

***X CONVEGNO A.M.I.A.R.***  
**AGOPUNTURA E M<sub>n</sub>C**  
**NELLE PATOLOGIE CRONICHE**

***ARESS***

**LA “RETE DEI CENTRI DI M<sub>n</sub>C IN PIEMONTE:  
ASPETTI GIURIDICI, ORGANIZZATIVI E FORMATIVI**

**Torino, 17 Aprile 2010**



**a cura di:**

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

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



***X Convegno AMIAR***  
**Agopuntura e MnC**  
**nelle patologie croniche**



**La rete dei centri di MnC in Piemonte:  
aspetti formativi, giuridici ed organizzativi**

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

**Patrocini:**

**Regione Piemonte**

**Città di Torino**

**Ordine dei Medici di Torino**

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

**FIAMO - Federazione Italiana Associazioni Medici Omeopati**

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

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

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

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



## **X Convegno AMIAR Agopuntura e MnC nelle patologie croniche**

*Il Convegno A.M.I.A.R., giunto alla sua decima edizione, anche quest'anno è organizzato in collaborazione con AReSS, l'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari del Piemonte, e comprende al suo interno, oltre alle sessioni a carattere scientifico curate dall'A.M.I.A.R., anche una tavola rotonda di carattere politico-istituzionale a cura dell'AReSS.*

*Il tema scientifico del Congresso “**Agopuntura e MnC nelle patologie croniche**” prende spunto dall'allungamento progressivo della durata della vita, evento di per sé assai positivo, che ha però provocato un analogo incremento delle patologie croniche, che rappresentano un problema di difficile soluzione per il Servizio Sanitario pubblico.*

*La gestione a lungo termine dei malati cronici richiede risorse economiche importanti per poter loro assicurare l'assistenza farmacologica e diagnostica; i pazienti rimangono comunque esposti agli effetti collaterali dei farmaci ed afflitti dai conseguenti disturbi iatrogeni.*

*L'Agopuntura e le altre Medicine non Convenzionali (MnC) hanno in comune un approccio olistico, cioè diretto al sostegno generale dell'individuo e non delle singole funzioni, come solitamente avviene nella moderna medicina specialistica: questa loro particolarità le rende particolarmente adatte e versatili nella gestione delle patologie croniche, nelle quali il mantenimento di un soddisfacente equilibrio generale dell'organismo spesso riesce ad assicurare un'accettabile qualità di vita.*

*Per tali motivi Agopuntura e MnC si pongono come terapie complementari, piuttosto che alternative, nei confronti di numerose patologie croniche, consentendo, se non l'abolizione, spesso la riduzione delle terapie farmacologiche e dei loro effetti avversi. Un numero crescente di studi consultabili nella letteratura medica illustra inoltre l'evidenza di un favorevole rapporto costi-efficacia delle MnC nella gestione di alcune patologie croniche assai diffuse.*

*Tre sessioni congressuali sono dedicate all'esposizione dei protocolli terapeutici e delle evidenze cliniche e sperimentali di Agopuntura e MnC nelle patologie croniche, in particolare del capo e del SNC, delle neoplasie e dei disordini immunitari ed all'esposizione delle esperienze cliniche dei singoli relatori.*

*Nella seconda parte della mattinata si svolgerà **la Tavola Rotonda AReSS**, nella quale saranno discussi gli aspetti giuridici, organizzativi e formativi inerenti la “Rete” di ambulatori di MnC in Piemonte; nel corso del dibattito verranno inoltre illustrati lavori svolti dal Coordinamento Tecnico-Scientifico per le MnC nei campi della Formazione, della Ricerca scientifica e per la creazione di un Registro per le MnC presso l'Ordine dei Medici.*

*Ai lavori della Tavola Rotonda è previsto l'intervento dei più qualificati rappresentanti del mondo politico ed istituzionale nazionale e regionale.*

## ***PROGRAMMA DEI LAVORI***

**Ore 09,00**

**Sessione introduttiva**

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

A. Bianco

**Il percorso formativo FISA: realtà attuale e prospettive future**

C. Giovanardi

**Agopuntura e qualità della vita nelle patologie croniche**

P.E. Quirico, T. Pedrali, A. Olivero

**Ore 9,45**

**Sessione I - Agopuntura e MnC nelle patologie croniche del capo e del SNC**

**Moderatori:** C. Benedetto, P.E. Quirico

**L'omeopatia nel trattamento delle sindromi vertiginose**

A. Magnetti

**Agopuntura e tecniche complementari nell'emicrania cronica**

G.B. Allais, G. Airola, P. Schiapparelli, M.G. Terzi, C. Benedetto

**La Ginkgolide B nella prevenzione della cronicizzazione dell'emicrania**

G. D'Andrea

**Ruolo di HT 7 Shenmen nel controllo dei disturbi psicotici dell'anziano**

M. Simoncini, P.E. Quirico, S. Balla, A. Gatti, R. Obialero, L.M. Pernigotti

**Discussione**

**Ore 11,30: Break**

**Ore 11,45**

**Sessione II - Tavola Rotonda ARESS**

**La rete dei centri di MnC in Piemonte: aspetti formativi giuridici ed organizzativi**

**Moderatore:** M. Lombardo

**Discussione**

**Ore 13,15: Break**

**Ore 14,30**

**Sessione III - Agopuntura e MnC nelle patologie neoplastiche e nei disordini immunitari**

**Moderatori:** G. Lupi, F. Mautino

**Le piante e l'apoptosi**

M. Grandi

**L'Agopuntura nel controllo della nausea e del vomito nei pazienti in trattamento chemioterapico**

G. Lupi, M. Cormio

**L'esperienza dell'Hospice "Il Gelso" nel campo della Medicina Integrata**

G. D'Amico, C. Endrizzi, M.P. Ruffino

**L'impiego dell'Omeopatia nell'artrite reumatoide in età pediatrica**

L. Zanino

**Discussione**

**Ore 16,05: Break**

**Sessione IV - Agopuntura e MnC nelle patologie croniche: esperienze cliniche**

**Moderatori:** G.B. Allais, A. Rebuffi

**L'Agopuntura nella nevralgia e nella neuropatia trigeminale farmacologicamente non controllate**

L.B. Sicuro, R. Bertino

**L'Osteopatia nelle patologie osteo-articolari croniche e/o degenerative**

F. Mautino

**Impiego dell'Agopuntura nella riabilitazione post-ictus: esperienze cliniche**

F. Russo, G. Quaglia

**Il trattamento del dolore pelvico cronico in Agopuntura: esperienze cliniche**

P. Borgogno, S. Micalef, G.B. Allais, P.E. Quirico, I. Castagnoli Gabellari, S. Rolando, M. Minuto, C. Benedetto

**L'Agopuntura nella miocardiopatia dilatativa: esperienze cliniche**

G. Cairo, P.E. Quirico

**Discussione**

**Ore 18,15**

**Compilazione del questionario ECM**

## **Relatori e Moderatori:**

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

Resp. Serv. Agopuntura in Ginecologia ed Ostetricia, Università di Torino, Pres. SIRAA

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

Direttore Dipartimento di Discipline Ginecologiche e Ostetriche, Università di Torino

### **Dott. Amedeo Bianco**

Presidente FNOMCeO e Ordine dei Medici di Torino

### **Dott.ssa Paola Borgogno**

Serv. Agopuntura in Ginecologia ed Ostetricia, Università di Torino - CSTNF, Torino

### **Dott. Gianfranco Cairo**

Cardiologo - CSTNF, Torino

### **Dott.ssa Gabriella D'Amico**

Responsabile Hospice "Il Gelso", Alessandria

### **Dott. Giovanni D'Andrea**

Centro Cefalee, Clinica Villa Margherita, Arcugnano (VI)

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

Presidente FISA - Direttore Scuola Agopuntura AMAB, Bologna

### **Dott. Maurizio Grandi**

Direttore Centro La Torre, Torino

### **Dott. Mario Lombardo**

Resp. 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**

Cons. ortopedico Osp. S. Camillo, Cons. ortopedico e fisiatra Case di Cura Ville Turina e Amione

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

Direttore Scuola Agopuntura CSTNF, Torino, Presidente AMIAR, Segr. Nazionale FISA

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

Direttore Dipartimento Formazione FIAMO, Torino

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

Geriatra SC Riabilitazione Ospedale Cottolengo, Torino

### **Dott. Luca Benedetto Sicuro**

Neurologo, AOU San Giovanni Battista, Torino

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

Dipartimento Integrato di Lung'assistenza ASL TO1, Torino

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

Consigliere Nazionale SIOMI, Torino

## **La rete dei centri di MnC in Piemonte: aspetti formativi, giuridici ed organizzativi**

*Nell'ambito del X Convegno A.M.I.A.R. dal titolo "Agopuntura e MnC nelle patologie croniche", A.Re.S.S. organizza la tavola rotonda "Quale futuro per la formazione in MnC: Università e Società Scientifiche a confronto" dedicata al tema della formazione sulle Medicine non Convenzionali.*

*Nell'attuale quadro di vuoto normativo, le basi della riflessione sulle azioni da intraprendere sulla formazione in MnC sono state poste su scala nazionale dall'attività svolta nell'ambito del Tavolo Tecnico Interregionale per le MnC (presso la Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni e attivo fino alla primavera 2008), e a livello locale piemontese dal Coordinamento Regionale Tecnico-Scientifico per le MnC deliberato dalla Giunta Regionale nel dicembre 2008 (DGR n. 54-10309 del 16 dicembre 2008).*

*Obiettivo della tavola rotonda è riunire i soggetti istituzionalmente deputati alla formazione e quelli storicamente attivi nel campo: da un lato le Università, che hanno oggi maturato un atteggiamento di apertura non pregiudizievole nei confronti delle MnC, a differenza di quanto avveniva anche in un passato non remoto; dall'altro le Scuole di formazione afferenti alle società Scientifiche, sedi di formazione professionalizzante in MnC, caratterizzate da rigore scientifico e alta qualità didattica, ma ad oggi non abilitate a rilasciare diplomi con validità legale.*

*È prevista la partecipazione di rappresentanti di altre Regioni, in un'ottica di scambio di esperienze e confronto metodologico, e dell'Ordine dei Medici di Torino, in qualità di garante della professionalità del medico.*

*Con questa scelta l'A.Re.S.S. vuole sottolineare la propria vocazione propositiva e sinergica, a tutela del cittadino e a garanzia della professionalità dell'operatore.*

*Mario Lombardo  
MnC AReSS Piemonte*

## ***PROGRAMMA DEI LAVORI***

**Ore 11.45**

**Tavola rotonda:**

**Quale futuro per la formazione in MnC: Università e Società Scientifiche a confronto**

*Saluti:*

**Piero Ettore Quirico**

A.M.I.A.R., Torino

*Moderatore:*

**Mario Lombardo**

A.Re.S.S. Piemonte

*Partecipanti:*

**Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università di Torino**

**Facoltà di Medicina e Chirurgia II - Università di Torino “S. Luigi Gonzaga”**

**Facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università del Piemonte Orientale**

**Facoltà di Farmacia dell’Università di Torino**

**Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Torino**

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

**Saranno presenti rappresentanti di altre Regioni italiane**

## **INDICE**

### **SESSIONE INTRODUTTIVA**

#### **Il percorso formativo FISA: realtà attuale e prospettive future**

C.M. Giovanardi..... pag. 15

#### **Agopuntura e qualità della vita nelle patologie croniche**

P.E. Quirico, T. Pedrali, A. Olivero..... pag. 17

### **SESSIONE I**

#### **L'omeopatia nel trattamento delle sindromi vertiginose**

A. Magnetti..... pag. 21

#### **Agopuntura e tecniche complementari nell'emicrania cronica**

G.B. Allais, G. Airola, P. Schiapparelli, M.G. Terzi, C. Benedetto ..... pag. 23

#### **La Ginkgolide B nella prevenzione della cronicizzazione dell'emicrania**

G. D'Andrea ..... pag. 25

#### **Ruolo di HT 7 Shenmen nel controllo dei disturbi psicotici dell'anziano**

M. Simoncini, P.E. Quirico, S. Balla, A. Gatti, R. Obialero, L.M. Pernigotti..... pag. 27

### **SESSIONE II**

#### **AReSS**

#### **La rete dei centri di MnC in Piemonte: aspetti formativi, giuridici ed organizzativi**

M. Lombardo, A. Chiantaretto, I.G. Cimma, S. Momo..... pag. 31

### **SESSIONE III**

#### **Le piante e l'apoptosi**

M. Grandi ..... pag. 35

#### **L'Agopuntura nel controllo della nausea e del vomito nei pazienti in trattamento chemioterapico**

G. Lupi, M. Cormio ..... pag. 37

#### **L'esperienza dell'Hospice "Il Gelso" nel campo della Medicina Integrata**

G. D'Amico, C. Endrizzi, M.P. Ruffino ..... pag. 39

#### **L'impiego dell'Omeopatia nell'artrite reumatoide in età pediatrica**

L. Zanino ..... pag. 41

### **SESSIONE IV**

#### **L'Agopuntura nella nevralgia e nella neuropatia trigeminale farmacologicamente non controllate**

L.B. Sicuro, R. Bertino ..... pag. 45

#### **L'Osteopatia nelle patologie osteo-articolari croniche e/o degenerative**

F. Mautino ..... pag. 47

#### **Impiego dell'Agopuntura nella riabilitazione post-ictus: esperienze cliniche**

F. Russo, G. Quaglia ..... pag. 49

#### **Il trattamento del dolore pelvico cronico in Agopuntura: esperienze cliniche**

P. Borgogno, S. Micalef, G.B. Allais, P.E. Quirico, I. Castagnoli Gabellari, S. Rolando, M. Minuto, C. Benedetto ..... pag. 51

#### **L'Agopuntura nella miocardiopatia dilatativa: esperienze cliniche**

G. Cairo, P.E. Quirico ..... pag. 53

## *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**<sup>®</sup>, 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**<sup>®</sup>, il nuovo Dispositivo Medico nato **per curare l'insonnia, senza farmaci**.

H7 Insomnia Control<sup>®</sup> consiste in un piccolo bottone (Sleep Pressor<sup>™</sup>) 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<sup>®</sup> 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<sup>®</sup>, migliora sia la durata che la qualità del sonno in modo senza alcuna controindicazione o effetto collaterale.

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

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



H7 Insomnia Control è un Medical Device - Classe I

Distribuito da Consulteam sas - tel. 031/525522

[www.consulteamsas.com](http://www.consulteamsas.com) - [info@consulteamsas.com](mailto:info@consulteamsas.com)



***SESSIONE INTRODUTTIVA***

***SESSIONE I***

# AIDE®

GERMANIO ORGANICO LIQUIDO

## Incrementa la “Forza Vitale”



Il Germanio, scoperto nel 1886 dal chimico tedesco (da qui il nome Germanium) Clemens Wimpler è un metalloide con numero atomico 32 e simbolo **Ge**. Sebbene sia un elemento raro è presente nella crosta terrestre, in certi minerali, nei tessuti animali e vegetali; tuttavia si estrae principalmente dai minerali. Il ruolo biologico di questo elemento è ancora poco conosciuto ed il fabbisogno giornaliero si stima tra 0,4 e 1,5 mg. Cibi come grano, vegetali, crusca e legumi sono una ricca fonte di germanio, mentre ne sono poveri i cibi animali.

Numero Verde  
**800 142 701**

Repubblica di San Marino  
[www.promopharma.it](http://www.promopharma.it)

PromoPharma®



X CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE PATOLOGIE CRONICHE  
Torino, 17 APRILE 2010

## **Il percorso formativo FISA: realtà attuale e prospettive future**

***Carlo Maria Giovanardi***

*FISA - Federazione Italiana delle Società Agopuntura  
Scuola Italo Cinese di Agopuntura AMAB, Bologna*

### ***Premessa***

A partire dal 1995, circa il 95% degli Istituti Privati italiani ha dato origine, in seno alla Federazione Italiana delle Società di Agopuntura (FISA), al Coordinamento delle Scuole di Agopuntura aderenti alla FISA, che ha stilato un unico programma didattico e fissato le regole per il controllo della qualità dell'insegnamento.

### ***Percorso Formativo***

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

- *corso quadriennale con un monte di 1200 ore, suddivise tra insegnamento frontale teorico-pratico (480 ore di cui 80% teoriche e 20% pratiche), tirocinio in ambulatorio (40 ore), autoapprendimento guidato (520 ore) e tesi di abilitazione (160 ore).*
- *programma concordato, dove vengono sviluppati sia gli aspetti tradizionali, che moderni dell'Agopuntura;*
- *IV anno caratterizzato da stages politematici che l'allievo può frequentare presso una qualsiasi delle Scuole aderenti alla FISA;*
- *esami annuali di ammissione all'anno successivo;*
- *discussione finale di una tesi alla presenza di due docenti della Scuola che si è frequentata e di un docente di un'altra Scuola aderente alla FISA in rappresentanza della FISA stessa;*
- *conseguimento dell'Attestato Italiano di Agopuntura della FISA;*
- *iscrizione al Registro dei medici agopuntori italiani della FISA, pubblicato e aggiornato annualmente.*

Ad oggi sono circa 3000 i medici italiani che hanno conseguito l'Attestato Italiano di Agopuntura della FISA.

Il fatto di aver organizzato, coordinato e controllato il percorso formativo dei medici che hanno frequentato le Scuole di Agopuntura aderenti alla FISA ha reso il livello formativo omogeneo su tutto il territorio Nazionale.

L'alto livello formativo raggiunto rappresenta attualmente la maggior forza per la diffusione dell'Agopuntura in Italia; la sicurezza e gli ottimi risultati dell'atto terapeutico sono le migliori armi di convincimento sia per la classe medica, sia per i pazienti.

Rimane invece ancora tutto da delineare il futuro per quanto riguarda il riconoscimento legislativo.

Come in tutte le recenti Legislature, anche in quella corrente sono state depositate diverse proposte di legge alla cui formulazione la FISA ha fattivamente collaborato, ma purtroppo al momento non si intravedono soluzioni in tempi brevi.



X CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE PATOLOGIE CRONICHE  
Torino, 17 APRILE 2010

## **Agopuntura e qualità della vita nelle patologie croniche**

***Piero Ettore Quirico\*<sup>^</sup>, Tiziana Pedrali\*, Alda Olivero\****

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

*Servizio di Agopuntura ASL TOI, Torino*

*<sup>^</sup> Segretario Nazionale FISA - Federazione Italiana Società Agopuntura*

L'Agopuntura, fin dall'antichità, è stata impiegata sia come medicina preventiva, che nella terapia delle malattie croniche. In altre parole, quando l'obiettivo primario della Medicina Cinese di evitare l'insorgenza delle malattie non era raggiungibile, si tentava comunque di gestirle nel tempo e di assicurare ai pazienti la miglior qualità di vita possibile.

A differenza della Medicina Occidentale, che interviene dall'esterno sull'organismo, a volte somministrando farmaci o sostanze di cui è carente, oppure rimuovendone parti o sostituendone altre, l'Agopuntura agisce dall'interno, stimolando attraverso il Sistema Nervoso i vari organi ed apparati, nel tentativo di recuperarne la funzionalità, nell'ottica di un benessere globale e del ripristino dell'omeostasi.

La moderna Medicina è sicuramente molto più efficace di quella Cinese nella gestione delle situazioni di emergenza, di acuzie e, in generale, di tutte le situazioni in cui l'organismo ha subito un danno organico irreversibile, tale da impedire la vita stessa o delle condizioni di relativo benessere.

Nelle malattie croniche, però, spesso gli effetti collaterali dei farmaci e le loro interazioni rendono difficile la gestione dei malati; in altri casi, invece (ad esempio: malattie muscolo-scheletriche, disturbi del sonno e dell'emotività, cefalee, nevralgie, distonie neurovegetative, cure palliative, ecc.), le terapie farmacologiche possono dare risultati insoddisfacenti, soprattutto se si tiene conto dei disturbi collaterali che provocano ai pazienti. La stimolazione diretta delle risorse dell'organismo rappresenta quindi da un lato un limite, perché nulla aggiunge o toglie al malato, ma è anche un'ottima opportunità, priva di controindicazioni, che consente un intervento mirato, sia di tipo settoriale che globale, sulle condizioni fisiche e mentali del paziente.

Proprio per questo motivo l'Agopuntura è particolarmente indicata nella terapia delle

patologie croniche, sia come terapia complementare, che come unica cura, a seconda del tipo di malattia e delle condizioni del singolo paziente.

Negli ultimi anni nella letteratura internazionale sono comparsi alcuni studi che mettono in risalto non solo l'efficacia dell'Agopuntura nella gestione di queste patologie, ma anche il favorevole rapporto costi-benefici di questa terapia e l'assenza di effetti collaterali o indesiderati.

### ***Agopuntura e qualità della vita: l'attività del Servizio di Agopuntura della ASL TO1***

Per verificare l'efficacia dell'Agopuntura nella terapia delle patologie croniche abbiamo condotto uno studio osservazionale sui pazienti trattati presso il Servizio di Agopuntura della ASL TO1, che collabora per l'assistenza, la didattica e la ricerca con la Scuola di Agopuntura del CSTNF di Torino dal maggio 2008.

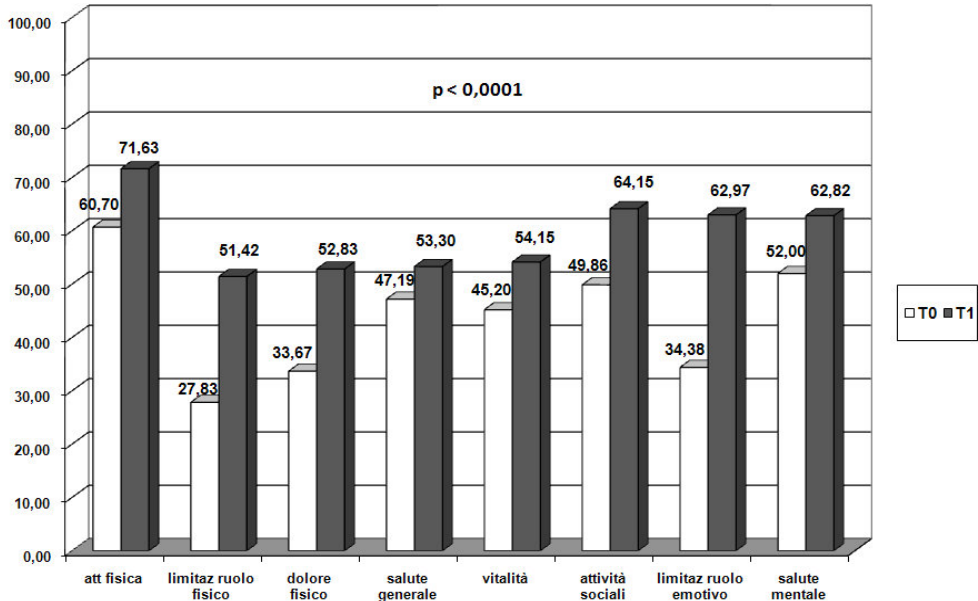
Sono stati considerati i 141 pazienti trattati dall'apertura del Servizio fino al 31 dicembre 2009, tutti affetti da patologie croniche. Per la maggior parte le patologie trattate sono state di tipo muscolo-scheletrico (99 casi, ovvero il 70,2%) e tra queste quella più numerosa è stata il low back pain (49 casi, il 49,4%), seguita dal dolore cervicale (29 casi, 29,2%).

A tutti i pazienti, all'inizio del ciclo terapeutico (da 6 a 10 trattamenti), è stata somministrato il test SF 36, questionario composto da 36 quesiti che ha lo scopo di indagare lo stato di salute del malato. I 36 quesiti consentono di ottenere otto valutazioni numeriche inerenti otto diversi aspetti dello stato di salute: attività fisica, limitazioni di ruolo causate dalla salute fisica, dolore fisico, percezione dello stato di salute generale, vitalità, attività sociali, limitazioni di ruolo causate dallo stato emotivo, salute mentale. I punteggi relativi alle componenti di salute fisica e mentale, derivati dalle otto scale, sono poi riassunti rispettivamente nell'Indice di Salute Fisica (ISF) e nell'Indice di Salute Mentale (ISM), in cui vengono normalizzati rispetto ad una popolazione di riferimento (la cui media è indicata per convenzione a 50, con deviazione standard di 10). La validità dell'SF-36 è stata largamente studiata in gruppi noti di pazienti. Questo test ha ricevuto un'ampia validazione dalla letteratura scientifica, che lo ha adottato in numerosi studi sperimentali, riconoscendone l'efficacia.

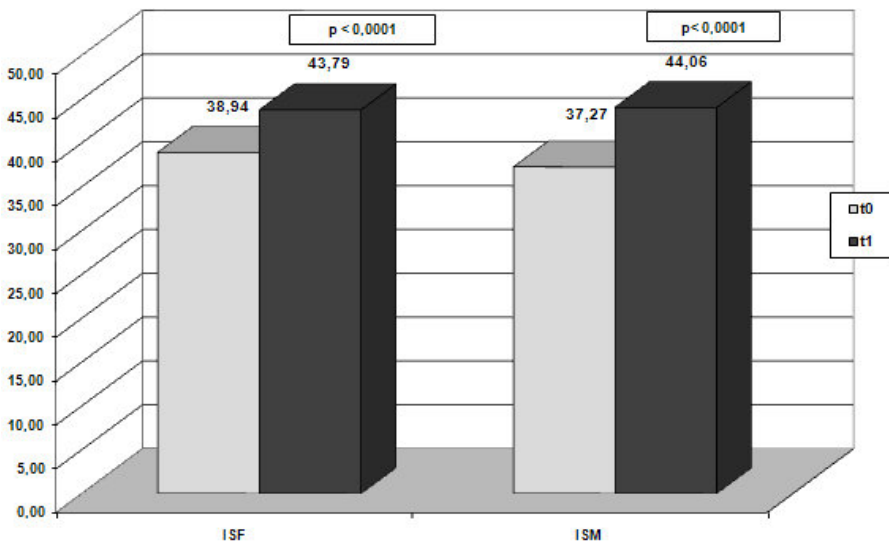
Ai pazienti, sempre con la stessa cadenza temporale, è stata inoltre somministrata una S.N.V. (scala numerica verbale) relativa alla gravità del loro disturbo, indipendentemente dal fatto che fosse doloroso o meno, ed un questionario specifico inerente la loro patologia, in modo da poterne studiare con maggiore precisione l'evoluzione.

I dati relativi ai questionari SF 36, analizzati tramite il test di Wilcoxon, confrontando quelli precedenti alla terapia ( $T_0$ ), con quelli relativi al termine della stessa ( $T_1$ ), hanno evidenziato la riduzione dei sintomi fisici (ISF) da 38,94 ( $T_0$ ) a 43,79 ( $T_1$ ) ( $p < 0,001$ ) e

della sintomatologia psichica (ISM) da un valore medio di 37,27 (T<sub>0</sub>) a 44,06 (T<sub>1</sub>) (p<0,0001): entrambi i dati sono risultati statisticamente significativi. Anche la VNS è variata da un valore medio di 7,08 (T<sub>0</sub>) a 3,82 (T<sub>1</sub>), evidenziando una diminuzione della gravità percepita della patologia del 46% (p<0,0001).



**Fig. 1 - Variazione degli otto indici dell'SF36; T<sub>0</sub>: pre-trattamento; T<sub>1</sub>: post-trattamento.**



**Fig. 2 - Variazione degli indici di salute fisica (ISF) e mentale (ISM) riferiti alla media della popolazione generale (valore 50). T<sub>0</sub>: pre-trattamento; T<sub>1</sub>: post-trattamento.**

Per quanto riguarda il low back pain, la patologia più rappresentata nella nostra osservazione, invece, abbiamo osservato tramite il test di Wilcoxon una riduzione del punteggio del questionario specifico (LBP questionnaire, Fritz et Arrangi 2001) da una media di 19,0 (T<sub>0</sub>) a 11,9 (T<sub>1</sub>) (p<0,0001). La scala del dolore riportata all'interno del medesimo questionario, invece, variava da una media di 7,3 (T<sub>0</sub>) a 4,4 (T<sub>1</sub>) (p<0,0001).

I risultati esposti, seppur in assenza di un gruppo di controllo, ci consentono di formulare un giudizio positivo riguardo all'impatto della terapia agopunturale nei confronti della qualità della vita nei pazienti affetti di patologie croniche, in assenza di effetti collaterali o indesiderati lamentati da pazienti.

Riteniamo opportuno, sulla base di quanto esposto, che sia utile effettuare uno studio policentrico e controllato su un'ampia popolazione, che veda coinvolti i principali Servizi di Agopuntura operanti nella nostra regione, allo scopo di accertare l'evidenza dell'efficacia dell'Agopuntura nella terapia delle patologie croniche e di valutarne il rapporto costi/benefici, altro elemento attualmente di estrema importanza.

## **Bibliografia**

1. **Allais GB, Giovanardi CM, Pulcri R, Quirico PE, Romoli M, Sotte L.** (FISA -Federazione Italiana delle Società di Agopuntura) *Agopuntura - Evidenze cliniche e sperimentali; aspetti legislativi e diffusione in Italia.* CEA, Milano, 2000.
2. **Hipps YG, Hacker YE, Hoffmann DL, Brinckmann JA, Socci RR, Rogers D.** *Self-reported quality of life in complementary and alternative medicine treatment of chronic rhinosinusitis among African Americans: a preliminary, open-label pilot study.* J Altern Complement Med. 2009 Jan;15(1):67-77.
3. **National Institutes of Health.** *Consensus Development Conference Statement. Acupuncture.* Nov 2-5, 1997 Revised draft 11/05/97.
4. **Reinhold T, Witt CM, Jena S, Brinkhaus B, Willich SN.** *Quality of life and cost-effectiveness of acupuncture treatment in patients with osteoarthritis pain.* Eur J Health Econ. 2008 Aug;9(3):209-19.
5. **Thomas KJ, MacPherson H, Ratcliffe J, Thorpe L, Brazier J, Campbell M, Fitter M, Roman M, Walters S, Nicholl JP.** *Longer term clinical and economic benefits of offering acupuncture care to patients with chronic low back pain.* Health Technol Assess. 2005 Aug;9(32):iii-iv, ix-x, 1-109.
6. **Willich SN, Reinhold T, Selim D, Jena S, Brinkhaus B, Witt CM.** *Cost-effectiveness of acupuncture treatment in patients with chronic neck pain.* Pain. 2006 Nov;125(1-2):107-13
7. **Weidenhammer W, Linde K, Streng A, Hoppe A, Melchart D.** *Acupuncture for chronic low back pain in routine care: a multicenter observational study.* Clin J Pain. 2007 Feb;23(2):128-35.
8. **Vickers AJ, Rees RW, Zollman CE, McCarney R, Smith CM, Ellis N, Fisher P, Van Haselen R, Wonderling D, Grieve R.** *Acupuncture of chronic headache disorders in primary care: randomised controlled trial and economic analysis.* Health Technol Assess. 2004 Nov;8(48):iii, 1-35.
9. **Wonderling D, Vickers AJ, Grieve R, McCarney R.** *Cost effectiveness analysis of a randomised trial of acupuncture for chronic headache in primary care.* BMJ. 2004 Mar 27;328(7442):747.



X CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE PATOLOGIE CRONICHE  
Torino, 17 APRILE 2010

## L'omeopatia nel trattamento delle sindromi vertiginose

**Alberto Magnetti**

*Professore a contratto Università degli Studi di Torino  
Istituto Omiopatico Italiano 1883, Torino*

Il termine vertigine indica una falsa sensazione di movimento, che può essere riferita a noi stessi o all'ambiente circostante. Va innanzitutto precisato che la vertigine può essere sia di origine periferica che centrale e questo, ovviamente, implica strategie diagnostiche e terapeutiche del tutto diverse.

I sintomi accusati possono essere estremamente variabili e possono andare da una vera e propria crisi vertiginosa a modeste sensazioni di instabilità posturale (*dizziness*).

La sindrome vertiginosa, soprattutto se di origine periferica, è spesso associata a nausea e a sudorazione profusa; altre volte la sindrome si accompagna ad emicrania e a sintomi cocleari.

La *dizziness* spesso è accompagnata da senso di insicurezza o di disorientamento spaziale, da sbandamento laterale oppure dalla sensazione di "camminare sull'ovatta" o di "sprofondare nel vuoto", in altre parole, a mancanza di equilibrio.

Un paziente che lamenta crisi ricorrenti di vertigine oggettiva di durata variabile da parecchi minuti ad alcune ore, associate a *fullness*, ipoacusia ed acufeni monolaterali molto probabilmente è affetto da Malattia di Meniere.

Altre volte il paziente riferisce che la crisi vertiginosa è associata ad emicrania che può precedere, essere concomitante o seguire l'episodio vertiginoso stesso. Si parla allora di vertigine emicranica. Una forma particolare di vertigine emicranica è la vertigine parossistica benigna dell'infanzia, che può colpire bambini anche molto piccoli, ed è spesso predittiva della comparsa di una patologia emicranica in età adulta.

Altre volte il paziente può lamentare una grande crisi vertiginosa, accompagnata da nausea e vomito profuso, che lo costringe a letto per alcuni giorni. Tale sindrome, che permane anche se il soggetto non compie alcun movimento, è in genere legata ad una perdita improvvisa della funzione vestibolare e viene chiamata neurite o neuronite vestibolare. La neurite vestibolare può avere varie cause: infettive, vascolari, tossiche, dismetaboliche, degenerative, ecc. ed, in rari casi, può essere causata da lesioni a carico del sistema nervoso centrale, ad esempio un'emorragia cerebellare.

La forma più comune di vertigine è la cosiddetta "vertigine parossistica posizionale". Tale sindrome è scatenata da movimenti del capo ed è caratterizzata da episodi di vertigine soggettiva/oggettiva di breve durata, sempre associati a nausea e vomito. Nei

periodi intercritici il paziente ha spesso la sensazione di "camminare sulla gommapiuma" o di avere la "testa vuota" e "pesante". La medicina convenzionale non dispone di terapie farmacologiche specifiche per il trattamento delle diverse sindromi vertiginose, ma molti farmaci si sono rivelati efficaci nel sopprimere o prevenire le crisi recidivanti o attenuare gli episodi acuti.

La medicina omeopatica offre una grande opportunità di scelte terapeutiche, a seconda della sintomatologia sofferta dal paziente, proponendo una terapia personalizzata.

Il sistema repertoriale informatizzato impiegato per la ricerca del miglior farmaco personalizzato indica per il sintomo generico *vertigo* 606 rimedi.

Queste sostanze a disposizione del medico sono da modalizzare incrociando tutti gli altri sintomi correlati e concomitanti, dal vomito alla nausea, dall'emicrania agli acufeni.

In questo modo la scelta del farmaco è simile al quadro sintomatologico globale del paziente e pertanto è in grado di indurre, per il principio di similitudine, una risposta biologica di miglioramento dei sintomi.

Seguono alcuni esempi di rimedi più frequentemente impiegati nelle sindromi vertiginose.

- ***Argentum nitricum***  
vertigini con acufeni, tremori e debolezza in soggetto ansioso e precipitoso
- ***Bryonia***  
vertigini aggravate da ogni minimo movimento del collo, specie al mattino, che obbligano il paziente alla più assoluta immobilità, nausea, cefalea
- ***Chenopodium anthelminticum***  
Vertigini con ipoacusia, ma con ipersensibilità a rumori e acufeni
- ***China***  
vertigini con acufeni dopo diarrea, vomito o emorragia
- ***Cocculus***  
vertigini da cinetosi o da surmenage con nausea, vomito, disgusto per i cibi, che peggiorano con aria fredda
- ***Conium maculatum***  
vertigine rotatoria coi movimenti degli occhi, specie negli anziani, che migliora ad occhi chiusi; deambulazione incerta e barcollante
- ***Ipeca***  
vertigine specie in gravidanza, con nausea continua, che non migliora con vomito, lingua pulita e assenza di sete
- ***Nux vomica***  
vertigini al mattino con nausea, gonfiore, lingua sporca, alito pesante, rigurgito e irritabilità da abuso di caffè e alcol, o da eccessi alimentari
- ***Phosphorus***  
Vertigini, specie negli anziani arteriosclerotici, con tendenza lipotimica
- ***Tabacum***  
vertigini con nausea, pallore e sudori freddi, che migliorano con l'esposizione all'aria fresca e chiudendo gli occhi
- ***Spigelia anthelmia***  
vertigine con tendenza a cadere, che peggiora guardando verso il basso.



X CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE PATOLOGIE CRONICHE  
Torino, 17 APRILE 2010

## **Agopuntura e tecniche complementari nell'emicrania cronica**

***G.B Allais, G. Airola, P. Schiapparelli, M.G. Terzi, C. Benedetto***

*Centro Cefalee della Donna e Servizio di Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia,  
Dipartimento di Discipline Ginecologiche e Ostetriche, Università di Torino  
Azienda Ospedaliera O.I.R.M. - S.Anna , Torino*

La cronicizzazione dell'emicrania rappresenta uno dei problemi clinico-terapeutici più complessi che un cefalalgologo deve affrontare. Nella stragrande maggioranza dei casi la cronicizzazione è un'evoluzione, una trasformazione dell'emicrania episodica ed è quasi sempre associata ad un abuso di farmaci sintomatici, siano essi comuni analgesici o prodotti specifici per il trattamento dell'attacco emicranico acuto (1).

È evidente che, oltre ad una corretta terapia di profilassi farmacologica, anche un approccio non convenzionale che si riveli efficace può essere di grande aiuto nel trattamento dell'emicrania cronica, soprattutto nel tentativo di far cessare l'abuso di farmaci che accompagna la patologia.

Prendiamo qui in considerazione due approcci all'emicrania cronica da noi studiati recentemente.

In uno studio randomizzato e controllato (2) della durata di 4 mesi, abbiamo valutato la possibilità di trattare pazienti sofferenti di emicrania cronica con tre differenti approcci: la TENS, il laser I.R. e l'agopuntura somatica. Dopo un mese di run-in in cui veniva solo valutato il diario della cefalea, le pazienti sono state sottoposte a dieci sedute di uno dei trattamenti sopracitati.

Nel Gruppo Tens le pazienti sono state trattate per 5 giorni alla settimana per due settimane con tre apparecchi TENS contemporaneamente (parametri I apparecchio: pulse rate 80 Hz, pulse width 120 microsec.; II: 120 Hz, 90 microsec.; III, 4 Hz, 200 microsec) con elettrodi comunque applicati su punti di agopuntura. Nel gruppo Laser un laser diodico i.r. (27 mW, 904 nm) è stato utilizzato per trattare punti trigger del capo, in parte corrispondenti a punti di agopuntura o a punti *Ashi*, a giorni alterni per dieci sedute. Il gruppo sottoposto ad agopuntura ha effettuato in totale dieci sedute, due sedute alla settimana per le prime due settimane, e poi una seduta alla settimana per sei settimane, si è

proceduto in questo gruppo usando un'agopuntura "di formula" costituita da alcuni punti base (LR 3, SP 6, LI 4, GB 20, GV 20 e EX *Taiyang*), infissi in tutte le pazienti in ogni seduta, permettendo inoltre l'utilizzo di alcuni punti aggiuntivi a seconda di sintomi secondari eventualmente presentati dalle pazienti.

Il numero di giorni di cefalea per mese si è ridotto significativamente lungo il trattamento in tutti i tre gruppi studiati. La risposta si è presentata in tempi diversi nei tre gruppi, probabilmente a causa della differente distribuzione temporale delle sedute di trattamento. L'agopuntura ha presentato il profilo temporale di maggiore durata relativamente all'efficacia.

Un altro approccio terapeutico all'emicrania cronica da noi studiato è rappresentato dall'agopuntura auricolare, e in particolare dall'infissione nelle opportune aree di corrispondenza del dolore emicranico sul padiglione auricolare di aghi a semipermanenza. I punti corretti da infiggere possono essere identificati col cosiddetto *needle contact test* (3), una procedura che permette di identificare quali punti del padiglione siano effettivamente utili nel controllare il dolore emicranico: il solo contatto con la punta dell'ago per pochi secondi permette, nei punti efficaci, di notare una rapida flessione dell'intensità del dolore (4). Ripetendo più volte il test sui punti identificati come sensibili, sia alla palpazione col *palpeur* a pressione sia alla detenzione elettrica, si possono identificare i punti più efficaci nel controllare l'accesso emicranico. Con questa modalità di selezione, abbiamo preso in considerazione un gruppo di pazienti sofferenti di emicrania cronica e le abbiamo sottoposte ad agopuntura auricolare, con infissione degli aghi semipermanenti (ASP, Sedatelec) ogni 21 giorni per tre mesi consecutivi. Dall'analisi preliminare dei dati raccolti nei diari della cefalea, emerge un andamento estremamente positivo, con una marcata riduzione del numero di giorni di cefalea al mese e del numero di analgesici consumati.

## **Bibliografia**

- 1. Evers S, Marziniak M.** *Clinical features, pathophysiology, and treatment of medication-overuse headache.* Lancet Neurol. 2010 Apr;9(4):391-401.
- 2. Allais G, De Lorenzo C, Quirico PE, Lupi G, Airola G, Mana O, Benedetto C.** *Non-pharmacological approaches to chronic headaches: transcutaneous electrical nerve stimulation, lasertherapy and acupuncture in transformed migraine treatment.* Neurol Sci. 2003 May;24 Suppl 2:S138-42.
- 3. Romoli M, Allais G, Airola G, Benedetto C.** *Ear acupuncture in the control of migraine pain: selecting the right acupoints by the "needle-contact test".* Neurol Sci 2005 May;26 Suppl 2:s158-61.
- 4. Allais G, Romoli M, Rolando S, Castagnoli Gabellari I, Benedetto C.** *Ear acupuncture in unilateral migraine pain.* Neurol Sci 2010, *in press*



X CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE PATOLOGIE CRONICHE  
Torino, 17 APRILE 2010

## **La Ginkgolide B nella prevenzione della cronicizzazione dell'emicrania**

***Giovanni D'Andrea***

*Centro cefalee Villa Margherita Arcugnano (Vi)*

La cefalea cronica quotidiana è, nel 70% dei casi, una evoluzione peggiorativa dell'emicrania senza aura. Il 30% dei casi evolve dalla cefalea tensiva episodica. È un disturbo comune ed è presente nel 3% della popolazione mondiale. Tale condizione è causa di importante disabilità per le normali funzioni quotidiane e lavorative. La cronicità viene definita in base al numero dei giorni di cefalea mensili (<15gg) per tre mesi consecutivi. I fattori predisponenti alla cronicizzazione sono molteplici. Tra essi svolge un ruolo importante l'aumento della frequenza degli attacchi emicranici, una frequenza di cinque attacchi al mese è predittiva di cronicizzazione. Spesso le cefalee croniche quotidiane sono determinate o si accompagnano a un eccessivo consumo di analgesici. Il sesso femminile è più colpito, in particolare se i soggetti hanno un grado di istruzione basso e problemi matrimoniali (separazione, divorzio, vedovanza). Inoltre l'alto consumo di alcolici e di caffè, i disturbi del sonno e i traumi cervicali (anche lievi) possono contribuire all'aumento della frequenza degli attacchi.

La patogenesi dell'emicrania e della sua cronicizzazione è complessa. È stato dimostrato che alla base della predisposizione agli attacchi vi è un' ipereccitabilità neuronale dovuta ad una eccessiva quantità di glutammato nel CNS. Tale condizione fisiopatologica è la causa della comparsa dell'aura emicranica e dell'attacco. La crisi dolorosa emicranica è la conseguenza di una sensibilizzazione del sistema trigemino vascolare. Nelle fasi prodromiche viene rilasciato, nella circolazione del distretto cefalico, dai terminali trigeminali sensitizzati il *calcitonin gene related peptide* (CGRP). Tale sostanza attiva le piastrine, l'endotelio e i globuli bianchi a rilasciare, tra altre sostanze algogene, serotonina e PAF. Il PAF stimola i terminali nervosi sensitizzati e determina la comparsa dell'attacco doloroso. Il numero degli attacchi, poi, è condizionato dal progressivo deterioramento dei centri del sistema antinocicettivo (ANS) per la deposizione di radicali liberi che si formano in conseguenza della catena degli eventi patogenetici degli attacchi stessi.

È stato dimostrato che la cronicizzazione dell'emicrania è favorita dal susseguirsi degli attacchi e legata al loro determinismo. È stato dimostrato, con studio mediante risonanza

magnetica funzionale, che durante gli attacchi di emicrania ioni ferro bivalenti e trivalenti si accumulano nel grigio periacqueductale, sede dei nuclei che regolano in sistema antinocicettivo. La deposizione di ioni ferro, residui di reazioni chimiche inerenti alla formazione di radicali liberi, deteriora la funzione dell'ANS peggiorando le condizioni che favoriscono l'attacco emicranico. Infatti la deposizione di ferro e radicali liberi è tanto maggiore quanto più grave è l'emicrania in termini di durata e frequenza degli attacchi. Welch ed al. hanno dimostrato che i livelli più alti di radicali liberi sono presenti negli emicranici cronici. Tutti questi dati suggeriscono che per contrastare la progressione della malattia è indispensabile da un lato ridurre l'eccitabilità neuronale e l'azione sensibilizzante del PAF e dall'altra contrastare il deposito di radicali liberi nell'ANS.

La Ginkgo Biloba è una pianta arborea fossile presente sul pianeta dal periodo devoniano (circa 350 milioni di anni fa). Essa contiene centinaia di sostanze medicinali che sono utilizzate da sempre soprattutto nella medicina cinese. In particolare la ginkgolide b, contenuta ed estratta dalle foglie essiccate, ha le proprietà farmacologiche utili per il trattamento profilattico dell'emicrania. Essa ha una spiccata attività modulatrice nel rilascio del glutammato cerebrale, è considerata l'unica sostanza efficace nel contrastare l'azione del *platelet activating factor* (PAF) e soprattutto contrasta la formazione e deposizione dei radicali liberi nell'ANS. Per le azioni farmacodinamiche descritte la ginkgolide b si offre come un promettente ausilio nel trattamento profilattico dell'emicrania (un lavoro multicentrico recentemente pubblicato lo testimonia) e soprattutto il trattamento continuato con essa può ridurre significativamente il peggioramento e la cronicizzazione.

### **Bibliografia**

1. **Bigal ME, Lipton RB.** *Clinical course of migraine: conceptualizing migraine transformation.* Neurology 2008; 9, 71(11): 848-855
2. **Menack A, Turkel C, Silberstein S.** *The evolution of chronic migraine: classification and nomenclature.* Headache. 2009; 49(8):1206-1213
3. **Welch KMA, D'Andrea G, Tepley N, Barkley G, Ramadan NM.** *The concept of migraine as a state of central neuronal hyperexcitability.* Neurol Clin 8:817-828; 199
4. **D'Andrea G, Cananzi AR, Perini F, Hasselmark L.** *Platelet models and their possible usefulness in the study of migraine pathogenesis.* Cephalalgia. 1995;15(4):265-71.
5. **Joseph R, Welch KM, D'Andrea G, Levine SR.** *Sensitivity to PAF is increased in migraine patients.* Thromb Haemost. 1987; Feb 3;57(1):125
6. **Welch KM, Nagesh V, Aurora SK, et al.** *Periacqueductal gray matter dysfunction in migraine: cause or the burden of illness?* Headache 2001; 7:629-637
7. **Kuribara K, Wardlaw AJ, Moqbel R, Kay AB.** *Inhibition of platelet-activating factor (PAF) binding to human eosinophils and neutrophils by specific Ginkgolide-derived PAF antagonist.* BN52021. J Allergy Clin Immunol 1989; 83:83-90
8. **Xia SH, Fang DC.** *Pharmacological action and mechanism of ginkgolide b.* Clin Med J 2007;120(10):922-928
9. **Chen HH.** *Ginkgolide B, a constituent of Ginkgo Biloba, facilitates glutamate Exocytosis from rat hippocampal nerve terminal.* Eur. J Pharmacol 2005; 514:141-149
10. **D'Andrea G, Bussone G, Allais G, et al.** *Efficacy of Ginkgolide b in the prophylaxis of migraine with aura.* Neurol Sci 2009; 30(Suppl 1):S121-124



X CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE PATOLOGIE CRONICHE  
Torino, 17 APRILE 2010

## **Ruolo di HT 7 Shenmen nel controllo dei disturbi psicotici dell'anziano**

***Mara Simoncini, Piero Ettore Quirico\*, Silvia Balla, Antonia Gatti, Rossella Obialero, Sabrina D'Agostino, Luigi Maria Pernigotti***

*Geriatria Territoriale, Dipartimento di Integrato di Lung'Assistenza, ASLTO1,  
Via Gradisca 10 - Torino*

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

I disturbi del sonno e del ritmo sonno-veglia associati o meno a disturbi francamente psicotici sono comuni con l'avanzare dell'età ed, in particolare nel nostro Paese, è stato stimato che l'insonnia colpisce oltre un terzo degli over 65. L'incapacità di avere un sonno riposante di notte può facilitare l'inversione del ritmo sonno-veglia, produrre sonnolenza diurna, aggravare problemi di memoria ed attenzione con aumento della deflessione del tono dell'umore, facilità alle cadute e ridotta qualità di vita. I disturbi del sonno e l'agitazione riflessa che ne consegue inducono il bisogno e talora l'abuso di ipnoinducenti e farmaci o parafarmaci da banco con possibili interazioni avverse con condizioni morbose concomitanti, in particolare malattie cardiovascolari e respiratorie croniche. Inoltre, la prevalenza di insonnia e di altri disturbi della sfera psico-comportamentale è elevata anche a causa, soprattutto in età avanzata, di condizioni morbose associate di cui la più frequente è di gran lunga la demenza.

La demenza, che comprende disturbi cognitivi, comportamentali e somatici, ha come comune denominatore il progressivo declino delle facoltà cerebrali, la cui gravità può evolvere fino alla completa incapacità a gestire le proprie facoltà; questa riduzione di autonomia comporta come requisito fondamentale l'assistenza nel progetto di cura a lungo termine. In particolare, i disturbi comportamentali non cognitivi aggravano il decorso della malattia e rendono complicate la cura e l'assistenza. Colmare le lacune tra scienza, evidenze e pratica clinica può essere molto difficile ed in questo ambito una corretta integrazione tra Medicina Occidentale e Medicina Tradizionale Cinese (MTC) può rappresentare un significativo valore aggiunto.

La mente in senso lato, comprendendo facoltà razionanti ed intellettive, l'*insight*, ma

anche l'emotività ed i sentimenti, in MCT viene definita con il termine *Shen* ed ha sede nello *Zang* "Cuore". Nella fisiopatologia dell'invecchiamento possiamo definire lo *Shen* "instabile" (*Xu* di *Xue* o di *Yin*, stasi di *Qi* o di *Xue*, Fuoco, *Xu*-Calore), situazioni in cui la semeiotica è rappresentata da ansia, irrequietezza, agitazione, insonnia e frequenti risvegli notturni, oppure più spesso "indebolito" (*Xu* di *Qi*, di *Xue* o di *Yin*, disarmonie degli *Zangfu* spesso presenti nelle malattie croniche e defedanti), dove la sintomatologia è spesso rappresentata da astenia, malinconia, depressione, ansia, apatia, abulia, amnesia ed insonnia.

HT 7 *Shenmen* (Porta della Mente), settimo agopunto del meridiano di Cuore, secondo la MTC ha indicazioni precise nei disturbi della mente ed in particolare nell'ansia, nell'agitazione psicomotoria e nei disturbi del sonno. In questi ultimi anni, diverse evidenze scientifiche ricavate da osservazioni su popolazioni geriatriche fragili, effettuate anche in associazione con trattamenti di medicina convenzionale, hanno portato a risultati importanti sia sul piano di riattivazione cognitiva, che di controllo dei disturbi comportamentali. Nella nostra esperienza, il trattamento del punto HT 7, mediante agopuntura settimanale o bisettimanale ed acupressione quotidiana notturna, protratto per due mesi, ha dimostrato, anche nei casi di pazienti particolarmente agitati, una riduzione dei sintomi psicotici associati alla demenza. Inoltre, lo stesso trattamento ha evidenziato un miglioramento dei disturbi del sonno e della depressione e/o apatia, con ripercussioni favorevoli sulla percezione dello stato di salute generale e sulla qualità di vita. Gli effetti del trattamento hanno avuto come ulteriore indicatore di efficacia la riduzione della terapia farmacologica, con importanti ripercussioni di carattere generale ed aumento della compliance ai trattamenti da parte dei pazienti e dei loro caregiver. Infine, la permanenza degli effetti prodotti dalla terapia con agopuntura ed acupressione su HT7 è stata rilevabile fino a sei mesi dal termine della stessa, per cui è possibile prevedere una certa stabilizzazione del quadro sintomatologico. L'end point più importante nella cura dei disturbi psicotici dell'anziano è il grado e l'attesa di istituzionalizzazione, fattori che sono proporzionalmente più elevati nei soggetti con maggior prevalenza di questi disturbi. Da qui l'importanza, viste le difficoltà oggettive di controllo dei sintomi, di possedere strumenti di trattamento diversi, ma integrabili, che rispondano a requisiti di efficacia con i minori effetti collaterali possibili. Il ruolo centrale del trattamento di HT7 in tutta la sintomatologia riferibile alla sfera psicologica, comportamentale e cognitiva può essere di valido aiuto in età geriatrica, con ripercussioni notevoli sull'assistenza, sulla prognosi e sulla qualità di vita di questi pazienti.



## ***SESSIONE II - TAVOLA ROTONDA***

### **LA RETE DEI CENTRI DI MNC IN PIEMONTE: ASPETTI FORMATIVI GIURIDICI ED ORGANIZZATIVI**





X CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE PATOLOGIE CRONICHE  
Torino, 17 APRILE 2010

## **Le MnC nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale L'impegno dell'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari del Piemonte**

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

*\*Responsabile Area Programmazione e Organizzazione AReSS Piemonte*

*^Gruppo di Lavoro AReSS*

### ***Il mandato Regionale***

Su mandato del Piano Socio Sanitario 2007-2010 (cap.4, § 4.2.1), l'A.Re.S.S (Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari del Piemonte) ha avviato un percorso di osservazione, studio e sperimentazione in tema di Agopuntura, Fitoterapia e Omeopatia. Obiettivo primario del "Progetto MnC" consiste nel favorire la corretta integrazione delle Medicine non Convenzionali nel Servizio Sanitario Regionale, monitorando l'offerta di prestazioni esistente sul territorio regionale. Tale percorso è stato finalizzato alla definizione di un modello organizzativo a rete con caratteristiche di unitarietà per le attività di MnC già erogate dalle ASR, mediante l'individuazione di un Coordinamento Regionale tecnico-scientifico e di Centri di Riferimento Regionali per le MnC.

### ***Le macro-aree di attività***

Le macro aree che caratterizzano l'attività progettuale sono: monitoraggio e osservazione delle attività di MnC (sono stati realizzati due censimenti regionali, uno tra le Aziende Sanitarie Regionali e l'altro tra i MMG piemontesi), collaborazione con le altre Regioni italiane più avanzate in tema di organizzazione delle MnC (Gruppo Tecnico Interregionale presso la Commissione Salute a Roma), formazione (realizzazione di corsi ECM rivolti a personale medico e non medico e a MMG e PLS), comunicazione (organizzazione di convegni e work-shop e realizzazione di pubblicazioni cartacee).

Nel 2008 è stato messo in rete il Portale Regionale delle MnC, consultabile all'indirizzo [www.medicinanonconvenzionale.net](http://www.medicinanonconvenzionale.net), che mette a disposizione di cittadini e professionisti tutte le informazioni afferenti al progetto.

### ***Il Coordinamento Regionale tecnico-scientifico delle MnC***

Il Coordinamento Regionale tecnico-scientifico delle MnC, deliberato dalla Giunta Regionale con DGR n. 45-10039 del 16.12.2008, riunisce al suo interno i rappresentanti delle Istituzioni Universitarie (Facoltà di Medicina, Farmacia e Veterinaria), delle Società Scientifiche e delle Scuole di Formazione delle MnC, degli Ordini professionali e della società civile. Il Coordinamento ha articolato la propria attività identificando tre tematiche prioritarie: Ricerca, Definizione di Criteri per la stesura di elenchi di medici esperti in MnC presso gli Ordini professionali, Formazione.

### ***Il tema della formazione***

Il tema della formazione risulta di particolare rilevanza anche a fronte della perdurante carenza normativa, sia a livello regionale che nazionale. Il riconoscimento dei percorsi formativi attualmente esistenti e la promozione di iniziative di formazione sulle MnC a livello universitario richiedono azioni sinergiche, a fronte della necessità sempre più urgente di assicurare al cittadino libertà di scelta terapeutica e agli operatori sanitari garanzia di qualità.

La tavola rotonda promossa da Aress nell'ambito di questo X Convegno AMIAR riunisce i soggetti istituzionalmente deputati alla formazione (Università) e quelli storicamente attivi nel campo (Scuole di formazione e Società Scientifiche). La tavola rotonda si propone di promuovere una riflessione condivisa sugli argomenti più dibattuti: monte ore dei percorsi formativi, criteri di accreditamento delle scuole, programmi di formazione per ciascuna disciplina, criteri per la scelta dei docenti, ecc.

### ***I Centri di Riferimento Regionale***

Sono stati individuati due Centri Regionali di Riferimento per le MnC nella nostra Regione: con DGR n. 54 - 11023 del 16 marzo 2009 è stato riconosciuto il Centro di Riferimento Regionale per l'agopuntura, individuato nella Struttura Complessa a Direzione Universitaria Ginecologia ed Ostetricia C dell'Azienda Ospedaliera OIRM-S. Anna di Torino. Con DGR n. 59 - 12771 del 7 dicembre 2009 è stato riconosciuto il Centro di Riferimento regionale per la Medicina Integrata, individuato nell'Hospice il Gelso dell'ASL di Alessandria.

Ulteriore articolazione della metodologia di intervento in tema di MnC si concretizza attraverso un Osservatorio Scientifico per la validazione e la sicurezza delle pratiche di MnC, individuato presso la Facoltà di Medicina II, S. Luigi Gonzaga di Torino. Le finalità dell'Osservatorio saranno tese a rilevare, sistematizzare e valorizzare i risultati dei programmi sperimentali e degli studi clinici, nonché valutare efficacia e sicurezza delle MnC.



***SESSIONE III***





X CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE PATOLOGIE CRONICHE  
Torino, 17 APRILE 2010

## Le piante e l'apoptosi

*Maurizio Grandi*

*Centro La Torre, Torino*

La morte cellulare ha un ruolo fondamentale nello sviluppo del sistema immunitario: da Lei emerge la nostra identità e la nostra capacità di distinguere il self dal non self.

Troppo pochi i nostri geni per determinarla. La rete si forma attraverso una serie di dialoghi cellulari in cui il caso e la morte giocano un ruolo centrale.

La complessità è il risultato di un processo che unisce sopravvivenza e funzione.

Una diversità generata dal caso, un adattamento scelto attraverso la morte che viene dall'interno: autodistruzione dall'attivazione di esecutori costruiti dalla cellula mediante informazioni presenti nei loro geni.

Programma significa pre-scritto.

Ogni cellula ha un programma (pre-scritto), circa la capacità di indurre o reprimere la propria autodistruzione, a seconda delle interazioni presenti o passate con le altre cellule che costituiscono il corpo.

Autodistruzione è base dell'omeostasi, mantiene l'identità e l'integrità. La cellula che muore emette segnali che modificano il comportamento delle cellule vicine, incluse quelle che la stanno ingerendo (APOPTOSI).

Cancro è mancanza di suicidio programmato e/o di riparazione del danno.

Ogni esecutore di morte è architetto impegnato ad un tempo a distruggere e a costruire.

La sopravvivenza quotidiana delle cellule dipende dalla percezione dei segnali delle altre, che ne impediscono il suicidio. La vita deriva dalla continua negazione dell'autodistruzione, fenomeno garantito solo fino all'età della riproduzione. Scema in quello stesso momento, punto contingente di equilibrio fra questi conflitti.

Il cancro non è legato ad una mutazione indipendente, ma alla rottura dell'omeostasi, che è il logo Biochimico.

La progressione neoplastica è il risultato di un "Io pirata", che reprime il programma dell'Io debole ad alta instabilità genetica.

Nel farlo riassume le caratteristiche dei procarioti ed eucarioti sotto stress.

Bcl 2, mdm2, hanno omologhi a livello batterico, così come i geni SOS.

Su quest'ipotesi, abbiamo studiato a livello preclinico (biochimico e biofisico) e clinico l'attività di preparazioni vegetali e formulazioni che nel passato antico e prossimo hanno mostrato ad un tempo attività antibatterica e coordinante le funzioni cellulari dell'organismo.

Processi verificati con la trasformata di Fourier, la spettroscopia ed il sincrotrone.

Si giustificherebbe con metodologia fisica il fenomeno dell'apoptosi e della coerenza di specie indotta dall'ATAR dei Faraoni che è ad un tempo l'unzione degli infermi del Cristo di Nazareth.

Mhyrra, Cannella, Cassia, Acorus Calamus ne sono gli ingredienti.

Così come l'Evernia prunastri (la cipria delle nonne). Profumi. Antibiotici. Antineoplastici, ad un tempo, attraverso la ricoordinazione cellulare, mediata dalla morte cellulare (l'apoptosi).

### ***Bibliografia***

- 1. Ameisen JC. La Sculpture du vivant. *Le suicide cellulaire ou la mort créatrice.* (1999, 2<sup>nd</sup> ed. 2000). Paris: Edition du Seuil**
- 2. Grandi M. *La Myrrhe activité thérapeutique en cancérologie.* Phytothérapie (2004) Num.5 : 142-147, Springer**
- 3. Grandi M. *L'accompagnement par les plantes dans le voyage entre les vies.* Phytothérapie (2007)5 :1-7 Springer**



X CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE PATOLOGIE CRONICHE  
Torino, 17 APRILE 2010

## **L'Agopuntura nel controllo della nausea e del vomito nei pazienti in trattamento chemioterapico**

***Giuseppe Lupi, Manuela Cormio***

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

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

La nausea e il vomito indotti dalla chemioterapia (CINV) permangono un problema clinico significativo nonostante la potenziata terapia anti-emetica disponibile attualmente. La nausea continua ad essere reputata come il preminente dei sintomi invalidanti e gravosi sofferti dai pazienti neoplastici con effetti profondi sulla qualità della vita. I sintomi possono essere acuti (entro 24 ore dal trattamento), ritardati (dopo le prime 24 ore post-trattamento) o anticipatori (prima di ogni trattamento successivo).

La letteratura scientifica in relazione all'uso e all'efficacia dell'agopuntura come terapia complementare della nausea e vomito, in particolare nei pazienti neoplastici sottoposti a chemioterapia (CINV), è sufficientemente consistente, attendibile e fondata. Revisioni sistematiche che stimano l'efficacia della stimolazione del punto *Neiguan* PC 6 dimostrano migliori risultati per la nausea del periodo post-operatorio e nei pazienti chemiotrattati rispetto all'effetto nelle pazienti gravide.

Nel 1997 il National Institutes of Health (NIH) Consensus Statement ha segnalato che "risultati promettenti sono emersi...a dimostrazione dell'efficacia dell'agopuntura nella nausea post-operatoria e durante chemioterapia...". Questa dichiarazione era basata su 33 studi controllati, di cui 27 dimostrarono risultati positivi in favore dell'agopuntura, elettro-agopuntura e digitopressione sul punto PC 6: tra questi trials erano presenti 2 RCT (Dundee 1987, 1989) che dimostrarono ottimi effetti.

Basandosi sui riconoscimenti della letteratura scientifica è iniziata nel 2003 l'esperienza dell'ambulatorio pubblico di Agopuntura dell'Ospedale Regionale di Aosta.

Gli Autori presentano qui la casistica relativa al Servizio e allo studio attualmente in corso. Il periodo di studio si riferisce ai trattamenti effettuati in un lasso di tempo di circa 7 anni (2003-2009). Sono state effettuate 4836 sedute di agopuntura su un totale di 280

pazienti. Il numero di sedute eseguite è notevolmente cresciuto negli anni: dai 42 trattamenti del 2003 ai 1280 del 2009. I pazienti trattati per CINV sono stati 195 (68.5%) e quelli per PNV 85 (31.5%). Il numero medio di sedute di trattamento con agopuntura per il CINV per paziente è stato di  $19.5 \pm 16$ .

Il trattamento dei pazienti si basa sui principi della MTC secondo la quale il vomito è causato da una disfunzione dello Stomaco nella sua funzione di digestione e trasporto ed in particolare dalla inversione del flusso del *Qi*. La MTC reputa che i chemioterapici danneggino il *Qi* e il Sangue, provochino disarmonia dello Stomaco e Milza e Deficit di Fegato e Rene, i quali provocano vari effetti collaterali. Il paziente oncologico presenta un quadro clinico estremamente complesso e variabile in relazione alla sede della malattia, al trattamento chemioterapico in atto, al quadro emozionale, alle possibili e frequenti complicanze. Questo va tenuto ben presente nella selezione dei punti anche perché l'eziologia su base farmacologia di questi sintomi, era sconosciuta agli antichi medici cinesi.

I punti più frequentemente utilizzati sono: PC 6, ST 36, CV 12, SP 4, ST 21, BL 20, BL 21, KI 3, SP 6, AU *Shenmen*, AU *Stomaco* ed AU *Esofago*. Il trattamento di agopuntura è stato eseguito in tutti i pazienti prima e dopo la chemioterapia: a seconda del giorno e dell'ora del trattamento farmacologico le sedute sono state effettuate al massimo il giorno prima e il giorno dopo. Nelle settimane in cui non veniva effettuata la chemioterapia venivano eseguite da una a tre sedute, a seconda dei sintomi. Questo lavoro ha confermato che l'integrazione dell'agopuntura nel trattamento della nausea e del vomito ha permesso di ridurre l'assunzione di farmaci e di migliorare la qualità della vita dei pazienti con CINV senza presentare ulteriori effetti collaterali. Anche la soddisfazione della popolazione nei confronti di questa terapia non-farmacologica è innegabile e confermata dalla continua e sempre maggiore richiesta di prestazioni nel corso degli anni.

## **Bibliografia**

1. Dundee JW, et al. *Optimising antiemesis in cancer chemotherapy*. Br Med J (Clin Res Ed) 1987;294(6565):179.
2. Dundee JW, et al. *Acupuncture prophylaxis of cancer chemotherapy-induced sickness*. J R Soc Med 1989;82(5):268–271.
3. NIH. *Acupuncture. Consensus Development Conference Statement*, November 3–5, 1997. Available at <http://consensus.nih.gov/1997/1997Acupuncture107html.htm>; accessed May 2, 2009.
4. Nystrom E, Ridderstrom G, Leffler AS. *Manual acupuncture as an adjunctive treatment of nausea in patients with cancer in palliative care-a prospective, observational pilot study*. Acupunct Med. 2008 Mar;26(1):27-32.



X CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE PATOLOGIE CRONICHE  
Torino, 17 APRILE 2010

## **L'esperienza dell'Hospice "Il Gelso" nel campo della Medicina Integrata**

***Gabriella D'Amico, Cristina Endrizzi, Maria Pia Ruffino***

*Hospice "Il Gelso", Alessandria*

L'Hospice "Il Gelso" della ASL-AL di Alessandria ha iniziato ad operare nel 2007 rivolgendo cure a pazienti affetti da malattie neoplastiche o cronico-degenerative in fase avanzata, all'Hospice è annesso un Ambulatorio di Terapia Antalgica e Cure Palliative.

Le patologie trattate presso l'ambulatorio ricoprono un ampio range di condizioni cliniche, riconducibili al dolore acuto e cronico sia benigno che oncologico. Dall'esperienza maturata nell'ambito dell'attività assistenziale sul paziente con dolore cronico, sia in regime ambulatoriale che in regime di degenza, si intende implementare un programma di integrazione delle cure e delle pratiche assistenziali, sia come attività interna alla struttura che è già operativa, che come attività sul territorio basata sull'utilizzo integrato delle MnC, in particolare Agopuntura e Omeopatia, per ampliare il trattamento di quadri sintomatologici complessi. Il progetto P.O.N.T.I (Per Operare Nel Territorio Insieme), da noi ideato, si inserisce nelle linee degli interventi sanitari "dedicati ad affrontare, contenere e riprogrammare i sistemi di erogazione delle cure" (Guthlin et al, 2006) di fronte al fenomeno socio-demografico indicato con il termine di "fragilità", ovvero di una condizione generale di instabilità fisica e socio sanitaria, determinata da plurimi fattori. Il dolore cronico è inteso come sindrome complessa e come condizione di fragilità di difficile trattamento, risultato di una molteplicità di patologie d'organo e d'apparato inerenti a settori specialistici diversi per diagnosi e cura. Nello studio europeo Pain Europe Survey, pubblicato nel 2004, nel 22% della popolazione italiana al dolore cronico si era accompagnata una depressione diagnosticata.

Accanto alla terapia farmacologica e analgesica i pazienti necessitano di una serie di interventi assistenziali, sanitari e sociali che siano basati su un approccio multidisciplinare. A tal proposito i pazienti oncologici si rivolgono a terapie complementari sia per attenuare gli effetti delle terapie farmacologiche, sia per trovare un percorso terapeutico che integri l'equilibrio mente-corpo. Tale progetto P.O.N.T.I. prevede obiettivi clinici,

come identificazione dei quadri nosologici, criteri di accesso ai trattamenti di Medicina Integrata, obiettivi organizzativi, formativi e di ricerca. Inoltre è stato possibile creare una rete di collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale, con il Centro di Cefalee, la Reumatologia, la Neurochirurgia dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria e con i MMG, ciò permetterà di dare delle risposte terapeutiche personalizzate, dove terapia farmacologica e terapie non convenzionali si fondono.

Nell'ambulatorio di terapia antalgica e cure palliative vengono erogate 6 sedute di Agopuntura con frequenza bisettimanale, per una durata di 20 minuti. Le linee guida adottate, per le varie patologie, fanno riferimento alle indicazioni terapeutiche agopunturali della Scuole di Agopuntura aderenti alla F.I.S.A; la scelta dei punti segue, pertanto, delle indicazioni dove il termine protocollo non è il più esatto, poiché la terapia va adeguata al singolo paziente e modificata di volta in volta in base alla risposta ottenuta.

Per quanto riguarda l'Omeopatia, tale terapia è stata introdotta nel dicembre 2007. Essa comprende l'utilizzo di farmaci omeopatici di tipo complesso ad uso infiltrativo, applicati in uno studio clinico in doppio cieco, sulle cervicobrachialgie. Inoltre, si sta iniziando uno studio clinico che prevede l'applicazione di un farmaco omeopatico somministrato per iniezione sottocutanea per la riduzione delle secrezioni nel rantolo agonico di pazienti in fase terminale degenti nella struttura dell'Hospice. La visita omeopatica di tipo unicistica viene proposta, in casi selezionati, agli utenti dell'ambulatorio di Terapia del Dolore, a corollario della visita antalgica.

I criteri che vengono utilizzati nell'ambulatorio per indirizzare il paziente verso una terapia non convenzionale, dipendono da vari fattori: l'intensità del dolore, il tipo di patologia che determina il dolore, se la patologia è un fenomeno acuto o cronico, se ci sono fenomeni neurologici associati, per esempio la compressione nervosa nel caso di discopatia della colonna vertebrale. I criteri tengono conto delle preferenze del paziente, delle comorbidità, dell'età anagrafica, di altri trattamenti farmacologici associati, come ad es. la terapia anticoagulante. In generale a tutti i pazienti visitati viene prescritta una terapia farmacologica a scopo antalgico, la riduzione scalare della stessa terapia viene valutata, nei pazienti che seguono un trattamento non convenzionale, a condizione che ci sia un miglioramento stabile del sintomo associato ad uno stato di equilibrio psico-fisico.



## L'impiego dell'Omeopatia nell'artrite reumatoide in età pediatrica

**Luisella Zanino**

*Pediatra di Famiglia, Consigliere Nazionale SIOMI*

L'osteoartrite è una malattia presente in tutto il mondo, descritta anche negli animali fossili e nell'uomo preistorico, che colpisce prevalentemente gli adulti e le articolazioni, ma può, se pur raramente, manifestarsi anche in età pediatrica e colpire anche altri organi e tessuti. La causa resta sconosciuta, anche se si ritiene legata a meccanismi di aggressione autoimmunitari, oltre che a fattori genetici. Negli Stati Uniti i malati sono oltre i venti milioni e ogni anno causa almeno 200.0000 interventi per protesi d'anca o ginocchio (1, 12). L'approccio integrato alla patologia dolorosa muscolo-scheletrica è in grado di favorire un'adeguata educazione del paziente, di migliorare la sua compliance verso la malattia e di ridurre o controllare i costi sociali (2,4,5,6,7,8,14,15,20). Si calcola che il 5% dei casi totali di artrite reumatoide abbia esordio nell'infanzia (3). L'artrite reumatoide infantile comprende diversi sottogruppi clinici che in passato sono stati definiti con diversi termini, creando non poca confusione, ora sistematizzati (vedi Tab.).

	<b>Poliarticolare Fatt. reum -</b>	<b>Poliarticolare Fatt. reum +</b>	<b>Pauciarticolare Tipo 1</b>	<b>Pauciarticolare Tipo 2</b>	<b>Esordio sistemico</b>
<b>Percentuale</b>	20-25%	5-10%	35-40%	10-15%	20%
<b>Sesso</b>	90% F	80% F	80% F	90% M	60% M
<b>Età esordio</b>	Qualunque età pediatrica	Tarda infanzia	Prima infanzia	Tarda infanzia	Qualunque età pediatrica
<b>Articolazioni Colpite</b>	Qualsiasi, multiple	Qualsiasi, multiple	Poche e grosse art. (ginocchio- caviglia gomito)	Poche e grosse art. (cingolo pelvico)	Qualsiasi, multiple
<b>Sacroileite</b>	No	Rara	No	Comune	No
<b>Iridociclite</b>	Rara	No	30% cronica	10-20% acuta	No
<b>Fattore Reumatoide</b>	Negativo	100%	Negativo	Negativo	Negativo
<b>Anticorpi Antinucleo</b>	25%	75%	90%	Negativo	Negativo
<b>Tipizz. HLA</b>	?	DR4	DR5, DRW6, DRW8	B27	?
<b>Esiti</b>	Grave artrite 10-15%	Grave artrite > 50%	Poliartrite 20% Danno oculare 10%	Spondiloatropatia Consequente ?%	Grave artrite

Fra questi sottogruppi la malattia pauciarticolare tipo 1 e quella ad esordio sistemico sono esclusive dell'età infantile, gli altri hanno strette analogie con la forma degli adulti, nella quale possono evolvere, cronicizzando, in una certa percentuale di casi, portando a

una lenta ma inesorabile distruzione articolare, con perdita della capacità funzionale e disabilità. L'evoluzione può essere rallentata da un'adeguata terapia che prevede **interventi integrati**: sia farmacologici classici (1,3,9,12,13) sia terapia fisica (fisiochinesiterapia e cure termali) (19), sia interventi di supporto con le medicine complementari e bioterapici: fitoterapia (2, 6, 7, 16) gemmoterapia (17), oli essenziali(4, 14), oligoterapia (5,15), organoterapia (18). Di particolare interesse il ruolo dei medicinali omeopatici nell'integrazione delle cure. A questo proposito sono stati condotti degli RTC da R.G. Gibson e colleghi (10,11). Questi hanno dimostrato che **un numero statisticamente significativo di pazienti migliorava con la terapia omeopatica** (10) mentre tutti coloro che utilizzavano il placebo erano costretti a modificare la cura e il 70% di coloro che utilizzavano i salicilati dovevano abbandonare lo studio per gli effetti collaterali o per la scarsità del risultato. In un secondo studio (11) i risultati hanno dimostrato una differenza statisticamente significativa tra i pazienti trattati con l'omeopatia per intensità del dolore spontaneo, sensibilità articolare, diminuzione della rigidità articolare, aumento della forza di presa. Inoltre alcuni pazienti che soffrivano di una forma evolutiva erano nettamente migliorati in seguito al trattamento omeopatico.

Altri due studi furono pubblicati fra il 1986 e il 1991 da Fisher e coll. (8) allo scopo di valutare l'efficacia di *Rhus Toxicodendron* 6 CH. Il medico omeopata sceglieva i pazienti sulla base della personalizzazione omeopatica poi non aveva più nessun contatto con loro, affidati a reumatologi che ignoravano la natura di verum o placebo. I risultati evidenziarono una differenza statisticamente significativa in favore del trattamento con *Rhus Toxicodendron* 6 CH vs placebo per i parametri presi in esame.

### **Bibliografia**

1. **Andreoli T et al.** *Compendio di Medicina interna*. Verduci, Roma, 1997
2. **Bergeret. C, Tetau M.** *La nuova fitoterapia*. Del Riccio, Firenze, 1990
3. **Behman RE.** *“Nelson-Trattato di pediatria*. Minerva Medica, 2003
4. **Dogna M.** *Huiles essentielles*. Guy Trédaniel Ed., 1997
5. **Dupoy A.** *Oligothérapie. Précis de clinique et de thérapeutique*. Maloine, Paris 1988
6. **Durauffourd C.** *Chaiers de Phytothérapie clinique*. Masson, Paris, 1990
7. **Fauron R, Moatti R, Donadieu Y.** *Guida Pratica di Fitoterapia*. Ricciuto, 1994
8. **Fisher e coll.** *Traitment homeopathique de la fibromyalgie primaire: a propos de deux essais cliniques en double insu*. Homeopathie Française 1991; 79, 4, 15-22.
9. **Friedman HH.** *Diagnosi medica per problemi*. Il pensiero Scientifico, Roma, 1995
10. **Gibson RG e coll.** *Salicylates and hoemopathy in rheumatoid arthritis: preliminary observation*. British Journal of Clinical Pharmacology 1978; 6: 391-395.
11. **Gibson RG e coll.** *“The place for non-pharmaceutical therapy in chronic rheumatoid arthritis: a critical study of homeopathy”* British Homeopathic Journal 1980; 69, 121-133.
12. **Hurst J. W.** *Medicina clinica per il medico pratico*. Masson. Milano, 1991
13. **Huston G.** *Salicylates and Homeopathy*. British Journal of Clinical Pharmacology 1979; 7: 529-530
14. **Laweess J.** *Enciclopedia egli oli essenziali.*, Tecniche Nuove, Milano 1994.
15. **Mirce F.** *Oligoelementi nella salute dell'uomo*. Red, Studio Redazionale, Como, 1984
16. **Penso G.** *Piante medicinali nella terapia medica*. OEMF, Milano, 1993
17. **Piterà F.** *Compendio di gemmoterapia clinica*. e Ferrari, Genova, 1994
18. **Tetau M.** *Oganoterapia, nuovi studi clinici*, Ipsa, Palermo, 1988
19. **Viñas F.** *Il grande manuale illustrato di Idroterapia*. Red, Como, 1992
20. **Voisin H.** *Matiere médicale du praticien homeopathe*. Maloine, Paris, 1976



***SESSIONE IV***





X CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE PATOLOGIE CRONICHE  
Torino, 17 APRILE 2010

## **L'Agopuntura nella nevralgia e nella neuropatia trigeminale farmacologicamente non controllate**

***Luca Benedetto Sicuro, Roberto Bertino***

*Terapia del dolore e cure palliative, AOU San Giovanni Battista, Torino*

La nevralgia trigeminale (NT) è caratterizzata da improvvisi, brevi, ricorrenti, severi, lancinanti, in genere unilaterali, episodi di dolore, spontanei o stimolo-indotti in una o più branche, in genere la 2<sup>a</sup> e la 3<sup>a</sup>, del nervo trigemino. È nettamente più frequente dopo i 50 anni, con lieve prevalenza femminile. L'esame obiettivo neurologico è normale, la stimolazione di punti grilletto può indurre il dolore "a scossa". Nella NT è caratteristicamente presente una compressione della radice nervosa nella zona di ingresso nel ponte da parte di anello aberrante arterioso o venoso, non sempre rilevabile con la RMN, anche se ad alta definizione. La carbamazepina o il cheto-analogo, oxcarbazepina, bloccanti i canali Na e Ca voltaggio-dipendenti, hanno un'alta evidenza di efficacia nella NT, ma possono indurre iponatriemia, sedazione o allergia e, talora, perdere di efficacia nel tempo. La neuropatia trigeminale (NPT) è associata a processi espansivi (neurinomi, meningiomi, macroaneurismi), herpes zooster, traumi, lesioni iatrogene, collagenopatie, cause ignote. Il dolore neuropatico da NPT è di tipo continuo, disestesico; l'esame obiettivo neurologico è sempre alterato, con presenza di ipo ed iperestesia a livello trigeminale. La RMN permette di rilevare la precisa topografia dei processi espansivi che comprimono le branche trigeminali. La terapia con antidepressivi triciclici (amitriptilina, desipramina) o antiepilettici, quali gabapentin o pregabalin, può essere utile in una percentuale variabile di NPT.

Dal gennaio 2007 all'Ottobre 2009 sono stati trattati con agopuntura 60 pazienti affetti da NT ed NPT con dolore farmacologicamente non controllato (oxcarbazepina 600-1800 mg/die nella NT, desipramina 25-75 mg nella NPT). È stato effettuato per ogni paziente un ciclo di 8 sedute di agopuntura di 30 minuti con cadenza bisettimanale. I pazienti sono stati sottoposti ad esame obiettivo neurologico accurato ed a Scala Numerica Verbale (NRS) del dolore prima ed al termine dell'agopuntura. Analogamente alla terapia farmacologica utilizzata nel dolore neuropatico, il trattamento con agopuntura è stato ritenuto efficace (risposta positiva) se ha indotto riduzione del dolore  $\geq 50\%$  al termine del ciclo di agopuntura. È stata anche rilevata l'eventuale riduzione/sospensione dei farmaci.

I punti locali ed adiacenti sono stati infissi omolateralmente al lato affetto, i punti distali bilateralmente. Sono stati trattati 38 pazienti (63%) affetti da NT e 22 (37%) da NPT. Hanno concluso lo studio 58 pazienti (97%); 1 NPT e 1 NT hanno interrotto dopo la terza seduta per riacutizzazione del dolore. È stata rilevata una risposta positiva in 32 NT (84%) e 12 NPT (55%). Inoltre, nei pazienti responder, è stata rilevata la riduzione/sospensione della terapia farmacologica al termine del ciclo di agopuntura in 1/12 NPT (8%) e in 9/32 NT (28%).

La NT è, forse, “il peggior dolore del mondo”. Nella NT l’approccio chirurgico è spesso necessario se il dolore non è controllato dai farmaci e/o se gli effetti collaterali farmaco indotti sono insopportabili. Il trattamento con radiofrequenza può essere raccomandato negli anziani e la decompressione micro vascolare nei giovani; tuttavia possono manifestarsi ipoestesia, disestesie o anestesia dolorosa con dolore ancora più accentuato. Nella NPT non sono segnalati in letteratura studi specifici; la rimozione chirurgica del processo espansivo non sempre elimina il dolore; in generale vengono impiegati farmaci di provata efficacia sul dolore neuropatico. La agopuntura è impiegata frequentemente nella Medicina Tradizionale Cinese (MTC) e spesso anche nella Medicina Occidentale (MO) nella NT. Tuttavia a riguardo, in una recentissima revisione, non sono riportati trial clinici randomizzati e controllati (RCT). È difficile la comparazione con altri studi presenti in letteratura, sia per quanto concerne l’agopuntura (gli studi pubblicati attendibili sono per lo più con elettroagopuntura), sia per l’associazione di terapia farmacologica (anche se in monoterapia) con agopuntura, utilizzata nella nostra esperienza. È possibile ipotizzare che l’infissione di agopunti, situati in prossimità di rami delle branche trigeminali, stimolando le fibre nervose A-Delta e C, contribuisca alla neuromodulazione del dolore trigeminale. Nel ratto è stato dimostrato il coinvolgimento del nucleus submedius (Sm) situato nel talamo mediale, che riceve afferenze dal subnucleo trigeminale caudale, nella modulazione del dolore trigeminale indotta da elettroagopuntura.

Anche se il numero di pazienti è limitato, l’agopuntura sembra più efficace nella NT, rispetto alla NPT, sia per percentuale di pazienti responder, sia per la riduzione/sospensione dei farmaci. L’incidenza di effetti avversi è bassa. I limiti dello studio sono rappresentati dal disegno di tipo aperto e dalla mancanza di un gruppo di controllo con sola terapia farmacologica o con agopuntura-placebo. Tuttavia lo studio è stato effettuato durante esacerbazioni del dolore in pazienti assai sofferenti, pertanto non è stata ritenuta etica/opportuna la costituzione di un gruppo di controllo con placebo agopuntura.

L’aggiunta di agopuntura alla terapia farmacologica, nella nostra esperienza, sembra migliorare il controllo del dolore nella NT e nella NPT. L’agopuntura è potenzialmente utile in entrambe le affezioni: 1) se il dolore è farmaco refrattario; 2) se le opzioni chirurgiche non possono essere effettuate o non sono disponibili a breve termine o ancora se sono già state effettuate senza miglioramento del controllo del dolore.



X CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE PATOLOGIE CRONICHE  
Torino, 17 APRILE 2010

## **L'osteopatia nelle patologie osteo-articolari croniche e/o degenerative**

***Fulvio Mautino***

*Consulente ortopedico Presidio Ospedaliero S. Camillo*

*Consulente ortopedico e fisiatra Case di Cura Ville Turina e Amione*

L'artrosi è la patologia articolare più diffusa e statisticamente colpisce il 100% della popolazione, con aumento di sintomi ed aggravamento con l'avanzare dell'età. Consiste in una progressiva alterazione della cartilagine, con assottigliamento della stessa per consumo da attrito meccanico e calcificazioni periarticolari (osteofiti), che provocano graduale diminuzione della mobilità dell'articolazione colpita. I sintomi più comuni sono: diminuzione della mobilità, dolore nei movimenti ed atteggiamenti posturali scorretti per ridurre il sintomo doloroso.

Se un'articolazione ha mobilità ridotta altre articolazioni vengono sollecitate per compensare, con iper-sollecitazione delle stesse ed aumento del dolore e della degenerazione articolare. Le comuni terapie sono: FANS, riposo e immobilizzazione del segmento danneggiato, interventi chirurgici (protesi, artroplastica in endoscopia con pulizia della cartilagine, osteotomie correttive, artrodesi), significative secondo la gravità della degenerazione artrosica, fisioterapia con applicazioni locali (TENS, US, magnetoterapia, massoterapia e chinesiterapia ecc.).

Nella metodologia osteopatica si riconosce che la riduzione del movimento di un'articolazione provoca dolore e che il mantenimento ed il ripristino della mobilità articolare riducono fortemente il dolore, favorendo la ripresa della normale funzione, mantenuta in seguito dalla corretta capacità di movimento. Nel concetto osteopatico si sottolinea che il movimento è l'espressione fondamentale della vitalità. La conoscenza dettagliata e precisa dell'anatomia consente di conoscere la normalità e la riduzione di mobilità è evidenziata come percorso patologico. La possibilità di ripristinare movimenti normali con le tecniche osteopatiche favorisce la riduzione del sintomo dolore e facilita una migliore mobilità, rallentando in modo significativo l'evoluzione negativa della degenera-

zione cartilaginea e quindi contenendo l'artrosi. Le tecniche osteopatiche, migliorando la mobilità articolare, stimolano l'organismo ad attivare i meccanismi di autocorrezione.

Un concetto importante è quello delle catene disfunzionali: il femore è l'osso che si articola con il bacino (anca) e con la tibia (ginocchio); il movimento ridotto all'anca viene compensato con una mobilità aumentata (spesso con dolore) a livello del ginocchio o dell'art. sacro-iliaca omolaterale o contro laterale. La riduzione di mobilità coxo-femorale si può manifestare con algie a livello lombo-sacrale o al ginocchio. L'anca, invece, non sempre presenta sintomi dolorosi nella fase iniziale della degenerazione artrosica; inoltre sono sempre presenti tensioni contratturali di gruppi muscolari che, in conseguenza dello stato iper-tensivo, riducono o mantengono la ridotta mobilità articolare (m. ileo-psoas, mm. glutei, m. piriforme, mm. adduttori dell'anca, m. tensore della fascia lata ecc.).

Nel 1999 e nel 2000 ho fatto una analisi scientifica dell'effetto delle terapie osteopatiche in pazienti portatori di coxartrosi (pazienti ricoverati a Villa Grazia a San Carlo Canavese). Abbiamo trattato 100 pazienti con tecniche osteopatiche mobilizzando le articolazioni lombari, sacro-iliache e l'anca con mobilizzazioni articolatorie e miotensive in flessione, estensione, rotazione interna ed esterna, adduzione ed abduzione ed esercizi fisici di chinesi attiva per rinforzo muscolare. Il 50% dei pazienti ha ottenuto elevato aumento delle autonomie motorie triplicando la distanza percorsa nella camminata rispetto alla condizione iniziale, il 60% ha avuto netta riduzione del sintomo dolore, al punto che quasi il 60% dei pazienti trattati hanno rimandato l'intervento di applicazione della protesi di 4 e 5 anni, essendo riusciti a mantenere l'aumento delle autonomie motorie e la riduzione del dolore.

Con questo non voglio dire che l'osteopatia abbia effetti terapeutici miracolosi, ma il mantenimento della mobilità articolare consente un automatico ripristino di normalità funzionale ed una netta riduzione del sintomo doloroso.

È importante evidenziare che:

- i trattamenti osteopatici, nel caso di patologie degenerative artrosiche, non possono garantire la guarigione, ma una ripresa funzionale che consente di migliorare le autonomie motorie;
- il numero dei trattamenti è determinato dal progressivo miglioramento e, dopo le prime 4 o 5 sedute eseguite con intervalli di 4-8 gg., queste sono poi da ripetere, in modo singolo, quando la riduzione della mobilità articolare si ripresenta.

Il concetto base dell'osteopatia è che lo stimolo manuale di recupero funzionale non è legato al trattamento in senso stretto, ma al mantenimento della ripresa funzionale che l'organismo riesce a conservare nel tempo in modo auto indotto.



X CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE PATOLOGIE CRONICHE  
Torino, 17 APRILE 2010

## **Impiego dell'agopuntura nella riabilitazione neuromotoria post-ictus: esperienze cliniche**

***Fabrizia Russo\*<sup>^</sup>, Giuseppe Quaglia\****

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

*<sup>^</sup>Centro Studi Terapie Naturali e Fisiche, CSTNF, Torino*

Nei paesi industrializzati, tra cui l'Italia, l'ictus è la terza causa di morte, dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie, essendo responsabile del 10-12% di tutti i decessi per anno, il che significa circa 400.000 morti per i paesi CEE, e rappresenta la principale causa di disabilità. In tutti gli studi di prevalenza, l'incidenza e la mortalità aumentano al crescere dell'età. Ogni anno in Italia vi sarebbero circa 196.000 nuovi ictus. Nel 35% dei pazienti colpiti da ictus residua una grave invalidità ed una marcata limitazione nello svolgimento delle attività della vita quotidiana.

Il progetto riabilitativo neuromotorio di un paziente ictato è lungo e necessita di notevoli risorse sanitarie e assistenziali, con ricadute importanti sulla famiglia del soggetto e sulla società.

In Medicina Tradizionale Cinese l'ictus è detto *Zhong Feng*, ossia "attacco di vento". Nel paziente anziano e defedato, lo *Yuan Qi* va esaurendosi, il *Jing* si indebolisce, lo *Yang* non più trattenuto dallo *Yin* tende a risalire impetuosamente verso l'alto determinando un colpo di vento che attacca il capo e la parte alta del corpo. Il principio terapeutico dell'agopuntura nell'ictus consiste nel radicare lo *Yang*, rinforzando lo *Yin* ed il *Jing*.

Effettuando una ricerca su Medline si trovano circa 300 articoli sull'impiego dell'agopuntura nell'ictus: gran parte solo in cinese ed accessibili unicamente attraverso l'abstract.

Nel 2009, su Stroke viene pubblicata una review sistematica della letteratura (1) con l'obiettivo di valutare se la Medicina Tradizionale Cinese, intesa come agopuntura ed erbe cinesi, migliori il recupero motorio post-ictus. È stata esaminata la letteratura fino al dicembre 2007 e sono stati selezionati: 11.234 articoli, 34 Randomized Clinical Trials o quasi-RCTs tutti pubblicati su riviste cinesi. Tutti gli studi riportavano risultati a favore dei trattamenti con MTC, facendo sospettare un forte bias di pubblicazione. A causa della marcata eterogeneità sia clinica che metodologica degli studi, non è stato possibile strutturare una metanalisi, nè ottenere dei dati cumulativi. Non è stato possibile trovare

studi ben strutturati per valutare l'efficacia della MTC nel trattamento delle disfunzioni motorie post-ictus. La descrizione dei metodi di randomizzazione e del cieco era inadeguata. Nessuno studio si poneva end points importanti come: morte, tempo di sopravvivenza, percentuale di dipendenza, riduzione della durata della degenza ospedaliera o dell'istituzionalizzazione. La durata del trattamento e del follow-up era sempre troppo breve per ottenere risultati conclusivi ed outcomes rilevanti. La scarsa pertinenza clinica ed i metodi adottati per misurare gli end points dimostrano che è necessario un approccio con strumenti più rigorosi per studiare un possibile ruolo della MTC nell'ictus.

È quindi importante che i futuri trials clinici che valuteranno l'effetto dell'agopuntura nel recupero motorio post-ictus utilizzino delle misure di outcomes affidabili, valide e sufficientemente sensibili da identificare i cambiamenti del recupero neuromotorio attribuibili all'azione dell'agopuntura.

Solo chiare prove di efficacia dell'agopuntura nel trattamento dell'ictus potranno contribuire alla diffusione di tale metodica terapeutica anche in occidente, a beneficio dei pazienti.

Secondo Chi X.L. et al (2) l'agopuntura nella fase acuta dell'ictus ischemico agisce su: reologia ematica, microcircolo cerebrale, metabolismo del tessuto cerebrale, attività elettrica cerebrale, radicali liberi e reazioni di perossidazione lipidica, aminoacidi eccitatori, eccesso di Ca, NO ed apoptosi cerebrale.

Il programma riabilitativo neuromotorio nell'ictus agisce sulla stimolazione sensitiva, indirettamente sulla cognitività, sui sistemi di controllo della postura, sulle reazioni di raddrizzamento e sul movimento. È necessario raggiungere i requisiti necessari per recuperare un movimento efficiente. L'assenza o la limitazione di stimolazione e di movimento è la peggiore esperienza per il paziente, in quanto il SNC viene privato di informazioni. L'agopuntura può essere impiegata per fornire delle afferenze sensoriali, per riattivare aree cerebrali danneggiate e per influenzare il complesso processo di apprendimento. Permette inoltre di agire sull'effettore periferico: normalizzando il tono muscolare, contrastando contratture, migliorando l'escursione articolare e stimolando i sistemi spinali neuromotori, facilitando così il lavoro del fisioterapista.

Sia l'agopuntura somatica, che la craniopuntura, possono essere favorevolmente integrate nell'approccio occidentale al paziente colpito da ictus per poter ottenere il miglior e più rapido recupero funzionale.

### ***Bibliografia***

- 1. Junhua Z., Menniti-Ippolito F., Xiumei G., Firenzuoli F., Boli Z., Massari M., Hongai S., Yuhong H., Ferrelli R., Limin H., Fauci A., Guerra R., Raschetti R.** *Complex traditional Chinese Medicine for poststroke motor dysfunction: a systematic review.* Stroke 2009; 40:2797-2804.
- 2. Chi XL, Li ZG, Guo ZR, Zhou L, Man HH, Dong CY, Bi KP.** *Progress of studies on the mechanism of acupuncture treatment of acute ischemic cerebral stroke.* Zhen Ci Yan Jiu. 2007 Aug;32(4):285-8



X CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE PATOLOGIE CRONICHE  
Torino, 17 APRILE 2010

## **Il trattamento del dolore pelvico cronico in agopuntura: esperienze cliniche**

**Paola Borgogno\*<sup>^</sup>, Salvatore Micallef<sup>o</sup>, Gianni Allais\*<sup>^</sup>, Piero Ettore Quirico<sup>^</sup> Ilaria Castagnoli Gabellari<sup>^</sup>, Sara Rolando<sup>^</sup>, Maurizio. Minuto\*<sup>^</sup>, Chiara Benedetto\***

*\*Servizio di Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia - Dipartimento di Discipline Ginecologiche e Ostetriche, Università degli Studi di Torino*

*<sup>o</sup> Ostetricia e Ginecologia B, AO OIRM-S. Anna, Torino*

*<sup>^</sup> Centro Studi Terapie Naturali e Fisiche, CSTNF, Torino*

Il dolore pelvico di origine ginecologica, secondo i dettami della IASP, può essere classificato in:

- dolore pelvico cronico fisiologico (*Mittelschmerz*, dismenorrea primaria);
- dolore pelvico cronico da cause organiche (uterine, annessiali, vulvari o vaginali);
- dolore pelvico cronico idiopatico (senza ovvia patologia).

Nel 1996 Tsenov ha dimostrato che la dismenorrea primaria risponde con risultati eccellenti al trattamento in agopuntura, non altrettanto la dismenorrea secondaria.

Nel 2003 Wozniak e coll., studiando l'effetto dell'agopuntura nel trattamento del dolore pelvico cronico, ne hanno dimostrato l'azione antiinfiammatoria ed immunomodulatrice. Nel 2003 Chen e coll. hanno dimostrato che il trattamento in agopuntura di pazienti affetti da prostatite cronica risulta efficace e migliorativo della qualità della vita.

Nel 2006 Highfield e coll. hanno dimostrato la possibilità del trattamento in agopuntura delle adolescenti con dolore pelvico. L'endometriosi è frequentemente origine di dolore pelvico cronico: essa interessa il 3-10% delle donne in età riproduttiva. È dovuta alla presenza di porzioni di endometrio ectopiche ed in genere localizzate nello sfondato del Douglas o sulle ovaie o sul legamento largo, che risentono del controllo degli steroidi sessuali proprio come l'endometrio eutopico.

La complicanza più temibile è l'infertilità ma anche la formazione di aderenze intestinali che può causare subocclusioni od occlusioni intestinali e la rottura di cisti endometrioidiche, causando quadri di addome acuto.

Il meccanismo patogenetico più frequente è la mestruazione retrograda.

L'anamnesi e l'esame clinico frequentemente permettono la diagnosi (ciclicità mestruale della sintomatologia, dismenorrea, dispareunia profonda, presenza alla visita pelvica di noduli o cisti che si accentuano o diventano più dolenti in fase premestruale).

Quando gli agglomerati endometrioidici sono più grandi di 2 cm sono visibili all'esame ecografico. Talora è necessaria l'ispezione laparoscopica o la RMN con contrasto. Livelli serici dell'antigene Ca125 possono essere correlati con la diffusione della malattia.

La terapia può essere medica, chirurgica o combinata. La terapia medica si avvale di agonisti del GNRH, del danazolo e del contraccettivo orale.

La terapia chirurgica preferibile è quella laparoscopica conservativa.

L'esame patogenetico secondo la MTC ci rimanda a stasi di *Qi* di fegato ed a stasi di sangue nell'utero.

Un libero fluire del *Qi* del Fegato è essenziale per far muovere il Sangue prima e durante il ciclo. Se il *Qi* del Fegato ristagna, il Sangue non si muoverà in modo appropriato, con conseguenti dolori.

Anche il meridiano straordinario *Chong Mai* è coinvolto nella patogenesi dell'endometriosi. Esso è detto *Mare del Sangue* e transita attraverso l'utero: per questa ragione la stasi del Sangue nell'utero è spesso dovuta alla stasi in questo meridiano. Tale quadro patogenetico è alla base di: dolore uterino (fisso, distensivo, trafittivo), senso di tensione addominale pre- e inframestruale, flusso scarso con coaguli, tensione mammaria, tensione psichica ed irritabilità. Semeiologicamente esso è caratterizzato da lingua violacea sui bordi o purpurea e da polso a corda e profondo.

Il nostro Servizio di Agopuntura in Ginecologia ed Ostetricia del Dipartimento di Discipline Ginecologiche ed Ostetriche dell'Università di Torino, presso l'Ospedale S. Anna, ha effettuato uno studio preliminare sul trattamento dell'endometriosi tramite agopuntura.

Sono state trattate 10 pazienti (per la maggioranza affette da endometriosi del setto retto-vaginale e già sottoposte, con scarso successo, a terapia ormonale, chirurgica o combinata).

È stato consegnato alle pazienti un diario mensile del dolore pelvico al fine di annotare la gravità e la durata del dolore, la disabilità, i disturbi collaterali, la dispareunia, gli analgesici utilizzati ed i giorni di mestruazione. Il trattamento prevedeva 12 sedute a cadenza settimanale.

Agopunti utilizzati nel trattamento, con relative indicazioni cliniche secondo la MTC:

- **LR 3, SP 6, LI 4:** muovono *Qi* e Sangue, azione antalgica-antispastica;
- **CV 6:** muove il *Qi* nell'addome inferiore;
- **ST 29, CV 3, BL 32:** regolano il Sangue nell'utero;
- **PC 6:** ansia, oppressione toracica e distimia;
- **SP 10, SP 8:** stimolano e regolano il flusso, azione antalgica nella colica mestruale;
- **EX Zigong:** agisce sull'utero.

Nel 40% delle pazienti si è osservata una remissione completa del dolore e nel 20% una riduzione della sua intensità (poi ben controllata con FANS).

Nel 30% dei casi il dolore pelvico è rimasto invariato, ma sono scomparse la tensione addominale, la tensione psichica e l'irritabilità.

Va inoltre segnalato che il 10% delle pazienti ha abbandonato il trattamento dopo la sesta seduta, perché ha ritenuto l'agopuntura inefficace.

È stato previsto un follow-up così distribuito: 4 sedute quindicinali ed in seguito 1 seduta mensile per 6 mesi.

Gli attuali risultati sembrano dunque molto promettenti, considerata anche la notevole aggressività della patologia considerata.



X CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NELLE PATOLOGIE CRONICHE  
Torino, 17 APRILE 2010

## **Studio sull'efficacia della terapia agopunturale nel trattamento della cardiomiopatia dilatativa**

***Gianfranco Cairo, Piero Ettore Quirico***

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

Indipendentemente dall'eziologia, dal punto di vista fisiopatologico possiamo distinguere un'insufficienza ventricolare di tipo diastolico ed una di tipo sistolico.

La patologia ischemica determina un'insufficienza di tipo diastolico, riducendo l'elasticità del ventricolo sinistro; ciò comporta un aumento della pressione di riempimento dello stesso, che si ripercuote a valle sul circolo polmonare, alterando in un secondo tempo la gittata sistolica.

L'infarto miocardico e la conseguente perdita di massa muscolare determina una insufficienza di tipo sistolico ed una riduzione della gittata sistolica. La riduzione della gittata sistolica attiva due sistemi neuro-ormonali: il sistema adrenergico e il sistema renina-angiotensina. L'attivazione di questi a sua volta provoca sia vasocostrizione che ritenzione idrica, fattori responsabili dell'evoluzione verso la forma congestizia.

La cardiomiopatia dilatativa evolve rapidamente ed ha spesso un esito infausto nel breve termine (generalmente circa un anno dai primi episodi di grave scompenso acuto) e comunque determina l'exitus in un periodo massimo di cinque anni.

L'avvento e l'utilizzo degli ace-inibitori, dei sartani e dei  $\beta$ -bloccanti in particolar modo Bisoprololo e Carvedilolo, hanno consentito di migliorare la qualità e la durata della vita di questi malati, per i quali rimane come ultima opzione il trapianto cardiaco, quando questo sia possibile.

### ***Scopo***

Abbiamo voluto verificare la possibilità di utilizzare l'agopuntura in alcuni pazienti affetti da cardiomiopatia dilatativa e conseguenti manifestazioni di scompenso cardiaco, nei quali si era ottenuta una stabilizzazione del quadro clinico e non era stato più necessario modificare la terapia medica negli ultimi 6 mesi, e osservare se era possibile ottenere un ulteriore miglioramento clinico nel breve termine.

## **Metodi**

I pazienti affetti da scompenso cardiaco di varia eziologia, in fase di stabilizzazione emodinamica, sono stati valutati da un punto di vista clinico mediante la classificazione NYHA e da un punto di vista strumentale mediante esame ecocardiografico prima e dopo trattamento agopunturale.

Sono stati utilizzati due parametri ecografici:

- la frazione d'eiezione (FE), che esplora la funzione sistolica del ventricolo sinistro e cioè l'inetropismo;
- l'analisi spettrale del flusso transmitralico ed in particolare il rapporto E/A, che esplora la funzione diastolica.

Il trattamento agopunturale prevedeva l'inquadramento diagnostico del paziente secondo i criteri della Medicina Tradizionale Cinese, in base ai quali veniva deciso il protocollo terapeutico. L'inquadramento diagnostico richiedeva la raccolta e l'analisi di tutti i sintomi, sia a carico dell'apparato cardiocircolatorio, che di altri organi o funzioni.

I quadri clinici evidenziavano un netto deficit di *Qi* e Sangue, prevalentemente a carico degli organi Cuore e Polmone e in alcuni casi, i più gravi, un deficit di Rene (fredolosità, edemi perimalleolari).

La strategia terapeutica doveva essere indirizzata a sostenere non solo il *Qi* del Cuore, ma l'intero *Jiao* superiore ed il Rene. Gli agopunti utilizzati sono stati i seguenti: BL 23, BL 15, BL 14, PC 6, HT 7, CV 6, ST 36 e SP 6.

Gli aghi sono stati infissi a profondità intermedia e, ottenuto il *De Qi*, stimolati con il metodo even. La terapia medica non è stata modificata.

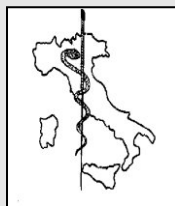
## **Risultati**

I risultati strumentali sono stati valutati mediante la *t* di Student per dati appaiati. Dopo trattamento agopunturale abbiamo osservato un netto miglioramento soggettivo dei pazienti, che sostenevano di aver tutti aumentato la loro capacità fisica allo sforzo.

La valutazione dei dati strumentali ha evidenziato una riduzione dei volumi telediastolico e telesistolico, con un miglioramento statisticamente significativo della frazione d'eiezione ( $p < 0.05$ ) e del rapporto E/A ( $p < 0.01$ ). Questi risultati dimostrano un miglioramento dell'inetropismo e della compliance ventricolare sinistra.

## **Conclusioni**

Pur essendo consapevoli che l'analisi statistica su una casistica limitata a cinque pazienti non è sufficiente per dimostrare l'importanza e la validità dell'agopuntura nella cardiomiopatia dilatativa come terapia complementare, riteniamo che i risultati presentati in questo lavoro incoraggino ad ulteriori sperimentazioni su un campione di popolazione più numerosa, eventualmente con l'utilizzo di tecniche più sensibili.



# 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.

**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

CENTRO STUDI TERAPIE NATURALI E FISICHE

A.M.I.A.R. - TORINO

Direttore: Dott. P.E. Quirico

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



---

## SCUOLA DI PERFEZIONAMENTO IN AGOPUNTURA

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

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

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

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

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

- 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** ed in qualità di provider ha realizzato, a partire dal 2002, 111 edizioni di 70 eventi ECM, rilasciando crediti formativi ai partecipanti.

---

## SEMINARI E CORSI

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

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

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

**Medicina Manuale:** Agopuntura Auricolare, 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.cstnf@fastwebnet.it](mailto:info.cstnf@fastwebnet.it)