

IX CONVEGNO A.M.I.A.R.

**AGOPUNTURA E MNC NEI DISTURBI
DELL'ETÀ MATURA E DELLA SENILITÀ**

ARESS

**L'INTEGRAZIONE DELLE M_nC:
LE SCELTE ISTITUZIONALI DEL SSR**

Torino, 4 Aprile 2009



a cura di:

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

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



IX Convegno AMIAR
Agopuntura e MnC
nei disturbi dell'età matura e della senilità



**L'integrazione delle MnC:
le scelte istituzionali del SSR**

Presidenti:

M. Lombardo, P.E. Quirico

Segreteria scientifica:

G.B. Allais, M. Grandi, G. Lupi, A. Magnetti, F. Mautino, 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 - sito web: www.agopuntura.to.it

Patrocini:

Regione Piemonte

Città di Torino

Ordine dei Medici di Torino

FISA - Federazione Italiana delle Società di Agopuntura

FIAMO - Federazione Italiana Associazioni Medici Omeopati

SIOMI - Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata

SIRAA - Società Italiana Riflessoterapia, Agopuntura, Auricoloterapia

CIEF - Corporazione Italiana di Etnofarmacologia e Fitoterapia

ROI - Registro degli Osteopati d'Italia

SIMO - Società Italiana di Medicina Omeopatica



IX Convegno AMIAR Agopuntura e MnC nei disturbi dell'età matura e della senilità

La nona edizione del Convegno AMIAR, organizzata in collaborazione con AReSS, l'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari del Piemonte, comprende quattro sessioni, delle quali tre a carattere scientifico, curate dall'AMIAR, ed una di carattere politico-istituzionale, organizzata dall'AreSS.

*“**Agopuntura e MnC nei disturbi dell'età matura e della senilità**” 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” a questa problematica, che l'allungamento della vita media ha reso più che mai attuale.*

Questi disturbi, che nella donna iniziano con il climaterio, proseguono, mutando caratteristiche ed intensità, per tutta la terza età, spesso deteriorando in modo significativo la qualità della vita, anche se spesso non incidono sulla sua durata.

La medicalizzazione dei pazienti sofferenti di tali patologie presenta costi elevati sia dal punto di vista della loro salute, considerando gli effetti indesiderati e le interazioni delle terapie farmacologiche, che da quello economico, per la loro incidenza sulla spesa sanitaria.

Per ovviare a questi inconvenienti attualmente si punta molto sulla Medicina Preventiva, che si rivela assai efficace per quanto riguarda la correzione dello stile di vita e le abitudini alimentari, ma che offre scarse soluzioni in ambito farmacologico. La lunga durata delle terapie e la considerazione che l'anziano è comunque un paziente fragile, nel quale la terapia farmacologica deve sempre essere limitata alle situazioni in cui è veramente indispensabile, rende consigliabile un approccio dolce, personalizzato e non invasivo. L'Agopuntura e le altre Medicine non Convenzionali, in virtù di queste loro specifiche caratteristiche e dei loro costi limitati, costituiscono un'importante opportunità da cogliere sia per i cittadini, che per il Servizio Sanitario pubblico, che si trova sempre più frequentemente a fronteggiare situazioni cui non riesce a fornire adeguate risposte.

Tre sessioni congressuali sono dedicate all'esposizione dei protocolli terapeutici e delle evidenze cliniche e sperimentali di Agopuntura e MnC nella patologie dell'età matura e della senilità. Tra le varie tematiche trattate emergono temi di estremo interesse clinico, quali: la terapia della sindrome climaterica, dei disturbi cognitivi e dell'insonnia dell'anziano, delle ulcere da decubito e dell'incontinenza urinaria. Ampio spazio sarà inoltre riservato alla tematica della prevenzione dei disturbi della terza età tramite Agopuntura e MnC.

*La seconda sessione ospiterà la **Tavola Rotonda AReSS**, nel corso della quale verranno illustrate le scelte del Governo regionale del Piemonte nel campo della MnC. Saranno affrontate in particolare le tematiche inerenti il Coordinamento per le MnC e verrà presentato il Portale delle Medicine non Convenzionali, realizzato nel 2008 dall'AReSS.*

É previsto l'intervento dei più qualificati rappresentanti del mondo politico ed istituzionale regionale.

PROGRAMMA DEI LAVORI

Ore 09,00

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

A. Bianco

Ore 09,20

Sessione I

Moderatori: C. Benedetto, P.E. Quirico

L'attività della FISA in Italia ed a livello internazionale

C. Giovanardi

Invecchiamento e malattie croniche: necessità di una integrazione tra cura e prevenzione

C. Senore

Agopuntura e Medicina Cinese nei disturbi dell'età matura e della senilità

P.E. Quirico

Efficacia del Gingkolide B nell'invecchiamento cerebrale

G. D'Andrea

L'Agopuntura nel climaterio

G. Allais

Menopausa: un passaggio inevitabile. Omeopatia: un aiuto efficace e rispettoso

L. Zanino

Discussione

Ore 11,30: Break

Ore 11,45

Sessione II - Tavola Rotonda ARESS

L'integrazione delle MnC: le scelte istituzionali del SSR

Moderatore: M. Lombardo

Discussione

Ore 13,15: Break

Ore 14,30

Sessione III

Moderatori: G.B. Allais, A. Rebuffi

Resveratrolo: il fattore longevità

A. Bianchi

L'Agopuntura nelle patologie dell'anziano

G. Lupi

Trattamento in Agopuntura delle reumatoartropatie dell'anziano: l'esperienza decennale del poliambulatorio Montebello dell'ASL di Bologna

S. Sarafianos

La prevenzione dell'invecchiamento attraverso l'impiego della Medicina Omeopatica

A. Magnetti

Piante: neurotrasmettitori guardiani della memoria

M. Grandi

Discussione

Ore 16,25: Break

Ore 16,40

Sessione IV

Moderatori: G. Lupi, M. Grandi

L'osteopatia nell'anziano: indicazioni, metodiche e limiti

F. Mautino

L'impiego dell'Agopuntura e dell'Acupressione nel trattamento dell'insonnia dell'anziano

M. Simoncini

L'Agopuntura nel trattamento delle ulcere da decubito

F. Russo

Il trattamento con Agopuntura dei disturbi dell'anziano nella letteratura scientifica dal 2003 al 2007

D. Dongu

Discussione

Ore 18,15

Compilazione del questionario ECM

Relatori e Moderatori:

Dott. Giovanni Battista Allais

Responsabile Serv. Agopuntura in Ginecologia ed Ostetricia, Università di Torino - Presidente SIRAA

Prof.ssa Chiara Benedetto

Direttore Dipartimento Ostetricia e Ginecologia, Università di Torino

Dott. Antonio Bianchi

Responsabile scientifico Renaco

Dott. Amedeo Bianco

Presidente FNOMCeO e dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri di Torino

Dott. Giovanni D'Andrea

CRIC - Centro Regionale Veneto per lo studio e cura dell'Invecchiamento Cerebrale

Dott.ssa Doriana Dongu

Dirigente Medico SCU Anestesia, Osp. S. Luigi Gonzaga, Orbassano (TO)

Dott. Carlo Maria Giovanardi

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

Dott. Maurizio Grandi

Direttore Centro La Torre, Torino

Dott. Mario Lombardo

Responsabile Area Organizzazione e Programmazione ARESS Piemonte

Dott. Giuseppe Lupi

Docente Scuola Agopuntura CSTNF, Torino

Dott. Alberto Magnetti

Direttore Didattico Istituto Omiopatico Italiano 1883, Torino

Dott. Fulvio Mautino

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

Dott. Piero Ettore Quirico

Presidente AMIAR - Direttore Scuola Agopuntura CSTNF, Torino - Segretario Nazionale FISA

Dott.ssa Armida Rebuffi

Direttore Dipartimento Formazione FIAMO

Dott.ssa Fabrizia Russo

Geriatra S.C. Riabilitazione Ospedale Cottolengo, Torino

Dott. Sotiri Sarafianos

Scuola Italo-Cinese di Agopuntura AMAB, Bologna

Dott. Carlo Senore

Epidemiologo, CPO Piemonte, Torino

Dott.ssa Mara Simoncini

Geriatra, Dip. Lung'Assistenza e Anziani, Ospedale Martini, ASL TO1, Torino

Dott.ssa Luisella Zanino

Consigliere Nazionale SIOMI - Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata

L'integrazione delle MnC: le scelte istituzionali del SSR

In concomitanza del IX Convegno A.M.I.A.R. (Associazione Medica per l'Insegnamento dell'Agopuntura e delle Riflessoterapie) dal titolo "Agopuntura e MnC nei disturbi dell'età matura e della senilità", 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, dalla Conferenza Stato-Regioni, 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 questo caso si intende approfondire il tema della regolamentazione delle MnC nei modi in cui le Regioni lo hanno affrontato, senza trascurare una riflessione sui lavori in atto alle Camere per una norma nazionale. In particolare, si focalizzerà il lavoro svolto dalla Regione Toscana e l'impianto giuridico adottato, nell'intento di una prefigurazione di percorsi normativi che vedano le Regioni uniformemente impegnate nel garantire il diritto alla salute. Per la circostanza i relatori della Tavola Rotonda rappresentano i luoghi delle istituzioni regionali deputati alla regolamentazione: Consiglio Regionale, Commissioni Sanità e Assessorati. Si ringraziano, già fin d'ora, l'Assessore alla Sanità Regione Piemonte dott.ssa Eleonora Artesio, i Consiglieri della Regione Piemonte dott. Stefano Lepri e dott. Enrico Moriconi, in rappresentanza del Consiglio della Regione Toscana il dott. Fabio Roggiolani, e la Coordinatrice Rete MnC Regione Toscana dott.ssa Sonia Baccetti.

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

*Mario Lombardo
MnC AReSS Piemonte*

PROGRAMMA DEI LAVORI

Ore 11.45

Tavola rotonda:

Medicine non Convenzionali: proposte legislative nazionali o regionali?

Saluti:

Piero Ettore Quirico - Presidente AMIAR

Moderatore:

Mario Lombardo - AReSS Piemonte

Partecipanti:

Eleonora Artesio

Assessore alla Sanità Regione Piemonte

Stefano Lepri

Consigliere Regione Piemonte

Enrico Moriconi

Consigliere Regione Piemonte

Fabio Roggiolani

Consigliere Regione Toscana

Sonia Baccetti

Coordinatrice Gruppo Tecnico Interregionale sulle MnC, Responsabile Rete Toscana di Medicina Integrata

Carlo Maria Giovanardi

Presidente FISA - Federazione Italiana delle Società di Agopuntura

INDICE

SESSIONE I

L'attività della FISA nell'ambito della Formazione in Agopuntura C.M. Giovanardi	<i>pag. 15</i>
Invecchiamento e malattie croniche: necessità di una integrazione tra cura e prevenzione C. Senore	<i>pag. 17</i>
Agopuntura e Medicina Cinese nei disturbi dell'età matura e della senilità P.E. Quirico	<i>pag. 21</i>
Efficacia del Gingkolide B nell'invecchiamento cerebrale G. D'Andrea	<i>pag. 25</i>
L'Agopuntura nel climaterio G. Allais, G. Airola, P. Borgogno, I. Castagnoli Gabellari, M. Minuto, S. Rolando, P. Schiapparelli, M.G. Terzi, P.E. Quirico e C. Benedetto.....	<i>pag. 27</i>
Menopausa: un passaggio inevitabile. Omeopatia: un aiuto efficace e rispettoso L. Zanino	<i>pag. 29</i>

SESSIONE II

AReSS L'integrazione delle MnC: le scelte istituzionali del SSR M. Lombardo, A. Chiantaretto, I.G. Cimma, S. Momo	<i>pag. 33</i>
---	----------------

SESSIONE III

Resveratrolo: il fattore longevità

A. Bianchi..... pag. 37

L'Agopuntura nelle patologie dell'anziano

G. Lupi, M. Cormio..... pag. 39

Trattamento in Agopuntura delle reumoartropatie dell'anziano: l'esperienza decennale del poliambulatorio Montebello dell'ASL di Bologna

S. Sarafianos, U. Mazzanti pag. 41

La prevenzione dell'invecchiamento attraverso l'impiego della Medicina Omeopatica

A. Magnetti..... pag. 45

Piante: neurotrasmettitori guardiani della memoria

M. Grandi pag. 47

SESSIONE IV

L'Osteopatia nell'anziano: indicazioni, metodiche e limiti

F. Mautino pag. 51

L'impiego dell'Agopuntura e dell'Acupressione nel trattamento dell'insonnia dell'anziano

M. Simoncini, S. Balla, Z. Serfozoov, P.E. Quirico, L.M. Pernigotti pag. 53

L'Agopuntura nel trattamento delle ulcere da decubito

F. Russo pag. 55

Il trattamento con Agopuntura dei disturbi dell'anziano nella letteratura scientifica dal 2003 al 2007

D. Dongu pag. 57

Atti del convegno



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 - info@consulteamsas.com



SESSIONE I



IX CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE
NEI DISTURBI DELL'ETÀ MATURA E DELLA SENILITÀ
Torino, 4 aprile 2009

L'attività della FISA in Italia ed a livello internazionale

Carlo Maria Giovanardi

Presidente FISA - Federazione Italiana Società Agopuntura

Direttore Scuola Italo Cinese di Agopuntura AMAB, Bologna

Negli ultimi due anni dal punto di vista legislativo non si sono registrate novità di rilievo per quanto riguarda l'approvazione di una legge che regolamenti le MnC e quindi anche l'Agopuntura.

Nonostante l'entrata in vigore del Decreto Bersani sulla Pubblicità Sanitaria nel 2007 abbia permesso al medico agopuntore di pubblicizzare la propria attività, diritto fino allora negato dalle leggi vigenti, nulla è stato fatto per definire il profilo professionale di chi pratica l'Agopuntura.

A livello internazionale la Federazione Italiana delle Società di Agopuntura (FISA) ha cercato di attivare collaborazioni con le principali realtà associative europee ed extra-europee.

Il panorama europeo è estremamente disomogeneo e così riassumibile: enorme diffusione della pratica dell'Agopuntura da parte di non laureati in Medicina e Chirurgia, forte presenza di medici di provenienza cinese in particolare in Gran Bretagna, Francia e Germania, grande frammentazione delle associazioni che praticano l'Agopuntura e grosse differenze da Paese a Paese.

In tale contesto la FISA ha individuato nel PEFOTS (Pan European Federation of Traditional Chinese Medicine Societies <http://www.pefots.com/cms/>) l'interlocutore più credibile e rappresentativo della realtà europea.

Scopo del PEFOTS è quello di promuovere la cooperazione tra le varie Associazioni europee, stabilire rapporti con i governi e le autorità sanitarie europei e promuovere una legislazione a livello europeo nel campo della MTC.

Il PEFOTS mantiene inoltre strette relazioni con le Autorità cinesi, riconosce ed accetta le legislazioni particolari vigenti nei singoli Paesi. Per questi ulteriori motivi abbiamo deciso di sostenerlo. In tale ambito abbiamo ribadito con fermezza la posizione della FISA secondo la quale è inderogabile che la pratica dell'Agopuntura sia riservata ai soli laureati in Medicina e Chirurgia, così come è previsto nel nostro Paese.

Forse ad alcuni questo fatto può sembrare ormai assodato, ma non è così: il crescente peso politico ed economico della Cina sta diventando sempre più un'arma di convincimento e di pressione sui paesi europei, nell'ambito delle contrattazioni economiche e degli scambi culturali-scientifici.

Simile alla situazione europea è quella extraeuropea. Vi sono Paesi in cui la pratica dell'Agopuntura è appannaggio della classe medica e altri dove invece è maggiormente diffusa tra i non laureati in medicina.

A livello extraeuropeo i rapporti sono stati stretti con la WFCMS (World Federation of Chinese Medicine Societies <http://www.wfcms.org/english/>).

La WFCMS è un'organizzazione internazionale no-profit formata da Associazioni, Colleges e Università di MTC. Tra gli obiettivi della Federazione ricordiamo i seguenti:

- la cooperazione tra le varie Associazioni che operano nel campo della MTC
- la promozione degli scambi accademici tra i paese aderenti
- favorire l'introduzione della MTC nei sistemi sanitari dei vari Paesi.

La WFCMS ha rapporti diretti con le istituzioni governative cinesi; l'attuale Presidente, la Prof.ssa She Jing, ha infatti ricoperto negli anni recenti i ruoli di Vice Ministro della Sanità Cinese e di Direttore Generale della State Administration of China.

La FISA attualmente ha la vice presidenza sia del PEFOTS che della WFCMS.

Per quanto riguarda l'Italia, recentemente la FISA è stata invitata dall'Istituto Superiore di Sanità a disegnare e partecipare a un protocollo sull'utilizzo dell'Agopuntura per ridurre la nausea e il vomito da chemioterapia.



IX CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE
NEI DISTURBI DELL'ETÀ MATURA E DELLA SENILITÀ
Torino, 4 aprile 2009

Invecchiamento e malattie croniche: necessità di una integrazione tra cura e prevenzione

Carlo Senore

Epidemiologo, CPO Piemonte, Torino

Anche in Italia, come in altri paesi occidentali, la speranza di vita alla nascita è aumentata in modo consistente nell'ultimo secolo: sono stati guadagnati 34 anni per gli uomini e 40 anni per le donne. Negli ultimi 30 anni l'aumento è stato di 7-8 anni (Desimoni 2005). Il miglioramento negli ultimi decenni riguarda in misura maggiore l'età adulta e anziana. Le cause di morte per cui si è osservato un andamento più favorevole sono: le malattie cardio-circolatorie (riduzione media di mortalità del 45% tra gli uomini e del 55% tra le donne), le malattie respiratorie e le malattie dell'apparato digerente, grazie al controllo di fattori di rischio ambientali e comportamentali.

I tumori sono ancora in crescita nelle età più anziane, mentre mostrano una tendenza alla riduzione nell'età adulta, per l'effetto combinato del controllo di fattori di rischio (primo fra tutti il fumo) e per l'estensione, per i tumori più frequenti, di interventi di prevenzione efficaci.

Per le malattie cardiovascolari, grazie ad un maggiore controllo di alcuni fattori di rischio, si è determinata una riduzione dei tassi di incidenza, mentre il miglioramento delle terapie ha determinato un declino della mortalità (Tunstall-Pedoe 1999). Si stima che questi due fenomeni contribuiscano, almeno in Italia, in maniera uguale ai trend osservati.

La situazione demografica mostra un progressivo invecchiamento della popolazione, con un impatto sulla salute che si evidenzia su numerose dimensioni (Costa 2006). Considerando la morbosità, il processo di invecchiamento della popolazione tende a

produrre un aumento della prevalenza di condizioni morbose croniche meritevoli di trattamento sanitario. I dati dello studio longitudinale italiano ILSA (Baldereschi 2006), indicano che nel decennio 1992-2002 si è verificato negli ultra-settantacinquenni un aumento degli infarti (+26%), dell'ipertensione (+11%) del diabete (+45%) dell'ictus (+8%) e delle demenze (+8%); nello stesso periodo lo studio segnala un aumento nella stessa fascia di età della disabilità grave che passa dal 4% all'8%. L'invecchiamento si associa anche ad un cambiamento epidemiologico (Vergani 2007): il 40-50% delle persone con più di 65 anni presenta più di una patologia cronica e alla pluri-patologia si associa la pluri-farmacologia, che frequentemente causa eventi avversi per la diversa cinetica dei farmaci negli anziani.

Questi dati sembrano sostenere l'opinione corrente secondo cui l'invecchiamento della popolazione indurrebbe un aumento del fabbisogno di salute e di assistenza. I risultati delle ultime tre indagini campionarie ISTAT sullo stato di salute della popolazione, che coprono il periodo dal 1994 al 2005 (Sebastiani 2007), forniscono indicazioni che permettono di definire un quadro più complesso. La quota di anziani che dichiara una disabilità scende infatti in questo periodo del 21,7% al 18,8% e questa diminuzione si verifica soprattutto tra le persone di età compresa tra 65 e 74 anni. La speranza di vita libera da disabilità tra le persone di 65 anni sale da 14,9 a 16 anni per le donne e da 13,6 a 15,2 per gli uomini. Questi dati sembrano indicare che gli effetti del progressivo invecchiamento della popolazione potrebbero essere contrastati grazie agli effetti dilazionanti del miglioramento delle abitudini di vita delle nuove generazioni.

Il paradigma della compressione di malattia, presentato come ipotesi fin dagli anni 80, ipotizza che il carico di malattie croniche nella popolazione potrebbe essere ridotto, se all'aumento della durata della vita corrispondesse uno spostamento verso le età più anziane dell'insorgenza delle principali malattie croniche in una misura superiore all'allungamento dell'attesa di vita (Fries 2003). I dati dell'indagine sullo stato di salute della popolazione degli Stati Uniti sembrano supportare questa ipotesi, rilevando una riduzione costante, dal 1982 al 1999 della quota di popolazione anziana che dichiara di soffrire di una disabilità.

Le abitudini di vita hanno un'influenza pronunciata sul rischio di malattia e disabilità nell'età anziana. I dati di uno studio longitudinale condotto sui medici inglesi mostrano una riduzione di 10 anni dell'aspettativa di vita dei fumatori rispetto ai non fumatori (Doll 2004). Per quanto riguarda l'influenza dell'attività fisica, secondo stime dell'OMS all'inattività si potrebbero attribuire il 6% dei decessi e il 3% del carico globale di malattia, sia tra gli uomini che tra le donne. Analogamente al sovrappeso vengono attribuiti il 10% dei decessi e il 7% del carico di malattia tra gli uomini; per le donne queste proporzioni sono rispettivamente del 12% e del 7%. Una riduzione di questi fattori di rischio si associa ad un spostamento dell'età di insorgenza di disabilità, che risulta posticipata di oltre 10 anni (Yita 1999, Wang 2002).

I trend descritti hanno un impatto significativo sui costi. La spesa sanitaria cresce con l'età: la spesa media nella fascia di età 79-94 anni risulta 4 volte superiore rispetto a quella della fascia 4-54 anni (Costa 2006). E' quindi convinzione diffusa che il crescente invecchiamento della popolazione creerà seri problemi di sostenibilità del SSN. In realtà occorre considerare che i costi non dipendono tanto dall'età, ma dalla prevalenza di malattia e dalla frequenza dei decessi nelle diverse età. I costi dell'ultimo anno di vita sono ad esempio inferiori per l'anziano e, per molte malattie, i costi sono comparabili qualunque sia l'età di insorgenza. Vi sono stime che indicano come lo spostamento dell'insorgenza delle malattie in età più avanzata lascerebbe inalterati o diminuirebbe i costi della sanità (Cislaghi 2007). Altri fattori come l'introduzione e l'utilizzo sempre più diffuso delle nuove tecnologie (prevalentemente orientate a settori di popolazione non anziana), o le scelte organizzative, hanno probabilmente un maggiore impatto sui costi.

La pluripatologia cronica richiede un ripensamento organizzativo e la preparazione di figure professionali aperte alla medicina della complessità. Due esempi sono le unità geriatriche multidisciplinari e la gestione della rete di cure palliative (assistenza domiciliare e hospice). Pazienti anziani trattati per patologie acute in unità geriatriche multidisciplinari hanno un minor rischio di declino funzionale alla dimissione e una maggiore probabilità di rientrare alla propria abitazione rispetto a pazienti nelle stesse condizioni trattati in reparti di medicina, senza un aumento dei costi o della mortalità (Baztan 2009). Una recente indagine condotta nella Regione Veneto (Bonetti 2008)

mostra come sia possibile raggiungere gli standard nazionali attesi per l'assistenza ai malati oncologici terminali, attraverso un processo di riconversione dei costi sostenuti per i soli ricoveri negli ultimi 90 giorni di vita, superando condizioni di inappropriata clinica, assistenziale, economica e soprattutto umana.

Una gestione sostenibile dei problemi di salute legati all'invecchiamento richiede quindi un approccio basato su trattamenti che abbiano una minore frequenza di effetti collaterali, che sfruttino e favoriscano l'utilizzo delle risorse del paziente per mantenere ed eventualmente migliorare la propria salute. Occorre infine considerare che l'impatto della malattia è determinato non solo dalle caratteristiche e dalle abitudini del soggetto. I dati della survey sullo stato di salute (ISTAT 1994-2005) mostrano come la salute, anche negli anziani, sia fortemente influenzata dalla condizione familiare, dall'accumularsi di eventi traumatici, da situazioni di disagio sociale: la quota di soggetti anziani portatori di una malattia cronica che dichiarano di stare male o molto male è molto più elevata tra coloro che menzionano problemi familiari o difficoltà economiche.



Agopuntura e Medicina Cinese nei disturbi dell'età matura e della senilità

Piero Ettore Quirico

*Direttore Scuola Agopuntura CSTNF, Torino - Segretario Nazionale FISA
Honorable Prof. Nanjing University of Chinese Medicine, II Clinical Medical College*

Secondo La Medicina Cinese l'essere umano è costituito da quattro sostanze (tesori): *Qi* (funzioni vitali), *Xue* (Sangue), *Jing* (Essenza) e *Shen* (attività mentale).

Tra queste il *Jing* rappresenta la base della crescita, dello sviluppo ed anche della riproduzione e della continuità della specie.

Forma antica		Forma moderna
	Jing - Essenza	
Mi : 4 grani di riso + separati dalla battitura, cibo pronto per il consumo		
Qing : piantina che cresce, a partire dal sottosuolo e dal seme, oppure colore verde, tipico del germoglio che cresce e si sviluppa		
Jing = elemento alla base della vita, in parte ereditaria costituzionale ed in parte acquisito e rinnovabile, quintessenza dei fenomeni vitali di nascita, sviluppo e crescita. Liquido seminale, processo di raffinazione e selezione.		

Fig. 1 Etimologia dell'ideogramma Jing

Il *Jing*, quindi, racchiude in sé due aspetti: da un lato quello del sostentamento materiale e del trofismo, dall'altro quello della crescita e dello sviluppo.

La Medicina Cinese nella sua descrizione allegorica del corpo umano distingue due tipi di *Jing*:

- quello prenatale, ereditato dai genitori e custodito dal Rene, assimilabile all'aspetto costituzionale, all'ovulo ed al liquido seminale maschile
- quello postnatale, assimilabile ai principi nutritivi estratti dagli alimenti liquidi e solidi attraverso la digestione, fornito da Milza e Stomaco.

Il *Jing* del Rene, che corrisponde al Rene *Yang* nell'aspetto funzionale ed al Rene *Yin* in quello trofico, come abbiamo sottolineato, rappresenta la base della vita e l'impulso alla crescita ed alla riproduzione, ma necessita di un continuo apporto di *Jing* acquisito da

parte di Milza e Stomaco; in caso contrario si indebolisce, fino ad esaurirsi.

In altre parole, le strutture vitali necessitano di un continuo apporto di essenza, per mantenere in vita l'organismo e permettergli non solo la crescita e la riproduzione, ma anche di difendersi dai fattori patogeni ambientali e mantenere la buona salute *Zhengqi*.

Se il *Jing* del Rene non è adeguatamente sostenuto da quello della Milza, l'organismo si indebolisce, è più facile contrarre malattie e la lunghezza della vita diminuisce.

In ogni caso, ciascun essere vivente al momento della nascita, in base alla sua costituzione, ha una certa aspettativa di vita, al di là della quale non può andare: conservare il *Jing* del Rene e rinforzare quello della Milza significa sfruttare appieno questa potenzialità, cioè avere una vita più lunga e contrarre il minor numero di malattie possibile: questo è lo scopo principale della Medicina Cinese.

Nel testo più antico di Agopuntura, il *Neijing Suwen*, risalente al II secolo a.C., il medico dell'Imperatore Giallo *Qi Bo* descrive al suo Signore *Huangdi* i cicli vitali nel maschio e nella femmina, ritmati rispettivamente dai numeri 8 e 7, attraverso i quali l'organismo cresce e si riproduce, per andare successivamente incontro alla decadenza, fino alla morte.

I processi di invecchiamento in quest'ottica dipendono interamente dal *Jing* ed hanno la seguente eziologia:

- qualità scadente del *Jing* prenatale (carenze eredo-costituzionali) e successive malattie croniche e defedanti in grado di indebolire l'organismo, gravidanze plurime, lavori usuranti, stress psicofisico
- apporto di *Jing* postnatale non sufficiente (alimentazione scarsa o irregolare, carenze digestive ed assimilative) o di cattiva qualità (cibi avariati o tossici, abuso di spezie, grassi, alcoolici, sostanze stimolanti, droghe, ecc.).

Da quanto esposto si può dedurre che nell'anziano, indipendentemente dalle patologie presenti, che hanno solitamente un decorso cronico ed inaggravante, è importante sostenere il *Jing* del Rene quanto rinforzare quello di Milza e Stomaco. In tal modo si conservano sia la capacità di difesa dall'ambiente esterno, che l'attività funzionale degli organi interni che sostiene l'attività mentale *Shen*.

Il *Qi*, assimilabile all'attività metabolica e funzionale dell'organismo, ed il Sangue, che rappresenta quella trofica, derivano entrambi dal *Jing*, che è l'essenza fondamentale alla base di tutti i processi vitali: i disturbi principali dell'anziano derivano spesso da disturbi correlati a queste sostanze e quindi sempre dal *Jing*.

Consolidare il Jing del Rene

Per prevenire l'invecchiamento e rinforzare il *Jing* del Rene i testi di Agopuntura indicano in particolare tre agopunti:

- **BL 23 Shenshu**, situato due dita trasverse a lato del bordo inferiore dell'apofisi spinosa di L₂, punto *Shu* dorsale del Rene
- **CV 4 Guanyuan**, punto *Mu* dell'Intestino Tenue e punto di incontro dei tre meridiani *Yin* della gamba con il vaso Extra *Ren Mai*, situato sulla linea sagittale ombelicale, ai 2/5 inferiori della distanza sinfisi pubica/ombelico
- **KI 3 Taixi**, Punto *Yuan*-Fonte del meridiano di Rene, situato a metà distanza tra il bordo interno del tendine achilleo ed il punto più sporgente del malleolo mediale.

I primi due agopunti, pur essendo situati a distanza, sulla superficie anteriore e posteriore del tronco, hanno la stessa innervazione afferente (T₁₁/T₁₂), che coincide con quella ortosimpatica del rene e del surrene, mentre l'innervazione di KI 3 *Taixi* è L₄/S₁ e non presenta alcuna corrispondenza metamerica con le strutture endocrine.

Le indicazioni tradizionali di questi agopunti sono assai simili; nella pratica clinica essi vengono utilizzati in combinazione sia per ritardare il processo di senescenza, che per sostenere l'anziano nella terapia delle malattie croniche, accanto ai punti specifici per ciascun disturbo. La Medicina moderna ha dimostrato che i processi di invecchiamento sono correlati alla diminuzione degli ormoni sessuali (in Medicina Cinese assimilabili al Rene) e ad altre alterazioni dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene-gonadico. Possiamo quindi ipotizzare che i suddetti agopunti agiscano a questo livello, attraverso meccanismi di tipo segmentario (BL 23 e CV 4) e sovrasegmentario (KI 3).

Rinforzare Milza e Stomaco

Gli agopunti più utilizzati per rinforzare Milza e Stomaco sono i seguenti:

- **BL 20 Pishu**, e **BL 21 Weishu** situati due dita trasverse a lato della linea sagittale mediana posteriore del tronco, sotto XI e XII costa, punti *Shu* dorsali di Milza Stomaco
- **ST 36 Zusanli**, situato tre dita trasverse sotto il bordo inferiore della rotula e un pollice trasverso a lato della cresta tibiale, punto *He*-Mare del Meridiano di Stomaco e punto-Mare degli alimenti
- **SP 6 Sanyinjiao**, situato quattro dita trasverse al di sopra del punto più sporgente del malleolo mediale, dietro il bordo posteriore della tibia, punto di riunione dei tre meridiani *Yin* della gamba.

Mentre i primi due agopunti hanno un'innervazione segmentaria (T₁₀/T₁₂) sovrapponibile a quella simpatica dell'intestino tenue, nel quale avviene la maggior parte dei processi assimilativi, gli altri non presentano alcuna corrispondenza di questo tipo e la loro documentata azione clinica avviene verosimilmente attraverso meccanismi di altro tipo.

Le evidenze scientifiche

Dalla consultazione dei lavori presenti in Medline emergono numerose evidenze scienti-

fiche delle quali, per carenza di spazio, in questa sede è impossibile fornire una bibliografia dettagliata.

Di seguito ne riportiamo alcune tra le più interessanti, citando gli agopunti utilizzati:

- incremento della densità della massa ossea nell'**osteoporosi**
agopunti: BL 23, CV 4, BL 20, ST 36, SP 6, BL 11
- incremento dei livelli di **estradiolo**
agopunti: BL 23, BL 20, BL 11
- incremento dei livelli di **somatostatina** e di **β-endorfine**
agopunti: BL 23, BL 20, GV 20, GV 14
- azione sull'**invecchiamento dell'apparato genitale femminile** nel ratto anziano attraverso l'incremento di 5-idrossitriptamina(5-HT) a livello ipotalamico
agopunti: BL 23
- **sindrome climaterica** e variazione dei livelli di **E2, FSH e LH**
- agopunti: SP 6, CV 4
- **infertilità**
agopunti: CV 4, SP 6, ST 36
- **induzione dell'ovulazione** ed incremento della secrezione di **GnRH**
agopunti: SP 6, CV 4, BL 23
- **ritardo della degenerazione uterina** nei ratti ovariectomizzati (regolazione dell'espressione dell'ER-α e dell' ER-α mRNA e miglioramento dell'attività antiossidativa)
agopunti: CV 4

Conclusioni

Le evidenze sperimentali sembrano confermare le fonti tradizionali per quanto riguarda la prevenzione dell'invecchiamento e la terapia di alcune tra le patologie più diffuse nell'età matura e nella senescenza.

Se è vero che sono necessari ulteriori studi condotti in sedi qualificate per confermare ed approfondire i dati riportati, è altrettanto vero che questi studi non possono essere effettuati senza i necessari finanziamenti e la disponibilità delle strutture sanitarie ad eseguire gli studi sperimentali.

In attesa di disporre di evidenze più solide, è possibile comunque affermare che l'Agopuntura può essere un valido sostegno nella terapia della sindrome climaterica e delle patologie geriatriche, riequilibrando l'organismo nel suo complesso ed agendo sulle funzioni carenti in modo mirato, ma privo di effetti collaterali.



IX CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE
NEI DISTURBI DELL'ETÀ Matura E DELLA SENILITÀ
Torino, 4 aprile 2009

Efficacia del Ginkgolide B nell'invecchiamento cerebrale

Giovanni D'Andrea

Past president ANIRCEF

*CRIC - Centro Regionale veneto per lo studio e cura dell'Invecchiamento Cerebrale
Villa Margherita, Arcugnano (Vicenza)*

Le demenze sono condizioni patologiche del sistema nervoso centrale (SNC) caratterizzate dal declino delle capacità cognitive in generale e della memoria in particolare. Le forme più comuni sono: le demenze corticali (malattia di Alzheimer, di Pick, etc) e le forme sottocorticali (prevalentemente vascolari). Le demenze corticali sono, a volte, precedute da quadri di invecchiamento patologico cerebrale (minimal cognitive impairment, MCI). L'incidenza delle demenze cresce con l'allungarsi della vita. Negli Stati Uniti la prevalenza degli ultrasessantacinquenni è di circa il 14% della popolazione ed è in linea con quella di tutti i paesi occidentali. Nella fascia di età compresa tra i 65 e 74 anni la prevalenza delle demenze è di circa il 10% e tra gli ultrasessantenni è oltre il 30%. I fattori che predispongono all'insorgenza delle demenze corticali e vascolari sono l'ipertensione, livelli elevati di omocisteina e fattori genetici, soprattutto l'associazione allelica ApoE ε4. L'impegno finanziario, sociale e familiare per la gestione di questi pazienti è in continua crescita per i costi dei trattamenti farmacologici e per le esigenze assistenziali. Trattamenti risolutivi non sono ancora disponibili ma esistono sostanze che possono avere una utilità terapeutica. In questo lavoro sono descritti, brevemente, i quadri clinici e patogenetici delle demenze corticali, sottocorticali e MCI, l'azione farmacodinamica e la possibile utilità terapeutica dalla ginkgolide b, uno dei principi farmacologici contenuti nella pianta Ginkgo Biloba.

Il MCI è caratterizzato da un declino cognitivo minimo e altre modificazioni della sfera cognitiva e/o cerebrale. Tale sintomatologia può rimanere stazionaria o evolvere verso una demenza conclamata di tipo corticale o sottocorticale. Purtroppo non esistono indicatori prognostici per questa condizione patologica della vecchiaia.

Le demenze corticali sono definite dai criteri diagnostici redatti dal DSM IV: 1) il deficit mnesico deve essere acquisito, 2) il declino deve coinvolgere domini multipli delle funzioni cognitive 3) non vi sono disturbi della vigilanza. Esse sono dovute a degenerazione neuronale a patogenesi solo in parte nota. L'apoptosi neuronale sembra legata ad un'eccessiva deposizione di amiloide (Aβ₄₂) e formazione di placche senili nel citoplasma dei neuroni della corteccia cerebrale. Tale processo è preceduto e, in parte determinato, da una elevata fosforilazione della proteina tau, costituente la struttura dei microtubuli che si affastellano intorno al centro della placca costruita da amiloide. I grovigli neurofibrillari, prodotti dalla aggregazione dei microtubuli, si accompagnano a scompaginamento del citoscheletro neuronale. L'apoptosi neuronale è favorita da numerosi fattori che concorrono a tale processo:

l'eccessivo rilascio di neurotrasmettitori eccitotossici (acido glutammico) che consegue al danno strutturale neuronale, l'infiammazione microgliale, la formazione di citochine, platelet activating factor (PAF) e la formazione e il deposito di radicali liberi nel citoscheletro.

Le demenze vascolari sono definite dai criteri NINDS-AIREN: 1) il disturbo mnesico è acquisito, 2) esso è in stretta correlazione temporale con l'evento ischemico, 3) l'ischemia colpisce aree cerebrali ritenute strategiche per le funzioni cognitive, 4) devono essere presenti evidenze strumentali di malattia cerebrovascolare acuta cronica sottocorticale (demenza sottocorticale), 5) la diagnosi deve essere confermata dal reperto istologico. Le demenze sottocorticali si distinguono da quelle corticali per le caratteristiche specifiche del deficit mnesico, presenza di disturbo motorio (rallentamento) e di depressione del tono dell'umore. E' necessaria conferma istologica dell'ipotesi diagnostica. Le demenze sottocorticali vascolari sono dovute a trombosi dei piccoli vasi penetranti dalle arterie che circondano la convessità dell'encefalo (lacune). La trombosi è dovuta ad una serie di eventi patologici concomitanti. Da un lato vi è una riduzione della sintesi e rilascio di ossido nitrico (NO, ad azione vasodilatante ed antiaggregante) e dall'altro aumento della sintesi e rilascio di endotelina (azione vasocostrittrice e aggregante) da parte della muscolatura liscia e endotelio vasale, che degenera (ialinosi) nel microcircolo. Dall'altro le piastrine attivate degranulano dai corpi densi rilasciando PAF, ADP, platelet derived growth factor (PDGF), ecc. L'azione combinata dell'endotelina, PAF, ADP e PDGF determina l'aggregazione piastrinica, la degenerazione vasale e la formazione del trombo. Le lacune sono disposte prevalentemente nella sostanza bianca frontale e parietale e, quando numerose, riducono il flusso ematico regionale determinando la comparsa dei sintomi.

Ginkgolide b e demenza

La ginkgo biloba è una pianta arborea fossile presente sul pianeta dal periodo devoniano (circa 400-350 milioni di anni fa). Essa contiene centinaia di sostanze medicinali che sono utilizzate da sempre, soprattutto nella medicina cinese. In particolare le ginkgolidi (a,b,c ecc.) e i ginkgoflavoni hanno proprietà farmacologiche utili per il trattamento dei processi degenerativi vascolari, in generale, e cerebrali, in particolare. La ginkgolide b è una sostanza medicinale estratta dalle foglie della pianta. L'azione farmacodinamica più importante è quella anti-PAF. Il PAF è un fosfolipide che è coinvolto nella patogenesi di processi infiammatori, allergici e algici in vari organi e tessuti. A livello del sistema nervoso centrale (SNC) il rilascio di PAF, da parte della glia e neuroni in varie condizioni patologiche, inclusi i processi dementigeni, determina infiammazione per la formazione di citochine e di glutammato. A livello del circuito di Papez (memoria) il PAF modula il rilascio di glutammato neuronale e la quantità di calcio intracellulare riducendo l'azione eccitotossica del neurotrasmettitore. La ginkgolide ha un'azione di protezione sulla trasmissione sinaptica dei neuroni ippocampali contrastando l'azione dell'amiloide β_{42} e riducendo la sintesi di sinaptofisina sulla membrana cellulare. Inoltre è un potente inibitore della sintesi e deposito dei radicali liberi nel citoscheletro neuronale. A livello vascolare la ginkgolide b inibisce l'attività del PAF stabilizzando le piastrine e promuove il rilascio dall'endotelio e muscolatura liscia di ossido nitrico (NO). Tali azioni farmacodinamiche fanno delle ginkgolidi, e della ginkgolide b in particolare, un agente potenzialmente utile nel contrastare i processi dementigeni degenerativi e vascolari. In sostegno a questa ipotesi numerosi studi clinici confermano l'utilità delle ginkgolidi nel migliorare il quadro clinico dei pazienti affetti da malattia di Alzheimer e demenza vascolare.



L'Agopuntura nel climaterio

**G. Allais*^o, G. Airola*^o, P. Borgogno*^o, I. Castagnoli Gabellari*, M. Minuto*^o,
S. Rolando*, P. Schiapparelli*^o, M.G. Terzi*^o, P.E. Quirico^o e C. Benedetto***

**Servizio di Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia - Dipartimento di Discipline
Ginecologiche e Ostetriche, Università degli Studi di Torino
^oC.S.T.N.F. - Centro Studi Terapie Naturali e Fisiche, Torino*

L'Agopuntura rappresenta un'interessante e sempre più richiesta opportunità terapeutica per le donne in menopausa che, sottoponendosi malvolentieri o non potendosi sottoporre a terapie ormonali di tipo sostitutivo, ricercano terapie più dolci, "alternative" a quelle convenzionalmente praticate.

Da alcuni anni la comunità scientifica sta valutando con crescente interesse l'approccio agopunturale alla sindrome climaterica e gli studi clinici in quest'ambito sono in costante aumento.

Nel 2002 Sandberg (1) confrontò il trattamento con agopuntura superficiale (AS) e quello con elettroagopuntura (EA). Durante il trattamento entrambi i gruppi mostrarono un miglioramento significativo della sintomatologia climaterica; il benessere psicologico migliorò durante il trattamento con EA e solo dopo 12 settimane in caso di AS, mentre l'umore migliorò solo nel gruppo EA. Nei 6 mesi di follow-up si riscontrò un miglioramento significativo della sintomatologia climaterica e del benessere psichico in entrambi i gruppi rispetto all'inizio, l'umore invece migliorò solo nel gruppo EA.

Nel 2004 Wyon *et al.* (2) confrontarono l'EA con l'AS e con la somministrazione di estradiolo orale, nel trattamento delle vampate di calore. In tutti e tre i gruppi si riscontrò una diminuzione significativa del numero di vampate/die. Nel gruppo trattato con EA si ottenne una riduzione da 7,3 a 3,5 vampate al giorno di media: in circa nel 75% delle donne la riduzione fu di almeno il 50%. Nel gruppo sottoposto ad AS si riscontrò un passaggio da 8,1 a 3,8 vampate/die, e circa la metà delle donne presentò una riduzione di almeno il 50%. Il gruppo trattato con estrogeni fu caratterizzato da una diminuzione da 8,4 a 0,8 vampate/die, con riduzione tra il 58 e il 100%.

A partire dal 2006, alcuni RCT vennero condotti per verificare l'efficacia dell'Agopuntura nella riduzione della sintomatologia vasomotoria. In particolare Huang (3) prese in considerazione l'effetto dell'Agopuntura sulle vampate notturne e sulla qualità del sonno. Al termine del trattamento si rilevò una riduzione nella severità delle vampate

notturme del 28% nel gruppo agopuntura attiva rispetto al 6% del gruppo agopuntura placebo. Si registrò inoltre una riduzione della frequenza delle vampate notturne in entrambi i gruppi, ma al follow-up del 1° mese la frequenza delle vampate notturne risultò significativamente più bassa nel gruppo agopuntura attiva rispetto al gruppo placebo.

In seguito all'esperienza accumulata negli anni presso il nostro Servizio di Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia, abbiamo condotto uno studio per valutare l'efficacia a lungo termine dell'Agopuntura nel trattamento dei sintomi climaterici (suddivisi in vasomotori, psichici e somatici) presenti in 37 donne affette da sindrome climaterica. Le partecipanti sono state sottoposte a sedute agopunturali inizialmente settimanali, successivamente mensili, per un periodo di trattamento complessivo variabile tra i 6 e i 12 mesi.

E' stata utilizzata un'agopuntura cosiddetta di "semi-formula", cioè un set primario comune di punti con cui trattare tutte le pazienti e 4 set secondari specifici a seconda della sintomatologia e del quadro sindromico presentato dai singoli soggetti.

Il set primario prevedeva l'infissione costante di 3 agopunti (considerando primario il deficit di *Yin* del Rene per la MTC): SP6, CV4 e KI6.

I 4 set secondari variavano in base alla presenza di sintomi associati, che in MTC vengono indicati come i seguenti *quadri sindromici*:

- *Disarmonia tra Cuore e Rene*: HT7, CV14, KI2, PC6
- *Fuga di Yang del Fegato*: LR3, LI4, GB20, PC6
- *Deficit di Yin di Rene e Fegato*: TE6, LR8, ST25, LR3
- *Deficit di Yin e Yang del Rene*: ST36, CV6, GV20, BL23.

Alle donne è stato inoltre richiesto di compilare un diario quotidiano, basato sulla Scala Climaterica di Greene, in cui riportare l'intensità della sintomatologia climaterica al fine di permettere la valutazione dell'efficacia del trattamento. L'endpoint primario consisteva nella riduzione del numero di vampate. Dopo il sesto mese di trattamento si è osservato un dimezzamento della sintomatologia vasomotoria nel 62,1% delle pazienti. A fine trattamento l'81% delle pazienti presentava un dimezzamento del numero di vampate, con abolizione totale del sintomo nel 63,3% di queste. Per quanto riguarda gli endpoints secondari, rispetto alla situazione precedente al trattamento, si è verificato un trend significativo verso il miglioramento non solo della sintomatologia vasomotoria ($P<0.0001$), ma anche di quella psicologica ($P<0.0001$) e somatica ($P<0.01$).

Bibliografia

1. Sandberg M, Wijima K, Wyon Y, Nedstrand E, Hammar M. *Effects of electro-acupuncture on psychological distress in postmenopausal women*. Complement Ther Med. 2002;10:161-169.
2. Wyon Y, Wijima K, Nedstrand E, Hammar M. *A comparison of acupuncture and oral estradiol treatment of vasomotor symptoms in postmenopausal women*. Climacteric. 2004;7:153-164.
3. Huang MI, Nir Y, Chen B, Schnyer R, Manber R. *A randomized controlled pilot study of acupuncture for postmenopausal hot flashes: effect on nocturnal hot flashes and sleep quality*. Fertil Steril. 2006 Sep;86(3):700-10.



IX CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE
NEI DISTURBI DELL'ETÀ MATURA E DELLA SENILITÀ
Torino, 4 aprile 2009

Menopausa: un passaggio inevitabile. Omeopatia: un aiuto efficace e rispettoso

Luisella Zanino

Consigliere Nazionale SIOMI

Nel 2006 in Australia si è tenuta la prima conferenza sul disease mongering. Mongering va tradotto con commercio, ma forse la parola traffico rende maggiormente l'idea. Il filo conduttore di questa conferenza era la constatazione che il principio etico che ha da sempre governato il rapporto tra medico e paziente e che ha tutelato la libertà di entrambi - "*medicus non accedat nisi vocatur*"- è stato eroso progressivamente, per lasciare spazio ad un'invasione della medicina che ha sempre più ridotto il campo del normale a favore del patologico e del medico a favore del non medico. Siamo dunque in una società dove il discorso medico è pervasivo, invadente. Non citerò l'enorme numero di testate giornalistiche e le trasmissioni televisive dedicate alla salute, al benessere, alla divulgazione scientifica in campo medico. Non voglio neppure ricordare l'intervista dell'amministratore delegato della Merck, H. Gadsen (1976) che concludeva con un imperdibile: "*il mio sogno è fare farmaci per le persone sane*", ma anche più recentemente il BMJ che echeggiava il monito: "*si possono fare molti soldi dicendo ai sani che sono malati*". L'aforisma di Karl Kraus "*Una malattia molto diffusa è la diagnosi*" pare dunque ancora suggestivo a distanza di cento anni. Rischiamo di vivere in una società nella quale non sono più come un tempo le epidemie ad essere diffuse ma le diagnosi. L. J. Davis nel suo Encyclopedia of Insanity, sottolinea come le diagnosi stigmatizzino e trasformino in patologia la vita normale di ogni giorno, creando la falsa impressione che le difficoltà di una persona o la sua incapacità a far fronte ai piccoli disturbi da sopportare siano una malattia nosologicamente definibile.

Queste premesse ci sono utili per entrare nella grande casa del climaterio dalla porta di servizio: per affinare le idee esistenti intorno al fenomeno della menopausa, intorno al sottile confine tra il fisiologico e il patologico. La menopausa può apparire da quella particolare angolazione più un fenomeno sociale e culturale che un fenomeno medico. I disturbi della menopausa ma soprattutto il loro trattamento sono tuttora oggetto di notevoli controversie ed hanno una storia lunga e interessante, a tratti dolorosa, di

interventi rivelatisi poi inutili e costosi, in alcuni casi dannosi. Esistono importanti differenze fra le varie culture nello stigmatizzare, definire o non definire, curare o trascurare il climaterio. Le stesse definizioni di questo periodo della vita della donna risultano così sorprendentemente diverse fra le diverse culture, in particolare l'orientale e l'occidentale, da apparire a volte inconciliabili o perlomeno tali da incuriosire un osservatore attento. La nostra società vede oggi la donna sempre più protagonista: ancora depositaria del privilegio biologico della procreazione ma oramai anche presente a livello sociale in un mondo che per molti secoli è stato predominio del maschio. In Italia, per fare un esempio, il numero delle donne laureate in medicina supererà fra breve di gran lunga il numero dei maschi. Il significato "cruciale" legato alla fine degli ovuli e della capacità di procreazione, che fino a pochi anni fa rendeva la menopausa un evento simbolico per la donna quale fine della sua attività riproduttiva, sta dunque ora assumendo altre tinte. La donna resta in campo ben oltre la fine dei suoi ovuli ma, mentre l'allungarsi della vita media permette al sesso forte di spostare sempre più in là l'ingresso virtuale nella terza età fino a diventare felicemente padre anche a settant'anni ed oltre, per la donna la perdita della fertilità resta una tappa biologica tangibile, un momento inevitabile che la mette brutalmente di fronte al trascorrere del tempo. Il mito dell'eterna giovinezza e bellezza perseguita ad ogni costo complica ulteriormente il fenomeno. Ed ecco dunque che in una civiltà che si pone come scopo e come fine una esasperata ideologia del benessere, di una giovinezza senza fine, anche la menopausa può diventare un evento da contrastare, una sorta di malattia da combattere. Siamo in qualche modo costretti nella gabbia di un adattamento congruo e compiacente nei confronti degli ideali di benessere egemoni nella nostra civiltà. Ogni sintomo, anche quando si configura come un evento naturale, deve essere considerato una insorgenza da spegnere e da piegare ad ogni costo? L'omeopatia, pur nascendo nell'ambito del discorso medico, è l'inverso di questa logica. Diversa e addirittura opposta è l'accezione del concetto di sintomo e dell'esercizio del sapere. Nel caso della menopausa, la donna, attraverso la caduta degli steroidi gonadici, vive dunque un complesso cambiamento degli equilibri endocrini, neurologici, psicologici e fisici. Per l'omeopatia i sintomi sono una risorsa del soggetto, il suo tiranno ma anche la sua identità: il sintomo traccia in omeopatia il percorso che può consentire di giungere alla guarigione. L'idea di liberare *tout court* la donna in menopausa dal suo sintomo non solo è un abbaglio ma è addirittura un esproprio. Allora la figura del "tipo omeopatico" come oggetto, come luogo e come messaggio, diventa imperativa e domina chi la guarda: l'omeopata è costretto ad ascoltare. Solo lungo una sua esplorazione ed articolazione è possibile giungere a modificare, attraverso il rimedio simile, quella struttura che ha causato la sofferenza e il disagio. Non avere fretta di curare i sintomi e considerare il valore auto-protettivo ed auto-terapeutico della patologia ci permette di cogliere la complessa processualità del cambiamento ed intervenire rispettandolo.



SESSIONE II - TAVOLA ROTONDA

L'INTEGRAZIONE DELLE MNC: LE SCELTE ISTITUZIONALI DEL SSR



IX CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE
NEI DISTURBI DELL'ETÀ MATURA E DELLA SENILITÀ
Torino, 4 aprile 2009

L'integrazione delle MnC: le scelte istituzionali del SSR

***Mario Lombardo**, *Alberto Chiantaretto*[^], *Irene G. Cimma*[^], *Simonetta Momo*[^]**

**Responsabile Area Programmazione e Organizzazione AReSS Piemonte*

[^]Gruppo di Lavoro AReSS

Le Medicine non Convenzionali (MnC) dimostrano di essere argomento di grande attualità e interesse nel panorama scientifico e istituzionale non solo italiano, ma anche europeo ed internazionale. Molte nazioni europee mostrano di aver già inserito le *Complementary and Alternative Medicines* all'interno dei propri sistemi sanitari. E' pur vero che la difformità ancora esistente, in termini di validazione, legislazione, erogazione, evidenzia sempre più per il futuro la necessità di condividere e uniformare le esperienze e gli interventi. La Regione Piemonte ha inserito le MnC per la prima volta nel Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2007-2010 attualmente in vigore e ha sancito la necessità di procedere ad azioni di "osservazione, studio e sperimentazione della materia, in vista di future formalizzazioni regolamentari ed organizzative".

L'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari, a cui questo mandato è stato assegnato, ha ormai superato la fase della conoscenza e della valutazione, anche grazie alla collaborazione con importanti soggetti istituzionali quali l'Università e l'Ordine dei Medici della Provincia di Torino, oltre che con le associazioni scientifiche e i centri di formazione specifica sulle MnC. A fronte del conseguimento dei primi obiettivi di osservazione e studio (*benchmarking* regionale e interregionale, censimenti ASR e MMG, Sito web MnC, ecc.), il 2009 si configura come l'anno delle proposte attuative per l'integrazione delle MnC nel Sistema Sanitario Regionale. La logica in cui si intende realizzare questa delicata fase del lavoro riprende quella ispiratrice del PSSR, che ha già definito tutte le caratteristiche qualificanti di rispetto del principio dell'universalità delle cure, della tutela della salute dei cittadini, della integrazione di tutte le componenti del sistema salute.

Al centro delle recenti iniziative regionali in tema di MnC si colloca la DGR n.54-10309 del 16 dicembre 2008, con cui la Giunta Regionale ha approvato l'istituzione del Coordinamento regionale tecnico-scientifico delle Medicine non Convenzionali, "organismo tecnico rappresentativo dei diversi soggetti operanti nel settore cui affidare il compito di istruire ed approfondire le tematiche relative alle MnC al fine di favorirne

l'integrazione nel Sistema Sanitario Regionale". Il 6 marzo 2009 il Direttore Generale della Sanità Vittorio Demicheli ha condotto un incontro preliminare all'insediamento del Coordinamento, che ha visto la partecipazione dei rappresentanti dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, dell'Ordine dei Farmacisti, dell'Università degli Studi Facoltà di Medicina, delle Scuole e Società scientifiche di MnC (Agopuntura, Omeopatia, Fitoterapia), delle Associazioni di tutela dei Cittadini e Consumatori e del Gruppo Interregionale MnC presso la Commissione Salute della Conferenza Stato Regioni.

Il Coordinamento procederà all'avvio dei lavori per l'individuazione dei Centri della Rete di MnC attivi in Piemonte, alla luce del possesso dei livelli di competenza ed esperienza necessari in termini di assistenza, ricerca, formazione. Questa fase dell'attività prosegue e completa il lavoro realizzato dall'AReSS nel 2007 attraverso il censimento delle prestazioni di MnC erogate dalle Aziende Sanitarie piemontesi: questa mappatura del territorio regionale ha consentito di individuare 26 servizi che nell'ambito delle proprie attività terapeutiche offrono anche prestazioni di Agopuntura, Omeopatia e in alcuni casi di Fitoterapia.

Il PSSR 2007-2010 indica infine come priorità "la realizzazione di un sistema di monitoraggio sistematico sulle MnC", che l'AReSS ha concretizzato anche attraverso la costruzione del sito web MnC consultabile su www.medicinanonconvenzionale.net. Il sito si caratterizza, oltre che come mezzo informativo, anche come veicolo di integrazione tra tutte le realtà regionali operanti nel campo delle MnC, ed è fruibile sia dal cittadino che dagli operatori sanitari, favorendo una corretta ed adeguata conoscenza in materia. Ulteriore caratterizzazione del Portale Web piemontese è rappresentato dal motore di ricerca giuridico sulle MnC, che permette l'analisi della produzione normativa regionale e nazionale - e successivamente internazionale - nel campo delle MnC attraverso una modalità di interrogazione analitica e sintetica.

Il sito web 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.



SESSIONE III



Resveratrolo: il fattore longevità

Antonio Bianchi

Responsabile scientifico Renaco

Forse nessun'altra sostanza naturale ha avuto tanto spazio nella stampa divulgativa come il resveratrolo, oggi considerata la più emblematica tra le sostanze antiaging. Per comprenderne le proprietà bisogna risalire al lontano 1935. Nel 1935 il dr McCay e i suoi colleghi della Cornell University (Berner and Stern 2004) dimostrarono che attraverso una restrizione calorica del 40% era possibile prolungare la vita dei ratti di laboratorio di un 50%. Ma solo nel 1995 si scoprì che l'azione della restrizione calorica era dovuta all'attivazione di una nuova classe di geni denominati SIR 2 (Kennedy et al 1995).

I SIR 2 sono attivati e dipendono dalla presenza del cofattore NAD, prodotto dalla glicolisi e quindi aumentato durante i periodi di restrizione calorica. Infatti durante i periodi di restrizione calorica il corpo utilizza tutte le riserve energetiche disponibili aumentando i processi catabolici come la glicolisi. L'omologo delle SIR 2 nei mammiferi è costituito dagli enzimi SIRT 1 (tutte queste sostanze appartengono alla categoria delle *sirtuine*): è oggi dimostrato che le SIRT 1 sono in grado di ritardare l'apoptosi e di favorire i meccanismi di riparazione cellulare. Essi inibiscono l'aterosclerosi, la cancerogenesi e la neurodegenerazione.

Fu David Sinclair nel 2005 (Sinclair 2005) a unificare le nuove scoperte sulle sirtuine in una brillante teoria evuzionistica secondo la quale la diminuzione dell'apporto calorico rappresenta per l'organismo uno stimolo stressante che attiva un vero e proprio programma di sopravvivenza finalizzato ad aumentare le difese dell'organismo contro il processo di invecchiamento. Questo programma è probabilmente stato attivato in passato nelle epoche di carestia. Durante le quali le condizioni ambientali diventavano poco propizie alla riproduzione e l'imperativo per la sopravvivenza della specie era quello di assicurare la longevità degli individui già viventi. In poche parole se in epoca di abbondanza la priorità è riprodursi e colonizzare nuovi ambienti, in epoca di carestia diventa quella di far sopravvivere il più possibile gli individui viventi aspettando momenti più propizi per l'espansione demografica. Ma l'ipotesi di Sinclair si spinge anche più in là: in epoca di carestia infatti anche le piante disponibili come alimenti scarseggiano e diventano quindi oggetto di un maggior attacco di parassiti; esse devono quindi proteggersi sintetizzando un maggior numero di metaboliti secondari. Nel corso dei secoli il nostro organismo,

come quello di numerosi animali, avrebbe acquisito la capacità di associare la stimolazione da parte di questi metaboliti secondari a quella di una scarsità di risorse ambientali attivando una risposta simile a quella della restrizione calorica.

Partendo da questa premessa negli Stati Uniti è iniziato un programma di screening sull'attivazione delle sirtuine che ha testato oltre 20.000 sostanze, le più attive delle quali sono risultate il resveratrolo e altri 18 polifenoli, la maggior parte dei quali si trova nella buccia degli acini dell'uva.

Il resveratrolo è comunque la molecola che ha attirato la maggiore attenzione: un celebre studio italiano di Valenzano e coll (2006) ha infatti dimostrato come somministrando 100 e 400 mg a due gruppi distinti di ratti si otteneva una maggior sopravvivenza degli animali del 59%. Non si tratta solo di prolungare la vita degli animali da esperimento ma anche di migliorarne la sua qualità: già Sinclair nel 2005 aveva dimostrato come la stimolazione del sistema delle sirtuine riduce il peso e il grasso corporeo in un gruppo di ratti da esperimento.

L'impiego in clinica del resveratrolo ha comunque alcune importanti limitazioni:

- il resveratrolo è facilmente ossidabile. Anche in una normale bottiglia di vino il resveratrolo in essa contenuto si ossida rapidamente una volta che questa viene aperta. Il contatto con l'ossigeno e la semplice esposizione alla luce attivano un processo di ossidazione che trasforma il resveratrolo dalla forma *trans* attiva a quella *cis* inattiva (Carlos et al 2005)
- l'altro grande problema in termini di biodisponibilità del resveratrolo è costituito dal suo rapido metabolismo. Il *trans* resveratrolo è assorbito completamente dall'intestino, ma viene rapidamente convertito in due metaboliti, il *trans*-resveratrolo-3-O-glucuronide e il *trans*-resveratrolo-3-sulfato (Yu et al 2002). Nessuno conosce al momento la reale attività di questi metaboliti. Anche in questo caso la presenza di altri polifenoli dell'uva sembra ritardare il metabolismo del resveratrolo ma ovviamente si tratta di alcune decine di minuti, non di ore. La realtà è che per permettere al resveratrolo di esercitare la sua azione salutistica l'assunzione deve essere ripetuta e frequente nell'arco della giornata
- la maggior parte degli studi clinici oggi disponibili sono in realtà sull'effetto preventivo sulle malattie cardiovascolari del vino rosso (e riguardano quindi non uno ma più polifenoli con l'importante variabile dell'effetto vasodilatatore di moderate quantità di alcool) o sulla possibile azione chemopreventiva del resveratrolo. In realtà non esistono studi clinici sull'azione anti-invecchiamento del resveratrolo, solo dati animali, con l'unica eccezione di uno studio non pubblicato su un particolare estratto di uva, di origine australiana, prodotta specificatamente per modulare il metabolismo del resveratrolo.



IX CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE
NEI DISTURBI DELL'ETÀ MATURA E DELLA SENILITÀ
Torino, 4 aprile 2009

L'Agopuntura nelle patologie dell'anziano

Giuseppe Lupi*, **Manuela Cormio[^]**

**Docente Scuola Agopuntura CSTNF, Torino*

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

[^] CSTNF, Torino

Nella popolazione anziana è possibile trattare con l'Agopuntura, che spesso viene utilizzata come terapia complementare alle cure convenzionali, un gran numero di patologie di comune riscontro. I pazienti che rientrano in questa classe di età (> 65 aa) sono affetti generalmente da quadri patologici multifattoriali e presentano caratteristiche individuali e/o sociali in grado di influenzare i risultati terapeutici. Inoltre, il trattamento tramite Agopuntura di pazienti affetti da patologie multiple consente, nella maggior parte dei casi, la riduzione del consumo dei farmaci ed anche dell'incidenza delle malattie iatrogene.

L'Agopuntura può essere utilizzata non solo nella terapia, ma anche nella prevenzione di numerose patologie dell'età senile. Dalla consultazione della letteratura medica emergono numerose ricerche inerenti soprattutto le seguenti specialità: ginecologia, neurologia, patologie osteoarticolari, turbe psichiche e del sonno.

In questo lavoro abbiamo considerato alcune patologie croniche suscettibili di trattamento agopunturale e di sicuro interesse clinico, che spesso compromettono notevolmente l'autonomia del paziente anziano.

La sindrome *Lin* descritta dai testi antichi cinesi corrisponde ad un disturbo urinario caratterizzato da oliguria, pollachiuria, urgenza e stranguria; negli anziani questa situazione clinica è causata principalmente da Vuoto di *Qi* e da Vuoto di Rene. Secondo la MTC l'età avanzata e le malattie croniche indeboliscono globalmente il *Qi* e possono causare "affondamento" del *Qi* della Milza e del Rene, provocando sgocciolamento e disuria.

Una situazione caratterizzata da un vuoto del Rene Yang si manifesta con minzione frequente, sgocciolamento di urina, sensazione di trazione ipogastrica, spossatezza,

lombalgia, depressione e sensazione di freddo. Gli anziani possono inoltre essere affetti da incontinenza urinaria da deficit generale di *Qi*, causata non solo da deficit di *Qi* di Rene, ma anche di *Qi* di Polmone e Milza. Questo quadro clinico richiede sempre l'utilizzo di punti specifici per rinforzare gli organi in deficit fisiologico (Rene), indipendentemente dal tipo di patologia trattata (ad es. artrosi).

La sindrome *Bi* è un'affezione caratterizzata da dolore, indolenzimento e pesantezza che interessa tendini, muscoli ed articolazioni, causata da un'ostruzione della circolazione di *Qi* e Sangue. L'interessamento cronico delle articolazioni provoca la ritenzione di liquidi che si trasformano in *Tan*, danneggiando ulteriormente articolazioni e meridiani. Questo stato di ostruzione persistente determina ipotrofia muscolare, flogosi e deformazioni delle ossa e delle articolazioni. Il quadro sindromico diviene quindi di tipo internistico ed interessa non solo i muscoli, le articolazioni e i meridiani, ma anche gli organi interni *Zangfu*. In questo stadio cronico della malattia è spesso presente un deficit di *Yin* di Fegato e Rene, che causa sofferenza dei tendini (dolore e rigidità) e delle ossa (*Tan* nelle articolazioni).

Il trattamento si basa sulla combinazione di punti distali (in base al meridiano ed alla zona interessata), punti adiacenti, punti locali (compresi i punti dolenti *Ashi*) e punti scelti in base al quadro sindromico ed all'articolazione colpita.

Ricordiamo infine le modalità di trattamento della Sindrome *Bi* Cronica, che varia a seconda dei distretti corporei interessati, ricorrendo ad alcuni esempi.

- *Dolore cervicale*: la colonna cervicale è in rapporto con il meridiano *Du Mai*, mentre a livello paravertebrale decorrono i Meridiani di Vescica e Vescica Biliare. I meridiani *Yang* del braccio circondano il collo ed ospitano punti indicati per le patologie cervicali. Il trattamento prevede sempre l'utilizzo di punti locali (GB 20, GV 14/16), adiacenti (GB 21, SI 9, SI 10) e distali (SI 3, TE 5, LI 4, BL 60, BL 62, GB 34 e GB 39). Nei casi cronici occorre inoltre trattare i quadri clinici internistici in grado di aggravare la cervicalgia.
- *Gonalgia*: bisogna innanzitutto identificare il meridiano interessato, che transita nella zona corrispondente al dolore. La gonalgia può essere anteriore e corrispondere al meridiano di Stomaco, essere localizzata al di sopra al ginocchio (ST 34) o sulla superficie laterale (ST 36, GB 34 e GB 33), oppure può interessare la faccia mediale lungo i meridiani di Milza e Fegato (SP 9, LR 7e LR 8) o la superficie posteriore, a livello del cavo popliteo (BL 40).

Si individuano infine i punti distali, scegliendoli sul meridiano interessato.



IX CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE
NEI DISTURBI DELL'ETÀ MATURA E DELLA SENILITÀ
Torino, 4 aprile 2009

Trattamento in Agopuntura delle reumoartropatie dell'anziano: l'esperienza decennale del poliambulatorio Montebello dell'ASL di Bologna

***Sotiri Sarafianos**, *Umberto Mazzanti*[^]**

**Responsabile del progetto sperimentale di Agopuntura - AMAB, Bologna*

[^]Vice Presidente AMAB, Bologna

I vantaggi del trattamento con Agopuntura rappresentati dalla riduzione della sintomatologia dolorosa per i pazienti, dall'esiguità di effetti collaterali e dalla riduzione della spesa sanitaria per cure farmacologiche ha spinto l'AMAB (Associazione Medici Agopuntori Bolognesi) in collaborazione con l'ASL di Bologna a intraprendere un progetto inteso a offrire prestazioni di Agopuntura tradizionale a favore degli anziani.

Ulteriore scopo del progetto è la conoscenza e la conferma della validità dell'Agopuntura sia presso il pubblico utente, sofferente di patologia cronica degenerativa, sia presso le istituzioni sanitarie. I criteri di inclusione dei pazienti sono i seguenti:

- pazienti di età compresa tra 65 e 75 anni
- diagnosi clinica di *reumoartropatia cronica*.

Sono invece esclusi i pazienti affetti dalle seguenti patologie: sindrome fibromialgica, connettiviti maggiori, osteoporosi grave, patologia depressiva in trattamento farmacologico, dolore psicogeno o allucinatorio, dolore oncologico, dolore da crolli vertebrali.

Materiali e metodi

A ciascuno dei pazienti è stato sottoposta, prima dell'inizio del trattamento ed a distanza di tre mesi dall'ultima seduta, una scheda per valutare:

- quali terapie erano state effettuate prima del trattamento con Agopuntura e il risultato ottenuto da queste
- la quantità di farmaci antinfiammatori o analgesici che il paziente ha continuato ad assumere successivamente alla pratica agopunturale
- l'effetto sortito al termine del trattamento con Agopuntura
- La sintomatologia algica è stata quantificata mediante l'uso della Scala V.A.S. (sistema visivo analogico).

Dal 1997 al 2007 sono stati trattati 621 pazienti, 29 dei quali per vari motivi hanno interrotto la terapia. I pazienti giunti a termine del trattamento sono stati 592 (446 femmine e 146 maschi). Tutti erano affetti da patologie reumatiche di tipo degenerativo e

presentavano una notevole componente algica con limitazione funzionale nei diversi distretti articolari. Nella tabella 1 sono presentate le principali diagnosi di accettazione, corredate dal numero di pazienti per ciascuna.

La corrispondente diagnosi in MTC è rappresentata dalla *Sindrome Bi*. A questa si aggiungono altre diagnosi, dette di “accompagnamento”, a seconda dello squilibrio di base che preesisteva alla *Sindrome Bi* e che a volte rappresentava la causa predisponente all’instaurarsi della Sindrome stessa (Tab. 2).

Tab. 1 - diagnosi occidentali

Lombalgia	368
Cervicalgia	325
Gonalgia	140
Coxalgia	108
Sciatalgia	102
Periartite SO	92
Algie dita	48
Cefalea	45
Nevralgia facciale	10

Tab. 2 - diagnosi di “accompagnamento”

Deficit di Yin e Yang	161
Flegma	101
Deficit Qi e Xue	96
Stasi di Qi	84
Deficit di Yang	59
Calore Vuoto	58
Deficit di Jing	33

I pazienti sono stati trattati una volta la settimana per 10 settimane. Sono stati usati aghi metallici della lunghezza di cm 4 o 7,5 secondo la sede e l’adiposità del paziente, e del diametro di mm 0.20 - 0.30. La durata media delle sedute è stata di circa 25 minuti durante i quali gli aghi sono stati lasciati *in situ* con manipolazione in tonificazione, per i punti che trattavano “la radice”, in dispersione per i punti che trattavano la “manifestazione” della malattia. I punti scelti erano diversi secondo la localizzazione del dolore e la diagnosi in MTC.

Il principio terapeutico è stato indirizzato su tre strade:

- sbloccare il meridiano interessato dalla stasi di *Qi* o di *Xue*
- eliminare il fattore patogeno responsabile
- tonificare gli Organi interessati dallo squilibrio che ha permesso l’instaurarsi della *Sindrome Bi*.

Punti locali e a distanza maggiormente usati

- Lombalgia BL 23, BL 24/BL25, GV3, BL40, (SI3+BL62), Ex Yatong
- Dolori rachidei BL60, GV8, SI3+BL62 o GV1+GV20
- Sciatalgia GB30, GB30/31/34/39/41, BL54, BL36, BL40/60, ST31/36, Ex Jiaji
- Spalla LI15, LI14, LI11, LI4, ST38/TE14, TE5, GB34/SI9, SI10, SI3, ST38
- Gomito LI11, SI8, ST36
- Polso PC7, SI5, SI3, TE5, LI3, LI5
- Anca TE5, GB30, GB29, GB31, GB41
- Ginocchio ST36, ST35, SP9, SP10, SP5, BL40, LR8, Ex Dangxue, Ex Heding
- Regione cervicale SI3, GB 20/21, GV16, BL60/62, Ex Jiaji
- Algie dell’ATM LI4, ST44, ST36, ST6/7
- Dita mani SI3, LI3, Ex Baxie, PC7

- Dita piedi GB40, TE5, Ex Bafeng.

Alcuni tra i punti scelti in base alla diagnosi di “accompagnamento”

Deficit di Yang	CV6, VG14, VG4, KI3, moxa
Calore Vuoto	SP6, CV4, LR3, KI3
Deficit Yin e Yang	VC4, CV6, BL23, BL52
Deficit Qi e Xue	ST36, SP6, BL20, BL23
Flegma	ST40, LI4, PC6, CV12
Deficit di Jing	GB39, CV4, GV4
Stasi di Qi	LR3, LI4 o TE5

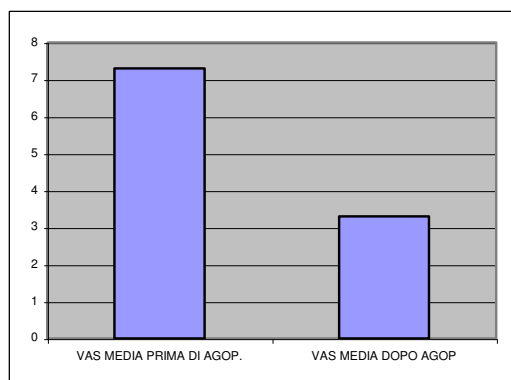
Conclusioni

Risultati inerenti l’assunzione di farmaci nei 508 pazienti, sul totale di 592, che assumevano farmaci.

- 112 pazienti (22,0%) in uguale quantità (22,0%) in uguale quantità
- 139 pazienti (27,4%) in minor quantità (27,4%) in quantità inferiore
- 111 pazienti (21,9%) metà dosaggio (21,9%) metà dosaggio
- 86 pazienti (16,9%) assunzione saltuaria
- 60 pazienti (11,8%) sospensione totale

Risultati inerenti la sintomatologia globale

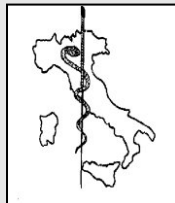
- 57 pazienti (9,6%) nessuna variazione
- 139 pazienti (23,4%) lieve miglioramento
- 164 pazienti (27,7%) moderato miglioramento
- 172 pazienti (29,1%) buon miglioramento
- 60 pazienti (10,2%) completo miglioramento



VAS media prima dell’Agopuntura di 7,3

VAS media dopo Agopuntura di 3,3

Tab. 3 – confronto VAS prima e dopo Agopuntura



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 AGOPUNTORE: 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.



IX CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE
NEI DISTURBI DELL'ETÀ MATURA E DELLA SENILITÀ
Torino, 4 aprile 2009

La prevenzione dell'invecchiamento attraverso l'impiego della Medicina Omeopatica

Alberto Magnetti

Professore a contratto Università degli Studi di Torino

Direttore didattico Istituto Omiopatico Italiano 1883, Torino

Ogni fase della vita ha i suoi aspetti positivi e negativi ed è una benedizione che ciascuna di esse non sia eterna. L'uomo deve sviluppare una filosofia che lo aiuti ad accettare di buon grado i cambiamenti che avvengono col passare del tempo, cosicché, come matura negli anni, possa anche maturare nel suo profondo. In questo modo egli potrà incarnare l'idea di Hahnemann che la vita dell'uomo sia consacrata ai "più alti scopi della sua esistenza".

Oggi il tema della geriatria e della gerontologia viene studiato con molti mezzi scientifici e con utili iniziative che stimolano l'anziano a desiderare il piacere sereno di vivere la vita.

L'omeopatia ha un ruolo molto importante nella tematica della geriatria e al pessimismo senza speranza che dice "se il vecchio potesse e il giovane sapesse" essa contrappone convinta una realtà di possibile, costante, realizzazione, espressa dal bellissimo pensiero di J.A. Garfield: "se le rughe devono essere scritte sulla nostra fronte, non lasciamo che siano scritte sul cuore". Lo spirito non può invecchiare e come nel pensiero di Sir R. Steel "un vecchio sano che non sia sciocco è la più felice creatura vivente".

L'omeopatia hahnemanniana per il suo alto insegnamento teso alla prevenzione, analizzata nello studio dinamico della singola persona umana, può garantire con certezza che l'Uomo può invecchiare senza intristirsi nella senescenza.

È certo che nessun progresso in medicina ci permetterà di sfuggire alla morte attraverso la vecchiaia. Ed è persino da dubitare che si riesca a creare dei matusalemmiti. Perciò, tutto quello che si può fare è garantire che sia un periodo di vita più sano. Uno studio di alcune aree del globo, dove vi è comparativamente più longevità nella popolazione, evidenzia alcuni tratti comuni. Sono popolazioni che in genere vivono in

una società agricola con molta attività fisica, esenti da preoccupazioni, con pochi svaghi, abitudini alimentari sobrie e sonno regolare. Si consuma frutta giornalmente. Tabacco e alcol sono rari, si continua a condurre una vita sessuale attiva. L'esercizio fisico è fondamentale, perché tenere in esercizio un organo rappresenta una strategia per modificare il processo d'invecchiamento. Oggi sentiamo il corpo "arrugginarsi" piuttosto che logorarsi.

Secondo Stieglitz, non vi sono malattie specifiche della vecchiaia: *"può capitare qualsiasi malattia a qualsiasi età"*. Ma certi disturbi aumentano di frequenza dopo il picco della maturità. Questi disturbi, per quanto non limitati ai senescenti, sono ciononostante tipicamente geriatrici.

Il panorama sanitario odierno è caratterizzato da un aumento costante dei costi senza un aumento proporzionale del benessere dei cittadini, i medici si stanno sempre più trincerando nella cosiddetta "medicina difensiva" ordinando esami, procedure o visite, o evitando pazienti ad alto rischio, o procedure ad alto rischio, principalmente per ridurre la loro esposizione al contenzioso legale. L'interesse economico della produzione farmaceutica condiziona pesantemente la ricerca scientifica e vere e proprie operazioni di marketing inducono scelte sanitarie sociali non sempre logiche. In questo panorama la medicina omeopatica può realizzare un collegamento tra terapia e prevenzione che non esiste in medicina convenzionale e che può essere determinante per il miglioramento della vita degli anziani.

Probabilmente stiamo per assistere ad una mutazione epocale: come il cambiamento storico che sta avvenendo in modo irreversibile dall'energia fossile all'energia rinnovabile ecologicamente corretta, assisteremo nei prossimi decenni ad un inesorabile cambiamento dalle terapie di tipo chimico-farmacologico a quelle di tipo energetico-quantistico. Si parlerà di frequenze e non più di milligrammi, si daranno per scontati i lavori del premio Nobel Albert Szent-Gyorgyi, che fin dagli anni 50 sottolineava il ruolo centrale dell'acqua e dei campi elettromagnetici nella auto-organizzazione della materia vivente, la medicina recupererà la visione della fisica quantistica in cui il ruolo centrale sta nella dinamica cooperativa di tutti componenti e non dagli "assolo" del principio attivo. Sarà accettato, come ha sostenuto Popp, che un disordine elettromagnetico precede il disordine biochimico ed infine la mentalità riduzionista che considera sempre la risposta proporzionale allo stimolo sarà solo più citata nei testi di storia delle scienze come un ricordo del passato.

"Le rughe dovrebbero indicare soltanto dove sono stati i sorrisi"

Anonimo



Piante: neurotrasmettitori guardiani della memoria

Maurizio Grandi

Direttore Centro La Torre, Torino

Molti disturbi cognitivi sono relazionati ad un deficit colinergico.

Alle stesse conclusioni era arrivata la medicina Ippocratica (IV sec. A.C.) .

Piante come la Belladonna, considerate nell'antichità veleno cefalico, contengono l'alcaloide tropanico attivo: atropina, formata dalla iosciamina e dalla scopolamina, antagonista del recettore muscarinico. I relativi antidoti possono avere attività colinergica e contengono agonisti nicotinici e muscarinici.

L'acetilcolina governa i processi attenzionali attivando due categorie di recettori:

- nicotinico (7 sottotipi)
- muscarinico (5 sottotipi)

È sintetizzata e rilasciata dai tessuti presinaptici e, diffondendosi nel vallo sinaptico, raggiunge i tessuti postsinaptici, dove interagisce con i recettori permettendo la trasmissione nervosa. Nel morbo di Alzheimer, i suoi livelli sono ridotti e la trasmissione è meno efficace.

Il legame ai recettori è reversibile; l'acetilcolina rilasciata diffonde nuovamente nel vallo sinaptico ed è degradata dall'acetilcolinesterasi con produzione di colina, che sarà riciclata per produrre ancora acetilcolina.

La somministrazione d'inibitori della colinesterasi protegge dall'idrolisi l'acetilcolina liberata dai neuroni colinergici superstiti e ripristina, in parte, la trasmissione colinergica cerebrale.

Sono i soli farmaci approvati dall'FDA (*Food and Drug Administration*).

La galantamina è uno dei tre anti-colinesterasici attualmente disponibili, valutata dall'Appraisal Committee del NICE (National Institute for Clinical Excellence) come clinicamente efficace per i pazienti con malattia di Alzheimer.

L'assunzione per un periodo di almeno tre anni (Reminyl®), produce un miglioramento nella capacità di trattenere in memoria nuove informazioni e ritarda di 18 mesi l'evolversi del deficit cognitivo e della necessità di FTC (Full Time Care).

È stata isolata in Russia dal *Galanthus woronowii* da Losinsk nel 1947.

Tra le specie appartenenti alla stessa famiglia delle Amaryllidaceae, con interesse farmacologico, troviamo anche:

il bucanave (Galanthus nivalis L.) e la campanella comune (Leucojum vernum L.); la sternbergia lutea (L.) Spreng, specie di ambienti aridi e aperti del Centro e Sud Italia; il

giglio di mare (*Pancreatium maritimum* L.), delle dune sabbiose litoranee; il narcissus spp., i cui habitat includono pianura, montagna e aree in prossimità del mare.

I composti alcaloidei sono responsabili della maggior parte delle attività biologiche attribuite a questa famiglia, oltre 70 alcaloidi isolati, appartenenti a nove principali sottogruppi: norbelladina, licorina, omolicorina, crinina, emantamina, narciclasina, tazettina, montanina, galantamina.

Sono contenuti nei bulbi o in altre parti sotterranee delle piante.

Ma nella visione fisiologica antica basata sull'assunto di una correlazione tra stomaco-intestino e sistema nervoso periferico e cervello (oggi sistema nervoso centrale), conoscevano proprietà cefaliche anche da parte di piante anti-amnesiche e nervino toniche presenti in : purganti, masticatori, apoflegmatici, vermifughi.

Il nostro gruppo e quello di Perry e Wake sono pervenuti, attraverso studi farmacologici, alla stessa conclusione: l'attività colinergica nelle piante digestive si accompagna a quella sul sistema nervoso centrale. Nove fibre vagali su dieci veicolano stimoli dall'intestino al cervello, non sempre coscienti.

Nelle piante di cui si è provata l'efficacia farmacologica (testate da sole o insieme ad altre in formulazioni erboristiche tradizionali) non esiste una relazione fra l'attività di miglioramento dei deficit cognitivi e:

- la famiglia
- il genere di appartenenza
- i principi attivi.

Non è l'atomismo molecolare, estraneo alla fitoterapia, non è la "pallottola magica" che gli americani chiamano "silver bullet". Le piante medicinali non sono solo sorgenti del principio attivo, da isolare, definire, saggiare e usare. Anche se i derivati dei prodotti naturali sono la fonte più produttiva di molecole di partenza per lo sviluppo dei farmaci, l'idea ha un grande limite : non considera la pianta medicinale ma uno o pochi ingredienti ipotizzando che determinino l'effetto terapeutico. Proprio nelle neuroscienze e nelle patologie multifattoriali si impone quell'effetto "entourage" che è il bouquet del vino e l'herbal shotgun degli statunitensi.

Troviamo piante emetiche e purganti (velenose ad alte dosi), con principi attivi come gli alcaloidi non volatili, precedentemente segnalati:

Nicotiana tabacum, *Paeonia suffruticosa*, *Physostigma velenosa*, *Evodia rutaecarpa*, *Narcissus pseudonarcissus*, *Galanthus nivalis*, *Cytisus ternata*, *Lobelia inflata*, ma anche piante aromatiche e spezie, con oli essenziali e principi attivi volatili come terpeni e loro derivati (presenti per lo più in Labiate, Composite, Ombrellifere).

Salvia officinalis, *Melissa officinalis*, *Angelica archangelica*, *Artemisia absinthium*, *Rosmarinum officinalis*, *Elettaria cardamomum*, *Syzygium aromaticum*, *Miristica fragrans* e piante antielmintiche.

L'attività è legata all'interazione con i sistemi colinergici del sistema nervoso centrale (che determina un effetto deterrente per i fitofagi) sui sistemi nervosi centrali e periferici di tipo colinergico:

Arancio, Assenzio, Calamo aromatico, Cardamomo sclarea, Melissa, Salvia, Tabacco, Artemisia, Incenso, Mirra.



SESSIONE IV



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. per quanto riguarda la pratica clinica degli studenti e la sperimentazione scientifica è **convenzionato** con:

- il Dipartimento di Discipline Ginecologiche ed Ostetriche dell'Università di Torino
- la ASL TO 1 di Torino
- l'Ospedale Cottolengo di Torino
- l'Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano
- l'Ospedale "Colletta" di Arenzano (Ge)

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

Il C.S.T.N.F. è registrato presso il Ministero della Sanità come **Ente organizzatore di eventi formativi**, pertanto i suoi corsi rilasciano crediti formativi validi per l'aggiornamento continuo del medico.

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



L'Osteopatia nell'anziano: indicazioni, metodiche e limiti

Fulvio Mautino

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

L'anziano presenta con una frequenza statistica molto elevata problemi-patologie di alterata mobilità articolare in plurime localizzazioni provocati da degenerazione artrosica osteo-cartilaginea. La principale caratteristica di questa patologia è la graduale e progressiva riduzione della mobilità articolare con impedimenti funzionali motori in progressivo aggravamento fino a raggiungere l'impotenza funzionale del movimento autonomo. La metodologia osteopatica fondamentale si basa sulla ricerca della causa primaria dell'alterazione della mobilità, nel rispetto del principio che la vita è il movimento e tutte le restrizioni di mobilità sono la causa dello stato patologico. L'alterazione della mobilità altera la vascolarizzazione e quindi l'innervazione che di conseguenza scatena sintomi dolorosi. Nel contempo si realizza una risposta fisiologica di mobilità aumentata delle articolazioni collegate funzionalmente, per compensare quella ridotta dell'articolazione con degenerazione artrosica. Es. il femore è l'osso che si articola con il cotile a livello dell'anca e con la tibia a livello del ginocchio. Se l'anca è affetta da artrosi, quindi meno mobile, il ginocchio deve compensare, con un aumento di movimenti micro-rotatori, i movimenti articolari che si sono ridotti a livello dell'anca. Il dolore si localizza quindi prevalentemente nel ginocchio, mentre quella che muove di meno è l'anca, perché l'osso coinvolto nella patologia è sempre uno solo: il femore. Questo esempio è utile per chiarire il principio osteopatico della catena disfunzionale, che corrisponde ai collegamenti anatomici che devono essere analizzati per individuare la causa primaria del sintomo dolore. Nella persona anziana accade, con frequenza statisticamente molto elevata, quanto sopra esposto e questo avviene con maggiore frequenza nei segmenti vertebrali, con dolori diffusi a tutta la colonna vertebrale, spalle, bacino ed arti inferiori. I disturbi intervertebrali sono estremamente frequenti, temporaneamente invalidanti, diretta conseguenza di microtraumatismi rachidei da sforzi, falsi movimenti, nonché alterazioni posturali non interpretabili radiologicamente.

La valutazione strumentale (Rx e RMN) è necessaria per escludere patologie da affezioni intra- ed extrarachidee, lesioni vertebrali di origine tumorale (ev. metastasi), infiammatoria, traumatica.

La metodologia di valutazione osteopatica consente di individuare le articolazioni che hanno un movimento limitato in una o più direzioni e quelle che hanno mobilità aumentata, per compensare le tensioni provocate dalla rigidità o ridotta mobilità di altre articolazioni. Sono valutazioni manuali di ricerca palpatoria e di mobilizzazioni passive, con l'utilizzazione di pressione manuale per valutare la densità dei tessuti esaminati e riconoscere eventuali alterazioni termotattili o dismorfismi strutturali patologici, e valutazioni semeiotiche di messa in tensione della struttura anatomica esaminata nella fisiologica direzione delle superfici articolari fino al limite della mobilità presente con particolari posizionamenti del paziente.

Le metodiche sono le seguenti:

- tecniche di rilasciamento delle tensioni muscolari e fasciali con lo scopo di ridurre le tensioni meccaniche delle strutture muscolo-tendinee, indurre facilitazione di mobilità reciproca con induzione di scorrimento tessutale tra fascie, muscoli, tendini e strutture periarticolari come fase preparatoria
- tecniche articolatorie con spinte attive contro resistenza da parte del paziente e successivo recupero di mobilità con spinte attive dell'operatore nella direzione della articularità limitata.

Spesso per facilitare le tecniche articolatorie si inizia con tecniche fasciali nelle quali, dopo aver ricercato la densità palpatoria e la mobilità di scorrimento delle fascie perimuscolari, si induce una facilitazione della stessa con spinte indirizzate parallelamente alla direzione delle fibre fasciali utilizzando la metodica respiratoria.

I limiti di queste tecniche osteopatiche sono legati alla realtà degenerativa delle strutture articolari trattate: è possibile ottenere un miglioramento funzionale di maggiore articularità e libertà di movimento, e spesso si realizza una netta diminuzione del sintomo dolore, ma la alterazione morfologica dovuta al danno articolare come conseguenza della degenerazione artrosica rimane invariata, pertanto la recidiva del sintomo dolore è normale, pur con riduzione di intensità e localizzazione più limitata, per cui il trattamento deve essere ripetuto con cadenza settimanale per almeno 4-5 sedute. E' necessario informare il paziente che con i trattamenti osteopatici in questi casi clinici di algia provocata da artrosi degenerativa non si ottiene guarigione, ma solamente un miglioramento della funzione che potrà durare un po' di tempo. Secondo la durata dell'effetto positivo si può insistere e ripetere il trattamento.



IX CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE
NEI DISTURBI DELL'ETÀ MATURA E DELLA SENILITÀ
Torino, 4 aprile 2009

L'impiego dell'Agopuntura e dell'Acupressione nel trattamento dell'insonnia dell'anziano

M. Simoncini**, *S. Balla**, *Z. Serfozoov**, *P.E. Quirico^*, *L.M. Pernigotti*

**Geriatra, Dip. Lung'Assistenza e Anziani, Ospedale Martini, ASL TO1, Torino*
^ CSTNF, Torino

L'insonnia è un problema molto diffuso ed è frequente anche nell'anziano istituzionalizzato, dove si può sommare ad altri disturbi della sfera psichica e comportamentale. I tentativi efficaci per ridurre questi disturbi sono esclusivamente di tipo farmacologico ed in minima parte ambientale. La terapia farmacologica talvolta può risultare non completamente efficace o più spesso determinare effetti collaterali mal tollerati o nocivi.

Per tali motivi in questo studio abbiamo voluto testare l'acupressione di un agopunto, HT 7 *Shenmen*, settimo agopunto del meridiano di Cuore, che secondo la Medicina Tradizionale Cinese ha indicazioni precise nei disturbi della mente e della psiche.

Metodologicamente per la stimolazione dell'agopunto HT 7 abbiamo utilizzato un presidio già in commercio con il nome di H7 Insomnia Control®. Lo studio è stato condotto presso la nostra Residenza Sanitaria Assistenziale di via Spalato e comprende la valutazione di 21 pazienti (F/M 19/3) di età compresa tra 69-96 anni ($82,65 \pm 7,26$). Sono stati inclusi pazienti anziani affetti da probabile demenza degenerativa sulla base dei criteri clinici NINCDS-ADRDA, con riferimento ad una gravità di grado lieve, compreso tra il livello 1 e 3 della Global Deterioration Scale (GDS), ed in terapia con ipnoinducenti e sedativi, mentre sono stati esclusi pazienti affetti da neoplasia e con storia di malattia psichiatrica maggiore. Il protocollo dello studio ha previsto una valutazione del campione basale prima dell'utilizzo del presidio H7 Insomnia Control® (T0) e a distanza di 2 mesi dall'applicazione dello stesso (T1). Il presidio H7 Insomnia Control® è stato quotidianamente applicato la sera dal personale infermieristico che era stato preventivamente formato circa il posizionamento corretto, e successivamente rimosso dall'operatore assistenziale il mattino seguente durante le cure igieniche.

La metodologia valutativa utilizzata per il campione in esame comprende una valutazione di screening con la somministrazione di scale funzionali (secondo Katz e Lawton), del Mini Mental State Examination (MMSE), della valutazione dell'ansia di stato (STAI Y-1), dei disturbi del comportamento attraverso il Neuropsychiatric Inventory (NPI), la valutazione dello stato di salute generale con il Global Health Quality of Life (GHQ 28) e la valutazione della qualità del sonno di Pittsburgh (PSQI). L'indice di ritenzione del campione è stato del 98% con un alto gradimento da parte dei pazienti, dei familiari e degli operatori sanitari. L'analisi dei dati è stata effettuata mediante ANOVA. La percezione dello stato di salute generale (GHQ 28) ha rilevato una differenza statisticamente positiva in particolare per la sezione B, legata quindi al tono dell'umore ($p = 0,008$). Il t di Student per campioni appaiati è stato utilizzato per l'analisi delle due scale GHQ 28 e PSQI con correlazione positiva ($p = 0,003$), così come al parametrico di Pearson ($r = 0,50$ al T0 vs. $r = 0,75$ al T1). Per quanto concerne i disturbi del comportamento e lo stress percepito dall'operatore, sono stati confrontati i punteggi della scala NPI al T0 e al T1 dove i risultati mostrano una differenza statisticamente significativa ($p < 0,001$). Lo stato d'ansia (STAI Y-1) nei due tempi di valutazione mostra un *trend* positivo di miglioramento con una differenza però non significativa ($p = 0,21$), in parte legata verosimilmente al basso numero del campione ed al fatto che l'ansia in questi pazienti non è il sintomo dominante il quadro clinico. In tutti i pazienti dello studio è stata ridotta la terapia con sedativi ed ipnoinducenti, e in due casi (9.5%) sospesa.

Complessivamente da questo studio emerge in modo evidente un'elevata efficacia nella riduzione dell'insonnia con particolari riflessi positivi sulla percezione della qualità del sonno e dello stato di salute generale, ed in particolare del tono dell'umore. Inoltre, di importanza cruciale in questo ambito è la riduzione notevole, significativa e persistente dell'alterazione del ritmo sonno-veglia, dei disturbi psicotici e del comportamento in relazione al deterioramento cognitivo di questi pazienti, e di riflesso un minor stress degli operatori addetti all'assistenza. Tale aspetto riveste notevole importanza come potenziale trattamento non farmacologico nei disturbi comportamentali legati alla demenza, con riduzione dei trattamenti psicofarmacologici, perseguendo quindi efficacia e sicurezza terapeutica.



IX CONVEGNO A.M.I.A.R.
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE
NEI DISTURBI DELL'ETÀ MATURA E DELLA SENILITÀ
Torino, 4 aprile 2009

L'Agopuntura nel trattamento delle ulcere da decubito

Fabrizia Russo

Geriatra S.C. Riabilitazione Ospedale Cottolengo, Torino

Le piaghe da decubito sono una delle più gravi complicanze che possono colpire il paziente anziano, generalmente quando è allettato; sono state definite il più complesso tipo di lesione cutanea conosciuta.

Si definisce ulcera da pressione o piaga da decubito un'area localizzata di danno della cute e dei tessuti sottocutanei causata da forze di pressione, trazione, frizione o da una combinazione di questi fattori.

La prolungata pressione è la causa principale che scatena a livello locale la piaga da decubito. Tra i fattori eziopatogenetici locali dobbiamo anche considerare: le forze di stiramento, l'attrito, la macerazione cutanea e la presenza di corpi estranei; mentre tra quelli generali: l'immobilità, l'ipertermia, le condizioni circolatorie e respiratorie del paziente, la presenza di lesioni nervose centrali o periferiche, la malnutrizione e l'incontinenza sfinterica.

Secondo l'European Pressure Ulcer Advisory Panel del 1996 le piaghe da decubito vengono classificate in quattro stadi a seconda degli strati cutanei, sottocutanei, muscolari ed ossei interessati. Le piaghe possono presentare delle complicanze sia locali quali: infezioni, ascessualizzazione, degenerazione carcinomatosa, che sistemiche come: la sepsi o lo scadimento delle condizioni generali fino all'exitus.

Fondamentale è la loro prevenzione tramite un'attenta assistenza ed una sollecita mobilizzazione.

Una volta instauratesi, il loro trattamento sarà complesso e coinvolgerà varie figure professionali, assorbendo molte risorse per tempi anche protratti.

La terapia dovrà essere volta alla patologia di base che ha condotto alla sindrome da allettamento, assicurando una corretta nutrizione, talora per via parenterale. Fondamentale è la correzione di eventuali fattori concomitanti quali: anemia, iperglicemia, stato disprotidemico, disordini elettrolitici, incontinenza sfinterica, oltre al trattamento antibiotico sistemico di eventuali infezioni.

La terapia topica si avvale di molteplici presidi a seconda delle caratteristiche della piaga: stadio, dimensioni, tipo di tessuto, presenza o meno di essudato, localizzazione... Si utilizzano medicazioni tradizionali o avanzate.

In Medicina Cinese le piaghe da decubito rientrano in un quadro di stasi di *Qi* e di Sangue; a seconda del tipo di lesione compaiono segni di Calore ed Umidità.

Pur non essendoci nulla in letteratura a riguardo, l'Agopuntura somatica può essere d'aiuto sia per sostenere le funzioni generali in un soggetto defedato e spesso anziano, sia a livello topico con un'azione volta a stimolare il trofismo tissutale, accelerandone la rigenerazione ed il processo di guarigione.

I punti generali possono essere: LI 4, LI 11, SP 10, BL 17, SP 6, ST 36, KI 3 allo scopo di rinforzare il *Qi*, muovere e nutrire il Sangue.

Il trattamento locale prevede l'infissione di 8-12 aghi che circondino la lesione, che deve essere detersa. Gli aghi devono essere tangenziali alla lesione, posizionati sul tessuto sano circostante ed infissi in profondità. E' necessaria un'elettrostimolazione a bassa frequenza (2-3 Hz), dell'intensità tollerata dal paziente, della durata di almeno 20 minuti con sedute bisettimanali. Se il fondo della piaga è deterso, si assisterà ad una rapida rigenerazione tissutale con miglioramento dell'irrorazione sanguigna, del trofismo ed accelerazione del processo di cicatrizzazione e guarigione.

Essendo l'elettroagopuntura una tecnica a basso costo, pressoché scevra da rischi, sarebbe utile poterla applicare su pazienti decubitati ed eventualmente inserirla in protocolli di trattamento.



Il trattamento con Agopuntura dei disturbi dell'anziano nella letteratura scientifica dal 2003 al 2007

Doriana Dongu

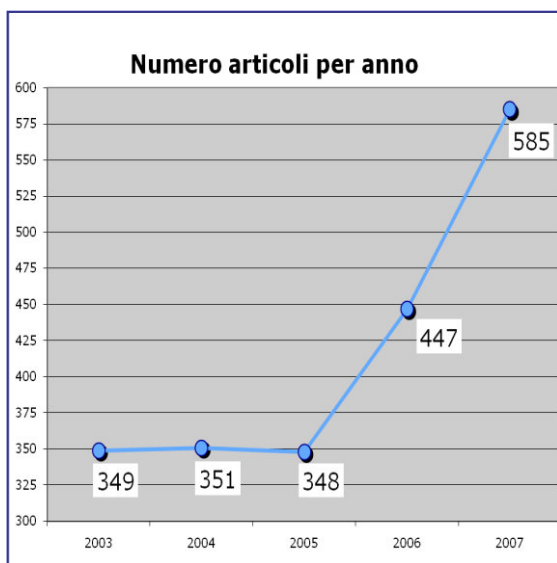
Dirigente Medico SCU Anestesia, Ospedale S. Luigi Gonzaga, Orbassano (TO)

All'inizio degli anni Settanta apparvero sui giornali americani le prime descrizioni aneddotiche di operazioni chirurgiche eseguite in Cina con l'Agopuntura.

Da allora iniziarono le ricerche da parte della comunità medico scientifica sulle possibili applicazioni della Medicina Orientale nell'ambito di quella Occidentale. Le ricerche ed i dati pubblicati nel corso degli anni hanno dimostrato l'efficacia dell'Agopuntura ed i meccanismi alla base di tale efficacia e hanno persuaso molti medici occidentali della necessità di integrare la nostra medicina con quella Orientale.

Dal 2003 al 2007 sono stati pubblicati 2083 lavori di Agopuntura da importanti riviste americane, europee ed asiatiche, principalmente in lingua inglese.

Le riviste che hanno pubblicato questi lavori sono 539. La maggior parte di esse compare per la pubblicazione di 1 o 2 articoli, solo 24 riviste hanno prodotto più di 10 lavori in 5 anni.



Il periodo da noi analizzato si può dividere in due parti. La prima dal 2003 al 2005 caratterizzata da un numero di pubblicazioni stabile ed attestato intorno a 350 articoli per anno. La seconda parte, invece, caratterizzata da un incremento del numero di pubblicazioni con un trend in salita dal 2006 al 2007.

L'interesse e l'importanza che l'Agopuntura ha assunto negli ultimi anni sono dimostrati dal numero di articoli reperiti nella letteratura scientifica e dalla presenza di Clinical trials, Metanalisi e Reviews.

Tra i 769 clinical trials la specialità più rappresentata è risultata essere l'ortopedia (115), seguita dalla neurologia (114), la ginecologia-ostetricia (62) e l'anestesia (55).

Il maggior numero di reviews riguarda la ginecologia-ostetricia con 50 lavori. Anche tra le 9 metanalisi analizzate la ginecologia risulta essere la specialità medica più rappresentata. Il trattamento dei disturbi dell'anziano in Agopuntura viene trattato in numerose pubblicazioni.

Nella letteratura scientifica dal 2003 al 2007 sono comparsi 79 lavori:

- 55 pubblicazioni inerenti pazienti tra i 65 e gli 80 anni,
- 24 pubblicazioni inerenti pazienti di 80 anni ed oltre.

Dei 55 lavori condotti su pazienti tra i 65 e gli 80 anni 8 sono reviews. La specialità

Specialità medica	Pubbl. >65 aa 2003-07
Ortopedia	30
Psichiatria	7
Ginecologia	6
Epidemiologia	5
Infettivologia	2
Urologia	2
Anestesia/analgesia	1
Pneumologia	1
Complicanze	1

medica più rappresentata è risultata essere l'ortopedia con 30 pubblicazioni, tra cui si segnala un particolare interesse verso alcune patologie quali la gonartrosi (16), la lombalgia (5), la coxartrosi (3) e la sindrome miofasciale (2).

A seguire il trattamento dell'insonnia e della menopausa.

Anche nelle 8 reviews gli argomenti più trattati sono la menopausa e le patologie a carico dell'apparato osteoarticolare.

Sui pazienti di 80 anni ed oltre, sono stati pubblicati 24 articoli ed è stata fatta una sola review. Anche in questa fascia d'età i disturbi più trattati sono stati quelli ortopedici tipici dell'età avanzata e l'insonnia. L'unica review presente riguarda il dolore e l'Agopuntura.

Analizzando i lavori pubblicati su pazienti tra i 65 e gli 80 anni si è visto come ci sia "una grande diffusione dell'Agopuntura" nella popolazione anziana (1).

L'Agopuntura infatti si dimostra molto vantaggiosa nel trattamento dei disturbi dell'anziano in quanto, non presentando effetti collaterali importanti e controindicazioni, può essere utilizzata nelle persone anziane che spesso presentano più patologie tra loro associate per le quali sono in trattamento plurifarmacologico.

Bibliografia:

1. **Najm W,Reinsch S,Hoehler F,Tobis J.** *Use of complementary and alternative medicine among the ethnic elderly.* Altern Ther Health Med.2003 May-Jun;9(3):50-7. (1)