

***VIII CONVEGNO A.M.I.A.R.***  
**AGOPUNTURA E MnC**  
**NELLE PATOLOGIE DOLOROSE**

***ARESS - ENTI E REGIONI A CONFRONTO***

***PERCORSI LEGISLATIVI IN MnC:  
REALTÀ E PROSPETTIVE***

**Torino, 5 Aprile 2008**



**a cura di:**

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

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





## ***VIII Convegno AMIAR***

### **Agopuntura e MnC nelle patologie dolorose**



### ***Enti e Regioni a confronto***

### **Percorsi legislativi in MnC: realtà e prospettive**

#### **Presidenti:**

O. Bertetto, P.E. Quirico

#### **Segreteria scientifica:**

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

#### **Coordinamento AReSS:**

I. Cimma, S. Momo

#### **Segreteria organizzativa:**

CSTNF - Centro Studi Terapie Naturali e Fisiche srl

☎ 011.304.28.57; fax 011.304.56.23

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

#### **Patrocini:**

**Regione Piemonte**

**Città di Torino**

**Ordine dei Medici di Torino**

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

**FIAMO - Federazione Italiana Associazioni Medici Omeopati**

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

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

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

**SIMO - Società Italiana di Medicina Omeopatica**



## VIII Convegno AMIAR

### Agopuntura e MnC nelle patologie dolorose

*L'ottava edizione del Convegno A.M.I.A.R., organizzata in collaborazione con AReSS, l'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari del Piemonte, si articola in due eventi, dei quali uno di carattere scientifico e l'altro politico-istituzionale, i quali si svolgeranno in parte parallelamente ed in parte in sessione comune, nella giornata del 5 aprile.*

*“**Agopuntura e MnC nelle patologie dolorose**” è il tema scientifico del Convegno A.M.I.A.R., nel quale i vari relatori presenteranno l'approccio dell'Agopuntura e delle altre discipline “alternative” al dolore, che in questo caso solitamente non è di tipo meramente antalgico, come a volte accade nella nostra Medicina, ma essenzialmente eziologico, cioè volto principalmente a curare la causa del dolore piuttosto che la sua manifestazione. L'elettroanalgesia chirurgica Agopunturale, tecnica attualmente poco applicata nella stessa Cina, in quanto non esente da rischi e non sempre affidabile, rappresenta forse l'unica, moderna eccezione a quanto esposto, assieme ai fitofarmaci ad effetto antalgico e stupefacente.*

*Tre sessioni congressuali sono dedicate all'esposizione dei protocolli terapeutici e delle evidenze cliniche e sperimentali di Agopuntura e MnC nella patologie dolorose muscolo-scheletriche, viscerali e neurologiche. Tra le varie tematiche trattate emergono temi di estremo interesse clinico, quali la terapia del dolore neoplastico nelle cure palliative, la gestione dei pazienti anziani affetti da patologie algiche e la terapia delle cefalee.*

*Nella tarda mattinata è prevista una Tavola Rotonda, nel corso della quale i relatori del Workshop AReSS presenteranno le conclusioni del dibattito precedentemente iniziato in sessione parallela e risponderanno alle domande del pubblico.*

*Il Workshop **AReSS Enti e regioni a confronto - Percorsi legislativi in MnC: realtà e prospettive**”, che si svolgerà nell'adiacente “Sala dei 200”, vedrà confrontarsi in un dibattito sulle Medicine non Convenzionali illustri relatori in rappresentanza delle seguenti Istituzioni: Ministero della Salute, Assessorato Tutela Salute e Sanità Regione Piemonte, AReSS, FNOMCeO, Università degli Studi di Torino, Gruppo Tecnico Interregionale della Commissione Salute, Associazioni di MnC, Comitato Permanente di Consenso e Coordinamento per le MnC.*

*L'intento del dibattito, che avrà per tema la definizione dei titoli e dei percorsi formativi atti a regolamentare il settore della MnC, è quello di favorire il confronto tra le varie parti coinvolte, in modo da facilitare l'iter dei futuri provvedimenti legislativi, ormai improcrastinabili. Il riconoscimento dei titoli dei medici esperti nelle MnC è un atto necessario non solo per la definizione delle loro competenze professionali, ma soprattutto per la tutela della salute del cittadino, messa a rischio dalla situazione attuale priva di regole chiare e condivise.*

## ***PROGRAMMA DEI LAVORI***

**Ore 09,00**

***INTERVENTO DEL PRESIDENTE FISA***

**L'attività della FISA nell'ambito della Formazione in Agopuntura**

C.M. Giovanardi

**Ore 09,20**

**PRIMA SESSIONE**

***AGOPUNTURA E MNC NEL DOLORE MUSCOLO-SCHELETRICO***

**Moderatori:** G. Lupi, A. Rebuffi

**L'Agopuntura nel Low Back Pain: modalità terapeutiche ed evidenze cliniche**

P.E. Quirico

**L'impiego della Medicina Omeopatica nel trattamento del dolore reumatico e osteo-articolare**

A. Magnetti, A. Rebuffi

**Indicazioni dell'Agopuntura nel trattamento della coxartrosi**

R. Siri

**Indicazioni della Fitoterapia nel dolore osteoarticolare di origine neoplastica**

M. Grandi

**L'Agopuntura Auricolare nel trattamento della sciatica**

G. Bazzoni

**Discussione**

**Ore 11,30: Break**

**Ore 11,45**

**SECONDA SESSIONE - TAVOLA ROTONDA**

***MEDICINE NON CONVENZIONALI:***

***LEGISLAZIONE, RICERCA E FORMAZIONE PER LA SALUTE DEL CITTADINO***

**Istituzioni partecipanti:**

Ministero della Salute

Assessorato Tutela Salute e Sanità Regione Piemonte

AReSS

FNOMCeO

Università degli Studi di Torino

Gruppo Tecnico Interregionale della Commissione Salute

Associazioni di Medicina non Convenzionale

Comitato Permanente di Consenso e Coordinamento per le MnC

**Discussione**

**Ore 13,15: Break**

**Ore 14,30**

**TERZA SESSIONE**

***AGOPUNTURA E MNC NELLA TERAPIA DI ALTRE PATOLOGIE DOLOROSE***

**Moderatori:** A. Magnetti, P.E. Quirico

**L'Osteopatia nel dolore addominale**

F. Mautino

**L'Agopuntura nel trattamento dell'emicrania**

G.B. Allais, C. Benedetto

**Approccio integrato della Medicina Ayurvedica alla terapia delle cefalee**

A. Chiantaretto, R. Bordon, C. Minniti

**Le Terapie Complementari nel dolore cronico: evidenze e prospettive**

C. Endrizzi, G. D'Amico

**Agopuntura e dolore nell'anziano**

M. Simoncini, A. Magnano, P.E. Quirico, L.M. Pernigotti

**Discussione**

**Ore 16,25: Break**

**Ore 16,40**

**QUARTA SESSIONE**

***AGOPUNTURA E MNC NEL DOLORE NEVRALGICO***

**Moderatori:** G.B. Allais, M. Grandi

**L'Agopuntura nella nevralgia del trigemino**

G. Lupi

**L'Omeopatia nella nevralgia del trigemino**

P. Martra, L. Zanino

**L'Agopuntura nella terapia della neuropatia post-herpetica (NPH)**

M. Stefanetto, A.M. Burato

**Impiego della Capsaicina nella terapia della nevralgia del trigemino**

G. Denzio

**Discussione**

**Ore 18,15**

**Compilazione questionario ECM**

## **RELATORI E MODERATORI:**

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

Responsabile Centro Cefalee della Donna, Università di Torino - Presidente S.I.R.A.A.

### **Dott. Giancarlo Bazzoni**

Direttore Scuola Italiana Agopuntura e Auricoloterapia GSATN, Oristano

### **Dott. Amedeo Bianco**

Presidente FNOMCEO

### **Dott. Alberto Chiantaretto**

Resp. Centro di Cultura Ayurvedica "Abhaya dana" - Torino

### **Dott. Giusi Denzio**

Docente Corso di Fitoterapia La Torre - Torino

### **Dott.ssa Cristina Endrizzi**

Hospice Il Gelso, Alessandria

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

Presidente FISA - Federazione Italiana Società di Agopuntura - Direttore Scuola Agopuntura Matteo Ricci, Bologna

### **Dott. Maurizio Grandi**

Direttore Centro La Torre - Torino

### **Dott. Mario Lombardo**

Direttore Area Organizzazione e Programmazione dell'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari del Piemonte, ARESS

### **Dott. Giuseppe Lupi**

Docente Scuola Agopuntura CSTNF, Torino

### **Dott. Alberto Magnetti**

Direttore Didattico Istituto Omiopatico Italiano 1883, Torino

### **Dott. Paolo Martra**

SIOMI

### **Dott. Fulvio Mautino**

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

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

Direttore Scuola Agopuntura CSTNF, Torino - Segretario Nazionale FISA

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

Direttore Dipartimento Formazione F.I.A.M.O.

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

Dip. Lung'Assistenza e Anziani, Ospedale Martini, ASL 2, Torino

### **Dott. Roberto Siri**

Docente CSTNF, Torino - Specialista in Ortopedia

### **Dott.ssa Marina Stefanetto**

Servizio di Anestesia e rianimazione Ospedale Maggiore di Chieri, Asl 8, Chieri (TO)

## ***Enti e Regioni a confronto***

### **Percorsi legislativi in MnC: realtà e prospettive**

*In concomitanza dell'VIII Convegno A.M.I.A.R. (Associazione Medica per l'Insegnamento dell'Agopuntura e delle Riflessoterapie) dal titolo "Agopuntura e MnC nelle Patologie Dolorose", l'A.Re.S.S. organizza un confronto a contenuto tecnico-giuridico tra le Regioni, gli Enti e le Istituzioni sul tema delle MnC.*

*Tale iniziativa si pone come occasione per proporre un modello di lavoro integrato a partire dalle peculiarità di ciascuna Regione.*

*Le basi sono già state poste dall'attività svolta nell'ambito del Tavolo Tecnico Interregionale per le MnC presso la Commissione Salute, sui temi considerati prioritari: Ricerca, Formazione e LEA.*

*La proposta piemontese è quella di adottare un metodo finalizzato allo scambio delle esperienze regionali per arricchire, razionalizzare ed ottimizzare i piani di informazione su questo settore, in particolare la realizzazione di un Osservatorio Interregionale per le MnC.*

*Con questa scelta l'A.Re.S.S. vuole sottolineare la propria vocazione propositiva oltre che scientifica.*

*Le conclusioni del dibattito confluiranno nella Tavola Rotonda inserita nella programmazione del Convegno in sessione plenaria alle ore 11.45.*

*Mario Lombardo  
MnC AReSS Piemonte*

## ***PROGRAMMA DEI LAVORI***

### **ORE 9.15 - SALUTI**

Regione Piemonte e Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità  
Oscar Bertetto - Direttore AReSS Piemonte

### **ORE 9.30**

**LE MNC IN UN SISTEMA INTEGRATO SOVRAREGIONALE. PECULIARITÀ DELLE SINGOLE REGIONI**

**Moderatore:** Paolo Roberti di Sarsina - Esperto per le MnC del Consiglio Superiore di Sanità

#### **Interventi di:**

Mario Lombardo - Resp. Area Organizzazione e Programmazione AReSS Piemonte - Coordinatore MnC Regione Piemonte

Chiara Benedetto - Direttore Dipartimento Discipline Ginecologiche e Ostetriche - Università degli Studi di Torino

Sonia Baccetti - Coord. Gruppo Tecnico Interregionale MnC, Resp. Rete Toscana Medicina Integrata

#### **Rappresentanti del gruppo Tecnici Interregionale MnC**

Renza Aymonod - Valle d'Aosta

Antonio Battista - Puglia

Marco Biocca - Emilia Romagna

Marcello Farinelli - Liguria

Elio Rossi - Toscana

Lucia Scrabbi - Lombardia

### **ORE 11.45 - TAVOLA ROTONDA**

**MEDICINE NON CONVENZIONALI: LEGISLAZIONE, RICERCA E FORMAZIONE PER LA SALUTE DEL CITTADINO**

**Saluti:** Piero Ettore Quirico, Presidente AMIAR

**Introduzione:** Mario Lombardo, AReSS Piemonte

#### ***Partecipanti:***

**On. Livia Turco**

Ministro della Salute

**On. Vasco Giannotti**

Ministero della Salute

**Sergio Deorsola**

Assessore Regionale Federalismo, Decentramento, Legale e contenzioso

**Vittorio Demicheli**

Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità

**Mario Lombardo**

AReSS Piemonte

**Sonia Baccetti**

Coordinatrice Gruppo Tecnico Interregionale sulle MnC

**Giorgio Palestro**

Preside Facoltà Medicina, Università degli Studi di Torino

**Amedeo Bianco**

Presidente FNOMCeO

**Paolo Roberti di Sarsina**

Esperto per le MnC del Consiglio Superiore di Sanità

**Carlo Maria Giovanardi**

Presidente FISA (Federazione Italiana Società di Agopuntura)

## INDICE

<b>L'attività della FISA nell'ambito della Formazione in Agopuntura</b> C.M. Giovanardi.....	<i>pag. 15</i>
---	----------------

### *AGOPUNTURA E MNC NEL DOLORE MUSCOLO-SCHELETRICO*

<b>L'Agopuntura nel Low Back Pain: modalità terapeutiche ed evidenze cliniche</b> P.E. Quirico .....	<i>pag. 19</i>
---	----------------

<b>L'impiego della Medicina Omeopatica nel trattamento del dolore reumatico e osteo-articolare</b> A. Magnetti, A. Rebuffi.....	<i>pag. 23</i>
--	----------------

<b>Indicazioni dell'Agopuntura nel trattamento della coxartrosi</b> R. Siri.....	<i>pag. 25</i>
---	----------------

<b>Indicazioni della Fitoterapia nel dolore osteoarticolare di origine neoplastica</b> M. Grandi .....	<i>pag. 27</i>
---	----------------

<b>L'Agopuntura Auricolare nel trattamento della sciatica</b> G. Bazzoni .....	<i>pag. 29</i>
---	----------------

### *AGOPUNTURA E MNC NELLA TERAPIA DI ALTRE PATOLOGIE DOLOROSE*

<b>L'Osteopatia nel dolore addominale</b> F. Mautino .....	<i>pag. 33</i>
---	----------------

<b>L'Agopuntura nel trattamento dell'emicrania</b> G.B. Allais, C. Benedetto .....	<i>pag. 35</i>
---	----------------

<b>Approccio integrato della Medicina Ayurvedica alla terapia delle cefalee</b> A. Chiantaretto, R. Bordon, C. Minniti .....	<i>pag. 37</i>
---	----------------

<b>Le Terapie Complementari nel dolore cronico: evidenze e prospettive</b> C. Endrizzi, G. D'Amico .....	<i>pag. 39</i>
---	----------------

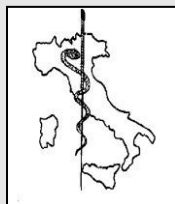
<b>Agopuntura e dolore nell'anziano</b> M. Simoncini, A. Magnano, P.E. Quirico, L.M. Pernigotti.....	<i>pag. 41</i>
---	----------------

## *Atti del convegno*





***AGOPUNTURA E MNC  
NEL DOLORE MUSCOLO-SCHELETRICO***



# F.I.S.A.

*Federazione Italiana delle Società di Agopuntura*

## CORSI DI AGOPUNTURA

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

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

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

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

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

Sono inoltre previste sessioni di esami annuali e la discussione di una **tesi** di abilitazione finale, alla presenza di un delegato F.I.S.A., per un totale di **680 ore** di autoapprendimento, che portano il monte-ore totale a **1200 ore** complessive, pari a 44 C.F.U.

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

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



VIII CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE PATOLOGIE DOLOROSE  
Torino, 5 aprile 2005\

## **L'attività della FISA nell'ambito della Formazione in Agopuntura**

***Carlo Maria Giovanardi***

*Presidente F.I.S.A. - Federazione Italiana Società Agopuntura*

*Direttore Scuola Agopuntura Matteo Ricci, Bologna*

### ***Premessa***

La F.I.S.A. è stata fondata nel 1987 allo scopo di garantire una rappresentanza unitaria alle Associazioni di Agopuntura del nostro paese, favorire il dialogo con le Istituzioni e tutelare e salvaguardare la figura professionale del Medico Agopuntore. Altro obiettivo primario della F.I.S.A., fin dalla sua costituzione, è stato quello della definizione del percorso formativo in Agopuntura e del conseguente riconoscimento dei titoli e delle Scuole di Formazione. A partire dal 1995, circa il 95% degli Istituti Privati italiani ha dato origine, in seno alla Federazione Italiana delle Società di Agopuntura (FISA), alla Commissione delle Scuole di Agopuntura aderenti alla FISA la quale stilato un unico programma didattico e fissato le regole per il controllo di qualità dell'insegnamento.

### ***Percorso Formativo***

In sintesi, per quanto riguarda l'Agopuntura, il percorso formativo delle Scuole aderenti alla FISA è così riassunto:

- *corso quadriennale con un monte di 1200 ore, suddivise tra insegnamento frontale teorico-pratico (480 ore di cui 80% teoriche e 20% pratiche), tirocinio in ambulatorio (40 ore), autoapprendimento guidato (520 ore) e tesi di abilitazione(160 ore)*
- *programma concordato, in cui vengono sviluppati sia gli aspetti tradizionali, che moderni e scientifici dell'Agopuntura*
- *IV anno caratterizzato da stages politematici che l'allievo può frequentare presso una qualsiasi delle Scuole aderenti alla FISA*
- *esami annuali di ammissione all'anno successivo*
- *discussione finale di una tesi alla presenza di tre docenti, dei quali due appartenenti alla Scuola frequentata ed uno designato dalla FISA, in qualità di membro esterno.*
- *conseguimento dell'Attestato Italiano di Agopuntura della FISA*
- *iscrizione al Registro dei Medici Agopuntori italiani della FISA, pubblicato e aggiornato annualmente.*

### **Monte-ore**

Le 1000 ore di didattica sono così suddivise:

<b>I Biennio</b>	<b>ORE</b>
Lezioni frontali teoriche	192
Lezioni frontali pratiche	48
Autoapprendimento	300
Tesi	60
<b>Totale primo biennio</b>	<b>600</b>
<b>II Biennio</b>	
Lezioni frontali teoriche	192
Lezioni frontali pratiche	48
Tirocinio clinico in ambulatorio	40
Autoapprendimento	220
Tesi	100
<b>Totale secondo biennio</b>	<b>600</b>
<b>Totale dei 4 anni</b>	<b>1200</b>

Il tirocinio clinico si svolge tramite la frequenza presso ambulatori pubblici e privati convenzionati con il SSN, poliambulatori privati autorizzati ed ambulatori privati gestiti dai docenti delle Scuole, i quali operano in qualità di tutors.

Le ore di lezioni frontali pratiche facenti parte del monte-ore di 480 ore, invece comprendono: discussione di casi clinici, modalità di localizzazione degli agopunti, apprendimento delle varie tecniche quali infissione e manipolazione degli aghi, moxibustione, coppettazione, elettrostimolazione, ecc.

### **Programma didattico**

Tutte le scuole aderenti alla FISA adottano il medesimo programma dove sono affrontati sia gli aspetti tradizionali che moderni dell'Agopuntura. Inoltre sono affrontati gli aspetti medico legali e deontologici della professione del medico Agopuntore (allegato 1).

### **Mobilità degli allievi**

E' data la possibilità agli allievi di una scuola di partecipare/trasferirsi presso un'altra scuola sempre aderente alla FISA.

### **Passaggio agli anni successivi**

Il passaggio agli anni successivi è subordinato al superamento di un esame.

## Discussione della tesi

Al termine dei quattro anni avviene la discussione di una tesi alla presenza di due docenti della scuola che si è frequentata e di un docente di un'altra scuola aderente alla FISA in rappresentanza della FISA stessa.

L'inserimento di un membro esterno è stato voluto per poter esercitare un controllo sulla qualità didattica delle scuole.

## Libretto FISA

A ogni allievo al momento dell'iscrizione viene consegnato il libretto FISA libretto dove vengono registrate le presenze certificate dalle firme dei docenti.

Inoltre, sempre su tale libretto vengono registrate le votazioni degli esami, partecipazioni ai congressi, ecc.



## Attestato FISA

Al termine dei quattro anni di corso e dopo la discussione della tesi, viene consegnato l'*Attestato Italiano di Agopuntura*, riconosciuto dalla FISA

	<b>NOME ASSOCIAZIONE</b>
	ASSOCIAZIONE ADERENTE ALLA FEDERAZIONE ITALIANA DELLE SOCIETÀ DI AGOPUNTURA - F.I.S.A.
IL DOTT. _____	
	avendo regolarmente frequentato il corso quadriennale di Perfezionamento in Agopuntura e Tecniche Complementari ed avendo superato l'esame finale in data _____ consegue il presente
	<b>ATTESTATO ITALIANO DI AGOPUNTURA</b>
Il Rappresentante F.I.S.A.	Il Rappresentante della Scuola.
	Sede, _____

## **Registro dei medici agopuntori italiani della FISA**

Il medico che ha conseguito l'Attestato Italiano di Agopuntura viene inserito nell'apposito Registro istituito dalla FISA. Tale registro oltre che essere presente sul sito della FISA [www.Agopuntura-fisa.it](http://www.Agopuntura-fisa.it), è stampato annualmente su supporto cartaceo e diffuso sul territorio nazionale.



## **Stages in Cina**

Sia durante il percorso formativo FISA che successivamente, è data la possibilità agli allievi di frequentare stages presso gli ospedali cinesi della durata di tre settimane, questo in virtù dei rapporti di collaborazione e scambio docenti tra la FISA, le scuole private aderenti e le università e le istituzioni governative della Repubblica Popolare Cinese.

## **Corpo docente**

I corsi sono riservati ai soli laureati in Medicina e Chirurgia, così come pure il corpo docente è composto da soli laureati in Medicina e Chirurgia.

Tra i docenti figurano anche professori in ruolo presso numerose Università cinesi (Pechino, Hanzhou, Henan, Guangzhou, Liaoning, Nanchino, Shanghai).

Il percorso per divenire Docente FISA, prevede un percorso di Docente in Formazione (conseguimento dell'Attestato FISA ed almeno cinque anni di didattica documentata e validata dal Direttore della Scuola).

## **Situazione della FISA**

Attualmente la FISA:

- raggruppa 22 Associazioni medico-scientifiche attive da oltre trenta anni nella ricerca e nell'insegnamento dell'Agopuntura e della Medicina Tradizionale Cinese
- coordina l'attività didattica di 15 Istituti di Formazione
- ha rilasciato oltre 2200 diplomi in Agopuntura a partire dal 1996
- rappresenta circa 3.000 medici agopuntori italiani.

## **Attività didattica e ricerca scientifica**

A testimonianza dell'importanza dell'attività didattica e di ricerca scientifica svolta dalla FISA attraverso le Scuole ed i docenti, citiamo infine:

- I numerosi testi di Agopuntura e Tecniche complementari di cui sono autori o curatori dell'edizione italiana i docenti FISA
- le pubblicazioni scientifiche recensite in Medline aventi come autori docenti FISA
- le riviste ed i giornali di Agopuntura pubblicati a cura delle Associazioni FISA
- il ruolo attivo nella Formazione del medico svolto dalla FISA e dalle Associazioni aderenti in qualità di Provider fin dall'inizio del Programma ECM.



VIII CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE PATOLOGIE DOLOROSE  
Torino, 5 aprile 2005\

## **L'Agopuntura nel Low Back Pain: modalità terapeutiche ed evidenze cliniche**

***Piero Ettore Quirico***

*Direttore Scuola Agopuntura CSTNF, Torino - Segretario Nazionale FISA*

*Visiting Prof. Nanjing University of Chinese Medicine, II Clinical Medical College*

Il Low Back Pain (LBP) è una situazione patologica assai complessa, corrispondente nella nostra lingua al termine generico “lombalgia”, che comprende alcune differenti patologie acute e croniche, quali: artrosi del rachide lombare, distorsione lombare, protrusione ed ernia discale, stenosi del canale vertebrale, lombosciatalgia, lombocruralgia, spondilolistesi, sacralizzazione di L<sub>5</sub>, sindrome delle faccette articolari, lombalgie basse di origine dorsale da irritazione della radice o del tronco nervoso di D<sub>11</sub> o D<sub>12</sub>, sacroileite, algie da tensione dei legamenti sacro-iliaci, sindrome del m. piriforme, dolori miofasciali dei mm. glutei (con presenza di *tender* e *trigger points*) ed altre affezioni di minor riscontro. Anche le fratture ed i cedimenti somatici vertebrali da osteoporosi, l'osteomielite, le metastasi ossee, la fibromialgia e le patologie di visceri addominali (reni, utero, prostata, ecc.) possono provocare LBP e devono essere accuratamente differenziate dalle cause precedentemente citate, poiché richiedono un intervento specifico sulla malattia, della quale rappresentano solamente un sintomo.

L'approccio agopunturale al LBP deve rappresentare una sintesi tra diagnosi “occidentale” e metodica terapeutica “orientale”, cioè partire da un inquadramento eziopatogenetico accurato del LBP e da questo ricavare un corretto protocollo terapeutico che consenta la selezione dei punti, tenendo conto sia dello stato della malattia (acuzie/ cronicità), che della localizzazione e delle caratteristiche del dolore.

### ***Acuzie, urgenza e cronicità***

Il trattamento dei disturbi muscolo-scheletrici e, in genere, del dolore acuto, spesso accompagnato da forti contratture muscolari, privilegia la scelta dei punti distali rispetto a quelli locali.

*Nell'urgenza*, cioè a breve distanza dall'insorgenza del dolore, a volte si ricorre addirittura all'infissione di un unico agopunto, invitando il paziente a mobilizzare la colonna lombare durante la stimolazione dell'ago. Questa manovra può avere un'efficacia assolutamente spettacolare, specie nella distorsione lombare, dove consente la riduzione della lussazione della faccetta articolare e la *restitutio ad integrum* della lesione. Si può

effettuare in diversi punti, quali: **GV 26 Renzhong**, **SI 3 Houxi** ed i due punti **Ex Yaotongxue**. Questi ultimi sono situati nelle fossette prossimali alle articolazioni intermetacarpali del 2° e 4° spazio intermetacarpico; il termine *Yaotongxue*, che significa “Punto del dolore lombare”, illustra con sufficiente chiarezza le indicazioni di questi punti.

*Nell'acuzie*, cioè in presenza di forti dolori, come spesso accade nelle prime fasi della lombosciatalgia da compressione radicolare, la metodica di elezione è quella dei Vasi Extra, che è tradizionalmente indicata nelle condizioni di “eccesso”, caratterizzate da forti dolori e contratture muscolari intense e persistenti.

La localizzazione del dolore a livello dell'arto inferiore, che è presente nella maggior parte dei casi, indirizza la scelta verso i vasi extra *Yannqiao Mai* e *Du Mai* (**SI 3 Houxi** + **BL 62 Shenmai**) nella sciatica posteriore con irradiazione verso il 5° dito (prevalente compressione della radice L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub>) e verso *Yangwei Mai* e *Dai Mai* (**TE 5 Waiguan** + **GB 41 Zulinqi**) nella sciatica postero-laterale con irradiazione verso l'alluce.

Nel dolore lancinante ed acuto localizzato al centro della colonna lombare ed irradiato lateralmente è utile trattare **BL 40 Weizhong**, situato al centro della piega poplitea, in questo caso testi tradizionali suggeriscono la puntura con ago prismatico e la metodica del sanguinamento (in MTC questo tipo di dolore è definito “da Stasi di Sangue”).

Altri agopunti di utile impiego a livello dell'arto inferiore sono **BL 57 Chengshan** e **BL 58 Feiyang**, indicati rispettivamente nella sciatalgia posteriore e laterale.

Localmente si possono utilizzare i punti interspinosi più dolenti alla pressione (solitamente *Ex Shiqizhuixia*, sotto L<sub>5</sub> e **GV 3 Yaoyangguan**, sotto L<sub>4</sub>) ed i due punti *Shu* dorsali del Rene **BL 23 Shenshu**, che devono essere infissi fino a raggiungere il centro della muscolatura paravertebrale ed eventualmente elettrostimolati bilateralmente (a ponte con un altro punto *Shu* del segmento lombare con caratteristiche di *tenderness*) per ottenere un buon effetto decontratturante.

Ricordiamo infine due punti adiacenti: **GB 30 Huantiao** (nella lombalgia irradiata ai fianchi e/o lateralmente alla gamba) e **BL 36 Chengfu** (nell'irradiazione ai glutei ed alla faccia posteriore dell'arto inferiore): in entrambi è importante suscitare un valido *De Qi* (sensazione dell'ago) e dirigerlo verso l'area del dolore, fino a raggiungerne l'estremità.

Nella *cronicità* il discorso è alquanto più complesso, perché occorre differenziare con precisione le varie cause di LBP ed affrontarle ciascuna in base alle sue caratteristiche peculiari, che descriveremo in seguito.

Il protocollo terapeutico in questo caso privilegia l'azione dei punti locali, allo scopo di favorire gli effetti trofico, decontratturante e antiinfiammatorio dell'Agopuntura e l'evacuazione delle scorie dall'area affetta, in modo da consentire il ripristino funzionale delle strutture coinvolte. Il riscaldamento dell'area affetta tramite *Moxa* o lampada ad infrarossi TDP e l'elettrostimolazione dei punti locali sono spesso essenziali.

**Dolore da compressione radicolare:** sono indicati i punti locali, adiacenti e distali dei meridiani che attraversano la zona del dolore. Solitamente non si utilizzano punti della parte superiore del corpo, ad eccezione di eventuali punti *Ashi* interspinosi dorsali. I punti locali interspinosi devono essere dolenti alla pressione e quelli paravertebrali, situati sulla branca mediana e laterale del meridiano di Vescica, essere *tender* alla palpazione. Tra i punti distali segnaliamo V 60 *Kunlun*, particolarmente indicato nelle rachialgie croniche, e GB 34 *Yanglingquan*, punto *Hui* dei muscoli, che ha un'ampia azione sulle contratture

muscolari, anche relativamente alla componente emozionale (Stasi di *Qi* del Fegato).

**Spondilolistesi:** l'infissione profonda dei punti interspinosi situati sopra e sotto la vertebra in condizione di listesi è essenziale ed è parimenti importante è l'applicazione di calore. In questo caso, come in tutti quelli seguenti, i punti adiacenti e distali vengono scelti usando gli stessi criteri della compressione radicolare ed è descritta solamente la terapia locale, che è diversa nelle varie situazioni.

**Artrosi lombare ed altri disturbi dell'articolazioni zigo-apofisaria:** l'infissione profonda e bilaterale dei punti Ex *Huatuojaji*, situati in corrispondenza di queste strutture, può rivelarsi più utile rispetto a quella dei punti interspinosi. I punti *tender* della branca mediana del meridiano di Vescica sono ugualmente importanti ed il riscaldamento esteso dell'area dolorosa tramite lampada TDP è fondamentale in questo tipo di patologia, che la Medicina Cinese definisce "da Freddo-Umidità".

**Stenosi del canale vertebrale:** la scelta dei punti viene effettuata con criteri simili a quella per l'artrosi lombare, ma la prognosi è assai meno favorevole.

**Trigger points miofasciali:** sono presenti soprattutto nell'area glutea inferiore e laterale e possono provocare una sintomatologia simile a quella della lombosciatalgia, oppure causare dolori localizzati unicamente in regione glutea o nella gamba. Malgrado la negatività dei segni clinici di compressione radicolare, la concomitante presenza di una RMN con segni di protrusione discale (reperto peraltro molto frequente e scarsamente significativo) spesso orienta il medico distratto su un'eziologia di conflitto disco-radicolare, ignorando la vera eziologia miofasciale, solitamente conseguente a vizi posturali, carico eccessivo e stress muscolare di tipo occupazionale.

In questa patologia, che a nostro giudizio rappresenta almeno 1/3 del LBP, è pressoché inutile trattare la colonna vertebrale, in assenza di una specifica sintomatologia dolorosa, ma è essenziale l'infissione profonda dell'ago, che deve raggiungere il centro del TP; la successiva manipolazione deve invece indirizzare il *De Qi* verso l'area di proiezione del dolore ed essere seguita da un'elettrostimolazione (3-4Hz di intensità) del TP unito a ponte con un punto *tender* situato nelle sue adiacenze.

**Trigger points legamentosi e algie sacro-iliache:** anche queste patologie sono spesso misconosciute e simulano dolori di tipo sciaticco. I legamenti più frequentemente interessati son quelli sacro-iliaci posteriori, il sacro-spinoso, il sacro-tuberoso e l'ileo-lombare. In tutti i casi è indicata l'infissione profonda dei punti dolenti ed il riscaldamento intenso e prolungato dei medesimi.

**Sindrome del m. piriforme:** il n. sciatico nel suo decorso solitamente transita anteriormente al m. piriforme, ma, secondo alcuni autori, in un 85% dei casi invece lo attraversa, almeno parzialmente. Gli stretti rapporti tra queste due strutture rendono possibile una compressione periferica del n. sciatico, che deve essere differenziata da quella radicolare da ernia discale. L'eziologia è solitamente posturale e/o da microtraumi ripetuti ed a volte è presente un TP, che corrisponde all'incirca a **VB 30 Huantiao**.

In questa patologia, raramente diagnosticata in modo corretto, è opportuno disattivare l'eventuale TP tramite la metodica descritta in precedenza, quindi trattare altri punti dolenti *Ashi* in regione glutea ed infine intervenire su eventuali problemi di discopatia a livello lombare basso, in grado di provocare irritazione delle radici nervose dirette al m. piriforme, che ha un'innervazione L<sub>5</sub>-S<sub>2</sub>.

## **Conclusioni**

In considerazione della varietà di patologie considerate e dello stato di acuzie o cronicità della sintomatologia, è estremamente difficile proporre un approccio agopunturale unico al LBP. Tuttavia, seguendo le linee terapeutiche descritte, si ha la possibilità di rendere la terapia adeguata non solo al singolo disturbo, ma alla condizione individuale dei pazienti, i quali sperano di risolvere i loro problemi con l'Agopuntura.

La durata della terapia (inizialmente bisettimanale, poi settimanale) e la prognosi sono quindi diverse non solo per quanto riguarda la patologia, ma anche le condizioni dei singoli pazienti.

Alla luce di queste considerazioni e valutando le evidenze cliniche presenti in letteratura sotto riportate, riteniamo che l'Agopuntura rappresenti una valida terapia, a basso costo e priva di effetti collaterali o indesiderati, per la maggior parte di patologie che sono incluse nella categoria del LBP.

## **Evidenze cliniche**

Segue una breve sintesi dei lavori scientifici attualmente reperibili su Agopuntura e LBP.

L'Agopuntura, anche in tempi brevi, quali un ciclo di 4 trattamenti in due settimane, è in grado di migliorare significativamente la scala numerica del dolore, il test di Lasegue e la disabilità dei pazienti affetti da lombalgia cronica (Tsui ML e Cheing GL, 2004), praticata in associazione alle cure farmacologiche e fisioterapiche migliora significativamente le condizioni dei pazienti affetti da questo disturbo, senza presentare effetti collaterali (Meng CF et al, 2003), gli effetti terapeutici durano almeno 12-24 mesi e sono superiori a quelli ottenuti unicamente con le terapie convenzionali; il rapporto costi-benefici è inoltre significativo (Thomas KJ et al, 2005), (Ratcliffe J et al 2006), (Witt CM et al, 2006).

I benefici della terapia agopunturale sono spesso immediati, specie se vengono trattati i punti più dolenti (Inoue M et al, 2006) e si ottengono migliori risultati quando gli aghi vengono infissi in profondità nei trigger points (Itoh K et al, 2004), (Itoh K et al, 2006).

L'applicazione dell'Agopuntura nella lombalgia e nei dolori pelvici in gravidanza è particolarmente indicata, proprio per l'assenza di effetti collaterali (Kvorning N et al, 2004), (Guerreiro da Silva JB et al, 2004).

Due recenti metanalisi, confrontando i lavori presenti in letteratura inerenti il LBP, hanno concluso che l'Agopuntura è in grado di alleviare il dolore e l'impedimento motorio nella terapia della lombalgia cronica, lamentando però la presenza di pochi studi di buona qualità ed auspicando che ne vengano effettuati in futuro, per definire con maggiore chiarezza questo argomento (Manhaimer E et al, 2005), (Furlan AD et al, 2005). Ulteriori lavori recentemente pubblicati hanno confermato le suddette conclusioni (Weidenhammer W et al, 2007), (Suen LK et al, 2007).

**Commento:** nella maggior parte di questi studi e, quindi, nelle stesse metanalisi, non vengono distinte le singole patologie trattate e spesso sono considerate assieme acuzie e cronicità. Alcuni protocolli terapeutici adottati, spesso con risultati negativi, sono inoltre perlomeno discutibili, se analizzati alla luce di quanto esposto in precedenza.

Solamente studi eseguiti con protocolli terapeutici adeguati e su patologie ben definite saranno utili a dimostrare ciò che ciascun agopuntore quotidianamente constata nel suo ambulatorio e che ha reso possibile la diffusione dell'Agopuntura in ogni continente.



VIII CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE PATOLOGIE DOLOROSE  
Torino, 5 aprile 2005\

## L'impiego della Medicina Omeopatica nel trattamento del dolore reumatico e osteo-articolare

**Alberto Magnetti\***, **Armida Rebuffi°**

\* *Direttore Istituto Omiopatico Italiano 1883, Torino*

° *Direttore Dipartimento Formazione F.I.A.M.O.*

La Medicina Omeopatica (MO) ha come ideale terapeutico la restituzione della piena salute al malato in modo rapido, dolce e permanente, pertanto non ricerca esclusivamente la soppressione dei sintomi locali, ma è volta al miglioramento dello stato generale dell'individuo. La MO presenta differenze profonde con la terapia farmacologia classica, non avendo i rimedi effetti antimicrobici o antagonizzanti, ma possedendo un'azione stimolante specifica sull'organismo: il medicinale omeopatico agisce secondo fenomeni qualitativi, indipendentemente dalla nozione di quantità.

L'Omeopatia si è dimostrata un valido strumento terapeutico nel dolore, sia per qualità che per origine. La ricca iconografia del Repertorio Clinico Omeopatico comprende 149 tipi diversi di dolore e innumerevoli "*sensation as if*" di grande importanza per la individualizzazione del dolore e la scelta del rimedio più simile.

Nella Base di Dati **Medline** sono presenti alcuni studi che hanno impiegato l'Omeopatia per la terapia della fibromialgia:

- ***Effect of homeopathic treatment on fibrositis.*** Davies AE, Davey RW. BMJ. 1989 Oct 7;299(6704):918.
- ***Effect of homeopathic treatment on fibrositis (primary fibromyalgia).*** Fisher P, Greenwood A, Huskisson EC, Turner P, Belon P. BMJ. 1989 Aug 5;299(6695):365-6.

I due studi hanno coinvolto ognuno un gruppo di trenta pazienti volontari affetti da fibromialgia primaria; i loro risultati sono molto simili, per cui presenteremo solo quelli del secondo.

L'inclusione nello studio richiedeva che fossero presenti almeno tre dei quattro sintomi caratteristici principali indicati nelle materie mediche omeopatiche per il medicinale scelto: *Rhus Toxicodendron* 6 CH.

La valutazione venne effettuata dopo quattro e otto settimane di trattamento, in base al numero dei punti sensibili ed a tre scale decimali di valutazione soggettiva del dolore (qualità del sonno, efficacia del trattamento e condizioni generali).

I **risultati** evidenziarono una differenza statisticamente significativa a favore del trattamento con *Rhus Toxicodendron* 6 CH in ognuno dei quattro parametri presi in esame.

- **Miglioramento clinico in pazienti affetti da fibromialgia trattati con rimedi omeopatici individualizzati versus placebo.** Bell IR, Lewis DA, Brooks AJ, Schwartz GE, Lewis SE, Walsh BT, Baldwin CM *Rheumatology*. May 2004; 43(5) :577-82 .

Questo studio è stato eseguito in doppio cieco, randomizzato contro placebo. L'obiettivo era di valutare l'efficacia di un trattamento omeopatico individualizzato nel trattamento della fibromialgia. La popolazione reclutata (N=62) aveva conferma clinica di fibromialgia (età media 49 aa., 94% donne). I partecipanti furono randomizzati per ricevere le gocce orali quotidiane alla LM (1\50.000) potenza, con una scelta individualizzata del rimedio omeopatico o un indistinguibile placebo.

**Risultati:** 53 persone completarono il protocollo di trattamento. I partecipanti al trattamento attivo mostrarono un significativo miglioramento delle zone iperestesiche, dei punti dolorosi, della qualità di vita, dello stato di salute generale e una tendenza a minor depressione comparata con il placebo.

**Conclusioni:** usando un'ampia selezione di rimedi e la flessibilità della potenza LM, il presente studio dimostra che la terapia omeopatica individualizzata è significativamente più efficace rispetto al placebo nel diminuire la dolorabilità dei punti sensibili e nel migliorare la qualità di vita e la salute globale dei pazienti affetti da fibromialgia.

La seconda parte di studi riguarda la **poliartrite reumatoide**

- **Homoeopathic therapy in rheumatoid arthritis: evaluation by double-blind clinical therapeutic trial.** Gibson RG, Gibson SL, MacNeill AD, Buchanan WW. *Br J Clin Pharmacol*. 1980 May;9(5):453-9.

Nel 1978 e nel 1980 Gibson realizzò due lavori con l'obiettivo di dimostrare l'effetto della terapia omeopatica in pazienti affetti da poliartrite reumatoide. La scelta dei rimedi omeopatici fu individualizzata da medici omeopatici in base alla sintomatologia di ogni paziente. Il primo studio vide confrontati 100 pazienti a cui era stato somministrato placebo con 54 che avevano assunto un trattamento omeopatico personalizzato e con 41 a cui erano state somministrate forti dosi di salicilato. Il miglioramento più rilevante e statisticamente significativo venne osservato nel gruppo di pazienti trattati con l'Omeopatia.

In seguito venne elaborato un protocollo diverso per un **secondo studio**. La sperimentazione durò sei mesi e mise a confronto due gruppi di 23 pazienti affetti da poliartrite reumatoide. I pazienti proseguirono la terapia in atto, con la limitazione ad un solo farmaco per paziente, appartenente alla categoria degli antinfiammatori non steroidei.

I **risultati** evidenziarono una differenza significativa a favore del gruppo trattato con l'Omeopatia per i seguenti parametri: intensità del dolore spontaneo, sensibilità articolare, diminuzione della rigidità articolare, aumento della forza prensile.

Sono moltissimi i farmaci omeopatici utilizzati nell'**Artrite Reumatoide** e nella **Fibromialgia**; tra questi ricordiamo alcuni dei principali:

*Rhus-Toxicodendron, Bryonia, Ledum, Rhododendrum, Sulphur, Arnica, Lycopodium, Pulsatilla, Aurum Metallicum, Causticum, e Kalmia.*

Tutti questi rimedi agiscono sull'infiammazione articolare, sulla rigidità, sul dolore, sul gonfiore e sulle nodosità artritiche.



## ***Indicazioni dell'Agopuntura nel trattamento della coxartrosi***

***Roberto Siri***

*C.S.T.N.F. - Torino*

Ancorché salito negli ultimi anni, il grado di evidenza del trattamento in Agopuntura dell'artrosi dell'anca non ha ancora raggiunto un livello soddisfacente e non mancano le voci critiche<sup>1</sup>.

Tuttavia, in una recente review sistematica dei lavori clinici randomizzati e controllati sull'efficacia del trattamento mediante Agopuntura dell'artrosi periferica<sup>2</sup> si è posto l'accento sul fatto che la metodica appare avere specifici effetti nel trattamento del dolore artrosico che, unitamente alla sua sicurezza d'impiego, la propongono come valida opzione terapeutica soprattutto nella gonartrosi e, con livello inferiore di evidenza, nella coxartrosi.

Alcuni lavori successivi<sup>3,4,5</sup> sono giunti a conclusioni simili sottolineando in particolare l'utilità dell'associazione tra Agopuntura e terapia convenzionale.

Tra le azioni documentate dell'Agopuntura quelle maggiormente utili nel trattamento del paziente affetto da coxartrosi sono:

- l'azione di modulazione della *stiffness* muscolo fasciale periarticolare;
- l'azione analgesico-antiflogistica articolare;
- l'azione sul dolore muscolo fasciale.

Nell'evoluzione clinica della coxartrosi il *circolo vizioso dolore - rigidità* rappresenta il cardine del peggioramento della qualità di vita che porta il paziente all'intervento d'artroprotesi. Inoltre è noto che il risultato funzionale del trattamento protesico, soprattutto nella chirurgia mininvasiva<sup>6</sup>, è correlato alle condizioni cliniche preoperatorie.

La selezione dei punti di Agopuntura si basa sulla regola dei *punti locali, adiacenti e distali* ma una corretta stimolazione dei punti locali dolorosi è particolarmente importante<sup>7</sup>. Inoltre deve essere posta grande attenzione alla ricerca della *disfunzione miofasciale dei muscoli del bacino, della coscia e del rachide lombosacrale* che accompagna la sofferenza degenerativa dell'anca. La sua importanza nella genesi del *discomfort* del paziente rende ragione della buona risposta all'Agopuntura che si riscontra spesso anche nei casi avanzati.

L'azione dell'Agopuntura nella patologia disfunzionale muscolo fasciale è utile anche nel trattamento di una complicanza del trattamento protesico abbastanza rara, ma assai invalidante, quale la *sindrome da impingement dell'ileopsoas*<sup>8,9,10</sup>.

Il possibile contributo dell'Agopuntura nella gestione del paziente coxartrosico potrebbe pertanto essere riassunto nelle seguenti indicazioni:

- trattamento di tutte le fasi di malattia in associazione alla terapia convenzionale con l'obiettivo di ridurre il consumo di FANS e migliorare la qualità di vita del paziente;
- trattamento di pazienti con patologie concomitanti che controindichino l'uso dei FANS (insufficienza renale, patologie cardiovascolari, patologie digestive etc.) grazie alla pressoché totale assenza di effetti collaterali;
- trattamento delle fasi tardive di malattia in associazione alla terapia chinesiológica per migliorare il quadro funzionale preoperatorio;
- rieducazione postoperatoria a partire dalle fasi precoci anche grazie alla possibilità di utilizzare la stimolazione controlaterale;
- trattamento della *sindrome da impingement dell'ileopsoas* nelle sequele dell'intervento d'artroprotesi.

### **Bibliografia**

1. **Moe RH, Haavardsholm EA, Christie A, Jamtvedt G, Dahm KT, Hagen KB.** "Effectiveness of nonpharmacological and nonsurgical interventions for hip osteoarthritis: an umbrella review of high-quality systematic reviews." *Phys Ther.* 2007 Dec;87(12):1716-27.
2. **Kwon YD, Pittler MH, Ernst E.** "Acupuncture for peripheral joint osteoarthritis. A systematic review and meta-analysis". *Rheumatology* 2006;45:1331-7.
3. **Witt CM, Jena S, Brinkhaus B, Liecker B, Wegscheider K, Willich SN.** "Acupuncture in patients with osteoarthritis of the knee or hip: a randomized, controlled trial with an additional nonrandomized arm". *Arthritis Rheum.* 2006 Nov;54(11):3485-93.
4. **Liu T, Liu C.** "Acupuncture for treating osteoarthritis of the knee and the hip". *Arthritis Rheum.* 2006 Nov;54(11):3375-7.
5. **Linde K, Weidenhammer W, Streng A, Hoppe A, Melchart D.** "Acupuncture for osteoarthritic pain: an observational study in routine care". *Rheumatology (Oxford).* 2006 Feb;45(2):222-7.
6. **Pour AE, Parvizi J, Sharkey PF, Hozack WJ, Rothman RH.** "Minimally invasive hip arthroplasty: what role does patient preconditioning play?". *J Bone Joint Surg Am.* 2007 Sep;89(9):1920-7.
7. **Fink MG, Kunsebeck H, Wiperman B, Gehrke A.** "Non-specific effects of traditional Chinese acupuncture in osteoarthritis of the hip". *Complement Ther Med.* 2001 Jun;9(2):82-9.
8. **Cummings M.** "Referred knee pain treated with electroacupuncture to iliopsoas". *Acupunct Med.* 2003 Jun;21(1-2):32-5.
9. **Hessmann MH, Hübschle L, Tannast M, Siebenrock KA, Ganz R.** "Irritation of the iliopsoas tendon after total hip arthroplasty". *Orthopade.* 2007 Aug;36(8):746-51.
10. **Dora C, Houweling M, Koch P, Sierra RJ.** "Iliopsoas impingement after total hip replacement: the results of non-operative management, tenotomy or acetabular revision". *J Bone Joint Surg Br.* 2007 Aug;89(8):1031-5.



## Indicazioni della Fitoterapia nel dolore articolare di origine neoplastica

**Maurizio Grandi**

Direttore Centro “La Torre”, Torino

La spesa media pro-capite annua per gli oppioidi in Italia è di 0.52 euro (7.25 in Germania). Nel 2004 l'uso di morfina annuale pro-capite era di 5.32 milligrammi, in Austria era di 115.71(datiors). Ogni anno in Italia “muoiono 90.000 malati oncologici senza terapia del dolore”. Le droghe vegetali narcotiche e atropiniche (*fredde*) servivano per sedare i pazienti. L'azione deprimente sul Sistema Nervoso Centrale (SNC) per la **medicina ippocratica** era dovuta alla qualità *Freddo-Umida* espressa nell'umore *flemma* e nell'elemento *acqua*, deprimenti l'iperattività cerebrale. La droga *fredda* più comunemente usata era il Papavero da Oppio (*Papaver somniferum*) ed i suoi derivati, tra i quali l'Oppio stesso. Essi inibiscono le azioni esercitate dall'acetilcolina (ACh) sugli effettori autonomi innervati dai nervi colinergici postgangliari e l'azione dell'ACh sui recettori muscarinici neuronali e gangliari, bloccando però scarsamente gli effetti dell'ACh a livello dei siti recettoriali nicotici e dei gangli autonomi. Sono esteri organici e si formano per combinazione di un acido aromatico, l'acido tropico, che ha una base organica complessa (tropina o scopina).

### Oppio

*Oppio grezzo e oppio bruto*: è il succo spontaneamente coagulato, ottenuto per leggera incisione delle cassule non ancora mature del Papaver somniferum L., nelle sue varietà:

Papaver somniferum	var. Setigerum DC
Papaver somniferum	var. Glabrum Boiss
Sin.P.s.	var. Nigrum DC (semi neri)
Papaver somniferum	var. Album Mill. (semi bianchi)

L'azione farmacologica pare dovuta principalmente alla morfina. L'azione dell'Oppio non si identifica però con quella della morfina, poiché altri alcaloidi possono sinergizzare, attenuare, antagonizzare o modificare l'azione della morfina stessa. Si ritiene che l'azione dell'Oppio sia dovuta ai fitocomplessi, quali: narcotina, codeina, papaverina e tebaina.

La papaverina e la tebaina in particolare esplicano un'azione spasmolitica sulle fibre muscolari lisce. L'uso dell'Oppio è preferito a quello della morfina, non solo perché l'azione del fitocomplesso può essere giudicata terapeuticamente più utile, ma anche perché gli alcaloidi, contenuti nella droga sotto forma di sali e di complessi poco solubili, sono

soggetti ad un più lento assorbimento, permettendo un'azione più prolungata ed intensa.

Per decenni il laudano è stato la preparazione medica più ricercata in Occidente, in vendita libera. Lo si è progressivamente rimpiazzato con derivati più raffinati, presentati come antidoti contro la dipendenza: la morfina e l'eroina in pillole (l'oppio di Cristo).

Una comune erba infestante dell'Asia centrale, nel suo cammino ad Ovest verso l'Europa settentrionale, diventa una pianta robusta poco frondosa, alta fino a 2 metri e mezzo ed è identificata come *Cannabis sativa*. Un altro cammino porta a Sud, in India e Africa, dove è indotta a sviluppare una sorta di basso cespuglio erbaceo ricco di infiorescenze, la *Cannabis Indica*. Per opera dell'uomo, le due piante si sono ricongiunte nell'ibrido *C. sativa x C. indica*.

Le principali sostanze psicoattive naturali derivate dalla CS sono delta-9 tetraidrocannabinolo (THC), il cannabidiolo (CBD) ed il cannabinolo.

Gli effetti sono legati all'azione su due tipi di recettori:

- CB1, presenti a livello del SNC (ippocampo, corteccia cerebrale, area olfattiva, gangli della base, cervelletto e midollo spinale)
  - CB2, strettamente correlati alle cellule del sistema immune, in particolare ai macrofagi
- Sugli stessi recettori agiscono anche cannabinoidi endogeni (anandamide, 2-arachidonilglicerolo, palmitoiletanolamide).

Le piante eroiche hanno però un effetto “*entourage*” tipico di tutti i fitocomplessi, che ne determina:

- la farmacodinamica, tramite l'azione su strutture specifiche (recettori), determinando risposta biologica;
- la farmacocinetica, influenzando la biodisponibilità e modulandone la tossicità.

La Cannabis non è THC (tetraidrocannabinolo). I pazienti non amano il *Matinol*, privo di attività ansiolitica, tanto meno il trans-delta-9 tetraidrocannabinolo, il nabilone, il levonantradol, l'acido ajulenico, il dexanabinol e le metanalisi non consentono di comprenderne il perchè.

Per Mugues, Kosteritz, Guillemin i derivati naturali, oltre ad occupare i recettori predisposti per interagire con molecole endogene (endorfine), attivano o inibiscono enzimi che servono per fabbricare un secondo neurotrasmettitore (modulazione nervosa), meccanismo simile a quello della *Mhyrra* eng (Bursaceae), che agisce sugli stessi recettori delle endorfine endogene.

La morfina agisce solo come  $\mu$  agonista, l'ossicodone della tebaina è agonista dei recettori  $\mu$  e  $k$ , la buprenofrina agonista dei  $\mu$  e antagonista del  $k$ .

Il metadone agonista dei  $\mu$  e dei delta, il fentanil dei  $\mu$ .

Ma l'oppio e la cannabis sono figli di piante che li producono per agire fisiologicamente con altre molecole che ne assicurano reattività, conservazione, veicolazione, solubilità e biodisponibilità.

Ricordiamo una regola generale della materia organica fatta di sinergismi, agonismi ed antagonismi ad attività coerente: nulla avviene separatamente, ma attraverso una sequenza ordinata gestita dalla cellula.

Le piante *enteogene* (generatrice-genos, di divinità-theos, interna-en) possono essere discusse ed annullate con decreto burocratico, ma continuano comunque ad appartenere al “*logos*” della vita.



VIII CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE PATOLOGIE DOLOROSE  
Torino, 5 aprile 2005\

## L'Agopuntura Auricolare nel trattamento della sciatica

**Giancarlo Bazzoni**

*Direttore Scuola Italiana Agopuntura e Auricoloterapia G.S.A.T.N.*

Numerosi lavori presenti nella letteratura internazionale confermano il ruolo dell'Agopuntura Auricolare (Auricoloterapia) nella terapia del dolore acuto e cronico.

La nascita dell'Agopuntura Auricolare è strettamente legata al nome di Paul Nogier (1908 -1996), che partì per i suoi studi da una pratica della medicina popolare, che prevedeva la cauterizzazione del padiglione auricolare proprio per la cura della sciatica.

Il dato empirico che l'Agopuntura Auricolare sia un metodo capace di intervenire in tempi rapidi e con una buona efficacia sul dolore acuto e cronico di origine vertebrale è solo parzialmente sostenuto da una corrispondente ricchezza di contributi della letteratura scientifica internazionale.

Nella relazione saranno presentati i risultati di uno studio osservazionale sulla risposta al trattamento con Agopuntura Auricolare di un gruppo di pazienti affetti da lombosciatalgia. Successivamente verrà discusso il modello diagnostico-terapeutico dell'Agopuntura Auricolare applicato sui pazienti, messo a punto dalla nostra Scuola, risultato della pluriennale esperienza nel trattamento delle sindrome algiche vertebrali.

Nello studio, svoltosi presso l'ambulatorio di Agopuntura e Auricoloterapia dell'autore, sono stati arruolati 16 pazienti (11 maschi e 5 femmine), di età compresa tra 28 e 59 anni), con diagnosi di *lombo-sciatalgia da conflitto disco-radicolare* e sintomatologia dolorosa da almeno tre mesi. La diagnosi era sempre stata effettuata da uno specialista ortopedico/ neurologo/neurochirurgo e confermata tramite esami radiologici per immagini (TAC, RMN).

I pazienti sono stati sottoposti a 4 sedute consecutive di Agopuntura Auricolare, con cadenza settimanale. È stato applicato un protocollo standardizzato di 6 punti auricolari omolaterali alla sede algica: 3 punti neuroriflessi localizzati nella zona di rappresentazione auricolare del dolore lombosciatalgico, individuati dall'integrazione tra i metodi della *diagnosi elettrica differenziale*, della *diagnosi baroestesica* e del *test del contatto dell'ago*. Gli altri 3 punti erano ad azione generale: *Thalamus Point* (CW2,IC4), *Shen Men* (TF2) e *Antidepressant Point* (LO8), individuati tramite la *diagnosi elettrica differenziale*.

La Terapia Auricolare prevedeva:

- Stimolazione con aghi filiformi lasciati in situ per 20 min. sui tre punti neuro riflessi e per 5 min. sui tre punti ad azione generale;

- Stimolazione continua ottenuta posizionando tre aghi a semipermanenza (ASP Titanium Sedatelec-France) sui punti neuro riflessi e tre aghi a semipermanenza (Pyonex 0,9 mm) sui punti ad azione generale.

Gli aghi a semipermanenza lasciati in situ sul padiglione venivano rimossi dallo stesso paziente 36 ore prima della seduta successiva. Per ciascun paziente è stata valutata, tramite scala analogico visuale (VAS), l'intensità del dolore lombosciaticolico presente prima di ciascun trattamento. I valori ottenuti sono quindi stati raffrontati nel loro andamento ed elaborati statisticamente.

La neurostimolazione del microsistema auricolare rappresenta, nella nostra pratica clinica, un valido strumento nella terapia delle diverse forme di sciatica.

Il modello proposto dalla nostra Scuola prevede che la terapia auricolare debba tener conto non soltanto della topografia, ma anche del tipo di dolore.

La mappa auricolare è dunque interpretabile come un modello (modello funzionale) del dolore stesso e la classificazione patogenetica del dolore in base alla sede della lesione algogena diventa uno strumento importante per definire le linee diagnostiche e terapeutiche.

I diversi tipi di dolore (tessutale, neuropatico e psicogeno), pur interessando lo stesso distretto corporeo, a livello del microsistema auricolare presentano evidenze diverse e necessitano di proprie modalità di stimolazione.

Nel dolore lombosciaticolico da conflitto disco-radicolare è possibile distinguere:

- *Discal Pain primario*
  - dolore in regione lombare (nocicettivo)
  - dolore in regione lombare paraspinale (nocicettivo)
- *Lumbar Discal Pain secondario*
  - dolore secondario irradiato all'arto inferiore (nocicettivo)
  - dolore secondario irradiato all'arto inferiore - nerve trunk pain (nocicettivo)
  - dolore radicolare neuropatico (non nocicettivo)

La possibilità di individuare diverse localizzazioni auricolari in relazione al tipo di dolore in causa permette di elaborare un protocollo personalizzato, ottimizzando le possibilità terapeutiche della terapia con Agopuntura Auricolare.

## ***Bibliografia***

1. **Romoli M.** *Agopuntura Auricolare*, UTET, Torino 2003
2. **Sponzilli O.** *Agopuntura auricolare e cranica*, Marrapese Editore, Roma 2001
3. **Nogier PFM.** *The m in the Ear*, Maisonneuve, Moulins -les-Metz 1987
4. **Nogier PFM.** *Über die Akupunktur der Ohmurschel*, DZA 1957
5. **Nogier PFM.** *Traité d'auriculothérapie*, Ed. Maisonneuve, Moulins -les-Metz 1969
6. **Bourdiol RJ.** *Eléments d'auriculothérapie*, Maisonneuve. Moulins -les-Metz 1980
7. **Nogier PFM.** *Points réflexes auriculaires*, Maisonneuve, Moulins -les-Metz 1987
8. **Rouxville Y.** *Acupuncture auriculaire personnalisée*, Sauramps Médical, 2000
9. **Soliman N, Frank B.** *Atlas of Auricular Therapy and Auricular Medicine*, Integr. Med. Seminars, Richardson Texas 2001
10. **Nanjing Army Hospital.** *Auricular Acupuncture*, Shanghai Health Publishing House 1973
11. **Li-Chun Huang** *Auriculotherapy Diagnosis an Treatment*, Longevity Press, Bellaire Texas 1996
12. **Ping Chen.** *Modern Chinese ear acupuncture*, Paradigm Publications, Taos New Mexico 2004



***AGOPUNTURA E MNC  
NELLA TERAPIA DI ALTRE PATOLOGIE DOLOROSE***



## Un utile complemento alla terapia agopunturale dell'insonnia

L'applicazione di dispositivi non invasivi del tipo "bottono premente" o "pressore" ha già dimostrato in precedenti esperienze grande praticità d'uso e buoni risultati terapeutici, ampiamente documentati dalla letteratura scientifica. Ad esempio, il Dispositivo Medico **P6 Nausea Control Sea-Band®**, che agisce tramite la stimolazione del punto **Neiguan PC 6**, è utilizzato con successo ormai da diversi anni per combattere le varie forme di nausea, sia nella cinetosi, che nella nausea gravidica.

Proprio partendo da questa esperienza è stato studiato, testato e brevettato **H7 Insomnia Control®**, il nuovo Dispositivo Medico nato **per curare l'insonnia, senza farmaci**.

H7 Insomnia Control® consiste in un piccolo bottone (Sleep Pressor™) di plastica morbida, fissato da un cerotto, in grado di esercitare una pressione calibrata e continuativa sul punto HT 7 Shenmen su entrambi i polsi, ottenendo in tal modo gli effetti benefici dell'acupressione.

### **1. Modalità d'uso**

H7 Insomnia Control® si applica con facilità, 15-30 minuti prima di coricarsi,

e si rimuove al risveglio: in tal modo la stimolazione del punto HT 7 dura tutta la notte, agendo positivamente sulla durata e sulla qualità del sonno.

### **2. Indicazioni**

H7 Insomnia Control®, migliora sia la durata che la qualità del sonno in modo senza alcuna controindicazione o effetto collaterale.

H7 Insomnia Control®, non è un farmaco e non interagisce con alcuna terapia farmacologica.

**L'applicazione di H7 Insomnia Control® in associazione al trattamento ambulatoriale di Agopuntura può contribuire a migliorare e stabilizzare l'efficacia della terapia.**



H7 Insomnia Control è un Medical Device - Classe I  
Distribuito da Consulteam sas - tel. 031/525522  
[www.consulteamsas.com](http://www.consulteamsas.com) - [info@consulteamsas.com](mailto:info@consulteamsas.com)



## L'Osteopatia nel dolore addominale

**Fulvio Mautino**

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

L'applicazione della metodologia osteopatica nei disordini funzionali dell'addome si basa su due principi fondamentali dell'interpretazione osteopatica, inerenti la ricerca della causa primaria di una disfunzione (alterazione di equilibrio funzionale).

Nel momento in cui effettuiamo manovre osteopatiche per normalizzare una funzione seguiamo un ragionamento di ricerca di causa-effetto. I principi sono i seguenti:

- la vita è movimento: tutte le restrizioni di mobilità sono causa di stato patologico
- regola dell'arteria: dove la circolazione del sangue è normale la malattia non si instaura. Le restrizioni di mobilità alterano la vascolarizzazione e l'innervazione e provocano sintomi dolorosi, spesso lontani dall'area dove è presente l'alterazione funzionale. Il tubo digerente ed i visceri addominali sono situati nella cavità addominale, delimitata:
  - in alto dal diaframma toracico
  - in basso da ali iliache e muscoli pelvi-perineali
  - posteriormente da: vertebre lombari, sacro, mm. psoas e quadrato dei lombi, archi costali, aorta addominale ed iliache, vene cava e iliache, rami nervosi del plesso lombare e sciatico e del plesso neuro-vegetativo parasimpatico ed ortosimpatico, posizionati davanti ai corpi vertebrali ed all'inserzione vertebrale dello psoas
  - lateralmente ed anteriormente dai muscoli addominali (obliqui e retto addominale) e dalla linea alba.

Tutte le porzioni del mesentere che avvolgono l'intestino si inseriscono tramite il legamento mesenterico al piano posteriore della cavità addominale ed in particolare sui corpi vertebrali di L<sub>2</sub> e di L<sub>3</sub>; la porzione del cieco e del colon ascendente aderisce direttamente allo psoas di dx, mentre il colon discendente ed il sigma aderiscono ai m. psoas-iliaco di sx. Nell'ambito della realtà anatomica descritta è necessario sottolineare che il tubo digerente è sospeso alla colonna vertebrale, cioè al piano posteriore della cavità addominale.

L'embriologia ci dimostra che la cavità posteriore dell'omento, l'epiploon, costituisce una sospensione sotto il diaframma toracico di fegato, stomaco e milza che, nei casi di disordine funzionale con aumento di volume degli organi succitati, può ostacolare il movimento del diaframma ed essere causa di ridotta mobilità vertebrale nel tratto dorso-

lombare, da D<sub>11</sub> a L<sub>3</sub>. Ciò a causa della contrattura dei pilastri del diaframma, inseriti a dx dei corpi vertebrali da D<sub>12</sub> a L<sub>4</sub> ed a sx da D<sub>12</sub> a L<sub>3</sub>, attorno allo iato aortico ed a quello esofageo, nei quali sono alloggiati i gangli celiaci, i nervi splanchnici, il n. vago dx e sx. ed i gangli mesenterici. Il cieco e la prima parte del colon ascendente (a contatto nella fossa iliaca dx con il m. ileo-psoas), e il colon discendente ed il sigma (a contatto nella fossa iliaca sx con il m. ileo-psoas sx), contraggono rapporti con i visceri dell'addome e le strutture muscolo-scheletriche della parete posteriore dell'addome e possono essere alla base di causalità disfunzionale reciproca. Ad esempio, la tensione meccanica da alterata mobilità intestinale può provocare contrazione riflessa dei muscoli su cui si inserisce l'intestino stesso e provocare un disordine di mobilità ai segmenti osteo-articolari collegati, oppure, al contrario, un'alterata mobilità di un segmento articolare del tratto lombare può creare contrazioni algiche al tratto intestinale o viscerale le cui membrane peritoneali si inseriscono in prossimità del segmento articolare danneggiato, attraverso la stimolazione irritativa dei gangli parasimpatici.

Quando l'alterazione della funzione è localizzata nell'area viscerale, il paziente riferisce dolori e alterazioni della mobilità viscerale, ma anche una lombalgia dalle caratteristiche molto particolari: il dolore lombare diminuisce con il movimento attivo e dopo l'evacuazione, è prevalentemente notturno o al risveglio e presenta una netta diminuzione del sintomo dopo recupero completo della estensione della lordosi lombare e con il movimento. Al contrario, nel caso di disordini funzionali di origine meccanica a carico delle articolazioni lombari, il dolore si manifesta a carico dei segmenti paravertebrali, con ridotta articularità nel segmento coinvolto; di riflesso si manifestano inoltre alterazioni delle funzioni viscerali provocate da sollecitazioni meccaniche anomale per tensione muscolare sui gangli del sistema orto e parasimpatico a livello del segmento vertebrale in stato di disfunzione.

Il dolore è più intenso di giorno e diminuisce con il riposo; l'alterazione motoria della colonna vertebrale provoca anche tensioni a livello visceroadominale. Queste affermazioni non sono assolute, ma sono presenti nell'80% dei casi.

La valutazione ed il trattamento osteopatico nei casi di lombalgia e di tensione dolorosa dell'addome si organizza attraverso un'accurata valutazione manuale-palpatoria per individuare i punti in cui è presente l'accentuazione della tensione viscerale, di quella muscolare o alterata mobilità dei segmenti articolari corrispondenti alla alterazione funzionale a livello viscerale, nel rispetto dei principi della neurofisiologia e dell'anatomia topografica e funzionale.

Il percorso di trattamento correttivo consiste nel ridurre le tensioni muscolari per riequilibrare la funzionalità del viscere coinvolto e recuperare manualmente mobilità sia delle strutture articolari lombari, che delle porzioni viscerali coinvolte.

Altrettanto si può agire con manovre di drenaggio viscerale, per favorire una migliore vascolarizzazione ed il ripristino delle funzioni meccaniche strutturali-scheletriche.



VIII CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE PATOLOGIE DOLOROSE  
Torino, 5 aprile 2005\

## **L'Agopuntura nel trattamento dell'emicrania**

***G. Allais, P.E. Quirico, G. Airola, P. Borgogno, I. Castagnoli Gabellari, M. Cormio, M. Minuto, E. Pavia, S. Rolando, P. Schiapparelli, M.G. Terzi e C. Benedetto***  
*Centro Cefalee della Donna - Dipart. di Discipline Ginecologiche e Ostetriche - Università di Torino*

L'emicrania rappresenta una delle malattie neurologiche più diffuse nelle popolazioni occidentali e frequentemente diviene altamente disabilitante nel corso degli anni. Molto spesso infatti il paziente emicranico non riceve una terapia mirata ed efficace, atta da un lato a contrastare gli attacchi acuti e dall'altro a prevenire la comparsa di nuove crisi dolorose. La conseguenza di un trattamento mal condotto, e spesso anzi auto-condotto con prodotti da banco senza mai consultare il medico, è quasi costantemente una tendenza all'abuso di farmaci sintomatici, che comporta l'instaurarsi di un circolo vizioso che conduce alla cronicizzazione degli attacchi.

L'Agopuntura può rappresentare un ottimo presidio nel trattamento di profilassi di tutte le forme emicraniche, e risulta particolarmente indicata in situazioni peculiari che impongano una restrizione dell'uso di farmaci: basti pensare, come solo esempio, alla gestione dell'emicrania nel corso della gravidanza e del successivo periodo di allattamento.

Nel corso degli ultimi anni la netta contrapposizione fra i cultori della Medicina tradizionale cinese, che segnalano la notevole efficacia dell'approccio Agopunturale nell'emicrania, e i medici occidentali che si occupano di cefalee, che spesso sono scettici nei confronti dell'Agopuntura, è andato man mano attenuandosi. Ciò perché sono comparsi in letteratura occidentale, in particolare nell'ultimo decennio, diversi studi randomizzati e controllati che hanno evidenziato una reale efficacia dell'Agopuntura nella profilassi dell'emicrania.

La review della Cochrane Collaboration relativa all'Agopuntura nelle cefalee idiopatiche già nel 2001 aveva segnalato che proporre l'Agopuntura ai cefalalgici, ed in particolare fra essi proprio agli emicranici, appare essere pienamente giustificato.

Certamente gli studi finora pubblicati sono piuttosto difformi e spesso hanno troppa variabilità per consentire di trarre delle linee di comportamento univoche da suggerire agli agopuntori per uno schema di trattamento *evidence-based*. Ma la tendenza generale è comunque caratterizzata dalla conferma di una efficacia dimostrata della tecnica, e la nuova versione della review Cochrane, che vedrà la luce nel 2008, convalida appieno la metodica in sé. Non solo, ma la numerosità degli studi pubblicati è ormai sufficiente a supportare una Cochrane Review dedicata all'Agopuntura nella sola emicrania, estrapolata dal contesto delle altre cefalee primarie. Compaiono però alcune situazioni piuttosto inspiegabili, almeno agli occhi di chi esercita quotidianamente l'Agopuntura: ad esempio, l'Agopuntura risulta efficace nel raffronto con i farmaci di profilassi, ma la tendenza generale è di non reperire differenze significative in termini di efficacia rispetto all'Agopuntura placebo.

Il nostro gruppo ha contribuito in maniera attiva a produrre lavori scientifici volti a validare vari aspetti dell'Agopuntura nel trattamento dell'emicrania. Verranno dunque qui brevemente presentati i risultati delle nostre esperienze, sia già pubblicate che ancora inedite, citando in particolare:

- un ampio studio randomizzato e controllato sull'Agopuntura nella profilassi dell'emicrania senz'aura versus flunarizina, uno dei farmaci più utilizzati in Europa per il trattamento preventivo dell'emicrania;
- uno studio sull'utilizzo dell'Agopuntura auricolare nel trattamento dell'attacco emicranico acuto, dedicato non solo alla evidenziazione dell'efficacia della tecnica, ma soprattutto alla mappatura delle regioni del padiglione auricolare che vanno realmente trattate, utilizzando una specifica tecnica di nuova concezione, il *needle-contact test*, atta a poter facilmente distinguere i punti efficaci da trattare in base alla immediata risposta antalgica elicitata;
- uno studio di raffronto sull'efficacia del trattamento dei punti di Agopuntura condotto utilizzando stimoli fisici differenti, quali quelli prodotti dall'Agopuntura, ma anche dalla elettrostimolazione nervosa transcutanea (TENS) e dal laser infrarosso, nel trattamento delle forme emicraniche cronicizzate in abuso di farmaci;
- uno studio volto a testare le reali possibilità dell'Agopuntura nel trattamento dell'emicrania in corso di gravidanza, quando questa si associ alla grave problematica costituita dalla nausea e dal vomito gravidici.



VIII CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE PATOLOGIE DOLOROSE  
Torino, 5 aprile 2005\

## ***Approccio integrato della Medicina Ayurvedica alla terapia delle cefalee***

**A. Chiantaretto, Rita Bordon, Cristina Minniti**  
*Centro di Cultura Ayurvedica "Abhaya dana" - Torino*

La prevalenza dell'emicrania in Europa è del 12%; in Italia è del 18% nelle donne e del 9%, negli uomini con un valore assoluto di 5,5 milioni di persone sofferenti, per la maggioranza donne in età media.

La fisiopatologia della cefalea e dell'emicrania non è ancora completamente chiarita. Appare sempre più importante il ruolo svolto da serotonina e dopamina: i neuropeptidi vasoattivi stimolano una cascata infiammatoria che determina vasodilatazione e reazione perivascolare.

Per la fisiopatologia ayurvedica la cefalea è determinata da uno squilibrio prevalente del *dosha Pitta* (vasodilatazione), accompagnata da squilibrio di *Vata* (dolore) e aumento di *Kapha* (reazione perivascolare).

Per quanto l'approccio farmacoterapico sia comunemente usato per la profilassi e soprattutto per la terapia dell'attacco acuto, è presente il rischio di importanti effetti collaterali, con la limitazione al suo impiego nel trattamento delle donne in gravidanza e dei bambini.

Di qua la indicazione a un approccio integrato al trattamento, così come al coinvolgimento del paziente nella gestione non solo dell'acuzie.

A queste necessità risponde l'approccio della Medicina Ayurvedica: non è sintomatico (cerca di risalire alla causa fondamentale), è "soggettivo" (tiene conto della *prakriti* - costituzione individuale = patologie croniche e della *vikriti* - squilibrio del momento = patologie acute), sottolinea l'importanza dei fattori dietetici, ambientali e di comportamento individuale.

Dopo la identificazione delle caratteristiche complessive del paziente, l'approccio ayurvedico si realizza, in:

- **Aushadi** = terapia: trattamento fitoterapico generale per ristabilire l'equilibrio complessivo del paziente; trattamento fitoterapico speciale per la situazione patologica in atto; terapie fisiche e di massaggio)
- **Ahara** : indicazioni di regime alimentare

- **Vihara**: abitudini igieniche e di vita e partecipazione attiva del paziente al mantenimento del risultato dell'intervento terapeutico.

### **Aushadi**

Il riequilibrio riguarda soprattutto il mantenimento o il ristabilimento di una corretta funzionalità digestiva e di assorbimento dei nutrienti, della regolazione del ritmo veglia-sonno, dello stato di stress e di disturbi emotivi.

*Asparagus racemosus Shatavari*, *Bacopa Monnieri Brahmi*, *Nardostachys Jatamansi Jatamansi* e *Cyperus rotundus Musta* sono i rimedi fitoterapici per via generale. Indicata *nasya* (una delle terapie del *pancakarma*), che si effettua mediante instillazioni endonasali di olii medicati. Interessanti i risultati presentati in: Srikanth N et al, *Management of migraine: a clinical study*; Mamatha S e Kulkarni K, *Menstrual Migraine and its management*; Swamy GK et al, *Significance of nasya in Migraine*.

### **Ahara**

Per quello che riguarda l'alimentazione, la Medicina Ayurvedica, oltre a indicare una dieta non acidificante, prescrive l'astensione da una serie di cibi (sui quali c'è una pressoché totale concordanza con i risultati sperimentali), dagli alimenti che contengono tiramina, che deriva dall'aminoacido essenziale tirosina, (formaggi- birra, vino cioccolato ecc. ...). Nella cucina indiana (e ayurvedica) è importante l'uso dello zenzero, *Zingiber officinalis*. Questa spezia contiene molecole ad azione antistaminica; l'istamina è stata presa in considerazione come una delle molecole coinvolte nella fisiopatologia delle crisi emicraniche in quanto presenta azione di tipo vasodilatatoria con conseguente aumento della permeabilità dei capillari. Lo zenzero possiede inoltre attività anti-ossidante; poiché è stato dimostrato che i radicali liberi possiedono la caratteristica di indurre il rilascio di istamina, contrastare l'azione negativa dei radicali liberi significa evitare il rilascio di istamina da essi indotto (Vaughan TR, *The role of food in the pathogenesis of migraine headache*). È consigliata un'alimentazione povera di grassi: un'alta concentrazione ematica di lipidi e di acidi grassi liberi determina un aumento della aggregazione piastrinica con diminuzione di serotonina e aumento di prostaglandine, con conseguente effetto di vasodilatazione, fase precoce della insorgenza della cefalea (Bic Z, Blix GG et al, *The influence of a low-fat diet on incidence and severity of migraine headaches*).

### **Vihara**

Sottolineata, come sempre, l'importanza delle abitudini vita del paziente (regolarità della alimentazione, igiene del sonno, ecc.) e l'importanza delle *behavioral therapies*, presenti da sempre nella medicina ayurvedica : yoga e meditazione (Kaushik R, Kaushik RM et al, *Assisted diaphragmatic breathing and systematic relaxation versus propranolol in long term prophylaxis of migraine*; John PJ, Sharma N et al, *Effectiveness of yoga therapy in the treatment of migraine without aura: a randomized controlled trial*).



VIII CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE PATOLOGIE DOLOROSE  
Torino, 5 aprile 2005\

## **Le Terapie Complementari nel dolore cronico: evidenze e prospettive**

***Cristina Endrizzi, Gabriella D'Amico***  
*Hospice "Il Gelso", Alessandria*

Il dolore cronico è una sindrome con pesante impatto sulla vita di relazione e sugli aspetti psicologici e sociali della persona, che instaura un circolo vizioso di depressione, ansia ed altri disturbi emotivi che concorrono ad un abbassamento della soglia del dolore e ad un aggravamento delle condizioni generali del malato .

Attualmente non esiste una stima precisa dei pazienti affetti da dolore cronico, se non nella patologia oncologica; tuttavia le stime della letteratura basate su dati preliminari indicano che la popolazione complessiva inserita nei programmi di cure palliative raddoppierebbe se venissero considerati anche i pazienti con patologie croniche di tipo degenerativo e progressivo non oncologiche<sup>1</sup>.

Spesso si tratta di pazienti anziani con pluripatologie dove il ricorso a più trattamenti terapeutici incrementa la possibilità di reazioni avverse ai farmaci (ADRs).

E' noto infatti che le segnalazioni di ADRs negli anziani non solo sono più frequenti rispetto alle altre fasce di età, ma percentualmente contengono una quota di reazioni gravi che superano il 50% a fronte di un valore medio nella popolazione generale pari al 32%<sup>2</sup>.

Al dato relativo al consumo farmacologico e alle problematiche socio-sanitarie ad esso connesse, con particolare riferimento alla "sensibilità" di certe fasce a rischio, si deve aggiungere il ricorso crescente dei cittadini italiani all'utilizzo di terapie non convenzionali; una delle motivazioni riconosciute come determinante nel giustificare la grande richiesta degli utenti di terapie non convenzionali, è la percezione della loro sicurezza in termini di effetti collaterali<sup>3</sup>.

Dai dati preliminari dell'indagine condotta dall'ambulatorio di Omeopatia della ASL 2 di Lucca, uno dei Centri Regionali di Riferimento della Regione Toscana, è emerso che solo nel 13% i pazienti che si rivolgono ad un ambulatorio pubblico esprimono una scelta elettiva per l'Omeopatia; per lo più la motivazione è dettata dal desiderio di integrare la terapia convenzionale con l'Omeopatia (25%) e nel 13% dalla presenza di effetti collaterali o intolleranza ai farmaci convenzionali<sup>4</sup>.

Inoltre sono numerose le segnalazioni in letteratura circa l'efficacia di un approccio integrato in quelle aree della cura dove l'approccio convenzionale risulta insoddisfacente per l'utente; ciò potrebbe migliorare la gestione in quelle aree della pratica clinica nelle quali il livello di soddisfazione del paziente al trattamento non è soddisfacente, tale da non poter considerare il trattamento ad un livello accettabile di *effectiveness* (*effectiveness gaps*).

Inserito nella realtà delle cure palliative del territorio di Alessandria, l'Hospice "Il Gelso" con l'annesso ambulatorio di Terapia Antalgica, ha promosso una serie di progetti per integrare la terapia convenzionale del dolore cronico con l'Agopuntura, già attiva da molti anni, e recentemente con l'Omeopatia e la psicoterapia espressiva integrata all'arte e alla danza movimento terapia. E' stato possibile creare una rete di collaborazioni con il Dipartimento di Salute Mentale per la cura dell'ansia e della depressione da dolore cronico e con l'ambulatorio di Reumatologia dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria. Le terapie espressive vengono anche utilizzate con i pazienti degenti dell'Hospice per facilitare il contenimento psicologico delle fasi terminali di malattia e in un progetto finalizzato al sostegno dell'equipe di lavoro.

In particolare, a fronte di 1400 prestazioni annuali, il 24% di esse è rappresentato dalla Agopuntura (sei sedute ripetibili due volte l'anno e precedute dalla visita preliminare).

La visita omeopatica, non ancora formalizzata o inserita con un nomenclatore nel tariffario, viene eseguita a completamento della visita antalgica in particolari casi selezionati e quindi su indicazione del medico specialista (solo a volte su richiesta esplicita dell'utente); questa prestazione, viene pertanto fornita grazie alle competenze di un medico esperto in Omeopatia, che lavora nell'ambulatorio e nell'Hospice come medico palliativista. Le prestazioni omeopatiche, che quindi si configurano come prestazioni aggiuntive di un Servizio di Terapia del dolore, rappresentano il 4% delle prestazioni totali nei primi sei mesi di attivazione.

Infine, è stato recentemente avviato un progetto di ricerca di tipo osservazionale, sugli effetti e benefici di prodotti omeopatici iniettabili nei punti di *trigger points* in pazienti con cervico-brachialgia.

### **Bibliografia**

1. *Approccio globale al dolore cronico*. Opuscolo informativo "Giornata del sollievo" 26/05/2002.
2. AIFA Comunicato nr 44 del 10/11/2006
3. **Menniti-Ippolito F, Gargiulo L, Bologna E, Forcella E, Raschetti R.** *Use of unconventional medicine in Italy: a nation-wide survey*. Eur J Clin Pharmacol. 2002;58:61-64
4. **Rossi E, Crudeli L, Endrizzi C, Garibaldi D.** *Cost-effectiveness evaluation of homeopathic vs conventional therapy in respiratory diseases, Proceedings of Congress "Improving the success of homeopathy 5: A Global Perspective", London. 2006 Jan; 1001*



VIII CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE PATOLOGIE DOLOROSE  
Torino, 5 aprile 2005\

## Agopuntura e dolore nell'anziano

*M. Simoncini\**, *A. Magnano\**, *P.E. Quirico°*, *L.M. Pernigotti\**

*\* Dip. Lung'Assistenza e Anziani, Ospedale Martini, ASL 2, Torino*

*° CSTNF, Torino*

Il dolore viscerale, o più in generale, uno stato di sofferenza diffusa, non sempre ben quantificabile dalle comuni scale di valutazione del dolore, è frequente nell'anziano, soprattutto in quella fetta di popolazione più fragile e polipatologica, spesso in trattamento con più farmaci, cronicamente malata, con limitazioni funzionali che impediscono le consuete attività della vita quotidiana. Tale situazione clinica assume aspetti di cronicità e le cure per questi pazienti devono adeguarsi anche temporalmente all'assistenza sia sanitaria in senso stretto che di protesizzazione ambientale, poiché molto spesso le limitazioni funzionali sono dovute a barriere di tipo strutturale e/o sociale e familiare. Tutto questo complesso sistema di fattori caratterizza e definisce una nuova categoria di pazienti, significativa per il numero crescente nell'ambito della popolazione generale, come anziano fragile o per meglio dire vulnerabile.

La fragilità in questo ambito è l'area problematica di interesse più specifica in quanto si può caratterizzare in tutta una serie di condizioni psicologiche e fisiche non scève di connotati ambientali che, insieme, sviluppano una particolare vulnerabilità della persona che va al di là dell'età propriamente detta, e che la espone a condizioni mediche complesse e gravi ma croniche, con una sopravvivenza assolutamente inaspettata fino a poco tempo fa.

In questo complesso ambito il dolore e la sofferenza sono spesso misconosciuti o sottovalutati per l'impegno psico-fisico che determinano nella persona e quasi si è portati a giustificare il sintomo per la complessità clinica cronica e la difficoltà che si incontra nel trattarlo efficacemente per un tempo lungo. In effetti, il significato della complessità di questo sintomo si declina nella cronicità e nell'impossibilità ad usare per lunghi periodi farmaci ad elevata complessità metabolica in soggetti sottoposti a trattamenti polifarmacologici e con una capacità di metabolizzazione degli stessi precaria o comunque rallentata. Molto spesso, proprio per questi motivi, nell'anziano fragile si assiste a situazioni iatrogene precipitanti un labile equilibrio clinico ed è anche per tale motivo che ha preso piede nella routine medica un paucitratamento sintomatico del dolore cronico, che si limita a trattare le fasi più acute senza una vera presa in carico della sofferenza ad esso legata.

Questo studio vuole approfondire se esistano spazi terapeutici per questa condizione nell'ambito della Medicina Tradizionale Cinese, che considera l'essere nella sua totalità trascendendo le designazioni nosologiche. L'Agopuntura (AP), in particolare, rappresenta

una tecnica medica estremamente favorevole nel trattamento della persona anziana in quanto non presenta controindicazioni ed effetti collaterali importanti, pertanto può essere utilizzata in sicurezza anche nelle popolazioni più fragili, nei polipatologici e nei pazienti in pluritrattamento farmacologico senza ulteriori implicazioni di sovraccarico ed interazioni iatrogene. Inoltre è ormai riconosciuta nell'AP la produzione ed il rilascio di neuro-mediatori con importanti effetti antalgici e sedativi, effetti che permangono anche dopo il termine del trattamento e che danno a questa terapia un connotato di trattamento a lungo termine. I risultati soddisfacenti conseguiti attraverso l'applicazione dell'AP in uno studio in aperto per il trattamento della stipsi, da noi precedentemente effettuato in una popolazione simile di anziani fragili, e soprattutto, i denunciati soggettivi miglioramenti della cenestesi e dello stato generale di senso del benessere riferiti dai pazienti stessi nel corso del trattamento, ci sono sembrati degni di ulteriori verifiche ed approfondimenti in questo campo dove il recepimento del benessere soggettivo e della qualità dello stato di salute e di vita sono spesso relegati ai margini delle cure.

Di basilare importanza comunque, per il raggiungimento di un risultato ottimale, risulta essere il corretto approccio diagnostico del quadro sindromico, trattandosi il dolore viscerale di un fenomeno compreso all'interno di una situazione clinica più vasta e complessa, cosicché, come sempre avviene, in MTC non si cura solo il sintomo in quanto tale bensì la persona nella sua interezza.

In effetti, possiamo considerare sinteticamente questi soggetti con un quadro di grave *deficit/vuoto di Qi*, associato a *deficit di Yang di Rene e Milza*, ma risulta evidente che trattare il dolore in questo caso non significa solo trattare il sintomo ma anche e soprattutto trattare il quadro sindromico che gli è proprio, determinando potenzialmente nel paziente un miglioramento di carattere generale.

Per questo studio abbiamo utilizzato la metodica di agopuntura classica che prevede l'infissione di aghi con metodica di tonificazione e l'utilizzo della moxibustione lungo diversi meridiani bilateralmente, negli agopunti presi in considerazione dal protocollo terapeutico impostato. Si cercherà di identificare, anche attraverso l'utilizzo di scale del dolore, se esistano benefici obiettabili, prendendo in considerazione anche l'indice di ritenzione allo studio ed una autovalutazione soggettiva di risposta al trattamento che, per il campo esplorato, ci sembra indispensabile, pur non essendo una scala statisticamente validata e validabile; inoltre, essendo nell'anziano fragile di cruciale importanza la valutazione dello stato funzionale, verrà preso in esame l'eventuale variazione delle *Activity Daily Living* (ADL) e delle *Instrumental Activity Daily Living* (IADL), poiché molto spesso un miglioramento dello stato di salute generale può esitare in un miglioramento dello stato funzionale complessivo della persona; e, nel caso di pazienti con deterioramento cognitivo, se esistano presupposti di riduzione dei disturbi del comportamento (Neuro Psychiatric Inventory-NPI), laddove molto spesso possono essere espressione mal recepita di disagio, dolore e sofferenza.

L'importanza di questo studio, oltre al trattamento tramite una metodica che apre nuovi orizzonti terapeutici anche nella popolazione più fragile, ha a nostro avviso la crucialità di sensibilizzare verso una tematica, quella della sofferenza e del dolore viscerale concomitanti alla cronicità, che da rassegnata presa di coscienza diventi un campo in cui operare e sviluppare nuovi percorsi di intervento per una popolazione di pazienti sempre più ampia.

## **QUARTA SESSIONE**



### ***AGOPUNTURA E MNC NEL DOLORE NEVRALGICO***

**CENTRO STUDI TERAPIE NATURALI E FISICHE  
A.M.I.A.R. - TORINO**

*Direttore: Dott. P.E. Quirico*

*Presidente Onorario: Prof. L. Roccia*

sito web: [www.Agopuntura.to.it](http://www.Agopuntura.to.it); e-mail: [info@Agopuntura.to.it](mailto:info@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 480 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**, pertanto i suoi corsi rilasciano 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, Discussione di casi clinici.

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

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

**Medicina Manuale:** Auricoloterapia, Posturologia, Occhio e Statica.

**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](mailto:info@Agopuntura.to.it)



VIII CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE PATOLOGIE DOLOROSE  
Torino, 5 aprile 2005\

## **L'Agopuntura nella nevralgia del trigemino**

***G. Lupi***

*Docente Scuola Agopuntura CSTNF, Torino*

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

La nevralgia del trigemino, che fa parte del gruppo delle patologie dolorose ad origine dai nervi cranici, è un disturbo algico facciale unilaterale caratterizzato da dolori di breve durata, lancinanti (tipo scossa elettrica) limitati al territorio di distribuzione di una o più branche del nervo (oftalmico, mascellare e mandibolare). Viene suddivisa in una forma idiopatica, nella quale non è possibile individuare una causa della patologia e in una forma secondaria o sintomatica dove il dolore è provocato da una lesione strutturale dimostrabile. Con l'affinarsi delle tecniche radiodiagnostiche e, di conseguenza, con la maggior possibilità di effettuare indagini sempre più approfondite, le forme idiopatiche stanno progressivamente diminuendo; di primaria importanza è ovviamente l'esclusione mediante anamnesi, esame fisico ed indagini strumentali specifiche, di altre cause di dolore facciale. Non bisogna dimenticare, infatti, che la nevralgia trigeminale non è una patologia frequente e molto spesso viene confusa con patologie dolorose della faccia quali la sindrome algico-disfunzionale dell'articolazione temporo-mandibolare, la sinusite o i dolori atipici del volto che hanno spesso un'eziologia vascolare.

Nella nevralgia trigeminale il dolore è spesso scatenato da stimoli comuni quali il lavarsi, il radersi, il fumare, il parlare e il lavarsi i denti, ma può anche presentarsi spontaneamente: tipicamente inizia e termina in modo brusco con attacchi parossistici di dolore facciale o frontale della durata variabile da pochi secondi a meno di due minuti con possibilità di fasi di remissione e recidive. La sintomatologia dolorosa è strettamente limitata alla distribuzione del nervo trigemino, di solito inizia a livello della branca mascellare o della branca mandibolare, interessando la guancia o il mento: in meno del 5% dei casi interessa la prima branca. Il dolore non è mai controlaterale, anche se può presentarsi bilateralmente nel 3-5% dei casi, spesso evoca spasmi riflessi della muscolatura facciale dal lato affetto (tic doloroso) e colpisce con maggior frequenza il sesso femminile al di sopra dei 50 anni di età. L'esplorazione chirurgica della fossa cranica posteriore, effettuata sempre più frequentemente, ha dimostrato, in molti casi, la

compressione della radice trigeminale da parte di vasi aberranti o tortuosi, neurinomi del nervo acustico, osteomi, aneurismi, angiomi ed aderenze. Recenti studi statistici hanno segnalato la presenza di compressione da parte di vasi sanguigni nell'80% dei casi, angiomi o tumori nel 6% e sclerosi multipla nel 6%.

Per quanto riguarda la patogenesi di questa affezione dolorosa è stato dimostrato che le crisi non dipendono dalla concentrazione delle endorfine e che nelle forme idiopatiche, a livello del Ganglio di Gasser, si riscontrano alterazioni istologiche non specifiche che rilevano una cronica deafferentazione parziale al nucleo bulbare del trigemino che risulta in uno stato di iperattività.

Le possibilità terapeutiche di questa patologia estremamente invalidante si dividono in tecniche neurolesive e tecniche conservative: delle prime fanno parte le chirurgiche, le termiche e le chimiche mentre nelle seconde troviamo i rimedi farmacologici, l'Agopuntura e la laserterapia. I trattamenti invasivi presentano un notevole numero di effetti collaterali e possibilità di recidive, per questo motivo non vengono utilizzati come trattamenti di prima scelta mentre la terapia farmacologica, che prevede l'uso di carbamazepina a dosi crescenti, è mal tollerata dai pazienti a causa dei tempi lunghi di somministrazione del farmaco e dei suoi possibili effetti collaterali.

Secondo la Medicina Tradizionale Cinese la nevralgia trigeminale può avere un'eziologia esterna, dovuta all'invasione di vento che ostacola il normale flusso del *Qi* e del Sangue nei canali, o un'eziologia interna. Quest'ultima, a sua volta, può dipendere da un eccesso di *Calore*, che tende a salire, a livello dei canali di *Stomaco* e *Fegato* o da un *vuoto* di *Yin* con conseguente *Calore da vuoto*.

La terapia con Agopuntura prevede l'utilizzo di punti locali, adiacenti e distali; i punti locali, che sono utilizzati monolateralmente, variano a seconda della branca colpita ed in particolare vengono utilizzati V 2, VB 14, TR 23, VB 1 per il ramo oftalmico, GI 20, S 2, IT 18, S 7, IT 19 per il ramo mascellare e S 6, S 5 e RM 24 nella mandibolare. I punti adiacenti (TR 17, VB 20 e DM 14) e i punti distali (arto superiore GI 4, TR 5, GI 11, P 7 e arto inferiore S 44, S 36) stimolati bilateralmente, non variano secondo la sede della nevralgia.

L'utilizzo dell'Agopuntura, soprattutto quella nei punti locali, richiede una particolare attenzione in quanto il paziente, durante le crisi dolorose, teme le manovre traumatiche ed in particolar modo l'infissione di aghi in prossimità dei punti *trigger* che potrebbero scatenare una crisi dolorosa. Verranno quindi illustrate, oltre al rationale dei punti, anche le tecniche di infissione e di stimolazione dei punti.



## L'Omeopatia nella nevralgia del trigemino

*Paolo Martra, Luisella Zanino*  
S.I.O.M.I.

La terapia omeopatica della nevralgia del trigemino ha lo scopo di ridurre la frequenza e l'intensità delle crisi dolorose e restituire al suo equilibrio l'intero sistema psiche-soma.

Per ottenere questo fa uso di rimedi altamente specifici che vengono scelti in base ad alcune linee guida che orientano sulla scelta terapeutica e vengono impiegate a seconda della loro importanza.

La prima di queste linee guida utilizza, come sempre in Omeopatia, i sintomi particolari e caratteristici ricavati dall'interrogatorio, vale a dire:

- la sensazione soggettiva del dolore riferita dal paziente con il suo linguaggio particolare e le caratteristiche modalità che lo accompagnano
- i sintomi caratteristici detti *general*, appartenenti di solito ad un altro organo/apparato, e i sintomi *mentali* appartenenti alla sfera psico-emotiva.

Per quanto riguarda la sensazione dolorosa, essa è espressione del vissuto emotivo profondo del paziente e fa riferimento, nel nostro caso, a due problematiche psico-emozionali principali, che, a loro volta, orienteranno verso una branca del nervo principalmente coinvolta o alla funzione sensitiva piuttosto che motoria.

La prima problematica è di *separazione* e coinvolgerà piuttosto le fibre sensitive. Come tale troverà espressione nel linguaggio individuale del paziente che riferirà il dolore come "fitta folgorante o scossa elettrica" ( ) come "piaga a vivo" ( ) come "dolore lancinante" o "perforante" ( ) come "dolore che intorpidisce" ( ).

Tali espressioni (ed altre) sono riconducibili ad un vissuto di *abbandono*, vale a dire alla perdita di un contatto affettivo o una separazione che produrrà un tipo di espressione verbale particolare cui corrispondono i relativi rimedi omeopatici.

Quando invece la sensazione non è ben caratterizzata lamentando il paziente solo un fortissimo dolore senza essere in grado di specificarlo altrimenti, l'Omeopatia ricerca le *modalità* caratteristiche che accompagnano questo dolore, vale a dire, quando, in che maniera e come si aggrava (o trae sollievo) il dolore.

La seconda problematica psicoemozionale è collegata ad un vissuto di *perdere la faccia* o *essere preso per uno stupido*, con un senso di auto svalutazione e rabbia nei confronti di un avvenimento che coinvolge il paziente e può a sua volta essere in relazione a due tipi di stress:

- non riesco a prendere o afferrare (in senso biologico) coinvolgendo il labbro superiore e il ramo mascellare
- non riesco a esprimere nel modo giusto coinvolgendo il labbro inferiore (e altre zone) e quindi il ramo mandibolare.

A questo punto la comprensione di questa seconda problematica e il suo utilizzo nella pratica terapeutica presuppone di introdurre il concetto di **causalità**.

Tale concetto in Omeopatia è inteso come il momento o l'avvenimento a partire dal quale il soggetto riconduce l'origine e l'inizio di questa problematica.

L'utilizzo della causalità diventa quindi l'altra **linea guida** nella scelta del rimedio e una volta estrapolata dal contesto ci permetterà di entrare nel vasto e affascinante mondo dei sintomi mentali (e generali).

In questa maniera il *perdere la faccia o essere stato preso per uno stupido* perché non ho potuto esprimermi o contraddire ci introduce ai rimedi aggravati dalla contraddizione ( ) o intolleranti alla contraddizione ( ), oppure con tendenza a contraddire ( ). Oppure *non ho potuto prendere-afferrare* (in senso biologico di aggredire il nemico) ci introduce ai rimedi di mordere o sotto la rubrica rabbia mordere per la rabbia ( ).

Essere preso per uno stupido rimanda ai rimedi di indignazione per essere preso in giro ( ), oppure ai rimedi di indignazione per non essere riusciti a controbattere o a difendersi da un'accusa e quindi ingiustizia subita ( ), indignazione con collera ( ), incomprensione ( ).

Infine, oltre a queste prime due linee guida nella scelta del rimedio, ne emerge un'altra sempre ricavata da un approfondito interrogatorio, che pone questa volta l'attenzione sui sintomi caratteristici del paziente trovati però in relazione a organi o apparati solo superficialmente non in relazione alla nevralgia trigeminale.

Ne sono un esempio il netto aggravamento dopo aver mangiato o un'ora dopo il pasto ( ), un netto aggravamento dopo aver bevuto alcolici ( ) oppure il vasto capitolo delle intolleranze alimentari e dei relativi rimedi ( ). In quest'ultimo caso la nevralgia trigeminale è correlata ad una disfunzione d'organo e in particolare una disfunzione digestiva con stomaco e cistifellea in primo piano.

Nell'uso pratico terapeutico si prescrivono pochi rimedi, (meglio uno solo), ma sovente ci si imbatte in una serie o sequenza di rimedi dati a distanza di tempo, come appunto può essere una serie logica e complementare. Tali rimedi si alternano l'uno all'altro per coprire al massimo la complessità della patologia e dell'essere umano.

Infine, un breve accenno alla letteratura scientifica omeopatica nei riguardi di questa patologia. Un solo lavoro: uno studio osservazionale comparso nel 2007 ad opera di medici omeopati e odontoiatri iraniani.

### **Bibliografia:**

Mojaver YN, Mosavi F, Mazaherinezhad A, Shahrदार A, Manshaee K. *Individualized homeopathic treatment of trigeminal neuralgia: an observational study*. Homeopathy. 2007 Apr;96(2):82-6.



VIII CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE PATOLOGIE DOLOROSE  
Torino, 5 aprile 2005\

## L'Agopuntura nella terapia della nevralgia post-herpetica (NPH)

**Marina Stefanetto, Anna Maria Burato**

*Sevizio di Anestesia e Rianimazione Ospedale Maggiore di Chieri, ASL 8, Torino*

### **Medicina Occidentale**

La NPH, ad oggi la più frequente e temuta complicanza della malattia da HZ, colpisce prevalentemente la popolazione anziana nella sesta-settima decade di vita con dolore neuropatico drammatico ed invalidante. Si localizza soprattutto al torace e alla branca oftalmica del trigemino. Data l'estrema difficoltà di trattamento, nonostante l'approccio terapeutico multimodale, risulta fondamentale prevenirne lo sviluppo mediante vaccinazione o terapia aggressiva e precoce del dolore associato all'HZ.

La NPH è una sindrome da deafferentazione con disestesia dolorosa e modificazioni anatomo-funzionali delle aree nervose lese.

Il quadro clinico si presenta con una nevralgia a distribuzione segmentaria che riflette l'interessamento dermatomero dell'originario HZ; dopo la guarigione del *rash* cutaneo nei dermatomeri coinvolti residuano alterazioni cutanee e dermatosi dolorose disestesiche per mesi o anni. Il dolore neuropatico viene trattato con farmaci Antidepressivi, Antiepilettici, Oppioidi, elettrostimolazione transcutanea (TENS), anestetici locali (che inducono il silenzio elettrico neuronale), soprattutto per via peridurale con risultati positivi, ma incostanti, anche a distanza di anni.

### **Medicina Tradizionale Cinese**

In MTC l'HZ si presenta come un attacco di *Vento-Calore-Umidità* nei meridiani di *Shaoyang, Taiyang e Yangming*.

L'eziologia riconosce fattori scatenanti esterni ed interni che agiscono su di un terreno predisposto, paziente anziano o immunocompromesso con deficit della *Weiqi*, che lo rendono più esposto agli attacchi dei patogeni esterni nonché alla loro persistenza ed approfondimento negli strati più interni. In particolare il soggetto anziano, che presenta un parafisiologico declino di *Jingqi* e *Yinqi*, tende alla trasformazione dei fattori patogeni in *Fuoco*.

L'evoluzione della malattia riconosce tre quadri clinici:

- *Vento-Calore (Fuoco di Fegato e Vescica Biliare)* - Fase prodromica
- *Calore-Umidità (Vuoto di Qi e di Yang della Milza)* - Fase conclamata
- *Stasi di Qi e Sangue* - Fase cronica e PHN

## ***Nevralgia post-herpetica***

Questa fase è caratterizzata da ecchimosi, aree discromiche o cicatriziali e da dolore fisso, lancinante, aggravato dalla pressione e più intenso nelle ore notturne (contatto con gli indumenti, con l'acqua), di tipo "elettrico" (dolore neuropatico in MO), che può persistere a distanza di mesi o anni dalla guarigione dell'HZ ed evolvere nel quadro della NPH.

Sono lesioni difficili da trattare con la sola AP; è indicato l'uso del martelletto a "fiore di pruno" associato alle coppette sulle lesioni scure, evitandone il sanguinamento. Le lesioni vengono circondate con aghi eventualmente elettrostimolati o in loro assenza si trattano in dispersione i punti *Ashi*, associando l'uso di punti distali lungo i Grandi Meridiani che attraversano i dermatomeri coinvolti.

*Lingua*: violacea, con petecchie o ecchimosi.

*Polso*: teso o aspro.

*Principio terapeutico*: riattivare la circolazione del sangue e rimuovere la stasi.

*Agopunti*: **BL 17, PC 6, LR 3, SP 6 e TE 6**

*Terreno predisponente*: debolezza dello *Zhengqi*: **ST 36, KI 3, KI 6, -BL 23, CV 4e GV 4** in tonificazione

L'Agopuntura nell'HZ in fase acuta e subacuta può risultare risolutiva sul dolore e soprattutto ridurre o evitare l'evoluzione verso la PHN, inoltre trattando la fragilità psico-organica migliora le capacità difensive e reattive dell'organismo. Una volta instauratesi le modificazioni neuronali anatomo-funzionali proprie della PHN il trattamento del dolore neuropatico risulta molto più difficile sia con la sola Agopuntura che con l'associazione di altre strategie terapeutiche.

## ***Evidenze Scientifiche***

In letteratura, la EBM privilegia l'approccio multimodale della MO; mentre scarseggiano, pur essendo fortemente auspicati, gli studi clinici randomizzati-controllati relativi all'utilizzo dell'AP. In numerosi *case reports* ad essa viene riconosciuto un ruolo indubbio nel miglioramento della sintomatologia dolorosa da PHN ma in associazione ad altre strategie terapeutiche, dato che trova conferma nella nostra esperienza ambulatoriale. Uno studio pilota (Bibl. 4) dimostra l'effetto positivo dell'AP nelle neuropatie periferiche non solo sulla sintomatologia ma anche sulla conduzione nervosa (parametro obiettivamente misurabile).

## ***Bibliografia***

1. **Rogers P.** *Acupuncture in the treatment of Herpes and Postherpetic neuralgia: a Bibliography.*The Med Acup Web Page. 1999.
2. **Volmink j, Lancaster T et al.** *Treatmnets for postherpetic neuralgia-a systematic review of randomized controlled trials.* Family practice vol 13; N1, 84-91 Oxford University Press 1996
3. **Wu B, Jiang CH et al.** *Treatment of residual neuralgia of HZ by ear point taping and pressing combined with acupoint-injection* Zhongguo Zhen Jiu, 2007 Nov; 27(11): 807-9
4. **Schröder S, Liepert J et al.** *Acupuncture treatment improves nerve conduction in peripheral neuropathy.* Eur J Neurol. 2007 Mar; 14(3):276-81
5. **Wang SM.** *Case report- An integrative approach for treating postherpetic neuralgia.* Pain Practice vol 7, issue 3:274-78, Sept.2007



VIII CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE PATOLOGIE DOLOROSE  
Torino, 5 aprile 2005\

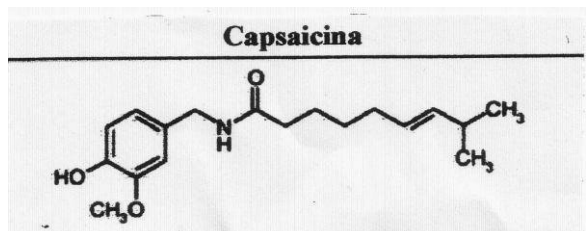
## Impiego della Capsaicina nella terapia della nevralgia trigeminale

**Giuseppe Denzio**

Docente Corso di Fitoterapia La Torre, Torino

Farmacista ASL 5, Collegno (TO)

La capsaicina è una sostanza presente nelle piante del genere *Capsicum*, appartenenti alla famiglia delle Solanacee, le specie più importanti sono il *C. annum* e il *C. frutescens*.



I composti caratteristici del *Capsicum* sono i capsacinoidi, contenuti in cellule specifiche del frutto. Il frutto è una bacca carnosa, nella cui regione pedunculare è presente un tessuto placentare bianco e spugnoso nel quale sono inseriti i semi. I capsacinoidi sono sintetizzati in ghiandole presenti sulla placenta. I semi localizzati su di essa tendono ad assorbire la capsaicina, risultando così piccanti. La sua formula chimica è stata determinata nel 1923 da Nelson e Dawson. E' un derivato di un acido grasso monoinsaturo. Capsaicina e capsacinoidi sono alcaloidi molto stabili e restano inalterati anche dopo cottura e congelamento.

I capsacinoidi non sono percepiti dall'uomo attraverso le papille gustative ma dai recettori delle innervazioni trigemine, localizzate nella bocca, nel naso, nello stomaco (Silver e Maruniak, 1981). Determinati neurotrasmettitori inducono la tipica sensazione di bruciore e calore. I metodi più usati per misurare la piccantezza sono il metodo di Scoville, in cui viene espressa in SU (Scoville Unit) e l'HPLC, espressa in unità ASTA, che permette un'analisi accurata dei tipi di capsacinoidi presenti.

La nevralgia trigeminale è caratterizzata da un dolore parossistico, a sede unilaterale, comunemente localizzato alla seconda e/o terza branca del trigemino. Nell'attacco acuto il paziente si agita in modo caratteristico, mentre il paziente emicranico tende a stare a riposo in un ambiente silenzioso e buio. L'utilizzo della capsaicina nella terapia del trigemino è ancora in fase di studio.

Come tutti i capsacinoidi, anche la capsaicina produce una sensazione di intenso bruciore sulle mucose compresa la bocca, dove passa in soluzione e stimola i recettori

VR1 (*vanilloid receptor type 1*), i quali attivano la proteina TRPV1 e danno origine ad una sensazione di bruciore intenso, il trattamento prolungato induce desensibilizzazione allo stimolo dolorifico. La capsaicina prima stimola, poi ostacola il rilascio della sostanza P, ritenuta il principale mediatore dei segnali dolorifici dalla periferia ai centri nervosi e blocca la conduzione dello stimolo doloroso nelle fibre nocicettive di tipo C1. La somministrazione topica, in studi recenti, di una crema allo 0.025% ha ridotto il dolore neuropatico nel 50 % dei casi, mentre una crema allo 0,075% ha ridotto il dolore nel 75 % dei pazienti. La durata minima del trattamento è stata di 4 settimane. La sensazione di bruciore indotta dalla capsaicina rende difficile la conduzione di studi in doppio cieco.

Un gruppo di ricercatori della Harvard Medical School e del Massachusetts General Hospital ha messo a punto un anestetico locale che agisce selettivamente sui neuroni che trasmettono i segnali dolorifici, mentre quelli finora usati incidono sull'eccitabilità di tutti i neuroni.<sup>1</sup> Il nuovo metodo impiega un derivato normalmente inattivo della lidocaina, il QX-314, perché a causa delle grosse dimensioni non riesce ad entrare all'interno dei neuroni per esercitare la propria azione di blocco del segnale dolorifico e la capsaicina che interferisce con una proteina di membrana, la TRPV1, presente solo sui neuroni del dolore. La TRPV1 forma un canale attraverso il quale le molecole possono entrare ed uscire dalla cellula, ma una specie di "ponte levatoio" ne blocca l'apertura. Il ponte si apre quando le cellule sono esposte al calore o alla capsaicina. Il QX-314, grazie all'azione della capsaicina, riesce a penetrare all'interno dei neuroni del dolore e bloccare le attività cellulari, mentre rimane fuori dagli altri tipi di neurone. Il farmaco, finora, è stato sperimentato solo su animali e sono dunque necessari ulteriori studi prima che il metodo possa essere considerato sicuro per l'uomo.

La capsaicina è un potente revulsivo e analgesico topico. La somministrazione locale provoca prima un dolore intenso, in seguito il trattamento prolungato induce una desensibilizzazione allo stimolo dolorifico. Le indicazioni terapeutiche comprendono: nevralgie, neuropatie diabetiche, osteoartriti, contusioni, distorsioni, ed in tutte le condizioni nelle quali trovano applicazione i revulsivi. Si usa la crema in concentrazione variabile dallo 0,025% allo 0,075% di principio attivo tre-quattro volte al giorno. Si possono verificare irritazioni locali con sensazione di bruciore, che scompaiono dopo i primi giorni di trattamento. Non applicare su cute lesa o infiammata. In caso di problemi può essere rimossa dalla cute con olio vegetale.

In Italia sono in commercio preparazioni topiche: Capsolin® pomata, Dolpyc gel®, Cerotto Bertelli®.

### **Bibliografia**

1. **Binshtok AM, Bruce PB, Clifford JW.** *Inhibition of nociceptor by TRPV1-mediated entry of impermeant sodium channel blockers.* Nature. 2007 Oct;449:607-10



***ENTI E REGIONI A CONFRONTO***  
***PERCORSI LEGISLATIVI IN MNC:***  
***REALTÀ E PROSPETTIVE***





VIII CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE PATOLOGIE DOLOROSE  
Torino, 5 aprile 2005\

## L'attività dell'AReSS nell'ambito delle Medicine non Convenzionali

**Mario Lombardo**

*Responsabile Area Programmazione e Organizzazione Aress Piemonte*

L'Agenzia ha avviato nell'autunno del 2006 il progetto "Medicine non Convenzionali", su mandato dell'Assessorato Tutela Salute e Sanità della Regione Piemonte.

La prima azione intrapresa è stata un attento lavoro di **benchmarking** svolto a livello nazionale: questi contatti preliminari con le Regioni italiane da tempo attive nel campo delle MnC sono confluiti nell'organizzazione di un momento di confronto interregionale, che ha coinvolto le regioni più attive sui temi delle MnC.

Il *workshop* ["Medicine non Convenzionali: altra opportunità per la salute. Regioni e Tecnici a confronto", 13 dicembre 2006] organizzato da AReSS in collaborazione con l'ASO OIRM/S.Anna di Torino, ha riunito per la prima volta in Piemonte, alla presenza della Presidente della Regione Prof.ssa Mercedes Bresso, Amministratori Regionali, Università, Ordini professionali, Medici di MnC, per confrontarsi sulle principali "questioni aperte" in tema di MnC: inserimento delle MnC nei Sistemi Sanitari Regionali, necessità di una normativa nazionale, percorsi formativi per Medici, validazione scientifica. Il quadro emerso ha evidenziato numerose difformità tra le realtà regionali, ma anche esperienze sul piano clinico, normativo e metodologico di grande interesse. Il workshop si è costituito sia come momento di verifica dell'attività di *benchmarking* realizzata da AReSS, sia come occasione utile a una articolazione più completa dell'intero progetto.

L'assenza di riferimenti normativi nazionali non ha impedito il diffondersi di attività, sperimentazioni e ricerche nei servizi sanitari regionali che hanno tuttavia impattato con questioni non risolvibili a livello locale. I temi della formazione professionale, della ricerca e dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), sono stati individuati come le priorità da affrontare quindi nel **Tavolo Interregionale MnC** presso la Commissione Salute, con l'intento di proporre la regolamentazione di questi percorsi con gli Assessorati alla Sanità regionali.

A partire dal 2007 l'AReSS Piemonte partecipa attivamente ai lavori del Gruppo Tecnico Interregionale, facendo qui confluire anche gli esiti dei confronti e delle esperienze espresse dai tre **Tavoli Tematici** istituiti dall'Agenzia nel gennaio 2007.

I Tavoli tematici riguardano Agopuntura, Omeopatia, Fitoterapia (le tre MnC indicate dal PSSR). Un quarto tavolo è invece dedicato alle altre MnC riconosciute dalla FNOMCeO.

Partecipano alle attività dei tavoli Medici - identificati fin dal 2006 come *stakeholders* delle diverse discipline di MnC - che esercitano in Piemonte la loro attività professionale e di ricerca e che - in numero rappresentativo - sono Membri della Commissione per le MnC dell'Ordine dei Medici della Provincia di Torino, attiva a partire dal 2000.

L'attività dei Tavoli si realizza in:

- raccordo con le realtà professionali delle MnC in Piemonte a livello nazionale (Scuole di Formazione, Società Scientifiche) con particolare attenzione agli aspetti dei percorsi formativi e della regolamentazione legislativa;
- aggiornamento dello “stato dell'arte” della ricerca scientifica nelle diverse discipline;
- partecipazione all'elaborazione di materiali per la documentazione e l'informazione;
- partecipazione all'elaborazione di progetti di ricerca;
- partecipazione all'elaborazione e validazione tecnico-scientifica di strumenti di indagine conoscitiva sulle MnC.

Le attività di osservazione e di monitoraggio affidate dal PSSR si sono concretizzate nella messa a punto e nella realizzazione dei **censimenti regionali**, per conoscere la situazione delle MnC nelle realtà piemontese nell'ambito pubblico.

Inoltre, “la realizzazione di un sistema di monitoraggio sistematico sulle MnC” – come indicato nel PSSR - si è concretizzata anche attraverso la costruzione del **Portale delle MnC**, strumento che:

- allinea la Regione Piemonte al livello delle Regioni italiane dove più consolidata è la realtà delle MnC;
- permette di entrare in comunicazione e in rapporti di scambio con i centri istituzionali a livello internazionale sulle MnC;
- costituisce il fondamentale strumento per l'aggiornamento e la raccolta dati, mettendo in rete tutte le realtà di MnC presenti sul territorio regionale (verranno pubblicati sul sito i risultati dei censimenti su MnC);
- offre ai cittadini la possibilità di accedere alle informazioni sulla situazione regionale, consentendo loro la partecipazione consapevole alle decisioni sulle soluzioni assistenziali più appropriate;
- permette ai cittadini di usufruire di informazioni corrette sulle MnC, utilizzando il sito regionale e i suoi *link* per accedere in modo facilitato a informazioni altrimenti di non immediato e agevole reperimento sul web.

Nel sito web sarà incluso anche il **Portale Giuridico delle MnC**, per l'analisi, l'aggiornamento e la ricerca nel campo delle realtà legislative regionali a disposizione di operatori, cittadini e decisori politici. La banca dati sarà interrogabile per argomento e consentirà di ricostruire i percorsi giuridici che vanno dall'approvazione delle leggi agli atti amministrativi che ne discendono. Questo strumento sarà a disposizione anche delle altre regioni, in un'ottica di reciprocità e di condivisione di conoscenze.

Accanto alla comunicazione sul web, le informazioni inerenti al progetto “Medicine non Convenzionali” vengono diffuse anche attraverso convegni, seminari e pubblicazioni cartacee.

## **Il Censimento Regionale delle attività di MnC nelle ASR**

*Simonetta Momo, Irene Giulia Cimma, Alberto Chiantaretto*

*Gruppo di lavoro Medicine non Convenzionali*

Sono stati identificati nel territorio Piemontese 24 servizi - localizzati in 8 ASL e 3 ASO - nell'ambito dei quali vengono erogate anche prestazioni di MnC (agopuntura, fitoterapia, omeopatia).

In 1 ASO e 5 ASL è attivo più di un servizio: generalmente servizi di terapia del dolore e servizi di riabilitazione.

L'attività di MnC viene svolta come attività istituzionale nella metà dei casi, mentre nell'altra metà si svolge per iniziativa di singoli professionisti. Unicamente nel 37.5% dei casi questa attività risulta però formalizzata con atti amministrativi aziendali (50% servizi che erogano MnC come attività istituzionale e 25% di quelli in cui la MnC è pratica di singoli professionisti).

L'accesso da parte dei pazienti è generalmente diretto (9 diretto e 8 sia diretto che con impegnativa medica); 7 servizi richiedono unicamente impegnativa medica.

In 2 servizi le prestazioni di MnC sono gratuite. Negli altri servizi è prevista una forma di pagamento: in 9 servizi ticket; in 11 ticket o prestazione intramoenia; in 2 prestazione intramoenia.

Per quanto riguarda gli orari, 3 servizi offrono un'attività estesa su tutta la settimana (lunedì-venerdì); 12 per due-tre giorni la settimana; 5 sono aperti per un giorno la settimana e 4 non danno indicazioni.

Rispetto a personale e formazione: 11 servizi indicano la presenza di un solo medico, in 10 servizi sono presenti 2 o più medici, 3 servizi non danno indicazioni sul personale. Il personale non medico è presente solo in 3 servizi.

Il 58.3% dei medici dichiara di aver effettuato corsi di formazione della durata di almeno 4 anni; in due casi la formazione è di 1-2 anni e non vengono fornite indicazioni in altri 4 casi.

Per quanto riguarda le MnC erogate e le patologie trattate:

16 servizi (66,7%) erogano esclusivamente prestazioni di agopuntura.

4 servizi (16.6%) praticano agopuntura unitamente all'omeopatia (3) o alla fitoterapia (1).

4 servizi erogano l'omeopatia, da sola (3) o associata alla fitoterapia (1).

Le patologie trattate con agopuntura sono prevalentemente di tipo neurologico e/o osteo-articolare (per il controllo o la risoluzione di sindromi dolorose - cefalee, nevralgie, dolori osteo-articolari).

Queste stesse patologie rappresentano la maggioranza della casistica anche per i servizi in cui l'agopuntura è associata ad altre MnC, mentre i 4 servizi che utilizzano solo MnC diverse dall'agopuntura, trattano anche disturbi respiratorio dermatologici di origine allergica o sintomatologie ansiose.

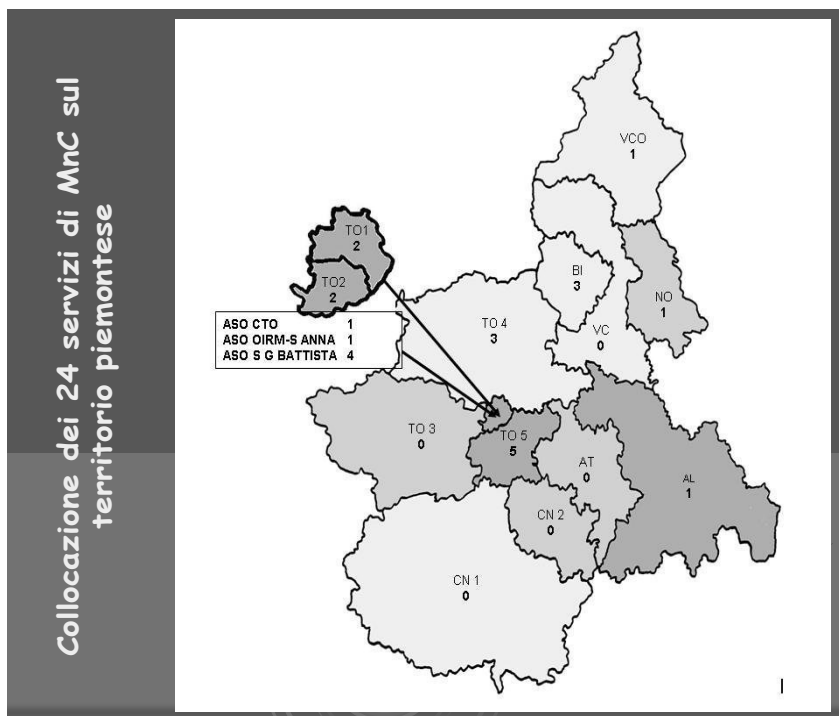
Rispetto al volume di attività per l'anno 2006, 8 servizi dichiarano di aver trattato almeno 100 pazienti (range 100-590): questi stessi 8 servizi hanno trattato il 77.4% dei 2358 pazienti visti dai servizi di MnC di tutta la Regione.

Si tratta di 3 dei 15 servizi che praticano esclusivamente l'agopuntura, di 2 dei 3 che utilizzano agopuntura + omeopatia, di 2 dei 3 che utilizzano esclusivamente l'omeopatia e del servizio che utilizza tutte queste tre le metodiche. Un servizio da solo ha trattato il 25% dei pazienti totali trattati con MnC in Piemonte.

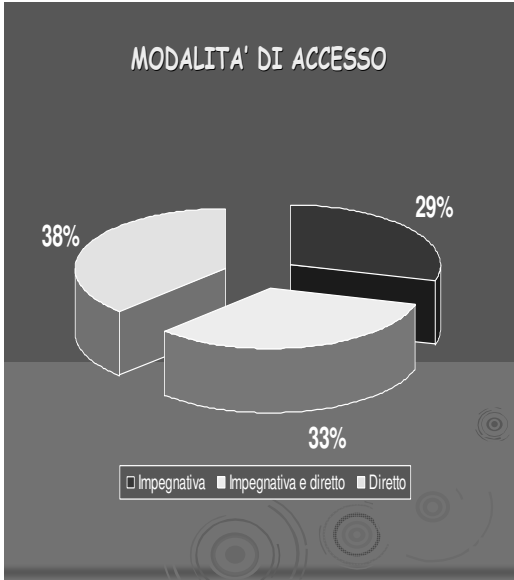
Sono stati identificati inoltre 7 centri per il trattamento del tabagismo, localizzati presso i SERT, che utilizzano l'agopuntura auricolare per controllare i sintomi da carenza di nicotina nei fumatori in trattamento. Trattandosi di una pratica rivolta a una tipologia di utenti molto specifica, che viene compresa in un percorso già ben definito da linee guida regionali di recente pubblicazione, questi servizi non sono stati inclusi nell'analisi dei dati.

### **Presentazione alle Aziende Sanitarie Regionali**

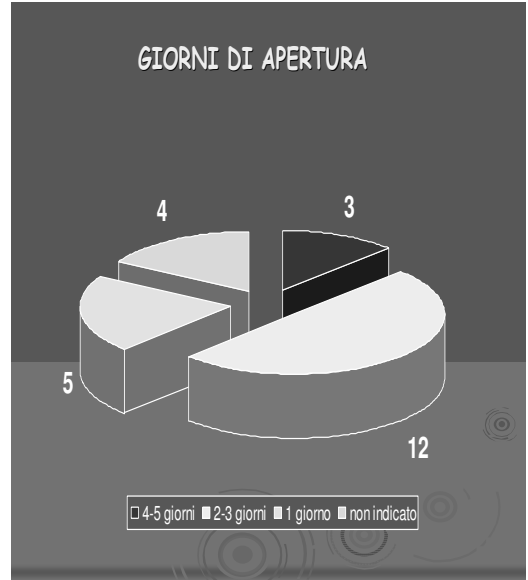
In data 26 febbraio 2008 è stata ufficialmente presentata alle ASR, l'elaborazione dei risultati del censimento. Riportiamo qui di seguito un estratto di "Le medicine non Convenzionali nelle Aziende Sanitarie Piemontesi - 2007" (ppt).



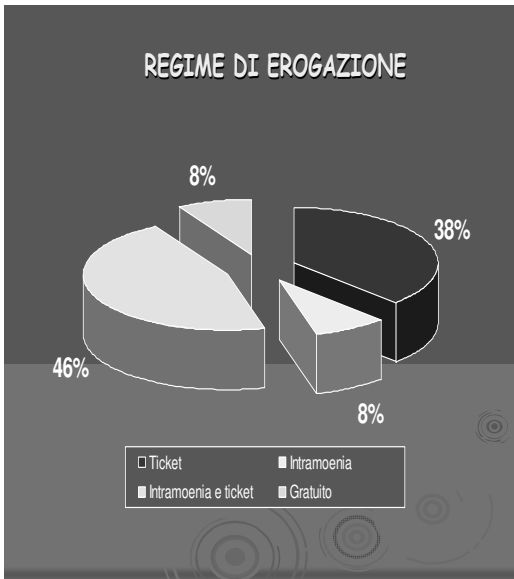
**Fig. 1.** Collocazione dei 24 servizi di MnC sul territorio piemontese



**Fig. 2. Modalità di accesso**



**Fig. 3. Giorni di apertura**



**Fig. 4. Regime di erogazione**

### FORMAZIONE MEDICI

Anni di formazione	Servizi
1-2 anni	8,3% (2)
3-4 anni	16,7% (4)
4 anni	45,8% (11)
> 4 anni	12,5% (3)
Non risponde	16,7% (4)

Totale servizi: 24

**Fig. 5. Formazione dei medici**

## VOLUME DI ATTIVITA' - ANNO 2006

24 SERVIZI 2358 PAZIENTI

MEDIA	107,2
MEDIANA	83
RANGE 0-100	5-590
RANGE 25-75	20-120

**Fig. 6.** Volume di attività anno 2006

## PROBLEMI TRATTATI COME UNICA ATTIVITÀ

8/24 servizi: **DOLORE**  
(OSTEO-ARTICOLARE, NEURALGIE, CEFALEA)

2/24 servizi: **PATOLOGIE OSTETRICO-GINECOLOGICHE**

2/24 servizi: **DISTURBI d'ANSIA**

1/24 servizi: **ALLERGIE**

11/24 servizi: **PIU' PATOLOGIE**

**Fig.7.** Problemi trattati come unica attività

## PROBLEMI TRATTATI non COME UNICA ATTIVITÀ

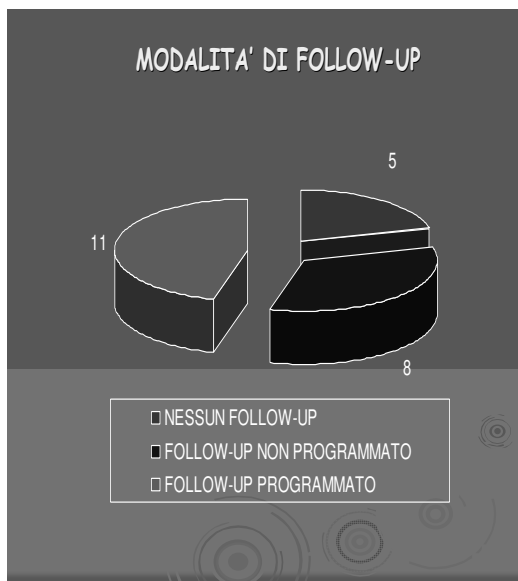
Patologie	Servizi
PATOLOGIE OSTEOARTICOLARI	16
PATOLOGIE NEUROLOGICHE	12
DISTURBI d'ANSIA	10
PATOLOGIE OSTETRICO-GINECOLOGICHE	7
PATOLOGIE ALLERGICHE	6
PATOLOGIE GASTROINTESTINALI	4
PATOLOGIE ENDOCRINE	3
PATOLOGIE DERMATOLOGICHE	2

**Fig.8.** Problemi trattati non come unica attività

## PROBLEMI TRATTATI

	Cefalea Dolori osteo-art.	Allergie	Disturbi d'ansia
AGOPUNTURA	15	1	
AGOPUNTURA + OMEOPATIA + FITOTERAPIA	3 (ago + omeo)		1 (ago + fito)
OMEOPATIA + FITOTERAPIA	2	1	1
%	83,3%	8,3%	8,3%

**Fig. 9.** Problemi trattati



**Fig.10.** Modalità di follow-up

UTILIZZO DELLE MnC IN PIEMONTE  
ULTIMI 3 ANNI

	UOMINI	DONNE
OMEOPATIA	8,0%	13,8%
MEDICINE MANUALI	7,3%	9,7%
AGOPUNTURA	2,3%	2,9%
FITOTERAPIA	3,5%	6,9%
ALMENO UNA MnC	15,4%	21,4%

ISTAT 2005. Costa G., Landriscina T

**Fig. 9.** Indagine Multiscopo ISTAT 2005

Dal confronto dei dati emersi dal **censimento AReSS** (pur con la potenziale incompletezza dell'indagine) con i risultati riferiti al **Piemonte dell'inchiesta Multiscopo ISTAT – 2005**, emerge la necessità di approfondire lo studio dell'apparente discrepanza tra **consumo di MnC da parte dei cittadini e offerta da parte del SSR**

**Fig.10.** Conclusioni

## ***Gli sviluppi del Progetto Nel 2008***

Il progetto, inserito nel Piano di attività e Spesa 2008, prevede - in continuità con le azioni avviate negli anni precedenti - i seguenti obiettivi:

- Favorire la corretta integrazione delle MnC con la medicina convenzionale garantita dal Servizio Sanitario Regionale e razionalizzazione di alcuni percorsi di salute;
- Formalizzare e diffondere i dati dei censimenti delle attività di MnC svolte dai MMG/PLS, a integrazione dei dati emersi dalla già conclusa mappatura delle ASR;
- Istituire un Osservatorio Regionale per le MnC con il compito di valutare, selezionare e valorizzare quelle pratiche che, per evidenza scientifica, possono essere sperimentate nell'ambito del SSR, in modo da garantire ai cittadini e ai medici la più ampia libertà di scelta terapeutica e il più alto livello di sicurezza e di corretta informazione;
- Promuovere studi, ricerche e sperimentazioni sull'efficacia delle MnC da parte di Enti, Istituzioni e Società Scientifiche di provata esperienza e competenza nel settore specifico, anche attraverso sinergie con altre regioni;
- Definire modalità e strumenti di comunicazione/informazione, accessibili sia al professionista che al cittadino, al fine di perseguire la diffusione della cultura in materia di MnC e la tutela della sicurezza del cittadino (costruzione del " Portale delle MnC");
- Proseguire l'attività di coordinamento e confronto con le altre Regioni – Tavolo Interregionale - per la definizione di percorsi condivisi a livello nazionale.

## ***La proposta piemontese nell'ambito dei lavori del Tavolo Interregionale sulle MnC***

Il tavolo Tecnico Interregionale ha condiviso ed approvato un'agenda di lavoro con argomenti definiti prioritari, da sottoporre alla valutazione degli Assessori regionali alla Salute e alla Conferenza Stato Regioni.

I temi definiti basilari e scelti per iniziare l'attività sono stati :

- la definizione dei percorsi formativi e di accreditamento dei professionisti e delle scuole di formazione per facilitare l'individuazione di profili professionali comuni in ambito nazionale;
- la ricerca sull'efficacia delle terapie di MnC e sulla appropriatezza di un loro uso integrato nei processi assistenziali offerti dal SSN;
- la valutazione della fattibilità dell'inserimento nei LEA nazionali e nelle linee guida diagnostico terapeutiche dei trattamenti di MnC.
- AReSS ritiene indispensabile il coordinamento di tutte le differenti realtà regionali, da realizzare, più ancora e prima che su linee condivise, attraverso una metodologia attuativa "sostenibile".
- la condivisione del lavoro trova la sua dimensione realizzativa nell'utilizzo di sistemi informatici che vedono nella realizzazione di un Portale Nazionale sulle MnC lo strumento che meglio risponde a:

- il coordinamento dei lavori delle singole Regioni;
- la condivisione dei risultati (indagini conoscitive, modalità attuative, ricerche, percorsi legislativi);
- l'informazione ai cittadini a livello sovraregionale.
- la realizzazione di una rete telematica dedicata (Intranet), che permette la connessione in tempo reale tra tutti i punti della rete costituiti dai vari centri di attività regionali, consentirà:
- la condivisione delle metodologie di raccolta dati (si propone la metodologia telematica di rilevazione utilizzata da Aress Piemonte per i censimenti MnC, che consente il rispetto degli standard della ricerca epidemiologica, la condivisione dei risultati, la fruibilità pubblica sul portale web);
- la corretta informazione tecnico-scientifica (connessione con banche dati e Medline).

Infine, la realizzazione del **Portale Giuridico Nazionale delle MnC**, indispensabile per l'analisi, consentirà l'aggiornamento e la ricerca nel campo delle realtà legislative regionali in materia di MnC a disposizione di operatori, cittadini e decisori politici.

Il Portale Giuridico Nazionale sarà interrogabile per argomento e consentirà di ricostruire i percorsi giuridici che vanno dall'approvazione delle leggi agli atti amministrativi che ne discendono.

La proposta si pone quindi non come alternativa alle attività delle singole regioni (i cui siti sono i punti fondamentali e irrinunciabili della rete MnC), quanto piuttosto come creazione di uno strumento condiviso che consenta armonizzazione degli interventi e coordinamento nelle scelte attuative.