrodurre un equilibrio funzionale che si era alterato con localizzazioni più frequenti a carico di articolazioni, ma non solamente in tali sedi.

Gli strumenti che usa l'osteopata sono le sue mani. Attraverso le sue mani l'osteopata può percepire piccole variazioni che avvengono nei tessuti, raccogliendo così dati importanti su temperatura, densità, tensioni, limitazioni di mobilità di tutte le strutture anatomiche esaminate e ricercare, attraverso un modo nuovo di riconoscere le alterazioni di funzioni, individuare e indurre il ripristino dell'equilibrio perso o ridotto.

L'osteopata non tocca necessariamente le parti dolenti del paziente, ma va alla ricerca di quelle che sono la causa del dolore: così un "mal di testa" può essere trattato osteopaticamente agendo sulla colonna cervicale, oppure sulla respirazione toracica, oppure su disordini epatici o persino trattando solo l'osso sacro.

L'osteopatia non agisce solamente su ossa e/o articolazioni. Essa è una medicina olistica e, anche se l'intervento principale può essere applicato sull'apparato locomotore (sede più frequente di disfunzioni), il suo effetto benefico riguarda tutto l'organismo.

La filosofia osteopatica si basa su tre principi base: l'autoguarigione (il corpo possiede dentro a se stesso tutti i mezzi necessari per eliminare e prevenire le malattie, talvolta è necessario ripristinare tale facoltà temporaneamente alterata per la presenza di disordini che l'osteopata può stimolare nel senso di correzione e quindi stimolare ed indurre l'organismo verso la guarigione); la relazione tra struttura e funzione (la struttura anatomica degli organi e degli apparati controlla la funzione e la funzione condiziona la struttura); la nozione di unità dinamica del corpo umano (l'unità del corpo umano è situata prevalentemente nell'apparato muscolo-fasciale-scheletrico; tale struttura riunisce le varie parti del corpo ed è nelle condizioni di poter conservare nel tempo tracce di traumatismi subiti, anche se di minima entità; attraverso il suddetto sistema si attua la concatenazione dei disordini funzionali con possibili effetti a distanza).

### **Cenni di storia dell'osteopatia**

Il fondatore è stato il Dott. Andrew Taylor Still (1828-1917), medico che esercitò la professione nel Middle West degli U.S.A. a contatto con guaritori indigeni pellerossa. Da questi apprese tecniche di terapia manuale che studiò intensamente per dieci anni fino a ricavare una spiegazione scientifica sulla base di verifiche anatomiche e fisiologiche delle tecniche stesse alle quali aggiunse numerosissime tecniche personali che rispettavano gli stessi principi. Nel 1892 fondò la prima scuola di osteopatia nel Missouri a Kirksville che rilascia un diploma di Dottore in Osteopatia (D.O.); da questa scuola ne originarono molte altre diffondendosi così in tutti gli Stati Uniti dove nel 1945 i dottori in osteopatia ottennero gli stessi riconoscimenti e gli stessi diritti dei laureati in Medicina e Chirurgia. Dal primo dopoguerra l'osteopatia è stata introdotta in Europa con notevole diffusione in Gran Bretagna e poco per volta negli altri paesi: Al momento solamente il Belgio ha strutturato una scuola di osteopatia nell'università di Bruxelles, negli altri paesi vi sono scuole private che si adeguano agli standard di preparazione stabiliti dai collegi professionali dove l'osteopatia è riconosciuta. In Italia la prima scuola di osteopatia ha iniziato la sua attività nel 1983 e a tutt'oggi vi sono sei scuole riconosciute dal R.O.I. (Registro degli Osteopati d'Italia).

## **L'ESPERIENZA DEL SERVIZIO DI “AGOPUNTURA IN GINECOLOGIA E OSTETRICIA” DELLA CATTEDRA C DI GINECOLOGIA ED OSTETRICIA DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO**

**CHIARA BENEDETTO**

**Direttore Cattedra C Ginecologia e Ostetricia - Università di Torino**

L'impiego dell'agopuntura in Ginecologia e Ostetricia viene ampiamente descritto nella maggior parte dei trattati di Medicina Cinese, e tale tecnica è effettivamente impiegata in Oriente per la cura di molte patologie femminili.

Nei Paesi Occidentali l'agopuntura ha iniziato a diffondersi solo negli ultimi decenni, ma essendo stata prevalentemente impiegata solo allo scopo antalgico ha perso in gran parte la sua caratteristica di medicina rivolta alla globalità delle funzioni dell'organismo.

Le indicazioni dell'agopuntura infatti sono molteplici: in Ginecologia, può essere utilizzata soprattutto per il trattamento delle irregolarità del ciclo mestruale, dell'amenorrea, della dismenorrea, della sindrome premestruale e della sindrome climaterica; in Ostetricia, per il trattamento dell'iperemesi gravidica, per l'effettuazione del rivolgimento fetale in caso di presentazione podalica, per il trattamento delle lombosciatalgie e dei disturbi circolatori, soprattutto negli ultimi mesi di gravidanza. Inoltre può essere impiegata per indurre il travaglio di parto a termine, o per accelerare l'attività contrattile uterina spontanea e la dilatazione del collo dell'utero, favorendo al tempo stesso una diminuzione dell'intensità del dolore. Dopo il parto, può correggere eventuali disturbi della lattazione.

Ad un così vasto gruppo di indicazioni specifiche corrisponde in realtà uno scarso numero di lavori scientifici controllati, proprio perché lo studio dell'agopuntura in questo campo è stato finora estremamente sporadico in tutto l'occidente.

All'interesse scientifico verso un settore così inesplorato è andata aggiungendosi negli ultimi anni una costante richiesta da parte delle pazienti di terapie “dolci” che riescano, quando possibile, ad ottenere un riequilibrio delle funzioni fisiologiche dell'organismo senza ricorrere alla somministrazione esogena di farmaci.

Da molti anni il Servizio Sanitario Nazionale ha in realtà introdotto nel tariffario delle prestazioni erogabili in convenzione anche l'agopuntura, e ciò permette il regolare utilizzo di questa tecnica come pratica ambulatoriale.

Sulla base di tutte queste considerazioni nel 1997 abbiamo attivato un Servizio di Agopuntura presso il nostro Dipartimento, con il duplice obiettivo di offrire all'utenza una possibilità terapeutica “in più” e di poter verificare con metodologie scientificamente e statisticamente rigorose l'efficacia di tale antica tecnica.

In tre anni e mezzo di attività sono state effettuate quasi 5000 sedute di agopuntura in 245 pazienti; il trattamento è stato erogato nella maggior parte dei casi con sedute a frequenza settimanale, in numero variabile, seguite poi da richiami a cadenza mensile o bimestrale.

La media globale è stata di 9.8 sedute per ciclo terapeutico (range 1-28).

La suddivisione per patologie è stata la seguente:

disturbi del ciclo mestruale (amenorrea, polimenorrea, oligomenorrea e ipermenorrea) 23.2%; dismenorrea e sindrome premestruale 10.9%; emicrania correlata al ciclo mestruale 18.5%; sindrome climaterica e patologie della post-menopausa 50%; fibromiomi uterini 1.9%.

Per quanto riguarda l'Ostetricia, sono state seguite in ambulatorio 89 pazienti gravide per le seguenti patologie: iperemesi 51.8%, rivolgimenti fetali 22.5%, emicrania 15.6%, lombosciatalgia 10.1%.

I risultati clinici dell'agopuntura sono stati decisamente soddisfacenti. Citiamo solo alcuni esempi:

- nelle pazienti in cui era presente amenorrea da oltre sei mesi l'agopuntura ha favorito una regolare ripresa della ciclicità mestruale nel 77% dei casi;
- la sintomatologia della sindrome climaterica, valutata con una apposita scala di diario giornaliera (scala di Greene) nel mese precedente l'inizio della terapia agopunturale e lungo tutta la durata di questa, è drasticamente diminuita al termine del ciclo terapeutico (12 sedute) e il beneficio si è mantenuto tale dopo tre mesi, effettuando solo una seduta di richiamo al mese. Il miglioramento è risultato statisticamente significativo ( $p < 0.01$ ) sia per il punteggio globale della scala di Greene, sia per le sottoscale riguardanti i sintomi vasomotori, somatici e psicologici;
- il 91% delle donne sottoposte ad agopuntura per iperemesi gravidica ha risposto positivamente alla terapia: in particolare, dai diari delle pazienti si evince un miglioramento significativo del 98% degli episodi di vomito e dell'85% della nausea;
- il miglioramento del dolore in caso di lombosciatalgia in gravidanza è stato rapido (altamente significativo già dopo due settimane di trattamento) e molto incisivo: il valore di VAS è passato da  $8.01 \pm 1.06$  in pre-trattamento a  $2.27 \pm 1.25$  in post-trattamento ( $p < 0.0001$ )

Nel corso di tutte le sedute terapeutiche effettuate, non sono mai insorti effetti collaterali seri, né alcuna paziente ha mai richiesto di interrompere il trattamento per mancanza di compliance con la terapia.

Nel complesso l'esperienza appare dunque più che positiva.

L'unico neo rimane l'impossibilità di poter adeguare l'offerta alla domanda, che continua a creare inevitabili liste di attesa per l'accesso al nostro Servizio.

È necessaria una maggiore attenzione da parte del Legislatore affinché anche la Medicina non Convenzionale, quando è giustificata da risultati validi, possa essere affiancata alla Medicina Ufficiale a pieno regime nelle strutture pubbliche, fornendo maggiori spazi e soprattutto maggiori possibilità di avvalersi della professionalità di medici esperti in questi settori.

## **EVIDENZA SCIENTIFICA DELLE MEDICINE NON CONVENZIONALI: AGOPUNTURA**

**GIANNI ALLAIS**

### **Servizio Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia - Università di Torino**

Continuare a considerare l'agopuntura una medicina per cui manchino serie evidenze scientifiche è solamente frutto dell'ignoranza (voluta o meno) di quanto è presente nel panorama scientifico mondiale in merito agli effetti comprovati di questo sistema terapeutico.

Se agli scettici occidentali giustamente non basta che in Cina e paesi limitrofi vi siano centinaia di ospedali dove milioni di persone si curano annualmente utilizzando solo la medicina cinese, né è sufficiente che in queste nazioni vi siano intere facoltà mediche universitarie dedicate alla medicina tradizionale cinese che rilasciano lauree perfettamente parificate a quelle in medicina occidentale, dovrebbero però essere sufficienti alcuni criteri, appartenenti alla medicina scientifica, che solitamente informano il giudizio sull'efficacia delle terapie in Occidente.

La banca dati *Medline* contiene attualmente 7550 records relativi a pubblicazioni sull'agopuntura, recensite dal 1966 ad oggi. Contrariamente a quanto si crede, inoltre, un discreto numero di questi articoli compare su riviste internazionali con buon impact factor e ferreamente "peer-reviewed", piuttosto che su sconosciute pagine orientali, scritte magari in lingue incomprensibili.

Sono reperibili in *Medline* circa un centinaio di trials randomizzati e controllati che riguardano l'agopuntura e le tecniche ad essa correlate, e il numero di systematic reviews della letteratura sull'agopuntura, svolte soprattutto nell'ambito della Cochrane Collaboration, va crescendo in maniera esponenziale negli ultimi anni.

Inoltre, un numero elevato di pubblicazioni riguarda la "basic research", ed elucida con sufficiente chiarezza diversi meccanismi d'azione dell'agopuntura, soprattutto nel campo del controllo del dolore. Non è infatti solo noto il concetto generico che l'agopuntura favorisce la produzione di endorfine, ma si conosce anche il meccanismo con cui essa attiva il sistema antinocicettivo monoaminergico discendente, la sua capacità di modulare a vari livelli del SNC la produzione di molti mediatori dell'analgesia, nonché i suoi effetti a livello di talamo, ipotalamo e corteccia cerebrale.

Recenti studi svolti con la Risonanza Magnetica Funzionale e la Tomografia ad Emissione di Positroni hanno confermato la selettività di alcuni agopunti su determinate aree cerebrali che sono, secondo le ultramillinarie indicazioni della Medicina Tradizionale Cinese, il

target dell'azione clinica di quei punti. Ad esempio, punti destinati ad acuire le capacità visive attivano selettivamente aree presenti solo nel lobo occipitale.

Sono stati proprio questi lavori, così mirati e così "occidentali" nella loro concezione, a favorire un evento molto importante per il mondo dell'agopuntura: nel novembre 1997 i National Institutes of Health statunitensi, considerati a tutti gli effetti la massima autorità scientifica mondiale, hanno dato alle stampe, al termine di una Conferenza durata tre giorni, il *Consensus Development Statement on Acupuncture*, che sancisce l'efficacia certa dell'agopuntura in alcune condizioni patologiche.

L'anno precedente, la severissima Food and Drug Administration aveva dal canto suo provveduto, rivisitando la letteratura sull'efficacia clinica e sulla sicurezza dell'agopuntura, a riclassificare gli aghi da agopuntura dalla classe III alla II dei dispositivi medicali, vale a dire da strumenti che sono considerati ancora in fase di validazione e sotto studio a strumenti che sono sicuri ed efficaci, se pur in particolari condizioni (1 - uso singolo e da parte di operatori qualificati, 2 - biocompatibilità dei materiali che li costituiscono e 3 - sterilità).

Questi due eventi hanno funto da volano per molte altre iniziative, stimolando soprattutto una crescita della ricerca mirata nel campo dell'agopuntura, grazie anche all'aumentata disponibilità di fondi governativi per tale scopo. È dunque ragionevole attendersi nei prossimi cinque anni una serie di ulteriori conferme sperimentali della validità dell'agopuntura, proveniente da studi metodologicamente molto più corretti di quelli del passato e quindi scientificamente ancor più ineccepibili.

Occorre infine segnalare che la Federazione Italiana delle Società di Agopuntura (FISA), allo scopo di raccogliere in maniera sistematica informazioni che gettino luce sulla consistenza delle prove dell'efficacia dell'agopuntura, sia sperimentali che cliniche, nonché una serie di aspetti legislativi inerenti alla materia, ha dato alle stampe nell'anno 2000 il testo "*Agopuntura. Evidenze cliniche e sperimentali, aspetti legislativi e diffusione in Italia*" (Casa Editrice Ambrosiana, Milano). Valutandone il contenuto, si ricava abbastanza rapidamente l'impressione, poi avvalorata dai fatti, che l'agopuntura abbia serie, valide basi scientifiche e che la sua presenza, accanto alle altre branche della medicina convenzionale, sia ormai divenuta una realtà incontrovertibile.



# **EVIDENZA SCIENTIFICA DELLE MEDICINE NON CONVENZIONALI: OMEOPATIA**

**ALBERTO MAGNETTI**

**Docente Scuola Medica Hahnemanniana - Torino**

L'omeopatia nasce all'interno della cultura occidentale europea ispirata da una scientificità aperta di tipo galileiano, scevra da qualsiasi tipo di opzione metafisica. La ricerca di una metodologia medica valida, di risultati terapeutici ripetibili, di assenza di effetti iatrogeni è ciò che portò S. Hahnemann, medico e chimico, alla formulazione dell'omeopatia, la medicina dell'esperienza, come la chiamò nel 1796. Da 200 anni ad oggi la medicina omeopatica si è sviluppata in modo autonomo, con pubblicazioni, riviste, sperimentazioni sull'uomo sano di centinaia di rimedi e congressi propri quasi totalmente sconosciuti al mondo accademico ufficiale della medicina convenzionale, cosicché, tutte le conoscenze, le procedure e i risultati della medicina omeopatica sono rimaste patrimonio della comunità medica omeopatica e solo in minima parte hanno fatto ingresso nel mondo delle riviste scientifiche ufficiali.

Attualmente sulla banca dati Pub Med della National Library of Medicine sono presenti circa 1700 lavori in cui si tratta l'omeopatia. Gran parte di questi sono riferiti a trial clinici o a ricerche sperimentali, mentre altri trattano temi generali sulla scientificità o sulla applicabilità della terapia omeopatica.

La ricerca clinica è al centro del processo di valutazione dell'omeopatia.

I lavori qui riportati sono stati approvati dai comitati di revisione delle più importanti riviste scientifiche e hanno ottenuto risultati positivi per l'omeopatia.

## **Meta-analisi**

1991 – British Medical Journal - J. Kleijnen et al. Analizzano 107 studi clinici

1996-97 – Report to the European Commission - J.P. Boissel analizza 184 studi clinici

1997 – The Lancet - K. Linde analizza 89 studi clinici tutti in doppio cieco contro placebo

## **Studi Clinici**

a) studi condotti su volontari sani

b) studi condotti adattando la personalizzazione terapeutica

1978 e 1980 –British Journal of Clinical Pharmacology -2 lavori di R.G. Gibson in cui usa la terapia omeopatica nella poliartrite reumatoide.

1990 e 1991- Pediatrics - 2 lavori di studio sulla cura della diarrea infantile acuta.

J. Jacobs – dell'ufficio per la medicina alternativa dei National Institutes of Health.

1986 e 1991 –British Medical Journal - 2 lavori di Peter Fisher in doppio cieco su pazienti con fibromialgia primaria.

c) studi di confronto tra un medicinale unico e un placebo

1985, 1986 e 1994 –The Lancet - 3 studi di David Reilly su pazienti che presentavano una patologia (rinite da pollini o asma) causata da pneumoallergeni.

I risultati di questo ultimo lavoro giustificano pienamente l'editoriale di Lancet che afferma di trovarsi davanti ad un bivio: o ricusare i metodi classici di valutazione del medicinale (studio clinico in doppio cieco randomizzato contro prodotto di riferimento), o ammettere l'efficacia dell'omeopatia.

## **BASIC RESEARCH**

### **Biologia**

1985-98 – C. Doutremepuich pubblica vari studi sull'ac. acetilsalicilico a dosi infinitesimali

1987-98 – J. Sainte – Laudy – vari studi in allergoimmunologia (degranolazione dei basofili)

1962-87 – J.C. Cazin – studi di fisiopatologia relativi a diluizioni di arsenico (fin dagli anni 50 con immutato successo)

### **Fisica**

Molti studi sono stati rivolti alle caratteristiche fisico-chimiche di sostanze altamente potenziate, usando apparecchiature tecniche sofisticate (es. RMN – Demangeat 1992) per spiegare la conservazione di informazioni nel solvente durante il processo di potentizzazione. (Ultra High Dilution – Endler e Schulte)

La comunità scientifica omeopatica però ritiene il modello sperimentale della medicina convenzionale, applicato nei trial citati, non aderente alle procedure della medicina omeopatica.

Il lavoro di Reilly dell'84, per es., che dimostrava che una miscela di pollini preparati omeopaticamente è attiva rispetto al placebo nella pollinosi, pur dimostrando una risposta terapeutica positiva, non rispettava il modello sperimentale omeopatico, in quanto gli omeopati prescrivono solitamente nella pollinosi altri medicinali omeopatici sulla sintomatologia più individualizzata del paziente con successi terapeutici più elevati.

Un modello sperimentale, quindi, più aderente alla pratica omeopatica dovrebbe considerare l'approccio olistico, quindi tutti i sintomi del paziente e la sua situazione generale, l'evoluzione dei sintomi durante il trattamento secondo i parametri della legge di guarigione di Hering.

Nuovi lavori si propongono questi obiettivi: Muscari Tomaioli (et al. 2000) sta conducendo uno studio osservazionale coordinando un gruppo di medici omeopatici sotto l'egida dell'Ordine dei Medici di Venezia. I primi risultati incoraggianti sono stati presentati al Congresso Nazionale delle Cefalee di Perugia.

## **EVIDENZA SCIENTIFICA DELLE MEDICINE NON CONVENZIONALI: FITOTERAPIA**

**CLAUDIO BAIOCCHI**

**Dipartimento Chimica Analitica - Università di Torino**

Un ruolo fondamentale nella sistematizzazione scientifica degli ambiti fitoterapici, etnobotanici ed erboristici in generale è giocato dalla fitochimica, vale a dire da quel settore della chimica analitica che si occupa di caratterizzare le matrici vegetali. Tale caratterizzazione presenta diversi aspetti sperimentali. Il primo è rappresentato dall'utilizzo di strumentazioni avanzate nella realizzazione di studi sistematici relativi a matrici vegetali già in tutto o in parte chimicamente indagate in passato, ma con tecniche ormai obsolete e di laboriosa applicazione. Un ruolo quindi di traduzione e aggiornamento di vecchie metodiche in un pool di metodiche analitiche rapide, selettive e direttamente informative sull'identità delle sostanze analizzate grazie all'uso sistematico di spettrometri di massa quali rivelatori. Un secondo aspetto, altrettanto importante, è rappresentato dall'aumento di conoscenza che tali tecniche possono portare rispetto al patrimonio già acquisito, sia in termini di completamento di studi solo parzialmente realizzati sia in termini di apertura di nuove indagini su matrici vegetali mai prese in considerazione da questo punto di vista pur essendo di uso consolidato in termini di assunzione. Un terzo aspetto è collegato con le tecniche di purificazione di principi attivi che è possibile mettere a punto una volta raggiunta una ragionevole conoscenza dei costituenti di una pianta. Tali purificazioni consentirebbero di mettere a disposizione per indagini cliniche successive singole sostanze o frazioni significative di costituenti, facendo progredire perciò in maniera ordinata e efficace studi connessi con la individuazione di eventuali proprietà terapeutiche.

Ultimo aspetto, ma non certo di minore importanza, è che avere a disposizione metodi analitici moderni e affidabili consente di impostare un discorso di controllo di qualità dei prodotti presenti in commercio che non può che giovare al settore.

## EVIDENZA SCIENTIFICA DELLE MEDICINE NON CONVENZIONALI: MEDICINA AYURVEDICA

ALBERTO CHIANTARETTO

### Responsabile programma di ricerca CESMEO per la Medicina Tradizionale Indiana

Per medicina ayurvedica (dal sanscrito - lingua colta della civiltà indiana – *ayur*, vita o longevità e *veda* – conoscenza), quindi conoscenza della vita e conoscenza del modo di ottenere una lunga vita), si definisce il sistema medico che trae origine dalla medicina tradizionale indiana basata su un *corpus* di opere mediche scritte, redatte nella stesura a noi pervenuta in un periodo compreso tra il primo e il quinto secolo dopo Cristo (diversa quindi dalla medicina popolare, basata unicamente sulla trasmissione orale), che si è successivamente sviluppata e articolata anche a contatto con altri sistemi medici fino ad approdare a un forma moderna, in cui l'ayurveda è riconosciuta, organizzata e regolata come una delle medicine ufficiali dello Stato indiano dal 1950 e l'insegnamento da trasmissione orale è divenuto pratica scolastica nei College e nelle Facoltà universitarie di Medicina Ayurvedica. Organo preposto alla supervisione dei *curricula* scolastici, della ricerca, delle attività e della condotta professionale dei medici e delle agenzie formative mediche è dal 1970 il **Central Council of Indian Medicine**, al quale si affianca il **Central Council for Research in Ayurveda and Siddha** (la medicina ayurvedica di tradizione dall'India del sud e scritta in lingua Tamil) del **Ministry of Health and Family Welfare**, che sovrintende alla definizione e alla sorveglianza della standardizzazione dei farmaci ayurvedici e che stabilisce attraverso la pubblicazione del “**Pharmacopoeial Standards for Ayurvedic Formulations**”, le caratteristiche standard delle 431 formulazioni farmaceutiche approvate per la commercializzazione.

I medici ayurvedici ( *vaidya*) per esercitare la libera professione o per lavorare negli Ospedali e nei Consultori ayurvedici devono essere registrati in elenchi professionali ufficiali. Al gennaio 1982 i medici ayurvedici regolarmente registrati erano 238.824.

A ciò arrivano dopo un regolare Corso di Studi di diversi livelli presso uno dei 98 College e Postgraduate Institutes o in una delle 12 Facoltà di Medicina ayurvedica (la più qualificata delle quali fa parte della prestigiosa Benares Hindu University). Un incompleto elenco evidenzia nella sola, e più importante branca dell' Ayurveda – *kayakitsa*, cioè medicina interna, 1078 tesi di Post Graduate e Doctoral Thesis dal 1963 al 1981.

La BHU (Benares Hindu University organizza un corso in Ayurveda per medici stranieri della durata di un anno accademico.

Fondamentale il ruolo svolto dalla medicina Ayurvedica nell'economia sanitaria dell'India: 16.000 presidi e consultori di medicina ayurvedica disseminati sul territorio dell'Unione Indiana (soprattutto nelle zone rurali) e 308 ospedali con una disponibilità di 10.879 letti.

Numerose le riviste scientifiche che riportano i risultati della ricerca indiana nel campo dell' Ayurveda: *Bulletin of Medico-Ethno-Botanical Research*; *Advances in Research and Education in Ayurveda*; *Journal of Research on Ayurveda and Siddha*; *Ayurvedic Research Papers*, ecc...

I campi privilegiati della ricerca sia in India che in altri Paesi (soprattutto Stati Uniti) si riferiscono alla farmacologia. La Banca Dati PubMed della National Library of Medicine riporta circa settecento pubblicazioni sulla medicina ayurvedica.

La condizione di salute per l'ayurveda consiste non solo nella mancanza di malattie, ma piuttosto nell'equilibrio di tutti gli elementi e le parti che compongono l'essere umano; lo squilibrio comporta al contrario l'insorgenza della malattia (che risulta dall'equilibrio/squilibrio dunque dei tre elementi che la tradizione e il linguaggio del medico ayurvedico indicano con *Vata*, *Pitta*, *Kapha*).

L'interpretazione moderna di tali termini, tradotti tradizionalmente, ma non per questo esattamente, con aria, fuoco e acqua/terra identifica con *vata* le attività di movimento, respirazione, con *pitta* le attività di trasformazione enzimatica e con *kapha* la componente costitutiva del corpo.

Tre sono le azioni dell'uomo e del medico per conservare l'equilibrio: in sanscrito (e in Hindi, lingua ufficiale dell'India) *Ahara*= ciò che si mangia, la dieta; *vihara*= ciò che si fa con il proprio corpo, attività e terapie fisiche; *ausyadi* =i rimedi che si assumono. Sono i fondamenti dell'approccio integrato alla salute che propone la medicina ayurvedica. Di qui l'importanza attribuita alla dieta ("ogni sostanza che noi introduciamo nel nostro corpo contribuisce al nostro benessere e a determinare le nostre malattie") e non tutte le sostanze determinano gli stessi effetti su diverse persone: ogni individuo è dotato di una sua propria tipizzazione costituzionale, che permane costante nella vita e che determina l'*habitus* fisico, e non solo quello, di ognuno.

Fondamentale è il rispetto delle regole igieniche e delle regole di vita che ognuno deve seguire, così come importanti sono le terapie fisiche che costituiscono una caratteristica del tutto peculiare della medicina ayurvedica: il massaggio, inteso come intervento sulle masse muscolari e sull'apparato osteoarticolare e il massaggio con oli medicati di diverse caratteristiche a seconda delle affezioni da trattare.

Al massaggio si unisce un'altra pratica terapeutica: la terapia dei *Marma* (punti vitali): una digitopressione su una rete di punti distribuiti sulla superficie corporea, in larga parte sovrapponibile ai punti dell'agopuntura cinese.

Per ciò che riguarda i rimedi, l'ayurveda è una fitoterapia allopatrica - *contraria contariis curantur* - basata sull'utilizzo di principi vegetali, usati non singolarmente, ma in associazione (anche di molti componenti) al fine di ripristinare l'equilibrio alterato degli tre principi vitali, tenendo conto anche della tipologia del paziente.

La diagnostica fisica tradizionale è basata sulla semeiotica fisica (non è contemplata l'auscultazione) e principalmente sulla *nadipariksa*, cioè l'esame del polso (il polso radiale, principalmente), attraverso il quale il medico ayurvedico riesce a identificare lo squilibrio presente in quel momento e le caratteristiche tipologiche del paziente. In ogni caso la diagnostica è sicuramente il campo nel quale l'integrazione tra i diversi sistemi medici porta a inevitabili fenomeni di sincretismo e di collaborazione.

## **LA TERAPIA DELL'IPEREMESI GRAVIDICA IN AGOPUNTURA**

**GIUSEPPE LUPI, GISELLA AIROLA, GIANNI ALLAIS, PIERO ETTORE QUIRICO, CHIARA BENEDETTO**

**Docente Scuola Agopuntura CSTNF - Torino**

La gravidanza comporta innumerevoli variazioni metaboliche, fisiche e psichiche della donna molte delle quali non sono ancora state completamente comprese. Fra queste è compresa l'iperemesi gravidica o vomito incoercibile della gravidanza che riconosce diversi fattori patogeni quali quelli psicologici, i deficit di vitamine o l'effetto di un tasso di gonadotropina corionica elevato. Questa condizione clinica, caratterizzata da nausea e vomito, si manifesta nel primo periodo di gestazione ed è da ritenersi pericolosa, in quanto provoca inevitabilmente la riduzione di introduzione di cibo e liquidi per il meccanismo di evitamento dello stimolo con conseguente disidratazione e calo ponderale della gestante. Il trattamento di questa patologia assume quindi un aspetto particolarmente importante perché si manifesta prima della 20 settimana di gestazione ed è quindi necessario intervenire tempestivamente e, proprio per il periodo gestazionale particolarmente delicato, utilizzando terapie sintomatiche non farmacologiche. L'agopuntura è stata recentemente riconosciuta dai National Institutes of Health come la terapia più efficace per il trattamento della nausea e del vomito in gravidanza e durante la chemioterapia. Lo scopo di questo lavoro è stato quello di verificare l'impatto e il gradimento di questa metodica da parte delle gestanti cercando di risolvere uno dei principali ostacoli ad uno studio organico del fenomeno rappresentato dalla difficoltà di raccolta e quantificazione dei sintomi i quali, essendo squisitamente soggettivi, non sono direttamente "misurabili".

Per superare queste difficoltà abbiamo messo a punto un diario sul quale le pazienti hanno annotato giorno per giorno la sintomatologia lamentata.

Tale diario prevede la registrazione quotidiana di una serie di parametri quali:

- n° di episodi di vomito
- intensità della nausea utilizzando una scala numerica (1 = lieve, 2 = media, 3 = intensa)
- valutazione della disabilità imputabile ai sintomi precedenti attraverso una scala numerica (1 = attività quasi normale, 2 = attività limitata ma non impedita, 3 = attività completamente impedita – costrizione a letto)
- ore di utilizzo delle Sea band
- farmaci anti-nausea eventualmente assunti
- dosaggio dei suddetti farmaci.

La consegna alle pazienti è stata fatta durante la visita che precedeva l'inizio della prima seduta di agopuntura che prevedeva un esame obiettivo ed una accurata anamnesi.

Utilizzando questo diario abbiamo condotto uno studio volto alla valutazione il più confrontabile ed obiettiva possibile degli effetti terapeutici dell'agopuntura su nausea ed iperemesi gravidiche in 30 pazienti afferenti all'Ambulatorio di Agopuntura in Ostetricia e Ginecologia – Cattedra C – Dipartimento di Discipline Ostetriche e Ginecologiche - Università di Torino.

L'età delle signore era compresa fra i 20 ed i 39 anni, nessuna di loro era affetta da patologie di rilievo concomitanti e il trattamento era costituito da 6 sedute di agopuntura delle quali le prime quattro a cadenza bisettimanale e le ultime due a cadenza settimanale.

I punti utilizzati per tutte le pazienti sono stati 36 S, 12 RM, 6 MC.

E' stato inoltre suggerito loro l'uso delle Sea band, per 8 – 10 ore suddivise nei momenti di maggior acuzie del sintomo nei giorni in cui non erano sottoposte ad agopuntura.

L'analisi statistica dei dati è stata condotta utilizzando una ANOVA per misure ripetute; la sorgente della varianza è stata localizzata tramite un test del t multiplo di Bonferroni, con i seguenti risultati:

per quanto riguarda il n° di episodi di vomito il trattamento si è rivelato efficace ( $p < 0.05$ ) già dopo la prima settimana di trattamento (due sedute); il miglioramento è stato progressivo anche se statisticamente la differenza fra la terza settimana e la quarta (ultima) non si dimostrava rilevante.

L'intensità della nausea decresceva sempre più dall'inizio alla fine delle sedute mantenendosi significativa ( $p < 0.05$ ) fra una settimana e la successiva per tutte e quattro le settimane di trattamento.

Lo stesso risultato è emerso dall'analisi dei dati riguardanti il grado di disabilità nelle attività quotidiane registrato dalle pazienti nel corso del trattamento ( $p < 0.05$  per tutti i confronti).

Questo studio, oltre a ribadire l'efficacia dell'agopuntura nel trattamento dell'iperemesi gravidica vuole sottolineare l'importanza, sempre maggiore, di una adeguata strumentazione per la monitorizzazione, e la conseguente analisi dei dati per poter ribadire con sempre maggior fermezza, supportati dall'obiettività del metodo scientifico, la validità del trattamento agopunturale.



## **LA SPERIMENTAZIONE CLINICA IN OMEOPATIA**

**PAOLO MARTRA**

**Docente Scuola CISDO - Centro Italiano Studi e Documentazione in Omeopatia - Torino**

Vengono sottolineati gli elementi caratterizzanti la sperimentazione clinica convenzionale per confrontarli successivamente con gli analoghi elementi caratterizzanti la sperimentazione clinica omeopatica. Nel campo sperimentale convenzionale è possibile rintracciare in genere una gerarchia basata sulla diversa significatività dei risultati.

1. Al primo posto le metanalisi con un valore di eccellenza nell'ambito della valutazione clinica. Fondano le loro conclusioni su una grande molteplicità di osservazioni omogenee tra loro e permettono di conseguenza una affidabilità di risultati.

2. Al secondo posto gli studi clinici controllati. Permettono la valutazione rigorosa di una variabile determinata in precedenza, assicurano una sostanziale riduzione degli errori sistematici e consentono l'elaborazione successiva di revisioni sistematiche.

Proseguendo nella gerarchia: 3. gli studi di coorte: studi prospettici con un periodo di osservazione prolungato.

4. studi caso controllo.

5. studi osservazionali. Sono al fondo della scala gerarchica.

Tra questi ci interessano gli studi osservazionali longitudinali, studi clinici non controllati. La valutazione dell'efficacia dell'intervento terapeutico viene fatta con la storia naturale della malattia. A questo punto si possono valutare quali sono le principali difficoltà che si incontrano nell'allestimento e nell'esecuzione di protocolli clinici sperimentali in omeopatia. Confrontando i due modelli: protocolli classici e metodologia clinico terapeutica omeopatica, si scontrano esigenze per certi aspetti antitetiche: da una parte -doppio cieco contro placebo -randomizzazione della popolazione -utilizzo dei test statistici per l'analisi dei risultati, dall'altra parte -individualizzazione del caso morboso -definizione della realtà individuale del paziente -scarsa omogeneità della popolazione in esame che comporta l'allestimento di una terapia con differenti medicinali per una stessa diagnosi nosologica -necessità di uno stretto controllo dell'evoluzione della sintomatologia (non possibile durante uno studio in doppio cieco). Si consideri infine che l'effetto del rimedio omeopatico non è quello di "modificare" un organo o un tessuto, ma di far "reagire" l'organismo nel suo insieme e questo accentua l'importanza della soggettività e della individualità. In particolare negli studi clinici controllati la valutazione dell'efficacia in condizioni sperimentali ideali è contrapposta alla valutazione dell'effectiveness. Gli

studi di effectiveness possono essere il varco attraverso il quale l'individualità può far sentire la sua voce. Gli studi di effectiveness considerano l'efficacia reale del trattamento in quel paziente che vive in quelle sue personali ed irripetibili condizioni di vita. Al contrario degli studi di efficacy dove i soggetti perdono questa individualità. Inoltre rivestono una peculiare importanza gli studi clinici osservazionali longitudinali. Nelle singole osservazioni non si ricerca tanto la dimostrazione dell'efficacia terapeutica, ma l'illustrazione del procedimento terapeutico omeopatico nella pratica quotidiana. Vengono infine presentati due esempi di possibili soluzioni integrate partendo da queste considerazioni di base. Il primo esempio è una metanalisi realizzata da Autori olandesi, epidemiologi universitari (non omeopati) che hanno eseguito una valutazione complessiva di 96 lavori pubblicati in omeopatia e rigidamente classificati in base a criteri di giudizio severi utilizzati anche per la sperimentazione in medicina allopatrica. Una delle conclusioni è che "L'evidenza delle sperimentazioni cliniche è positiva anche se non sufficiente a trarre conclusioni definitive. La qualità di evidenze positive è giunta inattesa". Il secondo esempio è uno studio clinico randomizzato riguardante il trattamento della diarrea acuta infantile con preparato omeopatico. È stato realizzato in Nicaragua da una equipe medica americana. Obiettivo era verificare l'efficacia dell'omeopatia nel ridurre la durata della diarrea infantile principale causa di morbilità e mortalità in quella regione. Risultato: il gruppo trattato omeopaticamente ha mostrato una riduzione statisticamente significativa ( $P < 0,05$ ) della durata della diarrea rispetto al gruppo di controllo.

## **LA FARMACOVIGILANZA IN FITOTERAPIA**

**LUIGI MORTICELLI**

**Responsabile ANMFIT Regione Piemonte**

Le droghe vegetali sono da lustri presenti nella farmacopea ufficiale italiana. La decima edizione (l'ultima) le inserisce accanto ai principi attivi di sintesi senza distinzioni particolari. Le Farmacopee Ufficiali Europee contengono molte droghe vegetali ed il Ministero della Sanità della Germania tra il 1978 ed il 1994 istituì una commissione che elaborò oltre 300 monografie di droghe vegetali, dandone le indicazioni terapeutiche, le controindicazioni, le interazioni, le caratteristiche fitochimiche e botaniche, ecc., dopo un'attenta analisi della letteratura scientifica internazionale. Molte di esse dovrebbero essere prescritte solo dal medico, per il controllo degli effetti collaterali. L'OMS ha pubblicato molti testi sulle droghe vegetali; gli ultimi hanno posto l'attenzione sulle regole di una corretta sperimentazione scientifica in materia.

Sulle banche dati internazionali, come ad esempio MEDLINE, gli studi clinici sulle droghe vegetali stanno aumentando: sull'Angelica, ad es. sono riportati più di 200 abstract, sull'Iperico OLTRE 300. Tra gli abstract, anche metanalisi sugli stessi. Nel complesso gli studi si esprimono positivamente sull'efficacia delle droghe vegetali, pur riconoscendo la necessità di approfondimenti, rilevando la presenza di effetti collaterali e di interazioni anche negative in caso di uso concomitante di farmaci di sintesi. Questo dato dovrebbe far riflettere i vari organi di stampa che sempre più spesso e sempre più numerosi, per garantirsi lettori e nicchie di mercato, con superficialità, sull'onda di un messaggio rischioso e non corrispondente alla realtà, ma molto diffuso ed accreditato, che vuole il "naturale" ecologico ed innocuo, promuovono l'uso "facile" delle droghe vegetali in base ad autoprescrizioni, senza controllo medico. Pensiamo solo ai rischi di fotosensibilizzazione ed all'impegno di molti ed importanti citocromi epatici da parte dell'iperico oppure ai rischi di ictus che possono essere provocati dal Gingko Biloba, che pure sotto controllo risulta, da studi controllati, essere efficace nell'invecchiamento cerebrale.

Certo l'uso controllato delle droghe vegetali è una carta di tutto rispetto all'interno del grande discorso dell'ecologia; non va però dimenticato che questo campo è in rapido sviluppo e si intreccia e si confronta con lo sviluppo delle nuove tecniche di coltivazione (cellulare in vitro, di tessuti in vitro, di micropropagazione, per la biotrasformazione, di ricombinazione genetica, che può essere considerata utile, a patto del totale rispetto della tutela ambientale, per la sperimentazione e la produzione a basso costo di principi attivi farmacologici importanti noti o nuovi, scoperti proprio grazie a questo tipo di sperimentazione). Del resto nel campo della fitoterapia occorre fare uno sforzo per uscire dallo stretto ambito dell'erboristeria esplorando con attenzione ciò che emerge dalle nuove tecniche biovegetali a scopo terapeutico, nel mentre è indispensabile allargare il discorso all'alimentazione ed al nutraceutical, cioè ai cibi arricchiti (non geneticamente modificati) che in determinate patologie potrebbero essere di grande aiuto terapeutico e preventivo.

Va comunque chiarito con forza che le droghe vegetali per essere accreditate clinicamente devono essere sottoposte con attenzione agli stessi studi cui vengono sottoposti i farmaci di sintesi. Questo sostiene con ragione l'OMS: doppio cieco, randomizzazione, protocolli controllati, sperimentazione multicentrica ed incrociata. La droga vegetale deve rispettare ed essere controllata secondo parametri fitochimici internazionali, deve essere sottoposta ad analisi di qualità che garantiscano l'assenza di inquinanti di qualsiasi genere. Deve essere sottoposta, come il farmaco di sintesi, alla rilevazione di eventuali reazioni avverse. Queste indicazioni siamo riusciti, come ANMFIT, a far inserire in un enunciato apposito del Piano Sanitario Regionale attuale (e speriamo che vengano confermate nel prossimo)

che dovrebbe impegnare gli uffici territoriali dell'ASL ad effettuare ricerca, formazione professionale, analisi di qualità farmacovigilanza in tale campo.

Ma in questa direzione finora le ASL non si sono mosse. Come Associazione abbiamo fondato un sito internet ad accesso gratuito, su cui cerchiamo di documentare per le droghe vegetali più utilizzate, l'uso clinico, gli effetti collaterali, le interazioni con altri farmaci, all'interno c'è anche una scheda per le comunicazioni sulle reazioni avverse. L'indirizzo è [www.arpnet.it](http://www.arpnet.it) anmfit.

Invitiamo i colleghi che lo desiderino a collaborare a qualsiasi livello. Più recentemente dietro nostro interessamento l'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte ha costituito una Commissione di lavoro per la costruzione di una Banca Dati ad accesso gratuito, su internet, per gli operatori ed utenti del settore. È un primo significativo passo che potrebbe colmare quella lacuna informativa per gli operatori sanitari di cui sopra si parlava.

La fitoterapia, terapia appunto con le droghe vegetali e loro derivati, è già accreditata ed è quindi ufficiale.

Purtroppo altre categorie professionali hanno preso in larga misura il posto del medico nella prescrizione delle droghe vegetali e perfino nella diagnosi. La recente formazione, diffusa a tutto il territorio nazionale, di corsi universitari di laurea breve in tecniche erboristiche, esclude dalla sua gestione la Facoltà di Medicina e quindi la ricerca clinica (ed il suo serio insegnamento) strutturata nel campo. Fiorisce quindi in questo campo l'esercizio abusivo della professione medica e lo sviluppo di organizzazioni pseudoscientifiche che sempre più spesso pongono dubbi corsi di aggiornamento aperti ai più e pratiche "alternative" senza controllo clinico con gravi rischi per la salute pubblica.

In tal senso appare determinante e fondamentale istituire una corretta informazione sulla fitoterapia e soprattutto sugli effetti avversi, la cui denuncia da parte dei medici in Italia è obbligatoria per legge.

Molte sono su internet le agenzie che in quest'ultimo periodo stanno pubblicando effetti avversi riferiti alle piante officinali. Purtroppo occorre dire che non sempre ad un'analisi critica i dati pubblicati risultano essere ben documentati sia sul versante farmacodinamico/farmacocinetico che clinico, come la nostra associazione non ha mancato più volte di documentare. I dati più accreditati esistenti a livello internazionale provengono dalla Germania da tempo organizzata in modo efficiente per la raccolta e l'elaborazione critica di questi dati, e sono stati recentemente riportati dall'OMS. Ebbene dal 1968 al 1997 le reazioni sospette segnalate da singola erba medicinale sono 611 mentre quelle da più erbe medicinali sono 110, tra le reazioni gravi non sono state segnalate reazioni mortali.

Questo in 10 anni ed oltre di uso. E gli effetti positivi? Le statistiche OMS stranamente non li riportano, ma chi volesse consultare Medline ad esempio sull'iperico dei 300 ed oltre abstracts il 70%o, molti dei quali paiono scientificamente ben costruiti, parlano positivamente dell'uso clinico di questa droga. Gli altri abstracts riportano casi di ADR e certo non mancano di suscitare attenzione e soprattutto spingono decisamente ad individuare nel medico la figura più idonea alla prescrizione ed alla cura con farmaci fitoterapici.

Queste brevi note ci spingono a riflessioni critiche sugli ADR che, quando non ben documentati, come detto, suscitano il sospetto di essere pubblicati a scopo allarmistico e con intenti non chiari.

Detto questo non ci stancheremo di ripetere che deve essere il medico a prescrivere le droghe vegetali dopo un'attenta diagnosi, e dopo aver valutato se la loro pari potenziale efficacia possa sostituire il farmaco di sintesi per minori effetti collaterali, oppure possa affiancarlo con la sicurezza dovuta per l'assenza di interazioni. Il tutto dopo aver doverosamente informato il paziente sulla terapia che si intende praticare, sui risultati clinici che con tale terapia si intendono raggiungere alla luce della letteratura scientifica ed aver ottenuto il suo consenso.

## L'AGOPUNTURA NEL PAZIENTE NEOPLASTICO: ESPERIENZA CLINICA

PAOLO BELLINGERI

Docente Scuola di Agopuntura C.S.T.N.F. - Torino

Attualmente nella terapia delle patologie neoplastiche é massivamente impiegata la chemioterapia, che tuttavia presenta notevoli affetti tossici collaterali, come leucopenia, reazioni gastrointestinali o sistemiche, particolarmente evidenti nella maggior parte dei pazienti, tanto da dover ritardare la terapia o da sospenderla. La tossicità delle sostanze chemioterapiche (isofosfamida, taxolo, vincristina...) è funzione di alcune variabili quali la dose, gli schemi posologici, la via di somministrazione, i fattori individuali ecc..

Dalla recente letteratura è emersa la possibilità di attuare un approccio con agopuntura che ha dimostrato di attenuare o ridurre gli effetti collaterali. Conseguentemente migliora la qualità di vita dei pazienti.

In MTC (Medicina Tradizionale Cinese) la neoplasia è definita come un accumulo di *Umidità (Tan)*, sviluppo di *Calore* e stasi di *Sangue*. Segni questi che possono essere tradotti con tutte quelle manifestazioni tipiche da somministrazione dei farmaci antineoplastici più comunemente impiegati nei protocolli, quali nausea, vomito, aplasia midollare, ulcerazioni, reazioni cutanee e gastrointestinali.

Si è considerato un gruppo di 20 pazienti affetti da neoplasia mammaria trattate con chirurgia, chemioterapia ed agopuntura. Il gruppo controllo era composto da altrettanti pazienti, non sottoposte ad agopuntura.

L'intenzione dello studio era di verificare i dati della letteratura a proposito della funzione regolatoria dell'agopuntura nel contrastare l'inibizione del midollo osseo da parte dei farmaci antiproliferativi, con conseguente riduzione della funzione emopoietica. Inoltre considerando l'azione lesiva delle terapie sulle cellule della mucosa del tratto gastrointestinale, con conseguente compromissione dello stato generale dei pazienti e la concomitante presenza di nausea e vomito, si è agito su questi sintomi per ridare una condizione migliore di vita, riducendo al minimo indispensabile l'assunzione di farmaci sintomatici. In MTC si ritiene che alla base della sintomatologia gastrointestinale vi sia un accumulo di umidità in regione sottodiaframmatica (*jiao medio*) ed alterazione della funzione di discesa propria di *Stomaco* e *Milza*. Il principio di trattamento prevede quindi il ripristino della normale fisiologia, al fine di permettere la riparazione della mucosa intestinale.

I punti selezionati comprendevano tra gli altri ST 36 *Zusanli*, PC 6 *Neiguan*, BL 17 *Geshu* e CV 12 *Zhongwan*, presenti in tutti gli studi analizzati. Il trattamento veniva effettuato nella giornata precedente o nel pomeriggio stesso dopo la terapia farmacologica. Nel caso di soggetto leucopenico (WB < 4.0 K/micro l e neutrofili < 1.5 K/micro l, con controllo emocromocitometrico tre giorni prima della terapia) la seduta di agopuntura era effettuata immediatamente con una ritenzione dell'ago di almeno 30 minuti.

I dati raccolti in questi anni hanno permesso di confermare i risultati riportati in letteratura. Si è ottenuto un aumento delle funzioni immunitarie dell'organismo, con miglioramento del quadro ematologico periferico, tanto da evitare la somministrazione di granulocine. I pazienti da noi trattati non hanno utilizzato i farmaci antiemetici, ottenendo una restituzione delle funzioni gastrointestinali alterate e riduzione marcata dello stato ansioso.

### **Bibliografia**

Zhou Junqui, Li Zhihua, Jin Pule. *Studio sull'impiego dell'agopuntura nella prevenzione e nel trattamento degli effetti collaterali tossici in corso di radioterapia e chemioterapia.*

Rivista Italiana di MTC. 79-1,2000.

Perry M., Anderson C., Dorr V., Wilkes J.. *The Chemotherapy Sourcebook.* Williams & Wilkins. Baltimore, 1999.

Maciocia G.. *Chemioterapia e chemo-support.* Rivista Italiana di MTC. 79-1,2000.

# **TRATTAMENTO DELLA COXARTROSI CON METODICA OSTEOPATICA: TECNICHE E RISULTATI**

**ANDREA FERRERO**

**Dirigente II livello Casa di Cura Villa Ida - Lanzo T.se**

La coxartrosi è una patologia degenerativa frequente nell'adulto, con decorso cronico invalidante.

L'incidenza uguale nei due sessi è variabile fra il 15 e il 22% della popolazione (Felson 1988).

L'approccio terapeutico classico, a seconda della gravità del caso, può essere incruento, farmacologico e/o fisioterapico, oppure cruento, con impianto di protesi totale d'anca.

La medicina osteopatica si pone come complemento o come alternativa ad approcci convenzionali sia dal punto di vista terapeutico, sia dal punto di vista preventivo.

La ricerca e il trattamento delle disfunzioni articolari, miofasciali e viscerali, contigue o meno alla lesione coxofemorale, porteranno ad un recupero della mobilità articolare, diminuzione del dolore e miglioramento nella deambulazione.

## **Materiali e metodi**

Sono stati presi in esame 24 pazienti (14 femmine e 10 maschi) affetti da coxartrosi primaria monolaterale sottoposti al trattamento osteopatico e programma riabilitativo.

Lo schema del trattamento prevedeva una seduta osteopatica alla settimana inserita nel programma riabilitativo fisioterapico complementare per un minimo di quattro e un massimo di otto sedute.

Il trattamento osteopatico prevedeva l'applicazione di tecniche miotensive, per ottenere rilasciamento dei mm. adduttori, piramidali, ischiotibioperoneali e psoas, tecniche fasciali per il riequilibrio del diaframma toracico e pelvico e il rilascio di cicatrici chirurgiche, tecniche riarticolatorie per il recupero della mobilità coxofemorale, delle sacroiliache nonché delle strutture articolari dorso lombari in restrizione, tecniche cranio sacrali e tecniche viscerali nell'ambito di un trattamento che tiene conto della globalità del paziente.

Il programma riabilitativo prevedeva esercizi di chinesi attiva e passiva e di rinforzo muscolare.

Ogni paziente è stato valutato prima e dopo la terapia in base ai seguenti parametri: a) movimenti passivi (flessione-estensione, abduzione e adduzione, intra-extra rotazione) b)

dolore calcolato sulla scala di Mc Gill c) autonomia deambulatoria considerando un tragitto di 1500 metri, percorsi senza limitazione.

## **Risultati**

L'efficacia del trattamento è stata valutata sulla base dei criteri descritti da Bryant (1993) focalizzando quindi l'attenzione sul recupero della flessione dell'anca, sul dolore e sull'autonomia deambulatoria.

Le medie sono state paragonate utilizzando lo Student's paired t test.

Alla fine del trattamento si è osservato un incremento significativo di tutti e tre i parametri, la media di flessione dell'anca è passata da  $92,8 + 4,04$  gradi a  $104,6 + 3,57$  gradi. La media totale della scala di Mc Gill è diminuito da  $2,43 + 1,38$  fino a  $1,73 + 1,38$ .

Il percorso medio iniziale pari a  $587,5 + 22,78$  metri è aumentato fino a  $1258 + 20,69$  metri.



## AGOPUNTURA VERSUS FLUNARIZINA NEL TRATTAMENTO PROFILATTICO DELL'EMICRANIA

GISELLA AIROLA, GIANNI ALLAIS, CRISTINA DE LORENZO, PIERO ETTORE QUIRICO, GIUSEPPE LUPI, CHIARA BENEDETTO

Centro Cefalee della Donna - Università di Torino

La letteratura e la pratica clinica internazionali testimoniano l'efficacia dell'agopuntura nel trattamento della forma più comune di cefalea vascolare: l'emicrania senza aura, e tuttavia sull'argomento gli studi controllati sono davvero pochi.

La nostra ricerca ha perseguito un duplice obiettivo: in primo luogo verificare l'efficacia dell'agopuntura nel trattamento dell'emicrania senza aura e contemporaneamente confrontarla con l'efficacia del trattamento con flunarizina, una delle molecole di scelta elettiva per la profilassi della patologia in esame.

Per lo studio sono state reclutate 160 pazienti sofferenti di emicrania senza aura, secondo i criteri classificativi dell'International Headache Society, suddivise casualmente in due gruppi secondo una lista di randomizzazione generata dal computer: il gruppo A ( n = 80 ) sottoposto ad agopuntura ed il gruppo F ( n = 80 ) trattato con flunarizina.

Il ciclo di sedute di agopuntura è stato così articolato: 1 seduta alla settimana per due mesi, quindi 1 seduta al mese per quattro mesi.

I punti utilizzati per tutte le pazienti, e per tutta la durata del trattamento, sono stati LR 3 *Taichong*, SP 6 *Sanyinjiao*, ST 36 *Zusanli*, CV 12 *Zhongwan*, LI 4 *Hegu*, PC 6 *Neiguan*, GB 20 *Fengchi*, GB 14 *Yangbai*, EX-HN 5 *Taiyang*, GV 20 *Baihui*.

Il trattamento farmacologico è stato impostato al dosaggio di 10 mg /die per due mesi, quindi scalato a 10 mg/die per 20 giorni al mese per quattro mesi.

Alle pazienti di entrambi i gruppi è stato chiesto di tenere un diario per monitorare frequenza, intensità, durata degli attacchi e il dosaggio dei farmaci antidolorifici eventualmente assunti.

I dati emersi nei sei mesi di durata dello studio sono stati analizzati ogni due mesi (2 mesi = T 1; 4 mesi = T 2; 6 mesi = T 3) rispetto al periodo di run-in (T 0).

Dall'elaborazione dei dati è emerso che, per quanto riguardava il gruppo A in trattamento agopunturale, la frequenza, l'intensità, la durata degli attacchi nonché l'assunzione di antidolorifici erano scesi in maniera statisticamente significativa (ANOVA per misure ripetute:  $p < 0.01$ ).

Il gruppo F sottoposto a trattamento farmacologico beneficiava di un risultato analogo (ANOVA per misure ripetute:  $p < 0.01$ ).

Analizzando l'andamento della sintomatologia dopo 2 e 4 mesi di terapia la frequenza degli attacchi è risultata significativamente più bassa nel gruppo A (t test: T 1 A vs T 1 F =  $p < 0.02$ ; T 2 A vs T 2 F =  $p < 0.05$ ).

Anche l'intensità degli attacchi è risultata significativamente più bassa nel gruppo A al tempo T 2 ( $p < 0.05$ ).

Il maggior numero di pazienti che avevano cessato del tutto l'assunzione di antidolorifici durante il trattamento apparteneva al gruppo A.

Per quanto riguarda la descrizione dei principali effetti collaterali il gruppo A ha riferito sedazione al termine della seduta e dolore nella sede di infissione degli aghi, i pazienti del gruppo F hanno lamentato sonnolenza, aumento ponderale e depressione. Al gruppo F ha fatto capo il gruppo più numeroso di pazienti che hanno sofferto la comparsa di effetti collaterali (test del Chi quadrato:  $p < 0.01$ ).

I risultati dello studio, in accordo con gli studi controllati sull'argomento, ribadiscono l'efficacia e la sicurezza dell'agopuntura nel trattamento dell'emicrania senza aura. Nonostante il ridotto numero di sedute dal terzo mese di terapia (1/ mese) tale metodica si è dimostrata più efficace della flunarizina a dosaggio pieno (10 mg / die per 20 gg/ mese) nel ridurre la frequenza degli attacchi e l'assunzione di antidolorifici. E' meno gravata da effetti collaterali e non presenta le forti limitazioni d'uso che la flunarizina comporta viste le controindicazioni in caso di coesistenza di patologie piuttosto frequenti nel soggetto emicranico. Inoltre, a quattro mesi si è dimostrata anche più incisiva riducendo l'intensità del dolore dei singoli attacchi residui.

Considerato quanto sopra riportato l'agopuntura dovrebbe essere considerata quale trattamento di prima scelta per la profilassi dell' emicrania senza aura.

## **OMOTOSSICOLOGIA: UN METODO DI APPROCCIO INTEGRATO CON L'ALLOPATIA**

**EDOARDO TEGANI**

**Responsabile Distretto 1 ASL 3 - Torino**

Allopatia: evoluzione tecnico-scientifica volta a colpire prioritariamente le cause di malattia, considerando secondari l'aspetto tossicologico dei farmaci, ad eccezione delle sue espressioni più eclatanti e le risorse naturali dell'organismo.

Limite ingiustificabile dell'omeopatia fu quello di rimanere estranea alle scoperte della chimica e della fisica e l'elemento della sua criticità fu la mancanza di una impostazione fisiopatologica applicata alla clinica.

Al sopraggiungere della batteriologia e delle terapie antibiotiche il ruolo dell'omeopatia apparve inevitabilmente quello di una branca emarginata e priva di valore scientifico.

L'utilizzo dei farmaci antibatterici antibiotici, sulfamidici e degli antiflogistici, con i primi rapidi ed evidenti risultati, assurse l'allopatia al trionfo scientifico. Ma proprio questo facile successo condusse a credere che tali terapeutici potessero essere usati indiscriminatamente e potessero risolvere mirabilmente una gran parte dei problemi di salute che affliggono l'uomo, con la presunzione che fossero solo benefici e non causassero, se non in casi di grave e violenta intossicazione legata alle alte dosi, alcun danno, se assunti alle posologie sperimentate. Ciò portò all'abuso degli antibiotici, sulfamidici ed antiflogistici ed al loro utilizzo improprio: la razionalità si fa irrazionale. Tali modalità di somministrazione eccessiva, protratta o incongrua portano alla lunga all'accumulo di sostanze tossiche che costituiscono di per sé una noxa.

A questo punto nel panorama terapeutico si affaccia l'omotossicologia, che assume un approccio scientifico, rispettosa e osservante delle leggi biologiche, chimiche, fisiche e aperta criticamente alle nuove acquisizioni scientifiche, nonché suffragata da conferme sperimentali.

Ma non per questo approccio "democratico" la omotossicologia, che è e rimane una medicina naturale ed olistica, perde le proprie connotazioni, stravolge la propria filosofia.

Nell'accezione allopatrica la patologia settica causa sepsi accompagnata da flogosi, espressione della lotta contro i microrganismi, ma anche contro il portatore.

L'identificazione dell'infiammazione con la sepsi porta purtroppo spesso alla sua demonizzazione, a farle assumere un ruolo negativo, patologico, mentre invece la flogosi rappresenta la reattività dell'organismo, la sua capacità di reagire e difendersi alle aggressioni patogene.

I farmaci antiflogistici finiscono per “congelare” nel connettivo i detriti tossici, che si accumulano nel mesenchima, non venendo più eliminati dagli emuntori.

Ma la lotta ai batteri e l’inibizione della flogosi valgono sempre questo danno? E la batteriocidia non potrebbe, anziché aggredire il germe, agire sul terreno dove esso si sviluppa, rendendo l’ambiente reattivo verso il patogeno? Ed in tale accezione non sarebbe tale reazione espressa dalla flogosi?

L’infiammazione va quindi considerata positivamente, come una situazione dinamica delle funzioni biologiche, espressione di una auspicabile reazione di difesa messa in atto dall’organismo per mantenere la propria omeostasi, intesa come integrità strutturale e funzionale, resistenza all’inquinamento ambientale, preservazione delle proprie caratteristiche onto-filogenetiche, mentre il battericida chimico o comunque il farmaco di sintesi, dovrebbe rivestire il ruolo di adiuvante dell’azione antimicrobica ed il suo uso dovrebbe eventualmente essere riservato ai casi a maggiore gravità e comunque limitato al tempo strettamente necessario per permettere alle difese naturali dell’organismo di svolgere una efficace azione, che andrebbe del pari assecondata e stimolata con rimedi appropriati e detossificanti.

L’omotossicologia interpreta e rappresenta l’evoluitività delle malattie caratteristicamente in una tavola nella quale sono schematicamente rappresentate tre fasi umorali: **escrezione – reazione – deposito** in cui le tossine endogene o esogene sono ancora solubili, cui seguono tre fasi cellulari: **impregnazione connettivale–degenerazione displastica (autoaggressiva) –neoplasma** in cui le tossine sono gelificate, quindi più difficilmente mobilizzabili ed eliminabili. È intuitivo che la gravità della malattia cresce spostandosi dalla prima alla terza fase ed ancor più varcando la linea di Divisione Biologica e progredendo dalla quarta alla sesta fase. Parimenti sono distinti, trasversalmente rispetto alle fasi, i tessuti relativamente alla loro derivazione embrionale, ove la patologia agisce.

L’omotossicologia in sostanza ha una visione clinica moderna delle malattie, ma rispetta nell’aspetto terapeutico l’uomo, ponendo in primo piano la pericolosità che le tossine rappresentano per l’organismo, esaltandone la reattività naturale e riconoscendo ad essa un ruolo essenziale nella salute globale.

## **LA TERAPIA DELLE CICATRICI: UN UTILE AUSILIO NELLA CORREZIONE POSTURALE**

**CARLO RIPA**

**Docente Scuola Medicina Manuale C.S.T.N.F. - Torino**

Secondo una dottrina terapeutica, nata in Germania attorno al 1925 e denominata Neuralterapia, le cicatrici post-chirurgiche e/o postraumatiche sono delle entità potenzialmente capaci di creare importanti campi di disturbo all'interno del corpo umano, risultando in tali casi responsabili delle patologie più disparate.

La Posturologia è una nuova branca delle scienze mediche, che si pone come obiettivo la ricerca e la correzione dei "recettori" responsabili di atteggiamenti posturo-statici scorretti.

Questi sono infatti la causa di gran parte delle patologie somatiche che con sempre maggior frequenza colpiscono l'uomo dei nostri giorni (lombalgie, cervicalgie, dorsalgie, ernie discali, conflitti radicolari, tendiniti, contratture, stiramenti muscolari, usure accresciute a carico di svariati comparti articolari...).

Tale approccio basato sulla ricerca e sulla correzione delle causalità, va sviluppandosi sempre più, accomunando gli interessi e le competenze del medico specializzato in Fisiatria, Ortopedia, Oculistica, Odontostomatologia con particolare riguardo alla Gnatologia e di figure professionali paramediche come l'ortottista, il fisioterapista in una visione, giustamente globale, dei problemi lamentati dal paziente.

L'uomo infatti è:

- un essere che si adatta all'ambiente esterno, influenzando tramite i suoi centri corticali e sottocorticali la postura;
- un essere che tramite gli occhi si posiziona nello spazio subendo le deformazioni statiche che i difetti della sua componente visiva muscolare e/o rifrattiva gli impongono;
- un individuo il cui apparato stomatognatico è in grado di influenzare la muscolatura staturale;
- un individuo i cui piedi fungono da collegamento fra qualunque squilibrio statico superiore ed il suolo;
- un individuo che anche attraverso la pelle ed i suoi esterocettori subisce, in casi particolari, deformazioni staturali legate a lesioni dello strato superficiale e profondo del derma: le cicatrici.

**Le cicatrici** rappresentano in alcuni casi un ostacolo per una corretta riprogrammazione posturale, soprattutto nei casi in cui la loro guarigione è avvenuta attraverso complicazioni settiche o allorché sono cicatrizzate in modo non corretto ed appaiono pertanto rilevate od affondate nei tessuti circostanti, arrossate o sbiancate o sede di sensibilità anomale (ipo-anestesia, disestesie che si generano autonomamente o dopo sfioramento).

L'autore ha condotto una sperimentazione ove ha valutato le interferenze strette che le cicatrici hanno con il sistema posturale.

Egli ha inoltre verificato la possibilità che il medico ha di intervenire su queste con microiniezioni effettuate superficialmente sui bordi della cicatrice al fine di scollarne le aderenze con il tessuto circostante.

Tale metodica è risultata molto efficace nel correggere difetti posturali altrimenti incorreggibili. Accanto ad una correzione dell'atteggiamento posturale globale, valutato istantaneamente, dopo trattamento della cicatrice, tramite misurazioni effettuate con un filo a piombo ed un'asta centimetrata e/o su pedana stabilometrica, in alcuni casi il soggetto ha riferito un miglioramento dello stato energetico generale accanto ad una diminuzione o ad una scomparsa di disturbi somatici e/o viscerali.

In un soggetto portatore di cicatrice, il trattamento di tale entità patologica acquista pertanto una importanza fondamentale per il medico che si pone di fronte al malato con lo scopo di curarlo nella sua totalità, correggendo tutto ciò che può o potrà rappresentare una spina irritativa nel suo equilibrio generale e nelle sue potenzialità.

## ALIMENTAZIONE NATURALE NELL'ETÀ EVOLUTIVA

**LUCIANO PROIETTI**

**Medico, pediatra, nutrizionista**

Uno dei compiti della società contemporanea è quello di dare ai genitori, attraverso l'informazione dei mezzi di comunicazione, gli strumenti per far crescere i propri figli in salute fisica e mentale.

Per raggiungere questo obiettivo, il fattore principale è sicuramente l'alimentazione: se il cibo è scarso, il bambino crescerà poco; se il cibo è troppo, il bambino crescerà troppo; se il cibo è inquinato, crescerà inquinato; e in tutti e tre i casi si ammalerà.

Da molti anni si sta assistendo, in tutti i Paesi industrializzati, ad un significativo cambiamento della diffusione delle malattie: diminuisce la mortalità causata dalle malattie infettive, mentre aumentano in termini assoluti le malattie di tipo cronico-degenerativo (malattie cardio-vascolari, gastro-enteriche, renali, polmonari, tumori).

*I motivi di questa trasformazione sono legati al cambiamento dei cosiddetti "fattori di rischio" presenti nell'ambiente di vita e di lavoro, (inquinamento ambientale; tempi, ritmi, modalità, spazi di lavoro), o prodotti da particolari abitudini di vita (sedentarietà, abuso di droghe e di alcool, alimentazione incongrua, iperstimolazione sensoriale). Questi fattori di rischio agiscono in modo lento e subdolo provocando modificazioni nel funzionamento degli organi del nostro organismo che ad un certo punto si ammala.*

L'alimentazione scorretta, perché squilibrata, carente o eccessiva nei suoi principi nutritivi, rappresenta sicuramente il più importante fattore di rischio, in termini percentuali, per le malattie croniche, degenerative e infettive.

È infatti ormai universalmente riconosciuta la correlazione tra salute ed alimentazione e la possibilità di prevenire le patologie degenerative attraverso un'alimentazione equilibrata.

Negli ultimi quarant'anni i consumi e le abitudini alimentari degli italiani sono profondamente cambiati, perché è cambiata la condizione socio-economica e lo stile di vita del paese: dalla cucina della povertà e dell'indigenza che aveva caratterizzato le generazioni dei secoli passati, si è giunti alla cucina dell'abbondanza e dell'eccesso.

In 40 anni si è passati da un consumo giornaliero medio di 2400 calorie a più di 3000 calorie, in massima parte assunte attraverso alimenti poco equilibrati: zuccheri semplici, grassi e proteine animali.

L'organizzazione del lavoro e le aumentate esigenze di consumo hanno cambiato le abitudini alimentari delle famiglie: si mangia spesso fuori casa, si è ridotto il tempo della

preparazione del cibo, si fa sempre più uso di prodotti industriali preparati e conservati, la cena prende il posto del pranzo come momento alimentare principale, la colazione diventa ricca come un pasto principale; la pubblicità, sempre interessata al guadagno e mai alla salute del consumatore, prende il sopravvento nelle scelte alimentari.

Numerosi studi epidemiologici hanno ormai chiaramente e inconfutabilmente messo in evidenza che un'alimentazione incongrua rappresenta la causa principale delle malattie moderne.

In Italia sono emerse in modo chiaro le discrepanze esistenti fra i fabbisogni di nutrienti e i livelli di sicurezza degli stessi, raccomandati dall'Istituto Nazionale della Nutrizione e dall'O.M.S., e i reali consumi alimentari della popolazione.

Gli errori più frequenti presenti nella nostra alimentazione sono i seguenti:

- eccesso calorico: si mangia troppo;
- eccesso di zuccheri semplici: si assume troppo zucchero attraverso bibite, dolci, merendine;
- eccesso di grassi e proteine animali: si mangia troppo latte, formaggio, carne, uova;
- carezza di fibra alimentare attraverso cereali integrali, legumi, verdure.

In questa situazione un momento fondamentale è sicuramente il primo anno di vita, che può condizionare la vita futura del bambino sia per quanto riguarda la sua salute fisica, che per il suo sviluppo psico-affettivo.



# **TERAPIA ANTROPOSOFICA NELLA PREVENZIONE DELLE ALLERGIE (\*)**

**PAOLO GARATI**

**Associazione Gruppo Medico Antroposofico Italiano**

## **Introduzione**

L'articolo parte dal presupposto che la notevole modificazione dello stile di vita dei bambini, riferito alle vaccinazioni, alla microflora intestinale e alla diversa patologia infantile, ha provocato un aumento delle malattie atopiche nei bambini.

Infatti l'aumento della prevalenza di queste ultime può essere associato ai seguenti fattori: a) tipo di malattia contratta nell'infanzia; b) programma vaccinale; c) alimentazione e flora intestinale.

Soggetti che seguono uno stile di vita antroposofico usano raramente antibiotici, sono scarsamente vaccinati e la loro dieta tendenzialmente vegetariana contiene abitualmente lattobacilli vivi.

Si è voluto studiare l'influenza di questo stile di vita sulla prevalenza delle allergie nei bambini.

## **Metodi**

In uno studio incrociato sono state prese in considerazione due popolazioni scolastiche nei pressi di Stoccolma (Svezia) costituite da bambini di età compresa tra 5 e 13 anni. Il primo gruppo è costituito da 295 soggetti appartenenti a 2 scuole antroposofiche (Steiner) e il secondo gruppo (controllo) è costituito da 380 bambini appartenenti ad altre 2 scuole situate nelle vicinanze. Sono stati eseguiti test cutanei (prick) per 13 comuni allergeni e sono state dosate le IgE specifiche su campioni di sangue prelevati ai bambini e ai loro genitori.

## **Risultati**

Nelle scuole Steiner il 52% dei bambini aveva assunto antibiotici in passato contro il 90% dei bambini delle scuole controllo. Rispettivamente il 18% e il 93% dei soggetti era stato vaccinato contro morbillo, parotite e rosolia e il 61% dei bambini delle scuole Steiner aveva contratto il morbillo.

Test cutanei ed ematologici hanno mostrato che i bambini delle scuole Steiner avevano una prevalenza più bassa di atopia rispetto al gruppo controllo.

Si è evidenziata una reazione inversa tra il numero dei fattori caratterizzanti lo stile di vita antroposofico e il rischio di allergia.

### **Conclusione**

Nei bambini di famiglie antroposofiche la prevalenza di allergia è più bassa rispetto ai bambini provenienti da altre famiglie. Sembra che fattori associati allo stile di vita antroposofico diminuiscano il rischio di atopia nell'infanzia.

Questo lavoro dimostra come, utilizzando le regole di vita dettate dalla medicina antroposofica, si sia in grado di modificare e migliorare la qualità di vita dei pazienti e di consentire, fra l'altro, un notevole risparmio economico sulla spesa medica e farmacologica. Tutto ciò vale non solo per le fasce di età prese in esame ma, per la peculiarità della malattia considerata - una modalità reattiva verso determinati allergeni -, si può estendere anche agli anni successivi, quando il bambino sarà diventato adulto. In un'epoca in cui la farmaco-economia guida le scelte terapeutiche del singolo medico e della collettività, le conclusioni dello studio condotto rivestono indubbiamente una notevole importanza.

(\*) La relazione descrive uno studio pubblicato su: *The Lancet* : Vol 353 – May 1, 1999.

**Alm J.S., Swartz J., Gunnar L., Scheynius A., Pershagen G.. *Atopy in children of families with an anthroposophic lifestyle***

## **Relatori e Moderatori:**

**Dott.ssa Gisella Airola**

*Centro Cefalee della Donna, Università di Torino*

**Dott. Gianni Allais**

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

**Prof. Claudio Baiocchi**

*Dipartimento Chimica Analitica, Università di Torino*

**Dott. Paolo Bellingeri**

*Docente Scuola Agopuntura CSTNF, Torino*

**Prof.ssa Chiara Benedetto**

*Direttore Cattedra C Ginecologia e Ostetricia, Università di Torino*

**Dott. Alberto Chiantaretto**

*Responsabile programma di ricerca CESMEO per la Medicina Tradizionale Indiana*

**Dott. Antonio D'Ambrosio**

*Assessore alla Sanità Regione Piemonte*

**Dott. Riccardo Dellavalle**

*Coordinatore Commissione per le Medicine non Convenzionali dell'Ordine dei Medici di Torino*

**Dott. Andrea Ferrero**

*Dirigente II Livello Casa di Cura Villa Ida, Lanzo T.se*

**Dott. Paolo Garati**

*Associazione Gruppo Medico Antroposofico Italiano*

**Dott. Maurizio Grandi**

*Direttore Centro La Torre e Res Pharma, Torino*

**Dott. Giuseppe Lupi**

*Docente Scuola Agopuntura CSTNF, Torino*

**Dott. Alberto Magnetti**

*Docente Scuola Medica Hahnemanniana, Torino*

**Dott. Paolo Martra**

*Docente Scuola CISDO, Torino*

**Dott. Fulvio Mautino**

*Dirigente II livello Osp. S. Camillo - Direttore SIOTeMA, Torino*

**Dott. Luigi Morticelli**

*Responsabile ANMFIT Regione Piemonte*

**Dott. Luciano Proietti**

*Medico Pediatra Nutrizionista*

**Dott. Piero Ettore Quirico**

*Segretario Nazionale FISA - Direttore CSTNF, Torino*

**Dott.ssa Armida Rebuffi**

*Direttore Scuola Medica Hahnemanniana, Torino*

**Dott. Carlo Ripa**

*Docente Scuola Medicina Manuale CSTNF, Torino*

**Dott. Edoardo Tegani**

*Responsabile Distretto 1 ASL 3, Torino*

**Si ringraziano per il sostegno accordato all'iniziativa:  
Regione Piemonte, CISDO, R.G.M., UTET.**