

II CONVEGNO A.M.I.A.R.

AGOPUNTURA E MNC:

EVIDENZE CLINICHE

Torino, 16 marzo 2002



a cura di:

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

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

II CONVEGNO A.M.I.A.R.

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

AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE: EVIDENZE CLINICHE

**16 Marzo 2002
Centro Congressi Museo dell'Automobile
C.so Unità d'Italia 40, Torino**

Patrocini:

Regione Piemonte

Città di Torino

**Dipartimento di Discipline Ginecologiche
ed Ostetriche dell'Università di Torino**

FISA

Federazione Italiana delle Società di Agopuntura

FIAMO

Federazione Italiana Associazioni Medici Omeopati

SIRAA

Società Italiana Riflessoterapia, Agopuntura, Auricoloterapia

CESMEO

Istituto Internazionale di Studi Asiatici Avanzati

CIEF

Corporazione Italiana di Etnofarmacologia e Fitoterapia

ROI

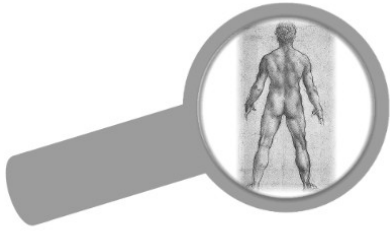
Registro degli Osteopati d'Italia

SIMO

Società Italiana di Medicina Omeopatica

Si ringraziano per il sostegno accordato all'iniziativa:

**Regione Piemonte
Città di Torino
Reale Mutua Assicurazioni
UTET
CISDO
Consulteam
Cemon-Unda
R.G.M.**



**II CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA
E
MEDICINA NON CONVENZIONALE:
EVIDENZE CLINICHE
Torino, 16 Marzo 2002**

Presidente: Dott. Piero Ettore Quirico

Direttore Scientifico: Dott. Giovanni Battista Allais

Segreteria scientifica:

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

Segreteria organizzativa:

Centro Studi Terapie Naturali e Fisiche

tel. 011.304.28.57; fax 011.304.56.23

sito web: www.agopuntura.to.it - e-mail: centrostudi@agopuntura.to.it

Nel documento "Risoluzione sullo statuto delle Medicine non Convenzionali", presentato dall'On Paul Lannoye nella sessione del Parlamento Europeo del 28-29 maggio 1997 (prot. A4-75/97), si legge:

Considerando che

- una parte della popolazione degli stati membri dell'UE fa ricorso a terapie a Medicine non Convenzionali (MnC) ed è irrealistico ignorare tale dato di fatto (nei paesi ove sono disponibili statistiche le MnC sono utilizzate da una quota pari al 20-50% della popolazione);
- diversi metodi di trattamento o diversi approcci alla salute e alla malattia non si escludono reciprocamente, ma possono essere utilizzati in modo complementare;
- è importante garantire ai pazienti la più ampia libertà possibile di scelta terapeutica, assicurando loro il più elevato livello di sicurezza e l'informazione più corretta sull'innocuità, la qualità e l'efficacia delle cosiddette MnC, nonché di proteggerli da persone non qualificate;
- il medico, al fine della massima tutela della salute dei propri pazienti, può utilizzare tutti i mezzi e tutte le conoscenze nell'ambito di qualsiasi tipo di Medicina secondo scienza e coscienza.

L'esistenza di realtà diverse negli stati membri rende difficile la formulazione di un'unica legge per l'esercizio delle discipline di MnC da parte dei medici e dei non medici valida per tutta la CEE.

Per questo motivo è opportuno che i governi nazionali e la singole regioni intervengano direttamente nel processo legislativo inerente la MnC, a tutela della salute del cittadino e delle professionalità del medico.

Alcune regioni italiane, tra cui Toscana e Lombardia, hanno già provveduto in tal senso ed altre, come il Piemonte, si stanno accingendo a farlo.

La dimostrazione delle evidenze cliniche e delle indicazioni terapeutiche legittimano il riconoscimento dell'Agopuntura e delle altre discipline della MnC e rendono possibile il coinvolgimento delle Istituzioni pubbliche in questo settore ormai non più secondario.

PROGRAMMA DEI LAVORI

ore 8,45 **REGISTRAZIONE**

ore 9,15 **SALUTO DELLE AUTORITÀ**

Intervento del dott. A. Bianco, Presidente OMCeO, Torino

ore 9,30 **Intervento del dott. A. D'Ambrosio, Assessore alla Sanità della Regione Piemonte**

ore 9,45 **Intervento del dott. C. M. Giovanardi, Presidente FISA, sul Coordinamento delle
Medicine non Convenzionali**

PRIMA SESSIONE

Moderatori: G.B. Allais, A. Rebuffi

ore 10.00 **AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE:
EVIDENZE CLINICHE E INDICAZIONI TERAPEUTICHE**

Terapie non convenzionali ed evidence based medicine

R. Raschetti

Agopuntura: evidenze cliniche ed indicazioni terapeutiche

P.E. Quirico

Omeopatia: evidenze cliniche ed indicazioni terapeutiche

A. Magnetti

Fitoterapia: evidenze cliniche ed indicazioni terapeutiche

M. Grandi

SECONDA SESSIONE

Moderatore: P. E. Quirico

ore 11,30 **TAVOLA ROTONDA:**

**AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE
NELLA SANITÀ REGIONALE IN ITALIA**

Attività ed obiettivi della Commissione per la MnC della FNOMCeO

R. Dellavalle

La Medicina non Convenzionale nel Piano Sanitario della Regione Piemonte

S. Morgagni

Medicina non Convenzionale e Servizio Sanitario in Piemonte:

l'esempio e le contraddizioni del servizio di Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia

G.B. Allais

Interventi realizzati e previsti dalla Regione Toscana

E. Rossi

Interventi realizzati e previsti dalla Regione Lombardia

G. Picozzi

Osservazioni conclusive

C. Benedetto

PROGRAMMA DEI LAVORI

TERZA SESSIONE

Moderatori: A. Magnetti, M. Grandi

ore 14,30 **MEDICINE NON CONVENZIONALI:**

SPERIMENTAZIONI ED EVIDENZE CLINICHE

Cancro della mammella: lesioni cutanee in corso di radio-terapia.

Efficacia del trattamento omeopatico

P. Martra

Proposta di studio del trattamento dei fibromi uterini con agopuntura

G. Lupi

Valutazione strumentale delle disfunzioni iliache

F. Mautino

Costruzione del Data Base Ayurmedline: organizzazione della letteratura scientifica e memorizzazione dell'esperienza della Medicina Ayurvedica

A. Chiantaretto

L'agopuntura nelle cure palliative

P. Bellingeri

QUARTA SESSIONE

Moderatori: F. Mautino, G. Lupi

ore 16,15 **MEDICINE NON CONVENZIONALI:**

SPERIMENTAZIONI ED EVIDENZE CLINICHE

Iperemesi gravidica: agopuntura versus metoclopramide

G. Airola

Le manipolazioni miotensive nella patologia circolatoria del rachide cervicale superiore

G. Ripa

La sperimentazione clinica in farmacologia cinese: problematiche e possibilità

G. Picozzi

Prevenzione e terapia dietetica dell'osteoporosi

L. Proietti

Impiego della Medicina Antroposofica nel paziente neoplastico

P. Garati

Terapia della dismenorrea in agopuntura

P. Schiapparelli

ore 18,00 **CHIUSURA DEI LAVORI**

Relatori e moderatori:

Dott.ssa Gisella Airola

Servizio di Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia, Università di Torino

Dott. Giovanni Battista Allais

Servizio di Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia, Università di Torino

Dott. Paolo Bellingeri

Docente Scuola Agopuntura C.S.T.N.F., Torino

Prof.ssa Chiara Benedetto

Direttore Cattedra C di Ostetricia e Ginecologia, Università di Torino

Dott. Alberto Chiantaretto

Responsabile programma di ricerca CESMEO per la Medicina Tradizionale Indiana

Dott. Riccardo Dellavalle

Presidente Commissione MnC - Ordine dei Medici di Torino

Dott. Paolo Garati

Associazione Gruppo Medico Antroposofico Italiano

Dott. Carlo Maria Giovanardi

Presidente Federazione Italiana delle Società di Agopuntura – F.I.S.A.

Dott. Maurizio Grandi

Direttore Centro La Torre e Res Pharma, Torino

Dott. Giuseppe Lupi

Docente Scuola Agopuntura C.S.T.N.F., Torino

Dott. Alberto Magnetti

Docente Scuola Medica Hahnemanniana, Torino

Dott. Paolo Martra

Docente Scuola C.I.S.D.O., Torino

Dott. Fulvio Mautino

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

Dott. Sergio Morgagni

Direttore Generale ARES - Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari del Piemonte

Dott. Giulio Picozzi

Presidente SIFCeT; Membro Comitato Tecnico-Scientifico MnC Regione Lombardia

Dott. Luciano Proietti

Medico chirurgo pediatra, nutrizionista

Dott. Piero Ettore Quirico

Direttore Scuola Agopuntura C.S.T.N.F., Torino - Segretario Nazionale F.I.S.A.

Dott. Roberto Raschetti

Direttore Osservatorio Nazionale Impiego dei Medicinali – Ministero della Salute, Roma

Dott.ssa Armida Rebuffi

Direttore Scuola Medica Hahnemanniana, Torino

Dott. Carlo Ripa

Docente Scuola Medicina Manuale C.S.T.N.F., Torino

Dott. Elio Rossi

Resp. Ambulatorio Omeopatia ASL 2, Lucca; Membro Commissione Regionale MnC Regione Toscana

Dott.ssa Paola Schiapparelli

Servizio di Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia, Università di Torino

INDICE

II Coordinamento delle Medicine non Convenzionali

C. M. Giovanardi, Presidente F.I.S.A.

pag. 11

AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE: EVIDENZE CLINICHE E INDICAZIONI TERAPEUTICHE

Agopuntura: evidenze cliniche ed indicazioni terapeutiche

P.E. Quirico..... *pag. 13*

Omeopatia: evidenze cliniche ed indicazioni terapeutiche

A. Magnetti..... *pag. 17*

Fitoterapia: evidenze cliniche ed indicazioni terapeutiche

M. Grandi..... *pag. 21*

AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE NELLA SANITÀ REGIONALE IN ITALIA

Attività ed obiettivi della Commissione per la MnC della FNOMCeO

R. Dellavalle..... *pag. 25*

Medicina non Convenzionale e Servizio Sanitario in Piemonte: l'esempio e le contraddizioni del servizio di Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia

G.B. Allais..... *pag. 27*

Il processo di integrazione delle MnC nella realtà regionale toscana

E. Rossi..... *pag. 29*

Relazione sugli interventi effettuati e previsti dalla Regione Lombardia

G. Picozzi..... *pag. 33*

**MEDICINE NON CONVENZIONALI:
SPERIMENTAZIONI ED EVIDENZE CLINICHE**

Cancro della mammella: lesioni cutanee in corso di radio-terapia. Efficacia del trattamento omeopatico	
A. Balzarini, E. Felisi.....	<i>pag. 35</i>
Proposta di studio del trattamento dei fibromi uterini con agopuntura	
G. Lupi, M. Franceschini Beghini, M. Minuto, G.B. Allais e C. Benedetto.....	<i>pag. 37</i>
Valutazione mediante tavola stabilometrica degli effetti indotti sulla distribuzione dei carichi da correzioni osteopatiche sulle disfunzioni dell'articolazione sacro-iliaca	
F. Mautino.....	<i>pag. 39</i>
AYURVEDICA TAURINENSIA: data base per lo studio integrato della Medicina Ayurvedica	
A. Chiantaretto.....	<i>pag. 41</i>
Cure palliative ed agopuntura	
P. Bellingeri.....	<i>pag. 43</i>
Iperemesi gravidica: agopuntura versus metoclopramide	
G. Airola, I. Neri, G.B. Allais, F. Facchinetti e C. Benedetto.....	<i>pag. 45</i>
Le manipolazioni miotensive nella patologia circolatoria del rachide cervicale superiore	
G. Ripa.....	<i>pag. 47</i>
Farmacoterapia cinese e sperimentazioni cliniche: problematiche e possibilità	
G. Picozzi.....	<i>pag. 49</i>
Prevenzione alimentare dell'osteoporosi	
L. Proietti.....	<i>pag. 51</i>
Approccio antropofisico al paziente oncologico	
P. Garati.....	<i>pag. 53</i>
Esperienza clinica nel trattamento della dismenorrea in agopuntura	
P. Schiapparelli, G. Airola, G. Lupi, P.E. Quirico, M.G. Terzi e C. Benedetto.....	<i>pag. 55</i>

Atti del convegno



II CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA e MEDICINA NON CONVENZIONALE:
EVIDENZE CLINICHE
Torino, 16 Marzo 2002

Il Coordinamento Nazionale Associazioni Mediche delle Medicine non Convenzionali

C. M. Giovanardi

*Presidente della Federazione Italiana delle Società di Agopuntura (F.I.S.A.)
Direttore della Scuola di Agopuntura della Fondazione Matteo Ricci – Bologna*

Uno degli ostacoli che negli anni passati hanno impedito alle precedenti legislature di legiferare in tema di Medicine non Convenzionali (MnC) è stato l'estrema frammentarietà della galassia delle associazioni mediche che operano in questo settore della Sanità. In un tale clima le Istituzioni politiche sono state incapaci di individuare un interlocutore chiaro e credibile con cui dialogare. Forti dell'esperienza e consapevoli della necessità di un impegno comune, il 22 settembre 2001 si sono riunite in Bologna, su iniziativa della F.I.S.A. e della S.I.O.M.I., le seguenti associazioni mediche di MnC: Associazione Italiana di Agopuntura (**A.I.A.**), Associazione Nazionale Medici Fitoterapeuti (**A.N.M.FIT.**), Gruppo Medico Antroposofico Italiano (**G.M.A.IT.**), Federazione Italiana Associazioni e Medici Omeopati (**F.I.A.M.O.**), Federazione Italiana Società di Agopuntura (**F.I.S.A.**), Società Italiana Farmacoterapia Cinese e Tradizionale (**S.I.F.C.E.T.**), Società Italiana di Medicina Omeopatica (**S.I.M.O.**), Società Italiana di Omeopatia e di Medicina Integrata (**S.I.O.M.I.**).

Le associazioni convenute rappresentano numericamente la stragrande maggioranza delle associazioni e dei medici che operano nel campo delle MnC in Italia (oltre 5000 medici, in attesa di eventuali ulteriori adesioni da parte di altre associazioni).

Tali associazioni, da decenni, in un clima di totale disinteresse da parte delle istituzioni accademiche e sanitarie, hanno di fatto formato con serietà i medici che operano nel campo delle MnC, definendo i programmi, le modalità e le regole dei corsi formativi.

In assenza di contributi da parte dello Stato hanno svolto ricerca scientifica e attività editoriale (testi e riviste specializzate); hanno organizzato l'aggiornamento continuo del medico che opera nelle MnC attraverso seminari e congressi.

Nel corso della riunione di fondazione è stata analizzata la situazione politica italiana attuale nei confronti delle MnC. Al pari di altre nazioni europee ed extraeuropee, anche in Italia negli ultimi anni (come una recente indagine ISTAT ha chiaramente evidenziato) s'è diffusa la richiesta da parte del cittadino di tali metodiche terapeutiche, peraltro oggi disponibili anche in numerose strutture sanitarie pubbliche. Purtroppo tale crescente diffusione non è stata accompagnata dall'approvazione di una legge che ne regolamenti l'attività: non è riconosciuta la figura del medico agopuntore, del medico omeopata, del

medico antroposofa, del medico fitoterapeuta, etc. Chiunque, purché medico, può esercitare senza nessuna competenza e senza un documentato percorso formativo, una di queste attività, senza alcuna garanzia per il paziente.

Le attuali norme di pubblicità sanitaria, che impediscono la esternazione dei titoli acquisiti nel campo delle MnC, impediscono al cittadino di poter individuare i professionisti che hanno seguito un serio percorso formativo.

Paradossalmente negli ultimi tempi, col crescere della diffusione delle MnC tra i cittadini e i medici, è cresciuto anche l'interesse per tali terapie da parte di Istituzioni che fino a pochi anni fa le hanno osteggiate e denigrate. Queste stesse Istituzioni, in assenza di una propria storia e preparazione scientifica specifica nell'ambito delle MnC, rischiano talvolta di organizzare corsi insufficienti alla formazione di professionisti qualificati. Si prospetta pertanto il pericolo di una caduta di livello di preparazione professionale dei medici che operano nel campo delle MnC, livello professionale che grazie all'opera decennale delle associazioni storiche è stato finora di alta qualità.

Per promuovere una qualificata e qualificante pratica professionale delle MnC, si è convenuto di fondare il **COORDINAMENTO NAZIONALE ASSOCIAZIONI MEDICHE delle MEDICINE non CONVENZIONALI**, che si pone per scopi:

- affermare il principio del pluralismo scientifico;
- promuovere la ricerca scientifica nel campo delle MnC;
- promuovere la validazione scientifica delle MnC;
- promuovere la regolamentazione istituzionale delle MnC;
- promuovere la qualità della formazione professionale nelle MnC;
- promuovere il riconoscimento delle scuole private e dei titoli da queste rilasciati;
- contribuire alla piena integrazione delle MnC nell'ambito della Medicina;
- garantire la tutela della classe professionale medica che opera nel settore delle MnC;
- garantire la tutela del cittadino utente delle MnC;
- diffondere una corretta informazione sulle MnC ai cittadini, alla classe medica e alle Istituzioni.
- denunciare tutte le iniziative che possano abbassare la qualità delle MnC

nel nostro Paese.

Dal 17 febbraio 2002, dopo alcuni mesi di confronto e discussione, il Coordinamento Nazionale Associazioni Mediche delle Medicine non Convenzionali è divenuto operativo.



II CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA e MEDICINA NON CONVENZIONALE:
EVIDENZE CLINICHE
Torino, 16 Marzo 2002

Agopuntura: evidenze cliniche ed indicazioni terapeutiche

P.E. Quirico

Direttore Scuola Agopuntura C.S.T.N.F. – Torino

Segretario Nazionale F.I.S.A. – Federazione Italiana delle Società di Agopuntura.

Da oltre tremila anni l'agopuntura è utilizzata da un terzo dell'Umanità non solo come terapia, ma anche come medicina preventiva. Attualmente in Occidente, accanto ad uno sviluppo della scienza medica in chiave sempre più tecnologica, si assiste ad una sorprendente (per taluni preoccupante) diffusione dell'agopuntura, che si è verificata malgrado lo scetticismo e l'ostruzionismo spesso incontrati a livello istituzionale ed accademico.

Perché i pazienti, nonostante ciò, hanno scelto in numero sempre maggiore di curarsi con l'agopuntura, pur dovendo il più delle volte ricorrere alla medicina privata e sopportarne gli oneri finanziari?

Riteniamo di poter affermare che il principale motivo di successo dell'agopuntura è dato dalla qualità e dalla costanza dei risultati terapeutici (in assenza di effetti collaterali), ottenuti spesso su patologie già trattate con terapie convenzionali senza apprezzabili risultati ed a prezzo di fastidiosi disturbi iatrogeni.

Questa evidenza è già stata sperimentata direttamente da un gran numero di pazienti, seppur in modo soggettivo, in attesa che la Medicina Ufficiale esprima il suo parere attraverso i criteri della *evidence based medicine*.

In realtà, l'agopuntura ha già ricevuto una valutazione positiva dall'organo referenziale della Medicina Occidentale, i N.I.H. (*National Institutes of Health di Bethesda*). In tale sede, infatti, già nel 1997 vennero riconosciuti i promettenti risultati ottenuti dall'impiego di questa metodica in determinate patologie (nausea e vomito post-chemioterapia, dolore post-chirurgico e dolore odontoiatrico post-estrattivo); venne inoltre valutato il possibile impiego dell'agopuntura come terapia complementare o alternativa in altre affezioni (riabilitazione post-ictus, dismenorrea, epicondilite, fibromialgia, dolore fasciale, osteoartrite, lombalgia, sindrome del tunnel carpale, asma, disassuefazione da droghe). I N.I.H. ritennero

infine probabile la futura validazione della terapia agopunturale nei confronti di ulteriori patologie, ovviamente in seguito all'esame di esaurienti dati sperimentali.

Ricordiamo inoltre che nella principale base di dati biomedici, *Medline*, attualmente sono recensite oltre 7.700 pubblicazioni inerenti l'agopuntura; la maggior parte dei lavori più recenti è stata realizzata da autori occidentali, a conferma di un interesse non solo da parte dei cittadini, ma anche della classe medica, e del crescente coinvolgimento delle strutture sanitarie.

Ciò nonostante l'agopuntura è tuttora relegata nel limbo della Medicina non Convenzionale e vengono richiesti ulteriori studi sperimentali per evidenziarne definitivamente l'efficacia. Ovviamente la terapia agopunturale non potrà essere validata nel suo complesso, ma sarà valutata nei confronti delle singole patologie, in base ai dati forniti per ciascuna.

Recentemente sono state pubblicate su importanti riviste scientifiche metanalisi (*systematic reviews*) e semplici rassegne nelle quali gli autori si sono posti l'obiettivo di valutare l'efficacia di alcune delle applicazioni più diffuse dell'agopuntura. Accanto alle conclusioni positive cui sono pervenuti alcuni studi (ad esempio, riguardo alla cefalea ed all'osteoartrite del ginocchio), se ne sono registrate altre sorprendentemente negative o dubitative, persino quando sono state considerate patologie come la lombalgia o l'asma, nei confronti delle quali la terapia agopunturale solitamente sortisce effetti rapidi, evidenti e costanti. Come è stato possibile giungere a tali conclusioni, non volendo mettere in dubbio la buona fede e la correttezza degli autori?

Le principali cause di tali valutazioni, almeno parzialmente negative, sono due:

- lo scarso numero di sperimentazioni cliniche di elevata qualità esistenti, il che non consente di evidenziare sufficientemente l'efficacia dell'agopuntura nei riguardi delle singole applicazioni;
- la validazione da parte degli autori delle *reviews* di studi assolutamente inadeguati dal punto di vista agopunturale, anche se apparentemente corretti metodologicamente, nei quali l'agopuntura non risultava più efficace del placebo.

Per quanto riguarda il primo punto, bisogna riconoscere che la carenza di lavori validi è reale, ma che è causata dal disinteresse del mondo accademico e dalla totale assenza di stanziamenti economici da parte delle istituzioni sanitarie occidentali; attualmente la ricerca scientifica necessita di strutture altamente qualificate, presenta costi ingenti e non può dipendere solamente dall'intraprendenza e dall'entusiasmo dei singoli medici.

Le perplessità sollevate dal secondo punto si possono riassumere in una domanda: chi ha valutato, in questi lavori, l'adeguatezza della terapia agopunturale?

La corretta esecuzione di tre importanti elementi (localizzazione, stimolazione dell'agopunto, formulazione del protocollo terapeutico) costituisce una condizione irrinunciabile per il buon esito dell'agopuntura. La valutazione dell'adeguatezza della metodica agopunturale adottata nei singoli lavori clinici dovrebbe essere di esclusiva pertinenza di esperti agopuntori, designati da società scientifiche o da importanti istituti di formazione in questa disciplina. Allo stesso modo dovrebbero essere valutati i titoli ed il curriculum dei medici che hanno praticato l'agopuntura nei vari *trials*.

Purtroppo, nella maggior parte dei casi, gli autori delle *reviews* hanno ritenuto, non senza presunzione, di poter giudicare i risultati di una metodica terapeutica a loro ignota o comunque non familiare senza avvalersi della collaborazione di esperti. In tal modo sono stati giustamente scartati, per vizi metodologici, lavori che dimostravano l'efficacia dell'agopuntura; sono state però considerate valide le conclusioni negative di altri lavori, che, pur essendo stati eseguiti secondo una metodologia scientifica apparentemente ineccepibile, in realtà presentavano gravissimi vizi dal punto di vista agopunturale. Le conseguenze di queste scelte sono facilmente immaginabili.

In altre parole, nel momento in cui la Medicina Convenzionale decide di eseguire sperimentazioni o di valutare lavori di agopuntura, non può essere autoreferente, a meno che non persegua come unico obiettivo la tutela dello *status quo* e del controllo totale dei presidi terapeutici.

Conclusioni

Il riconoscimento dell'efficacia dell'agopuntura nelle sue singole applicazioni cliniche deve essere suffragato da un sufficiente numero di sperimentazioni scientifiche scevre da vizi di forma, sia da un punto di vista scientifico, che agopunturale.

Per ottenere questo risultato in tempi relativamente brevi è necessaria una stretta collaborazione tra istituzioni sanitarie e società scientifiche di agopuntura, in modo da realizzare validi progetti di ricerca. Rimanendo inalterate la metodica sperimentale ed i criteri statistici, sarebbe opportuna un'attenzione particolare per alcune problematiche specifiche dell'agopuntura, quali la difficile realizzazione del doppio cieco e la definizione di un vero effetto placebo.

Il Parlamento Europeo, nel documento "Risoluzione sullo Statuto delle Medicine non Convenzionali" presentato dall'On. Lennoye nel 1997, invita gli stati membri ad occuparsi della Medicina non Convenzionale ed a promuovere studi atti a determinare l'efficacia delle singole metodiche terapeutiche: nell'interesse dei cittadini, riteniamo opportuno vigilare sulla qualità della sperimentazione scientifica e sui tempi della sua attuazione.



F.I.S.A.

Federazione Italiana delle Società di Agopuntura

CORSI DI AGOPUNTURA

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

ATTIVITA' EDITORIALE: La F.I.S.A. ha pubblicato nel 2000 il testo **“Agopuntura – evidenze cliniche e sperimentali, aspetti legislativi e diffusione in Italia”** edito dalla CEA, che illustra gli aspetti storico-tradizionali e scientifico-moderni dell'Agopuntura, per fornire alla classe medica ed alle Istituzioni Sanitarie informazioni su una disciplina spesso citata, ma ancora poco conosciuta per quanto riguarda le applicazioni cliniche ed i meccanismi di azione, malgrado la presenza di una rilevante documentazione sperimentale e clinica.

FORMAZIONE DEL MEDICO AGOPUNTATORE: In Italia finora si sono fatte carico essenzialmente Associazioni e Istituti privati, che in oltre trent'anni di attività hanno costituito esperti corpi docenti, i quali a loro volta hanno insegnato l'agopuntura a migliaia di medici.

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

I corsi F.I.S.A., che presentano programmi comuni articolati in due diversi indirizzi didattici (tradizionale e riflessoterapico) prevedono **360 ore** di lezioni teorico-pratiche articolate in **quattro anni**.

Sono inoltre previste sessioni di esami annuali e la discussione di una **tesi** di abilitazione finale, alla presenza di un delegato F.I.S.A..

RICERCA SCIENTIFICA: La F.I.S.A. sta conducendo uno studio nazionale multicentrico randomizzato di fase IV sull'impiego dell'Agopuntura nel controllo dei sintomi della sindrome climaterica.

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



Omeopatia: evidenze cliniche ed indicazioni terapeutiche

A. Magnetti

Scuola Medica Omeopatica Hahnemanniana di Torino. FIAMO.SIMO.

Il presupposto teorico su cui sono state formate migliaia di medici, il **modello disease centred** è al centro di un coro crescente di critiche e accuse provenienti sia dal mondo scientifico che da quello “profano”; la disumanizzazione, la parcellizzazione e la ipermedicalizzazione sono i suoi punti di maggior debolezza.

Il modello patient centred della medicina olistica (*holos=tutto*, termine coniato nel 1926 da Jan Christiaan Smuts uno dei fondatori dell’ONU), afferma invece che la dimensione biologica non esaurisce il senso di una malattia. La malattia si manifesta nella vita dei malati e, per quanto banale, trattabile e risolvibile sia la patologia stessa, essi rispondono ognuno a proprio modo, esprimendo quindi la propria individualità.

Proprio sulla individualità l’omeopatia, da 200 anni, ha fondato la sua profonda differenza di approccio rispetto alla medicina allopatrica convenzionale (*disease centred*). Riconosce cioè le caratteristiche individuali di reazione del paziente, le cosiddette *modalità* e su queste, e non sui *sintomi comuni* della patologia, imposta la sua scelta terapeutica; tende cioè a restituire una salute più duratura riequilibrando i sistemi biologici di omeostasi del paziente, rinforzando le sue difese, rendendolo soprattutto *non più dipendente* dal farmaco come invece spesso succede nell’altro modello, agisce cioè come **una vera medicina preventiva**.

Questo risultato è raggiunto somministrando all’organismo dosi estremamente diluite di sostanze detti rimedi omeopatici. Essi hanno questo effetto sull’organismo in quanto hanno prodotto, nelle sperimentazioni (i cosiddetti *proving*) sintomi simili alla malattia che si intende curare: da qui infatti il nome, derivato dal greco *omoios*= *simile* / *pathos*= *sofferenza*.

È stato ormai inconfutabilmente dimostrato a livello clinico che la somministrazione di dosi di rimedi che contengono informazioni simili alla malattia da curare, sono in grado di stimolare la reazione dell'organismo alla malattia in atto, e quindi portare alla guarigione.

L'impiego di rimedi omeopatici non costituisce però di per sé una terapia omeopatica. La prescrizione va effettuata da un medico esperto in omeopatia, che abbia conseguito un diploma di corso triennale che rispetti i parametri indicati dall' E.C.H. (European Committee for Homoeopathy). In Italia le uniche due società scientifiche riconosciute dalla FNOMCeO che svolgono da anni attività di formazione post-universitaria sono la **F.I.A.M.O.** (Federazione Italiana delle Associazioni e Medici Omeopatici) e dalla **S.I.M.O.** (Società Italiana di Medicina Omeopatica) .

Per comprendere il profilo della malattia, infatti, non basta che il terapeuta si limiti ad ascoltare la semplice descrizione dei disturbi; deve porre attenzione ai caratteri fisici e psicologici, all'altezza, al peso, alla costituzione, deve interrogare il paziente in merito a predilezioni, idiosincrasie, interessi, carattere, reazioni agli stimoli ambientali, fobie e molto altro. L'esperienza dei medici omeopatici dimostra che generalmente molte malattie (dall'asma all'artrite, alla polmonite, all'emicrania, alle malattie del fegato, alla depressione, alle allergie, alle patologie autoimmuni, ecc.) possono essere curate con successo con rimedi omeopatici. L'omeopatia offre possibilità di scelta terapeutica laddove le cure convenzionali hanno fallito o sono rimaste statiche, laddove non esistono per un altro problema, laddove sono controindicate o non tollerate.

L'omeopatia agisce rapidamente ed efficacemente sulle *malattie acute*, ma dove esprime la sua notevole potenzialità è nelle *malattie croniche*, nelle quali l'approccio riduzionista dimostra i suoi limiti, obbligando il paziente ad una assunzione continua e talvolta a vita di un farmaco e favorendo effetti collaterali sempre più frequenti.

Nell'arco di mezzo secolo si è verificato un cambiamento straordinario delle malattie. Cinquant'anni fa si aveva a che fare prevalentemente con malattie acute, oggi si deve fare i conti soprattutto con quelle croniche (la proporzione è del 95% circa). Tutto ciò ha fatto sì che in questi ultimi dieci anni si sia osservato un costante ed esponenziale aumento dell'interesse per l'omeopatia. La maggior parte dei pazienti approda all'omeopatia quando altri trattamenti falliscono, molti perché preoccupati dagli effetti indesiderati della altre cure o perché intolleranti ai farmaci convenzionali.

Nell'indagine ISTAT del 1999 risulta che circa 9 milioni di italiani usufruiscono delle medicine non convenzionali e tra queste l'omeopatia è leader con l'8,2 %, rispetto al 4,8% della fitoterapia e al 2,9 % dell'agopuntura.

L'identikit dell'italiano che si rivolge alle cure alternative è di un 40enne circa, laureato, tendenzialmente abitante al Nord.

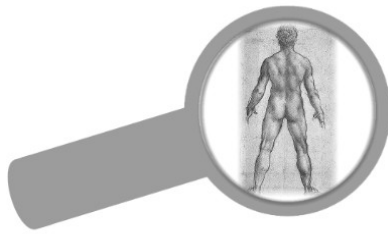
Uno studio pubblicato alla fine del 1999 ha dimostrato che l'85% dei pazienti che utilizzano le medicine non convenzionali ottiene risultati positivi: quindi l'effettività di queste medicine è altissima. In Europa globalmente sono 50.000 i medici prescrittori di rimedi omeopatici e 50 milioni i pazienti che usufruiscono della medicina omeopatica.

L'*aspetto economico* inoltre è di capitale importanza nella sostenibilità dell'omeopatia, non soltanto per il costo all'origine del rimedio omeopatico (i rimedi omeopatici sono molto economici, nei casi di malattia cronica il costo terapia supera raramente i 6 € circa al mese e la terapia ha un termine con *end-point* ben definiti), ma per tutte le conseguenze degli effetti della terapia stessa. Il fatto che l'omeopatia sia in grado di curare le malattie croniche può portare a risparmi sostanziali: infatti può essere sostanzialmente ridotta

- la dipendenza dalla continua assistenza medica convenzionale
- la possibilità di riacutizzazione
- l'evoluzione progressiva della malattia
- l'incidenza di nuovi episodi di malattia.

I vantaggi pertanto di un investimento nell'omeopatia da parte del nostro sistema sanitario potrebbero essere enormi.

In Gran Bretagna e Francia la cura omeopatica (consulto e terapie prescritte) vengono totalmente rimborsate dal sistema di Previdenza Sociale, in Germania e Olanda soltanto in parte, in Italia 9 milioni di cittadini che si curano con le MnC attendono da anni una legge che riconosca loro, finalmente, la libertà terapeutica.





II CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE:
EVIDENZE CLINICHE
Torino, 16 Marzo 2002

Fitoterapia: evidenze cliniche ed indicazioni terapeutiche

M. Grandi

Direttore Centro La Torre e Res Pharma - Torino

Nel progetto di legge - n.276 presentato nel corso della XIV legislatura dall'on. Massidda ed altri si legge: *“La fitoterapia può essere considerata come facente parte integrante della medicina ortodossa, essendo gli unici elementi di distinzione rispetto ai farmaci convenzionali i costituenti attivi impiegati, che, in questo caso, sono miscele complesse di composti chimici fornite dalla natura invece di composti chimici singoli ottenuti mediante sintesi, fermentazione, isolamento, ingegneria genetica o derivazione da fonti animali. Il medico, nell’esercizio della sua professione, deve tenere conto di due realtà: innanzitutto del malato, con le sue esigenze di essere curato; dei farmaci con le loro specifiche capacità curative. Pertanto, il medico, deve scegliere il farmaco che meglio si presta, per le sue specifiche caratteristiche farmacotossicologiche e cliniche, a curare quel determinato paziente. Che poi il farmaco prescelto sia di origine vegetale, sia un farmaco biotecnologico o altro non ha alcuna importanza.”*

Il termine Fitoterapia (ed Etnofarmacologia) è di uso recente, ma il concetto che rappresenta è antico come l’uomo che da sempre ed in tutte le etnie si cura con droghe ricavate dalla natura. La scoperta di questo patrimonio mondiale, e più particolarmente della farmacopea tradizionale, da parte della scienza contemporanea è solo all’inizio, ma la rapida erosione del pianeta obbliga ad occuparsene rapidamente per capitalizzare il patrimonio universale delle conoscenze tradizionali nella memoria di biblioteche e di hard disk, prima che si perda nella memoria degli uomini.

Se l’80% degli abitanti del pianeta si cura esclusivamente con le piante, la standardizzazione generalizzata della cultura determina l’impoverimento del patrimonio culturale delle etnie.

Sessantacinquemila è il numero di piante e fiori che rischiano l’estinzione. Se si considera che più del 15% delle trecentomila piante e fiori da noi conosciute

hanno un impiego tradizionale, si può comprendere la gravità del problema determinato dalla perdita della diversità genetica del mondo vegetale, specialmente nei paesi tropicali dove le piante sono più ricche di principi attivi.

Nelle ultime decadi, antropologi ed etnologi hanno riabilitato le società tradizionali ed il loro potenziale valore: *“I tre quarti delle sostanze utilizzate dalla moderna farmacopea trovano un uso corrispettivo nella medicina tradizionale”*. (Norman Farnsworth - Università di Chicago).

Le aziende farmaceutiche, attraverso l'enorme sviluppo raggiunto dai sistemi di screening e di analisi, rivalutano sostanze di origine vegetale come fonte di nuovi farmaci, non solo per isolare principi attivi, ma per cercare strutture prototipo sulle quali lavorare per creare molecole di sintesi. La stessa Glaxo così si esprime: *“Gli scienziati possono creare qualsiasi molecola riescano a immaginare, ma la natura è infinitamente più ingegnosa e può offrire strutture chimiche molto più complesse di quelle che gli uomini sono in grado soltanto di sognare.”*

L'esperienza che desidero proporre riguarda il Totum: se infatti da un secolo la ricerca va dalle piante alla molecola, vorrei riconsiderare l'insieme di molecole come una pianta. Moltissime fra loro, attive nella totalità o per l'insieme di principi, non posseggono una sostanza unica dotata della stessa attività; il principio attivo non ha attività per se stesso, ma come elemento di una sinergia complessa con altre molecole.

I concetti non sono antitetici, bensì complementari. Dalle due linee di ricerca nascono le opportunità per la salute: ampliando la conoscenza, nuovi prodotti saranno resi disponibili. Non sta a noi stabilire se saranno registrati come farmaci, prodotti erboristici tradizionali o alimenti. *“Una ricerca pragmatica non deve essere orientata con un'idea preconcepita del risultato”*, afferma J.M. Pelt., e lo verifichiamo quotidianamente nella pratica clinica e più in particolare in quei settori della medicina dei quali ci occupiamo: immunologia, oncologia, menopausa.

Immunologia

Il laboratorio di Biologia farmaceutica dell'Università di Monaco, diretta dal Prof. Wagner, rappresenta il riferimento mondiale per il programma di screening sulle sostanze immunostimolanti di origine naturale. Nella lista dei principi individuati a basso peso molecolare (alcaloidi, chinoni, terpenoidi, acidi fenolcarbonilici) sono state individuate molecole che ad alte dosi hanno attività citostatica ed antineoplastica, mentre hanno effetto immunostimolante a bassi dosaggi.

Così come emerge nelle patologie del sistema immune, l'utilizzo delle piante adattogene innocue e anfoequilibranti, aspecifiche nell'eziopatogenesi, nel

tropismo d'organo e nella fitochimica, tutte attive a livello endocellulare e sulle stesse vie metaboliche.

Oncologia

“Il 60% degli agenti antitumorali e antivirali oggi in commercio o in fase avanzata di sperimentazione è di origine vegetale.” (NCI).

Noi ci occupiamo più modestamente della chemioprevenzione con:

- Carotenoidi:

- alfa, beta e gamma-carotene, luteina, licopene, neurosporene, fitoluene, fitoene e exantofilla di albicocche, mango, pesche, carote, patate dolci;
- luteina, zeaxantina, alfa- e beta-carotene e betacriptoxantina di mandarini, cavolo riccio, spinaci;
- licopene zeta-carotene, fitofluene e fitoene di anguria, pomodori.

- Flavonoidi:

- quercetina, il kaempferolo, miricetina.

- Isoflavonoidi.

- Daidzeina, genisteina nella soia.

-Isotiocianati, idoli, sulfurafani

- indolo-3-carbinolo (I3C) e il fenetil isotiocianato (PETIC) di broccoli, cavolo cappuccio, cavolo nero, senape e rafano.

- Allil-tiosulfinati

- S-allicisteina o SAC, S-allilmercaptocisteina, meticisteina, di aglio, cipolle e porri.

- *Catechine* nel tè verde

- *Fitosteroli* nei semi di zucca

- *Curcumina* nella curcuma

Menopausa e H.R.T.

La Monsanto é attualmente intenta a pubblicare lavori sugli isoflavoni della soia (ricchi di genistina, daizina), della quale ha il monopolio, ma non possiamo dimenticarci di tutti gli altri isoflavoni quali Biochanina-A, formononetina, stigmasterolo, coumestrol, beta-sitosterolo, equolo ed in particolare:

- Lignani dei semi di lino (trasformati in enterolactone ed entorilido);
- Coumestani dell'erba medica (*Medicago Stativa*) e dei trifogli (*Trifolium pretense*);
- Lattoni dell'acido resorcilico (zeranolo e zeralenone);

o più semplicemente di tutte le estrolike presenti sulla tavola come carote, cumino, anice, coriandolo, finocchio, liquirizia, luppolo, melograno, rabarbaro, salvia.

Inserire il lucido fornito a parte



II CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE:
EVIDENZE CLINICHE
Torino, 16 Marzo 2002

Attività ed obiettivi della Commissione per la Medicina non Convenzionale (MnC) della FNOMCeO

R. Dellavalle

*Presidente della Commissione per la Medicina non Convenzionale
Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Torino*

Su pressante invito del Presidente Nazionale Prof. Giuseppe Del Barone si è ufficializzata la “Commissione per l’esame delle problematiche legate alle Medicine non Convenzionali” della Federazione degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri.

Tale Commissione, che si è riunita a Roma il 14 settembre 2001 ed il 22 novembre 2001, è presieduta dal Prof. Salvatore Amato - Presidente dell’Ordine dei Medici di Palermo - e conta venti componenti tra i quali i Presidenti d’Ordine di Ascoli Piceno, Rieti, Rimini, Sassari e Lecco insieme a rappresentanti degli Ordini di Torino, Brescia, Cagliari, e Gorizia, di Odontoiatri e di rappresentanti delle Medicine non Convenzionali.

Ho l’onore di fare parte di tale Commissione il cui scopo, dopo aver riaffermato in modo inequivocabile che le pratiche delle MnC sono di esclusiva competenza medica, è l’esame e l’approfondimento delle problematiche per arrivare a validi indirizzi comportamentali per tutti gli Ordini e quindi, in ultima analisi, per il Medico nell’interesse delle collettività.

Le Medicine e le Tecniche non Convenzionali riconosciute come principali sono: Medicina Omeopatica, Agopuntura, Omotossicologia, Medicina Antroposofica, Medicina Ayurvedica, Fitoterapia, Medicina Tradizionale Cinese, Osteopatia e Chiropratica.

La Commissione non è sede epistemologica, di competenza scientifica più che ordinistica, ma deve valutare l’osservanza del Codice Deontologico. Trattandosi, nel caso delle MnC, di un campo di competenze mediche non specificamente

normato, ed essendo i livelli di definizione e competenza professionale differenti per ogni singola MnNC, essa dovrà operare innanzitutto riconoscendo quelle Società e Istituzioni che garantiscono un profilo professionale definito ai migliori livelli di competenza, anche in riferimento a standard internazionali, salvaguardando la competenza medica da indebite ingerenze commerciali (si pensi a quelle Ditte commerciali che promuovono scuole autonome di formazione incentrate sulle loro linee di produzione e con standard formativo più basso di quello normalmente richiesto).

Vengono pertanto istituite delle Sottocommissioni, una per ogni branca riconosciuta, costituite da componenti della Commissione e rappresentanti delle Società Scientifiche ed istituzioni accreditate, con l'incarico di studiare i parametri necessari all'accreditamento delle Società Scientifiche, parametri (professionisti, titoli dei docenti, anni ed ore previste per i corsi ecc.) che verranno vagliati e giudicati dalla Commissione FNOMCeO; tali parametri potranno essere il metro per la valutazione della formazione specifica, di base e permanente, dei medici operanti nelle varie discipline che potranno fare richiesta per l'iscrizione ad elenchi. Le proposte delle Sottocommissioni verranno sottoposte all'approvazione della Commissione in seduta plenaria e verranno inviate al Comitato Centrale e Nazionale per il consenso.

È importante sottolineare che, conseguentemente all'accreditamento delle Società Scientifiche, si risolverà l'altro serio problema dei patrocini; fino ad allora, con molto rincrescimento, si è stabilito di non darne alcuno, essendoci il motivato pericolo di accreditare convegni organizzati da soggetti non qualificati, a scapito quindi di quelle istituzioni serie e valide che fanno della didattica uno dei loro punti di forza.

Tale complessa materia, a prova del profondo interesse che la FNOMCeO ha verso le problematiche delle MnC, sarà dibattuta nelle sue innumerevoli sfaccettature in un Convegno, all'uopo organizzato dalla Federazione stessa, che si terrà a Terni il 17-18 maggio prossimo. Al Convegno, che aprirà un approfondito dibattito non solo a livello ordinistico ma anche di valenza politica, parteciperanno rappresentanti delle Regioni e alcuni dei firmatari di progetti di legge attualmente in discussione in Parlamento.

Per quanto riguarda la Commissione del nostro Ordine di Torino, il Consiglio ha deliberato, come aveva anticipato il Presidente Dott. Bianco in occasione del vostro congresso del marzo scorso, la costituzione di Sottocommissioni, una per ogni branca, con lo scopo, in linea con le determinazioni nazionali, di verificare l'attuazione del Codice Deontologico. A tutt'ora sono state costituite solo due sottocommissioni: quella dell'Agopuntura e quella della Medicina Antroposofica.

Attendo le conclusioni del Congresso di Terni con le conseguenti deliberazioni del Comitato Centrale per proseguire un lavoro univoco con tutti gli altri Ordini.



II CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA e MEDICINA NON CONVENZIONALE:
EVIDENZE CLINICHE
Torino, 16 Marzo 2002

Medicina non Convenzionale e Servizio Sanitario in Piemonte: l'esempio e le contraddizioni del servizio di Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia

G. B. Allais

*Consulente Scientifico del Servizio di Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia –
III Clinica Ostetrico-Ginecologica - Dipartimento di Discipline Ginecologiche e
Ostetriche - Università di Torino
Segretario Nazionale S.I.R.A.A.*

Il Servizio di Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia della III Clinica Ostetrico-Ginecologica dell'Università di Torino rappresenta, nell'ambito dell'offerta all'utenza che richiama un approccio medico non convenzionale, una delle strutture più avanzate a livello europeo, sia per numero di pazienti seguiti che per quantità e qualità di ricerca scientifica svolta allo scopo di validare in maniera oggettiva l'efficacia dell'Agopuntura.

Fin dalla sua istituzione nel 1997 il Servizio, nato dalla coraggiosa scelta della Prof.ssa Chiara Benedetto di istituire presso la Clinica da lei diretta una struttura che offrisse all'utenza che lo richiedeva un trattamento realmente alternativo, se pur con tutte le garanzie di correttezza medico-scientifica, è divenuto un punto di riferimento non solo piemontese ma anche nazionale per il trattamento delle patologie ostetrico-ginecologiche con l'agopuntura. A differenza di molte altre strutture che erogano prestazioni di medicina non convenzionale anche nell'ambito di enti ospedalieri in Italia, ma a prezzi assolutamente identici a quelli praticati presso studi privati, le pazienti afferenti al Servizio di Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia ricevono il trattamento a fronte del pagamento del solo ticket previsto dal tariffario del Servizio Sanitario Regionale: infatti, da molti anni a questa parte l'agopuntura è regolarmente inserita fra le prestazioni erogabili, anche se poi molto raramente viene proposta ai pazienti.

Presso il nostro Ambulatorio sono state effettuate diverse migliaia di sedute in donne che, in linea con una tendenza ormai sempre più consolidata fra l'utenza attenta agli eventuali effetti collaterali derivanti da terapie farmacologiche, desideravano approcciare nel modo più naturale possibile alla risoluzione dei loro problemi ginecologici o ostetrici.

Nei confronti di tutte queste persone è stato svolto anzitutto un ruolo di consulenza, valutando con attenzione quanto veniva richiesto, spiegando in quali

patologie fosse realmente indicata l'agopuntura e segnalando, ove fosse necessario, la maggiore adeguatezza di un trattamento farmacologico.

Le pazienti ritenute idonee sono state trattate effettuando cicli di sedute, a cadenza solitamente settimanale, di durata variabile fra le 8 e le 16, seguite da richiami a cadenza mensile.

Le principali patologie seguite presso il Servizio sono state, in ordine di frequenza percentuale, le seguenti:

a) **patologie ginecologiche:** sindrome climaterica 50%; disturbi del ciclo mestruale (amenorrea, oligo- e polimenorrea, menometrorragie) 23,2%; emicrania correlata alle mestruazioni 18,5%; dismenorrea e sindrome premestruale 6,4%; fibromiomi uterini 1,9%

b) **patologie ostetriche:** iperemesi gravidica 51,8%; rivolgimento fetale 22,5%; emicrania in gravidanza 15,6 %; lombosciatalgia 10,1 %.

Le pazienti che si erano presentate per problemi ginecologici e che avevano tratto un beneficio tangibile dal trattamento, in particolare proprio le pazienti in climaterio, hanno continuato nel tempo a richiedere sedute di richiamo, creando inevitabilmente un problema di difficilissima gestione: la coda di accesso al Servizio che, aumentando in contemporanea sempre più la richiesta da parte di nuove pazienti, ha rapidamente superato i 24 mesi e va inesorabilmente ancora crescendo. A fronte di una tale richiesta, che avrebbe potuto nel caso di servizi di medicina convenzionale portare ad un incremento dell'attività grazie ad un potenziamento di strutture e personale, ci si è invece trovati di fronte all'amara realtà riservata alle medicine non convenzionali nel nostro sistema sanitario: è impossibile creare posti per medici che si occupino di agopuntura all'interno delle strutture ospedaliere, in quanto non è prevista una specifica disciplina concorsuale, e la realtà dell'istituzione di alcune consulenze esterne, pur possibile e perfettamente in linea con la legislazione quando ci si trovi in presenza di competenze non reperibili all'interno delle strutture dell'ASL, viene osteggiata in quanto considerata onerosa e non in linea con le previsioni programmatiche delle aziende ospedaliere.

Resta dunque da chiedersi quale destino sia in realtà predisposto per una struttura innovativa, di alto profilo specialistico, unica nel suo genere sul territorio nazionale, con una pressante richiesta di prestazioni da parte dell'utenza, anche in vista della prossima attuazione dei LEA, che introducono pesanti restrizioni all'erogazione della prestazione "agopuntura" ai prezzi permessi attualmente dai tickets.

Non v'è dubbio che la soluzione deve passare attraverso un'attenzione selettiva proveniente da parte dell'Assessorato Regionale alla Sanità, nell'ottica di quell'autonomia che è ora concessa ai singoli assessorati regionali per supportare iniziative di particolare valore e prestigio, nel nome di una sanità efficiente, a misura delle esigenze del cittadino.



II CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE:
EVIDENZE CLINICHE
Torino, 16 Marzo 2002

Il processo di integrazione delle Medicine non Convenzionali (MnC) nella realtà sanitaria regionale toscana

E. Rossi

Responsabile Ambulatorio di Omeopatia, Osp. Campo di Marte, AUSL 2 Lucca.

La Regione Toscana è il luogo in Italia dove sembra essersi raggiunto il livello più avanzato di integrazione delle MnC nella sanità pubblica, al punto di essere considerata come esperienza pilota dello stesso Ministro della Sanità On. Rosi Bindi presente al convegno (vedi Atti del convegno “MnC e politiche per la salute” Firenze 5/12/1998). Questo risultato si è ottenuto anche grazie ad un intenso lavoro promosso in modo unitario da associazioni locali e da operatori delle MnC, pur appartenenti a scuole diverse e ad orientamenti dottrinari e culturali eterogenei, che successivamente hanno costituito il Centro Studi “Medicine & Salute”, in collaborazione con l’Assessorato al diritto alla salute e a gruppi politici interessati all’integrazione delle MnC nel servizio pubblico.

Nel dicembre 1997 si era svolto a Firenze un convegno sulle MnC che, oltre a stimolare una riflessione in ambito istituzionale sulla diffusione di queste terapie, aveva cercato soprattutto di fornire alcune risposte concrete a questo fenomeno, auspicando in particolare la definizione di programmi che consentissero di trasformare in iniziative e attività le possibilità previste dal Piano regionale 1996-98. In quella occasione l’Assessore al Diritto alla Salute per la Toscana Claudio Martini aveva manifestato con chiarezza la volontà politica di promuovere e sostenere i processi di integrazione delle terapie non convenzionali nelle strutture pubbliche, rispondendo in termini fattivi a un’esigenza fortemente avvertita dai cittadini nel territorio.

In data 10 dicembre 1997 seguiva la Giunta Regionale Toscana, con nota emanata dallo stesso Assessore, invitando le Aziende Sanitarie che intendessero realizzare interventi di medicina non convenzionale a darne notizia nei Piani

Attuativi, indicando le prestazioni erogate, le modalità di accesso e di svolgimento delle attività e le risorse destinate a questi progetti.

Quella sollecitazione veniva ripresa, e in certo senso anticipata, in Toscana dal Piano Sanitario Regionale per il 1996-98, al cui interno sono presenti norme esplicitamente rivolte alla valorizzazione delle MnC e l'invito a guardare *“anche al complesso delle pratiche di medicina naturale... e a promuovere una cultura della salute fondata su una riduzione dei consumi farmacologici”*.

In precedenza, per due anni consecutivi, 1997-1998 e 1998-1999, la stessa Regione Toscana, attraverso l'Assessorato alle Riforme Istituzionali e alla Cooperazione Internazionale, aveva accettato di finanziare progetti di cooperazione decentrata per la prima volta in Italia a sostegno dello sviluppo della medicina naturale e omeopatica nei paesi del sud del mondo.

Ma il punto di massima integrazione delle MnC si raggiunge con l'approvazione del Piano Sanitario Regionale (PSR) della Toscana per il triennio 1999-2001 che dedica alle MnC un capitolo, lettera (h): **“Integrazione delle medicine non convenzionali negli interventi per la salute”**.

Dopo aver rimarcato la ricchezza delle esperienze di MnC realizzate in Toscana e con riferimento alla risoluzione del Parlamento Europeo (29-5-1997), viene ricordato che il Programma Regionale di sviluppo toscano 1998-2000 aveva previsto *“la messa a punto e lo sviluppo di forme di integrazione tra sistema sanitario e realtà delle medicine non convenzionali”*, mentre la L.R. 72/98 (art. 92/m) demandava al Piano sanitario la *“definizione degli strumenti per l'integrazione di suddette terapie negli interventi per la salute”*.

A tale scopo è stata istituita la Commissione regionale per le MnC, con durata in carica per il periodo di validità del piano, composta da esperti delle discipline in oggetto. La Commissione ha il compito di individuare le strategie necessarie per ottenere l'integrazione delle MnC, anche in ambito veterinario, e definire gli strumenti per valutarne la domanda espressa nel territorio della regione, oltre a censire le attività operative più significative. Essa deve inoltre valutare le proposte di studi e ricerche per il settore e le proposte di sperimentazione sull'uomo, definire, con l'Ordine dei Medici e le Università, i criteri di accreditamento della formazione professionale e promuovere iniziative per proporre la costituzione di albi o registri delle professioni di MnC. A tutto ciò si associa la necessaria attività di informazione atta a garantire ai cittadini indicazioni e disponibilità sulle prestazioni terapeutiche in oggetto.

Infine, ma non meno importante, la Giunta Regionale, dopo aver sentito il parere della Commissione, si impegna a promuovere ricerche e sperimentazioni sull'efficacia delle MnC per la cui realizzazione è consentita alle A.U.S.L. anche la costituzione di nuove strutture.

Per gli interventi previsti in questo capitolo è stato istituito un fondo apposito (denominato “Fondo per l'integrazione delle medicine non convenzionali negli

interventi per la salute”). Per ogni anno di vigenza del piano la Giunta Regionale è autorizzata a finanziare tale fondo per 500 milioni di lire, una somma non ingente, ma significativa se si considera l’assoluta carenza di fondi che affligge la realtà della ricerca in questo settore.

Alla Commissione Regionale per le MnC, istituita con delibera del 14 aprile 1999, è stato successivamente affidato l’incarico di realizzare gli obiettivi del Piano Sanitario Regionale (PSR), valutando le iniziative più adeguate a tal fine.

La suddetta commissione, dopo attento esame della situazione del territorio regionale, ha ritenuto che tra le iniziative da mettere in pratica per attuare gli indirizzi del PSR le più efficaci fossero la realizzazione di un’indagine statistica volta a valutare la domanda di MnC espressa nella regione Toscana, un censimento delle attività di MnC operanti sul territorio e della documentazione scientifica e legislativa dei settori delle principali MnC (individuate dalla Commissione in Agopuntura, MTC, Omeopatia, Omotossicologia, Fitoterapia, Medicina Manipolativa ed arti per la salute) ed il sostegno alle attività di Agopuntura, MTC, Omeopatia e Fitoterapia già sviluppate all’interno di strutture pubbliche del SSR oltre all’appoggio alla formazione e all’aggiornamento degli operatori presenti nel servizio sanitario pubblico ed alla sperimentazione di terapie non convenzionali in strutture pubbliche.

La Giunta Regionale Toscana ha deliberato di distribuire il fondo 1999 di 500 milioni assegnando 350 milioni al sostegno e allo sviluppo di attività di MnC già presenti all’interno del servizio sanitario regionale (gli ambulatori pubblici di Omeopatia a Lucca, di Fitoterapia a Empoli, il centro di MTC Fior di Prugna e molti altri) sulla base dei progetti presentati dalle aziende sanitarie della regione interessate. Al fondo dell’annualità 1999 si sono poi aggiunti i 500 milioni dell’annualità 2000, per un totale quindi di 850 milioni di lire. I provvedimenti deliberati nelle due sedute sono stati pubblicati sul **Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n° 5, parte prima, del 7-2-2000.**

Sono stati presentati dalle ASL di 8 città toscane (Arezzo, Empoli, Firenze, Livorno, Lucca, Pistoia, Prato, Viareggio) e approvati poi con **delibera n° 1222 del 20/11/2000**, 10 progetti con una richiesta di fondi che varia da un minimo di 30 a un massimo di 330 milioni di lire, per la creazione *ex novo* o il potenziamento delle attività pubbliche di MnC.

La Giunta Regionale Toscana, sulla base delle indicazioni del piano sanitario regionale vigente all’inizio dell’estate 2001, ha approvato una delibera (n° 628) che stanziava 500 milioni di lire a sostegno della ricerca nel campo delle medicine non convenzionali. Enti e associazioni pubbliche e private aventi sede legale nel territorio toscano potevano presentare entro il giorno 13 ottobre, progetti di studio e ricerca, clinica o farmacologica, allo scopo di verificare l’efficacia delle terapie non convenzionali, quelle che “*per la loro diffusione appaiono di maggiore interesse, quali l’agopuntura, la medicina cinese, l’omeopatia, l’omotossicologia,*

la fitoterapia, la medicina manipolativa e le arti per la salute” in patologie specifiche, in campo sia umano che animale.

Era possibile presentare progetti di ricerca non solo limitati alla valutazione di efficacia, ma che abbiano *come campo di indagine tecniche terapeutiche riabilitative, azione di prevenzione, aspetti applicativi e conoscitivi per lo sviluppo delle MnC, integrazione con le cure della medicina convenzionale.*

Sono stati presentati complessivamente 32 progetti di ricerca che sono in corso di valutazione non solo in base alla qualità metodologica dello studio, ma anche in base alla ricaduta sociale del progetto. Vengono inoltre attribuiti punteggi di merito a progetti che prevedono la collaborazione tra più enti, pubblici e privati, italiani e stranieri, che propongono la partecipazione a studi multicentrici.

I progetti di ricerca presentati, accompagnati da una breve relazione che comprovi la competenza dell'associazione o ente proponente nel settore delle MnC, sono valutati dal dipartimento competente che si avvale del parere della Commissione regionale toscana per le MnC; il cofinanziamento regionale non potrà comunque superare la somma di 50 milioni di lire per ciascun progetto.

Si sta ancora discutendo in questo momento (gennaio 2002) la proposta del nuovo **Piano sanitario regionale toscano 2002 - 2004** che verrà approvato entro marzo e che rappresenta un ulteriore passo avanti nell'integrazione delle MnC. La proposta infatti prevede la possibilità di passare, da una fase sperimentale ad una fase di inserimento organico e strutturale delle MnC nel sistema sanitario regionale; tale passaggio parte dalle linee di indirizzo per i medici di medicina generale sull'uso delle terapie non convenzionali, per arrivare alla definizione di linee guida per la formazione degli operatori, in collaborazione con l'Ordine dei Medici, naturalmente creando livelli di assistenza aggiuntivi e integrativi rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) definiti nell'ambito della Conferenza Stato e Regioni nei mesi scorsi.



II CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE:
EVIDENZE CLINICHE
Torino, 16 Marzo 2002

Relazione sugli interventi effettuati e previsti dalla Regione Lombardia

G. Picozzi

*Comitato Tecnico Scientifico Regione Lombardia per le MnC
Delegato F.I.S.A. per la Regione Lombardia
Associazione MediCina - Milano.*

La giunta Regionale lombarda con la delibera n. 48041 del 4/02/2000 “*Osservazione e valutazione di procedure terapeutiche di medicina complementare: indicazioni per la stesura di progetti*” approva l’attivazione di progetti in materia di medicina complementare. I criteri di osservazione e di valutazione dei risultati sono contemplati nello stesso atto. In particolare il punto 3 stabilisce la costituzione da parte della Direzione Generale Sanità di un Comitato Tecnico Scientifico (CTS) che approvi preliminarmente detti progetti, ne controlli lo sviluppo e ne verifichi i risultati. Tale organismo, composto da esperti nelle discipline della medicina complementare, da docenti universitari e ricercatori, viene costituito con decreto n.15160 del 13/06/2000.

Il CTS non è formato solo da rappresentanti delle società o associazioni di medicina non convenzionale; sono, infatti, rappresentati agopuntori, antroposofi, fitoterapisti, naturopati, omeopati, omotossicologi, psicosomatisti, shiatzuki, ma anche docenti universitari di differente specializzazione: dalla fisica alla chimica, dalla farmacologia alla statistica, dalla psicologia alla medicina interna. Fanno inoltre parte del CTS rappresentanti dell’Istituto Mario Negri, direttori generali e sanitari di aziende ospedaliere, rappresentanti degli ordini dei medici, esperti in economia sanitaria, in etica sanitaria e naturalmente funzionari della regione.

Il CTS, composto da circa una sessantina di membri, si divide da un punto di vista operativo in diverse sottocommissioni: la prima ha come scopo l’esame preliminare dei progetti, la seconda la relazione con le associazioni e le aziende

sanitarie pubbliche e private interessate, la terza lo studio degli aspetti normativi della conduzione degli studi osservazionali nelle strutture pubbliche e dei rapporti con i comitati etici.

Nel corso dei lavori della Commissione viene anche istituita una commissione di Monitoraggio dei lavori accettati, con lo scopo di seguire e verificare il corretto svolgimento dei lavori.

Entro i termini proposti dalla delibera, sono stati presentati 124 lavori; sono stati evidenziati i progetti problematici e quindi sospesi o non approvati seguendo i sottoindicati criteri:

- Non corrispondenza del numero dei Medici Osservatori previsti dalla DGR
- Progetti extraregionali
- Proposte di sperimentazione clinica tradizionale (es. doppio cieco) non previste, anzi escluse dalla delibera
- Efficacia vaga della medicina complementare
- Presenza di condizioni sperimentali non prevedibili (citazione dei rischi es. rischio anafilattico)

A conclusione dell'analisi sono stati approvati 78 progetti (67%), non approvati 20 e sospesi in attesa di accertamenti 16 (di cui accettati dopo emendamento 13). I 124 progetti sono così suddivisi:

78 di provenienza da strutture pubbliche

37 di provenienza da strutture private

9 di provenienza da case di cura accreditate.

Benché la maggior parte dei lavori, come ci si potrebbe aspettare, abbia sede nella provincia di Milano, tutte le province lombarde sono rappresentate ad eccezione di Lecco e Lodi, questo a dimostrare la diffusione su tutto il territorio lombardo delle medicine non convenzionali, sia come operatori che come pazienti.

I progetti accettati si possono dividere nelle seguenti discipline complementari 32 lavori di Agopuntura, 17 di Omeopatia, 6 di Omotossicologia, 9 di Fitoterapia e 27 di discipline varie (shiatzu, terapia nutrizionale, ecobiopsicologia, ipnosi).

La durata degli studi osservazionali prevista è di due anni, con monitoraggio dei pazienti prima durante ed al termine delle terapie; in alcuni casi sono previsti follow-up nel tempo.

I primi dati definitivi sono attesi per inizio estate 2002.



II CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA e MEDICINA NON CONVENZIONALE:
EVIDENZE CLINICHE
Torino, 16 Marzo 2002

Cancro della mammella: lesioni cutanee in corso di radioterapia. Efficacia di un trattamento omeopatico.

A. Balzarini, E. Felisi.

*Centro Italiano di Studi e di Documentazione in Omeopatia
C.I.S.D.O. - Milano*

Relazione presentata da P. Martra

Docente Scuola C.I.S.D.O. - Torino

E' stato studiato l'effetto dell'associazione *Belladonna 7 CH e X-ray 15 CH* nel trattamento della radiodermatite acuta. La sperimentazione è stata condotta, in doppio cieco randomizzato contro placebo, su 66 pazienti, operate per cancro del seno e sottoposte a radioterapia. Durante un periodo di 10 settimane sono state osservate le variazioni di colore e di calore, la comparsa di edema e di pigmentazione della cute del seno.

Quali criteri di valutazione del trattamento sono stati assunti il confronto di questi parametri, considerati singolarmente, nei due gruppi e l'Indice di Severità Globale (I.S.G.) cioè la somma dei punteggi dei quattro parametri. L'I.S.G. durante la radioterapia, è stato calcolato dopo ciascuna delle sei osservazioni a cui le pazienti sono state sottoposte, mentre l'I.S.G. nel periodo successivo al trattamento è stato misurato dopo 15 e 30 giorni dalla fine dello stesso.

La differenza dei punteggi dell'I.S.G. durante la radioterapia non raggiunge la significatività statistica, ma rivela una miglior attività dei medicinali omeopatici rispetto al placebo. Al contrario, l'analisi dell'I.S.G. nel periodo successivo al trattamento evidenzia una differenza statisticamente significativa ($p=0,05$) a favore dei medicinali omeopatici rispetto al placebo.

Nell'analisi dei singoli parametri spicca l'efficacia dei medicinali omeopatici sul calore cutaneo.

Il numero limitato di soggetti studiati e la posologia scelta possono aver influenzato la significatività statistica dei risultati. La chemioterapia e l'ormonoterapia non hanno rappresentato invece interferenze di rilievo.

Centro Studi Terapie Naturali e Fisiche
A.M.I.A.R. – TORINO

Direttore: Dott. P.E. Quirico

Presidente Onorario: Prof. L. Roccia

www.agopuntura.to.it - e.mail: centrostudi@agopuntura.to.it



SCUOLA DI PERFEZIONAMENTO IN AGOPUNTURA

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

Il **programma** comprende sia gli aspetti tradizionali, che quelli scientifici dell'agopuntura e si articola in un corso quadriennale di lezioni teorico-pratiche, per un totale di 360 ore. La Scuola, attiva ininterrottamente dal 1978, è riservata esclusivamente ai **laureati in Medicina e Chirurgia**. Al termine del ciclo di insegnamento, dopo la discussione di una Tesi di Abilitazione, viene rilasciato l'**Attestato Italiano di Agopuntura**, riconosciuto dalla **F.I.S.A.** (Federazione Italiana delle Società di Agopuntura).

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

Il C.S.T.N.F. è **convenzionato** con il Dipartimento di Discipline Ginecologiche ed Ostetriche dell'Università di Torino per quanto riguarda la pratica clinica e la sperimentazione scientifica e con l'Università di Medicina Tradizionale Cinese di Nanchino per l'organizzazione di stages di pratica clinica e la consulenza del corpo docente.

Il C.S.T.N.F. è registrato presso il Ministero della Sanità **come Ente organizzatore di eventi formativi** e, rientrando nel programma ECM, può assegnare nei suoi corsi crediti formativi validi per l'aggiornamento continuo del medico.

SCUOLA DI MEDICINA MANUALE

Direzione didattica: Dott.ri L. Bassani, G. Bortolin, C. Ripa

Il programma didattico si articola in un corso biennale e propone un insegnamento specifico per ogni livello vertebrale ed articolare, con nozioni di anatomia, fisiologia, clinica pratica e posturologia. Tecniche riflesse e mediche, tradizionali e non, efficaci per patologie specifiche, completano il corso, rendendolo particolarmente utile ed applicativo.

SEMINARI E CORSI

Agopuntura Clinica: Patologia Muscolo-scheletrica, Cefalee, Ginecologia ed Ostetricia, Disturbi dell'emotività e della sfera psichica, Medicina Interna, Semeiotica agopunturale.

Corso di pratica clinica agopunturale in Cina, presso l'Università di M.T.C. di Nanchino.

Medicina Manuale: Auricoloterapia, Posturologia, Occhio e Statica.

<p>SEGRETERIA C.S.T.N.F.: Corso Galileo Ferraris 164, 10134 Torino Tel. 011.304.28.57 (ore 9-12) – Fax 011.304.56.23 - e-mail: info@agopuntura.to.it</p>
--



Proposta di studio del trattamento dei fibromi uterini con agopuntura

G.Lupi*, M. Franceschini Beghini*, M. Minuto*, G.B. Allais° e C. Benedetto°

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

° *Servizio di Agopuntura in Ginecologia ed Ostetricia - III Clinica Ostetrico-Ginecologica, Dipartimento discipline ginecologiche dell'Università di Torino*

Le applicazioni dell'agopuntura in ginecologia e ostetricia rappresentano un vastissimo campo di studio e, in particolare, un argomento al centro di numerose verifiche scientifiche è certamente rappresentato dal trattamento dei fibromi uterini. Questi costituiscono la patologia ginecologica di maggior frequenza nelle donne d'età compresa tra i 35 ed i 50 anni raggiungendo percentuali d'incidenza del 20-30%. Sebbene permangano ancora molte incertezze sull'etiologia dei fibromi, sono state acquisite numerose conoscenze sui fattori che possono influire sulla loro insorgenza nonché sulla loro evoluzione. La comparsa durante il periodo di vita riproduttiva e la tendenza alla regressione dopo la menopausa, hanno suggerito che nella loro patogenesi un ruolo importante sia svolto dagli steroidi ovarici. Tali osservazioni, affiancate ai dati che dimostrano l'aumento della velocità di crescita dei miomi in condizioni di aumentata secrezione endogena di estrogeni, suggeriscono che un aumento dello stimolo estrogenico sul miometrio possa contribuire in maniera decisiva all'etiopatogenesi dei fibromiomi. Fondamentalmente di natura benigna, molto raramente (0.1-0.5%) si repertano al loro interno cellule di tipo sarcomatoso.

Nella letteratura recensita è possibile reperire un solo studio riguardante l'agopuntura nella terapia dei fibromi uterini in cui gli Autori segnalano un'elevata percentuale di risultati positivi, tanto da proporre l'agopuntura come la terapia con la maggior efficacia rispetto alle tradizionali terapie mediche adottate. In questo lavoro, come nelle diverse proposte di studio successive, veniva presa in considerazione soprattutto la possibilità di ottenere una riduzione di volume dei fibromi; riteniamo sia utile porre l'attenzione anche all'aspetto sintomatologico di tale patologia.

Da questo punto di vista i fibromi dell'utero sono spesso asintomatici e rappresentano riscontri occasionali in corso di controlli periodici; quando tuttavia compare una sintomatologia, questa presenta alcune caratteristiche comuni (aumento di volume dell'utero, irregolarità mestruali, ipermenorrea) ed altre variabili in funzione della localizzazione del fibroma (intramurale, sottomucoso o

sottosieroso). Le manifestazioni più comuni sono rappresentate da alterazioni del ciclo mestruale, dolori pelvici, compressione degli organi adiacenti, ipofertilità, aumento di volume dell'addome. Nelle donne portatrici di fibromi, la ciclicità mestruale è caratterizzata da alterazioni del ritmo, della quantità e della durata del flusso, che spesso sfocia in quadri clinici anche gravi per l'intensità della perdita ematica che può aggravarsi nel tempo fino a portare a situazioni di anemizzazione importanti.

In questa proposta di studio abbiamo voluto valutare le potenzialità dell'agopuntura, non soltanto nel ridurre il volume dei fibromi, ma anche nel controllo della sintomatologia per migliorare la qualità della vita delle pazienti.

Questo lavoro nasce dall'osservazione di 6 pazienti di età compresa tra i 30 e i 50 anni, portatrici di fibromi uterini, cui è stata consegnata una scheda di monitoraggio del ciclo e del flusso mestruale da compilare a casa per valutarne la durata, la presenza di dolore e le perdite durante il mese. Prima dell'inizio del trattamento sono stati effettuati i principali esami ematochimici ed una ecografia pelvica per una precisa valutazione delle dimensioni e della localizzazione del fibroma e dei suoi rapporti con l'endometrio. Queste valutazioni strumentali sono state eseguite ogni tre mesi con un *follow up* condotto fino a 12 mesi.

Il trattamento agopunturale prevedeva una seduta settimanale per 16 settimane di terapia; in tutte le pazienti sono stati utilizzati i punti ST36, SP6, SP8, SP10, GB34 e LI4 ed è stata utilizzata l'elettrostimolazione a bassa frequenza (2-4 Hz) sui punti SP8 ed SP10 dopo aver ottenuto un *De Qi* irradiato al *Jiao* inferiore.

I dati preliminari di questo studio non hanno evidenziato una diminuzione significativa di volume dei fibromi, anche se bisogna sottolineare che in nessuna delle pazienti trattate si è rilevato un aumento volumetrico nei controlli ecografici trimestrali. In tutte le pazienti è stato però riscontrato un miglioramento dei sintomi associati con regolarizzazione del ciclo, diminuzione del dolore e delle perdite ematiche durante il mese, con conseguente miglioramento dei parametri ematochimici e della qualità di vita.

La terapia dei miomi, fibromi e fibromiomi uterini rimane comunque fondamentalmente chirurgica mirando ad essere il più possibile conservativa; la tendenza al trattamento conservativo e le conoscenze acquisite in merito alla loro etiopatogenesi, hanno aperto la via al trattamento medico che trova valide indicazioni, ma anche serie limitazioni non essendo scevro da effetti collaterali indesiderati legati soprattutto alla castrazione farmacologica.

Proprio in quest'ottica l'agopuntura potrebbe dimostrare la sua efficacia terapeutica; infatti, visti i risultati preliminari, possiamo affermare che oltre alla sue potenzialità nel controllare il volume dei fibromi potrebbe conseguire risultati terapeutici paragonabili alla terapia farmacologica in assenza di effetti collaterali e senza limitazioni di durata, nell'attesa di un intervento (se necessario) o di una menopausa fisiologica.



II CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE:
EVIDENZE CLINICHE
Torino, 16 Marzo 2002

Valutazione mediante tavola stabilometrica degli effetti indotti sulla distribuzione dei carichi da correzioni osteopatiche sulle disfunzioni dell'articolazione sacro-iliaca

F.Mautino

Dirigente II liv.Ospedale S.Camillo, Direttore SIOTeMA – Torino

Introduzione

L'alterazione della mobilità delle art. sacro-iliache (SI) è una patologia molto frequente che può provocare sintomatologie dolorose in diversi distretti, spesso non riconosciuta e identificata prevalentemente con terminologie diagnostiche che si rifanno al sintomo più che alla causa del problema. Le diagnosi più usate sono: lombalgia o lombaggine; sciatica o sciatalgia; sacralgia e molte altre. L'intenzione dell'osteopatia è sempre quella di pervenire alla identificazione della causa principale di un quadro patologico in quanto solo risolvendo *in primis* la causa, gli effetti negativi si possono risolvere. Dal punto di vista biomeccanico i movimenti delle art. sacro-iliache si concretizzano in uno spostamento dell'ileo nei confronti dell'osso sacro e del sacro nei confronti dell'osso iliaco con scivolamenti che si attuano attorno ad un punto fisso identificabile in un teorico asse meccanico che è situato vicino alla convergenza dei due bracci che compongono l'auricola della art. sacro-iliaca. In questi movimenti si realizza in modo alternato, a destra ed a sinistra, una sequenza motoria con un emibacino che ruota in avanti e l'altro che ruota all'indietro definiti in rotazione anteriore dell'iliaco e in rotazione posteriore dell'iliaco. Nella fisiologia questi movimenti consentono armonia della marcia e regolarità nella lunghezza del passo e l'osso sacro può fungere da "differenziale" in grado di neutralizzare eventuali sollecitazioni disarmoniche dovute ad es. alla irregolarità della pavimentazione o del suolo. In conseguenza di fenomeni di natura traumatica, anche lieve, si può realizzare un'irregolarità di questi movimenti con la predominanza di una rotazione in anteriorità piuttosto che in posteriorità a carico di un emibacino e questo atteggiamento, protratto nel tempo,

può provocare disarmonia di mobilità sia a carico delle art. S.I. sia dell'arto inferiore o della mobilità della colonna lombare per via dei collegamenti anatomico-funzionali che vincolano in modo reciproco i movimenti dei vari segmenti scheletrici (colonna lombare, bacino e arto inferiore). L'elemento sostanziale è che ad una disfunzione iliaca in anteriorità corrisponde un allungamento funzionale dell'arto inferiore omolaterale e l'inverso nel caso di iliaca in posteriorità (arto inferiore più corto). In questa condizione le sollecitazioni del carico sugli arti inferiori risulta modificata.

Materiali e metodi

In questo lavoro di verifica su base scientifica, si è utilizzata una pedana stabilometrica per misurare la distribuzione dei carichi in pazienti affetti da disfunzione iliaca prima di un trattamento osteopatico, controllato poi dopo il trattamento, seguito da un ulteriore controllo a distanza per verificare l'efficacia del trattamento. I pazienti sono stati selezionati nel mondo dello sport in quanto l'autrice di questa ricerca è la terapeuta che segue la squadra nazionale di sci di fondo, dove gli eventi traumatici che possono provocare disfunzioni iliache sono molto frequenti. Sono stati esaminati 24 atleti con problematiche particolari, non uniformi, ma comunque con disfunzioni iliache certe. Alcuni con iliaca anteriore altri con iliaca posteriore ed altri con disfunzioni iliache secondarie (dovute a compensi di adattamento da patologie in altre sedi).

Risultati

Questi pazienti hanno dimostrato disequilibrio dei carichi con aumento di sollecitazioni sull'arto più corto prima del trattamento, netto cambiamento subito dopo la manovra correttiva con discreto riequilibrio. Al controllo a distanza si è constatato in 9 casi mantenimento di risultato, significativo di corretta diagnosi e trattamento. In 7 casi si è rilevato inversione delle sollecitazioni con sovraccarico sull'arto inferiore controlaterale rispetto alla condizione iniziale dimostrante la presenza di disequilibrio precedente al trauma che aveva provocato la disfunzione iliaca trattata. Negli altri 8 casi si è constatato nel tracciato della pedana un persistente disordine di equilibrio diverso da quello iniziale ma, dopo rivalutazione clinica, provocato da un disordine funzionale presente a carico di altri segmenti scheletrici o nell'arto inferiore (esiti di distorsioni di caviglia o di ginocchio) o nella colonna dorso-lombare (scoliosi di grado lieve o pregressi episodi lombalgici) per cui la disfunzione iliaca trattata era il segno di una spontanea e graduale compensazione correttiva di un disordine meccanico altrimenti non tollerabile.

La nostra esperienza è servita a confermare, in modo certo, che solo una corretta e precisa valutazione diagnostica può portare ad un efficace trattamento.



II CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA e MEDICINA NON CONVENZIONALE:
EVIDENZE CLINICHE
Torino, 16 Marzo 2002

AYURVEDICA TAURINENSIA: data base per lo studio integrato della Medicina Ayurvedica

A. Chiantaretto

Responsabile Programma di Ricerca CESMEO per la Medicina Tradizionale Indiana

Il progredire delle conoscenze riguardanti le medicine complementari -e in particolare dei sistemi medici provenienti dall'Asia- e lo sviluppo della loro diffusione in ambiti culturali lontani e diversi da quelli di origine non si verificano in modo sincronico, omogeneo o almeno sovrapponibile uno rispetto all'altro.

Diverse e complesse le cause: certo una delle più importanti è il livello delle conoscenze su un sistema medico diverso e della sua "comprensibilità" e "traducibilità" in ambiti culturali diversi da quelli di origine. Ne è esempio la Medicina Ayurvedica, il cui sviluppo e conoscenza sono nella realtà mondiale e in quella italiana, diversi ad esempio da quella della Medicina Tradizionale Cinese e dell'Agopuntura.

Lo stesso sviluppo -non sincronico- si può notare anche all'interno della Medicina Ayurvedica: evoluzione, approfondimento, organizzazione delle conoscenze e delle pratiche non sono stati sincronici, quanto piuttosto "diacronici": prima sono state studiate e applicate certe parti, poi altre. Si è così verificata la precedenza di un aspetto dell'ayurveda piuttosto che di un altro: la tecnica del massaggio piuttosto che la fitoterapeutica, la terapeutica più che la diagnostica, l'autoapprendimento da parte dei medici occidentali interessati all'ayurveda piuttosto che lo studio razionale anche del contesto culturale e con insegnanti qualificati. In alcune situazioni va progredendo la ricerca, più mirata alla farmacologia che alla clinica, in altre manca quasi completamente.

Lo studio della Medicina Ayurvedica, così come di tutte le medicine tradizionali, non può avvenire al di fuori del suo retroterra culturale, ma nel contempo non può essere limitato allo studio dei testi classici, né può avere solo un approccio antropologico o di etnomedicina o di etnofarmacologia; non può, in sintesi, procedere con un corpo medico formato in modo assolutamente

selvaggio, non razionale, affidato più al *bricolage* individuale ed all'autoapprendimento che a iter formativi razionali. Al contrario esso deve coniugare la conoscenza della tradizione con la conoscenza della modernità, deve conoscere la *lingua della tradizione* e la *lingua della modernità*, per non perdere il patrimonio dell'una e dell'altra. Background culturale, etnofarmacologia, fisiopatologia, clinica, ricerca farmacologica e ricerca clinica sono tutte facce dello stessa realtà, non affrontabili pertanto una staccata dall'altra, una dopo l'altra, una anziché un'altra.

Si avverte dunque la necessità di una razionalizzazione, di una condivisione delle conoscenze, di organizzazione di scambio e di rapporto tra i diversi ambiti della realtà della medicina ayurvedica (ricerca, studio, clinica), così come di una definizione più precisa di pratiche e tecniche, di modelli di formazione, di organizzazione della ricerca, come condizione di fondo per un radicamento più sicuro.

Per rispondere a queste esigenze, si ritiene che strumento efficace sia la costruzione di un *sito web*, -chiamato *AYURVEDICA TAURINENSIA*- che, mediante un *data base*, organizza secondo uno schema *a rete* la raccolta, l'elaborazione e l'utilizzo integrato di materiali provenienti da diversi ambiti di documentazione, di ricerca e di lavoro sulla Medicina Ayurvedica.

I diversi *punti* della rete afferiscono ognuno a un aspetto della realtà del sistema medico ayurvedico nel contesto

- **della cultura e della civiltà indiana**; e quindi *ricerca sui testi* fondanti, *ricerca sulla medicina ayurvedica* in riferimento alla cultura indiana, *ricerca* su ayurveda e alimentazione, medicina popolare, storia della medicina e *memorizzazione del sapere* dei maestri ayurvedici;
- **della cultura medica, della pratica medica e della ricerca contemporanea**, e quindi *selezione degli articoli* dalle riviste scientifiche organizzata secondo priorità di studio; *selezione dei lavori* dei centri di ricerca (indiani e non); *selezione dei lavori sperimentali* di tesi di specializzazione delle Facoltà ayurvediche indiane; *selezione dei Centri di Ricerca* istituzionali indiani; *data base di materia medica* e ricerche monografiche; *tossicologia*; *selezione e organizzazione di iter diagnostici e terapeutici* omogenei ed infine *sistemi di memorizzazione* dei dati clinici.

I *punti* della rete sono autonomi nello sviluppo e nell'elaborazione, interattivi ma non consequenziali uno rispetto all'altro, accolgono e raccolgono materiali afferenti alle diverse specificità dell'ayurveda provenienti da diverse realtà (che hanno quindi la possibilità di pubblicare i loro risultati sul *sito web*) ed inoltre permettono l'integrazione dei dati, delle conoscenze e delle esperienze per i medici ayurvedici e la proposizione di elaborazione di percorsi operativi razionali e condivisi.



II CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE:
EVIDENZE CLINICHE
Torino, 16 Marzo 2002

Cure palliative ed agopuntura

P. Bellingeri

Docente Scuola Agopuntura C.S.T.N.F.-Torino, UOCP Asl 20-Tortona.

Introduzione

Attualmente la filosofia delle cure palliative nei malati oncologici in fase terminale si sta velocemente diffondendo su tutto il territorio nazionale. La Regione Piemonte si pone tra le prime regioni con centri (Unità Operativa di Cure Palliative) dotati di personale sanitario ad alta specializzazione, in grado di far fronte a tutte quelle situazioni in cui le normali terapie devono essere riviste e rimodulate al fine di garantire la miglior qualità di vita possibile in pazienti che vedono come prioritario il trattamento del dolore e dei soli sintomi che di volta in volta si presentano.

Nel nostro centro da alcuni anni è stata introdotta, di routine, l'agopuntura per quei pazienti ancora "attivi", con evidenti deficit generali che non richiedono supporto farmacologico, ma che rendono difficile la normale, se pur minima, attività quotidiana.

Materiali e metodi

Tutti i pazienti studiati erano portatori di neoplasia in fase avanzata con localizzazioni secondarie, in trattamento farmacologico sottocutaneo con sistema di microinfusione elastomerico (Paragon[®]) contenente morfina, corticosteroide, antiemetico, atropina, antistaminico H2. Tutti i 10 pazienti ammessi allo studio, pur se in grado di alimentarsi autonomamente e di provvedere con aiuto alle funzioni minime quotidiane, presentavano principalmente astenia, depressione e nausea non completamente controllata. Le forme neoplastiche riguardavano principalmente il pancreas, la mammella ed il polmone. In tutti i casi trattati al momento della presa in carico i pazienti erano reduci da pregressi trattamenti

chemio e/o radioterapico; il gruppo di controllo presentava le stesse caratteristiche.

I pazienti venivano sottoposti a diagnosi di tipo occidentale per i sintomi evidenziati, e di Medicina Tradizionale Cinese per l'inquadramento sindromico e la relativa terapia agopunturale. Infatti tutti i pazienti affetti da neoplasia, che di per sé sono portatori di energia vitale deficitaria, soffrono degli effetti collaterali di radio e chemioterapia che inducono un deterioramento delle principali funzioni viscerali. Il principio di trattamento pertanto deve focalizzarsi sull'utilizzo di punti in grado di sostenere il Qi, consolidare la resistenza generale, regolarizzare milza, stomaco e creare, nel limite del possibile, un minimo aumento delle funzioni immunitarie dell'organismo, oltre a migliorare il quadro ematico ed armonizzare le funzioni gastrointestinali alterate.

Ogni paziente è stato sottoposto al test TIQ al momento dell'ingresso e quindi settimanalmente per un totale di quattro osservazioni, mentre venivano effettuate due sedute di agopuntura settimanali.

Risultati

I dati sin qui analizzati hanno permesso di evidenziare, sia pur in un breve lasso di tempo limitato dalla particolare tipologia del paziente, il miglioramento della qualità della vita (riduzione del punteggio TIQ), la riduzione dei sintomi gastrointestinali, neurologici e generali. Il gradimento della terapia con agopuntura è stato in tutti i pazienti alto, in quanto visto privo di effetti collaterali.

Tutto ciò ci ha convinti a proseguire nello studio ed a continuare, nei pazienti che ne trovino indicazione, con l'utilizzo dell'agopuntura.



II CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE:
EVIDENZE CLINICHE
Torino, 16 Marzo 2002

Iperemesi gravidica: agopuntura versus metoclopramide

G. Airola[°], I. Neri*, G.B. Allais[°], F. Facchinetti* e C. Benedetto[°]

[°]Ambulatorio di Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia - III Clinica Ostetrico-Ginecologica dell'Università - Dipartimento di Discipline Ginecologiche e Ostetriche, Università di Torino

**Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia, Università di Modena e Reggio Emilia*

Introduzione

L'iperemesi gravidica o hyperemesis gravidarum (HG) è caratterizzata da nausea, vomito, calo ponderale fino alla disidratazione e all'alterazione dell'equilibrio acido-basico.

Ai sintomi elencati si deve aggiungere un disagio psicologico che rende più grave il quadro sindromico ed ha un impatto negativo sulla vita sociale e familiare delle pazienti.

I presidi farmacologici comunemente adottati sono: la metoclopramide, la doxilamina e i corticosteroidi. Non sempre il loro impiego è risolutivo e d'altro canto gli studi sulla teratogenicità non possono garantire la completa sicurezza di tali composti.

Recentemente viene applicato presso le strutture universitarie di Torino e Modena un approccio non convenzionale basato sull'agopuntura a questo grave disturbo.

Il presente studio compara il trattamento farmacologico con metoclopramide al trattamento agopunturale.

Materiali e metodi

Sono state reclutate 30 donne afferenti agli Ambulatori di entrambe le strutture universitarie, sofferenti di HG, suddivise secondo una lista di randomizzazione in due gruppi: il primo è stato sottoposto a trattamento con metoclopramide (infusione di 10 mg/ 500 ml di soluzione fisiologica in un'ora) due volte alla

settimana per due settimane, il secondo con sedute bisettimanali di agopuntura effettuate usando una *formula acupuncture* nei punti ST36, CV12, PC6.

Al primo gruppo è stata inoltre prescritta l'assunzione di un complesso vitaminico del gruppo B, mentre alle donne sottoposte ad agopuntura è stato consigliato l'uso, nei giorni in cui non effettuavano il trattamento, di polsini per la pressione sul punto PC6 (Sea-Band).

Tutte le pazienti hanno compilato un diario per il monitoraggio dell'intensità della nausea, del numero di episodi di vomito, del calo ponderale, dell'introduzione di cibo, e del grado di disabilità indotta dalla presenza dei sintomi.

I due gruppi erano omogenei per le caratteristiche generali, cliniche e gestazionali.

L'analisi statistica dei dati è stata elaborata attraverso un software SPSS e un Friedman Two-Way ANOVA test per valutare le differenze fra i gruppi. In caso di significatività la relazione temporale era indagata con il Wilcoxon test.

Sono stati considerati statisticamente significativi valori di $p < 0.05$.

Risultati

Il trattamento con metoclopramide ha ridotto significativamente la nausea ($p < 0.05$) e il vomito ($p < 0.05$) ed aumentato l'introduzione alimentare ($p < 0.05$), mentre non ha modificato il punteggio relativo alla disabilità. Dopo il trattamento, 4 casi (26%) sono stati sottoposti ad ospedalizzazione a causa di un peggioramento dei sintomi.

Il gruppo trattato con agopuntura ha visto ridurre significativamente l'intensità della nausea ($p < 0.05$), il numero di episodi di vomito ($p < 0.02$), ha migliorato l'introduzione di cibo ($p < 0.05$) e il grado di disabilità ($p < 0.05$). Solo una paziente (6%), alla fine del trattamento è stata ricoverata per peggioramento della sintomatologia.

Entrambi i trattamenti si rivelano efficaci nel migliorare significativamente nausea, vomito ed assunzione di cibo. Il gruppo trattato con agopuntura riduce significativamente ($p < 0.05$) anche il punteggio relativo al parametro disabilità evidenziando pertanto la capacità dell'agopuntura, di migliorare la qualità di vita delle pazienti.



Le manipolazioni miotensive nella patologia circolatoria del rachide cervicale superiore

C. Ripa

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

La manipolazione miotensiva è una tecnica d'intervento manuale dolce, non dolorosa, fisiologica, che lascia l'articolazione trattata nei limiti delle sue possibilità cinetiche normali. E' stata messa a punto dal dott. R. J. Bourdiol ed è praticata ed insegnata nella scuola di Medicina Manuale e tecniche complementari del C.S.T.N.F.

Tale metodica consiste nell'*agire sulla muscolatura* che gestisce la mobilità dello spazio intervertebrale interessato, al fine di vincerne la contrattura attivando l'arco riflesso midollare che fa agire congiuntamente i recettori neuro-muscolari e neuro-tendinei; la manipolazione tende inoltre a *ristabilire la mobilità articolare* ed a *perfezionare il gioco articolare* con una breve serie di manovre di contro-resistenza adattata, per far ritrovare il tono fisiologico fra muscoli agonisti, sinergici ed antagonisti.

Per fare ciò si praticano due o tre serie di "manovre contro-resistenza adattata", chiedendo al soggetto di riportare il capo nella posizione di partenza. In tali manovre il terapeuta si oppone al ritorno del massiccio cefalico alla posizione iniziale, in modo dolce facendo variare la resistenza opposta (al fine di mettere in gioco la partecipazione sia paleo che neo-cerebellare) e cessando bruscamente questa resistenza in modo inatteso e ad intervalli irregolari (per mettere in gioco il sistema muscolare agonista-antagonista che interessa la via neo-cerebellare).

Il rachide cervicale superiore nel tratto costituito dagli spazi occipite-atlante ed atlante-epistrofeo, presenta specifiche caratteristiche anatomo-funzionali rappresentate (Fig.1) dall'*assenza del disco intervertebrale*, del *forame di coniugazione* e del *nervo seno-vertebrale*. Inoltre si osserva l'*assenza del legamento giallo* vicariato dalla presenza di un importante *sistema legamentoso* che consente il sinergismo fra l'occipite, l'atlante e l'epistrofeo. La mobilità di questo particolare giunto è assicurata da *un comando muscolare riflesso* tramite potenti muscoli penniformi, i muscoli propri della nuca, ricchi di recettori neuro-

muscolari e neuro-tendinei, in grado di inibire ogni azione pericolosa da parte dei mm. cefalogiri. L'area in esame presenta un'innervazione autonoma particolare con presenza di fibre parasimpatiche provenienti dal ganglio plessiforme del vago che armonizzano e completano le afferenze proprie del simpatico periarterioso presente a tutti i livelli cervicali sottostanti.

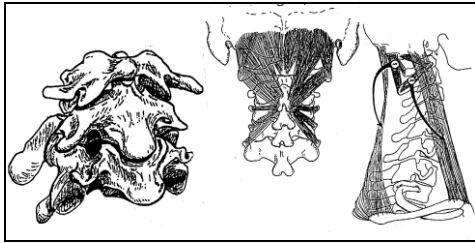


Fig.1- Apparato muscolo-legamentario

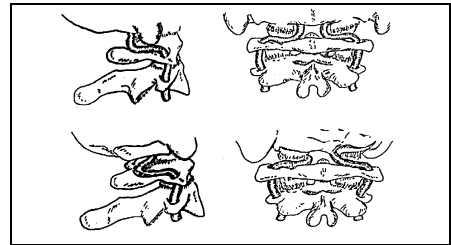


Fig.2- Percorso dell'a. vertebrale

Il rachide cervicale superiore è un sistema osteo-mio-legamentario specifico di protezione bulbare e vascolare. C₁ e C₂ devono gestire il tragitto dell'arteria vertebrale che al loro livello effettua due curve prima di fondersi nel tronco basilare. Dall'arteria vertebrale originano: l'*arteria spinale anteriore* (che irrorà le formazioni reticolari bulbari, la cui lesione è responsabile dei *drops attacks*, dell'astenia paradorsale e della patologia propria del n. cardio-pneumo-enterico del vago), l'*arteria spinale posteriore* (che irrorà le parti bulbo-midollari post. e lat. con i nuclei della motilità linguale -XII n. cranico- e l'oculo-cefalogiria -XI n. cranico- la cui lesione è responsabile delle mioclonie facciali) ed infine l'*arteria cerebellare inf. e post.* che irrorà il paleo e neo cerebellum la cui lesione comporta turbe propriocettive ed asinergiche al di sopra della dodicesima vertebra dorsale.

Dall'arteria basilare originano: l'*arteria cerebellare media* (che irrorà l'archo-cerebellum da cui originano turbe dell'equilibrio), l'*arteria uditiva interna* (la cui lesione comporta vertigini di Ménière associate a turbe cocleari) ed infine l'*arteria cerebellare superiore* (che irrorà gran parte del cervelletto).

La vascolarizzazione arteriosa cerebrale dipende da due sistemi vascolari distinti: le *arterie carotidi* poste antero-lateralmente alle formazioni laringo-esofagee, e le *arterie vertebrali*. Queste presentano un tragitto cervicale superiore con due curve a livello di C₂ e C₁ prima di entrare nel forame occipitale e fondersi nel tronco basilare (Fig.2).

Un blocco a livello di atlante o di epistrofeo può pertanto dare origine ad un corteo sintomatologico su base circolatoria.

Tecniche specifiche di medicina manuale miotensiva, prive di alcun pericolo purché eseguite correttamente, possono risolvere tali cortei sintomatologici unitamente a tecniche riflesse condotte là ove si inseriscono i mm. responsabili degli specifici blocchi vertebrali.



II CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA e MEDICINA NON CONVENZIONALE:
EVIDENZE CLINICHE
Torino, 16 Marzo 2002

Farmacoterapia cinese e sperimentazioni cliniche: problematiche e possibilità

G. Picozzi

*Presidente Società Italiana di Farmacoterapia Cinese e Tradizionale S.I.F.C.eT.
Associazione MediCina - Milano*

La Medicina Tradizionale Cinese (MTC) è formata da un insieme di pratiche mediche la cui origine risale almeno al secondo millennio a.C. Le modalità di intervento della MTC sono l'agopuntura, la farmacoterapia, la dietetica, il massaggio *tui na* e le ginnastiche mediche *qi gong* e *tai ji*.

La MTC si è strutturata come pratica a partire dal III-II secolo a.C. e da allora è stata tramandata fino ai giorni nostri attraverso oltre venti secoli di elaborazione teorica, vagliata da una scrupolosa e critica pratica clinica.

Di tutte le branche della MTC, la farmacoterapia è senza dubbio la più complessa ed articolata.

Zhang Zhongjing scrive nel II secolo d.C. lo *Shang Han Lun* "Trattato sulle malattie da freddo" e il *Jin Gui Yao Lue* "Sinopsi di prescrizioni della camera d'oro", testi fondamentali in cui vengono presentate svariate decine di prescrizioni, per tutti i quadri clinici che affliggono, allora come adesso, il genere umano.

Questi due testi sono a tutt'oggi materia di studio nelle università di MTC e le prescrizioni presentate, che vengono ancora usate nella pratica clinica quotidiana, si avvalgono di una verifica di almeno venti secoli.

La farmacoterapia cinese usa rimedi provenienti soprattutto dal regno vegetale (foglie, radici, cortecce, fiori, frutti), ma anche da quello minerale (fossili, minerali, conchiglie) ed, in minor misura, da quello animale (ossa, corni, insetti).

Le più importanti scuole italiane di farmacoterapia cinese si sono riunite nell'ambito della Società Italiana di Farmacoterapia Cinese e Tradizionale S.I.F.C.eT. (tel. 0258320790), ed hanno stabilito i requisiti minimi che il medico,

già esperto in MTC, deve avere per potere ottenere l'attestato di qualificazione in Farmacoterapia Cinese. Si tratta infatti di conoscere almeno 150 sostanze semplici e altrettante ricette che permettono di affrontare le più comuni patologie. Il percorso didattico viene svolto in due anni accademici, al termine di ciascuno vi sono esami di profitto, e la discussione di una tesi finale.

Le patologie trattate dalla farmacoterapia sono le più svariate: da quelle pediatriche (coliche, infezioni ricorrenti, otiti, bronchiti, disturbi dell'alvo, malattie allergiche), a tutte le patologie internistiche (neurologiche, cardiache, polmonari, gastroenterologiche, urologiche, ginecologiche, infettive acute e croniche) fino a quelle geriatriche. In Cina, attualmente la farmacoterapia è molto usata nel trattamento delle neoplasie sia solide che del sistema emopoietico, spesso in associazione con i moderni chemioterapici; infine si è dimostrata di grande efficacia nelle patologie dermatologiche spesso resistenti ai trattamenti della Medicina Occidentale quali eczema, psoriasi, acne ecc.

In tutto il mondo annualmente sono pubblicate numerose ricerche nel campo della farmacoterapia cinese. Purtroppo la quasi totalità o non riesce a soddisfare i criteri scientifici della moderna biomedicina, o viceversa non segue i dettami di una pratica tradizionale della farmacoterapia. In realtà questo succede perché si confrontano metodologie epistemologicamente differenti.

Se si parte dall'assunto che sta alla base della MTC “ *Yi Bing Tong Zhi, Tong Bing Yi Zhi* ” e cioè ‘*una malattia trattamenti diversi, diverse malattie un solo trattamento*’, si evince facilmente come non esista per la MTC un trattamento standard per una certa patologia occidentale, ma piuttosto svariate proposte terapeutiche a secondo della diagnosi tradizionale *Bian zheng* dei segni e dei sintomi lamentati dal paziente. Da qui la gran difficoltà a formare gruppi omogenei che assumano nel tempo il medesimo preparato.

Vale inoltre la pena di sottolineare che nella pratica clinica raramente sono impiegate erbe singole; generalmente le prescrizioni sono costituite in media da una decina di sostanze, i cui rapporti ponderali all'interno della ricetta, possono, o meglio dovrebbero, variare per adattarsi al singolo paziente. Quindi la prescrizione non si indirizza verso un singolo aspetto del disequilibrio, ma affronta l'individuo nella sua totalità.

Le ricerche di MTC non hanno come scopo lo studio dell'impatto di un singolo componente nei confronti di un gruppo casuale di pazienti, bensì la verifica di come un insieme di componenti possa interagire positivamente con un gruppo di pazienti, selezionato secondo criteri tipici.

Nonostante queste difficoltà, è essenziale che si svolgano delle sperimentazioni di Farmacoterapia Cinese il più possibile corrette da un punto di vista sia scientifico che tradizionale, affinché che i pazienti di tutto il mondo possano trarre giovamento da quanto di meglio, tradizionale o moderno, la scienza medica offre.



Prevenzione alimentare dell'osteoporosi

L. Proietti

Medico Pediatra Nutrizionista

L'osteoporosi è una disfunzione caratterizzata da perdita di massa ossea, deterioramento della struttura dell'osso ed aumento del rischio di fratture (femore, vertebre), che si manifesta gradualmente con l'avanzare dell'età e nella donna dopo la menopausa. L'osteoporosi è presente per lo più nei paesi industrializzati dove le abitudini di vita e l'alimentazione ne favoriscono la comparsa. Per questa patologia conosciamo sia le modalità di insorgenza, sia le cause che, in ordine di importanza, sono rappresentate da:

Attività fisica insufficiente

Alimentazione inadeguata

Eccessivo consumo di caffeina (caffè, the, coca cola)

Eccessivo consumo di alcool

Fumo di sigaretta

Limitiamoci a parlare dell'alimentazione. Una delle regole alimentari da osservare in modo particolare per evitare l'insorgenza dell'osteoporosi, è quella di ***limitare l'assunzione di proteine animali*** secondo i L.A.R.N. Infatti il mangiare proteine animali (latte, formaggio, carne, uova) in quantità superiori a quelle consigliate, facilita la perdita di calcio attraverso il rene.

Il calcio è il minerale maggiormente rappresentato in natura e nel nostro corpo svolge numerose e fondamentali funzioni: da quella di sostegno nel tessuto osseo, a quella di permettere la contrattilità del tessuto muscolare e del cuore. Il calcio è un minerale contenuto in tutti i cibi, compresa l'acqua (che può contenerne elevata quantità: acqua calcica), ma soprattutto nel latte di mucca (1200 mg/litro), di pecora (1800 mg/litro) e nei formaggi in quantità variabile:

- 1340 mg in un etto di parmigiano
- 1290 mg in un etto di grana
- 1120 mg in un etto di groviera
- 870 mg in un etto di fontina
- 860 mg in un etto di caciocavallo

Il fabbisogno giornaliero di calcio consigliato dai L.A.R.N. per un adulto, è di 800 mg; raggiungere tale quantitativo tra le popolazioni europee che si cibano abbondantemente di latte e di formaggio è estremamente semplice, tanto è vero che questo viene ampiamente superato.

Nonostante ciò l'osteoporosi è in continuo aumento proprio e solamente nelle zone (Europa e Nord America) in cui si consumano in abbondanza latte e formaggi; ciò si verifica in quanto il fabbisogno di calcio quotidiano non è un valore assoluto, ma una variabile in relazione all'età, al sesso, ma soprattutto alla quantità di cibo animale assunto.

Mangiare 100 grammi di parmigiano o di altro formaggio in un giorno non è per niente difficile. Con questi 100 grammi noi acquisiamo 900–1300 mg di calcio, quindi molto di più del nostro fabbisogno (senza contare quello di tutti gli altri cibi e dell'acqua); ma introduciamo anche una quota di proteine animali che va da 25 a 37 gr. La elevata quota proteica presente nel formaggio o nel latte può determinare, alla fine del percorso, un bilancio calcico negativo: vale a dire che di quei 900 – 1300 – o più mg di calcio ne arrivano alle ossa meno del necessario, creando le premesse per l'insorgenza dell'osteoporosi a distanza di anni.

Infatti si può mantenere un equilibrio calcico positivo costante con introiti di soli 500 mg di calcio, a condizione che la quota proteica non superi i 45 gr. al giorno;

- se le proteine vengono portate a 95 gr. nella giornata, l'assunzione di calcio deve essere di 800 mg al giorno per mantenere un equilibrio;
- se l'assunzione di proteine arriva a 140 gr. al giorno, (quattro volte il fabbisogno), va in bilancio calcico negativo (cioè perde più calcio di quello che introduce) l'80% dei soggetti che assume 1400 mg di calcio (quasi il doppio del fabbisogno consigliato).

L'eccesso proteico è una costante nella nostra alimentazione a partire dal primo anno di vita: questo è uno dei motivi per cui l'osteoporosi è sempre più diffusa nella nostra società. Ciò è dovuto al fatto che le proteine animali contengono molti aminoacidi solforati che acidificano le urine (fanno abbassare il pH a 5, - 5,5); a sua volta l'acidità urinaria favorisce la calciuria, eliminazione di calcio nelle urine, impedendone il riassorbimento e il deposito nelle ossa.

E' pertanto ragionevole seguire il consiglio del Comitato per la Nutrizione e la Salute degli Stati Uniti, secondo cui è prudente che i consumi di proteine non oltrepassino il doppio del livello raccomandato (Vedi L.A.R.N. edizione 1996 Istituto Nazionale della Nutrizione. Roma).



Approccio antropofisico al paziente oncologico ¹

P. Garati

Gruppo Medico Antroposofico Italiano

Introduzione

Nella medicina antroposofica vengono utilizzati farmaci contenenti vischio per il trattamento di precancerosi e di tumori benigni e maligni. Iscador è un farmaco contenente l'estratto di vischio europeo (*Viscum album*) che è stato per la prima volta utilizzato per terapia oncologica nel 1922 da Rudolf Steiner e Ita Wegman sulla base dell'antroposofia. Sebbene rientri nella terapia complementare del cancro, il vischio attualmente è uno dei farmaci oncologici più comunemente utilizzati in Germania.

Recentemente l'Università di Heidelberg (Germania) ha condotto una ricerca clinica per determinare se il trattamento con Iscador sia in grado di prolungare il tempo di sopravvivenza dei pazienti oncologici e, nel contempo, se esistano correlazioni tra questa terapia e l'eventuale miglioramento della loro autoregolazione psicosomatica. Per autoregolazione psicosomatica si intende l'insieme delle attività intrinseche dell'individuo con le quali egli raggiunge benessere, equilibrio interiore e la sensazione di poter controllare situazioni stressanti.

Metodi

Le patologie prese in considerazione sono le seguenti: carcinoma del colon, del retto e dello stomaco; carcinoma del seno con o senza metastasi ascellari o a distanza; carcinoma bronchiale a piccole cellule e non.

¹ La relazione descrive lo studio di **Grossarth-Maticek R., Kiene H., Baumgartner S. M., Ziegler R.**, *Use of Iscador, an extract of european mistletoe (Viscum album), in cancer treatment* in *Alternative Therapies Health Medicine* 2001; 7 (3): 57-78.

Per lo studio prospettico a lungo termine sono stati arruolati, dal 1971 al 1988, 10.226 pazienti, dei quali 1668 trattati con Iscador e 8.475 trattati con farmaci non contenenti *Viscum album*. Per ogni paziente trattato con Iscador è stato scelto un altro paziente dal gruppo controllo in modo tale da formare delle coppie sulla base dei seguenti criteri: stessa età, sesso, età di insorgenza del tumore, tipo di tumore con identica stadiazione e uguale trattamento pregresso (chirurgia, chemio-radio-ormonoterapia).

Come valutazione finale gli Autori dello studio hanno scelto 396 coppie di pazienti con meno di 2 deviazioni minori dai criteri stabiliti.

Risultati

Nello studio non randomizzato a coppie il tempo di sopravvivenza del gruppo Iscador è risultato maggiore per tutti i tipi di tumore presi in esame: si è infatti evidenziato un valore medio di 4,2 anni rispetto ai 3 anni del gruppo controllo ($p < 0,001$, sopravvivenza superiore al 40%).

Sia nel gruppo Iscador che nel gruppo controllo è stata evidenziata una correlazione positiva tra autoregolazione e tempo di sopravvivenza. Inoltre, tra i pazienti con ottima autoregolazione appartenenti ad entrambi i gruppi, è stato osservato un aumento del tempo di sopravvivenza fino al 56% ($p = 0,03$) per il gruppo Iscador rispetto al gruppo controllo.

Conclusioni

Gli estratti totali di *Viscum album*, pianta che contiene un complesso di sostanze attive a livello neoplastico ed immunitario, sembrano prolungare il tempo di sopravvivenza dei pazienti oncologici in modo clinicamente e statisticamente rilevante. Gli effetti positivi della terapia con Iscador non sono limitati alle cellule tumorali, ma si estendono alla qualità della vita del paziente aumentando la sua autoregolazione.



II CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE:
EVIDENZE CLINICHE
Torino, 16 Marzo 2002

Esperienza clinica nel trattamento della dismenorrea in agopuntura.

P. Schiapparelli^o, G. Airola^o, G. Lupi*, M. Minuto*, P.E. Quirico*, M.G. Terzi* e C. Benedetto^o

^o Ambulatorio di Agopuntura in Ginecologia ed Ostetricia - III Clinica Ostetrico-Ginecologica, Dipartimento discipline ginecologiche dell'Università di Torino

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

Introduzione

Per dismenorrea si intende un ciclo mestruale accompagnato da sintomatologia algica. Si riconoscono due tipi di dismenorrea: quella primaria e quella secondaria, che si differenziano sia per l'epoca di insorgenza, che per le cause scatenanti e le caratteristiche del dolore.

Nello studio effettuato è stata considerata la forma più diffusa di dismenorrea, quella primaria, poiché nelle forme secondarie, che hanno eziologia prettamente organica, sono indicate altre forme di terapia, tra cui quella chirurgica.

La dismenorrea colpisce la popolazione femminile con differente incidenza, a seconda delle fasce di età: quasi il 70% delle pazienti è rappresentato da donne con un'età compresa tra i 20 ed i 40 anni.

Fattori endocrini e nervosi determinano sia l'alterazione della contrattilità del miometrio, che la diminuzione del flusso sanguigno uterino e scatenano la comparsa del tipico dolore pelvico.

Sono presenti sintomi associati generali, di tipo somatico e psichico, che peggiorano il quadro clinico delle pazienti.

Secondo la Medicina Tradizionale Cinese il ciclo mestruale è regolato dai meridiani extra *Chong Mai* e *Ren Mai* e dagli *Zangfu* Fegato e Rene, che rappresentano funzioni alquanto differenti da quelle descritte per questi organi dalla attuale Medicina Occidentale.

La dismenorrea viene classificata secondo 5 diversi quadri sindromici, per i quali sono indicati differenti protocolli terapeutici, che prevedono l'impiego di punti comuni e di punti peculiari delle diverse situazioni cliniche.

Materiali e metodi

E' stato valutato un gruppo di 10 pazienti, con un'età media di circa 31 anni, che sono state sottoposte a tre cicli consecutivi di sedute di agopuntura con cadenza settimanale. A ciascuna donna è stato consegnato un diario per la raccolta dei due dati da sottoporre a valutazione: intensità del dolore, espressa con scala VAS, e durata in ore del dolore nei primi 3 giorni del ciclo.

Gli agopunti utilizzati nei diversi quadri clinici sono stati i seguenti:

BL 23 *Shenshu*, BL 18 *Ganshu*, BL 15 *Xinshu*, LR 3 *Taichong*, KI 6 *Zhaohai*, SP 6 *Sanyinjiao*, GB 34 *Yanglingquan*, LR 8 *Ququan*, ST 29 *Guilai*, CV4 *Guanyuan*, PC 6 *Neiguan*.

Risultati

L'analisi statistica dei dati è stata condotta utilizzando una ANOVA per misure ripetute. La fonte della varianza è stata localizzata tramite il test del T multiplo di Bonferroni.

Per quanto riguarda l'intensità del dolore mestruale, il miglioramento è stato progressivo per tutti i 3 cicli considerati, dimostrando una significatività ($p < 0.05$) fra il primo ed il terzo ciclo.

L'intensità del dolore decresceva gradualmente nel periodo della terapia, fornendo sempre risultati statisticamente significativi nel raffronto fra i 3 cicli considerati.

Per quanto riguarda la durata del dolore, abbiamo rilevato una flessione notevole della sintomatologia algica, corroborata da significatività statistica solamente nel raffronto tra il primo ed il terzo ciclo mestruale.

Questi risultati, seppur ottenuti su un ristretto numero di pazienti, lasciano intravedere una buona potenzialità dell'agopuntura nei confronti della dismenorrea, per la quale questa metodica può rappresentare una valida alternativa alla terapia farmacologica.