

Direttore editoriale
Claudio Mazza

Direttore responsabile
Antonio La Rosa

Comitato scientifico
Mauro Alivia
Raffaele Cascone
Claudio Mazza
Luca Poma
Paolo Roberti di Sarsina
Carmelo Samonà
Mariateresa Tassinari

Direzione e Redazione

Via Giuseppe Crispi, 50
90145 Palermo
Tel. 091.6819025
Fax 091.6811242
www.nuovaipsa.com
redazione@advancedtherapies.it

Reg. Trib. di Palermo n. 9 del
24/04/2012

Un numero: € 10,00
Abbonamento annuale (3 numeri):
€ 25,00
Credito siciliano
IBAN IT38 J030 1904 6110 0000
0001 409

In copertina:

Stampa
Seristampa - Palermo

Sommario

- 2 A cura di Mariateresa Tassinari, Mauro Alivia, Luca Poma,
Paolo Roberti di Sarsina
*Il documento sulle Terapie Complementari e Alternative del
Comité Permanent de Médecins Européens (CPME) commentato
dalle società scientifiche italiane del settore*
- 17 *Stuttgart Integrative Health & Medicine Declaration*
- 19 Adalberto Peroni, Gabriele Peroni
*Etnofarmacologia ed etnobotanica: studi attuali e potenzialità
future (parte quinta)*
- 26 Overlapping terapeutico in Glaucoma giovanile malformativo
Case report
Luca Bergamini
- 31 L'Officina Veterinaria Olistica di Bologna: un ambiente ideale
per una visita veterinaria "centrata sulla persona animale"
Intervista al Dr. Filippo Pilati
- 37 Assistenza per le persone con malattie croniche multiple in Italia:
politiche e pratiche
*Maria Gabriella Melchiorre, Sabrina Quattrini, Roberta Papa,
Francesco Barbabella, Ermellina Zanetti, Giovanni Lamura*

Il documento sulle Terapie Complementari e Alternative del Comité Permanent de Médecins Européens (CPME) commentato dalle società scientifiche italiane del settore

A cura di Mariateresa Tassinari, Mauro Alivia, Luca Poma, Paolo Roberti di Sarsina
Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona ONLUS-Ente Morale

Introduzione

“L’Advocacy per la Salute è una combinazione di azioni individuali e sociali volte ad ottenere impegno politico, sostegno alle politiche, consenso sociale e sostegno dei sistemi sociali per un particolare obiettivo o programma di salute. Questo tipo di azione dovrebbe essere intrapresa da e/o per conto di individui o gruppi, al fine di creare condizioni di vita favorevoli alla salute e di ottenere stili di vita salutari. L’Advocacy è una delle principali strategie di promozione della salute e può assumere forme diverse, tra cui l’uso dei mass media e degli strumenti multimediali, le iniziative volte a esercitare una pressione politica diretta e la mobilitazione della comunità (per esempio attraverso coalizioni di interesse attorno a problemi definiti). Gli operatori sanitari hanno una maggiore responsabilità in quanto devono sostenere e tutelare la salute a tutti i livelli della società.”

Report of the Inter-Agency Meeting on Advocacy Strategies for Health and Development: Development Communication in Action. WHO, Geneva, 1995.

Partendo da queste premesse e riconoscendo il profondo valore ricoperto dalle azioni collettive, l’Associazione per la Medicina Centrata sulla persona ONLUS-Ente Morale di Bologna ha proposto a tutte le principali associazioni italiane di Medicine Non Convenzionali a profilo definito, un’azione di advocacy sul contesto italiano, commentando l’ultima versione del Position Paper sulle CAM che il Comité Permanent de Médecins Européens/Standing Committee of European Doctors CPME ha pubblicato [1]. Si ringrazia la SIMA per la traduzione in italiano sia del Position Paper sia della risposta del CAMDOC Alliance. Ringraziamo inoltre i presidenti e le presidenti delle società che hanno risposto con entusiasmo al nostro invito e collaborato fattivamente al fine di trasformare un’intenzione in atto concreto. Crediamo difatti che la salute, in quanto bene comune, possa essere tutelata e promossa solo dopo aver compreso che l’interdipendenza è un legame vincolante per e tra ogni persona.

Al fine di agevolarne la lettura, qui di seguito riportiamo la traduzione italiana del documento.

CPME position paper (documento di sintesi) sulle terapie alternative e complementari

Traduzione a cura della Società Italiana di Medicina Antroposofica (SIMA)

Dal ventesimo secolo, lo sviluppo della medicina moderna permette ai pazienti di ricevere terapie efficaci basate sull’evidenza, evidenza fornita dalla ricerca medica basata su metodologie scientifiche comunemente accettate. Nonostante ciò molti pazienti cercano cure fornite da professionisti della medicina tradizionale, alternativa e complementare e i loro rimedi.

Visto che ogni terapia può beneficiare dell’effetto placebo, anche le CAM, possono trarre beneficio da questo effetto quando si usino farmaci non efficaci o vengano attuate procedure senza un’evidenza ed una efficacia scientifica.

I medici, quando visitano pazienti che fanno uso o intendano utilizzare prodotti di efficacia non dimostrata o della medicina tradizionale, dovrebbero sempre informare i loro pazienti sulle opzioni di cura che forniscano il miglior risultato clinico e i rischi associati all’uso di terapie della medicina tradizionale, complementare o alternativa.

Mentre la pratica della medicina negli stati membri dell’EU è assicurata in parte dalle norme di legge sulle professioni sanitarie, sui medicinali, sui dispositivi medici e sui prodotti salutistici, in molti degli stati membri dell’EU la maggior parte dei medicinali della medicina complementare, alternativa e tradizionale non sono regolamentati e possono arrecare rischi significativi alla salute e alla sicurezza dei pazienti.

Pratiche alternative e pubblicità di prodotti alternativi spesso affermano di curare specifiche malattie e condizioni senza l’evidenza medica o scientifica che dia supporto a questa affermazione. I pazienti possono essere condotti a scegliere l’uso delle pratiche alternative, complementari e tradizionali invece di un trattamento medico, con risultato di un possibile ritardo di una diagnosi medica scientificamente appropriata e un peggioramento della loro condizione che in alcuni casi può condurre ad una morte precoce.

Sono quindi richieste misure legali per impedire ai profes-

sionisti di terapie alternative di fare infondate promesse e di usare pubblicità ingannevole. I pazienti e i cittadini dovrebbero essere attivamente informati sui possibili effetti negativi dell'interruzione di terapie mediche consigliate dai loro medici e dal sostituirle con altri metodi di non provata efficacia dalla pratica e dalla scienza medica. In aggiunta, i pazienti dovrebbero essere consapevoli che ogni ritardo nel cercare una cura medica sostituendola con una terapia alternativa può condurre a peggioramenti nel lungo termine.

Il CPME è una organizzazione che cerca di garantire i più alti standard di pratica medica e promuove la più alta qualità della cura medica e della sicurezza del paziente.

Il CPME è del parere che quando vengono usati terapie e prodotti complementari:

- Ogni paziente meriti la migliore terapia possibile basata sull'evidenza scientifica.
- Tutti le terapie esistenti devono essere costantemente rivalutate per efficacia e sicurezza. Tutti i nuovi metodi diagnostici e terapeutici devono essere testati in accordo con metodi scientifici e principi etici (come nella Dichiarazione di Helsinki).
- I pazienti che informino i loro medici di essere alla ricerca di metodi alternativi devono essere informati in modo imparziale sulla natura di queste terapie. I medici devono essere consapevoli che alcuni gruppi di pazienti, come pazienti affetti da tumore, o malattie psichiatriche o gravi malattie croniche e bambini, sono particolarmente vulnerabili ai rischi connessi con pratiche alternative. Quando si presentino situazioni tali, i medici devono discutere con i loro pazienti se usare terapie CAM parallelamente con gli altri trattamenti esistenti.
- I medici che usano ogni pratica o metodo devono sempre informarsi sulla sua base ed evidenza scientifica.
- Il pubblico deve essere informato che la medicina tradizionale o alternativa e complementare non è una specialità della medicina e quindi le formule di training certificati in queste discipline non costituiscono un corso di specializzazione.

Il CPME è seriamente preoccupato per la diffusa carenza di normative legali che salvaguardino i pazienti che scelgono principalmente terapie della medicina tradizionale, complementare o alternativa. A tal riguardo il CPME è dell'opinione che:

- L'EU debba insistere che gli stati membri individualmente stabiliscano disposizioni rigorose che salvaguardino i pazienti trattati con medicine tradizionali, alternative o complementari offerte dai vari professionisti. Ci deve essere un meccanismo, quando si ritenga dannoso, che fermi o limiti considerevolmente ogni specifico trattamento complementare o alternativo per proteggere la salute pubblica. I legislatori nazionali dell'EU, nelle loro rispettive competenze, dovrebbero assicurare che la fiducia dei pazienti e dei cittadini non sia abusata, permettendo una informazione ingannevole a riguardo

dell'efficacia delle terapie della medicina convenzionale o delle terapie complementari o alternative.

- I bilanci della salute pubblica dovrebbero essere di supporto solo per terapie riconosciute efficaci e sicure.

Bibliografia

[1] Comité Permanent de Médecins Européens/Standing Committee of European Doctors CPME. CPME Position paper on Complementary and Alternative Treatments. CPME Newsletter Issue 16 - May 2015 page 8.

**JOHN G. WILLIAMS, Presidente AIC
Associazione Italiana Chiropratici**

L'Associazione Italiana Chiropratici, quale associazione di categoria facente parte dell'European Chiropractors' Union, avendo preso nota della posizione del CPME sulle medicine tradizionali, alternative e complementari (nel documento definite CAM) ritiene opportuno esprimere il proprio parere su tale posizione nell'ambito di una dialettica costruttiva tra le diverse professioni sanitarie per migliorare la risposta degli operatori alla domanda di cure e di assistenza della popolazione nel rispetto della sicurezza e della libertà di scelta del paziente in materia di salute.

Secondo il Direttore Generale dell'OMS, Dr. Margaret Chan, "le medicine tradizionali (intendendo per medicine tradizionali quelle che il CPME chiama CAM ndr.) di provata qualità, sicurezza ed efficacia contribuiscono allo scopo di assicurare che tutte le popolazioni abbiano accesso alle cure."

Le Linee Guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sulle medicine tradizionali (Strategia 2014-2023) evidenziano come i sistemi sanitari nazionali stiano vedendo crescere le malattie croniche ed i costi, la domanda da parte dei pazienti e degli operatori di una rivitalizzazione dei servizi sanitari stessi attraverso una maggiore attenzione alla cura basata sulla centralità della persona e la domanda di professionisti di medicine alternative, tradizionali e complementari preparati.

CPME dichiara la sua perplessità al fatto che, nonostante la disponibilità di trattamenti basati su evidenza proveniente dalla ricerca medica, molti pazienti cercano professionisti non-convenzionali. Si insinua inoltre, che qualsiasi beneficio notato con le cure non-convenzionali è da attribuire all'effetto placebo, perché non sono state utilizzati farmaci e perché le metodologie di ricerca del CAM non sono da considerare scientifiche. Le medicine da voi denominate tutte CAM, nonostante l'enorme differenze tra loro nel percorso accademico e nella loro applicazione terapeutica, hanno una visione centrata sul paziente che richiedono un iter diagnostico e un approccio terapeutico che vanno oltre la sintomatologia. (1) Per questo motivo difficilmente compatibile con l'algoritmo (2) del RCT, considerato dalla professione medica come il "gold standard", fino al punto di ignorare i molti aspetti discutibili del metodo. (3) Infatti, come evidenziata dalla tabella sotto, neanche la medicina convenzionale può considerarsi

Table 1: Estimated Annual Mortality and Economic Cost of Medical Intervention

Condition	Deaths	Cost	Author
Adverse Drug Reactions	106,000	\$12 billion	Lazarou ⁽¹⁾ , Suh ⁽⁴⁾
Medical error	98,000	\$2 billion	IOM ⁽²⁾
Bedsore	115,000	\$55 billion	Xakellis ⁽⁷⁾ , Barczak ⁽⁸⁾
Infection	88,000	\$5 billion	Weinstein ⁽⁹⁾ , MMWR ⁽¹⁰⁾
Malnutrition	108,800	-----	Nurses Coalition ⁽¹¹⁾
Outpatients	199,000	\$77 billion	Starfield ⁽¹²⁾ , Weingart ⁽¹³⁾
Unnecessary Procedures	37,136	\$122 billion	HCUP ⁽¹⁴⁾
Surgery-Related	32,000	\$9 billion	AHRQ ⁽¹⁵⁾
Total	783,936	\$282 billion	

Using Leape's 1997 medical and drug error rate of 3 million⁽¹⁴⁾ multiplied by the 14% fatality rate he used in 1994⁽¹⁶⁾ produces an annual death rate of 420,000 for drug errors and medical errors combined. Using this number instead of Lazarou's 106,000 drug errors and the Institute of Medicine's (IOM) estimated 98,000 annual medical errors would add another 216,000 deaths, for a total of 999,936 deaths annually.

immune alla necessaria vigilanza.

Questo è indicativo dell'insufficienza della medicina convenzionale allopatrica a soddisfare la richiesta di cure per molte delle patologie croniche, per la prevenzione e per un costante mantenimento dell'efficienza fisica di un sempre maggior numero di persone in quanto i protocolli riconosciuti che vengono usati fanno largo uso di farmaci, che spesso hanno effetti collaterali, controindicazioni e reazioni avverse, ed interventi chirurgici che a volte potrebbero essere evitati.

L'OMS, infatti, evidenzia che la richiesta di CAM è determinata da un'insoddisfazione riguardante gli esistenti sistemi sanitari nazionali e da una maggiore attenzione alla prevenzione collegata in modo particolare alle medicine alternative, tradizionali e complementari.

L'integrazione delle CAM con la medicina convenzionale allopatrica potrebbe dare una risposta ai pazienti limitando la sovraesposizione ai medicinali ed agli interventi chirurgici e potrebbe ridurre gli effetti collaterali e le reazioni avverse, nonché, di conseguenza, i costi dei sistemi sanitari nazionali. Porre la persona al centro dell'azione sanitaria permette di individuare i fattori concausali che incidono sul suo stato di salute provocando sintomatologie e patologie debilitanti.

In Europa, e nel resto del mondo con particolare riferimento a Stati Uniti, Canada, Australia, sono state disciplinate attentamente le più diffuse medicine complementari, come la chiropratica; sono stati fatti studi e ricerche scientifici e si richiede per i professionisti di ogni medicina un livello di studi universitario con lauree specifiche.

Il principio secondo cui le terapie offerte ai pazienti ed alle persone che chiedono assistenza e cura in ambito di salute devono essere evidence-based in applicazione di principi scientifici condivisi dalla maggior parte degli operatori dell'ambito sanitario è senz'altro esatto e condivisibile, ma l'assunto da cui il documento del CPME parte negando, indistintamente, alle CAM provata evidenza scientifica è errato e non tiene conto né degli studi di livello internazionale riguardanti alcune medicine non convenzionali (o se si preferisce CAM), né delle stesse linee guida emanate dall'OMS

su specifiche medicine non convenzionali a seguito di studi internazionali evidence-based.

Sicuramente corretto è anche il principio secondo cui ogni terapia o trattamento in ambito sanitario deve essere costantemente rivalutato nella sua efficacia e sicurezza.

Proprio per questo bisogna tenere presente che il numero di eventi avversi causati dall'assunzione di farmaci prescritti in ambito medico è talmente elevato da apparire come una delle principali voci di risarcimento nelle statistiche internazionali. Gli stessi protocolli medici applicati necessitano di revisioni periodiche e dovrebbero essere adattati alla persona, non indistintamente seguiti, proprio perché la cause dell'insorgenza della patologia differiscono in ogni individuo, che ha una sua propria capacità di reazione alla malattia ed al trattamento.

Alcune medicine complementari che sono ormai riconosciute dall'OMS per la loro efficacia e sicurezza, nonché da molti paesi europei, come la Gran Bretagna, la Francia, la Danimarca, la Svezia, la Norvegia, la Svizzera, la Germania, ecc., ed extraeuropei come i già citati Stati Uniti, Canada ed Australia, sono state, da tempo, inserite nei sistemi sanitari nazionali dei suddetti paesi che ne traggono beneficio sia in termini di maggior salute della popolazione, soprattutto quella con problemi neuromuscoloscheletrici, quella in età avanzata e quella con affezioni croniche, sia in termini di costi sanitari e sociali.

È indubbiamente corretto che il paziente debba ricevere un'informazione completa sui benefici e sulle controindicazioni dei vari trattamenti e terapie cui si dovrebbe sottoporre e, proprio per questo, nessun operatore del settore sanitario dovrebbe sostituirsi ad un altro senza averne la competenza adeguata, ma sarebbe auspicabile un'attiva collaborazione tra professionisti con lauree magistrali specifiche nella disciplina praticata.

Sicuramente le legislazioni dovrebbero impedire che tutti gli operatori sanitari, facciano promesse infondate e pubblicità ingannevole. (4)

Nei casi in cui i medici abbiano preso in carico pazienti particolarmente vulnerabili, a causa di patologie psichiatriche,

oncologiche o malattie gravi, i quali sono in terapia anche con un professionista di una medicina non convenzionale, dovrebbero discutere non solo con il proprio paziente, ma anche con il professionista della medicina non convenzionale che lo segue.

È inoltre, corretto che il pubblico dovrebbe avere presente che le CAM non sono specializzazioni mediche, ma che ciascuna richiede una preparazione apposita spesso di livello universitario e che le stesse dovrebbero essere praticate solo da operatori con le lauree specifiche.

Un esempio ne è la chiropratica per la quale l'OMS richiede un percorso di studi universitari di almeno cinque anni a coloro che s'iscrivono dopo aver completato il ciclo della scuola secondaria (5), così è anche negli Stati Uniti d'America (dove gli anni di studio post-secondari sono addirittura sette), in Canada, in Gran Bretagna, in Danimarca, ecc., ed ai medici laureati, un ulteriore percorso di almeno tre anni per poter agire in sicurezza.

Pertanto, anche l'AIC chiede che l'Unione Europea disciplini il settore sanitario prevedendo specifici corsi di laurea per le professioni sanitarie, anche quelle complementari o non convenzionali, identificandone le competenze e gli operatori abilitati, delineando gli ambiti di operatività secondo le diverse peculiarità, studi scientifici internazionali e le linee guida dell'OMS a tutela dei pazienti e di coloro che hanno diritto di scegliere la cura e l'assistenza.

Bibliografia

1. Complementary and Alternative Medicine: Professions or Modalities? Patricia M. Herman; Ian Coulter (Rand_RR1258 2) 2015
2. The faulty statistics of complementary medicine (CAM) Maurizio Pandolfi; Giulia Carreras (European Journal of Internal Medicine, 2014)
3. Why Most Published Research Findings Are False. (John Ioannidis: PLoS-Medicine August-2005)
4. Death by Medicine (Gary Null, PhD; Carolyn Dean MD, ND; Martin Feldman MD; Debora Rasio, MD; Dorothy Smith, PhD)
5. WHO guidelines on basic training and safety in chiropractic (2005)

Cesare Santi, Presidente AMIOT Associazione Medica Italiana di Omotossicologia

Il commento al documento del CPME non può non esordire con una riflessione generale che, anche se lontana dalle intenzioni, inevitabilmente si arricchisce di spunti polemici.

Il testo inizia con una affermazione: "la medicina moderna permette ai pazienti di ricevere terapie efficaci basate sull'evidenza". Occorre, in primis, cercare una condivisione e una comune visione e opinione sul termine "efficacia".

Sulla risoluzione di un sintomo? Sulla regressione di un segno? Sulla risoluzione di un quadro clinico? In quest'ultimo caso la medicina moderna dovrebbe affrontare il paradigma della complessità e del modello integrato di uomo; la teoria riduzionista (o meccanicista), non è in grado di cogliere tutti i nessi che un sistema biologico presenta al suo interno ed nella relazione con l'esterno (ambiente/oikos).

Prova ne è che le patologie cronico-degenerative (autoimmuni, oncologiche, metaboliche), a tutt'oggi, non trovano, nella moderna medicina basata sull'evidenza, una soluzione *quoad valetudinem*.

L'end point della medicina moderna si è ri-allineato alla "cronizzazione" delle malattie, progetto che apre grandi riflessioni, specialmente sull'efficacia delle terapie moderne.

Non si fa mai cenno, quando si parla di *evidence based medicine*, all'importante iatrogenesi che molte dei trattamenti chemioterapici, ad esempio, o biologici portano con sé; né si riflette con sufficiente onestà intellettuale, sul fatto che i farmaci "allopatrici" sono, nella maggior parte dei casi, farmaci pensati e "costruiti" per un evento clinico acuto (dove peraltro funzionano benissimo), ma assolutamente inadatti ad un loro utilizzo cronico, pena la comparsa di side effects più o meno importanti.

Vorrei sottolineare che l'effetto collaterale di un farmaco dovrebbe essere interpretato come un segnale che "quel" farmaco sta interferendo, in qualche modo, su un equilibrio (chimico, fisico, energetico) generale della persona; questo vuol dire che non è efficace nel lungo termine. Ma questo aspetto può essere compreso solo se si possiede una visione integrata e non parcellizzata dell'essere vivente.

Tutto questo, per arrivare ad un'affermazione: la medicina moderna, cui vanno riconosciuti enormi progressi nella salvaguardia e nel miglioramento della salute, singola e collettiva, non rappresenta l'unica espressione della medicina né la sua punta di diamante in termini di efficacia.

Lo sviluppo della tecnologia, l'utilizzo massivo che la medicina fa della τέχνη, hanno garantito e tuttora garantiscono un miglioramento in ambito diagnostico, in ambito chirurgico (approcci sempre meno invasivi e sempre più selettivi). Vorrei citare, come esempio, a mio avviso, tra i più significativi e paradigmatici, l'utilizzo della *cyber knife* in ambito oncologico (non soltanto per le neoplasie del SNC!).

Sulla farmacologia e farmacoterapia, rimane il limite della efficacia sintomatica per la maggior parte dei trattamenti.

Manca, in altri termini, un pensiero nuovo, una modalità nuova, o forse tanto nuova da essere antica..., che consideri una differente visione dell'uomo e della genesi ed eziopatogenesi delle malattie che in lui, da lui originano e si sviluppano. La tecnologia sviluppa, amplifica modella un'idea; non ne crea di nuove!

Le medicine complementari, che si possono accomunare per una differente visione dell'essere vivente-uomo, non avranno visto nel corso degli anni (e dei secoli!) un importante sviluppo tecnologico, ma mantengono molto aperto e pronto all'evolversi, il pensiero sull'uomo, sul suo esistere e divenire attraverso l'esperienza della malattia.

Aspetto tutt'altro che banale o irrilevante.

La medicina moderna potrebbe trarre enorme vantaggio da un incontro più aperto e disponibile con la medicina complementare. Dimentica il documento CPME che da anni i medici che praticano la medicina complementare e le Asso-

ciazioni mediche che li rappresentano, nelle varie discipline, auspicano e lavorano per un allargamento del dialogo e del confronto tra differenti posizioni e concezioni della medicina. Chiedono, e, sempre più spesso, riescono ad attuare una “alleanza terapeutica” a solo vantaggio del paziente e non per sterili fini ideologici.

Si può invocare per queste medicine, nel momento che presentino un'efficacia terapeutica, solo ed esclusivamente un effetto placebo? No, assolutamente no. Non fosse altro per non tradire una storia, un pensiero che ha sempre animato l'uomo che incontra il bisogno altrui. Non siamo arrivati alla stagione della modernità solo con il placebo, e la moderna medicina, sostenuta anch'essa da un pensiero “umano”, non può arrogarsi il diritto di essere l'unica vera ed efficace. È una delle forme attraverso le quali si esprime il pensiero e l'azione dell'uomo volta a comprendere, interpretare, aiutare, alleviare, curare, guarire.

Ancora una considerazione che testimonia la fragilità di tesi volte solamente a screditare una medicina: o è complementare o è alternativa. Se è complementare non può essere alternativa: se è alternativa non può essere complementare.

La poca chiarezza lessicale tradisce una scarsa o nulla chiarezza su cosa effettivamente siano e rappresentino le medicine complementari.

Vorrei ancora fare due riflessioni: la prima riguarda l'assenza, all'interno delle nazioni UE, di norme legislative riguardanti le medicine complementari e coloro che le praticano.

Il vuoto legislativo sul *de cuius* a mio avviso è la causa principale del cattivo utilizzo delle medicine complementari, compreso l'utilizzo da parte di non-professionisti (cioè né medici né veterinari).

Andrebbe chiarito il ruolo professionale di molte figure che definirei paramediche (osteopati, terapisti shiatsu, naturopati, floriterapeuti, iridologi ecc.) che dovrebbero essere inserite in albi professionali e la loro attività essere svolta esclusivamente a fianco e in appoggio a quella di un medico professionista.

Da ultimo, ma certamente non ultimo che importanza e pregnanza dell'argomento, l'aspetto etico invocato nel testo CPME che si richiama alla dichiarazione di Helsinski.

Da circa due anni, personalmente sto lavorando al concetto della “bioetica delle medicine biologiche”.

Esiste una bio-etica delle medicine complementari, legata non soltanto alla loro non tossicità, e assenza di side effects. La natura bio-etica di queste medicine, pur nella loro diversità, è rappresentata dal fatto che si rivolgono all'uomo, nella sua interezza. Ne accettano e riconoscono l'inscindibile unità di anima, psiche e corpo. Non sono medicine per un organo, per una funzione singola, per un solo sintomo o segno clinico. Sono per la persona, ne riconoscono il suo unico e irripetibile destino, per cui sempre “valide”, fino a un minuto prima della morte. Perché tendono a ridare un equilibrio dell'omeostasi di una persona, per cui hanno sempre un senso e una mission.

Un farmaco allopatico se non funziona su un fegato, ad esempio se manifesta più effetti collaterali che benefici, perde la sua indicazione e spesso, fa perdere il ruolo del terapeuta (specialista o superspecialista) che gioca con uno o pochi farmaci le sue carte operative.

Il medico che applica le medicine complementari ha come end point l'equilibrio, inteso su differenti livelli, ovviamente, della persona malata. Il suo intervento ha sempre senso, anche laddove dovesse registrare la “sconfitta” della progressione della malattia: ma il suo interlocutore non è il fegato malato, ma l'uomo con il fegato malato.

Ne deriva una bio-etica, che non conosce problematiche come l'accanimento terapeutico, le rianimazioni senz'anima, la paura del fallimento e della morte.

**ANTONELLA RONCHI, Presidente FIAMO
Federazione Italiana Associazioni e Medici Omeopati**

“Dal ventesimo secolo, lo sviluppo della medicina moderna permette ai pazienti di ricevere terapie efficaci basate sull'evidenza, evidenza fornita dalla ricerca medica basata su metodologie scientifiche comunemente accettate. Nonostante ciò molti pazienti cercano cure fornite da professionisti della medicina tradizionale, alternativa e complementare e i loro rimedi.”

Commento: Questo primo paragrafo sottintende che esistono due categorie ben distinte, quella delle cure moderne, efficaci perché basate sull'evidenza e quella delle cure tradizionali e CAM che invece non lo sono, in quanto precedenti allo sviluppo della medicina moderna.

Ma la moderna classificazione delle scienze è basata su categorie dai confini sfumati, la scienza, cioè, funziona per fuzzy sets, per insiemi dai confini incerti ed indistinti. “Per logica fuzzy intendiamo una logica che non si limita a due valori (vero e falso), che prevede che l'appartenenza a una categoria sia basata su un insieme continuo di valori o gradi di appartenenza.” (Vineis Satolli: *I due dogmi, oggettività della scienza e integralismo etico*, Feltrinelli 2009). Questa interpretazione idealizzata e irrigidita del procedere della scienza è una sorta di fondamentalismo, quello che possiamo definire scientismo.

“Visto che ogni terapia può beneficiare dell'effetto placebo, anche le CAM, possono trarre beneficio da questo effetto quando si usino farmaci non efficaci o vengano attuate procedure senza un'evidenza ed una efficacia scientifica.”

Commento: Rispetto al problema dell'evidenza scientifica, rimandiamo alla risposta data dal CAMDOC Alliance (www.camdoc.eu).

Il far riferimento solo all'effetto placebo come unico responsabile dell'azione clinica, che viene evidentemente riconosciuta, non tiene conto dello sviluppo della ricerca di base e in ambiti particolari, come l'agromeopatia.

Posso ad esempio citare un recente contributo, presentato a Roma al Convegno dell'HRI (Homeopathic Research Insti-

tute) da Steven J. Cartwright: *Solvatochromic dyes detect the presence of homeopathic potencies.*

“I medici, quando visitano pazienti che fanno uso o intendano utilizzare prodotti di efficacia non dimostrata o della medicina tradizionale, dovrebbero sempre informare i loro pazienti sulle opzioni di cura che forniscano il miglior risultato clinico e i rischi associati all’uso di terapie della medicina tradizionale, complementare o alternativa.”

Commento: questo atteggiamento deve valere anche per la medicina cosiddetta convenzionale. Il padre dell’EBM, Guyatt, scrive: L’evidenza da sola non è mai sufficiente per prendere una decisione clinica: coloro che devono prendere una decisione devono sempre considerare rischi e benefici, svantaggi e costi associati con le differenti strategie alternative e nel farlo devono tenere in considerazione le preferenze dei pazienti. In secondo luogo l’EBM deve far riferimento a una gerarchia di evidenze nel guidare le decisioni cliniche. Guyatt dà una definizione ampia di EBM: “Ogni osservazione empirica riguardo all’apparente relazione tra eventi costituisce una potenziale evidenza”. Users’ Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice Eds Gordon Guyatt, Drummond Rennie AMA Press. L’aver messo al vertice della gerarchia delle evidenze gli studi su ampie popolazioni ha portato alla realtà presente, che, come rileva Vineis nel testo già citato, “è quella di una medicina che implicitamente non tratta più individui, ma popolazioni, con uno slittamento dal punto di vista etico che meriterebbe di essere discusso a fondo e pubblicamente.” E che questo sia un problema lo dimostra il fatto che Guyatt mette al più alto livello di evidenza l’n-of-1 randomized trial, che concilia la randomizzazione con lo studio individualizzato.

HIERARCHY OF EVIDENCE
<i>n-of-1 randomized trials.</i>
<i>Systematic reviews/meta-analyses of randomized trials.</i>
<i>Randomized controlled trials.</i>
<i>Systematic review of observational studies addressing patient-important outcomes.</i>
<i>Observational studies addressing patient-important outcomes.</i>
<i>Physiologic/laboratory experiments.</i>
<i>Unsystematic clinical observations.</i>

In realtà questi tipi di studio, molto costosi e poco produttivi economicamente, sono molto rari.

Guyatt ancora afferma nel testo citato che la gerarchia non ha un valore assoluto: Se gli effetti dei trattamenti sono sufficientemente ampi e consistenti, per esempio, studi osservazionali possono fornire evidenze più stringenti di RCT. E bisogna anche tener conto che nella valutazione degli effetti avversi delle terapie, le evidenze sono raccolte prevalentemente

da studi osservazionali. E in mancanza di altro, anche un’osservazione non sistematica di un singolo medico è pur sempre un’evidenza.

“Mentre la pratica della medicina negli stati membri dell’EU è assicurata in parte dalle norme di legge sulle professioni sanitarie, sui medicinali, sui dispositivi medici e sui prodotti salutistici, in molti degli stati membri dell’EU la maggior parte dei medicinali della medicina complementare, alternativa e tradizionale non sono regolamentati e possono arrecare rischi significativi alla salute e alla sicurezza dei pazienti.”

Commento: Per quanto riguarda i medicinali omeopatici a partire dalla direttiva 2001/83 c’è una precisa regolamentazione del settore.

“Pratiche alternative e pubblicità di prodotti alternativi spesso affermano di curare specifiche malattie e condizioni senza evidenza medica o scientifica che dia supporto a questa affermazione. I pazienti possono essere condotti a scegliere l’uso delle pratiche alternative, complementari e tradizionali invece di un trattamento medico, con risultato di un possibile ritardo di una diagnosi medica scientificamente appropriata e un peggioramento della loro condizione che in alcuni casi può condurre ad una morte precoce. Sono quindi richieste misure legali per impedire ai professionisti di terapie alternative di fare infondate promesse e di usare pubblicità ingannevole.”

Commento: Non c’è discussione che in alcuni casi gli omeopati siano stati carenti nell’affidare i pazienti a cure convenzionali e che questo abbia portato ad eventi avversi (Freckelton 2012). Allo stesso modo ci sono pochi dubbi che delle morti siano state causate da trattamenti omeopatici (Freckelton 2012; Posadzki Alotaibi e Ernst 2012). È anche vero, tuttavia che molti pazienti sono morti come conseguenza di pratiche convenzionali negligenti, perché non c’è stata consapevolezza del proprio limite di competenza o per un follow up carente. Molte migliaia di pazienti muoiono ogni anno per errori medici o altri eventi avversi riconducibili a trattamenti di medicina convenzionale (Richardson e McKie 2007). Mentre in ogni caso questi sono danni, non ne discende necessariamente che questo renda immorale queste forme di pratica, ma soltanto illegittima o sconveniente. Inoltre anche dove una terapia ha benefici non provati ma può comportare qualche danno- come nel caso di molte terapie biomediche o interventi innovativi (Oktay e Hui 2012; White 2013)- ancora non ne consegue che esse debbano essere per definizione immorali. Mettere sotto accusa tutta l’omeopatia sulla base degli errori di pochi omeopati o tutta la medicina convenzionale, allopatrica sulla base delle decisioni od azioni di pochi medici o chirurghi, non è sostenibile dal punto di vista logico; eccettuato, ovviamente, se uno include l’affidarsi a un ideale come il metodo scientifico (Pickering 2010) come core utility, o se si adotta una nozione di “beneficio” molto ristretta... Mentre è certamente vero che alcuni omeopati possono ingannare pazienti/consumatori (o esagerare le pretese di efficacia), la

stessa cosa potrebbe essere detta anche di molti medici convenzionali. In entrambi i casi questo proverebbe in modo certo che quei medici si comportano in modo non etico, ma in entrambi i casi non si può sostenere che tutti gli omeopati o i medici si comportano in modo immorale, non etico, o che l'intero settore sia immorale. (David Levy & Ben Gadd & Ian Kerridge & Paul A. Komesaroff, *A Gentle Ethical Defence of Homeopathy*; *Bioethical Inquiry* (2015) 12:203–209).

Non si deve dimenticare che il campo delle MNC coinvolge medici, e professionisti che fanno riferimento a precisi codici deontologici.

“I pazienti e i cittadini dovrebbero essere attivamente informati sui possibili effetti negativi dell'interruzione di terapie mediche consigliate dai loro medici e dal sostituirle con altri metodi di non provata efficacia dalla pratica e dalla scienza medica.”

Commento: sono stati pubblicati al riguardo i seguenti documenti:

- WHO 2004 - Guidelines on developing consumer information on proper use of traditional, complementary and alternative medicine,
- Istituto superiore di Sanità 2008 - Informazione ai cittadini per la sicurezza delle medicine complementari e non convenzionali.

“In aggiunta, i pazienti dovrebbero essere consapevoli che ogni ritardo nel cercare una cura medica sostituendola con una terapia alternativa può condurre a peggioramenti nel lungo termine. Il CPME è una organizzazione che cerca di garantire i più alti standard di pratica medica e promuove la più alta qualità della cura medica e della sicurezza del paziente.

Il CPME è del parere che quando vengono usati terapie e prodotti complementari:

Ogni paziente meriti la migliore terapia possibile basata sull'evidenza scientifica.”

Commento: si rimanda ai commenti precedenti.

“Tutte le terapie esistenti devono essere costantemente rivalutate per efficacia e sicurezza. Tutti i nuovi metodi diagnostici e terapeutici devono essere testati in accordo con metodi scientifici e principi etici (come nella Dichiarazione di Helsinki).”

Commento: mi soffermerei solo sul ruolo dei comitati etici nelle ricerche di MNC. I Comitati etici hanno un grande potere discrezionale, e nonostante in Italia il Decreto del maggio 2006 definisca le norme di applicazione per la ricerca clinica e all'Art. 2.6 preveda il coinvolgimento di esperti esterni per aree di ricerca non coperte dai componenti del comitato etico stesso, nei comitati etici mancano esperti nelle MNC e sempre più spesso in Italia vengono rifiutati progetti di ricerca clinica relativi alle MNC a priori, senza giustificare i motivi.

“I pazienti che informino i loro medici di essere alla ricerca di metodi alternativi devono essere informati in modo imparziale

sulla natura di queste terapie.”

Commento: come può un medico informare il paziente su questi tipi di opzioni se questi argomenti non vengono assolutamente affrontati nel corso degli studi? Si veda al riguardo la posizione della Conferenza Permanente dei Presidenti dei CLM espressa nel 2011 (Conferenza Permanente dei Presidenti dei CLM in Medicina e Chirurgia. L'insegnamento delle Medicine Alternative e Complementari (CAM) nel Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia Posizione della Conferenza Permanente dei Presidenti dei CLM Italo Vantini (Verona), Calogero Caruso (Palermo), Antonio Craxi (Palermo) Gruppo di Studio per le Medicine alternative e complementari della Conferenza Permanente dei Presidenti dei CLM in Medicina e Chirurgia (Presidente Prof. Andrea Lenzi, Coordinatore Prof. Italo Vantini).

“I medici devono essere consapevoli che alcuni gruppi di pazienti, come pazienti affetti da tumore, o malattie psichiatriche o gravi malattie croniche e bambini, sono particolarmente vulnerabili ai rischi connessi con pratiche alternative. Quando si presentino situazioni tali, i medici devono discutere con i loro pazienti se usare terapie CAM parallelamente con gli altri trattamenti esistenti. I medici che usano ogni pratica o metodo devono sempre informarsi sulla sua base ed evidenza scientifica.”

Commento: queste raccomandazioni valgono anche se il paziente non usa terapie complementari.

“Il pubblico deve essere informato che la medicina tradizionale o alternativa e complementare non è una specialità della medicina e quindi le formule di training certificate in queste discipline non costituiscono un corso di specializzazione.”

Commento: Ci sono a livello internazionale realtà molto diverse, ad esempio per l'omeopatia, in Brasile dal 1980 l'omeopatia è una specialità medica riconosciuta.

In Italia l'accordo Stato-Regioni del febbraio 2013 stabilisce i criteri formativi per i medici esperti in agopuntura, fitoterapia e omeopatia.

“Il CPME è seriamente preoccupato per la diffusa carenza di normative legali che salvaguardino i pazienti che scelgono principalmente terapie della medicina tradizionale, complementare o alternativa. A tal riguardo il CPME è dell'opinione che:

L'EU debba insistere che gli stati membri individualmente stabiliscano disposizioni rigorose che salvaguardino i pazienti trattati con medicine tradizionali, alternative o complementari offerte dai vari professionisti. Ci deve essere un meccanismo, quando si ritenga dannoso, che fermi o limiti considerevolmente ogni specifico trattamento complementare o alternativo per proteggere la salute pubblica. I legislatori nazionali dell'EU, nelle loro rispettive competenze, dovrebbero assicurare che la fiducia dei pazienti e dei cittadini non sia abusata, permettendo una informazione ingannevole a riguardo dell'efficacia delle terapie della medicina convenzionale o delle terapie complementari o alternative.”

Commento: Le ricerche sulle motivazioni che spingono i pazienti a rivolgersi alle MNC, come riportato da Giarelli in *Medicine Non Convenzionali e pluralismo sanitario*, Franco Angeli 2005, fanno riferimento a fattori esperienziali e relazionali più che cognitivi, il che sembra contraddire chi ha visto nella scelta delle MNC una “fuga dalla scienza” (Smith 1983), espressione di individui deboli e creduloni (Baum 1989). In realtà la disillusione e l’insoddisfazione appaiono non tanto il frutto di una concezione irrazionalistica della salute/malattia e più in generale nella fede in fenomeni occulti e paranormali, quanto di una concreta esperienza negativa con la medicina convenzionale, di cui è stata sperimentata l’inefficacia rispetto al proprio problema di salute o gli effetti iatrogeni o la carenza di strumenti comunicativi.

“I bilanci della salute pubblica dovrebbero essere di supporto solo per terapie riconosciute efficaci e sicure.”

Commento: Le società contemporanee si reggono su un intreccio inestricabile tra scienze tecniche e scelte politiche: il solo meccanismo che può dare garanzie è la assoluta trasparenza e il rifiuto del ricorso a logiche drasticamente binarie.

**DANIELA GIACCHETTI, Presidente S.I.Fit
Società Italiana di Fitoterapia**

La Società Italiana di Fitoterapia desidera anche in questo contesto ricordare la bivalente realtà della fitoterapia in Italia e in Europa, strettamente convenzionale quanto per l’utilizzo di medicinali registrati secondo la 2001/83/CE e provvisti di iter sperimentale e registrativo comune ai farmaci monomolecolari, e CAM per l’utilizzo di nutraceutici funzionali per il mantenimento della salute e di prodotti vegetali derivanti da tradizioni etnofarmacologiche diverse per la prevenzione e la cura delle malattie, come la medicina tradizionale cinese e l’ayurveda indiana, solo per citare le principali.

Questa peculiarità della fitoterapia di fatto comporta che le associazioni di fitoterapia europee non sono quasi mai all’interno di coalizioni di società e associazioni di CAM, come ad esempio nella CAMDOC per cui in Italia, attraverso i documenti coordinati dall’Associazione Medicina Centrata sulla Persona, abbiamo una importante possibilità di valorizzare la posizione della S.I.Fit. nell’ambito dei documenti istituzionali sulle CAM.

La S.I.Fit. concorda assolutamente quindi nel rispondere punto per punto al position paper dello Standing Committee of European Doctors (SCED o, secondo l’acronimo francese CPME) e di fatto concorda con l’elaborata risposta della CAMDOC al paper su tutti i punti, condividendone i contenuti, con una unica eccezione.

La S.I.Fit. non condivide infatti pienamente su come le associazioni operanti nelle CAM e anche il documento della CAMDOC calchino troppo il fatto di come i pazienti si rivolgano sempre più spesso alle CAM perché guidati da preoccupazioni riguardanti gli effetti collaterali della medicina

convenzionale; la fitoterapia e le CAM non devono essere considerate “il male minore”, ma molto più correttamente e più propriamente discipline alternative e/o complementari capaci di elevare il rapporto di efficacia e sicurezza nell’approccio diagnostico e terapeutico rispetto alla medicina convenzionale. Questo significa contestualizzare molto di più le discipline di CAM per ogni diverso ambito fisiopatologico. La fitoterapia in settori come ad esempio la flebologia (estratto standardizzato di mirtillo nero, centella e ippocastano per l’insufficienza venosa cronica), gastroenterologia (purganti antrachinonici per la stipsi), urologia (estratti lipidosterolici di serenoa per la iperplasia prostatica benigna) e dermatologia (cicatrizzanti) è ben conosciuta e utilizzata dalla maggioranza degli specialisti ed è inserita pienamente nella cosiddetta medicina convenzionale per avere un’elevata efficacia terapeutica. Negli stessi settori, però, la fitoterapia ha più realisticamente un ruolo complementare se si cambia la patologia di riferimento e basti pensare in quest’ottica al suo utilizzo nelle trombosi venose (cumarine da meliloto), nelle problematiche digestive (utilizzo di eupeptici e carminativi) infezioni urinarie (estratto di cranberry o uva ursina) o nelle dermatiti (utilizzo di acidi grassi polinsaturi di origine vegetale) dove le piante medicinali vanno soprattutto a coadiuvare le terapie convenzionali. In ambiti come la pediatria e la geriatria, sempre per portare degli esempi, la fitoterapia viene soprattutto utilizzata come CAM per le affezioni minori in cui la scelta della terapia mette al primo posto la sicurezza del trattamento.

Questa premessa risponde ai punti 1 e 2 del position paper del CPME e la S.I.Fit. ricorda che la OMS e soprattutto l’EMA riconoscono lo status di “well established use” o “traditional use” ad oltre trecento preparazioni vegetali per il loro utilizzo in prevenzione e terapia.

Rispetto ai punti 3 e 4 del position paper la S.I.Fit. insiste nel considerare prioritaria una formazione specifica, istituzionale e permanente dei medici anche nell’ambito delle CAM così da poter ampliare il loro bagaglio terapeutico. La competenza specifica del professionista medico, e non certo la negazione delle CAM, sarà il migliore alleato per il warning sollevato dal position paper del CPME.

Riguardo il punto 5, la S.I.Fit. trova preoccupante la pubblicazione di un position paper non rispondente alla realtà. In Italia, come è noto, l’attualità legislativa sulla formazione di medici esperti in medicine non convenzionali fa eco al panorama europeo. È vero il fatto che le CAM non sono oggetto di specializzazione medica, ma questo è determinato dal fatto che per la loro natura le CAM sono multidisciplinari e non possono essere considerate una specializzazione quanto semmai un elemento culturale fondamentale per ogni diversa specializzazione, da acquisire attraverso tutto l’iter curriculare del corso di laurea in medicina e chirurgia o come minimo, come adesso, attraverso Master di II livello pluriennali. In sintesi, il position paper paradossalmente non fa altro che ribadire come l’assoluta indifferenza verso il consolidamento

di una struttura formativa istituzionale nelle CAM non può che portare a lacune culturali difficili da superare per il medico.

Riguardo in particolare gli ultimi due punti del position paper del CPME, la S.I.Fit. condivide la posizione e l'auspicio del documento della CAMDOC per una collaborazione tra le associazioni e le istituzioni affinché il livello qualitativo delle CAM cresca a 360 gradi e possa portare un contributo importante e positivo a livello sanitario sia in termini di prestazione diagnostico-terapeutica che anche economica.

**LAURA BORGHI, Presidente SIMA
Società Italiana di Medicina Antroposofica**

“Dal ventesimo secolo, lo sviluppo della medicina moderna permette ai pazienti di ricevere terapie efficaci basate sull'evidenza, evidenza fornita dalla ricerca medica basata su metodologie scientifiche comunemente accettate. Nonostante ciò molti pazienti cercano cure fornite da professionisti della medicina tradizionale, alternativa e complementare e i loro rimedi. Visto che ogni terapia può beneficiare dell'effetto placebo, anche le CAM, possono trarre beneficio da questo effetto quando si usino farmaci non efficaci o vengano attuate procedure senza un'evidenza ed una efficacia scientifica.”

L'esistenza dell'effetto placebo è riconosciuta in medicina. Riguarda sia la medicina convenzionale che le CAM. È necessario indagare meglio l'effetto placebo, verificando se sia maggiormente presente nelle CAM rispetto alla medicina convenzionale. Nella dichiarazione di Helsinki della World Medical Association, emendata nel 2013 a Fortaleza si afferma che “l'uso del placebo, o il non intervento, è accettabile quando: non esistono trattamenti di provata efficacia oppure per ragioni metodologiche convincenti e scientificamente valide l'uso del placebo o del non intervento o di un intervento meno efficace del miglior trattamento disponibile è necessario per valutare l'efficacia o la sicurezza di un trattamento, senza esporre i pazienti a rischi aggiuntivi di danni seri o irreversibili, per non aver ricevuto il miglior trattamento di provata efficacia”[1]. Quindi, se anche le CAM agissero soprattutto per effetto placebo, il loro utilizzo sarebbe giustificato dalla suddetta dichiarazione. In ogni caso l'utilizzo dell'uso improprio del placebo riguarda sia la medicina convenzionale che le CAM.

“I medici, quando visitano pazienti che fanno uso o intendano utilizzare prodotti di efficacia non dimostrata o della medicina tradizionale, dovrebbero sempre informare i loro pazienti sulle opzioni di cura e forniscano il migliore risultato clinico e rischi associati all'uso di terapie della medicina tradizionale, complementare o alternativa.”

È in ogni caso corretto che il paziente sia edotto sulle terapie prescritte. I rischi associati all'uso di qualsiasi terapia riguarda sia la medicina convenzionale che le CAM. Le opzioni di

cura proposte al paziente devono contemplare una oggettiva descrizione dei risultati e degli effetti collaterali di ogni terapia proposta. Troppo spesso vengono trascurati gli effetti collaterali importanti delle terapie che la medicina moderna utilizza. Esiste abbondante letteratura al riguardo, che mostra come ci sia un'ampia sottovalutazione di questi aspetti che coinvolgono la qualità della vita dei pazienti [2].

È d'altra parte necessario che ci sia una preparazione adeguata di tutti i medici alla conoscenza delle CAM, per poter presentare in modo oggettivo le varie opzioni così che ci si possa confrontare in modo aperto e oggettivo con i pazienti che le usano e i colleghi che le praticano per evitare qualsiasi potenziale ritardo che potrebbe nascere dalla incomunicabilità tra la medicina convenzionale e le CAM. Dunque per un'integrazione ottimale delle proposte terapeutiche è indispensabile e non più rinviabile l'inserimento di insegnamenti delle CAM nelle facoltà universitarie e ulteriori specifici corsi legati alla comparazione delle varie terapie proponibili per le più varie patologie.

I docenti di questi insegnamenti devono essere quei medici che hanno sviluppato una lunga esperienza nelle diverse CAM. È inaccettabile che nel XXI secolo, a fronte di milioni di cittadini che, nella Comunità Europea e in Italia [3], utilizzano trattamenti di CAM prescritti da medici, ci sia ancora un vuoto normativo e formativo di questo genere. In questo senso gli ultimi documenti delle Conferenze Permanenti dei Presidi di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia del 2011 e del 2013 mostrano un'arretratezza e una chiusura non al passo con i tempi [4,5]. La richiesta di CAM da parte dei pazienti nasce in grande misura dal fatto che cure precedenti della medicina convenzionale non hanno dato i risultati sperati, che sono alla ricerca di un approccio dove si sentano considerati come esseri umani in tutti i loro aspetti, dove la malattia venga considerata in rapporto alla loro vita e dove venga posta più cura nel rapporto medico-paziente.

Va sviluppata un'immagine dell'uomo più completa, che contempli le forze che, attive nell'organismo oltre a quelle fisiche, lo fanno crescere e guarire, le forze vitali, che lo fanno interagire con se stesso e col mondo, forze dell'anima e quelle spirituali, che lo fanno evolvere e si mostrano nella singola biografia. Confrontarsi su questi temi apertamente può permettere un superamento della dicotomia che emerge da questi documenti, superando i pregiudizi che impediscono una reale evoluzione. Sono evidenti per tutti i medici i successi della medicina convenzionale nella gestione delle patologie acute, nessuno li mette in discussione, fanno parte delle acquisizioni di ogni medico. Il miglior risultato clinico sta a cuore a tutti i medici, qualsiasi tipo di medicina praticino. Allo stesso tempo l'incremento costante delle patologie croniche e la gestione del malato cronico con multimorbidità pone delle problematiche di difficile soluzione, così come la crescente resistenza antimicrobica, che ad esempio, nei pazienti anziani può portare ad una seria minaccia per la salute pubblica [6]. Le CAM possono essere di grande ausilio

in queste situazioni di grande rilevanza clinica e sociale. In questo senso sarebbe più corretto parlare di criticità della medicina convenzionale, trovando delle soluzioni in cui le CAM, in modo integrato ai metodi convenzionali, possano dare dei contributi significativi.

“Mentre la pratica della medicina negli stati membri dell’EU è assicurata in parte dalle norme di legge sulle professioni sanitarie, sui medicinali, sui dispositivi medici e sui prodotti salutistici, in molti degli stati membri dell’EU la maggior parte dei medicinali della medicina complementare, alternativa e tradizionale non sono regolamentati e possono arrecare rischi significativi alla salute e alla sicurezza dei pazienti.

Pratiche alternative e pubblicità di prodotti alternativi spesso affermano di curare specifiche malattie e condizioni senza l’evidenza medica o scientifica che dia supporto a questa affermazione. I pazienti possono essere condotti a scegliere l’uso delle pratiche alternative, complementari e tradizionali invece di un trattamento medico, con risultato di un possibile ritardo di una diagnosi medica scientificamente appropriata e un peggioramento della loro condizione che in alcuni casi può condurre ad una morte precoce.”

Da più di 20 anni in Italia i rappresentanti delle CAM sollecitano una regolamentazione sia per la formazione del professionista medico, odontoiatra, veterinario e farmacista sia per la regolamentazione dei prodotti medicinali omeopatici, antroposofici e fitoterapici, proprio per evitare rischi alla salute e alla sicurezza dei pazienti. In considerazione del vuoto normativo, vari Ordini dei Medici di differenti Regioni italiane, in accordo con la FNOMCeO, hanno istituito Registri per i medici competenti nelle diverse CAM.

Riguardo all’accusa di un’assenza di evidenza medica e scientifica che dia supporto all’efficacia e sicurezza delle CAM, c’è evidentemente una carenza di informazione da parte del CPME dei numerosissimi studi effettuati e pubblicati riguardanti le CAM. Per quanto riguarda la medicina antroposofica, per esempio, esiste la monumentale opera di Kienle, Kiene e Albonico Anthroposophic Medicine [7], pubblicata in tedesco e inglese nel 2006 e commissionata dall’Ufficio Federale Svizzero di Assicurazione Sociale, per valutare la rimborsabilità delle cure antroposofiche. Quest’opera concerne l’efficacia, l’utilità, i costi e la sicurezza della medicina e dei medicinali antroposofici. In quest’opera vengono riportati centinaia di studi clinici consultabili da chiunque. Il risultato di questo lavoro è stata la rimborsabilità del sistema di cure antroposofiche da parte delle compagnie assicurative della sanità svizzera. Da allora molti altri studi sono stati pubblicati su riviste indicizzate [8,9,10,11], solo per citarne alcuni. L’affermazione che la cura di specifiche malattie non è adeguatamente supportata dall’evidenza medica scientifica si riferisce evidentemente all’EBM. Ma da tempo, come riportato nel documento CAMDOC [6], lo stesso fondatore dell’EBM, David Sackett, ha dichiarato che l’EBM “si basa su tre pilastri, ossia l’evidenza esterna (ricerca scientifica che include

Trial Randomizzati e Controllati RCTs), evidenza interna (esperienza del medico) e preferenze del paziente.” Questa affermazione di David Sackett è stata completamente dimenticata, perché l’EBM si basa oramai esclusivamente sul primo pilastro, in particolare sugli RCTs, mentre gli altri due pilastri sono stati completamente disattesi.

Sul primo pilastro, oltretutto, c’è un grosso dibattito oggi sulla serietà con cui vengono condotti i trials: è infatti interessante osservare che i trials finanziati dall’industria hanno maggiori probabilità di produrre un risultato positivo rispetto a quelli finanziati in modo indipendente [12]. Nel 2010 tre ricercatori di Harvard e Toronto rintracciarono oltre 500 trials in totale, l’85% degli studi finanziati dall’industria erano positivi, mentre quelli finanziati dallo Stato lo erano solo al 50% [13]. Due revisioni sistematiche effettuate nel 2003 che indagavano se il finanziamento da parte dell’industria fosse associato a risultati favorevoli all’industria stessa concludevano che i trials finanziati dall’industria avevano nel complesso una probabilità 4 volte maggiore di dare risultati positivi [14]. Un altro dato importante è quello dei trials non pubblicati; in pratica, quando i trials non rispondono alle aspettative dell’industria, non vengono pubblicati [15]. Il problema è che “la publication bias (distorsione della pubblicazione) è endemica in tutti i settori della medicina e dell’attività accademica, e che le autorità di controllo non hanno fatto nulla in merito, sebbene da decenni si accumulino dati che denunciano le dimensioni del problema” [16].

La Cochrane Collaboration, un’organizzazione accademica internazionale senza fini di lucro, ha cercato di ovviare a questi problemi mettendo insieme tutti i dati dei trials ed eseguendo procedure chiamate meta-analisi, dalle quali si hanno attendibili figure riassuntive di un problema medico. Proprio la Cochrane Collaboration ha compiuto un grosso sforzo, come riportato nel documento CAMDOC, “per sviluppare una base di evidenza per un’ampia varietà di terapie mediche, sia convenzionali che CAM. Nel suo archivio elettronico annovera più di 4.000 RCTs per le varie terapie CAM [17]. Un numero di analisi sistematiche della Cochrane Collaboration di questa letteratura di ricerca a livello mondiale ha identificato i potenziali benefici delle CAM e dei relativi prodotti e approcci correlati per un certo numero di patologie croniche. Una rassegna di 145 analisi Cochrane di RCTs nel campo delle CAM presenti nel database 2004 ha rivelato che il 24.8% hanno dato risultato positivo, il 12.4% un effetto verosimilmente positivo, il 4.8% ha concluso che non c’era effetto, lo 0.69% per un effetto dannoso, e il 56.6% ha concluso per un’evidenza insufficiente” [18].

“Questi risultati mostrano una similitudine con i dati ottenuti da 1016 analisi sistematiche di RCTs nella medicina generale usando sempre il database 2004 che mostra: nel 44.4% delle analisi gli interventi studiati erano benefici (positivi), nel 7% gli interventi erano dannosi (negativi), e nel 47.8% che l’evidenza non supportava né i benefici né i danni (non conclusivi)” [19].

Sempre nel documento CAMDOC viene riportato che “due più recenti esempi mostrano un quadro simile. Uno studio di Poonacha e Go del 2011 sul livello dell'evidenza scientifica che sottostà le raccomandazioni che vengono dalle linee guida della pratica clinica del National Comprehensive Cancer Network, ha concluso che delle 1.023 raccomandazioni delle 10 linee guida, solo il 6% ha avuto un alto livello di evidenza come RCTs con un consenso uniforme [20]. Uno studio di Tricoci et al del 2009 ha concluso che delle 2.711 linee guida correnti solo l' 11% ha un alto livello di evidenza come RCTs con consenso uniforme [21]. Sulla base di questi dati il documento CAMDOC conclude che “da quanto sopra riportato può essere concluso che l'ammontare di evidenza esterna per la medicina convenzionale è generalmente sovrastimata, mentre l'evidenza delle terapie CAM è sottostimata. Quando usiamo la piena definizione di EBM e quindi includiamo l'esperienza clinica e le preferenze dei pazienti il quadro cambia drasticamente. La maggior parte delle decisioni sulle terapie, sia in medicina convenzionale sia nelle CAM, si basa ancora sui giudizi individuali dei medici e dei pazienti. Sebbene una evidenza esterna più rigorosa sia necessaria sia nella medicina convenzionale sia nelle CAM, non possiamo che essere grati che i pazienti possano beneficiare dell'esperienza clinica dei loro medici” [6].

“Sono quindi richieste misure legali per impedire ai professionisti di terapie alternative di fare infondate promesse e di usare pubblicità ingannevole. I pazienti e i cittadini dovrebbero essere attivamente informati sui possibili effetti negativi dell'interruzione di terapie mediche consigliate dai loro medici e dal sostituirle con altri metodi di non provata efficacia dalla pratica e dalla scienza medica. In aggiunta, i pazienti dovrebbero essere consapevoli che ogni ritardo nel cercare una cura medica sostituendola con una terapia alternativa può condurre a peggioramenti nel lungo termine.”

Le infondate promesse e l'uso della pubblicità ingannevole sono problemi noti che riguardano tutta la medicina, non solo le CAM. Concordiamo sul fatto che occorra intervenire a livello legislativo sia per quanto riguarda il medicinale (marketing aziendale) sia per una corretta informazione al pubblico da parte degli enti proposti alla salvaguardia della salute, con una modalità e salvaguardi la libertà di scelta dell'orientamento terapeutico. Il ritardo nelle cure o la malpractice sono un problemi che riguardano tutta la medicina. Mettere l'accento solo sul ritardo dovuto ad un utilizzo delle CAM anziché delle cure mediche conosciute è fuorviante. Il CPME dispone di dati scientifici che dimostrano i peggioramenti nel lungo termine nei pazienti che hanno operato questa sostituzione? Possono essere resi noti?

“Il CPME è una organizzazione che cerca di garantire i più alti standard di pratica medica e promuove la più alta qualità della cura medica e della sicurezza del paziente.

Il CPME è del parere che quando vengono usati terapie e pro-

dotti complementari:

- *Ogni paziente meriti la migliore terapia possibile basata sull'evidenza scientifica.*
- *Tutte le terapie esistenti devono essere costantemente rivalutate per efficacia e sicurezza. Tutti i nuovi metodi diagnostici e terapeutici devono essere testati in accordo con metodi scientifici e principi etici (come nella Dichiarazione di Helsinki).*
- *I pazienti che informino i loro medici di essere alla ricerca di metodi alternativi devono essere informati in modo imparziale sulla natura di queste terapie. I medici devono essere consapevoli che alcuni gruppi di pazienti, come pazienti affetti da tumore, o malattie psichiatriche o gravi malattie croniche e bambini, sono particolarmente vulnerabili ai rischi connessi con pratiche alternative. Quando si presentino situazioni tali, i medici devono discutere con i loro pazienti se usare terapie CAM parallelamente con gli altri trattamenti esistenti.*
- *I medici che usano ogni pratica o metodo devono sempre informarsi sulla sua base ed evidenza scientifica.*
- *Il pubblico deve essere informato che la medicina tradizionale o alternativa e complementare non è una specialità della medicina e quindi le formule di training certificati in queste discipline non costituiscono un corso di specializzazione.”*

Lo stato italiano deve regolamentare in modo esaustivo la formazione in ambito CAM. Il primo passo è completare l'iter dell'Accordo Stato/regioni e le Medicine già considerate e allargare successivamente la considerazione alle altre medicine non convenzionali. Una legge nazionale è auspicabile solo se amplia in modo corrispondente il suddetto accordo, che risulta essere ancora in iter applicativo da parte di alcune Regioni.

Come sottolineato nei punti precedenti, la rivalutazione dell'efficacia e della sicurezza delle terapie sta molto a cuore dei medici che praticano le CAM. A questo riguardo, per i limiti, più sopra rilevati, dell'EBM nella sua forma attuale, l'evidenza offerta dall'EBM non sempre coincide con la più ampia evidenza scientifica e tantomeno con la realtà clinica. Per questo è necessario utilizzare altri criteri di scientificità specialmente quando si indagano dei sistemi medici complessi, con una loro base epistemologica e una lunga tradizione come nel caso di molte CAM. Esiste il “metodo circolare e delle evidenze” sviluppato da Walach et al. [22], il “metodo integrativo di valutazione” sviluppato da Kienle et al. [23]. Esiste anche la Cognition Based Medicine [24] che si basa sulla descrizione di singoli casi clinici in maniera scientifica, andando al di là del puro dato quantitativo, inserendo elementi qualitativi, che fanno parte della pratica medica quotidiana. In alcuni casi il paziente può fungere da controllo di se stesso. Richiede la descrizione del caso clinico in modo estremamente accurato, secondo delle linee guida molto precise. Questo lavoro permette anche una verifica esterna riguardo alla modalità e al percorso di trattamento che il medico ha

utilizzato. Sono stati approntati, da più di dieci anni, criteri per preparare delle pubblicazioni di single case o case series anche in oncologia [25]. Questa metodologia risponde alla preoccupazione del CPME e mostra come sia possibile affrontare le tematiche relative all'uso delle CAM anche in caso di gravi patologie in modo rigorosamente scientifico.

Le CAM non sono specialità mediche, ma devono essere parte integrante della formazione di ogni medico del XXI secolo, così che ogni medico possa agire secondo scienza e coscienza.

“Il CPME è seriamente preoccupato per la diffusa carenza di normative legali che salvaguardino i pazienti che scelgono principalmente terapie della medicina tradizionale, complementare o alternativa. A tal riguardo il CPME è dell'opinione che:

- *L'EU debba insistere che gli stati membri individualmente stabiliscano disposizioni rigorose che salvaguardino i pazienti trattati con medicine tradizionali, alternative o complementari offerte dai vari professionisti. Ci deve essere un meccanismo, quando si ritenga dannoso, che fermi o limiti considerevolmente ogni specifico trattamento complementare o alternativo per proteggere la salute pubblica. I legislatori nazionali dell'EU, nelle loro rispettive competenze, dovrebbero assicurare che la fiducia dei pazienti e dei cittadini non sia abusata, permettendo una informazione ingannevole a riguardo dell'efficacia delle terapie della medicina convenzionale o delle terapie complementari o alternative.”*

Come abbiamo già espresso in un punto precedente le infondate promesse e l'uso della pubblicità ingannevole sono problemi noti che riguardano tutta la medicina, non solo le CAM. Concordiamo sul fatto che occorra insistere a livello legislativo per limitare o fermare qualsiasi trattamento ritenuto dannoso per la salute pubblica, convenzionale o complementare.

- *I bilanci della salute pubblica dovrebbero essere di supporto solo per terapie riconosciute efficaci e sicure.”*

Riguardo ai bilanci della salute pubblica ci preme ricordare che il sistema di cure antroposofico in Italia non pesa sulle casse dello Stato o delle Regioni perché non è dispensato dal Servizio Sanitario, ma è total ente a a i o del cittadino. Non 'e tanto possibilità di reale constatazione del costo delle terapie farmacologiche e non farmacologiche e di una comparazione adeguata rispetto alle cure convenzionali.

Per quanto riguarda la medicina antroposofica, sono interessanti i dati riportati da Paesi nei quali il sistema di cure antroposofico ha un rimborso parziale o totale da parte di assicurazioni e dai SSN locali, come in Olanda, Inghilterra e Germania che mostrano un ridotto accesso ai ricoveri ospedalieri e ai giorni passati in ospedale, riduzione dei costi delle terapie farmacologiche tradizionali e di invio agli specialisti. Lo studio olandese mostra che la media dei ricoveri ospedalieri richiesti dai medici di base antroposofici confrontati ad analoghi dati richiesti dai medici di base della zona convenzionali era 30% meno della media, gli invii agli specialisti

erano del 15% in meno, la richiesta di trattamenti fisioterapici era del 5% sopra la media e i costi delle medicine prescritte era del 30% sotto la media [26]. In Inghilterra un audit del 1999 relativo alla gestione di un ambulatorio di medicina di base antroposofico, all'interno del sistema sanitario nazionale inglese, ha evidenziato una riduzione del 35% dei giorni in ospedale rispetto alla media locale, costi di prescrizione dei farmaci del 28-30% in meno della media (soprattutto ipnotici, ansiolitici e FANS) [27].

Nello studio AMOS la riduzione maggiore riguarda il costo dei giorni in ospedale [28,29]. Un altro studio, pubblicato nel 1987 in Germania relativo ad un confronto tra un reparto ospedaliero tedesco che utilizzava medicinali antroposofici e un reparto analogo che utilizzava medicinali allopatrici, ha evidenziato un risparmio di costi da parte del primo [30]. È estremamente importante rilevare che i pazienti ricoverati nelle strutture ospedaliere antroposofiche tedesche hanno livelli di gravità simili ai pazienti ricoverati nelle altre strutture ospedaliere, cioè non sono pazienti meno gravi. Quindi non si può attribuire la ridotta ospedalizzazione, o la riduzione dei giorni di degenza, al fatto che i malati siano meno gravi. È bene tenere presente che “Non ci sono allo stato attuale degli studi di economia come quelli a cui si tende oggi, ma i dati disponibili indicano una struttura di costi favorevole. Uno studio valido e onnicomprensivo sull'economia dei trattamenti è difficile, perché i costi dipendono prima di tutto dal gruppo di pazienti sotto trattamento e anche dalle condizioni politiche e legali. Questi e anche altri fattori possono causare grandi distorsioni nei risultati economici. Una valutazione generale deve essere quindi basata su tutta l'evidenza empirica disponibile” [31].

Un recente studio [32] relativo alla conoscenza di diverse CAM (medicina antroposofica, agopuntura, omeopatia) da parte di diversi medici di base olandesi mostra una riduzione in prescrizioni di farmaci e di ricoveri rispetto ai loro colleghi convenzionali analoga ai dati precedenti. Il dato qui rilevante è che in questo caso la valutazione riguarda anche altre CAM. In Italia, grazie al fatto che milioni di cittadini si curano con le CAM, è possibile un oggettivo risparmio in termini di accesso alle visite dei medici di base e pediatri, di riduzione del consumo dei farmaci, di accessi a strutture ospedaliere e a visite specialistiche non indispensabili; è sicuramente necessario quantificare con studi di farmacoeconomia l'entità di questo risparmio. Una parte di questo risparmio andrebbe reinvestito nella ricerca riguardo ai risultati clinici delle CAM e in ulteriori studi di farmacoeconomia. Ne potrebbe giovare una migliore distribuzione e riduzione dei costi nel Sistema sanitario stesso.

Bibliografia

1. Organizzazione Mondiale della Sanità. Dichiarazione di Helsinki.
2. Ben Goldacre, Effetti collaterali, Mondadori 2013.
3. Istituto Nazionale di Statistica. Tutela della salute e accesso alle cure. Anno 2013.
4. Vantini I, Caruso C, Craxi A. L'insegnamento delle Medicine Alternative e Complementari (CAM) nel Corso di Laurea in Medicina e

- Chirurgia. Posizione della Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea in Medicina, Genova 1.7.2011. Medicina e Chirurgia 2011;53:2331-2332
5. Caruso C, Rizzo C, Vantini V. Insegnare nelle Università la Fitoterapia e l'Agopuntura? Medicina e Chirurgia 2013;60:2668-2678.
 6. CAMDOC - Response to CPME position paper on complementary and alternative treatments, 2015.
 7. Kienle GS, Kiene H, Albonico HU. Anthroposophic Medicine - Effectiveness, utility, costs, safety. Schattauer, 2006.
 8. Stenius F, Swartz J, Lilja G, Borres M, Bottai M, Pershagen G, Scheynius A, Alm J. Lifestyle factors and sensitization in children – the ALAD-DIN birth cohort. Allergy 2011; 66: 1330–1338.
 9. Stenius F, Swartz J, Lindblad F, Pershagen G, Scheynius A, Alm J, Theorell T. Low salivary cortisol levels in infants of families with an anthroposophic lifestyle. Psychoneuroendocrinology. (2010)35,1431–1437.
 10. Evans M, Bryant S, Huntley A, Feder G. Use of Patients' Evidence of Usin Mistletoe (Viscum album): A Qualitative Systematic Review and Synthesis The Journal of Alternative and Complementary Medicine. (00)0 2015, pp.1–11a.
 11. Stein M, Aiaufe M, Betas, Du stein SM, Mlle MB, u e , S n t z i n , nde ann . Differential cytotoxic properties of Helleborus niger L. on tumour and immunocompetent cells. Journal of Ethnopharmacology. 159 (2015) 129–136.
 12. Goldacre B. Effetti collaterali, Mondadori 2013 pag. 13
 13. Bourgeois FT, Murthy S, Mandl KD. Outcome Reporting Among Drug Trials Registered in ClinicalTrials.gov. Annals of Internal Medicine. 2010, 153, 3, pp.158-66.
 14. Bekelman JE, Li Y, Gross CP. Scope and Impact of Financial Conflict of Interest in Biomedical Research. A Systematic Review. JAMA. 2003, 289, pp. 454-65.
 15. Lexchin J, Bero L, Djulbegovic B, Clark O. Pharmaceutical Industry Sponsorship and Research Outcome and Quality. Systematic Review. BMJ. 2003, 326, pp. 1167-70.
 16. Goldacre B. Effetti collaterali. p 19. Mondadori, 2013.
 17. <http://community.cochrane.org/news/blog/topic-list-cochrane-complementary-medicine-field-related-reviews-cochrane.org>
 18. Committee on the Use of Complementary and Alternative Medicine by the American Public (2005)
 19. State of Emerging Evidence on CAM: Cochrane Review Evidence for CAM. Complementary and Alternative Medicine in the United States. Washington DC: The National Academies Press. pp. 135–136.
 20. Poonacha TK, Go RS. Level of scientific evidence underlying recommendations arising from the National Comprehensive Cancer Network clinical practice guidelines. Journal of Clinical Oncology 2011;29(2): 186-191.
 21. Tricoci P et al Scientific evidence underlying the ACC/AHA clinical practice guidelines. JAMA 2009; 301(8):831-41.
 22. Walach H, Falkenberg T, Fonnebo V, Lewith G, Jonas W: Circular instead of hierarchical methodological principles for the evaluation of complex interventions. BMC Med Res Methodol 2006, 6(29):6–9.
 23. Kienle GS, Albonico HU, Fischer L, Frei-Erb M, Hamre HJ, Heusser P, Matthiessen PF, Renfer A, Helmut Kiene. Complementary therapy systems and their integrative evaluation. Explore 2011, 7(3) 175 doi:10.1016/j.explore.2011.02.001
 24. Kiene H, What is cognition-based medicine? Z Arztl Fortbild Qualitatssich. 2005; 99(4-5):301-6.
 25. Kienle GS, Hamre HJ, Portalupi E, Kiene H. Improving the quality of therapeutic reports of single case and case series in oncology-criteria and checklist. Altern Ther Health Med 2004; 10(5):68-72.
 26. Coerver MMH, Otten E. Een eerste stap in de Bewijsvoering. Onderzoek de kosteneffecten van de antroposofische huisartsenzorg. 1-27. 1995. Utrecht
 27. Prescription Pricing Authority. PACT Standard Report. Gloucestershire Royal NHS Trust, 1999.
 28. Hamre HJ, Becker-Witt C, Glockmann A, Ziegler R, Willich SN and Kiene H. Anthroposophic therapies in chronic disease: the Anthroposophic Medicine Outcome Study (AMOS). Eur J Med Res 9, 351-360 (2004)
 29. Hamre HJ, Glockmann A, Kienle GS, Siemers P, Ziegler R, Keine H. Abschlussbericht Wissenschaftliche Begleitung des Modellprojekts Anthroposophische Medizin der Innungskrankenkasse Hamburg. Freiburg: Institut für angewandte Erkenntnistheorie und medizinische Methodologie. 537 S., Anhang 730 s. 2005.
 30. Simon L, Schmerztherapie mit homöopathisch potenzierten Heilpflanzen. Eine klinisch-therapeutische Studie unter besonderer Berücksichtigung des chirurgischen Fachgebietes, Karl F. Haug Verlag, Heidelberg 1987.
 31. Kienle GS, Kiene H, Albonico HU. Anthroposophic Medicine, Effectiveness, utility, costs, safety, pag. 220. Schattauer, 2006.
 32. Kooreman P, Baars EW. Patients whose GP knows complementary medicine tend to have lower costs and live longer. Eur J Health Econ 2012;13:769–776.
- SIMONETTA BERNARDINI, Presidente SIOMI
Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata**
- “Dal ventesimo secolo, lo sviluppo della medicina moderna permette ai pazienti di ricevere terapie efficaci basate sull'evidenza, evidenza fornita dalla ricerca medica basata su metodologie scientifiche comunemente accettate. Nonostante ciò molti pazienti cercano cure fornite da professionisti della medicina tradizionale, alternativa e complementare e i loro rimedi.”
- Le evidenze scientifiche sono certamente un parametro rilevante ai fini della scelta di un trattamento terapeutico, ma si ignora che:
- La evidenza scientifica è presente per un gruppo di Medicine Complementari (CAM), se non altro per quelle di più frequente impiego come omeopatia, fitoterapia e agopuntura (1).
 - David Sackett, uno dei padri del EBM, affermava che “la miglior soluzione ad un problema clinico è raccogliere le prove di efficacia più salde emerse dalla letteratura biomedica e interpretarle alla luce dell'esperienza personale del medico in funzione dell'assistenza mirata al singolo paziente” (2). Quindi la evidenza scientifica deve essere un supporto ma non la determinante per la scelta terapeutica che spetta sempre e comunque al medico.
 - Le Linee Guida recenti (vedi Sistema Grade) nell'indicazione di un trattamento terapeutico prevedono nello stabilire la forza di raccomandazione, oltre ai parametri legati alla evidenza scientifica, anche altri parametri che oltre alla Efficacy considerano anche l'Effectiveness e l'orientamento personale del paziente (3).
- “Visto che ogni terapia può beneficiare dell'effetto placebo, anche le CAM, possono trarre beneficio da questo effetto quando si usino farmaci non efficaci o vengano attuate procedure senza evidenza ed una efficacia scientifica.”
- La safety delle CAM è indirettamente dimostrata dalla scarsa segnalazione di effetti avversi, rintracciabili quasi esclusivamente per la fitoterapia in caso di uso incongruo da parte del medico, mentre sono sicuramente più numerose le segnalazioni di effetti avversi per le terapie convenzionali. In merito

alla considerazione riguardante i nuovi trattamenti terapeutici è evidente che essa non può essere applicata alle CAM, che trovano proprio nel loro impiego nel tempo un elemento di forza rilevante. La valutazione deve comunque essere prevista per patologie finora non trattate o emergenti, finora non trattate con le CAM.

“I pazienti e i cittadini dovrebbero essere attivamente informati sui possibili effetti negativi dell'interruzione di terapie mediche consigliate dai loro medici e dal sostituirle con altri metodi di non provata efficacia dalla pratica e dalla scienza medica. I pazienti che informino i loro medici di essere alla ricerca di metodi alternativi devono essere informati in modo imparziale sulla natura di queste terapie.”

L'auspicio di una informazione adeguata nei confronti del paziente che intende curarsi con le CAM è più che condiviso, ma è importante sottolineare che il principio dovrebbe essere affermato anche per le terapie di tipo convenzionale. Non appare utile la segnalazione di alcune patologie (neoplasie, malattie croniche, disturbi psichiatrici...) o di particolari fasce di età (pediatrica..) come se negli altri casi la informazione non dovesse essere necessaria, o come se fosse dimostrato che in questi casi le CAM fossero meno efficaci. Il problema delle informazioni da parte del medico nei confronti del paziente è strettamente legato però alla formazione del medico: in che modo il medico può apprendere gli elementi principali relativi all'impiego delle CAM? Sarebbe utile che nei paesi membri le Facoltà Universitarie fornissero allo studente di medicina le nozioni fondamentali riguardanti le CAM, cosa che in Italia sta in parte succedendo da quando la Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea ha approvato l'inserimento di crediti formativi sottoforma di ADE (Attività Didattica Elettiva) all'interno del Corso di Laurea in Medicina (4).

“I medici devono essere consapevoli che alcuni gruppi di pazienti, come pazienti affetti da tumore, o malattie psichiatriche o gravi malattie croniche e bambini, sono particolarmente vulnerabili ai rischi connessi con pratiche alternative. Quando si presentino situazioni tali, i medici devono discutere con i loro pazienti se usare terapie CAM parallelamente con gli altri trattamenti esistenti. I medici che usano ogni pratica o metodo devono sempre informarsi sulla sua base ed evidenza scientifica.” Si ribadisce un concetto già in parte espresso: ogni medico in procinto di effettuare una prescrizione terapeutica deve avere verificato che tale prescrizione sia ispirata al principio dell'appropriatezza, in termini di efficacia e di corretta indicazione.

“Il pubblico deve essere informato che la medicina tradizionale o alternativa e complementare non è una specialità della medicina e quindi le formule di training certificate in queste discipline non costituiscono un corso di specializzazione.”

Non è mai stato sostenuto né proposto un ruolo di Specialità

per le discipline previste nell'ambito delle CAM, al punto che, in Italia, le scuole di formazione in CAM, pur ripetendo i criteri di accreditamento stabiliti nel 2013 dalla Conferenza Stato Regioni (5), non forniscono nessun titolo professionalizzante ma una certificazione idonea ai fini dell'iscrizione ai registri presso gli ordini professionali. D'altronde va anche sottolineato che, in Italia, la specializzazione è richiesta soltanto per la pratica professionale di Anestesista e di Radiologo e che anche i Master Universitari non hanno titolo professionalizzante, tranne quelli in terapia palliativa e del dolore, ambiti nei quali non esistono scuole di specializzazione.

“L'EU debba insistere che gli stati membri individualmente stabiliscano disposizioni rigorose che salvaguardino i pazienti trattati con medicine tradizionali, alternative o complementari offerte dai vari professionisti. Ci deve essere un meccanismo, quando si ritenga dannoso, che fermi o limiti considerevolmente ogni specifico trattamento complementare o alternativo per proteggere la salute pubblica. I legislatori nazionali dell'EU, nelle loro rispettive competenze, dovrebbero assicurare che la fiducia dei pazienti e dei cittadini non sia abusata, permettendo una informazione ingannevole a riguardo dell'efficacia delle terapie della medicina convenzionale o delle terapie complementari o alternative.”

Questa affermazione tende ad ignorare che il medico agisce nella piena responsabilità del suo operato e della correttezza del suo intervento, in qualunque ambito terapeutico, convenzionale o complementare, sia chiamato ad intervenire, in linea con quanto stabilito anche dalla recente revisione del codice deontologico (6). Analogamente il condivisibile principio che un intervento medico scorretto vada interrotto e sanzionato, è valido sia per le CAM che per la Medicina Convenzionale.

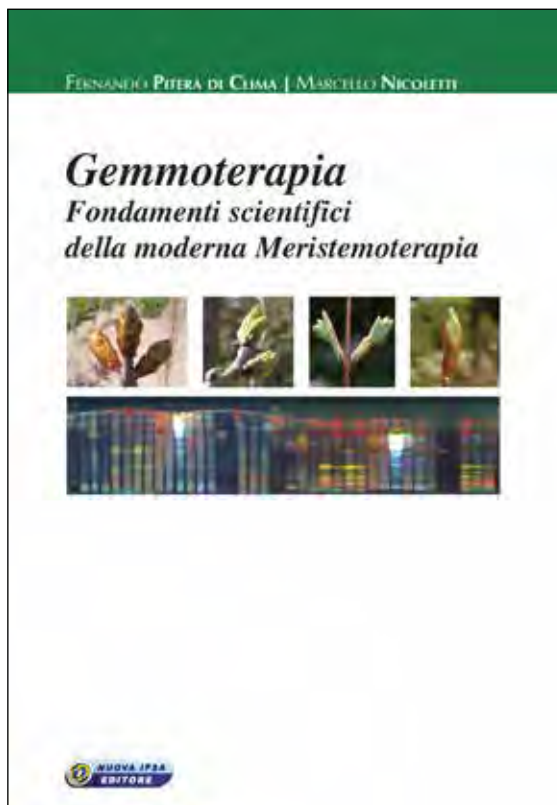
“I bilanci della salute pubblica dovrebbero essere di supporto solo per terapie riconosciute efficaci e sicure.”

Non risulta che le CAM rappresentino un motivo di spesa ingiustificato per il Sistema Sanitario. I dati, al contrario, tendono a dimostrare che nelle realtà Sanitarie che hanno previsto l'introduzione delle CAM nelle Medicina Pubblica, vedi i dati di Smallwood nel Regno Unito(7) e di Rossi a Lucca- Italia(8), si realizza anzi un cospicuo risparmio in termini di spesa sanitaria, per cui, al contrario, sarebbe auspicabile investire fondi sulla ricerca e sulla possibilità di impiego delle CAM nel pubblico, anche in considerazione della positiva percezione di efficacia da parte dei pazienti (9).

1. Bibliografia

- Mathie RT, Lloyd SM, Legg LA, et al. Randomised placebo-controlled trials of individualised homeopathic treatment: systematic review and meta-analysis. Syst Rev 2014;3:142
- Sackett D. HOW TO PRACTICE AND TEACH EBM Churchill Livingstone, 2000
- Atkins D, Eccles M, Flottorp S, et al. Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I: critical appraisal of existing approaches The GRADE Working Group. BMC Health Serv

- Res 2004;4:38.
5. L'insegnamento delle Medicina Alternative e Complementari(CAM) nel Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia: Posizione della Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia (luglio 2011).
 6. Reperto atti Conferenza Stato-Regioni n54/CSR del 7 febbraio 2013
 7. FNOMCeO : Codice di deontologia medica. Maggio 2014
 8. Smallwood C. The role of complementary and alternative medicine in the NHS. An investigation into the potential contribution of mainstream complementary therapies to healthcare in the UK. <http://www.freshminds.co.uk/PDF/THE%20REPORT.pdf>
 9. Rossi E, Crudeli L, Endrizzi C et al Cost-benefit evaluation of homeopathic versus conventional therapy in respiratory diseases Homeopathy 2009; 98:2-10.
 10. Bernardini S, Cracolici F, Ferreri R et al Integration between orthodox medicine, homeopathy and acupuncture for inpatients: Three years experience in the first hospital for Integrated Medicine in Italy. Journal of Traditional and Complementary Medicine 2015; 5: 234-240.

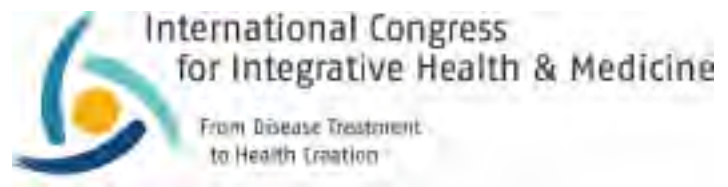


Nuova Ipsa Editore
Palermo 2016
Illustrato a colori
p. 720
€ 65,00

Un testo atteso da anni.

Gli Autori sono due eminenti docenti e ricercatori: Fernando Piterà Di Clima e Marcello Nicoletti.

La Gemmoterapia è un metodo terapeutico per la prevenzione e la cura di malattie acute e croniche (umane e veterinarie), che utilizza le proprietà medicinali di estratti ottenuti da tessuti vegetali freschi ancora in via di accrescimento, al fine di ottenere un beneficio medicamentoso o salutistico. In virtù della loro speciale natura, questi prodotti sono capaci di favorire e stimolare le normali funzioni fisiologiche dell'organismo e normalizzare alcune costanti biologiche alterate nell'uomo e in altri mammiferi.



Stuttgart Integrative Health & Medicine Declaration

Originally endorsed by the participants of the International Congress for Integrative Health & Medicine, June 9-11, 2016 in Stuttgart, Germany

Background

Medicine today faces immense challenges: chronic and lifestyle-related diseases are overwhelming health systems; antimicrobial resistance has become a threat to human health; child and maternal mortality remain disproportionately high in low income countries; climate change and pollution is affecting human health; universal access to health services is still not assured in many countries; health care costs are rising without a corresponding improvement in health and wellbeing.

The focus on disease treatment has diminished the focus on individuals as whole persons, and distracts from the intimate connection between the health of individuals, the health of our communities and the health of our environment.

Demand for traditional and complementary medicine (T&CM) is high in all countries because people experience the limitations of the biomedical model to respond to all their health needs. People look for an approach to healing that focuses on the person as a whole, supports self-healing and health creation, and is participative.

Integrative Health and Medicine

Integrative health and medicine has emerged as a movement that focuses on the whole person, considering the individual in its physical, psychological, spiritual, social and environmental context, and is inclusive of all professions and practices that use this approach.

Integrative health and medicine stands for an evidence-informed integration of conventional biomedicine with traditional and complementary medicine (T&CM). All appropriate therapeutic approaches and healthcare disciplines are used to achieve optimal health and healing, while recognizing and respecting the unique contribution from many medical systems.

Integrative health and medicine affirms the importance of the practitioner-patient relationship, the empowerment and participation of patients, and emphasizes interprofessional collaboration, networks and teams.

The Stuttgart Congress illustrated the support that integrative health and medicine offers to addressing global health

challenges such as antimicrobial resistance and non-communicable diseases; to expanding universal health coverage; and to addressing social, economic and environmental determinants of health at the individual and community level. Successful integrative care models exist today across the health care spectrum, including in cardiology, oncology, pain management, mental health, pediatrics and others, waiting to be scaled up.

There is growing and in many cases good evidence on efficacy, including quality of life, safety and cost-effectiveness of traditional and complementary medicine, integrative health and medicine and the integrative care model, but more investment in research is needed.

The Integrative Health & Medicine model is fully aligned with the WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023, providing models of a meaningful integration into healthcare systems. Some countries are making significant progress in integrating T&CM into their healthcare system but many countries are lagging behind despite several resolutions by the World Health Assembly -- the supreme decision-making body of the WHO -- urging them to do so.

A Call for Action

Based on our commitment to reach the Sustainable Development Goals 2030 and a shared vision to improve human health and wellbeing for all, we aim to build a concerted, global movement to advance the integrative health & medicine approach, based on mutual respect, exchange, collaboration and cooperation.

We commit ourselves and call on others to take action to address pressing global health needs such as antimicrobial resistance and the rising burden of non-communicable disease by further developing, evaluating, sharing and implementing integrative prevention and care models.

We commit ourselves and call on others to collaborate and cooperate in conducting relevant research to increase scientific evidence.

We unite behind the goal to demonstrate the affordability of integrative health care and ensure access for all.

We call on governments:

- * To recognize integrative health and medicine as a whole society approach that will help to reach the Sustainable Development Goals;
- * To include integrative T&CM into national health service delivery and self-care, as agreed in the WHO Traditional Medicine Strategy 2014--2023 and several World Health Assembly resolutions;
- * To collaborate with integrative health and medicine research centers, practitioners and civil society in establishing integrative health and medicine policies;
- * To create and fund ambitious public research programs to increase evidence of T&CM treatments and integrative care models;
- * To establish and support systems for qualification, accreditation or licensing of integrative medicine practitioners;
- * To ensure inclusion of integrative health concepts in the education programs of all health professionals

- * To adopt medicine regulation pathways tailored to the specific nature of traditional and complementary medicines.

We call on the World Health Organization:

- * To prioritize the implementation of the WHO Traditional Medicine Strategy 2014--2023;
- * To adopt, whenever relevant, an integrative health and medicine approach across WHO departments and strategies to reach the Sustainable Development Goals;
- * To facilitate regional collaboration of countries and to closely collaborate with T&CM research centers, practitioners and civil society to advance the implementation of the WHO Traditional Medicine Strategy.

We call on professional organizations:

- * To actively support the implementation of WHO Traditional Medicine Strategy, including through certification of T&CM practitioners and practices.

Etnofarmacologia ed etnobotanica: studi attuali e potenzialità future

(parte quinta)

Adalberto Peroni, Gabriele Peroni

PAROLE CHIAVE

Etnofarmacologia,
Etnobotanica,
Fitoterapia,
Lombardia,
Canton Ticino.

KEYWORD

Ethnopharmacology,
Ethnobotany,
Lombardy (I),
Canton of Ticino (CH).

RIASSUNTO

Nella quinta parte di questo studio di etnofarmacologia ed etnobotanica dell'Italia settentrionale e della Svizzera meridionale gli autori prendono in esame 20 specie di piante selvatiche.

ABSTRACT

In the fifth part of the study on the ethnopharmacology and ethnobotany of Northern Italy – Southern Switzerland, the authors carry on the examination of any plants (20 species) growing in the area.

Famiglia: Brassicaceae

Alliaria petiolata (Bieb.) Cavara et Grande



Sinonimi: *Alliaria officinalis* Andr., *Erysimum alliaria* L., *Sysimbrium alliaria* Scop.

Nomi volgari: *alliaria*, *erba alliaria*, *lunaria selvatica*, *pié d'asino*, *alliaria comune*.

Usi alimentari – Tutta la pianta odora leggermente d'aglio, le foglie, intere o tagliuzzate finemente, erano aggiunte alle insalate per insaporirle. Le foglie e i getti giovani erano cotti e aggiunti ad altre verdure lessate, oppure entravano nelle minestre.

Etnofarmacologia - La pianta bollita era applicata, in cataplasma, sulle piaghe suppuranti, che erano, preventivamente, lavate con il decotto. Le foglie fresche, contuse o ridotte in poltiglia, erano applicate localmente, per curare le piaghe delle gengive e per trattare le patologie buccali in genere.

Alliaria si consumava cruda, nelle insalate, contro i catarri, la tosse e le bronchiti.

Note - Nell'uso esterno, all'*alliaria* sono riconosciute proprietà vulnerarie e antisettiche; internamente, esercita azioni depurative, anticatarrali, antisettiche, antiasmatiche e antiscorbutiche.

Armoracia rusticana Gaertner et Al.

Sinonimi: *Armoracia lapathifolia* Gilbert, *Cochlearia armoracia* L., *Nasturtium armoracia* Fr.

Nomi volgari: *amoracia*, *armoracia*, *barbaforte*, *cren*, *rafano*, *senape dei cappuccini*, *senape dei monaci*.

Nomi vernacoli: *crèen*, *peverèlla*, *polpètta de maghèr*, *ram-poeüsgen*, *rampoeüsger*, *rampögen*, *ramulätt*, *remolàzz*, *salàm de prösa*.

Usi alimentari: la radice fresca era impiegata, grattugiata, come condimento. A volte, la radice era tagliata in fettine sottili e aggiunta, in piccola quantità alle insalate.

Etnofarmacologia – Il decotto “leggero” era bevuto come depurativo e “antinfatico”. Il liquido ottenuto tritando le foglie fresche, aggiungendo acqua fredda e filtrando il tutto, era bevuto contro i calcoli renali e vescicali. Esternamente la radice



grattugiata e mescolata a farina di mais o a farina di lino era applicata calda sul petto nelle affezioni respiratorie, in particolare se accompagnate da catarro; e, localmente, sulle parti interessate da dolori mioarticolari. La radice grattugiata e impastata col burro era applicata sulle parti doloranti a causa dei reumatismi, e sui foruncoli e ascessi, per farli maturare. Si preparava anche un acetolito, macerando la radice in aceto; questo rimedio era applicato localmente sulle parti interessate da dolori mioarticolari. L'empastro di foglie fresche era applicato esternamente, sulla guancia, contro il dolore di denti.

Note – Alla radice di cren si riconoscono proprietà antiscorbutiche, depurative, diuretiche, uricolitiche, scialagoghe, euptiche, balsamiche; e, all'esterno, rubefacenti. L'uso eccessivo o inadeguato sia come alimento sia come medicamento può indurre infiammazioni gastrointestinali o all'apparato urinario. Si tratta di una pianta selvatica, talvolta coltivata negli orti e rinselvaticita.

Barbarea vulgaris R. Br.

Nomi volgari: erba di santa Barbara, erba di santa Barbara comune, erba degli artiglieri, erba barbara, rucola palustre. Nomi vernacoli: *gradisèlla*, *grasidèlla*, *ravisc selvàdegh*, *raviscètta*.

Usi alimentari - Le foglie della rosetta basale erano colte e consumate in insalata, a causa del loro sapore particolare che ricorda quello del crescione. I giovani scapi, colti prima dell'antesi, erano cucinati come i broccoli.

Etnofarmacologia – La pianta intera era applicata fresca in empastro e come impacco dell'infuso, nel trattamento di ferite e piaghe.

Note - Oltre alla specie citata, si ricercava e consumava anche *Barbarea verna* (Miller) Asch. (sinonimo: *Barbarea pra-*

ecox R. Br.). A volte, dato il non sempre facile reperimento, le due specie erano coltivate negli orti. Il nome legato a santa Barbara, patrona dei minatori e degli artiglieri (categorie ad alto rischio di ferite), è dovuto alle proprietà vulnerarie della pianta.

Brassica napus L. var. *arvensis* Lmk.

Nomi volgari: ravizzone, navone, cavolo navone, colza.

Nomi vernacoli: *ravisùn*, *ravizzòn*, *ravisciùn*, *ravisciòn*, *ravet-tòn*, *colzàtt*.

Usi alimentari – Le foglie giovani erano cotte e consumate come spinaci o nelle minestre.

Note – È la varietà selvatica della colza. La varietà colturale *B. napus* var. *napobrassica* Mill. era coltivata per ottenere olio dai semi, soprattutto durante le due ultime guerre.

Brassica oleracea L.



Nomi volgari: cavolo, verza.

Nomi vernacoli: *vérza*, *vèrz*, *càul*, *svérza*, *salcràot*.

Usi alimentari – È la notissima verza molto nota e impiegata nella cucina popolare.

Etnofarmacologia - Il succo crudo era bevuto contro i vermi intestinali. Si bollivano nel latte alcune foglie, il decotto si beveva, molto caldo, contro la tosse e le affezioni respiratorie in genere. Le foglie, preventivamente immerse nel latte caldo, erano applicate sulle ferite, sulle piaghe e sulle scottature. Le foglie schiacciate e private della nervatura mediana, sovrapposte, fissate con un filo, riscaldate con acqua bollente, erano usate come impacco revulsivo e applicate sulle parti infiammate. Interessante la componente "magica": le foglie dovevano essere sempre in numero dispari, generalmente tre o cinque. Trattate come sopra descritto, spalmate di sugna o altro

materiale grasso, le foglie erano applicate localmente nei casi di nevralgie, sciatiche, lombaggini, dolori reumatici, mastiti; a volte, per aumentarne l'efficacia, dopo aver steso la foglia sulla parte interessata si scaldava "ripassandola" con un ferro da stiro riscaldato alla temperatura giusta. Contro i dolori intercostali, "da sforzo eccessivo" si applicavano sulla parte dolorante alcune foglie di cavolo unte con olio, si fasciavano abbastanza strettamente (senza rendere difficoltosa la respirazione, ovviamente!), e si lasciavano in sito fino all'appassimento delle foglie stesse. Per guarire grossi foruncoli vi si applicavano foglie di cavolo con burro ben riscaldato sotto la cenere del camino. Per curare le slogature si avvolgeva la parte colpita con un'applicazione fredda preparata con le foglie più esterne, "passate" al mattarello per renderle più morbide. Ancora, le foglie, macerate in acqua borica, erano impiegate, localmente, contro gli orzaioli. Per curare le congiuntiviti e le infiammazioni oculari in genere, si applicavano sulle tempie costole peste di cavolo.

Note - Al cavolo sono riconosciute proprietà toniche, antianemiche, pettorali, cicatrizzanti, epatoprotettive, antisettiche delle vie urinarie, remineralizzanti, antidiabetiche, antidiarteriche, antireumatiche, antidolorifiche, antiemorroidarie, antivaricose e antiulcerose.

Bunias erucago L.

Sinonimo: *Erucago campestris* Desv.

Nomi volgari: cascellone, cascellone comune, falsa rucola, navone selvatico.

Nomi vernacoli: *barlânda, burlânc, lândër, lândra, lëndra, slândra*.

Usi alimentari - Le rosette basali (il sapore ricorda insieme la rapa e il cavolo) erano cotte mediante bollitura e consumate come gli spinaci, oppure come erba per minestre di verdure.

Etnofarmacologia - Le foglie fresche erano ridotte in poltiglia e applicate in empiastro sulle ferite, come vulnerario.

Note - È pianta poco studiata sotto il profilo chimico e fitoterapico. Dobbiamo però ricordare che stante la vicinanza biologica di *B. erucago* con *Capsella bursa-pastoris* (specie molto studiata) le proprietà emostatiche e astringenti attribuite a cascellone poggiano su basi razionali.

Capsella bursa-pastoris (L.) *Medicus*

Nomi volgari: borsapastore, borsapastore comune, borsa del pastore, borsacchina, erba raperina.

Nomi vernacoli: *börsa dal pastör, bürsa da pastüu, casèl, casèla, casèli, casèrta, castellétt, landriin, trèspich, èrba borsacchina, èrba bürsa, castét*.



Usi alimentari - Le foglie erano cotte e consumate come spinaci, nei risotti, nelle minestre, oppure, crude entravano negli ingredienti delle insalate.

Etnofarmacologia - Il decotto della parte aerea era bevuto, per più giorni, per arrestare le metrorragie. Un pugno di borsapastore e uno di alchemilla sminuzzate, erano messi in un recipiente contenente acquavite; il recipiente era poi chiuso ermeticamente ed esposto al sole per dieci giorni; il filtrato era frizionato, più volte al giorno, sul membro ammalato, nei casi di atrofia muscolare. Il vino di capsella era bevuto contro i dolori della milza e nel caso di "sputi sanguigni". Con il decotto si lavavano e disinfettavano le piaghe; introdotto per via nasale, fermava le epistassi. L'infuso molto concentrato era applicato come empiastro per curare le emorroidi. Molto interessante la seguente cura contro la malaria: per via orale erano somministrati decotti o succo di capsella fresca; le foglie, i fiori e i semi erano tagliuzzati, pestati e mescolati con un poco di aceto fortissimo e un poco di sale, l'empastro era applicato e fasciato ai polsi dell'ammalato all'inizio dell'accesso febbrile. L'empastro era lasciato in sito per ventiquattro ore ed eventualmente rinnovato in caso di nuovo attacco febbrile.

Note - Alla borsapastore sono riconosciute proprietà tonico astringenti, emostatiche, eccitanti uterine, ipotensive, vasodilatatrici. La medicina tradizionale cinese impiega borsapastore per contrastare le dissenterie e le fermentazioni intestinali. Abbiamo raccolto una testimonianza sull'uso di borsa pastore come caglio per il latte, nei duri anni della seconda guerra mondiale.

Cardamine amara L.

Nomi volgari: billeri amaro, cardamine amara.

Nomi vernacoli: *raviz màar, grassù*.

Usi alimentari - Le rosette basali erano mangiate in insalata.

Etnofarmacologia – Soprattutto in primavera, le foglie erano consumate crude in insalata, oppure confezionate in infuso, come depurativo, diuretico e antianemico.

Note – A *C. amara* sono riconosciute proprietà antianemiche, antiscorbutiche, diuretiche, remineralizzanti, antidiabetiche, antilitiasi biliare, depurative epatiche e decongestionanti dell'apparato respiratorio; proprietà analoghe a quelle attribuite al crescione.

Cardamine heptaphylla (Villars) Schulz



Sinonimi: *Dentaria pinnata* Lam., *Dentaria heptaphylla* Villars.

Nome volgare: dentaria pennata.

Usi alimentari - Le rosette basali erano raccolte, quando ancora giovani, e consumate sia in insalata, sia nelle minestre. Il rizoma, leggermente piccante, era grattugiato e impiegato per condire.

Etnofarmacologia - L'infuso era bevuto nei casi di problemi gastroenterici, in particolare dissenteria ed emorragie.

Note - Al rizoma di dentaria sono riconosciute proprietà bechiche e astringenti. Le parti aeree esercitano azioni pettorali e balsamiche delle vie respiratorie, dell'apparato gastroenterico e delle vie urinarie.

Cardamine hirsuta L.

Nomi volgari: cardamine, erbetta da minestre.

Usi alimentari – Tutta la pianta, liberata dalle eventuali frut-

tescenze, era tritata e aggiunta alle minestre. Cruda era usata per insaporire le insalate.

Etnofarmacologia - L'infuso era bevuto nei casi di problemi gastroenterici, in particolare dissenteria ed emorragie.

Note – La pianta è di piccole dimensioni, ma molto comune, questo permetteva una copiosa raccolta; peraltro, uno dei nomi volgari della specie ne indica il vasto e antico uso come alimento.

Cardamine pratensis L.

Nomi volgari: cardamine, billeri dei prati, crescione dei prati.

Nome vernacolo: *raviz salvàdegh*.

Usi alimentari - Le rosette basali erano raccolte, quando ancora giovani, e consumate sia in insalata, sia nelle minestre.

Etnofarmacologia - L'infuso della pianta fresca oppure secca era impiegato contro i dolori reumatici e come diuretico. La polvere della pianta secca era usata con lo stesso scopo.

Note - Alla cardamine sono riconosciute proprietà stomachiche, antiscorbutiche, neurosedative, depurative.

Diplotaxis tenuifolia (L.) D.C.



Nomi volgari: ruchetta falsa, ruchetta selvatica.

Nomi vernacoli: *rùa gentil, rìgola, arùga selvàtica, rìcola, rùgala, rùcola*.

Usi alimentari – Le foglie, dal sapore piccante e particolare, erano usate crude nelle insalate e per insaporire le varie pietanze.

Etnofarmacologia – L'infuso delle foglie e della pianta intera era bevuto come espettorante. La pianta contusa era applicata in empiastro come rubefacente e risolvente.

Note – A *Diplotaxis* sono riconosciute proprietà antiscorbutiche, espettoranti ed astringenti (internamente); rubefacenti (esternamente).

Nasturtium officinale R. Br.



Nomi volgari: crescione, nasturzio.

Nomi vernacoli: *èrba di biss, erbabèch, grasòn, grasòch, in-grasòn, crasciòn, scrasòch, carsòn, cresciòn, cressùn, insalàta d'acqua, capüsc, capucìn, fiòr da capüscin, capüscitt*.

Usi alimentari - Era consumato in insalata, particolarmente in primavera, come pianta rimineralizzante, diuretica e depurativa.

Etnofarmacologia – L'uso alimentare accennato sopra interessa anche la medicina popolare. La pianta ridotta a poltiglia era applicata in empiastro sulle aree interessate dall'alopecia e dalla sciatica.

Note - Al crescione sono riconosciute proprietà antianemiche, antiscorbutiche, diuretiche, remineralizzanti, antidiabetiche, antilitiasi biliare, depurative epatiche e decongestionanti dell'apparato respiratorio.

Raphanus raphanistrum L.

Nomi volgari: rafano, ravanello selvatico, rapastrello, ramo-laccio selvatico.

Nomi vernacoli: *remulàzz, làndra, ravanàsc, ravanàsciu, rava-tòn, ravatùn, ravanin salvàdigh, sménsa da rusàri*.

Usi alimentari - La radice era consumata come ortaggio. Grattugiata, era incorporata alle frittate.

Etnofarmacologia - La radice, scavata nel mezzo, era cotta nel forno, dopo averne riempita la cavità di zucchero; il succo così ottenuto era somministrato per curare l'orticaria.

Note - Al ravanello selvatico sono riconosciute proprietà depurative generali e cutanee, antiortocaria, antiscorbutico.

Thlapsi arvense L.

Nomi volgari: erba storna, erba storna comune.

Nome vernacolo: *èrba de càncher, èrba stùrna*.

Usi alimentari – Le giovani innovazioni primaverili erano consumate crude in insalate miste.

Etnofarmacologia - La pianta intera, fresca o confezionata in infuso, era applicata localmente, sottoforma di empiastro, nei casi di malattie reumatiche.

Note - Le foglie sono, oggi impiegate, internamente, come depurative e antiscorbutico; per via esterna, sono loro riconosciute proprietà risolventi e antinevralgiche, in particolare contro i dolori reumatici e la sciatica.

Thlapsi perfoliatum L.

Nomi volgari: erba storna, erba montanella.

Nome vernacolo: *èrba stùrna*.

Usi alimentari - Le giovani innovazioni primaverili erano consumate crude in insalate miste.

Etnofarmacologia - La pianta intera, fresca o confezionata in infuso, era applicata localmente, sottoforma di empiastro, nei casi di malattie reumatiche.

Note - Le foglie sono, oggi impiegate, internamente, come depurative e antiscorbutico; per via esterna, sono loro riconosciute proprietà risolventi e antinevralgiche, in particolare contro i dolori reumatici e la sciatica.

Famiglia: Buxaceae

Buxus sempervirens L.

Nomi volgari: bosso, bossolo, busso, bussolo, martello.

Nomi vernacoli: *martèl, èrba augùsta*.

Usi alimentari – Abbiamo notizie dell'uso delle foglie di bosso, usate come amaricante, macerate nell'acquavite.



Etnofarmacologia - La radice grattugiata e unita a un rosso d'uovo era presa, come diaforetico, per curare i reumatismi. L'enolito, ottenuto bollendo trucioli di legno di bosso in vino rosso, si frizionava sulle parti interessate, contro le nevralgie. Il decotto delle foglie era impiegato per lavature ed empiastri, come antisettico e cicatrizzante. Con la decozione del legno e delle foglie in una soluzione al 50% di acqua e aceto, si confezionava una lozione che era applicata sul cuoio capelluto per aiutare la ricrescita dei capelli. Il vino medicato, preparato macerando a lungo le foglie di bosso in vino bianco, era preso a bicchierini, prima del pasto principale, come eupeptico. Le foglie secche, polverizzate con sena, in infuso si assumevano come lassativo.

Note - Al bosso sono oggi riconosciute proprietà febbrifughe antireumatiche, diaforetiche, colagoghe, purgative, disinfettanti e cicatrizzanti. I preparati di bosso, a forti dosi, hanno una certa tossicità (dovuta agli alcaloidi), e possono provocare gastroenterite, vomito, diarrea, vertigine e abbassamento della pressione arteriosa. Il legno, molto duro, era impiegato per lavori al tornio. I ragazzi (compresi gli scriventi) cercavano forcelle di bosso, della misura giusta, per fabbricare le fionde tirasassi, a causa della notevole durezza ed elasticità del legno.

Famiglia: Campanulaceae

Campanula rapunculus L.

Nomi volgari: raperonzolo, raponzolo, campanula commestibile.

Nomi vernacoli: *campanin di bòsch, rampogiòle, rampongiòr, rampojòr, rampüsgen, rampögen, ranpùgni, rampùnc, rampùnc, ranpùnsi, rampösgian, ravèta campanina.*

Usi alimentari - Le radici erano mangiate come ortaggi, il sapore è particolarmente gradevole perché le riserve sono co-

stituite da inulina (dolce) e non da amido. Tagliate in rondelle sottili, le radici entravano, crude, come ingrediente d'insalate miste. Le foglie giovani si consumavano crude nelle insalate. Quando "più mature" e durette, le foglie erano lessate e mangiate come gli spinaci.

Etnofarmacologia - Con le parti aeree, alle quali erano unite foglie di malva e di salvia, si preparava un decotto usato come collutorio nelle infiammazioni della bocca. Le foglie bollite, e ancora calde, erano applicate, come cataplasmi, sulle gengive infiammate.

Note - Particolarmente interessanti, oltre alle caratteristiche alimentari, sono le proprietà sedative recentemente riscontrate nelle radici. Alla parte aerea sono riconosciute proprietà astringenti, detersive, antiflogistiche. I fiori hanno mostrato proprietà antiepilettiche. Le radici del raperonzolo sono, seppur molto raramente, ancora usate a fini gastronomici. Anche di altre Campanulaceae, come la comune *Campanula trachelium* L. (nome volgare: imbutini; nomi vernacoli: *campanèla, campanin*) si consumavano le foglie, come gli spinaci, previa lessatura).

Phyteuma sp.

Nomi volgari: raponzolo, raponzolo montano, fiteuma.

Nomi vernacoli: *fiòr del diàvol, rampüsgen.*

Usi alimentari - Le foglie delle varie specie di *Phyteuma* erano cucinate in minestre, zuppe o impiegate nella preparazione di ripieni; crude, le più giovani e tenere, entravano nelle insalate miste. La radice era lessata e consumata come quella del più famoso raperonzolo (*Campanula rapunculus* L.).

Etnofarmacologia - Abbiamo raccolto una sola testimonianza in proposito: l'infuso della parte aerea di *Phyteuma*, non altrimenti specificata, usato esternamente come astringente



vulnerario e le foglie fresche stropicciate tra le dita e applicate (in campagna, estemporaneamente) su piccoli tagli e punture d'insetti.

Note - Piante molto comuni in natura, ma ancora poco o nulla studiate sotto il profilo farmacologico, praticamente sconosciute alla moderna fitoterapia. Come sempre, varrebbe la pena di partire dalle indicazioni offerte dall'esperienza popolare e investigare più a fondo le specie segnalate.

Famiglia: Cannabaceae

Humulus lupulus L.

Nomi volgari: luppolo, luppolo comune, bruscoli, bruscanoli.

Nomi vernacoli: *càpui, càpoi, luertiis, luvertiis, lavartis, luartis, lavartisu, luvertisu, luvertisa, loertiis, luartisi, vartis, vartisi, uvertis, uvertisa, uvertisi, raurtis, rovertiz, overtis, lovertiss, lavertis, lovartis.*

Usi alimentari - I germogli e i giovani getti erano largamente consumati come gli asparagi, o come verdura, in insalata, nelle frittate e nelle minestre.

Etnofarmacologia – Il decotto delle infiorescenze di luppolo e di foglie di salvia era bevuto per depurare e curare il fegato. Il cataplasma delle foglie era applicato localmente per calmare i dolori reumatici e gottosi, e sugli edemi per risolverli. L'infuso delle foglie era bevuto, contro l'insonnia, prima di coricarsi. L'infuso delle infiorescenze femminili era assunto come digestivo e tonico gastroenterico. Il luppolino era assunto per curare l'incontinenza d'urina.

Note - Alle infiorescenze femminili di luppolo (denominate "coni") sono riconosciute proprietà aperitive, amaro toniche,

digestive, estrogenizzanti, calmanti, antispasmodiche, sonnifere blande; esercitano anche spiccata attività antibiotica nei confronti di batteri e funghi patogeni. Ricordiamo che il luppolino è la polvere granulosa costituita dalle ghiandole delle infiorescenze femminili; ha odore gradevole e sapore amaro aromatico; la droga esercita azione tonica, amaro stomachica; un tempo era ritenuta anafrodisiaca. Il luppolo è tra le poche piante selvatiche ancora oggi discretamente raccolte e consumate come alimento. Riteniamo opportuna un'avvertenza per la raccolta: i tralci cavi più sviluppati e succulenti gemono un umore acquoso che, su tessuti chiari, può lasciare macchie di colore rugginoso, di non facile dissolvimento anche con smacchiatori e detergenti usuali.

Overlapping terapeutico in Glaucoma giovanile malformativo

Case report

Luca Bergamini
Specialista in Oftalmologia

Introduzione

Il glaucoma è una neuro-otticopatia cronica progressiva, comunemente definito *ladro silenzioso della vista*, in quanto caratterizzato da un'assenza di sintomatologia anche negli stadi avanzati.

Si deve considerare un aspetto morfologico che porta ad un'escavazione ed un'atrofia della testa del nervo ottico per apoptosi degli assoni delle cellule ganglionari retiniche (**CGR**), e un aspetto funzionale con un restringimento progressivo del campo visivo fino alla cecità.

L'impatto sociale ed economico del glaucoma è importante per l'elevata prevalenza della malattia (più di 66 milioni di persone affette nel mondo) e per la forte compromissione della qualità della vita determinata dalle alterazioni visive. Rappresenta la causa principale di cecità irreversibile in tutto il mondo. (1)

Classificazione

Esistono diversi fenotipi di glaucoma: il Glaucoma Primario ad angolo Aperto (**POAG**), il Glaucoma Primario ad Angolo Chiuso (**GPN**), il Glaucoma a Pressione Normale (**GCPA**), il Glaucoma Pseudoesfoliativo (**PEX**), il Glaucoma Pigmentario (**PG**), i Glaucomi secondari, i Glaucomi Malformativi e quelli Congeniti.

Fisiopatologia

La patogenesi della neurodegenerazione non è del tutto chiara, è invece evidente che sono solo le cellule ganglionari retiniche e i loro assoni a soffrire e morire, coinvolgendo tutta la via ottica e quindi anche il nucleo genicolato laterale e la corteccia visiva, senza interessamento di altre strutture neuroretiniche.

Il principale fattore di rischio oggi conosciuto del glaucoma è l'aumento della pressione oculare (**IOP**) che è influenzata dalla circolazione dell'umor acqueo e in minor misura dalla circolazione sanguigna e dalla resistenza della parete oculare. L'umor acqueo è un liquido simile all'acqua, trasparente. È prodotto in maggior quantità per secrezione attiva con ritmi circadiani dalle cellule dei processi ciliari, alla velocità di circa 2-3 micro-litri al minuto. È inizialmente escreto nella camera posteriore da cui passa, attraverso il forame pupillare, nella camera anteriore. Una parte di questo liquido si riversa nel canale di Schlemm, dopo aver attraversato un filtro poro-

so chiamato trabecolato, rivestito da cellule endoteliali particolarmente sensibili allo stress ossidativo, e poi abbandona l'occhio attraverso un sistema venoso.

Un eccesso di produzione o, più frequentemente, una riduzione del deflusso, porta ad un aumento della pressione intraoculare.

L'aumento della pressione oculare produce la morte delle cellule ganglionari retiniche per apoptosi.

I meccanismi che conducono alla degenerazione degli assoni delle **CGR** sono legati in prevalenza al blocco del trasporto assonale che impedisce alle neurotrofine di raggiungere le **CGR**. (2)

Questi fattori di crescita sono assolutamente critici per la sopravvivenza delle cellule neuronali.

Esistono due principali vie apoptotiche: intrinseca ed estrinseca.

Il mitocondrio gioca un ruolo fondamentale nella via intrinseca.

In una sorta di suicidio, la cellula apoptotica attiva un insieme di proteasi (note come caspasi), che ne demoliscono le strutture molecolari. (3) L'evento principale si attua nel mitocondrio, dove un poro condiviso tra la membrana esterna e quella interna, il poro di transizione della permeabilità (*Permeability Transition Pore*, **PTP**), si apre producendo il collasso del potenziale transmembranario. (4-5)

Ne consegue l'apertura sulla membrana mitocondriale di altri canali attraverso i quali vengono rilasciati nel citoplasma in modo aspecifico varie molecole apoptogeniche normalmente localizzate all'interno del mitocondrio, tra cui il Citocromo C, che innescano la cascata di attivazione delle Caspasi, in particolare la **3**, la **8** e la **9** che portano, a loro volta, alla condensazione della cromatina. (6)

Il Coenzima Q 10 ha azione anti apoptotica per la sua attività anti ossidante, ma recentemente è stato dimostrato che potrebbe essere in grado di prevenire l'apoptosi mediante inibizione del **PTP** mitocondriale. (7)

Come nella maggior parte delle malattie neurodegenerative pare che anche nel glaucoma il danno mitocondriale giochi un ruolo fondamentale.

Le cellule endoteliali del trabecolato dei pazienti glaucomatosi hanno bassi livelli di ATP, perché l'attività mitocondriale è compromessa. Questo porta un mal funzionamento di tali cellule e quindi un diminuito passaggio di umor acqueo at-

traverso il trabecolato. L'eccesso di TGF beta riscontrato nei tessuti oculari, determina una progressiva rigidità del sistema con alterazione delle fibre collagene e di elastina e in ultimo un aumento della pressione oculare.

Un biomarker molto interessante è il bilancio delle cellule T Helper e T Regulatory nel plasma che esprime lo stato di benessere del tessuto nervoso in situazione di prevalenza di T Helper.

Rispetto ai casi controllo, i pazienti con Glaucoma presentano i valori più elevati di T Regulatory nel sangue periferico. *Nei glaucomatosi la velocità di progressione della malattia non è tanto legata al valore medio di pressione endoculare, quanto alla percentuale dei linfociti T Regulatory nel sangue.* (8)

Riassumendo, le primissime fasi del danno glaucomatoso si verificano a livello cellulare con una disfunzione mitocondriale, con un aumento del calcio intracellulare e con una riduzione fino al blocco del trasporto assonale che impedisce alle neurotrofine di raggiungere le CGR.

Numerosi lavori hanno messo in evidenza che alcune neurotrofine, quali il BDNF, l'NGF, l'NT3 e l'NT4 possano indurre una significativa rigenerazione assonale con recupero della funzionalità sia a livello spinale che del nervo ottico. (9-10)

Fisiopatologia omotossicologica

Il glaucoma è collocato, nella tavola delle omotossicosi, nella fase di Degenerazione con qualche accenno alla Dedifferenziazione. Fig. A

CASE REPORT

Nel febbraio 2015 giunge alla personale osservazione un giovane ragazzo di 17 anni con diagnosi di Glaucoma giovanile malformativo.

Il caso è interessante perché il paziente è già in massima terapia ipotonizzante locale con l'associazione di una prostaglandina, un beta bloccante un alfa 2 selettivo.

Inoltre ha già eseguito un trattamento parachirurgico teoricamente risolutivo, la ciclofotocoagulazione laser nell'occhio destro.

Presenta un marcato scompenso tensionale nell'occhio destro: 35 mmHg

Alcuni momenti anamnestici importanti del paziente.

07.1995 RECESSIONE BILATERALE DEI MUSCOLI RETTI MEDIALI

07.1998 ASPORTAZIONE DI CATARATTA CONGENITA CON VITRECTOMIA BILATERALMENTE

09.1998 DISCUSSIONE CHIRURGICA DI CATARATTA SECONDARIA OD

1-3.2015 IMPIANTO SECONDARIO DI LENTE INTRAOCULARE IN OO

02.2007 RECESSIONE DEL MUSCOLO RETTO MEDIALE OS E RESEZIONE DEL MUSCOLO RETTO LATERALE OS

Dal 03.2010 Ipertono oculare in trattamento farmacologico in OO.

I Potenziali Evocati Visivi eseguiti in luglio 2011 non erano elicetabili a nessuna frequenza.

Nel novembre 2014 esegue ciclofotocoagulazione con laser diodi OD per uno scompenso tensionale.

Presenta la seguente obiettività:

Vod 1/10 con correzione (-1.50sf -3.50cil/80)

Vos 3/10 con correzione (-2.50sf -1.00cil/80)

Tod 35 mmhg

Tos 18 mmhg

SAoo pseudofachia chirurgica, IOL

FOO papilla ottica di piccole dimensioni, margini netti, di aspetto grigiastro soprattutto a destra.

Interessante è la completa aderenza del profilo costituziona-

SISTEMI ORGANICI	FASI DELLA SOSTANZA FONDAMENTALE (MATRICE)			FASI CELLULARI		
	Fase di Escrezione	Fase di Infiammazione (o di Dissoluzione)	Fase di Deposito	Fase di Impregnazione	Fase di Degenerazione	Fase di Dedifferenziazione (o Neoplasia)
1. TESSUTI ED APPESCI		micoidiosi, erisipela	varicella	allergie		
2. CUTI	caratteristica, sudorazione, desquamazione	zone, herpes, stitici, dermatite di paronchia, varicella	cheratodermatosi, pruriti, tegni	eczema atopico, eczema seborroico, psoriasi, miceli cronici, orticaria, neurodermite, ipertigide, lichene ruber	alveoli di 800x010, rivascoliti	ipertrofia epidermica, ipertrofia follicolare, carcinoma
3. UNGHI E CAPELLI		follicolite	depositi di cheratina	tricotomiosi	aloppecia	
4. SOTTILE	disturbi della ghiandola sudoripara	Emmert, arrosio	stomatiti, alopecia	Microcistia gelata del conetto, (alveoli)	liquori infiammatori, sclerodermia, caligine, infarto cutaneo	ipertrofia
5. SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO		disturbi, vertigini, anisocoria, meningiti	accidenti cerebrali	conoscimenti, disturbi del sonno, emicrania, TIA, distrofia	infarto di Parkinson, epilessia, ipertrofia cerebrale, ipertrofia delle cellule glomerulari, demenza senile, infarto di Alzheimer	neurocistite, ipertrofia, ipertrofia
6. SISTEMI PERIFERICI	disturbi nervosi	nevralgie, lombaggine, tetraplegia, nevralgie		disturbi di conduzione, nevralgie, paralisi (con nevralgie del trigemino)	poli neuropatia, neuropatia	neuropatia
7. SISTEMA SONDICIALE						
8. ENDOCRINO	diabete	comparsa, diabete, diabete	diabete, diabete, diabete del corpo verde	diabete, diabete, diabete, diabete	diabete di Sjogren, diabete, diabete (diabete), diabete, diabete, diabete	diabete, diabete, diabete
9. IMMUNITARIO	diabete, diabete	diabete, diabete, diabete	diabete, diabete, diabete	diabete, diabete, diabete, diabete	diabete, diabete, diabete, diabete	diabete, diabete, diabete

Fig A

le del soggetto all'habitus fosforico: longilineo astenico con scarso sviluppo toracico, masse muscolari esili ed allungate, colorito cutaneo pallido. Intelligente ed emotivo.

Terapia convenzionale

La terapia convenzionale del glaucoma si basa sul controllo dello scompenso pressorio oculare con numerose classi di farmaci per uso topico in collirio, meglio se privi di conservante per non danneggiare la superficie oculare. La loro azione si esplica sia riducendo la produzione di umor acqueo, sia aumentandone il deflusso, comunque con importanti effetti collaterali topici e generali.

Abbassare la pressione oculare è fondamentale, ma è esperienza comune che l'otticopatìa progredisce nonostante il controllo pressorio, per cui lo sforzo deve essere compiuto anche verso una terapia neuroprotettiva e neuroregenerativa. Ad oggi solo un agente topico quale la brimonidina ha fornito chiare evidenze cliniche di attività neuroprotettiva, ma è gravata da reazioni allergiche locali che ne limitano l'utilizzo. (11)

Terapia low dose

Nella strategia terapeutica integrata occorre agire a vari livelli:

- In relazione all'inquadramento del glaucoma secondo l'approccio omotossicologico (fase di degenerazione) si è utilizzato **Galium-Heel** per stimolare la fisiologica microflogosi detossificante il connettivo, e a sostegno della componente neurovegetativa il farmaco **Selenium Homaccord** per il trofismo nervoso (posologia 20 gocce x 2 die).

Selenium Homaccord è un farmaco omotossicologico composto da due elementi: Selenium e Kali Phosphoricum in accordo di potenza. E'interessante il ruolo di Kali Phosphoricum in riferimento all'habitus costituzionale del paziente.

- Neuroprotezione: **GUNA-NGF, GUNA-NT3, GUNA-NT4, GUNA -BDNF** (20 gtt x 2 die) per intervenire sulla sofferenza delle cellule ganglionari retiniche. I dati di letteratura evidenziano come proprio queste neurotrofine possano indurre una significativa rigenerazione assonale con recupero della funzionalità a livello sia spinale che cerebrale.(9-10)
- Immunomodulazione: **Interleukina 10** per contrastare l'infiammazione cronica e **Interleukina 2** come citochina opponente l'eccesso di TGF beta , riscontrato spesso in questi pazienti. (20 gocce x 2 die). (12)
- Sostegno mitocondriale: **Ubichinon compositum** e **Coenzime compositum** (1 fiala la settimana a settimane

alterne) per il ripristino di un efficace funzionalità mitocondriale nelle cellule sofferenti in relazione alla fase della malattia e all'ipotesi sempre più stimolante del glaucoma come malattia mitocondriale.

Sono stati impostati cicli mensili di associazioni farmacologiche per migliorare la compliance del paziente.

1 mese: Galium-Heel e Selenium Homaccord

2 mese Guna NGF 4 CH, Guna NT3 4 CH, Guna NT4 4 CH, Guna BDNF 4 CH.

3 mese. Guna Interleukin 10 4 CH e Guna Interleukin 2 4 CH

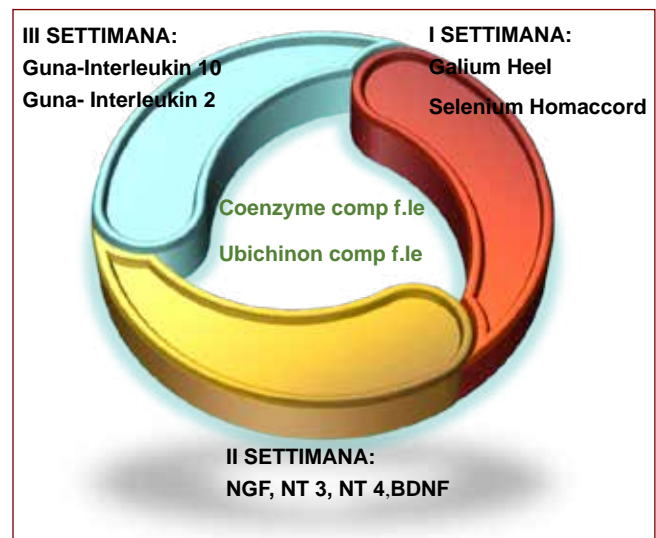
Dopo i primi 4 mesi non è stato osservato alcun miglioramento tensionale (Fig. 1) per cui si è provato a modificare il timing di trattamento nella convinzione della corretta impostazione terapeutica. (Schema 1)

Sono stati prescritti cicli settimanali anziché mensili.

In figura 2 vengono riportati i valori pressori misurati



Fig 1



Schema 1

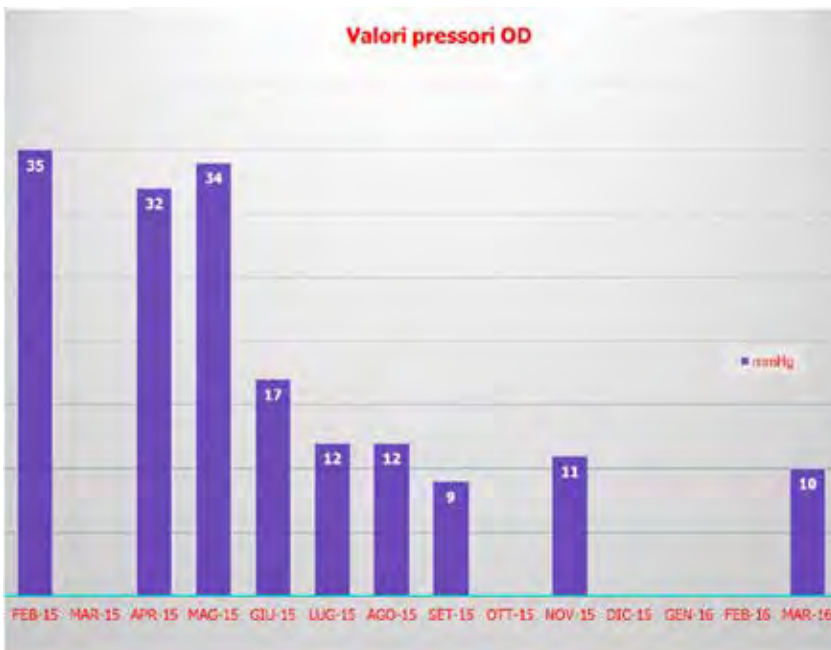


Fig. 2

Il tono oculare del OD è sceso da 35 mmHg a valori di poco sotto i 20 mmHg per poi stabilizzarsi sui 9-10 mmHg. Il paziente esegue mensilmente controlli presso la Clinica Oculistica di Trieste e a tutt'oggi continua ad essere ottimamente compensato. Considerato il risultato ottenuto, sarà opportuno valutare la revisione della terapia ipotonizzante allopatrica.

Conclusioni

Anche se la recente classificazione del glaucoma considera la patologia di natura neurodegenerativa, attualmente l'approccio terapeutico è basato essenzialmente sul controllo farmacologico o chirurgico dell'unico fattore di rischio sul quale si può essere realmente efficaci: l'ipertono oculare.

È comune esperienza clinica assistere ad un peggioramento del campo visivo e allo scadimento della funzione visiva, nonostante il compenso tensionale; è necessario perciò fare un salto di qualità cercando un nuovo approccio e rivolgendo lo sguardo alla medicina fisiologica di regolazione.

Oggi sappiamo che elementi di rischio quali la carenza di fattori neurotrofici, che mantengono in vita le **CGR**,⁽¹³⁾ l'aumento di concentrazione del glutammato⁽¹⁴⁾ e dell'ossido nitrico⁽¹⁵⁾ con la loro neurotossicità concorrono alla determinazione del danno cellulare.

Da qui nasce la necessità di una terapia integrata che vede l'uso di farmaci drenanti la matrice extracellulare per ridurre il carico tossico e migliorare gli scambi informativi, associati a farmaci di immunomodulazione (citochine low dose) e sostanze neurotrofiche (NGF, NT3, NT4, BDNF) con funzione neuroprotettiva e neuroregenerativa. Fondamentale è il sostegno alla funzione mitocondriale per contrastare la cascata apoptotica.

Logettivo risultato ottenuto nel controllo dell'ipertono oculare evidenzia l'appropriatezza terapeutica messa in atto, l'affidabilità e la sicurezza del protocollo omotossicologico utilizzato.

Sarà interessante valutare l'effetto dell'approccio integrato sull'eventuale recupero funzionale delle cellule ganglionari retiniche. In programma l'esecuzione di esami elettrofuntionali specifici.

Bibliografia

1. Goldberg I. – How common is glaucoma worldwide? Eds. Glaucoma in the 21 century. London: Mosby. 2000; 3-8.
2. Dandona L., Hendrikson A., Quigley HA – Selective effects of experimental glaucoma on axonal transport by retinal ganglion cells to the dorsal lateral geniculate nucleus. Invest Ophthalmol Vis Sc 1991; 32: 484-491
3. Tempestini A, Schiavone N, Papucci L, Witort E, Lapucci A, Cutri M, Donnini M, Capaccioli S – The mechanism of apoptosis in biology and medicine: a new focus for ophthalmology. Eur J ophthalmol 2003; 13 (suppl 3): S11-S18
4. Crompton M. – The mitochondrial permeability transition pore and its role in cell death. Biochem J 1999; 341: 233-249
5. Wang X -The expanding role of mitochondria in apoptosis. Genes Dev 2001; 15: 2922-2933
6. Ferri KE, Kroemer G – Organelle-specific initiation of cell death pathways. Nat Cell Biol 2001; 3: E255-E263
7. Fontaine E, Ichas F, Bernardi P – A ubiquinone-binding site regulates the mitochondrial permeability transition pore. J Biol Chem 1998; 273:25734-25740
8. Basile A. – Strategie terapeutiche low dose in patologie oculari-Osservazioni Cliniche. La Medicina Biologica 4/2015; 21-27
9. Tengy YD, Mocchetti I, Taveira-DaSilva AM, ET AL – Basic fibroblast growth factor increases long-term survival of spinal motor neurons and

- improves respiratory function after experimental spinal cord injury. J Neurosci 1999; 19:7037-7047
- 10 Zhang J, Guela C. Lu Kozielh, Hatcher LM, Roisen FJ. – Neurotrophins regulate proliferation and survival of two microglial cell lines in vitro. Exp Neur 2003; 183:469-481
 - 11 Krupin T, Liebmann J.M., Greenfield D.S., et al - A Randomized Trial of Brimonidine versus Timolol in Preserving Visual Function: Results from the Low-pressure Glaucoma Treatment Study. American J. Ophthalmol 2011; Apr; 151(4): 671-81
 - 12 Fuchshofer R., Tamm E.R. – The role of TGF-Beta in the pathogenesis of primary open-angle glaucoma. Cell Tissue. 2012 Jan; 347(1):279-90
 - 13 Castillo B Jr, Del Cerro M, et al. - RGC survival is promoted by genetically modified astrocytes designed to secrete brain-derived neurotrophic factor ((BDNF), Brain Res 1994; 647:30-6
 - 14 Dreyer EB. - A proposed role for excitotoxicity in glaucoma. J Glaucoma 1998; 7:632-7
 - 15 Neufeld AH -Nitric oxide: a potential mediator of RGC damage in glaucoma. Surv Ophthalmol 1999;43 (suppl12): S129-35

Autore

Dr. Luca Bergamini

Specialista in Oftalmologia

Via S. Spiridione 12

34100 Trieste

Contatti: l.bergamini@yahoo.it

Mobile +39 349 222 3493



Una trattazione rigorosa e ineccepibile che non s'accontenta di mostrare un'equilibrata sintonia tra conoscenze e rigore metodologico, ma fa a gara nel catturare la nostra attenzione con quello simbolico e archetipico, approfondito e ricchissimo di riferimenti.

Il Mercurio, allegoria del cammino dell'uomo, seduce, stupisce e tradisce. Incarna la metafora della mutevolezza, rapidamente trasformandosi da farmaco sottile, ricco di promesse, in terribile veleno. Ricorda ai lettori l'ambivalenza del nostro desiderio di ricerca, divenendo nel corso della storia sia materia essenziale di strumenti di raffinata precisione che grossolano intruglio utilizzato per soddisfare la bramosia dell'oro.

Il Mercurio diviene il **"veleno dei veleni"**, un modello dell'utilizzo disinvolto che noi uomini spesso facciamo di molte sostanze per poi accorgerci tragicamente del danno che abbiamo procurato a noi stessi e al nostro mondo. È un'occasione simbolica, in questi anni difficili per il pianeta, che invita a riflettere e cambiare, ci incoraggia, dunque, a considerare quella trasformazione che tanto caro rese il Mercurio agli alchimisti.

Nuova Ipsa Editore, Palermo 2016

pa. 128 - Illustrato a colori

€ 20,00

L'Officina Veterinaria Olistica di Bologna: un ambiente ideale per una visita veterinaria “centrata sulla persona animale”

Intervista al Dr. Filippo Pilati



Il dottor Filippo Pilati

Come hai progettato l'officina veterinaria olistica di Bologna?

La popolazione occidentale trascorre in ambienti chiusi la maggior parte del tempo. Pertanto la qualità degli spazi influisce in modo determinante sul benessere, la salute, la qualità di vita e del lavoro. Questo è ancora più importante per i professionisti della salute e i loro assistiti. Pertanto una struttura sanitaria adeguatamente progettata in senso salutogenetico risponde a questi bisogni.

Io sono un medico veterinario che cerca di unire in modo coerente e responsabile tutte le esperienze di medicina da quelle biomediche a quelle non convenzionali in una chiave di lettura olistica e quindi sostenibile sotto ogni punto di vista. Quando si parla di disequilibrio sovente si trascurano le cause esterne che possono averlo causato o concausato ovvero aggravato. Nel processo di cura sembra che interessi solo tentare di ristabilire l'equilibrio interno. Viceversa l'approccio eco-bio-psicologico è fondamentale per affrontare la malattia e il malessere. Il che è un pre-requisito, a mio avviso, della professionalità in medicina veterinaria.

Noi lavoriamo a stretto contatto con la sofferenza della per-

sona animale, della cui sofferenza dobbiamo percepire e comprendere tutte le declinazioni. Oltre a questo dobbiamo comprendere e farci mediatori e anche educatori dell'atteggiamento e attitudine dei proprietari che spesso amplificano la sensazione di sofferenza dell'animale, oltre a esprimere in modo verbale e/o metacomunicato i propri dolore e frustrazione. Anche per facilitare questa situazione il contesto ambientale deve essere non solo accogliente, bensì pro-attivo, sostenitivo, sistemico, quindi salutogenetico.



Per realizzare una struttura clinico-ambientale di questo tipo ho acquistato un fabbricato industriale in mattone d'argilla, a spazio aperto, dei primi anni '50 per operare su esso riconvertendolo globalmente in struttura ecosostenibile e salutogenetico, applicando una cura meticolosa in ogni particolare del progetto con soluzioni originali di bioarchitettura.

In particolare intervenire sullo spazio aperto mi ha consentito di dividere gli spazi come volevo, creando un percorso terapeutico funzionale eco-sistemico nel quale la relazione persona animale-persona umana (proprietario) non venisse mai meno, essendo il proprietario sempre partecipe, anche visivamente, di ogni momento di cura e trattamento.

Per quanto riguarda il materiale edificatorio, il mattone pieno di argilla, materiale naturale fa traspirare la struttura, come una terza pelle, dopo gli abiti e il tessuto cutaneo.

Come è noto, tra le variabili di salubrità di un ambiente sono la qualità dell'aria, dell'acqua, le condizioni elettromagneti-



che, la temperatura, l'umidità, i materiali di costruzione, l'arredamento e i tessuti, i colori, gli odori, aromi e profumi, i suoni, la luce solare e artificiale. Per l'analisi geo-magnetica del suolo, la scelta degli spazi, loro orientamento e destinazione d'uso, le scelte generali architettoniche mi sono avvalso anche delle indicazioni derivanti dalla millenaria disciplina cinese del Feng-Shui.

Dopo aver scavato per oltre un metro in profondità all'interno dell'edificio, è stata posta una base in cemento armato per rinforzare la struttura che poggiava precedentemente su un letto di pietre di fiume, su cui era stato posto uno strato di catrame come coibentante. Sul letto di cemento armato sono stati posti tutti i cavi elettrici e idraulici, a seguito di uno studio particolareggiato in cui si era definito esattamente quali arredi e apparecchiature allocare e quindi dove posare le prese di corrente e cavi del computer e lavandini e termosifoni. Sopra a questi cavi sono state deposte 90 cm di palline di argilla miscelate con sabbia e cemento per attirare i campi magnetici prodotti dai cavi idraulici ed elettrici e per coibentare il terreno dall'umidità. L'argilla è sostanza inerte che non rilascia sostanze tossiche che, al contrario, sono invece rilasciate dalle palline di polistirolo.

Va ben tenuto presente che i pazienti di questa struttura sono individui che hanno una percezione olfattiva mille volte superiore alla nostra, che possono mostrare un disagio olfattivo a noi oscuro, ma non per questo meno pericoloso.

Attenzione particolare è stata tenuta nei confronti dei "Nodi di Hartmann": tutti i lavandini e sanitari sono stati posizionati con cura contro i muri perimetrali in modo che i tubi di scarico drenassero direttamente in una fogna che segue il perimetro esterno dell'edificio, spostando così tutti i nodi di negatività al di fuori della struttura dove animali ed operatori transitano per tempi più brevi.

Dopo la deposizione del pavimento è stato creato un capotto interno in pannelli di legno pressato senza l'utilizzo di collanti su tutto il perimetro della struttura per produrre una coibentazione termica ed acustica. Troppo spesso non ci accorgiamo dell'inquinamento acustico, la vita moderna piena di suoni e rumori sgradevoli, a volte appena percepibili, ci crea uno stato di continua allerta che si rende manifesto solo in casi particolari: quando per esempio siamo in un luogo immerso nella natura e il silenzio diventa assordante al punto da renderci insonni. Questi pannelli di legno pressato hanno una provenienza certificata e sono privi di collanti che



possono cedere sostanze tossiche, che verrebbero percepite dai nostri clienti a quattro zampe, mantenendo la traspirabilità del mattone di argilla. Quindi oltre all'attenzione alla qualità dell'aria con questo intervento abbiamo avuto una particolare attenzione alla conservazione dell'energia, non è solo importante produrre energia pulita perché l'energia più pulita è quella non consumata. Anche il tetto ha ricevuto un intervento di coibentazione per cercare di avvicinarsi come struttura il più possibile al concetto di Passivhaus di origine tedesca. La cura nella ricerca dei materiali non è solo nella risposta performante migliore da un punto di vista energetico, acustico, di traspirazione o quant'altro possa creare benessere, ma la ricerca è andata anche al giorno in cui la struttura dovesse essere smantellata. Quindi la scelta dei materiali è andata verso quelli che producevano macerie ecocompatibili, quindi un occhio di riguardo anche alle generazioni future che non debbano pagare per scelte dissennate nostre. Per esempio gli infissi sono stati scelti in legno, perché a parità di coefficiente di coibentazione con quelli in alluminio, la loro dismissione è più ecocompatibile anche se necessitano di una manutenzione ogni dieci anni.

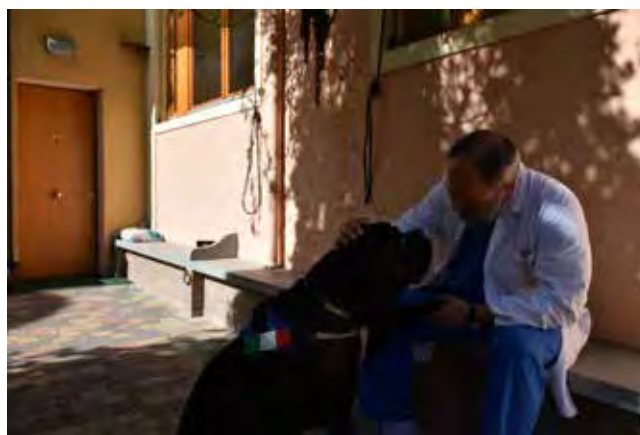
Per le vernici utilizzate sui muri la decisione fino a 2 metri la impone la legge che vuole che sia lavabile, ma dopo i due metri la scelta è caduta sulla calce per la sua traspirabilità e il potere igienizzante. La calce è sicuramente più costosa non solo come materia prima, ma anche come manodopera, poiché sono necessarie un numero di mani doppio per avere lo stesso risultato della pittura vinilica.

Grazie ad un'altezza di 8 metri al colmo è stato possibile aumentare la superficie calpestabile di un 10% producendo un secondo piano. Questo sopralco è stato costruito utilizzando legno lasciato macerare in un bagno di sali minerali per qualche giorno (antitarlo) e poi trattato con cera d'api dopo la messa in opera. Il legno ha assorbito la cera d'api in brevissimo tempo, questo trattamento ha conferito una maggiore resistenza ed elasticità al legno, ad oggi non ho notato l'aggressione da parte di parassiti del legno.

La sala d'attesa di 60 metri quadri, molto luminosa grazie a due porte finestre (45 e 30 metri quadri) e un lucernaio sul colmo apribile, che produce un effetto camino d'estate, presenta al centro un certo numero di piante di grosse dimensioni con la funzione di rendere la giusta umidità all'ambiente e di porre un ostacolo visivo tra animali possibili concorrenti che attendono di esser visitati. In oltre le due porte finestre di grandi dimensioni e diametralmente opposte danno una via di fuga ad uno dei possibili contendenti, ma anche una grande luminosità alla sala producendo un riscaldamento nelle giornate invernali terse. Per questo motivo d'estate vengono in parte coperte da tende in cotone che riducendo la luminosità riducono la temperatura di 5 gradi rispetto all'esterno. La sala d'attesa così ampia è stata costruita per poter essere utilizzata anche come sala convegni/riunioni. La sala d'attesa è dotata angolarmente di una stufa a legna con una lunga canna fumaria che percorre l'interno della sala fino al colmo dove si trovano due pale che possono essere azionate in senso orario o antiorario in modo da aumentare l'effetto camino d'estate per fare uscire più velocemente l'aria calda, oppure per ridistribuire verso il basso l'aria calda prodotta dalla stufa e dalla canna fumaria d'inverno.

Dalla sala d'attesa si può accedere a cinque ambulatori: due grandi per le visite, due più piccoli: uno per la fisioterapia ed uno per l'ecoaddome e l'ecocardio; infine una grande sala multifunzione (pronto soccorso, chirurgia sporca, sedazione e tricotomia) da cui si accede alla stanza radiografica o alla sala operatoria o all'area degenze. La stanza radiografica è dotata di un radiologico digitale indiretto: scelta motivata dalla maggiore qualità delle immagini e dalla assenza di liquidi di sviluppo e fissaggio che presentano un forte impatto ambientale e tossicità per gli operatori.

La sala operatoria è attigua alla sala multifunzione in modo che non sia di passaggio per chi non deve accedere alla stessa, migliorando così in modo passivo l'asepsi della sala, riducendo il transito ai soli addetti. Attigua alla sala operatoria c'è la sala sterilizzazione ferri che ha una sua entrata separata, così



che chi deve sterilizzare i ferri non deve passare dalla sala chirurgica ma, nel contempo, le due sale sono in comunicazione per poter far passare i ferri sterili o quelli appena usati che devono essere passati prima nel liquido enzimatico per asportare la sostanza organica e poi lavati e brucati per poter accedere ad un nuovo ciclo di sterilizzazione dopo l'asciugatura. Seguono la sala degenza cani distanziata e separata dalla sala degenza gatti. Tale scelta è a mio avviso ovvia in quanto che non ritengo adeguato e rispettoso far soggiornare a breve distanza cani e gatti, magari in gabbie attigue. Infatti non si può avere una buona ripresa post operatoria se la persona animale è sottoposta allo stress di avere un competitore nella gabbia affianco che potrebbe mangiarlo. La degenza post-operatoria è ridotta al massimo. Ritengo infatti che l'animale abbia una maggiore risposta all'interno del suo branco (cane) o del suo areale (gatto); ovviamente se le terapie sono alla portata delle manualità del proprietario.

Segue il laboratorio d'analisi dove possiamo in pochi minuti avere un emocromo con una conta specifica per gli eosinofili. Questa macchina è molto importante poiché il mio lavoro sempre più si orienta verso patologie croniche di vari distretti dell'organismo che mostrano uno squilibrio della risposta immunitaria verso una esagerata formazione di anticorpi. Le troppo frequenti vaccinazioni, l'uso indiscriminato degli antibiotici (soprattutto long-acting) e del cortisone portano ad un accumulo di omotossine prima nel connettivo e poi all'interno della cellula creando prima uno squilibrio del sistema immunitario che tende a privilegiare la trasformazione della cellula totipotente in anticorpi che si mostreranno come reazione autoimmune, poi queste continue reazioni Th2 predisporranno l'organismo all'insorgenza di neoformazioni poiché la risposta Th1 sarà insufficiente. Naturalmente non manca una macchina per fare i normali parametri biochimici in 19 minuti utile nelle urgenze, una macchina per la lettura delle urine con particolare attenzione al rapporto PU/CU utile per la determinazione dell'insufficienza renale nel gatto anziano. Molto interessante invece la macchina per la deter-

minazione del gruppo sanguigno nel cane che mi permette di trovare dei donatori in quei cani con deplezione per esempio di globuli rossi affetti da malattie neoplastiche che così possono ricevere una sacca di sangue ozonizzata. Quindi unire l'effetto benefico di una trasfusione all'effetto di induzione alla formazione di interferone gamma e di conseguenza una maggiore risposta Th1.

All'esterno della sala di attesa con possibilità di accesso solo dalla sala di attesa troviamo un'area sgambatoio verde protetta da recinzione in modo che l'animale può essere lasciato libero di annusare e espletare le funzioni organiche che vengono prontamente raccolte.

L'area cortiliva di 300 metri quadri in parte è stata adibita a parcheggio e in parte è stata decementificata per poter mettere a dimora cinquanta metri di siepe divisa tra alloro, gelsomino giapponese, bosso, una solanacea, berberis, mirto nano. Sono stati piantati anche alberi con la funzione di produrre ombra nel periodo estivo e creare una barriera verde che nasconde i palazzi vicini. Tra gli alberi spicca una thuja leilandi, un phitosporum, una magnolia, cinque olivi, quattro cipressi e un'enorme glicine bianco che si è abbarbicato fino al tetto.

La scelta delle piante da mettere a dimora ha seguito due concetti, il primo della maggiore biodiversità possibile ed il secondo che fossero essenze presenti nella materia medica omeopatica. Aumentando la biodiversità più facilmente gli uccelli che hanno deciso di vivere in città possono trovare riparo o nutrimento nelle varie stagioni, non è un caso che un cliente dallo sguardo attento può vedere pettirossi, cinciarelle, gazze, merli, ghiandaie, taccole, tortore e il falco pellegrino, ma anche lucertole e una famiglia di gechi probabilmente arrivati con un pallet di mattoni di tufo usati per delimitare la siepe. Non meno importante il secondo motivo: Olive è il fiore di Bach che ha la funzione di rafforzare il carattere e il cliente potrà notare le similitudini non a caso la pianta resiste alla siccità e a terreni poveri e se la pianta riceve a causa di nevicate rotture l'anno dopo ha la forza di reagire; Berberis pianta dalle spine finissime è il più potente antinfiammato-



rio delle mucose. La Thuja policresto dell'omeopatia classica. Spesso mi capita di vedere i clienti che si fermano dalle aromatiche e sfregano le dita sulle foglie per percepire il loro profumo, in quel momento cominciano la cura.

Come ti definisci?

Mi definisco un medico veterinario cresciuto dall'esperienza quotidiana continua. L'intelligenza è nell'utilizzare al momento giusto la medicina migliore per quel caso. Nella visione di un approccio salutogenetico, sostenibile, centrato sul singolo paziente, con il minimo uso possibile di medicinali di sintesi e invece l'adozione di protocolli con medicinali omotossicologici, omeopatici e antroposofici.

Quali sono le patologie che più frequentemente curi?

Sono soprattutto patologie croniche. Ad esempio la biomedicina quando deve trattare un dolore osteoarticolare acuto che provoca una zoppia invalidante utilizza i FANS e i corticosteroidi, a volte anche assieme, dimenticandosi sovente delle sinergie negative (ulcere con possibile sanguinamento) che possono provocare nell'immediato. Il danno più grave avviene invece nel tempo perché queste molecole provocano la gelificazione delle omotossine nel connettivo che le trattiene predisponendosi a nuove recidive sempre più frequenti e più

ingravescenti. Già solo con un buon drenaggio cellulare connettivale e emuntoriale ottengo miglioramenti che risultano più duraturi dei farmaci allopatrici perché pulendo la matrice e la cellula riduco la possibilità di recidiva e la vicariazione progressiva verso la cronicizzazione e patologie più gravi.

Altra classe di patologie trattate con grande efficacia sono le estrusioni discali che approccio in modo integrato con ozono medical device e omotossicologia, molto spesso potendo evitare l'intervento chirurgico estremamente oneroso per il cane e per il suo padrone.

Cosa intendi per oneroso per l'animale e per il proprietario?

Il cane sottoposto a laminectomia riceve un intervento molto cruento e doloroso che prevede un lungo periodo di degenza (3-4 mesi) con riduzione della mobilità e assunzione di antidolorifici a alte dosi. La zona operata è una zona estremamente delicata dove l'animale non può ricevere urti o pressioni dato che in quella zona il midollo ha perso la sua naturale protezione. La metodica che utilizzo è invece miniminvasiva in quanto introduco un ago spinale in posizione paravertebrale che mi permette di mettere a contatto l'ozono in bassa concentrazione con effetto disidratante sul disco intervertebrale. La disidratazione del disco che per il 70% è formato da acqua produce una netta riduzione dell'ernia,

ma anche una riduzione della funzione ammortizzante che potrebbe produrre un pericoloso effetto domino sui dischi vicini, per ovviare a questa complicità dopo un determinato periodo di tempo necessario al decadimento dell'ozono attraverso l'ago spinale che si trova ancora in posizione paravertebrale inietto collagene con la chiara funzione di ridurre la fibrosi del disco per aumentare la funzione ammortizzante. Ovviamente questa metodica necessita che l'animale sia in anestesia gassosa, spesso già al risveglio l'animale mostra un miglioramento che continua nei dieci giorni successivi, per capitalizzare il risultato mi avvalgo dell'omotossicologia. Altro aspetto positivo non irrilevante di questa metodica sono i costi contenuti da un decimo ad un quinto rispetto ad una laminectomia.

Altro capitolo importante sono le patologie autoimmuni con esagerata risposta anticorpale (dermatite atopica, ibd, meningite autoimmune, miosite autoimmune) che grazie ad un approccio integrato con citochine omeopatizzate, ozono, omotossicologia, alimentazione e se necessario fitoterapia mi da risultati molto soddisfacenti superiori per prognosi e benessere dell'animale.

La cosa più importante di trattare le patologie autoimmuni con l'omotossicologia è che blocca la vicariazione progressiva cioè verso le neoplasie grazie al forte drenaggio che applico sempre.

Un approccio integrato nei confronti delle patologie neoplastiche mi permette di avere risultati molto confortanti, in alcuni casi anche con risoluzione della malattia a seguito di successiva escissione chirurgica, naturalmente questo non è lo standard il più delle volte mi attesto su un equilibrio fra malattia e sistema immunitario che mi permette di dare una buona qualità della vita all'animale. La frase che molto spesso mi sento dire dai proprietari e che mi riempie di gioia è: "dotto- re se non sapessi che il mio cane ha il tumore, il mio cane mi sembra il cane di sempre". Questi sono i risultati che mi danno la forza di continuare su questa strada. L'uso dell'omotossicologia, dell'alcalinizzazione, delle citochine omeopatizzate, di una dieta appropriata e dell'ozono direttamente con infiltrazioni della massa tumorale o indirettamente con la gaet mi danno dei risultati molto confortanti sia come tempi di sopravvivenza e come qualità della vita. Naturalmente questo è comprensibile anche ai non addetti ai lavori perchè con l'omotossicologia produco prima di tutto un drenaggio e quindi disintossico l'animale, ma lavoro anche per ripristinare il ciclo di Krebs, ridurre l'alone infiammatorio del tumore e spostare la risposta del sistema immunitario verso quella cellulomediata. L'alcalinizzazione contrasta l'effetto dato dall'acido lattico prodotto dalla cellula tumorale nel creare energia. Le citochine omeopatizzate cercano di stimolare sempre la risposta cellulomediata e in particolari tumori possono contrastare le metastasi. La dieta priva di carboidrati, ricca di proteine, grassi vitamine ed oligoelementi mi permette di nutrire l'animale riducendo l'energia disponibile per la neoformazione.



L'approccio olistico però non si ferma a tutto questo, in diciotto anni che mi interesso di oncologia mi sono accorto che a volte a parità di tumore e di tipologia omeopatica avevo risposte diverse alla terapia. Cioè non avevo considerato l'effetto negativo che potevano avere i proprietari, dato che esiste tra proprietario e cane un guinzaglio invisibile che connette la componente emotivo-relazionale di entrambi.

Per questo motivo si dovrebbe potere coinvolgere il proprietario in una relazione terapeutica. A tal fine da tempo ho instaurato una collaborazione col Dott. Federico Audisio di Somma.

Gli effetti benefici si vedranno anche sulla modalità con cui i proprietari vivranno il restante tempo che rimane da vivere all'animale e come supereranno il momento del trapasso.

Ho chiamato questo modo di vedere la relazione terapeutica in modo interdisciplinare e interprofessionale "il cane a sei zampe".

Officina Veterinaria Olistica
Dr. Filippo Pilati
Via Fornasini, 43/AB, 40128 Bologna
Tel. 051 355066
Web: www.dottorpilati.com
E-mail: filippo.pilati@libero.it



Assistenza per le persone con malattie croniche multiple in Italia: politiche e pratiche*

Maria Gabriella Melchiorre^a, Sabrina Quattrini^a, Roberta Papa^a, Francesco Barbabella^a,
Ermellina Zanetti^b, Giovanni Lamura^a

Punti chiave

- L'Italia è un paese ad elevato tasso di invecchiamento, dove il 46% della popolazione di 50 anni e oltre soffre di multimorbidità.
- Le nuove politiche e i programmi di assistenza rivolti alla multimorbidità presentano buoni risultati preliminari in termini di integrazione/collaborazione tra servizi/erogatori di assistenza, trasferibilità, cambiamento nell'utilizzo delle risorse e coinvolgimento degli assistenti informali.
- Nonostante questi sviluppi, l'attuale crisi finanziaria e i relativi tagli alla spesa pubblica socio-sanitaria influiscono sulla sostenibilità dell'intero sistema di welfare.
- Gran parte dell'assistenza rivolta ai malati cronici (soprattutto anziani) che soffrono di multimorbidità continua così ad essere gestita e supportata principalmente dalla famiglia.

1. Multimorbidità: una sfida per l'erogazione delle cure

Fino a tempi recenti, la multimorbidità – quale presenza di più di una malattia cronica in uno stesso soggetto - non ha ricevuto molta attenzione da parte dei responsabili politici Europei. Tuttavia, tale tendenza sta cambiando alla luce della consapevolezza che il numero di persone con multimorbidità sta rapidamente crescendo. Attualmente, si stima che 50 milioni di persone (per lo più anziani) nell'Unione Europea soffrono di più malattie croniche¹, le quali influiscono profondamente sulla loro qualità della vita (fisicamente, ma anche mentalmente e socialmente). Ciò comporta una crescente domanda di cure multidisciplinari specifiche per le complesse esigenze delle persone con multimorbidità.

Purtroppo la collaborazione interdisciplinare tra i vari settori (cure primarie e ospedaliere, assistenza sociale e domiciliare, servizi per la comunità) è spesso ostacolata dai diversi assetti organizzativi e finanziari che li caratterizzano. Inoltre, la maggior parte dei modelli di erogazione delle cure si basano su un approccio orientato alla singola patologia, con conseguenti frammentazione o sovrapposizione nell'assistenza a persone con multimorbidità e impatto negativo su qualità ed efficienza delle cure, benefici per i pazienti e costi.

I modelli di cura integrati hanno il potenziale per superare queste problematiche tramite un approccio olistico e un uso efficiente delle risorse. Tali modelli sono caratterizzati da un'assistenza proattiva multidisciplinare centrata sul pa-

ziente e ben coordinata, con utilizzo di nuove tecnologie a supporto sia dell'autogestione dei pazienti, sia di una migliore collaborazione tra gli erogatori di cure. Il Progetto ICARE4EU (Riquadro 1) esplora nuovi modelli di cura dedicati all'assistenza integrata di persone con multimorbidità in 30 paesi europei. Questa pubblicazione ne descrive lo sviluppo in Italia.

2. La sfida della multimorbidità in Italia

Nel 2011 in Italia si rilevano 59,3 milioni di abitanti, dei quali il 20,5% di 65 anni e oltre, e il 6% di 80 anni e oltre². In Europa (UE-27) le corrispondenti percentuali sono di minore entità (rispettivamente 17,6% e 4,8%).

Circa il 26,6% della popolazione italiana ha riferito di soffrire di almeno una malattia o di un problema di salute di lunga durata³. La figura 1 mostra la prevalenza di alcune importanti malattie croniche, evidenziando che i tassi di prevalenza sono molto più elevati per le persone con un'età di 75 anni e oltre (soprattutto per quanto riguarda l'artrite).

In riferimento al verificarsi di 14 condizioni croniche auto-riferite, è stato stimato che circa il 46% della popolazione di 50 anni e oltre soffre di multimorbidità, con diagnosi di almeno due tra le 14 condizioni croniche qui considerate⁴.

Nel 2011, l'Italia ha speso il 9,2% del suo Prodotto Interno Lordo (PIL) per l'assistenza sanitaria, con un aumento di quasi il 23% rispetto al 1998 (7,5%). Nello stesso periodo, in

* La presente pubblicazione rappresenta la versione italiana, a cura di Sabrina Quattrini, del testo: Melchiorre MG, Quattrini S, Papa R, Barbabella F, Zanetti E, Lamura G, Caring for people with multiple chronic conditions in Italy: policy and practices. Country Factsheet Italy for the ICARE4EU Project, luglio 2014 http://www.icare4eu.org/pdf/Country_Factsheet_Italy_ICARE4EU.pdf.

^a Centre for Socio-Economic Research on Ageing, National Institute of Health & Science on Ageing (INRCA), Ancona, Italy.

^b Geriatric Research Group (GRG), Brescia, Italy.

RIQUADRO 1. IL PROGETTO ICARE4EU

Il progetto ICARE4EU mira a identificare, descrivere e analizzare i modelli più innovativi di assistenza integrata per le persone con multimorbidità in 30 paesi europei, per agevolarne una più efficace implementazione.

A tal fine, un esperto per ogni paese è stato incaricato di identificare i rispettivi programmi nazionali/regionali/locali focalizzati sull'assistenza di persone adulte (o anziane) con multimorbidità, o che contengono comunque elementi specifici dedicati a questo target di pazienti. In questo Progetto la multimorbidità è definita quale 'presenza/diagnosi di due o più malattie (somatiche o psichiatriche) croniche (non completamente curabili) o di lunga durata (da almeno sei mesi), delle quali almeno una di natura prevalentemente somatica'. I programmi idonei ai fini dello Studio devono prevedere una cooperazione formale tra due o più servizi, dei quali almeno uno medico, e una valutazione già effettuata o pianificata. Per ciascun programma ammissibile, l'esperto nazionale (o il responsabile/manager del programma) ha provveduto alla compilazione di un questionario online. Inoltre, gli esperti hanno anche fornito dati di background sul rispettivo contesto nazionale, col supporto di ulteriori informazioni provenienti da banche dati europee e fornite dai partners del Progetto.

Lo Studio prevede anche l'identificazione di buone pratiche sulla base di tutti i dati disponibili, in aggiunta a visite di approfondimento in loco (site visits), al fine di reperire ulteriori dati qualitativi da diverse prospettive (ad esempio managers, erogatori di cure, pazienti). L'analisi dei programmi più promettenti fornirà conoscenze su come implementare con successo modelli assistenziali per la multimorbidità in diversi paesi europei. Per maggiori informazioni: www.icare4eu.org.

Europa si registra un analogo incremento, con una spesa per l'assistenza sanitaria cresciuta dal 7,9% al 9,6% (+21,5%)⁵. L'ammontare relativo di spesa sanitaria in Italia (quale percentuale del PIL) si è così attestato sulla media Europea ed è anche in linea con i paesi del Mediterraneo come la Grecia (9,1%) e la Spagna (9,3%), ma al di sotto del Portogallo (10,2%) e della maggior parte dei paesi del nord Europa. Per alcune caratteristiche generali del sistema sanitario e di assistenza sociale in Italia si veda l'Appendice 1.

3. La risposta italiana alla sfida della multimorbidità

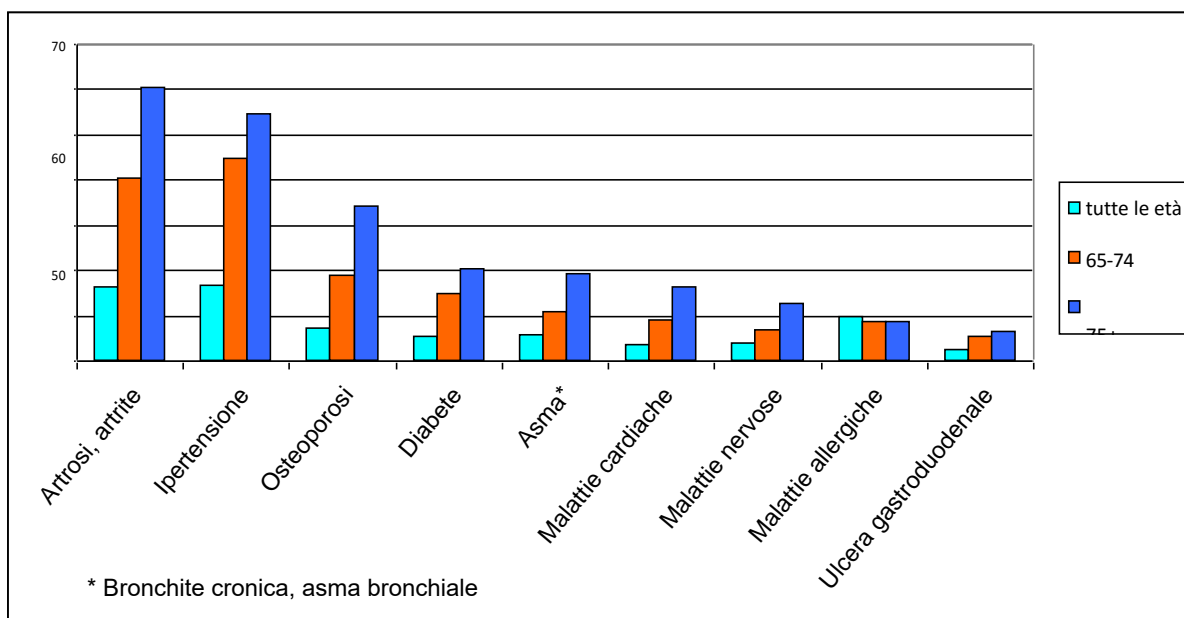
Per far fronte all'aumento del numero di cittadini affetti da malattie croniche, e delle persone con multimorbidità in particolare, l'Italia ha introdotto politiche e misure nuove con lo scopo di adeguare e innovare il sistema sanitario e le pratiche assistenziali, per renderli meglio rispondenti alla sfida di soddisfare i numerosi e complessi bisogni di questi pazienti.

Politiche sulla cura della multimorbidità

L'Italia ha delineato i principi fondamentali della sua politica per la cura delle patologie croniche nel 2005⁶, quando l'Istituto Superiore di Sanità e il Centro Italiano per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie del Ministero della Salute hanno realizzato lo studio 'IGEA: un progetto per la gestione integrata del diabete', con l'obiettivo di migliorare la qualità della gestione del diabete mediante l'attuazione di assistenza integrata⁷. Quale successivo passo, nel 2009 il Ministero della Salute Italiano ha promosso lo sviluppo dell'Alleanza Globale contro le malattie croniche respiratorie⁸.

Politiche specifiche in materia di gestione della multimorbidità sono state formulate dal Chronic Related Group (Gruppo di lavoro per la cronicità), istituito nel 2012 dalla Regione Lombardia quale modello innovativo di presa in carico territoriale della cronicità, per migliorare la continuità delle cure⁹. Altre politiche specifiche per della multimorbidità era-

Tavola 1. Prevalenza di alcune importanti malattie croniche in Italia nel 2013, stime della popolazione totale (tutte le età , 65-74 , 75+) (% di 100 unità nella stessa classe di età).



no già state attuate nel 2008 da parte della Regione Toscana, con l'adozione del Chronic Care Model Expanded^c (Modello di cura della cronicità esteso), il quale focalizza, oltre la patologia, anche le condizioni sanitarie, sociali, economiche e culturali dei pazienti¹⁰. Anche il Punto Unico di Accesso (PUA) (istituito nell'84% dei distretti socio-sanitari) mira a garantire la presa in carico integrata dell'assistenza a pazienti con bisogni sanitari e sociali¹¹.

In complesso, la politica in materia di cura delle malattie croniche e della multimorbidità è stata avviata principalmente dal Ministero della Salute Italiano, dall'Istituto Superiore di Sanità e da alcune Regioni del Nord, in aggiunta a rappresentanti di pazienti/utenti, fornitori di cura formale/professionale e centri di assistenza. Tale politica ha inoltre stimolato alcune misure riguardanti la legislazione e la professionalizzazione degli operatori, quale ad esempio la redazione di una Guida Nazionale e di un Manuale di Formazione, entrambi elaborati nell'ambito del Progetto IGEA¹⁴.

Pratiche assistenziali rivolte alla multimorbidità

Sulla base delle informazioni riferite dall'esperto italiano e dai responsabili dei programmi, nella prima metà del 2014 sono state identificate in Italia sette pratiche assistenziali (o programmi di cura)^d rivolte a pazienti con multimorbidità o inerenti la gestione della stessa^e, che rispettavano i criteri di selezione stabiliti dal Progetto. Per quattro di queste^f, sono state raccolte informazioni riguardanti obiettivi, caratteristiche e risultati (Riquadro 2). Qui di seguito viene presentata una sintesi di quanto rilevato dalla survey.

I programmi^g

Dei quattro programmi descritti nel Riquadro 2, Aria [1] rappresenta un piccolo progetto pilota locale, mentre gli altri tre sono di scala maggiore. In particolare, Renewing Health è un programma internazionale [4]; il progetto MATRICE opera a livello locale/regionale [3], e il CMM, sebbene implementato a livello regionale, è tuttavia completamente integrato nel sistema sanitario [2]. Tutti e quattro i programmi operano a livello di cure erogate giornalmente ai pazienti e a livello di policy/gestionale.

Definizione di multimorbidità nel contesto del programma

Tre programmi [1,3,4] focalizzano su diagnosi/patologie specifiche, ma anche sulla concomitanza di specifiche malattie croniche, quali: malattie neuromuscolari e grave cifoscoliosi (con insufficienza respiratoria cronica); insufficienza cardiaca, BPCO e diabete; diabete, malattie cardiache, ipertensione e demenza. Il programma CCM [2] è dedicato alla multimorbidità in generale.

^c Il Chronic Care Model Expanded (Modello di cura della cronicità esteso, ECCM) rappresenta lo sviluppo del Chronic Care Model (Modello di cura della cronicità, CCM), e combina aspetti clinici degli individui con iniziative di sanità pubblica. Questo modello è stato adottato dalla Regione Toscana nel relativo Piano Sanitario Regionale 2008-2010. Nel progetto n. 2 (descritto nel RIQUADRO 2) solo il CCM è stato applicato.

Obiettivi

L'obiettivo principale di tutti i programmi descritti è legato alla qualità delle cure (ad esempio, per migliorarne integrazione e coordinamento). Altri obiettivi comuni si riferiscono all'utilizzo e ai costi dei servizi (ad esempio, per evitare l'uso improprio degli stessi) e al miglioramento della centralità e relativo coinvolgimento del paziente [1,3,4]. Altri obiettivi riguardano il miglioramento dei risultati relativi alla salute del paziente (ad esempio, per diminuire le complicanze e la mortalità) [1,4] e dell'accessibilità dei/delle servizi di supporto/cure sanitarie [2,4]. Nel programma MATRICE i flussi informativi e i dati amministrativi relativi alle patologie croniche sono utilizzati per migliorare la fornitura di assistenza alle persone con multimorbidità, attraverso l'implementazione di cambiamenti organizzativi. Altri obiettivi di questo programma sono il miglioramento delle conoscenze professionali sulla multimorbidità, l'identificazione dei gruppi di utenti destinatari del programma e il controllo del rispetto degli standard assistenziali [3].

Destinatari/Utenti

Tre programmi [1,2,4] sono rivolti sia ai pazienti con multimorbidità, sia ai professionisti/fornitori di cure mediche. Due di questi si rivolgono anche alle famiglie e relativi assistenti informali [1,4], e solo uno anche ai fornitori di cure non mediche [2]. Il programma Renewing Health focalizza in particolare i pazienti anziani (65 anni o più). I destinatari del programma CCM sono i pazienti anziani con malattie neurodegenerative. ARIA si rivolge alle persone con disabilità fisica in generale. Il programma MATRICE non è direttamente rivolto a pazienti individuali, bensì ai fornitori di cure mediche (e non) coinvolti nella cura per le persone con multimorbidità.

Livello di integrazione delle cure/discipline

Tre programmi rivelano un alto [4] o medio [2,3] livello di integrazione dell'assistenza, della gestione manageriale e relative competenze, attraverso il coordinamento e il coinvolgimento di molte organizzazioni, ad esempio ospedali e cure primarie. I principali fornitori di assistenza sono medici di medicina generale e specialisti. Nel programma Renewing Health sono coinvolti anche una casa di riposo, Policlinici/day hospital/ambulatori, e diverse organizzazioni ad esempio di pazienti, di supporto alla comunità e di assistenza domiciliare. Questo implica anche il coinvolgimento di assistenti informali, assistenti/collaboratori domestici, assistenti sociali e infermieri specializzati di comunità/distretto/ospedale.

^d In questa pubblicazione sono presi in considerazione programmi di cura, progetti e interventi/iniziative realizzati (o adattati per essere utilizzati) in Italia o in una data regione/municipalità del Paese). Sono programmi in essere alla data della survey (2014) quali pilota o già implementati, oppure da avviare entro il 2014 o anche terminati nel 2013.

^e Si precisa che non riteniamo che tutti i programmi disponibili/idonei ai fini della survey siano stati identificati.

^f In complesso sono stati identificati sette programmi di cura, ma tre di questi sono stati esclusi, e quindi non vengono qui descritti, poichè non soddisfano i criteri di inclusione/eleggibilità stabiliti ai fini della survey.

^g Da questo paragrafo in poi i numeri entro le parentesi quadre si riferiscono ai programmi descritti nel Riquadro 2.

Nel progetto ARIA sono coinvolti solo ospedali (generici o universitari), organizzazioni di pazienti, pneumologi e fisioterapisti.

Esperienze e risultati

Tre programmi sono stati valutati internamente [1,3,4] e solo uno anche da un organismo esterno [4]. Di quest'ultimo programma sono stati valutati diversi aspetti: processo, risultati, effetti a lungo termine, efficacia in termini di costi del programma stesso. Degli altri due programmi sono stati valutati soprattutto il processo e il software per l'integrazione dei dati e per la lettura delle informazioni prodotte [3], ma anche la qualità della vita dei pazienti e dei loro caregivers, oltre all'efficacia dell'iniziativa in termini di costi [1]. Il programma CCM non è stato ancora valutato, ma questa fase è prevista alla conclusione del progetto. Numerosi indicatori sono stati monitorati, allo scopo di raccogliere informazioni sulla qualità dei programmi e renderle disponibili per la valutazione. Nei quattro programmi presi in considerazione sono stati monitorati soprattutto gli indicatori a livello di risultati, specie per ARIA e Renewing Health (ad esempio risultati clinici, ricoveri ospedalieri, soddisfazione del paziente, efficacia a livello di costi e qualità della vita). Nell'ambito del programma Renewing Health, sono stati utilizzati ulteriori indicatori quali visite dal GP/ambulatoriali, durata del ricovero, mortalità, questionario HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), questionario per la valutazione dei sintomi e percezione del servizio da parte dei pazienti e dei medici.

Per quanto riguarda i risultati, in tutti i programmi sono state osservate integrazione dei servizi di cura e una migliore collaborazione tra i fornitori di servizi. Sono stati inoltre segnalati cambiamenti nell'utilizzo delle risorse (ad esempio riduzione dei ricoveri) [1,2,4], coinvolgimento di assistenti informali e trasferibilità del programma [1,3,4]. In almeno due programmi sono stati osservati un migliore coordinamento delle cure [1,2], soddisfazione dello staff e degli utenti [rispettivamente 3,4 e 1,4], risparmio sui costi [1,4], coinvolgimento del paziente e uso di strumenti di e-health [1, 4]. Migliori competenze dei fornitori di assistenza e cooperazione tra assistenza medica e non medica rappresentano risultati meno frequentemente indicati dai responsabili dei programmi. I risultati del programma ARIA suggeriscono anche che il monitoraggio a distanza conferisce tranquillità ai pazienti ambulatoriali fragili/disabili e relativi caregivers. Il programma ARIA sembra inoltre ridurre i ricoveri ospedalieri e le spese sanitarie regionali [1]. Nel programma MATRICE sono stati definiti indicatori per percorsi di cura specifici dedicati a singole patologie, e dati già disponibili sono stati integrati all'interno delle aziende sanitarie al fine di monitorare longitudinalmente l'intero percorso assistenziale del paziente [3]. Finora, gli esperti nazionali e i responsabili dei programmi hanno l'impressione che gli obiettivi siano stati raggiunti ampiamente. I risultati preliminari suggeriscono infatti che sono stati rilevati dati positivi a riguardo, sebbene valutazioni finali sono necessarie quale conferma degli stessi. I risultati finali del programma Renewing Health sono attesi a breve.

Appendice 1. Alcune caratteristiche del sistema sanitario e di assistenza sociale in Italia

In Italia, i servizi sanitari e sociali rappresentano ancora due settori distinti e solo parzialmente integrati. Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) Italiano garantisce la fornitura di servizi di assistenza sanitaria. I servizi sociali sono gestiti dai Comuni, ma in molti casi sono erogati attraverso fornitori di assistenza privati (profit o non-profit) accreditati. L'integrazione tra i due settori, sebbene promossa dalla Legge 328/2000 (relativa al settore dell'assistenza sociale), non è mai stata definita e stabilita a livello nazionale, lasciando così la responsabilità di gestirla e garantirla alle singole Regioni¹⁵.

Assistenza sanitaria

Il parlamento italiano stabilisce gli obiettivi per la salute pubblica e ne approva la Legge di riferimento. Il Governo Centrale (Ministero della Salute) definisce gli obiettivi del SSN attraverso il Piano Sanitario Nazionale (PSN). Le Regioni sono responsabili della pianificazione, della gestione e della fornitura di servizi attraverso le Aziende Sanitarie Locali (ASLs)¹⁶. Il Governo Centrale e i vari Governi Regionali stabiliscono i fondi da destinare alla salute pubblica¹⁷, e le tasse locali ne rappresentano la principale fonte di finanziamento¹⁸. Sulla base delle caratteristiche strutturali e relative alla fornitura dei servizi assistenziali, uno studio comparativo sui sistemi sanitari europei ha attribuito una "forza media" al settore delle cure primarie in Italia¹⁹.

L'intera popolazione è coperta per le spese sanitarie (accesso universale) che di solito includono ricoveri ospedalieri e cure primarie. Tali servizi sono gratuiti nel momento della somministrazione²⁰. Tali benefici sono universali, nonostante la crisi finanziaria e la necessità di ridurre la spesa sanitaria (la cosiddetta "Spending Review" effettuata nel 2013) abbiano avuto conseguenze importanti in termini di riduzione dell'accesso dei pazienti ai servizi²¹. La partecipazione dei pazienti alla spesa riguarda generalmente i farmaci soggetti a prescrizione ambulatoriale, le visite specialistiche e gli esami diagnostici²², con esclusione di particolari categorie di persone (ad esempio 65+, con basso reddito, con specifiche malattie croniche)²³. Nel 2011, il 77,8% del totale delle spese sanitarie è stato coperto da fonti pubbliche di finanziamento, mentre il rimanente 22,2% è stato pagato privatamente dai pazienti o da fonti esterne. Dati molto recenti però indicano un forte aumento dei pagamenti congiunti da parte dei pazienti, fatto che ha riguardato 12,2 milioni di italiani negli ultimi anni²⁴.

Assistenza sociale, domiciliare o per gli anziani

Il sistema italiano di Long Term Care (LTC) è caratterizzato da un'elevata frammentazione in termini di fonti di finanziamento, "governance" e responsabilità gestionale. Gli attori coinvolti sono lo Stato Centrale (per la legislazione nazionale) e i Comuni (per l'erogazione di servizi) sotto il controllo delle Regioni²⁵. L'assistenza a lungo termine è finanziata dalla fiscalità generale, dall'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS) e dagli utenti. Le spese per LTC nel 2010 hanno rappresentato l'1,91% del PIL: 0,49% per l'assistenza domiciliare, 0,55% per l'assistenza residenziale, 0,86% per prestazioni in denaro/provvиденze economiche²⁶. Negli

RIQUADRO 2. Caratteristiche dei programmi sulla multimorbilità in Italia

ID NR	PROGRAMMA	OBIETTIVI PRINCIPALI	DESTINATARI	FORNITORI DI CURE/ ORGANIZZAZIONI	RISULTATI
1	Progetto ARIA	<p><u>Qualità delle cure</u> Migliorare coordinamento delle cure/integrazione</p> <p><u>Utilizzo e costi</u> Prevenzione uso improprio dei servizi</p> <p><u>Migliorare la centralità del paziente</u> Migliorare il coinvolgimento dei pazienti/caregivers informali</p> <p><u>Risultati per il paziente</u> ridurre complicanze/ morbidità/ mortalità</p>	Pazienti, assistenti informali e fornitori di cure mediche Il programma è rivolto a persone con disabilità fisiche (ad es. malattie neuromuscolari, grave cifoscoliosi e disabilità muscolare) e insufficienza respiratoria cronica come comorbidità	<p><u>Fornitori di cure</u> medici specialisti (pneumologo) e fisioterapisti</p> <p><u>Organizzazioni</u> Università, ospedale generico, organizzazioni di pazienti</p>	<p>I risultati sembrano suggerire miglioramenti con riguardo a: integrazione dei servizi di cura; collaborazione dei professionisti; coordinamento delle cure; coinvolgimento e soddisfazione dei pazienti/ assistenti informali; utilizzo delle risorse, (ad es. riduzione dei ricoveri); utilizzo di strumenti di e-health, con risparmi sui costi (maggiore efficacia)</p> <p>Il programma sembra essere anche trasferibile</p> <p>I risultati indicano anche che il monitoraggio a distanza di pazienti ambulatoriali fragili favorisce una tranquillità fisiologica per gli stessi e rispettivi caregivers</p>
2	CCM Chronic Care Model Modello di cura della cronicità Punto Unico di accesso e team di specialisti per la presa in carico della persona con demenza	<p><u>Qualità delle cure</u> Migliorare coordinamento e integrazione delle cure</p> <p><u>Migliorare l'accesso alle cure</u> Ridurre le disuguaglianze e agevolare l'accessibilità all'assistenza e ai servizi di supporto</p>	Pazienti, fornitori di cure mediche/non mediche. Il programma si rivolge ad anziani (65+) con malattie cognitive/neurodegenerative (ad es. Alzheimer). Il programma si rivolge alla multimorbilità in generale	<p><u>Fornitori di cure</u> medici di medicina generale e medici specialisti (neurologo, geriatra), assistenti sociali, infermieri di comunità/ distretto</p> <p><u>Organizzazioni</u> Ospedale generico, organizzazioni di cure primarie, centri per la cura della salute, case di riposo, organizzazioni di servizi sociali e assistenza domiciliare</p>	<p>I risultati sembrano indicare soprattutto: una migliore integrazione e collaborazione dei servizi assistenziali e relativi fornitori; un migliore coordinamento dell'assistenza e cambiamenti nell'utilizzo delle risorse (ad es. riduzione dei ricoveri)</p> <p>Il programma non è ancora stato valutato estensivamente. Ciò sarà possibile una volta concluso</p>

<p>3</p>	<p>MATRICE</p> <p>Integrazione delle informazioni per la gestione dei pazienti nella/nel comunità/territorio</p>	<p><u>Qualità delle cure</u> Migliorare coordinamento e integrazione delle cure</p> <p><u>Utilizzo e costi</u> Prevenzione uso eccessivo/impropri o dei servizi</p> <p><u>Migliorare la centralità del paziente</u> Identificazione dei pazienti destinatari del programma</p> <p>Monitoraggio dell'aderenza allo standard di cura</p> <p>Questo programma non comporta fornitura diretta di servizi sanitari, ma raccoglie dati e informazioni relativi a patologie croniche per migliorarne la gestione</p>	<p>Fornitori di cure mediche/non mediche, gestori/managers del programma</p> <p>Nessun sottogruppo specifico di pazienti</p> <p>Il programma si riferisce ad una combinazione di diagnosi mediche specifiche (diabete, cardiopatia ischemica, ipertensione, insufficienza cardiaca, demenza)</p>	<p><u>Fornitori di cure</u> medici di medicina generale e medici specialisti (cardiologo, neurologo, internista e diabetologo</p> <p><u>Organizzazioni</u> Ospedale universitario, organizzazioni di cure primarie, Governo, distretti sanitari, unità sanitarie locali (ASL), regioni, Ministero della Salute</p>	<p>Si osservano soprattutto integrazione e collaborazione dei servizi/fornitori di assistenza, soddisfazione del personale, coinvolgimento di assistenti informali</p> <p>Il programma sembra essere anche trasferibile</p> <p>Sono stati definiti indicatori per percorsi di cura dedicati a singole patologie</p>
<p>4</p>	<p>Renewing Health</p> <p>REgionNs of Europe WorkINg toGether for HEALTH*</p> <p><i>* Progetto multicentrico che coinvolge i seguenti paesi europei: Italia, Danimarca (Capofila), Norvegia, Finlandia, Svezia, Spagna, Grecia, Austria e Germania</i></p>	<p><u>Qualità delle cure</u> Migliorare coordinamento e integrazione dei servizi di cura</p> <p><u>Utilizzo e costi</u> Prevenzione uso eccessivo/impropri o dei servizi</p> <p><u>Migliorare la centralità del paziente</u> Migliorare il coinvolgimento dei pazienti/assistenti informali</p> <p><u>Risultati per il paziente</u> ridurre/ritardare complicanze e mortalità</p>	<p>Pazienti, assistenti informali e fornitori di cure mediche</p> <p>Il programma si rivolge in generale alle persone 18+ con malattie croniche (ad es. insufficienza cardiaca, COPD, diabete), e in particolare ad anziani fragili 65+</p> <p><u>Migliorare l'accesso alle cure</u> Ridurre le disuguaglianze, agevolare l'accessibilità ai servizi</p>	<p><u>Fornitori di cure</u> medici di medicina generale, medici specialisti (cardiologo, pneumologo, geriatra e diabetologo), assistenti informali, assistenti/collaboratori domestici, assistenti sociali, infermieri di comunità/distretto, infermieri ospedalieri/specializzati</p> <p><u>Organizzazioni</u> Ospedale universitario e ospedale generico, organizzazioni di cure primarie, casa di riposo,</p>	<p>I risultati mostrano principalmente: l'integrazione tra servizi assistenziali; la collaborazione tra fornitori di cure; la partecipazione di pazienti/assistenti informali; la soddisfazione di personale, pazienti e assistenti informali</p> <p>Si notano anche cambiamenti nell'utilizzo delle risorse (ad es. riduzione dei ricoveri), l'uso di strumenti di e-health e risparmi sui costi (maggiore efficacia)</p> <p>Il programma è anche trasferibile</p> <p>Policlinico / day Hospital / ambulatori, organizzazioni di pazienti, organizzazioni di supporto alla comunità / di assistenza a domicilio, dipartimento ICT, istituto di ricerca, regioni e fornitori di cure privati / esterni</p>

ultimi anni, la crescita della spesa dedicata all'indennità di accompagnamento (prestazione monetaria erogata alle persone gravemente disabili) ha rappresentato il cambiamento più importante nella LTC (dal 6% al 12,5% degli utenti anziani nella periodo 2002-2010), non dovuto comunque ad un cambiamento in tal senso della stessa politica/legislazione di riferimento, ma piuttosto ad un'applicazione meno restrittiva dei criteri riguardanti i requisiti di accesso nel corso degli anni. Diversamente, nel 2010 gli anziani utenti dell'assistenza domiciliare e residenziale erano, rispettivamente, solo il 5,5% e il 2%²⁷. Il sistema italiano di LTC si basa fortemente sui trasferimenti monetari diretti, volti a coprire le spese di cura, piuttosto che sull'erogazione di servizi. Tale sistema è caratterizzato anche da: 1) grande variabilità tra le Regioni nei livelli di finanziamento e nell'integrazione/fornitura di servizi sanitari e sociali (con sostegno pubblico/integrato maggiore nell'Italia Nord-Centro)²⁸; 2) consistente assistenza informale/familiare rivolta agli anziani²⁹; e 3) uso dell'indennità di accompagnamento per assumere privatamente lavoratori stranieri (i cosiddetti "badanti") in qualità di assistenti domiciliari³⁰.

- 1 Rijken M, Struckmann V, Dyakova M, Melchiorre MG, Rissanen S, van Ginneken E, on behalf of the ICARE4EU partners. ICARE4EU: Improving care for people with multiple chronic conditions in Europe. *Eurohealth* 2013; 19(3): 29-31.
- 2 Eurostat 2011, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00001&plugin=1>.
- 3 Eurostat 2011 http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_silc_04&lang=en
- 4 SHARE 2010/2011 <http://www.degruyter.com/view-booktoc/product/185064>
- 5 WHO Regional Office for Europe 2013. In: van Ginneken et al. Health Systems in Transition. Trends and patterns in EU28 health systems and Iceland, Norway and Switzerland (pp 79). World Health Organization, Copenhagen, 2015 (under review).
- 6 Epicentro, <http://www.epicentro.iss.it/igea/igea/progetto.asp>.
- 7 Maggini M., A chronic disease management project for people with diabetes. *Annuario Istituto Superiore Sanità*, 2009; 45(4): 349-352 <http://www.scielosp.org/pdf/aiss/v45n4/01.pdf>.
- 8 Laurendi G., Mele S., Centanni S., Donnor CF, Falcone F., Frateiacchi S., Lazzeri M., Mangiacavallo A., Indinimeo L., Viegi G., Pisanti P., Filippetti G., Global alliance against chronic respiratory diseases in Italy (GARD-Italy): Strategy and activities, *Respiratory Medicine*, 2012; 106(1): 1-8, [http://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111\(11\)00341-6/fulltext](http://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111(11)00341-6/fulltext).
- 9 Sorlini M, Perego L, Silva S, Marinoni G, Zucchi A, Barbaglio G, Azzi M. The chronic related groups (CREG) model for ensuring continuity of care for chronically ill patients: pilot experience of the planning stage in Bergamo (Italy). *Igiene e Sanità Pubblica*. 2012; 68(6): 841-61, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23369997>; Ministry of Health, Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza del paziente complesso. *Quaderni del Ministero della Salute*, 2013; 23: XVIII-XXII <http://www.quadernidellasalute.it/download/download/23-settembre-ottobre-2013-quaderno.pdf>.
- 10 Le malattie croniche in Toscana, 2013, www.ars.toscana.it/it/aree-d'intervento/problemi-di-salute/malattie-croniche.html; Ministry of Health, 2013.
- 11 Da Col P, Bellentani MD, Indagine nazionale sui distretti sanitari. Executive Summary. I messaggi Tascabili della Ricerca. *I Quaderni di Monitor*, 2011; 27(8): 10-14. <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato4818800.pdf>.
- 14 ISS (Istituto Superiore di Sanità), 2012, *Gestione Integrata del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto. Documento di indirizzo*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, <http://www.epicentro.iss.it/igea/news/pdf/Doc%20IGEA%20Gestione%20integrata%202012-Full.pdf>; ISS (Istituto Superiore di Sanità), 2009, *Gestione Integrata del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto. Manuale di formazione per gli operatori sanitari*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, <http://www.epicentro.iss.it/igea/pdf/Manuale%20Formazione%20IGEA.pdf>.
- 15 Tediosi F, Gabriele S., 2010. *Long Term Care in Italy*, ENEPRI Research report N. 80, Contribution to WP1 (Overview of long-term care systems. Country report: Italy) of the ANCIEN PROJECT (Assessing Needs of Care in European Nations), Istituto di Studi e Analisi Economica, ISAE, Roma, <http://www.ancien-longtermcare.eu/node/27>; Melchiorre M.G., Greco C., Lucchetti M., Chiatti C., Lamura G. (2013) "Italy". In: Genet N., Boerma W., Kroneman M., Hutchinson A., Saltman R. (eds) *Home Care in Europe - Case studies. Volume II*. WHO, European Observatory on Health Systems and Policies, NIVEL, the Netherlands Institute for Health Services Research, United Kingdom, pp. 150-160. http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Home_care-across-Europe-case-studies.pdf.
- 16 Lo Scalzo A, Donatini A, Orzella L, Cicchetti A, Profili S, Maresso A. Italy: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2009; II(6) http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/87225/E93666.pdf?ua=1; Melchiorre et al., 2013.
- 17 Paris, Devaux and Wei, 2010. In: van Ginneken et al. Health Systems in Transition. Trends and patterns in EU28 health systems and Iceland, Norway and Switzerland (pp 34-35). World Health Organization, Copenhagen, 2015 (under review).
- 18 van Ginneken et al. Health Systems in Transition. Trends and patterns in EU28 health systems and Iceland, Norway and Switzerland (pp 94). World Health Organization, Copenhagen, 2015 (under review).
- 19 Kringos DS. *The strength of primary care in Europe*. Utrecht, NIVEL: 2012.

- 20 Melchiorre et al., 2013; Lo Scalzo et al., 2009.
- 21 Aceti T., Bressi MT (Eds.), 2012, “*Emergenza famiglie: l’insostenibile leggerezza del Welfare*”, XI Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità. Cittadinanzattiva, Roma, http://www.cittadinanzattiva.it/files/relazioni_annuali/salute/politiche_cronicita/2012_XI_rapporto_politiche_cronicita_a_Italia.zip.
- 22 Lo Scalzo et al., 2009. In: van Ginneken et al. Health Systems in Transition. Trends and patterns in EU28 health systems and Iceland, Norway and Switzerland (pp 88-89). World Health Organization, Copenhagen, 2015 (under review).
- 23 Melchiorre et al., 2013; Lo Scalzo et al., 2009.
- 24 CENSIS, *Il ruolo della sanità integrativa nel Servizio Sanitario Nazionale*. Roma, 4 giugno 2013, http://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf2010/Sanita2/_Oggetti_Correlati/Documenti/Dibattiti-e-Idee/SINTE-SI_WELFAREDAY_CENSIS.pdf?uuid=AbycDv1H
- 25 Tediosi F., Gabriele S., 2010; Melchiorre et al., 2013.
- 26 Lipszyc B., Sail E., Xavier A., *Long-term care: need, use and expenditure in the EU-27*, European Commission, Economic Papers 469 | November 2012 (p. 15). http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2012/pdf/ecp469_en.pdf
- 27 Gori C., 2011, ‘Home Care in Italy’, in Rostgaard, T., Glendinning, C., Gori, C., Kr ger, T., Österle, A., Szebehely, M.,Theobald, H., Timonen, V., Vabø, M., *LIVIND-HOME - Living independently at home. Reforms in home care in 9 European countries*, Copenhagen, SFI – The Danish National Centre for Social Research, pp. 185-206, <http://www.york.ac.uk/inst/spru/research/pdf/livindhome.pdf>, accessed 20.10.2012; Barbabella F, Chiatti C, Di Rosa M, Gori C (2013), La bussola di N.N.A.: lo stato dell’arte basato sui dati. In: Network Non Autosufficienza (ed.), *L’assistenza agli anziani non autosufficienti in ITALIA, 4° Rapporto, Tra crisi e ripartenza*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, pp. 11-28. http://www.maggioli.it/rna/2012/pdf/rapporto2012-assistenza_anziani.pdf.
- 28 Tediosi, Gabriele, 2010; Melchiorre et al., 2013.
- 29 Drożdżak Z., Melchiorre M.G., Perek-Białas J., Principi A., Lamura G., (forthcoming), Ageing and long-term care in Poland and Italy: a comparative analysis. In: Ervik R., Skogedal Lindén T. (a cura di), *The making of ageing policy: theory and practice in Europe*. Edwar Elgar, Publishing Ltd, Cheltenham GlosUK, pp. 296-325.
- 30 Lamura G., Melchiorre M.G., Polverini F., A. Principi, M. Lucchetti, 2009, Migrant workers in the elder care sector: the Italian experience, *Retraite et Société*, Selection in English, 2008, Caisse Nationale D’Assurance Vieillesse; Di Rosa M., Melchiorre M.G., Lucchetti M., Lamura G. (2012). The impact of migrant work in the elder care sector: recent trends and empirical evidence in Italy. *European Journal of Social Work*, 2012;15(1):9-27.