

# **XVIII CONVEGNO A.M.I.A.R.**

**AGOPUNTURA E MNC  
NEL DOLORE CRONICO**

***Torino, 14 aprile 2018***



**In onore di Piero Ettore Quirico**

**Segreteria scientifica: G. B. Allais, G. Lupi, A. Magnetti, F. Mautino**

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



## **XVIII Convegno AMIAR**

**Agopuntura e MnC nel dolore cronico**

**Torino, 14 aprile 2018**

**Centro Congressi "Unione Industriale Torino"**

**In onore di**

Piero Ettore Quirico

**Segreteria scientifica:**

G.B. Allais, G. Lupi, A. Magnetti, F. Mautino

**Segreteria organizzativa:**

CSTNF - Centro Studi Terapie Naturali e Fisiche srl

☎ 011.3042857

e-mail: [info.cstnf@fastwebnet.it](mailto:info.cstnf@fastwebnet.it)

sito web: [www.agopuntura.to.it](http://www.agopuntura.to.it)

**Con il patrocinio di:**







## XVIII Convegno AMIAR

### Agopuntura e MnC nel dolore cronico

La diciottesima edizione del Convegno AMIAR “**Agopuntura e Medicina non Convenzionale nel dolore cronico**” si prefigge, come sua tradizione, di analizzare e promuovere l’integrazione all’interno delle cure attualmente erogate dal Servizio Sanitario Pubblico dell’Agopuntura e di altre discipline “alternative”, in particolare dell’Omeopatia e della Fitoterapia, in base alle loro prove scientifiche di efficacia. Il Convegno quest’anno si propone inoltre di celebrare un importante obiettivo raggiunto: l’avvenuto accreditamento regionale della Scuola di Perfezionamento in Agopuntura C.S.T.N.F., che avviene in occasione del quarantesimo anno di attività ininterrotta, fatto che la pone ai vertici del settore in ambito nazionale.

La tematica è costituita dall’applicazione dell’Agopuntura e delle MnC nel dolore cronico, vera e propria piaga che in alcuni casi può ricevere un significativo sollievo dall’Agopuntura e dalle altre Medicine non Convenzionali.

Il Congresso si articola in sette sessioni:

nella **sessione introduttiva**, dopo un intervento del Pres. FISA Carlo Giovanardi, il dott. Marco Aguggia, Direttore della SOC Neurologia ASL di Asti, illustrerà i meccanismi periferici e centrali alla base del dolore cronico, in modo da rendere più comprensibile l’azione dell’Agopuntura e delle MnC in questo ambito;

la **seconda e la terza sessione** sono dedicate agli approcci terapeutici al dolore cronico in generale e nelle singole patologie. Tra i vari temi affrontati dai relatori ricordiamo la cefalea ed il low back pain;

la **quarta sessione** è costituita da una **tavola rotonda** dal titolo “La Formazione in Agopuntura e MnC: realtà ed obiettivi futuri” alla quale parteciperanno esponenti di grande rappresentatività istituzionale e nel campo delle MnC.

Nel corso dei lavori si verificherà lo stato di attuazione della L.R. sulle MnC del 23/06/2015, ponendo l’attenzione in particolare sui vari settori della Formazione del Medico, individuando quelli ancora carenti relativamente ad Agopuntura e MnC;

la **quinta sessione** riprenderà le tematiche cliniche della mattinata, mentre la **sesta sessione** ospiterà un Workshop intitolato “Agopuntura e MnC nel trattamento del dolore pelvico cronico”;

la **settima sessione** sarà infine dedicata alla presentazione di tre tra le migliori tesi di abilitazione in Agopuntura discusse al termine del corso triennale di Perfezionamento presso la Scuola di Agopuntura del C.S.T.N.F. di Torino nella sessione di dicembre 2017.

# PROGRAMMA DEI LAVORI

## Sessioni Mattutine

**Ore 9,00 - Sessione I - Introduzione**

**Agopuntura e MnC in Italia: obiettivi raggiunti e prospettive future**

C. M. Giovanardi

**Dolore cronico: meccanismi periferici e centrali**

M. Aguggia

**Ore 9,45 - Sessione II**

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

**L'Agopuntura nel trattamento del dolore cronico**

G. Lupi

**Utilizzo dei fitopreparati nel trattamento del dolore cronico**

P. Brusa, M. Giaccone

**L'Omeopatia nella cefalea cronica**

A. Magnetti

**Discussione**

**Ore 10,55 - Break**

**Ore 11,10 - Sessione III**

**Moderatori: C. Benedetto, G. Lupi**

**L'Ayurveda nel dolore lombare cronico**

A. Chiantaretto

**L'Agopuntura nella cefalea cronica**

G. B. Allais

**Trattamento della lombalgia cronica in Farmacoterapia Cinese**

L. Sotte

**Discussione**

**Ore 12,20 - Sessione IV - Tavola rotonda**

**La Formazione in Agopuntura e MnC: attuale realtà e obiettivi futuri**

**Moderatore: G. B. Allais**

Partecipanti: C. Benedetto, P. Brusa, A. Chiantaretto, M. Giaccone, C. M. Giovanardi,

G. Giustetto

**Ore 13,15 - Pausa Pranzo**

## Sessioni Pomeridiane

### **Ore 14,30 - Sessione V**

**Moderatori: A. Magnetti, F. Mautino**

**L'Agopuntura auricolare nel trattamento del dolore cronico**

C. Ripa

**L'Agopuntura nel trattamento della lombalgia cronica**

R. Rustichelli

**Evidenze cliniche omeopatiche in casi di diverticolosi del sigma**

F. Audisio di Somma

**L'Agopuntura nel dolore cronico: evidenze tramite FMRI**

G. Chiarle, G. B. Allais, C. Benedetto

**Discussione**

### **Ore 16,05 - Break**

### **Ore 16,20 - Sessione VI - Workshop**

**Agopuntura e MnC nel trattamento del dolore pelvico cronico**

**Moderatori: F. Russo, P. Schiapparelli**

**L'Ayurveda nel dolore pelvico cronico**

S. Gargano

**L'Agopuntura nel dolore pelvico cronico**

S. Sinigaglia

**Approccio antroposofico al dolore pelvico cronico**

P. Garati

**Discussione**

### **Ore 17,15 - Sessione VII**

**Tesi di abilitazione in Agopuntura dell'a.a. 2016/17**

**Moderatore: G. Airola**

**Effetti della stimolazione di PC6 Neiguan sul flusso dell'arteria cerebrale media in soggetti esposti a ipossia normobarica acuta**

O. Pecchio

**Trattamento della rinite allergica in Agopuntura: evidenze in citologia nasale**

F. Revello

**9 anni di esperienza nel Servizio di Agopuntura della ASL TO1: risultati e prospettive**

L. Fracchia

**Discussione**

### **Ore 18,15 Chiusura dei lavori**

## **Relatori e Moderatori:**

### **Dott.ssa Gisella Airola**

Servizio di Agopuntura in Ginecologia ed Ostetricia, Università di Torino

### **Dott. Marco Aguggia**

Direttore SOC Neurologia, ASL AT, Asti

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

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

### **Dott. Federico Audisio di Somma**

Medico Omeopata - Presidente MU Medicina Umanistica, Torino

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

Dir. S. C. Ginecologia e Ostetricia I-U, Pres. Osp. S. Anna, Università di Torino

### **Prof.ssa Paola Brusa**

Docente Dipartimento di Scienza e Tecnologia del Farmaco, Università di Torino

### **Dott. Alberto Chiantaretto**

Pres. Commissione Regionale MnC, Torino

### **Dott.ssa Giulia Chiarle**

Centro Cefalee della Donna, Osp. S. Anna, Università di Torino

### **Dott. Lorenzo Fracchia**

Scuola di Agopuntura CSTNF, Torino

### **Dott. Paolo Garati**

Medico Antroposofa - SIMA, Torino

### **Dott. Stefano Gargano**

Specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa - Medicina Ayurvedica, Torino

### **Dott. Mario Giaccone**

Cons. Regionale del Piemonte, Pres. Ordine dei Farmacisti Provincia Torino

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

Pres. FISA - Direttore Scuola Agopuntura AMAB, Bologna

### **Dott. Guido Giustetto**

Presidente dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri della provincia di Torino

### **Dott. Giuseppe Lupi**

Presidente SIRAA - Docente Scuola Agopuntura CSTNF, Torino

### **Dott. Alberto Magnetti**

Direttore Istituto Omiopatico Italiano 1883, Torino

### **Dott. Fulvio Mautino**

Coordinatore Servizio Riabilitazione presso Clinica Pinna Pintor, Torino

### **Dott.ssa Oriana Pecchio**

Specialista in Medicina di Montagna, Torino

### **Dott.ssa Francesca Revello**

Specialista in Otorinolaringoiatria, Osp. Gradenigo, Torino

### **Dott. Carlo Ripa**

Responsabile Scuola di Auricoloterapia CSTNF, Torino

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

Geriatra S. C. Riabilitazione Ospedale Cottolengo, Torino

### **Dott. Riccardo Rustichelli**

Docente Scuola Agopuntura CSTNF, Servizio di Agopuntura ASL TO1, Torino

### **Dott.ssa Paola Schiapparelli**

Servizio di Agopuntura in Ginecologia ed Ostetricia, Università di Torino

### **Dott.ssa Silvia Sinigaglia**

Servizio di Agopuntura in Ginecologia ed Ostetricia, Università di Torino

### **Dott. Lucio Sotte**

Resp. Dip. Farmacologia Cinese -Scuola di Agopuntura AMAB, Bologna

## INDICE

<b>Agopuntura e MnC in Italia: obiettivi raggiunti e prospettive future</b>	
Carlo Maria Giovanardi .....	<i>pag.</i> 1
<b>Dolore cronico: meccanismi periferici e centrali</b>	
Marco Aguggia.....	<i>pag.</i> 3
<b>L'Agopuntura nel trattamento del dolore cronico</b>	
Giuseppe Lupi .....	<i>pag.</i> 5
<b>Utilizzo dei fitopreparati nel trattamento del dolore cronico</b>	
Paola Brusa, Mario Giaccone.....	<i>pag.</i> 7
<b>L'Omeopatia nella cefalea cronica</b>	
Alberto Magnetti .....	<i>pag.</i> 9
<b>L'Ayurveda nel dolore lombare cronico</b>	
Alberto Chiantaretto .....	<i>pag.</i> 11
<b>L'Agopuntura nella cefalea cronica</b>	
Giovanni Battista Allais.....	<i>pag.</i> 13
<b>Trattamento della lombalgia cronica in Farmacoterapia Cinese</b>	
Lucio Sotte .....	<i>pag.</i> 15
<b>L'Agopuntura auricolare nel trattamento del dolore cronico</b>	
Carlo Ripa .....	<i>pag.</i> 17
<b>L'Agopuntura nel trattamento della lombalgia cronica</b>	
Riccardo Rustichelli .....	<i>pag.</i> 19
<b>Evidenze cliniche omeopatiche in casi di diverticolosi del sigma</b>	
Federico Audisio Di Somma .....	<i>pag.</i> 21
<b>L'Agopuntura nel dolore cronico: evidenze tramite FMRI</b>	
Giulia Chiarle, Giovanni Battista Allais, Chiara Benedetto .....	<i>pag.</i> 23
<b>L'Ayurveda nel dolore pelvico cronico</b>	
Stefano Gargano.....	<i>pag.</i> 25

<b>L'Agopuntura nel dolore pelvico cronico</b>	
Silvia Sinigaglia.....	<i>pag.</i> 27
<b>Approccio antroposofico al dolore pelvico cronico</b>	
Paolo Garati.....	<i>pag.</i> 29
<b>Effetti della stimolazione di PC6 Neiguan sul flusso dell'arteria cerebrale media in soggetti esposti a ipossia normobarica acuta</b>	
Oriana Pecchio.....	<i>pag.</i> 31
<b>Tattamento della rinite allergica in Agopuntura: evidenze in citologia nasale</b>	
Francesca Revello.....	<i>pag.</i> 33
<b>9 anni di esperienza nel Servizio di Agopuntura della ASL TO1: risultati e prospettive</b>	
Lorenzo Fracchia .....	<i>pag.</i> 35

# ***Atti del Convegno***





XVIII CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NEL DOLORE CRONICO  
Torino, 14 aprile 2018

## **Agopuntura e MnC in Italia: obiettivi raggiunti e prospettive future**

**Carlo Maria Giovanardi**

*Presidente Federazione Italiana delle Società di Agopuntura - FISA*

*Direttore Scuola Italo Cinese di Agopuntura - AMAB, Bologna*

L'anno passato ha visto finalmente realizzarsi molte delle aspettative nate all'indomani dell'Accordo Stato-Regioni del febbraio 2013, quando la Conferenza Permanente tra lo Stato e le Regioni approvò i *“Criteri e modalità per la certificazione di qualità della formazione e dell'esercizio dell'Agopuntura, della Fitoterapia e dell'Omeopatia da parte dei medici chirurghi, degli odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti”*.

L'accordo andava a colmare un vuoto legislativo che da anni i professionisti che operavano nel campo delle medicine non convenzionali chiedevano con forza.

Da allora abbiamo dovuto attendere il decreto attuativo emanato dal Ministero della Salute, il recepimento da parte delle regioni stesse dell'Accordo, l'istituzione delle Commissioni regionali per l'accreditamento degli Istituti di Formazione e infine l'accreditamento degli Istituti.

Il processo però non è stato omogeneo in tutte le regioni sia dal punto di vista normativo che dal punto di vista delle tempistiche.

Alcune regioni hanno semplicemente recepito l'Accordo Stato-Regioni, ad esempio Lombardia, Emilia Romagna, Puglia e Sicilia; altre hanno approvato una legge regionale che contiene all'interno gli stessi elementi dell'Accordo Stato-Regioni, come ad esempio il Piemonte.

Poche sono le regioni che non hanno né recepito l'Accordo e né legiferato in tal senso. Le differenze nell'attuazione dell'Accordo hanno creato una situazione di disparità sul valore legale degli attestati rilasciati dalle varie scuole: le scuole già accreditate nelle loro regioni rilasciano un titolo equipollente a quelli rilasciati dalle università, con valore legale su tutto il territorio nazionale. Le scuole non accreditate, no.

Nei mesi passati la FISA ha mandato una lettera di diffida alle regioni inadempienti chiedendo una sollecita e piena applicazione dell'Accordo, alla quale le regioni non hanno ancora dato una risposta.

E' importante a tal fine che tutti i medici agopuntori presenti sul territorio esercitino una costante pressione a livello istituzionale: presidenza di regione, assessorati, consiglieri regionali e ordini dei medici.

E' da sottolineare che, in termini di approvazione e di velocità, i risultati finora raggiunti sono stati direttamente proporzionali alla presenza e all'intensa attività delle

Associazioni e delle Scuole aderenti alla FISA sul territorio che in questi anni non hanno mai smesso di fare pressione sulle Istituzioni.

Il 13 giugno del 2017 le Sezioni congiunte II e V del Consiglio Superiore di Sanità hanno rivisto e modificato il parere precedentemente espresso dallo stesso Consiglio Superiore di Sanità il 10 dicembre 2013 in merito alla competenza del fisioterapista in ordine alla pratica del *dry-needling*.

L'esercizio del *dry-needling* da parte dei fisioterapisti, rappresentava in realtà la pratica dell'Agopuntura chiamata con un altro nome, andando così a configurarsi nel reato di esercizio abusivo della professione medica.

Le Sezioni congiunte hanno così concluso: *“che la pratica del dry-needling, pur con le già riferite limitazioni scientifiche, sia ad esclusivo uso del medico chirurgo abilitato all'esercizio della professione ed in possesso di specifica formazione post laurea conseguita con le stesse modalità previste dall'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013, in quanto considerato atto medico”*.

La revisione del parere del Consiglio Superiore di Sanità è il frutto del lavoro della FISA iniziato nel luglio del 2015 quando cominciò a sensibilizzare organi istituzionali quali la FNOMCeO, il Ministero della Salute, il Consiglio Superiore di Sanità, diversi Ordini dei Medici e Chirurghi di varie province e membri della Commissione Sanità del Senato, in particolare il Sen. Maurizio Romani che il 23 luglio del 2017 fece un'interpellanza in Senato.

Decisivo è stato anche il contributo della Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa – SIMFER e della Società Italiana di Riabilitazione Neurologica – SIRN che hanno condiviso con noi questo percorso.

Un'altra battaglia vinta.

Prossimi obiettivi della FISA sono la piena attuazione su tutto il territorio Nazionale dell'Accordo Stato-Regioni per la formazione in Agopuntura per cancellare le disparità presenti tra le varie scuole e quello di favorire l'introduzione dell'Agopuntura nel Sistema Sanitario Nazionale.

Anche se in alcune regioni l'Agopuntura è stata inserita nelle strutture pubbliche o addirittura nei Lea Regionali, vi sono alcune patologie dove l'Agopuntura, per ovvie ragioni economiche, può essere utilizzata solo in ambiente ospedaliero. Mi riferisco solo a titolo esemplificativo all'impiego dell'Agopuntura nella riabilitazione post-ictus, cosa che avviene di routine in molti ospedali cinesi in associazione alla riabilitazione classica.

Per fare ciò, occorre da una parte avviare trials clinici e dall'altra sensibilizzare la classe medica che nonostante abbia aumentato il grado di conoscenza sull'Agopuntura, rimane ben lontana dall'acquisizione delle reali possibilità terapeutiche dell'Agopuntura da sola o in associazione alla terapia medica convenzionale.

Vorrei ricordare a tutti i Colleghi agopuntori che tutte queste battaglie sono state vinte grazie al lavoro determinante e alla passione del Dott. Piero Ettore Quirico che oggi ricordiamo, in questo Congresso a lui dedicato, con immenso dolore ed affetto.

Grazie Ettore!



XVIII CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NEL DOLORE CRONICO  
Torino, 14 aprile 2018

## **Dolore cronico: meccanismi periferici e centrali**

**Marco Aguggia**

*Direttore SOC Neurologia, ASL AT, Asti*

Il dolore può essere definito come una sensazione sgradevole che può assumere varie forme con intensità ed estensioni variabili; la sua cronicizzazione è generalmente definita come un dolore che persiste per un periodo di tempo specifico, determinato arbitrariamente (ad esempio per più di 3 o 6 mesi, oppure al di là del periodo normale di guarigione). Nonostante i significativi progressi della medicina, il dolore cronico resta un enigma e le attuali conoscenze ne permettono una sua comprensione solo parziale; come mai alcune persone sono rese disabili dal dolore anche in assenza di processi organici che giustifichino la gravità dei loro sintomi? Le difficoltà di trattamento del dolore disabilitante rimandano a concetti filosofici e strutturali che sostengono la visione biomedica, essendo essa stessa permeata da una visione duale cartesiana, che associa uno stimolo nocivo ad una specifica attivazione cerebrale. Una visione attuale del dolore cronico e del suo cronicizzarsi, non può più eludere un approccio olistico che veda coinvolti, a fianco del concetto di dolore e sofferenza, influenze psicologiche, sociali e culturali.

Classicamente, il dolore è stato sempre studiato dal punto di vista della modificazione dell'informazione nocicettiva. Sherrington coniò il termine nocicezione ai primi del '900, stabilendo una stretta correlazione tra i riflessi nocicettivi e la percezione del dolore. Oggi tuttavia, sappiamo quanto i nocicettori si possano attivare senza l'esperienza del dolore. L'elettrofisiologia dei nocicettori è coerente con quest'interpretazione della nocicezione, dato che la maggior parte dei nocicettori si attivano sotto la soglia della percezione del dolore e molti neuroni centrali nocicettivi (come i WDR) si attivano anche per stimoli non nocicettivi). Attualmente è vasta la conoscenza riguardo la trasduzione, la trasmissione e l'elaborazione nel midollo spinale dei segnali nocicettivi legati al dolore acuto e cronico.

Gli studi di *brain imaging*, in condizioni di algia spontanea o indotta, hanno portato all'identificazione dei circuiti cerebrali nocicettivi, dimostrando come il cervello svolga un ruolo attivo nella percezione, nell'elaborazione e nella cronicizzazione del dolore. Il dolore resta, nella definizione comune, un'esperienza soggettiva causata dall'attività nocicettiva, in cui la soglia tra nocicezione ed esperienza dolore non è da considerarsi come fissa, potendo essere modulata dall'umore, dall'attenzione, dagli stati emotivi e dalle aspettative. Il termine dolore cronico, coniato per la prima volta da Beecher nel 1950, ha spesso una durata estremamente lunga ed il rapporto tra il dolore e lo stimolo scatenante rimane spesso impreciso e imprevedibile. Si è concordi sull'esistenza di un "gate control" sia a livello spinale che sovraspinale in cui, dal bilancio tra afferenze sensitive nocive ed innocue, viene a costituirsi la presenza o l'assenza del segnale nocicettivo che, attraverso la

via ascendente, giunge alla corteccia e da qui è interpretata come dolore (Melzack and Wall, 1965). Il dolore persistente è interpretato alla stregua di un'amplificazione centrale (spinale) dell'afferenza nocicettiva, definita sensibilizzazione centrale (Woolf and Salter, 2000). Inoltre, evidenze accumulate su dati di "imaging" cerebrale mostrano anche che il cervello umano subisce una profonda riorganizzazione in condizioni di dolore cronico.

I meccanismi periferici determinano dolore in associazione a disordini cronici muscolo-scheletrici, viscerali e vascolari, a seguito di una persistente dannosa stimolazione dei nocicettori e della loro sensibilizzazione. La stimolazione dei nocicettori si attua sia per un'azione diretta da parte di sostanze endogene algogene neuroattive e vasoattive, sia per una perturbazione del microambiente dei nocicettori stessi.

I meccanismi periferici-centrali possiedono rilevanza nella cronicizzazione del dolore quando associati a parziale o completa lesione di nervo periferico, di radice dorsale o di ganglio dorsale (ad es. causalgia, dolore dell'arto fantasma, nevralgie postperpetiche, invasioni estrinseche dei nervi periferici). Generalmente sono definite come dolore da deafferentazione.

Il dolore centrale, caratterizzato da sintomatologia urente, iperalgesia, disestesie, allodinia, iperpatia, è dato da una prolungata attività di scarica di pools neuronali deafferentati. A tale processo si affianca una ridotta inibizione delle vie discendenti che amplifica il meccanismo ed il persistere del dolore.

La natura della transizione del dolore da acuto a cronico è ad oggi ancora oscura. E' possibile ipotizzare che il dolore cronico consegua:

- al persistere di stimoli nocivi prettamente periferici;
- al perdurare di alterati adattamenti neuronali a livello delle corna dorsali midollari e/o di strutture centrali superiori;
- ad una compromissione della capacità modulatoria inibente il segnale doloroso a livello midollare
- ad una modulazione discendente facilitatoria;
- ad un rimodellamento maladattativo in termini di funzione, struttura e connettività.

Un approccio olistico e prospettico al dolore ed alla sua cronicizzazione deve necessariamente svincolarsi da un modello strettamente biomedico per rivolgersi verso una visione biopsicosociale, attraverso un approccio tollerante della conoscenza medica ed una comprensione dei suoi limiti.

### **Bibliografia:**

- Chapman CR, Vierk C: "The transition of acute ostoperative pain to chronic pain: an integrative overview of research on mechainisms" The Journal of Pain, Vol 18, No 4 (april) 2017, pp359-1-359-38;
- Ossipov M, Morimura K, PORreca F. "Descending pain modulation and chronification of pain", Curr Opin Support Palliat Care, 2014 june; 8(2); 143-151;
- Apkarian AV, Baliki M, Farmer M: "Predicting transition to chronic pain". Curr Opin Neurol 2013, August 26(4);360-367;
- Coluzzi F, Fornasari D, Pergolizzi J, Romualdi P: "From acute to chronic pain: tapentadol in the progressive stages of the disease entity". Eur Rev Med Pharmacol Sci, 2017;21:1672-1683;
- Loerser JD in "Bonica's Trattamento del dolore", 2013; Delfino Ed;pp 241-252
- Ingvar M: "Learning mechanisms in pain chronification-teachings from placebo research", Pain; 2015; 156:S18-S23.



XVIII CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NEL DOLORE CRONICO  
Torino, 14 aprile 2018

## L'Agopuntura nel trattamento del dolore cronico

**Giuseppe Lupi**

*Presidente S.I.R.A.A. - Società Italiana di Riflessoterapia, Agopuntura e Auricoloterapia*

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

*Visiting Professor Zhejiang Chinese Medical University – Hangzhou - Cina*

Il dolore cronico affligge circa dodici milioni di italiani e in circa 4 milioni di casi il problema è l'osteoartrite, nel 70% lombalgia, seguono la cefalea e i dolori neuropatici periferici. Nonostante il dolore cronico sia spesso, erroneamente, associato ad un problema oncologico, solo il **10% è relativo ad un tumore**.

Il dolore viene definito cronico se persiste dopo la guarigione o se non è collegabile a una patologia scatenante, quindi, mentre il dolore acuto è considerato sintomo di una malattia in atto, il dolore cronico presenta caratteristiche tali da poter essere definito una malattia a sé stante. Le persone affette da dolore cronico soffrono anche di disturbi del sonno, depressione, affaticamento, e vedono ridotte le loro facoltà intellettive tanto da richiedere interventi terapeutici multidisciplinari.

Per quanto riguarda la classificazione, se il dolore cronico è associato all'attivazione diretta dei nocicettori a causa di un danno tissutale (come quello dell'osteoartrite) è definito nocicettivo, mentre se è conseguente a una disfunzione del sistema nervoso (come nella nevralgia post erpetica) è detto dolore neuropatico. Si definisce infine dolore cronico psicosomatico la sensazione dolorosa attivata da situazioni psico-relazionali. In particolare, l'ansia attiva il sistema nervoso simpatico, la depressione attiva il SN parasimpatico, lo stress aumenta il tono muscolare.

Tale distinzione è importante ai fini della terapia in quanto i farmaci utilizzati per il dolore nocicettivo, come i FANS, non sono efficaci sul dolore neuropatico per il quale possono essere invece indicati farmaci antidepressivi o antiepilettici. La **terapia non farmacologica** comprende la terapia fisica e quella comportamentale e può attivare i meccanismi nervosi che inibiscono la nocicezione o bloccare la progressione dello stimolo doloroso.

Negli ultimi anni, sempre più pazienti si rivolgono alla medicina complementare per la cura delle patologie muscolo-scheletriche acute e croniche e, tra le diverse possibilità terapeutiche, l'Agopuntura è tra le più consigliate in virtù dei suoi positivi effetti terapeutici e delle evidenze scientifiche, sempre più numerose, che ne giustificano l'utilizzo. I principali effetti dell'Agopuntura sono quello antalgico, quello

decontratturante-miorilassante, il cui effetto immediato deriva prevalentemente da quello antalgico, quello vasomodulatore-trofico e sedativo. In Medicina cinese il dolore cronico è una manifestazione della sindrome *Bi*, un'affezione caratterizzata da dolore, indolenzimento, pesantezza a livello di tendini muscoli ed articolazioni dovuta ad un'ostruzione della normale circolazione di Qi e sangue. L'ostruzione persistente delle articolazioni provoca la ritenzione di liquidi nel corpo che si trasforma in Flegma ostruendo ulteriormente le articolazioni e i meridiani. Ciò determina ipotrofia muscolare, gonfiore e deformazione delle ossa nelle articolazioni. A questo livello la sindrome diventa una sindrome interna che colpisce non solo i muscoli, le articolazioni e i meridiani ma anche gli organi interni.

Secondo quanto emerso da recenti studi, l'Agopuntura aiuta e potenzia l'efficacia dei trattamenti medici standard, diminuendo il dolore cronico e la depressione. Una *review* del 2017 ha analizzato i risultati di 29 *trials* clinici riguardanti il trattamento di pazienti tramite Agopuntura e cure mediche standard. All'interno dei *trials*, i pazienti affetti da dolore cronico, venivano trattati con una combinazione di Agopuntura e cure tradizionali e confrontati con chi era trattato solo in modo standard (ad es. farmaci anti-infiammatori, fisioterapia) o con un'Agopuntura *sham*. Nel complesso, i *trials* hanno coinvolto un totale di circa 18.000 pazienti e dall'analisi dei *trials* è stato possibile notare come l'aggiunta di sedute di Agopuntura ai trattamenti tradizionali, in confronto alla somministrazione dei trattamenti in modo isolato, portasse ad una significativa riduzione della gravità e dell'intensità del dolore percepito.

In conclusione il trattamento tramite Agopuntura di dolore cronico e depressione, risulta essere vantaggioso non solo a livello di bilancio tra costi e benefici, ma anche nella riduzione sostanziale dei livelli di dolore cronico e depressione e nel miglioramento dell'umore, limitando anche la presenza di eventuali effetti collaterali, causati invece frequentemente dai farmaci (NIH, 1997).

#### **Bibliografia:**

- MacPherson H., Vickers A., Bland M., *Acupuncture for chronic pain and depression in primary care: a programme of research*. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2017 Jan.



XVIII CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NEL DOLORE CRONICO  
Torino, 14 aprile 2018

## Utilizzo dei fitopreparati nel trattamento del dolore cronico

**Paola Brusa<sup>o</sup>, Mario Giaccone\***

*<sup>o</sup>Docente Dipartimento di Scienza e Tecnologia del Farmaco, Università di Torino*

*\*Presidente Ordine dei Farmacisti Provincia Torino*

Per fitoterapia si intende una branca della medicina che prevede l'utilizzo a scopo preventivo e curativo di piante medicinali e loro derivati e che, in relazione alla parte officinale, alla tecnica estrattiva utilizzata, alla concentrazione in principi attivi, alla forma e alla modalità di presentazione del prodotto, comprende medicinali industriali o preparazioni galeniche.

In generale invece i prodotti vegetali dal punto di vista legislativo, a seconda del loro contenuto, possono essere inquadrati come medicinali (Dlgs 219/06 s.m.i.), integratori alimentari (Dlgs 169/04 s.m.i.), alimenti (Reg. CE 1925/2006, Dlgs 111/92 s.m.i.) o cosmetici (Reg. CE 1223/2009).

Indipendentemente dalla classificazione, nell'ambito delle attività di sorveglianza delle sospette reazioni avverse ai prodotti di origine vegetale, nel 2010 è nata l'esigenza di aumentare la consapevolezza degli operatori sanitari e dei cittadini sia sui possibili rischi associati all'utilizzo di prodotti, sia sulla necessità di limitarne l'uso per automedicazione. L'Istituto Superiore di Sanità ha creato a tale scopo un'apposita "scheda di segnalazione di sospetta reazione avversa a prodotti a base di piante officinali ed a integratori alimentari".

Tale iniziativa potrebbe però non essere sufficiente per una formazione adeguata degli operatori sanitari pertanto, una volta definito lo status legislativo delle variegate tipologie di prodotti vegetali reperibili in commercio, gli stessi professionisti dovranno provvedere ad un costante aggiornamento professionale.

Considerando che non tutti i prodotti vegetali sono corredati da una corretta informazione riguardo all'uso ed ai potenziali pericoli, la figura del farmacista diventa fondamentale nell'accesso del pubblico, sollecitato da pesanti stimoli di mercato, al prodotto stesso. Nel campo della cosiddetta fitoterapia, che nel linguaggio comune include tutti i prodotti di origine vegetale sopra citati, le informazioni inerenti all'attività di una determinata pianta sono spesso contrastanti. Le sostanze vegetali possono dunque avere indicazioni d'uso differenti in funzione della fonte considerata.

Nell'ambito della salute e del benessere per la donna la ricerca è stata condotta considerando le monografie pubblicate dall'EMA per i Medicinali Vegetali, le indicazioni del Ministero della salute in merito alle sostanze e preparati vegetali impiegabili negli

integratori alimentari, le indicazioni nutrizionali e sulla salute dell'EFSA, la letteratura scientifica riportata ad esempio da Pub Med e Cochrane Library nonché la letteratura di settore.

Le indicazioni d'uso prese in considerazione come punto di partenza per la raccolta dei dati sono state quelle riconducibili al dolore cronico riportate rispettivamente dall'EMA per i medicinali vegetali e dal Ministero della salute in merito alle sostanze e preparati vegetali impiegabili negli integratori alimentari. Sono dunque state considerate due fonti molto differenti in quanto alla tipologia di prodotti rispettivamente regolamentati: da una parte si tratta infatti di medicinali, dall'altra di integratori alimentari. In particolare è stata selezionata l'indicazione seguente: "*Pain and inflammation*" per l'EMA; "funzionalità articolare", "Contrasto di stati di tensione localizzati", per la sezione dedicata dal Ministero della salute agli integratori alimentari. Le specie vegetali elencate per ciascuna indicazione d'uso della fonte considerata come punto di partenza sono poi state oggetto di ricerca in letteratura scientifica ed in letteratura di settore per valutare se il loro impiego nell'ambito del dolore cronico fosse condiviso dalle diverse fonti in maniera univoca.

Il nostro scopo è dunque stato quello di individuare e raccogliere informazioni chiare che possano essere di aiuto agli operatori sanitari in merito a prodotti di origine vegetale, che abbiano indicazioni terapeutiche di categorie molto differenti, ma per i quali sia nota un'attività nell'ambito del dolore cronico.

#### **Bibliografia:**

- Brusa P., Baratta F., Manuale di Legislazione Farmaceutica, Edizioni Libreria Cortina Torino, V ed., 2017
- Campanini E., Dizionario di fitoterapia e piante medicinali, Tecniche Nuove, 2012
- Capasso F., Grandolini G., Izzo A., Fitoterapia, impiego razionale delle droghe vegetali, Springer, 2006
- Fiorenzuoli F., Interazioni tra erbe, alimenti e farmaci, Tecniche Nuove, 2009
- <http://www.efsa.europa.eu/> (consultazione gennaio 2018)
- <http://www.ema.europa.eu> (consultazione gennaio 2018)
- <http://www.ministerosalute.it> (consultazione gennaio 2018)
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> (consultazione gennaio 2018)
- <http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html1> (consultazione gennaio 2018).



XVIII CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NEL DOLORE CRONICO  
Torino, 14 aprile 2018

## L'Omeopatia nella cefalea cronica

**Alberto Magnetti**

*Direttore Istituto Omeopatico Italiano 1883, Torino*

La medicina olistica afferma che la dimensione biologica non esaurisce il senso di una malattia. Ogni uomo, risponde in modo diverso ed individuale agli stimoli o alle aggressioni esterne che subisce sia dal punto di vista virale o batterico, sia psichico.

**Esprime quindi la sua individualità.**

Proprio sull'individualità l'omeopatia ha fondato la sua profonda differenza di approccio rispetto alla medicina allopatrica convenzionale.

Questa disciplina riconosce le caratteristiche individuali di reazione del paziente, le cosiddette modalità, e su queste, anziché sui sintomi comuni della patologia, imposta la sua scelta terapeutica.

Essa ha come obiettivo il recupero di una salute più duratura: riequilibrando i sistemi biologici di omeostasi del paziente e rinforzandone le difese, lo rende non più dipendente dal farmaco, agendo quindi come una vera medicina preventiva.

Nell'ambito del tema specifico di questo congresso, l'omeopatia si è dimostrata un valido strumento terapeutico in quanto permette di trattare i più specifici e diversi tipi di dolori sia per qualità che per origine. La raffinata e ricca iconografia del Repertorio Clinico Omeopatico comprende ben 149 tipi diversi di dolore e innumerevoli "sensation as if" di grande importanza per l'individualizzazione del dolore e la conseguente scelta del *remedy* più simile.

Vari lavori scientifici hanno comprovato l'efficacia del trattamento omeopatico nei dolori di varia natura: nel 1978 e nel 1980 R. G. Gibson pubblica 2 lavori e nel primo (pubblicato sul *British Journal of Clinical Pharmacology*) è applicata la terapia omeopatica nella poliartrite reumatoide con sierodiagnosi positiva e una compromissione radiologicamente identificabile (doppio cieco). In tutte e due gli studi il miglioramento più rilevante e statisticamente significativo fu osservato nel gruppo di pazienti trattati con l'omeopatia.

Nel 1986 e 1989 Peter Fisher firma due lavori in doppio cieco su pazienti con fibromialgia primaria presso l'ospedale Saint-Bartholomew di Londra; il secondo viene pubblicato sul *British Medical Journal*. La personalizzazione fu fatta mediante una preselezione dei malati: essi dovevano presentare almeno tre dei quattro sintomi caratteristici principali indicati dai repertori medici omeopatici per il rimedio scelto, il *rhus toxicodendron*.

I risultati evidenziarono una differenza statisticamente significativa in favore del trattamento con il rimedio omeopatico per ognuno dei parametri presi in esame: intensità del dolore, qualità del sonno, stato generale, numero di punti sensibili dopo il periodo di trattamento attivo confrontato con lo stesso conteggio alla fine del periodo placebo.

Talvolta sintomi che per la medicina convenzionale non hanno alcun valore per l'omeopatia possono determinare o condizionare la scelta di un rimedio: un dolore reumatico che inizia dai piedi e si estende verso l'alto troverà in *ledum palustre* un valido rimedio, contrariamente quello che dall'alto si estende verso il basso richiederà *kalmia latifolia*.

Anche la lateralità è importante: un dolore sottoscapolare a destra sarà più sensibile a *chelidonium majus*, mentre a sinistra a *chenopodium glauci*.

Per renderci meglio conto del problema dell'individualità e della similitudine tra il quadro sintomatologico del paziente e quella del rimedio (individualità morbosa e individualità medicamentosa) sarà descritto il rimedio citato prima, un rimedio tra i più prescritti nelle patologie reumatiche: il *rhus toxicodendron* è il Sommaco Velenoso, arbusto della famiglia delle Anacardiacee, dalla linfa particolarmente caustica per la cute.

La tossicologia e i *proving* hanno mostrato un'azione elettiva su: cute su cui provoca edema ed eruzioni vescicolose; mucose con irritazione; tessuti fibro-connettivali periarticolari come tendini, **legamenti**, **aponeurosi** dove provoca un senso di rigidità dolorosa che migliora con il movimento.

**Miglioramento:** Movimento lento, con i cambiamenti di posizione sia che si tratti del prurito delle dermatosi che dei dolori articolari; Caldo e applicazioni calde; Tempo caldo e secco ( con il freddo migliorano i dolori reumatici di **pulsatilla**, **ledum palustre**, **secale cornuta**, **lac caninum** e **guajacum**)

**Aggravamento:** Umidità, il freddo umido o il contatto di indumenti o oggetti bagnati; Riposo e l'immobilità; L'inizio del movimento e l'eccessivo affaticamento

## CONCLUSIONI

La terapia Omeopatica presenta differenze profonde con la terapia farmacologia classica non avendo i rimedi effetti antimicrobici o antagonizzanti né azione sostitutiva, ma possedendo un'azione stimolante specifica sull'organismo: il medicinale omeopatico farà reagire gli organismi che gli corrispondono in base al principio di similitudine. Attualmente nel mondo è la seconda medicina più usata con 600 milioni di persone. Infine l'aspetto economico è di capitale importanza nella sostenibilità dell'omeopatia: infatti il costo all'origine del rimedio omeopatico è molto contenuto e il costo di una terapia cronica supera raramente i 10 € circa al mese . Ciò può portare a risparmi sostanziali: infatti non solo può essere ridotta la dipendenza dalla continua assistenza medica, ma anche l'evoluzione progressiva della malattia e l'incidenza di nuovi episodi di malattia.



XVIII CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NEL DOLORE CRONICO  
Torino, 14 aprile 2018

## **L'Ayurveda nel dolore lombare cronico**

**Alberto Chiantaretto**

*Presidente Commissione Regionale MnC, Torino*

Il dolore lombare è un problema diffuso: circa il 60,8% della popolazione adulta in Europa soffre di “mal di schiena”, si tratta della seconda più frequente causa di visita medica.

La sintomatologia riguarda la flessibilità della colonna, la stabilità, la potenza muscolare, tutti elementi che determinano disagio, rigidità, limitazioni funzionali, dolore.

Una delle classificazioni del dolore lombare (LPB-*Low Back Pain*) è basata sulla durata della sintomatologia: dolore acuto = meno di sei settimane; subacuto = da 6 a 12 settimane; dolore cronico = più di sei settimane.

Il dolore lombare cronico (CLBP - *Chronic Low Back Pain*) non è differente dal dolore lombare solo per la durata, ma presenta una sindrome clinica completamente differente: il dolore cronico diventa una condizione che si autoalimenta, mentre il dolore acuto è proporzionale alla causa anatomopatologica/funzionale che lo sostiene. Il 5% -10% dei pazienti che presentano dolore lombare evolvono nella condizione di dolore lombare cronico. La prevalenza del CLBP è bassa nella decade 20-30 anni, mentre aumenta nella decade 30-40 e raggiunge il massimo tra 50-60 anni. Il dolore è massimo nella regione lombosacrale con irradiazione agli arti inferiori o diffuso in tutto il corpo. Sono presenti diminuzione della capacità di movimento e della coordinazione motoria, di conseguenza le comuni attività della vita quotidiana, sportive e di relazione diventano un compito gravoso per il paziente.

Numerose sono le terapie per il dolore lombare cronico: antidolorifiche di sintesi, mini invasive, fisioterapiche, mini interventistiche, chirurgiche. La letteratura riporta modesti benefici clinici e sono poche le terapie che consentono una riduzione a lungo termine della sintomatologia dolorosa e di quella funzionale.

Per il CLBP il trattamento terapeutico farmacologico aggressivo deve essere prescritto esclusivamente nei casi di grave riacutizzazione del dolore o della limitazione funzionale a causa dei gravi effetti collaterali di un trattamento prolungato. I farmaci aggressivi (FANS, oppioidi) piuttosto che essere considerati come una soluzione, devono essere utilizzati per permettere al paziente di rimanere attivo e di continuare nei trattamenti fisici.

Da queste considerazioni fatte proprie da tutta la letteratura scientifica specifica<sup>1</sup> deriva l'integrazione con l'approccio della medicina ayurvedica:

Aushadi: i rimedi fitoterapici; le terapie fisiche (massaggi, olii medicati, Vihara: i comportamenti, le regole).

Aushadi: Basler AJ, Pilot study investigating the effects of Ayurvedic Abhyanga, J Altern. Complement. Med. 2011, May,1.

Syal Kumar, Thomas Rampp, Effectiveness of Ayurvedic Massage (Sahacharadi Taila in Patients with Chronic Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial, JACM 2, 2017.

Bharati, Adarsh Kumar, T Bhikshapati, Kati Basti - A Clinical Study, AYU, 2008, 29, 1.

Fitoterapia: Boswellia Serrata, Curcuma Longa, Vitex Negundo, Tinospora Cordifolia: azione farmacologica di inibizione dell' infiammazione, dell'attività dei leucotrieni, della 5 lipoossigenasi, della sintesi delle prostaglandine. Chrubasik JE, Roufogalis BD, Evidence of effectiveness of herbal antiinflammatory drugs in the treatment of painful osteoarthritis and chronic low back pain, Phytother Res. 2007, Jul. 21, 7.

YOGA: maggiore evidenza per i risultati a breve termine sulla sintomatologia funzionale.<sup>2</sup>

Nell'approccio ayurvedico nell'ambito della "pain education" (che non è appannaggio esclusivo del medico o del fisioterapista) grande importanza viene riconosciuta alla meditazione, attraverso la quale il paziente, prima guidato e poi autonomamente, scopre e mette in campo le sue capacità per gestire al meglio il dolore e tutti gli elementi di stress della sua condizione.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Patrick N., Emanski E, Med. Clin. North Am. 2014, 98(4): *Acute and chronic low back pain*. Report of the NIH Task Force on Research Standards for Chronic Low Back Pain.

Low Back Pain Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association.

<sup>2</sup> Holman S., T. Beggs, *Yoga for Chronic Low Back Pain .A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trial*, Pain, 18(5): 267-72. A.M. Pushpika , Attanayake K. *Clinical evaluation of selected Yogic procedures in individuals with low back pain*, AYU, 2010,31(2).

<sup>3</sup> Banth S., *Effectiveness of mindfulness meditation on pain and quality of life of patients with chronic low back pain*, Int J Yoga. 2015;8 (2).

Cherkin DC, *Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction vs Cognitive Behavioral Therapy or Usual Care on Back Pain and Functional Limitations in Adults With Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial*, JAMA. 2016 ,315 (12).



XVIII CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NEL DOLORE CRONICO  
Torino, 14 aprile 2018

## L'Agopuntura nella cefalea cronica

**G. B. Allais, G. Airola, F. Bergandi, P. Borgogno, G. Chiarle, C. De Lorenzo, S. Rolando, P. Schiapparelli, S. Sinigaglia e C. Benedetto**

*Centro Cefalee della Donna e Servizio di Agopuntura in Ginecologia e Ostetricia -  
Dipartimento di Scienze Chirurgiche - Università di Torino*

*Centro di Riferimento della Regione Piemonte per l'Agopuntura*

Le cefalee primarie o idiopatiche, e fra esse in particolare l'emicrania, hanno una enorme diffusione nella popolazione generale. L'emicrania rappresenta un problema sanitario che crea grave invalidità nel paziente ed imponente impiego di risorse sanitarie ove divenga cronica, cioè con attacchi presenti più di 15 giorni al mese (1).

I testi di Medicina Tradizionale Cinese indicano l'emicrania tra le patologie più responsive al trattamento agopunturale, ma una conferma della reale efficacia dell'agopuntura nella profilassi delle cefalee primarie ha trovato solo molto recentemente una validazione in studi effettuati con rigorose metodologie scientifiche. La *Cochrane Collaboration* ha dato alla luce nel 2009 due distinte *reviews*, una dedicata all'agopuntura nella profilassi dell'emicrania (2) ed una dedicata al trattamento agopunturale della cefalea di tipo tensivo (3).

Era però necessario che ancora più recentemente si rivedesse la letteratura, a fronte della pubblicazione di nuovi studi randomizzati e controllati: ciò ha portato, nel 2016, alla produzione di due nuove revisioni *Cochrane*, una dedicata all'agopuntura nella prevenzione della cefalea di tipo tensivo (4) e l'altra all'agopuntura nella prevenzione dell'emicrania episodica (5): Il titolo di quest'ultima *review* ha incorporato la dizione "episodica" perché finalmente è presente in letteratura sufficiente materiale per poter predisporre una valutazione sull'emicrania cronica, valutazione che verosimilmente potrà generare nei prossimi anni una revisione sistematica a sé stante.

Nel raffronto con i farmaci di profilassi dell'emicrania episodica, dunque regolarmente registrati e autorizzati per il trattamento di tale patologia, l'agopuntura per la revisione *Cochrane* attuale è risultata sempre almeno equiefficace e sotto alcuni aspetti anche più efficace, mostrando inoltre sempre una quota significativamente inferiore di effetti collaterali. Le conclusioni delle revisioni sistematiche *Cochrane* della letteratura portano ad affermare che c'è una consistente evidenza che l'agopuntura apporti un beneficio rispetto al trattamento solo sintomatico o al trattamento di *routine*, sia per l'emicrania episodica, sia per la cefalea di tipo tensivo; essa dovrebbe essere dunque considerata alla stregua delle terapie farmacologiche utilizzate di prassi e non osteggiata come una tecnica senza solide basi di efficacia.

Pur non possedendo ancora una valutazione globale dell'impatto dell'agopuntura sull'andamento dell'emicrania cronica, si riportano qui i dati provenienti da due recenti studi dedicati alle terapie di profilassi oggi maggiormente diffuse per il trattamento dell'emicrania cronica: il topiramato (6) e la tossina botulinica (7).

Nel primo trial 66 pazienti sofferenti di emicrania cronica sono stati allocati in maniera casuale ad un trattamento costituito da a) 24 sedute di agopuntura a cadenza bisettimanale per 12 settimane (n=33) oppure b) somministrazione di topiramato, con una *titration* iniziale di 4 settimane dalla dose di 25 mg/die fino alla dose di 100 mg/die, dose che poi veniva mantenuta stabile per le restanti 8 settimane dello studio (n=33). Il decremento nel numero di giorni al mese di emicrania moderata/severa, *endpoint* primario dello studio, è risultato significativamente maggiore nel gruppo trattato con agopuntura rispetto al gruppo trattato con topiramato. Ma anche tutti gli *endpoints* secondari dello studio sono stati significativamente a favore dell'agopuntura, e ciò è avvenuto anche nel sottogruppo dei pazienti che presentavano un abuso di farmaci sintomatici.

Nel secondo *trial* (7) 150 pazienti sofferenti di emicrania cronica sono stati randomizzati a tre tipi di trattamento: a) agopuntura (30 sedute nell'arco di 60 giorni); b) tossina botulinica (onabotulinum toxin A 155 UI) e c) valproato sodico (500 mg/die).

In tutti e tre i gruppi l'intensità delle crisi è diminuita in modo significativo, ma l'agopuntura è risultata significativamente più efficiente nel raggiungere questo *endpoint*. Tutti e tre i trattamenti sono stati efficaci nel ridurre il numero di giorni mensili di emicrania, ma il gruppo agopuntura ha mostrato un numero di effetti collaterali significativamente minore.

### **Bibliografia:**

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia* 2018; 38:1-211.
2. Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Manheimer E, Vickers A, White AR: Acupuncture for migraine prophylaxis. *Cochrane Database Syst Rev* : CD I/2009.
3. Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Manheimer E, Vickers A, White AR: Acupuncture for tension type headache. *Cochrane Database Syst Rev*: CDI/ 2009.
4. Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Fei Y, Mehring M, Shin BC, Vickers A, White AR, " Acupuncture for the prevention of tension-type headache" *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Apr 19;4:CD007587.
5. Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Fei Y, Mehring M, Vertosick EA, Vickers A, White AR. "Acupuncture for the prevention of episodic migraine", *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Jun 28;(6):CD001218.
6. Yang CP, Chang MH, Liu PE, LI TC, Hsieh CL, Hwang KL, Chang HH. Acupuncture versus topiramate in chronic migraine prophylaxis: a randomized clinical trial. *Cephalalgia* 2011;31:1510-21 .
7. Naderinabi B, Saberi A, Hashemi M, Haghghi M, Biazar G, Gharehdaghi FA, Sedighinejad A, Chayoshi T. Acupuncture and botulinum toxin A injection in the treatment of chronic migraine: a randomized controlled study. *Caspian J Intern Med* 2017; 8.196-204.



XVIII CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NEL DOLORE CRONICO  
Torino, 14 aprile 2018

## **Trattamento della lombalgia cronica in Farmacoterapia Cinese**

**Lucio Sotte**

*Responsabile Dipartimento Farmacologia Cinese - Scuola di Agopuntura AMAB,  
Bologna*

La lombalgia cronica colpisce un'ampia fetta della popolazione ed è particolarmente diffusa nella popolazione anziana.

La medicina tradizionale cinese affronta questa patologia con varie metodiche di terapia: agopuntura, massaggio e fisiochinesiterapia, ginnastiche mediche cinesi, dietetica. Anche la farmacologia viene costantemente utilizzata a questo scopo e nel corso dei millenni sono state messe a punto numerose ricette. Quella che presentiamo è certamente la più utilizzata e fu messa a punto da uno dei più famosi medici cinesi del primo millennio a.C.: Sun Si Miao, che visse dal 581 al 682 d.C.; tale formulazione viene utilizzata dunque da oltre 1300 anni.

Si tratta di una formula molto interessante costituita da una sintesi di più ricette: in primo luogo il *si jun zi tang* o decotto dei 4 gentiluomini – la formula classica per tonificare l'energia – ed il *si wu tang* o decotto delle 4 sostanze – la formula classica per nutrire il sangue. A queste due formule vengono aggiunti altri rimedi con azione mobilizzante sul Qi e sul sangue che trattano la stasi che è alla base dell'eziopatogenesi dei reumatismi, che in Cina vengono definiti “bi” cioè “ostruzione” “blocco”. Da ultimo si aggiungono alcuni rimedi ad azione “antireumatica”: *du huo*, la radice di *Angelica pubescens* (che fornisce anche il nome alla formula) e quelle di *Laedebouriella* o *fang feng*, di *Achyranthis* o *niu xi* e la corteccia di *Eucommia* o *du zhong*.

La ricetta tonifica dunque l'energia, nutre il sangue e li mobilizza entrambi trattandone il ristagno, inoltre elimina “vento freddo-umidità” che ristagnano nel nostro organismo a causa della patologia che colpisce l'apparato locomotore.

È certamente difficile fare una “traduzione occidentale” sintetica degli effetti farmacologici di questa prescrizione così come sono descritti in medicina cinese, ma si può sinteticamente affermare che la formula ha un effetto immunomodulante, trofico, antinfiammatorio e di promozione della circolazione dei liquidi e del sangue.

In effetti la ricerca scientifica ha dimostrato che la ricetta possiede effetto analgesico ed antinfiammatorio e che la sua somministrazione può essere una ragionevole alternativa all'uso dei farmaci antinfiammatori non steroidei. Sono inoltre stati dimostrati effetti sull'apparato circolatorio, con riduzione delle resistenze vascolari periferiche ed azione antiaggregante piastrinica nel ratto. Molti studi randomizzati e controllati hanno dimostrato la sua efficacia nella cervicalgia, nel trattamento della

sciatica, dell'osteoartrite, dell'artrite reumatica e della spondilite anchilosante. È stata utilizzata con efficacia anche nelle discopatie lombari e nei dolori articolari postpartum.

Secondo la mia esperienza, questa formula è indicata particolarmente nelle forme reumatiche croniche dell'anziano, che secondo la medicina cinese soffre delle conseguenze dell'invecchiamento e dunque di "deficit di Qi e sangue e di Fegato e Rene" e che va incontro facilmente ad artralgie e rachialgie correlate a fenomeni artrosici inveterati che, soprattutto nel sesso femminile, sono favoriti dalla concomitante osteoporosi senile.

La ricetta, che una volta si confezionava sotto forma di decotto di erbe medicinali in taglio tisana, è ora disponibile in compresse o può essere prescritta sotto forma di estratti secchi degli stessi rimedi. Nel caso della prescrizione magistrale di estratti secchi è possibile adattarla perfettamente alla situazione del singolo paziente variando le percentuali dei componenti o aggiungendo o togliendo alcuni dei rimedi.

La considero un "grande dono" dell'antica medicina cinese al nostro mondo occidentale che, soprattutto a causa dell'aumento dell'età media della popolazione, è sempre più afflitto dalle patologie degenerative ed infiammatorie dell'apparato locomotore che possono essere prevenute e trattate con questa formula che è a metà strada tra un "tonico" ed un "antireumatico".



## **L'Agopuntura auricolare nel trattamento del dolore cronico**

**Carlo Ripa**

*Responsabile Scuola di Auricoloterapia CSTNF, Torino*

Il dolore è un fenomeno soggettivo complesso che associa una percezione legata ad una lesione tessutale reale o potenziale ad una risposta fisica ma anche affettiva.

Il dolore spesso si associa ad uno stato di ipersimpaticotonia con tachicardia, polipnea, ipertensione arteriosa, midriasi, ansietà...

Il dolore si dice cronico se dura più di 6/7 mesi, in tali casi diventa una sofferenza con una partecipazione limbica, con una componente emozionale importante ed una componente depressiva ed endocrina.

Si distinguono due tipi di dolore: il dolore ipernocicettivo ed il dolore da deafferentazione.

L'Auricoloterapia nella cura del dolore si prefigge come scopo quello di diminuire e di sopprimere il focolaio nocicettivo e di frenare il messaggio doloroso che procede verso i centri neurologici superiori.

La raccolta dei potenziali auricolodermici ci permette di confermare la nostra diagnosi. Nel trattamento di tale patologia è necessario rispettare in Auricoloterapia un ordine terapeutico che dipende dai circuiti neurologici coinvolti nella trasmissione del dolore.

E' pertanto importante seguire uno specifico schema terapeutico secondo il quale si tratta prima il punto d'Organo causa del dolore e di seguito i filtri del dolore che si oppongono alla sua risalita ai centri nervosi superiori, che sono Sostanza Reticolare, Talamo e Corteccia.

Il punto d'Organo è trattato in modo diverso a seconda di come il dolore si manifesta (dolore a riposo, in movimento o sia a riposo che in movimento).

I filtri del dolore sono:

- la Sostanza Reticolare che ha una funzione antalgica attivando il *Gate Control System* attraverso il sistema discendente del controllo del dolore;
- il Talamo usato in dolori omolaterali alla puntura e di intensità superiore (6-7 EVA);
- la Corteccia che viene attivata stimolando il punto PMS per dolori di forte intensità.

I filtri del dolore sono trattati o singolarmente o tutti insieme.

Nei dolori di tipo cronico alcuni punti particolari entrano a far parte del trattamento e sono differenti a seconda delle situazioni cliniche.

Questi punti sono:

- il Punto Sintesi uni o bilaterale che è l'equivalente motorio dell'Ipotalamo Anteriore, la cui puntura attiva la sintesi proteica, combatte lo stato di esaurimento fisico, aumenta la soglia della difesa immunitaria e aumenta la produzione di prostaglandine prostaciline DNA-mRNA; in presenza di tumori è sostituito dal punto Timo;
- il Punto Rinencefalo che viene usato in presenza di una importante componente psicogena affettiva; esso possiede un'azione analettica ed antidepressiva e può essere sostituito dal punto detto "Cosmonauta" (Ganglio Simpatico di 12D-L1) che possiede un'azione prevalente ansiolitica;
- il Punto Cortico Surrenale che è usato in situazioni di particolare esaurimento da stress e che provoca una risalita della soglia energetica di adattamento;
- il Punto Meteo che corrisponde alla Commissura Abenulare e che viene aggiunto quando il dolore è legato a fattori metereologici;
- il Punto FSH/LH che è usato quando il dolore riconosce una componente ormonale;
- il Punto Simpatico se è presente una componente simpatica;
- il Punto Epifisi quando il dolore segue un ritmo definito.

Tutti questi punti non devono essere trattati contemporaneamente. Il medico sceglierà la migliore strategia terapeutica in funzione della diagnosi, della durata della patologia, dell'esame clinico e della sua intelligenza medica.



XVIII CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NEL DOLORE CRONICO  
Torino, 14 aprile 2018

## **L'Agopuntura nel trattamento della lombalgia cronica**

**Riccardo Rustichelli**

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

Per lombalgia si intende un dolore localizzato al di sotto del margine costale e al di sopra della piega glutea. La lombalgia può essere classificata per durata come acuta (dolore di durata inferiore alle 6 settimane), sub-cronica (da 6 a 12 settimane) o cronica (più di 12 settimane). Nei paesi industrializzati l'incidenza della lombalgia è di circa il 5% della popolazione adulta all'anno, con il picco di incidenza nella fascia di età tra i 35 e 55 anni. Nel 90% dei casi si tratta di patologia benigna che si risolve spontaneamente nell'arco delle 6 settimane, mentre circa il 2-7% dei pazienti colpiti da lombalgia acuta sviluppa una forma cronica (LC). L'iter terapeutico del paziente adulto che presenta LC prevede l'utilizzo cronico di FANS e della medicina fisica riabilitativa per il recupero funzionale e per il controllo del dolore. Il trattamento convenzionale occidentale di una LC prevede, oltre all'utilizzo di farmaci antiinfiammatori, una serie di interventi, spesso auto somministrati dai pazienti, che a volte sono indicati ed altre volte sconsigliati. Tra questi: il riposo a letto, le manipolazioni, le trazioni vertebrali, i corsetti, l'esercizio fisico, tutte cose che possono essere consigliate o meno al paziente che non sempre, però, si rivolge al proprio medico per un consiglio preventivo.

Negli ultimi anni, sempre più pazienti si rivolgono alla medicina complementare per la cura delle patologie muscolo-scheletriche acute e croniche e, tra le diverse possibilità terapeutiche, l'agopuntura è tra le più utilizzate e consigliate in virtù dei suoi positivi effetti terapeutici e delle evidenze scientifiche, sempre più numerose, che ne giustificano l'utilizzo. I principali effetti dell'Agopuntura sono quello antalgico, che si può ottenere mediante una stimolazione manuale o più spesso con l'Elettrostimolazione per almeno 45-60', quello decontratturante-miorilassante, il cui effetto immediato deriva prevalentemente da quello antalgico e quello vasomodulatore-trofico e sedativo. Tutti questi effetti sono molto importanti nella cura di una lombalgia acuta e cronica e i punti di Agopuntura che vengono utilizzati sono scelti tra quelli locali, adiacenti e distanti in base alla localizzazione e alle caratteristiche del dolore.

Nel trattamento della LC rivestono particolare importanza i punti locali, che sono spesso dolenti (*Ashi*) alla pressione e che esercitano un'azione trofica antalgica e decontratturante.

L'agopuntura nella LC si è dimostrata essere *cost-effectiveness* rispetto ad altre procedure ed ai farmaci.

Nello studio del Dott. Toroski del 2018, gli autori hanno effettuato un'analisi su 100 pazienti dimostrando che l'elettroagopuntura migliora la qualità di vita ed è cost-effective.

Nel lavoro del Dott. Oka, nel canale lombare stretto, l'agopuntura ha dimostrato un miglioramento della sintomatologia significativamente superiore agli esercizi fisici ed alla terapia farmacologica.

**Bibliografia:**

- Lizhou Liu et al. Acupuncture for Low Back Pain. An overview of sistematic reviews. Hindawi Publishing Corporation Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, volume 2015, 18 pages.
- Toroski M, Nikfar S, Mojahedian MM et al. Cost-Utility Analysis of Electro acupuncture Comparing Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in the treatment of Chronic Low Back Pain. J Acupunct Meridian Stud. 2018 Feb 2. pii: S2005-2901(17)30185-1.
- Oka H, Matsudaira K, Takano Y A comparative study of three conservative treatments in patients with lumbar spinal stenosis: lumbar spinal stenosis with acupuncture and physical therapy study (LAP study). BMC Complement Altern Med. 2018 Jan 19;18(1):19 .



XVIII CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NEL DOLORE CRONICO  
Torino, 14 aprile 2018

## Evidenze cliniche omeopatiche in casi di diverticolosi del sigma

**Federico Audisio Di Somma**

*Medico Chirurgo e scrittore, Specialista in Medicina del Lavoro, Presidente MU Medicina Umanistica Scuola di omeopatia Torino.*

*Presidente AMIF Associazione Medica Italiana di Floriterapia di Bach.*

Per diverticolosi si intende la sola presenza di diverticoli a livello colico, più frequentemente nella porzione sinistra del colon. In caso di presenza di sintomi addominali quali dolore e meteorismo e in assenza di altre condizioni patologiche si parla invece di Malattia diverticolare sintomatica non complicata (SUDD, *Symptomatic Uncomplicated Diverticular Disease*). La diverticolite acuta si caratterizza per la presenza di dolore addominale severo prolungato, febbre e leucocitosi, fino alla possibilità di sviluppo di complicanze quali ascessi, perforazioni e peritonite. Una minore percentuale di pazienti può sviluppare una colite segmentale associata alla diverticolosi (SCAD, *Segmental Colitis Associated with Diverticulosis*). L'eterogeneità di questi quadri clinici si ripercuote nella pratica clinica in diversi approcci farmacologici o chirurgici. La diagnostica si basa sulla colonscopia e la colon-TC; l'RX con bario, anche se dimostra la stessa accuratezza diagnostica della colon-TC, dovrebbe essere considerato solo in caso di mancanza di disponibilità di quest'ultima. La terapia delle forme acute si basa sull'impiego della Rifaximina, antibiotico topico che, in associazione con fibre, è un'efficace trattamento per le sue caratteristiche di ampio spettro d'azione e per l'ottima biodisponibilità nel tratto gastroenterico data la sua azione non-sistemica. Ulteriori strategie terapeutiche nei confronti della SUDD hanno riguardato l'uso dei probiotici e degli antinfiammatori, quali la Mesalazina.

Epidemiologia: nell'ultimo ventennio l'incremento di ospedalizzazione per diverticolite acuta oscilla dal 9.5% al 26%, mentre la mortalità associata a diverticolite acuta è diminuita, sebbene nelle forme complicate il rischio rimanga elevato per la frequente presenza di comorbidità. La diverticolosi del colon colpisce circa 9 milioni di italiani.

Incidenza: 5/100.000; prevalenza: 65/100.000. La letteratura evidenzia che il 10-25% dei pazienti con diverticolosi svilupperà una diverticolite più o meno grave. La diverticolosi del sigma, anche in casi complicati, può trovare risposta terapeutica convincente con l'utilizzo di farmaci omeopatici e omotossicologici. Questa opzione presenta interessanti applicazioni che è possibile integrare ai protocolli convenzionali gastro enterologici e i risultati, confermati dai controlli clinici e strumentali di *follow-up*, lo dimostrano.

Caso clinico: femmina, anni 58, patologia attuale luglio 2015: quadro di diverticolosi del sigma complicato da perforazione di un diverticolo trattata per via medica. Da valutare intervento chirurgico. Dolori acuti e stipsi ostinata. Patologie associate: ipotiroidismo in

terapia con Eutirox 75, alopecia universalis e vitiligo su base autoimmune. Diagnostica effettuata: TC addome completo con mezzo di contrasto: ispessimento concentrico della parete del III distale del colon discendente, esteso in lunghezza per circa 5 cm, con *enhancement* significativo. Il reperto è aspecifico ma potrebbe essere compatibile con un quadro di flogosi autoimmune (retto-colite?). Vengono presentati i precedenti diagnostici relativi alla malattia. 21/07/2015: TC dell'addome completo con mezzo di contrasto + ecografia: nel noto contesto di diverticolosi di alto grado del sigma e, di grado minore, del colon discendente, complicata a livello del sigma da fenomeni peridiverticolitici, all'attuale controllo si rileva una sottile soffiatura fluida nell'ambito del tessuto adiposo che circonda il profilo anteriore della prima porzione del sigma, estesa per circa due centimetri in lunghezza, espressione di recenti sequelle di perforazione coperta. Non si rilevano tracce di gas libero in peritoneo né immagini di significative raccolte liquide. Unicamente si segnala la presenza di una sottile banderella fluida nell'ambito del Douglas di 1 cm di lunghezza per 3 mm di spessore. Lo studio è stato completato con indagine ecografica eseguita estemporaneamente che conferma la presenza di infiltrazione edematosa del grasso periviscerale all'altezza della prima porzione del sigma associata a diffuso ispessimento edematoso dell'ansa da recente perforazione coperta. 23/07/2015: analisi ematologiche significative. Terapia convenzionale effettuata. Terapia omeopatica e omeopatica dall'inizio di ottobre, sospesa la terapia antibiotica e medica ordinaria. In queste condizioni, senza fatti acuti, la paziente è portata all'intervento chirurgico ritenuto imprescindibile. Ricovero ospedale 23/11/15: reparto chirurgia, intervento chirurgico in narcosi generale. Esplorazione della cavità addominale: non segni di flogosi e/o diverticolite. Colon sinistro a pareti non ispessite con rari diverticoli a colletto ampio. Non aderenze. Non versamento. All'esplorazione completa della cavità addominale non si reperisce nulla di patologico. *Follow up* a marzo 2018: nessuna recidiva. Condizioni intestinali della paziente nell'ambito della norma.

#### **Bibliografia:**

1. Bellavite P, *Experimental studies on the anti-inflammatory activity of a homeopathic preparation*. Biomed Ther 15, 28-31, 1997.
2. Bellavite P, *Ricerca in omeopatia: dati, problemi e prospettive*. Ann Ist Super Sanita 26, 179-187, 1990.
3. Bianchi I, *Omeopatia e Omotossicologia - Le premesse biologiche*, Guna Editore, Milano, 2000.
4. Bianchi I, *Repertorio omeopatico-omotossicologico - Materia Medica omotossicologica*, Guna Editore, Milano 1993.
5. Cuomo R, Barbara G, Pace F et al. *Italian consensus conference for colonic diverticulosis and diverticular disease*. United European Gastroenterol J 2014;2(5):413-42.
6. Reckeweg HH, *Materia Medica Omeopatica - L'essenza farmacologica dell'Omotossicologia*, Guna Editore, Milano 1999.
7. Reckeweg HH, *Omotossicologia - Malattia e guarigione con la terapia antiomotossica*. Menaco Publishing Company Inc. Albuquerque (U.S.A.), Aurelia Verlag, Baden-Baden; 1980.
8. Reckeweg HH, *Omotossicologia: prospettiva per una sintesi della medicina*, Guna Editore, Milano, 1997.
9. Strate LL, Modi R, Cohen E, Spiegel BMR. *Diverticular disease as a chronic illness: evolving epidemiologic and clinical insights*. Am J Gastroenterol 2012;107(10).
10. Tursi A, Brandimarte G, Elisei W et al. *Randomised clinical trial: mesalazine and/or probiotics in maintaining remission of symptomatic uncomplicated diverticular disease-a double-blind, randomised, placebo-controlled study*. Aliment Pharmacol Ther 2013;38:741-51.
11. Yamada E, Inamori M, Uchida E et al. *Association between the location of diverticular disease and the irritable bowel syndrome: a multicenter study in Japan*. Am J Gastroenterol 2014;109(12):1900-5.



XVIII CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NEL DOLORE CRONICO  
Torino, 14 aprile 2018

## **L'Agopuntura nel dolore cronico: evidenze tramite FMRI**

**Giulia Chiarle<sup>o</sup>, Giovanni Battista Allais\*, Chiara Benedetto<sup>^</sup>**

<sup>o</sup>Centro Cefalee della Donna, Osp. S. Anna, Università di Torino

\*Responsabile del Servizio di Agopuntura in Ginecologia ed Ostetricia, Università di Torino

<sup>^</sup>Direttore S. C. Ginecologia e Ostetricia I-U, Pres. Osp. S. Anna, Università di Torino

Il meccanismo biologico alla base dell'Agopuntura non è ben chiarito e dal punto di vista neurofisiologico potrebbe essere considerato un complesso stimolo somatosensoriale. Lo sviluppo, a partire dagli anni '90, di tecniche di *neuroimaging*, tra cui la FMRI, ha fornito un nuovo strumento per analizzare l'effetto dello stimolo dei punti di agopuntura su differenti aree cerebrali, in termini di attivazione/deattivazione e modifica del *pattern* di connettività. E' stato dimostrato come lo stimolo dell'ago associato alla generazione del De Qi determini una deattivazione *del network limbico-paralimbico-neocorticale*, coinvolto nell'elaborazione cognitiva e sensoriale del dolore e che presenta strette relazioni con il *Default Mode Network (DMN)* e con l'*anti-correlated task positive network*. Inoltre, la risposta all'agopuntura sembra integrata a differenti livelli cerebellari e del tronco cerebrale (1-3).

Alcuni studi hanno valutato la risposta cerebrale, in seguito a trattamento con agopuntura, in soggetti affetti da patologie croniche. In uno studio di Li e coll (4) sono stati trattati 12 pazienti affetti da emicrania senz'aura con un deficit di connettività fra RFPN e giro sopramarginale sinistro, MI sinistra, lobo parietale inferiore sinistro e SI. In seguito a 4 settimane di agopuntura (TE 23, GB 8, GB 20, Tayang, LI 4, LR 3, TE 5, GB 34, GB 41) per 5 giorni a settimana, si è registrato aumento della connettività fra RFPN e MI sinistra, lobo parietale inferiore sinistro e SI sinistra, oltre che un calo della sintomatologia dolorosa.

L'efficacia dell'agopuntura nel trattamento della patologia muscolo-scheletrica è ormai avvalorata da numerosi lavori. Uno studio di Xie e coll (31) valuta la risposta cerebrale in 30 pazienti sottoposti a moxibustione di ST 35 per osteoartrite del ginocchio. Si evidenzia una modulazione dell'attività cerebrale nelle aree coinvolte nell'elaborazione del dolore. Un secondo lavoro (32) conferma tali dati in quanto evidenzia un aumento di connettività fra RFPN, la corteccia cingolata anteriore e la corteccia prefrontale, regioni chiave del sistema discendente di modulazione del dolore. Inoltre, l'aumento di connettività fra insula e *network* fronto-parietale è proporzionale al miglioramento della sintomatologia.

La risposta cerebrale allo stimolo dato dall'agopuntura coinvolge numerose regioni somatosensoriali, motorie, cognitive ed emotive a seconda del punto utilizzato. I dati presenti in letteratura risultano piuttosto eterogenei anche se si conferma la potenzialità di questa tecnica di modulare l'attività cerebrale, condizione potenzialmente alla base dell'effetti terapeutico.

**Bibliografia:**

1. Hui KK., Marina O. Liu J., e coll. Acupuncture, the Limbic System, and the anticorrelated networks of the brain. *Autonom Neurosci* 2010 Oct; 28(157):81-90.
2. Hui KK, Liu J, Makris N e coll. Acupuncture modulate the limbic system and subcortical gray structures of the human brain: evidence from fMRI studies in normal subjects. *Hum Brain Mapp* 2000; 9:13-25.
3. Huang W, Pach D, Napadow V e coll. Characterizing acupuncture stimuli using brain imaging with fMRI- A systemic review and meta-analysis of the literature. *Plos One* 2012; 7(4):e32960.
4. Li K, Zhang Y, Ning Y e coll. The effects of acupuncture treatment on the right frontoparietal network in migraine without aura patients. *J headache Pain* 2015; 16:33.
5. Xie H, Xu F, Chen R e coll. Image formation of brain function in patients suffering from knee osteoarthritis treated with moxibustion. *JTCM* 2013; 33:181-186.
6. Chen X, Spaeth R, Freeman SG e coll. The modulation effect of longitudinal acupuncture on resting state functional connectivity in the knee osteoarthritis patients. *Mol Pain* 2015; 11:67.



XVIII CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NEL DOLORE CRONICO  
Torino, 14 aprile 2018

## L'Ayurveda nel dolore pelvico cronico

**Stefano Gargano**

*Specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa - Medicina Ayurvedica, Torino*

Il dolore pelvico si definisce come un “dolore di origine non oncologica percepito a livello pelvico”. Esso si caratterizza come un dolore ricorrente o persistente per un periodo superiore ai 6 mesi.

Si classificano con questa definizione anche tutti i casi in cui non sono identificati i meccanismi patogenetici del dolore acuto.

Il dolore si localizza a livello rettale, genitale o addominale, cui possono essere associati disturbi urinari e fecali, così come un senso di disagio durante e dopo i rapporti sessuali.

Spesso si presenta sotto forma di un dolore continuo, con tutti i disturbi neurovegetativi e relazionali associati.

Il dolore pelvico è, inoltre, spesso di difficile trattamento in relazione alla difficoltà di diagnosticarne l'origine.

Il tempo medio di diagnosi di una sindrome DPC è di circa 4 anni, mediamente vengono consultati 8 specialisti, vengono prescritti farmaci sintomatici che vanno dal paracetamolo agli oppiacei maggiori ai SSRI.

Si è osservato infine un aumento di casi di depressione rispetto alla popolazione generale.

### CLASSIFICAZIONE

E' possibile classificare il DPC a seconda dell'apparato di origine del disturbo:

- *DPC urologico*: Cistite interstiziale (PBS), Prostatite, Orchialgia cronica, LUTS;
- *DPC ginecologico*: Endometriosi, Vulvodinia o vestibulite vulvare;
- *DPC anorettale*: Proctite, Emorroidi, Ragadi anali;
- *DPC neurogeno*: Neuropatia periferica, Ileoinguinale, Genitocrurale, Pudendo;
- *Patologie del midollo spinale*: Traumatiche, Virali, Degenerative;
- *DPC di altra origine*: Vascolare, Cutanea, Osteomuscolare, Miofasciale, Mialgia tensiva pavimento pelvico, S. elevatore dell'ano, Psichiatrica;
- *Neuropatia e nevralgia del pudendo*: S. da intrappolamento del pudendo (Traumi, Iperattività fisica ( rimodellamento osseo ), Alterazioni posturali, Chirurgia, Infezione cronica, Alterazioni funzionali urinarie e fecali.

### EZIOPATOGENESI

L'ipotesi più verosimile è che si instauri un'*infiammazione neurogena*.

Le prime osservazioni sull'origine dell'infiammazione neurogena furono svolte in seguito a stimolazione di neuroni gangliari delle radici dorsali (sensitivi) e conseguente vasodilatazione periferica, mostrando un'attività non solo afferente delle fibre sensitive, ma anche efferente.

Fu messa in evidenza anche la necessità di fibre sensitive per la comparsa di alcune risposte infiammatorie e che l'infiammazione neurogena dipende da una innervazione intatta dei tessuti coinvolti.

Lo stress psicologico è in grado di indurre una risposta infiammatoria simile a quella prodotta da un trauma o un'infezione, con la conseguenza che episodi ricorrenti di stress possono dare origine ad una malattia infiammatoria cronica.

La maggior parte delle patologie dolorose croniche mostrano elementi tipici dell'infiammazione neurogena.

Studi neurofisiologici hanno mostrato una comunicazione bidirezionale fra SN e sistema immunitario, che hanno in comune numerosi neurotrasmettitori.

Fondamentale importanza ha in questo senso la presenza di fibre sensitive di piccolo diametro capsaicino sensibili (fibre C) responsabili della nocicezione.

L'infiammazione neurogena è mediata da Sostanza P, Calcitonin Gene Related Peptide (CGRP), espressi in una sottopopolazione di neuroni dei gangli della radici dorsali (DRG) con fibre mieliniche (A $\delta$ ) e amieliniche (C).

Esiste inoltre una correlazione tra infiammazione neurogena ed estrogeni: si ha il riscontro di una percentuale elevata di donne affette da patologie neuro infiammatorie ed un elevato numero di mastociti con recettori estrogeno-positivi nelle biopsie vescicali di pazienti affette da CI.

In Medicina Ayurvedica il dolore pelvico cronico è un disturbo che riguarda uno squilibrio primario di Vata (Apana Vata) associato ad un aggravamento di Pitta.

L'approccio al problema è multidimensionale e prevede l'utilizzo di preparati fitoterapici (per os e locali), terapie fisiche, meditazione e Yoga.

Il trattamento fitoterapico prevede l'impiego di alcuni preparati specifici:

- Neem (Azadirachta Indica) -> rinforza il sistema immunitario, è un neuro protettore e riequilibra Vata;
- Gandhak Rasayan -> aiuta nell'eliminazione delle tossine;
- Pradrantak Churna -> composta da Arjuna (Terminalia Arjuna: riequilibrio dei 3 Dosha, utile in patologie infettive ed infiammatorie del tratto urinario), Lodhra (Symplocus Racemosa: utile in patologie ginecologiche), Ashok (Saraca indica: riequilibra Pitta), Udumbur (Ficus glomerat: ha azione depurativa), Olio Nirgundi (ha azione antinfiammatoria, lenitiva, per applicazioni locali).

Lo Yoga risulta essere efficace nel miglioramento del dolore e della qualità di vita delle donne con dolore pelvico cronico (1-2)

#### **Bibliografia:**

1. Int J Yoga. 2017 Jan-Apr *Effects of yogic intervention on pain scores and quality of life in females with chronic pelvic pain.* Saxena R, et al
2. Pain Med. 2017 Oct . *Development and Feasibility of a Group-Based Therapeutic Yoga Program for Women with Chronic Pelvic Pain.* Huang AJ et al



## L'Agopuntura nel dolore pelvico cronico

**S. Sinigaglia, G. B. Allais, G. Airola, F. Bergandi, G. Chiarle, S. Rolando, P. Schiapparelli, C. Benedetto**

*Servizio di Agopuntura in Ginecologia ed Ostetricia - SC Ginecologia e Ostetricia I U, Ospedale Sant'Anna – Torino*

Il dolore pelvico cronico (CPP) è definito come un dolore continuo o intermittente che si verifica nell'addome inferiore o nella zona pelvica, di natura ciclica o non ciclica, determinante limitazioni funzionali nelle attività quotidiane o una ridotta qualità della vita [1]. La sua prevalenza nella popolazione femminile mondiale varia dal 6% al 27% [2]. Esso può essere rappresentato da vari tipi di dolore: neurologico, ginecologico, urologico, gastrointestinale, muscolo-scheletrico, a seconda del disturbo che lo provoca. In campo ginecologico il 70% delle donne che ne soffre è affetto da endometriosi [3], patologia caratterizzata dalla presenza di tessuto endometriale al di fuori della cavità uterina, che può determinare una reazione infiammatoria cronica nel sito di impianto anomalo [4] ed indurre una sintomatologia dolorosa che include, oltre al dolore pelvico cronico, anche dismenorrea, dispareunia, dischezia, disuria. Le opzioni terapeutiche convenzionali (chirurgiche e farmacologiche) spesso non sono sufficienti ad alleviare il dolore e quindi a migliorare la qualità di vita delle pazienti.

Obiettivo del nostro studio era valutare l'efficacia dell'agopuntura nel ridurre l'intensità della sintomatologia riferita da pazienti affette da endometriosi profonda (lesioni che si approfondano oltre la superficie peritoneale pelvica per più di 5 mm), pluritratte, ma con scarso beneficio. Nella Medicina Tradizionale Cinese l'endometriosi come entità a sé stante non esiste, ma possono essere trattati i principali quadri di disarmonia corrispondenti alle singole manifestazioni che tale patologia può dare: prevalentemente stasi di Qi e stasi di Sangue [5].

Dall'inizio del periodo osservazionale di 2 mesi al termine dello studio, le pazienti compilavano un diario mensile annotando i giorni di mestruazione, la presenza, l'intensità (mediante Numeric Rating Scale – NRS - da 0 a 10) e la disabilità (mediante Biberoglu and Behrman Scale) di dismenorrea, dispareunia, dolore pelvico e dischezia. Il trattamento era costituito da un totale di 15 sedute in un semestre (12 sedute con cadenza settimanale e 3 con cadenza mensile) e consisteva in una "formula Acupuncture" di 11 agopunti fissi: LR 3, SP 6, LI 4, SP 8, SP 10, PC 6, CV 6, CV 3, ST 29, BL 32 ed EX-CA1.

Durante il trattamento, l'intensità media della dismenorrea (pari a  $8.0 \pm 0.7$  in T<sub>2</sub>) diminuiva progressivamente in modo significativo ( $p < 0.001$ ), raggiungendo un valore

minimo di  $3.4 \pm 1.7$  in  $T_4$ . Relativamente alla disabilità conferita dalla dismenorrea, l'89.7% delle pazienti riportava in  $T_2$  un grado di disabilità moderato/severo, che rimaneva tale solamente nel 37.9% di esse dopo un solo mese di trattamento e nel 6.9% a sedute concluse.

L'intensità media della dispareunia, pari a  $5.7 \pm 2.5$  in  $T_2$ , si riduceva significativamente a partire dal secondo mese di trattamento ( $p < 0.001$ ), raggiungendo un'intensità minima di  $3.8 \pm 2.4$  in  $T_4$ . Parallelamente, diminuiva anche il grado di disabilità correlato alla dispareunia, con aumento della percentuale di pazienti che lamentavano solo lieve dolore durante i rapporti sessuali (63.1% in  $T_5$  vs. 26.3% in  $T_2$  e  $T_1$ ).

L'intensità media del dolore pelvico valutata nei 2 mesi precedenti le sedute era di  $6.3 \pm 1.8$ , ma già dal primo mese di terapia con Agopuntura tutte le pazienti riferivano un miglioramento significativo; l'intensità minima media, pari a  $4.44 \pm 2.0$  ( $p < 0.001$ ), era raggiunta in  $T_4$  e si manteneva tale nei due mesi successivi. Risultati migliori erano ottenuti relativamente alla disabilità causata dal dolore pelvico, con una riduzione della percentuale di pazienti che lamentavano un grado moderato/severo dall'83.3% nei due mesi di osservazione al 33.3% in  $T_3$  e nei mesi successivi.

Durante il trattamento, inoltre, si osservava pressoché un dimezzamento nel numero di pazienti che dovevano ricorrere abitualmente all'uso di analgesici/antiinfiammatori, mentre la percentuale di pazienti che riuscivano a gestire il dolore senza terapia farmacologica era aumentata di quasi 5 volte. Le pazienti risultavano anche più responsive ai farmaci, con una percentuale di *responder* del 65% in  $T_6$  vs. il 26.8% in  $T_2$  e  $T_1$ .

Nonostante questo studio mostri sicuramente dei limiti (scarsa numerosità campionaria, assenza di un gruppo di controllo e di *follow-up*), lascia trasparire risultati incoraggianti nella gestione con agopuntura della sintomatologia dolorosa associata all'endometriosi e merita di essere valutato in futuro con un campione di maggiore entità e con un possibile raffronto verso le terapie farmacologiche.

#### **Bibliografia:**

1. Udoji MA, Ness TJ. New directions in the treatment of pelvic pain. *Pain Manag.* 2013; 3(5):387-394.
2. Ahangari A. Prevalence of chronic pelvic pain among women: an update review. *Pain Physician* 2014; 17;E141-E147.
3. Carter JE. Combined hysteroscopic and laparoscopic findings in patients with chronic pelvic pain. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 1994; 2:43-47.
4. Bulun SE. Endometriosis. *N Engl J Med* 2009;360(3):268-279.
5. Maciocia G. I fondamenti della medicina cinese. Elsevier Masson. Milano, 2007.



XVIII CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NEL DOLORE CRONICO  
Torino, 14 aprile 2018

## **Approccio antroposofico al dolore pelvico cronico**

**Paolo Garati**

*Medico Antroposofico - SIMA, Torino*

La medicina antroposofica considera l'essere umano quadripartito, individua cioè quattro differenti livelli che sono denominati arti costitutivi in quanto il loro specifico compenetrarsi determina la costituzione dell'individuo. Tale concezione può dare un contributo alla comprensione dello svolgersi della patologia e alla relativa terapia. Il primo livello è il corpo fisico, la dimensione fisico-materiale accessibile ai nostri sensi. A ciò si aggiunge la dimensione psichica, senziente, concepita come realtà autonoma e differenziata in vita rappresentativa, mondo delle emozioni e sfera degli impulsi volitivi. L'organizzazione senziente regola i processi di secrezione interna ed esterna a livello fisico mentre su di un piano superiore predispone i processi di coscienza che si articolano attraverso il sistema neurosensoriale. Tra la dimensione fisica e i processi psichici è posta l'organizzazione eterico-vitale: questa garantisce i fenomeni di crescita, rigenerazione e riproduzione necessari per realizzare il ciclo biologico dell'essere vivente. Il quarto livello, il più profondo, è rappresentato dall'io che dà la possibilità di afferrare sé stesso come individuo, questa è la dimensione propriamente umana. I due arti costitutivi superiori, l'io e l'organizzazione senziente, mostrano una compenetrazione variabile e dinamica rispetto ai due livelli sottostanti, il corpo fisico e il corpo vitale; un allentamento fisiologico di tale compenetrazione determina l'instaurarsi dello stato di sonno, mentre un allentamento patologico può determinare svenimento e conseguente perdita di coscienza. Viceversa un'eccessiva compenetrazione viene percepita come sensazione dolorosa, acuta o cronica, localizzata o diffusa e per agire in senso terapeutico occorre ristabilire i normali rapporti tra gli arti costitutivi, nella fattispecie allontanando il corpo senziente e rinforzando l'organizzazione vitale. In natura sono presenti minerali e vegetali che, opportunamente trasformati in medicinali, possono agire in tale direzione alleviando e talora risolvendo completamente il dolore.

Il dolore pelvico cronico è una condizione clinica complessa spesso responsabile di gravi stati di disagio che peggiorano la qualità della vita in soggetti di entrambi i sessi; le cause più comuni sono la dismenorrea e l'endometriosi nella donna, la prostatite nell'uomo e le patologie croniche intestinali quali colon irritabile, rettocolite ulcerosa e morbo di Crohn in entrambi i sessi. Anche l'approccio antroposofico prevede terapie specifiche eziologiche per ogni singola patologia che non possono essere trattate in

tale sede per brevità di spazio. La presentazione si focalizza piuttosto sui rimedi più comunemente utilizzati per contrastare il dolore: tra di essi merita menzione l'*olivenite* e il *cuprum* in quanto medicinali di origine minerale usati nell'endometriosi, la camomilla e la *nicotiana tabacum* tra i rimedi vegetali più frequentemente somministrati per alleviare i dolori di tipo spastico e *apis* tra i rimedi di origine animale in grado di portare calore nella sede di origine del dolore svolgendo un'attività antalgica.



## Effetti della stimolazione di PC6 Neiguan sul flusso dell'arteria cerebrale media in soggetti esposti a ipossia normobarica acuta

**Oriana Pecchio**

*Specialista in Medicina di Montagna, Torino*

La più comune delle patologie da alta quota è il mal di montagna acuto, comunemente denominato con l'acronimo AMS (*Acute Mountain Sickness*). Si può presentare, seppure raramente, anche a quote medio alte (tra i 2.000 e i 3.000 m), favorito da una rapida ascensione, tra le sei e le trentasei ore di permanenza in alta quota, con un'incidenza molto variabile.

La diagnosi di AMS si basa, nel contesto di una recente ascensione in alta quota, sulla presenza di cefalea accompagnata da almeno uno dei seguenti sintomi: disturbi gastrointestinali (anoressia, nausea, vomito), affaticamento o debolezza, vertigini o sensazione di testa leggera, disturbi del sonno. La gravità dei sintomi è graduata da 1 a 3 e la diagnosi di AMS è possibile per un punteggio uguale o superiore a 3<sup>4</sup>. Accanto ai sintomi soggettivi il sistema di punteggio prevede anche un esame clinico per valutare la presenza di cambiamenti dello stato mentale, di atassia e di edemi periferici.

La regolazione del flusso ematico cerebrale è un meccanismo complesso, che è influenzato in modo significativo dall'esposizione all'alta quota. Alterazioni del flusso ematico cerebrale, del volume cerebrale e della pressione intracranica possono giocare un ruolo cruciale nella patogenesi dell'AMS, soprattutto della cefalea e delle vertigini<sup>5</sup>. I dati sulle variazioni del flusso dell'arteria cerebrale media in ipossia non sono univoci, anche per le differenti condizioni sperimentali, ossia entità dell'ipossia e durata dell'esposizione.

Recentemente Bian, studiando le caratteristiche dell'emodinamica cerebrale in numerosi giovani cinesi affetti da AMS dopo rapida salita a 3.700 m (Lhasa in Tibet), ha osservato che la velocità di flusso aumenta in tutti i distretti cerebrali dopo 18/24 ore; inoltre, i sintomi di AMS si correlano specificamente con l'aumento della velocità di flusso diastolica e la diminuzione degli indici di resistenza e di pulsatilità dell'arteria basilare e in generale del circolo cerebrale posteriore<sup>6</sup>.

Numerosi studi depongono per l'efficacia dell'Agopuntura nel trattamento di disturbi cerebrovascolari: insufficienza vertebro basilare<sup>7</sup>, trattamento riabilitativo post-stroke<sup>8</sup> ed emicrania<sup>9</sup>, e ne è stato dimostrato l'effetto sul circolo cerebrale per mezzo della risonanza

<sup>4</sup> "The Lake Louise Consensus on the Definition and Quantification of Altitude Illness" in Sutton JR, Coates G, Houston CS (Eds), *Hypoxia and Mountain Medicine* Queen City Printers, Burlington, Vermont, 1992.

<sup>5</sup> Imray C "Acute Mountain Sickness: Pathophysiology, Prevention, and Treatment". *Prog Cardiovasc Dis* (2010); 52:467-484.

<sup>6</sup> Bian SZ "Cerebral hemodynamic characteristic of acute mountain sickness upon acute high altitude exposure at 3,700m in young Chinese men" *Eur J Appl Physiol* (2014); 114:2193-2200.

<sup>7</sup> Wang GM, "Impacts of Taichong (LR 3) on blood flow velocity in patients with vertebrobasilar insufficiency". *Zhongguo Zhen Jiu* (2011); 31(3):216-218.

<sup>8</sup> Lei LM, "Effects of different acupuncture treatment on mean blood flow velocity of middle cerebral artery on the affected side and rehabilitation of hemiparalysis caused by cerebral infarction". *Zhongguo Zhen Jiu* (2009); 29(7):517-520.

<sup>9</sup> Allais G, "Acupuncture in the prophylactic treatment of migraine without aura: a comparison with flunarizine". *Headache* (2002); 42(9):855-861.

magnetica funzionale<sup>10</sup>. Un recente studio ha osservato la diminuzione della velocità di flusso nell'arteria cerebrale media (MCA), sia in soggetti emicranici sia in soggetti di controllo, dopo agopuntura in PC6<sup>11</sup>.

La stimolazione del punto PC6 potrebbe quindi avere un effetto sul circolo cerebrale anche in condizioni di ipossia e contrastare l'aumento di velocità del flusso nell'arteria cerebrale media, sovente osservato in ipossia e più volte invocato nella genesi di alcuni sintomi dell'AMS. Lo studio della risposta alla stimolazione di PC6 in soggetti in buona salute in condizioni di ipossia normobarica acuta potrebbe infine servire come modello per patologie nelle quali sia presente ipossiemia.

L'obiettivo dello studio è di valutare il flusso nell'arteria cerebrale media (MCA) in condizioni di normossia e in ipossia normobarica acuta (FiO<sub>2</sub> pari al 14%, quota simulata circa 3.600 m s.l.m.) per 15 minuti, in condizioni basali e con stimolazione bilaterale di PC6 (Nei guan), sia con agopuntura, sia dopo almeno quattro ore di pressione mediante braccialetto denominato "sea bend". Sono stati scelti soggetti che presentano in anamnesi dei precedenti di AMS, sia pure di grado lieve, per la maggiore sensibilità all'ipossia acuta, come sembra emergere dal lavoro di Bian<sup>6</sup>.

L'ipossia normobarica acuta nei soggetti finora reclutati, determina un significativo aumento di VSP (velocità sistolica di picco) e VDF (velocità diastolica di flusso) e una riduzione di IP (indice di pulsatilità) e IR (indice di resistenza), in accordo con i dati di Bian<sup>6</sup>. Errore. Il segnalibro non è definito.

Dopo stimolazione di PC6, sia con agopuntura sia con pressione, la VSP dell'arteria cerebrale media non presenta un incremento significativo rispetto al basale dopo respirazione di miscela ipossica, ed è significativamente minore ( $p < ,03$ ) a quella registrata dopo 15 minuti di ipossia.

La VDF, che mostra un certo incremento in ipossia anche dopo la stimolazione di PC6 con ago, fa registrare valori minori dopo la stimolazione con pressione. La riduzione di IP e IR a 15 minuti di ipossia normobarica non è significativa durante la stimolazione di PC6, ma l'ago sembrerebbe più efficace del braccialetto. Tuttavia il numero limitato di soggetti finora esaminati e l'alta deviazione standard delle medie non permettono di trarre conclusioni.

La risposta della VSP agli stimoli combinati agopuntura e ipossia normobarica acuta avviene a fronte di una riduzione della saturazione ossiemoglobinica, che è simile sia "senza" sia "con" la stimolazione di PC6. PC6 sembrerebbe quindi non avere alcun effetto sulla ventilazione, e in medicina tradizionale cinese non è segnalata alcuna sua azione sul Qi respiratorio. La pressione arteriosa sistemica, sia sistolica sia diastolica, per lo stimolo ipossico di breve durata applicato, a riposo, non mostra variazioni significative dopo stimolazione di PC6. Dai dati preliminari presentati sembra quindi che nei primi quindici minuti sia prevalente l'azione di PC6 sul circolo cerebrale, anche se la MTC e dati sperimentali suggeriscono un'azione di PC6 sulla funzione cardiovascolare piuttosto che sul circolo cerebrale<sup>6</sup>. Errore. Il segnalibro non è definito. L'effetto sarebbe quindi di contrasto alla vasocostrizione indotta dall'ipossia acuta e di "riequilibrio" del circolo cerebrale, evento che potrebbe favorire una miglior ossigenazione cerebrale e contrastare l'insorgenza dei sintomi di mal di montagna acuto, quali cefalea, nausea e insonnia. Per altro il punto PC6 agisce sulla mente e contrasta il Qi ribelle di stomaco. La minor VSP potrebbe anche essere meno lesiva a livello delle cellule endoteliali capillari, ma ulteriori studi sono necessari per suffragare queste ipotesi.

---

<sup>10</sup> Feng Y, "Investigation of acupoint specificity by whole brain functional connectivity analysis from fMRI data". *Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc* 2011:2784–2787.

<sup>11</sup> Quirico PE "Effects of the acupoints PC6 e LR3 on cerebrale blood flow in normal subjects and in migraine patients" *Neurol Sci* (2014) 35 (Suppl 1):S129–S133



## **Trattamento della rinite allergica in Agopuntura: evidenze in citologia nasale**

**Francesca Revello**

*Specialista in Otorinolaringoiatria, Ospedale Gradenigo, Torino*

### **POPOLAZIONE IN STUDIO**

10 pazienti sono stati reclutati.

Sono stati inclusi pazienti affetti da Rinite Allergica (RA) intermittente o persistente, che abbiano almeno compiuto 18 anni, indipendentemente dal sesso, razza o condizione economica, volontariamente contrari all'assunzione di trattamenti antistaminici o corticosteroidi per il trattamento sintomatico della RA.

La diagnosi di RA è stata posta seguendo i parametri diagnostici in accordo con i criteri ARIA:

1. Test cutanei positivi (*skin prick test*);
2. dosaggio delle IgE allergene-specifiche nel siero positivo (RAST test positivo);
3. storia clinica tipica di sintomi allergici.

Come criteri di esclusione sono stati scelti asma allergico, dermatite atopica severa, disturbi autoimmuni, malattie croniche infiammatorie, reazioni anafilattiche in anamnesi patologica remota, immunoterapia nei precedenti 3 anni o pianificata nei prossimi 2, pazienti in stato di gravidanza o in fase di allattamento al seno.

Il reclutamento ha avuto inizio a maggio 2017 ed è proseguito sino a luglio 2017.

### **TEST VALUTATIVI**

10 pazienti sono stati sottoposti a questionario TNSS (*Total Nasal Symptom Score*) (Appendice 1) prima del trattamento con agopuntura (T<sub>0</sub>) e al termine dell'ultimo trattamento con agopuntura (T<sub>1</sub>).

Il TNSS consiste nella valutazione di 5 sintomi nasali (Ostruzione Nasale, Rinorrea, Pizzicore Nasale, Starnutazione e Sonno Difficile) usando una scala da 0 a 3 (0=nessun sintomo, 1=sintomo lieve, 2= sintomo moderato, 3= Severo). Il TNSS è ottenuto mediante la somma di tutti e 4 i punteggi individuali riguardanti i sintomi, con un totale possibile punteggio che va da 0 (nessun sintomo) a 30 (massima intensità dei sintomi).

Il trattamento con agopuntura (LI 20, BL 2, EX Bitong, GV 23, GB 20, LU 7, LI 4, ST 36, CV 6, BL 12, GV 14) ha avuto una durata complessiva di 8 settimane per un totale di 12 sedute (maggio 2017-luglio 2017).

La citologia nasale è stata eseguita all'inizio della prima seduta (T<sub>0</sub>) e successivamente al termine della dodicesima (T<sub>1</sub>).

I dati raccolti dall'analisi dei 10 campi di osservazione identificati su ciascun vetrino sono stati registrati in apposite tabelle.

## RISULTATI

10 pazienti sono stati reclutati tra maggio 2017 e luglio 2017, rispettivamente il 50% maschi (N=05) e il 50% femmine (N=05).

La media dell'età del campione era pari a  $41 \pm 10,99$  anni.

I punteggi a To del TNSS sono di  $27,90 \pm 2,07$ , a T1 sono di  $7.60 \pm 2.45$ .

La differenza tra TNSS pre e post è significativa ( $p = 0.05$ ) usando il test di Wilcoxon.

N°	TNSS To (Total Nasal Symptom Score)	TNSS T1 (Total Nasal Symptom Score)
1	30	10
2	28	06
3	27	08
4	30	10
5	30	04
6	29	04
7	24	06
8	25	10
9	28	08
10	28	10

Tabella 1: risultati TNSS To (Total Nasal Symptom Score), TNSS T1 (Total Nasal Symptom Score)

## DISCUSSIONE

L'analisi dei risultati dei questionari somministrati ai pazienti prima del trattamento con Agopuntura ha permesso di poter delineare i tratti principali della popolazione in studio.

I dati emersi dall'analisi del TNSS a To evidenziano pazienti affetti da intensa sintomatologia nasale (Ostruzione Nasale, Rinorrea, Pizzicore Nasale, Starnutazione e Sonno Difficile) con valori riferiti ai sintomi molto elevati e una concentrazione di eosinofili per 10 campi ad alto ingrandimento  $1000\times$  pari a  $3+/4+$ .

A T1 i valori del TNSS risultano diminuiti in maniera statisticamente significativa ( $p = 0.05$ ) al test di Wilcoxon, anche la concentrazione di eosinofili per 10 campi ad alto ingrandimento  $1000\times$  pare ridursi a  $1+/2+$ .

## CONCLUSIONI

Lo studio si proponeva di sottolineare l'influenza del trattamento con Agopuntura su pazienti affetti da RA usando uno strumento di valutazione soggettivo (TNSS) e uno oggettivo (Citologia Nasale).

Entrambe le valutazioni pongono in evidenza l'efficacia del trattamento con Agopuntura sia per la riduzione statisticamente significativa ( $p = 0.05$  al test di Wilcoxon) della sintomatologia nasale riferita dal paziente, sia nel confronto mediante studio citologico nasale.

In conclusione si può affermare che il trattamento medico con agopuntura riduce, nel campione (N=10) analizzato, i sintomi nasali (valore statisticamente significativo  $p = 0.05$  al test di Wilcoxon) e il numero di eosinofili per campo riscontrati in Citologia Nasale.



XVIII CONVEGNO A.M.I.A.R.  
AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE  
NEL DOLORE CRONICO  
Torino, 14 aprile 2018

## 9 anni di esperienza nel Servizio di Agopuntura della ASL TO1: risultati e prospettive

**Lorenzo Fracchia**

*Scuola di Agopuntura CSTNF, Torino*

*Collaboratore presso l'Ambulatorio di Agopuntura ASL TO1*

I pazienti presi in considerazione in questo studio hanno avuto accesso all'ambulatorio di Agopuntura dell'ASL TO1, arrivando a formare, nell'arco dei 9 anni di attività dello stesso, una casistica di 859 trattamenti, nel 22,1% dei casi (190) si è trattato di patologie internistiche, mentre per il 77,9% di patologie muscolo scheletriche. Secondo quanto emerso nello studio, l'Agopuntura si è dimostrata statisticamente efficace ( $\alpha=0,01$ ) nel ridurre il dolore, parametro valutato tramite una scala numerica (punteggio da 0 a 10), indipendentemente dal tipo di problema trattato, con una riduzione media di 3,37 punti ( $\sigma = 1,895$ ). Per quanto riguarda la qualità della vita, l'Agopuntura ha dimostrato un beneficio sulla qualità della vita passando da un miglioramento della componente fisica compresa tra il 9,4% e il 16,8% (SF12) mentre per la componente mentale compresa tra il 6,7% e il 13,8% ( $\alpha= 0,05$ ).

Lombalgia: per lombalgia sono stati trattati 302 pazienti a cui è stato chiesto di compilare il questionario *Oswestry Disability Index*, dai risultati ottenuti si è avuto un miglioramento medio del punteggio clinico del 28,94%; dal confronto con altri studi<sup>1 2</sup> appare come l'Agopuntura sia seconda per efficacia solo all'impiego di Tramadolo/Paracetamolo, nonostante quest'ultima sia gravata da numerosi effetti collaterali ed abbia risultati migliori rispetto alla fisioterapia ed all'utilizzo di Celecoxib. Dal lavoro è inoltre emerso come vi sia una risposta non eterogenea nei pazienti trattati, arrivando così a delineare due popolazioni: la prima composta da soggetti "responder" e "parzialmente responder" con un miglioramento rispettivo medio di 11,38 ( $\sigma = 4,59$ ) e di 10,14 ( $\sigma = 2,37$ ), mentre la seconda composta da soggetti "non responder" con un miglioramento medio di 1,75 ( $\sigma = 3,8$ )

Quello che appare evidente dai dati ottenuti precedentemente è il divario di risposta delle due popolazioni: i soggetti *responder* alla terapia con Agopuntura hanno un ottimo beneficio dall'utilizzo della stessa, apparentemente superiore ad altri trattamenti; invece nel caso di soggetti *non-responder* il miglioramento è minimo, rendendo forse i pazienti migliori candidati ad altre terapie.

**Cervicalgia:** nel nostro studio, è stato valutato il grado di disabilità prima e dopo il trattamento tramite la *Neck Disability Scale*, ottenendo un miglioramento medio di 5,56 punti, tale dato è confrontabile per popolazione al miglioramento ottenuto in uno studio del 2017<sup>3</sup> in cui venivano messi a confronto terapie fisiche e terapie manuali; nello stesso lasso di tempo si è ottenuto un miglioramento da queste ultime rispettivamente di 4,7 e 3,6, risultato inferiore a quello ottenuto nella nostra casistica, lo studio prendeva in considerazione anche il punteggio attribuito dal paziente sulla scala del dolore (NRS), con una riduzione rispettivamente di 2,3 punti e 2,2, a fronte nel nostro caso di una riduzione di 3,3.

Appare dunque come il trattamento agopunturale apporti risultati statisticamente significativi, sia in termini di dolore che di disabilità, paragonabili e forse superiori ad altre terapie non farmacologiche.

**Gomito:** nella nostra esperienza su un campione di 54 soggetti trattati genericamente per patologie relative al gomito si è assistito ad un miglioramento medio, secondo questionario DASH, di 13,26 punti, in accordo con quanto riscontrato in uno studio del 2016<sup>4</sup> in cui si era ottenuto un miglioramento di 13,75 punti.

**Spalla:** il nostro lavoro ha riscontrato un miglioramento clinico, sui 52 pazienti trattati, statisticamente significativo dal momento che secondo il questionario DASH si è ottenuto in miglioramento di 11,43/100 ( $\sigma = 12,81$ ), pari ad una riduzione della disabilità del 34,1%.

**Gonalgia:** i risultati ottenuti tramite questionario “Oxford test” mostrano come vi sia una riduzione del punteggio statisticamente significativa del 16,56% tra i pazienti dell’ambulatorio.

#### **Bibliografia:**

1. Denteneer L, Van Daele U, De Hertogh W, Truijien S, Stassijns G. Identification of Preliminary Prognostic Indicators for Back Rehabilitation in Patients With Nonspecific Chronic Low Back Pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2016;41(6):522-529. doi:10.1097/BRS.0000000000001262.
2. Bedaiwi MK, Sari I, Wallis D, et al. Clinical Efficacy of Celecoxib Compared to Acetaminophen in Chronic Nonspecific Low Back Pain: Results of a Randomized Controlled Trial. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2016;68(6):845-852. doi: 10.1002/acr.22753.
3. Groeneweg R, van Assen L, Kropman H, et al. Manual therapy compared with physical therapy in patients with non-specific neck pain: a randomized controlled trial. *Chiropr Man Therap*. 2017;25(1):12. doi:10.1186/s12998-017-0141-3.
4. Trinh K V., Phillips S-D, Ho E, Damsma K. Acupuncture for the alleviation of lateral epicondyle pain: a systematic review. *Rheumatology*. 2004;43(9):1085-1090. doi:10.1093/rheumatology/keh247.



# FISA

## *Federazione Italiana delle Società di Agopuntura* **CORSI DI AGOPUNTURA**

La **Federazione Italiana delle Società di Agopuntura** - FISA 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 FISA 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 FISA 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 FISA, 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 **500 ore** di lezioni teorico-pratiche articolate in **tre anni** ed almeno **50 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 FISA, per un totale di **680 ore** di autoapprendimento, che portano il monte-ore totale a **1200 ore** complessive.

**RICERCA SCIENTIFICA:** La FISA ha finanziato 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:** alcune Associazioni e Scuole di Agopuntura aderenti alla FISA sono registrate presso il Ministero della Sanità come **Enti organizzatori di eventi formativi** e pertanto, nell’ambito del percorso triennale di Formazione in Agopuntura, in qualità di Provider, organizzano seminari e corsi di aggiornamento che assegnano crediti ECM agli studenti ed ai medici già diplomati.



---

## SCUOLA DI PERFEZIONAMENTO IN AGOPUNTURA

Il **programma** comprende sia gli aspetti tradizionali, che quelli scientifici dell'Agopuntura e si articola in un corso triennale di lezioni teorico-pratiche, per un monte-ore totale di 500 ore, delle quali 50 di pratica clinica presso gli ambulatori pubblici convenzionati.

Il programma è conforme ai requisiti formativi richiesti dall'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 e dalla successiva legge Regionale della Regione Piemonte 13/2015.

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 **FISA** (Federazione Italiana delle Società di Agopuntura).

Tutti i diplomati sono inseriti nel **Registro dei Medici Agopuntori** della FISA.

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

- Servizio di Agopuntura in Ginecologia ed Ostetricia - SCU Ginecologia ed Ostetricia I, Università di Torino
- Ambulatorio di Agopuntura, ASL TO 1, Torino
- Ambulatorio di Agopuntura, Ospedale Cottolengo, Torino
- Ambulatorio di Terapia Antalgica, Ospedale Maggiore, Chieri (TO)
- Ambulatorio di Agopuntura, Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano

Il CSTNF inoltre è convenzionato con l'Università di Medicina Cinese di Nanchino per l'organizzazione di Masters di pratica clinica e la consulenza del corpo docente.

Il CSTNF è registrato presso il Ministero della Sanità come **Ente organizzatore di eventi formativi** ed in qualità di provider ha realizzato, a partire dal 2002, 186 edizioni di 138 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.

**Master di pratica clinica** in Agopuntura, presso l'**Università di MTC di Nanchino**  
**Corso biennale di Neuroauricoloterapia.**

Segreteria CSTNF: Corso Galileo Ferraris 164, 10134 Torino

Tel 011.3042857 (ore 9,00/12,00 - 14,30/17,30) - e-mail: [info.cstnf@fastwebnet.it](mailto:info.cstnf@fastwebnet.it)