

fatica dal profondo del pavimento: "Credo una malattia seria, ma "io" non sono il dottore". Mi osserva in volto, onestamente mi dice:" la malattia demielinizante, la neurite multipla e la sclerosi a placche sono solo metafore per dirti che hai una possibile sclerosi multipla".

Questo anziano camice, brizzolato con gli occhi lucidi, mi racconta quanto sia legato a mio fratello, se ne parla. Approva il mio silenzio per non coinvolgerlo e alla fine mi abbraccia teneramente come se fossi stata la figlia che non ha mai avuto e mi consiglia di continuare a cercare un centro che decida di essere onesto verso l'individuo che vuole conoscere. Lui in pensione non potrà darmi aiuto e reputa con poca "esperienza" il centro locale. Mi invierà in seguito presso il centro ambulatoriale in Milano, dove effettuai le ricerche genetiche.

Il camice lo ricontatto: piccolo irrequieto, mi aspetta alla stazione della sua città. Nel frattempo avevo assunto informazioni. Affidabile, anche se casinista per i suoi ideali politici. Una amica, pure lei con la mia stessa compagna di vita, aveva ricevuto da lui una sorta di invio diagnostico definitivo.

Non mi interessa che cosa sia, le idee che si porta appresso: cerco un professionista serio, umano. Mi trovo insieme alla mia amica presso lo studio. Si parla e dopo ulteriore revisione oramai familiare, mi appioppa di suo del cortisone. Accetto disperata le due fiale di cortisone nei muscoli della schiena e dormo finalmente una notte senza troppi dolori. Vivrò di rendita per alcuni giorni. E' il primo camice che decide di darmi un sintomatico indipendentemente da quello che potrei avere, trovando assurdo questo accanimento diagnostico senza lenire il disagio del dolore.

Contatterà il centro di ricerca famoso, rivolterà in mia presenza l'Istituto. Poi avuto un esito chiarificatore in seguito ad alcune telefonate, dove lo sento discutere animatamente, decide di inviarmi da un collega Neurologo.

Mi assicura la sua presenza, accompagnandomi, con il pretesto di rivedere il vecchio amico di studi: Paolo P. di Tortona.

Ho una improvvisa paura ora palese di altre sconfitte, voglio testimoni che affermino che non sono sull'orlo della follia. Vorrei vivere meglio ed avere per lo meno sintomatici.

Entrammo in questo piccolo studio, semplice senza fronzoli. Dice all'amico: "Vuole la verità, questa non vive se non ha idea di cosa le accade, le serve aiuto per vivere meglio". Seduti a tavolino si ricomincia il solito rituale a me ormai noto, sia nei gesti che nelle domande. Manifesta Egli, il desiderio di darmi aiuto, riconosce utili gli esami già effettuati e non mi costringerà a ripeterne ulteriori: gli bastano. Mi chiede se può interloquire con i miei affetti, manifesto il desiderio di un rapporto onesto alla pari: sono io la diretta interessata e voglio la chiarezza.

Terminata la visita, mi guarda negli occhi, direttamente, un sorriso rassicurante: finalmente sono una persona, e non un corpo.

"Mi dia un anno di tempo, penso sia realmente SM, se la sente?" Dovrò recarmici ogni mese, in questo minuto centro. L'amico reumatologo sarà al nostro fianco, si finalmente anche mio marito inizia a partecipare a questo mio iter, "illuminato" da Tiziano. Mio fratello lo tengo volutamente fuori dal "problema".

Telefonicamente l'amico sarà un supporto morale per entrambi.

Tiziano ora è fuori Italia, nauseato da un sistema che logora, alla ricerca di se stesso e alla irrefrenabile ricerca e conferma dei suoi ideali che forse altrove esista una sanità migliore. Fu lui stesso una vittima di alcuni camici irresponsabili e si porta dentro tutt'ora ferite profonde. Comprendo il perché si offrì gratuitamente a donarmi aiuto. Mio fratello, troppo coinvolto dai problemi suoi personali, sensibilissimo verso gli affetti che ama, quando decido di dargli notizia di cosa potrei avere, nega a me per negare a se stesso una paura profonda di una condanna che potrebbe coinvolgere tutti a suo dire.

Riprendo a vivermi, sono supportata finalmente un po' aiutata anche da mio marito che conoscerà il neurologo che mi starà a fianco: ancora oggi.

La fibromialgia è :

- una malattia o è una sindrome?
- Reumatologica, dermatologica o neurologica?

S.F....infatti è definita **Sindrome fibromialgica..**

Banali osservazioni per far riflettere, di un vecchio medico per varie combinazioni anche reumatologo e finito in Svizzera sempre per i casi della vita.....



Se non si trovano particolari lesioni e il dolore è il sintomo principale, localizzato nel muscolo, che però risulta sano, ma se si suscita già pizzicando la pelle, perché è malattia reumatologica e non dermatologica? O neurologica? E perché non si vanno a indagare anche altri livelli? Oppure è stato fatto ma le varie scienze non comunicano più tra di loro?????

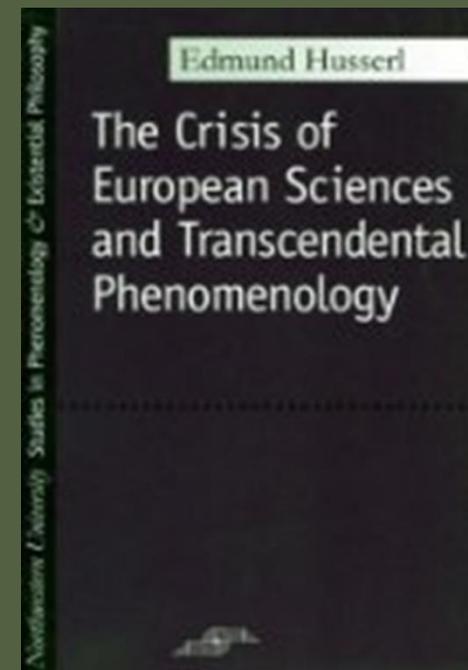
Con il termine realtà si intende ciò che esiste effettivamente, di solito in contrasto a ciò che è illusorio, immaginario o fittizio.

A volte viene anche contrapposta al sogno. Qu

La crisi delle scienze e i conflitti del pensiero:

Si inizia a parlare in maniera ufficiale della crisi delle scienze europee e della fenomenologia trascendentale, in una serie di conferenze tenute nell'aprile e nel novembre del 1935 a Vienna e a Praga. Successivamente, l'anno dopo, a Belgrado, nella rivista *Philosophia*, compare un articolo sempre sullo stesso tema, e nel 1954 venne completata e pubblicata un'opera completa sul tema a firma di EDMUND HUSSERL.

«Oggi il solco tra una scienza e l'altra impedisce alle singole scienze di percepire i risultati a cui le altre scienze sono arrivate, ed è necessario pervenire ad una loro riunificazione, in quanto esiste una ed una sola scienza che ha delle diverse ramificazioni, ma che partono tutte da una radice comune che è la **filosofia**, mentre la statistica è solamente un banale ed imperfetto mezzo per rendere meno difficile il dover dire che non si è ancora capito niente e per riuscire a governare la barca della nostra incapacità di comprendere le leggi di natura, in un oceano in tempesta» (da < il salto quantico >)



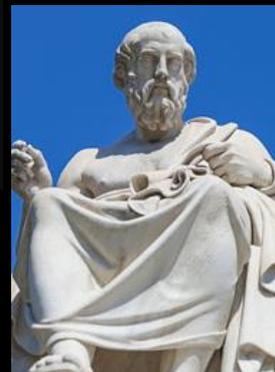
Per i filosofi la reazione alla scienza e le sue conseguenze sull'uomo furono e sono argomenti sempre attuali e basilari, ma oggi c'è una quasi assenza di critica, o per lo meno c'è assenza di voce a queste eventuali critiche che restano isolate e inascoltate.

Oggi la scienza moderna, ha superato il senso comune e genera una immagine di mondo abitato da forme oggettive, contrapposto al mondo soggettivo dell'esperienza comune. La conoscenza scientifica viene contrapposta all'esperienza di vita, e forse questa conoscenza pensa solo di conoscere, senza realmente conoscere nell'intimo, fenomeni che ad altri livelli mostrano realtà opposte a quelle esaminate dalla scienza del momento.

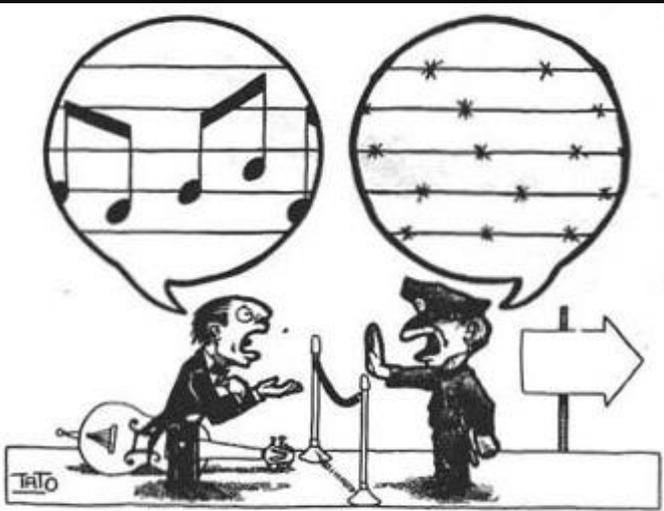
Il sapere è dato dalla conoscenza che dipende dalla voglia di conoscere e dagli strumenti disponibili per vedere la realtà che si allarga a dismisura nell'infinitamente grande e nell'infinitamente piccolo.

Problem solving? Assumi un filosofo

“Come dice Hegel, la filosofia permette di passare dal noto al conosciuto. Insegna ad analizzare le situazioni in maniera non unilaterale, ad assumere uno sguardo più critico e onnicomprensivo. Aiuta a tenere conto di punti di vista diversi da quello che inizialmente si assume rispetto a specifici concetti”



Oggi il solco tra una scienza e l'altra (ED IO AGGIUNGO, TRA UNA SPECIALITA' MEDICA E L'ALTRA) impedisce alle singole scienze di percepire i risultati a cui le altre scienze sono arrivate, ed è necessario pervenire ad una loro riunificazione, in quanto esiste una ed una sola scienza che ha delle diverse ramificazioni ma che partono tutte da una **radice comune che è la filosofia**, mentre la statistica è solamente un banale ed imperfetto mezzo per rendere meno difficile il dover dire che non si è ancora capito niente e per riuscire a governare la barca della nostra incapacità di comprendere le leggi di natura, in un oceano in tempesta .



Cercare di vedere oltre la propria scienza.....se c'è altro.....

Sindrome: complesso di sintomi, che possono essere provocati dalle cause più diverse.

Sintomo: manifestazione di uno stato patologico, avvertita soggettivamente dal malato (distinto dal **Segno**, rilevabile dal medico all'esame obiettivo).

Malattia (o Patologia): condizione anormale di un organismo, causata da alterazioni organiche o funzionali che compromettono la salute del soggetto.

La **Fibromialgia** viene identificata invariabilmente come malattia e come sindrome. Sono la stessa cosa o due cose o più cose diverse?



Si riconoscono cinque categorie di sindromi dolorose reumatiche, suddivise secondo criteri fisiopatologici:

- sindromi dolorose infiammatorie;
- sindromi dolorose meccaniche;
- sindromi dolorose da compressione nervosa;
- sindromi dolorose simpatico-riflesse;
- sindromi fibromialgiche

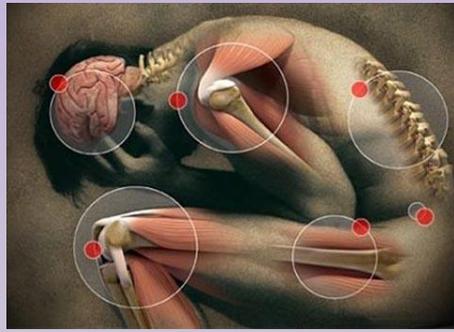
Le sindromi fibromialgiche sono sindromi dolorose croniche muscolo-scheletriche, ma non solo, caratterizzate da dolore diffuso in assenza di sinovite o miosite..... **MA SIAMO SICURI CHE SIANO SEMPLICEMENTE MUSCOLO-SCHELETRICHE?**

La fibromialgia detta anche Sindrome di ATLANTE, nella sessione dedicata venne suddivisa così:

- S.F. senza depressione associata facilmente trattabile
- S.F. con depressione associata facilmente trattabile
- S.F. con depressione associata facilmente trattabile
- S.F. con depressione associata difficilmente trattabile
- Ma questa era una suddivisione che doveva soggiacere all'altra distinzione? «primaria – secondaria» o «Associata ...a»



Prima vertebra
Cervicale o₈
ATLANTE



Cosa dice la LEGA



**Lega svizzera
contro il reumatismo**
Il movimento è salute

La **sindrome fibromialgica** (SFM) pone degli enigmi.

Le persone colpite soffrono di dolori cronici e diffusi a carico dei muscoli in prossimità delle articolazioni (non però alle articolazioni stesse) e lamentano esaurimento, disturbi del sonno, depressione e svariati altri disturbi.

Dal momento che mancano evidenze inequivocabili, la diagnosi di fibromialgia viene posta mediante un procedimento di esclusione laborioso, per cui trascorrono da cinque a dieci anni fino alla diagnosi definitiva.

(O a volte viene posta come «ultima ratio» non trovando altre spiegazioni...)

Con la sentenza del 03.06.2015, il Tribunale federale ha di fatto determinato la fine della prassi dell'assicurazione invalidità svizzera, in vigore da diversi anni, di negare in linea di principio il diritto ad una rendita AI alle persone affette da disturbi somatoformi dolorosi. Cio' nonostante non sarà facile per le persone affette da fibromialgia soddisfare i criteri



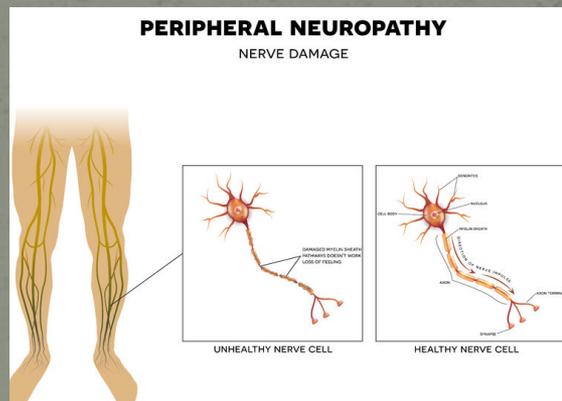
**Lega svizzera
contro il reumatismo**
Il movimento è salute



Cause

L'elenco seguente riporta le cause di fibromialgia teorizzate, unitamente ad alcune brevi spiegazioni esemplificative. È possibile che in futuro alcune parti del puzzle si avvicinino l'una all'altra a formare un quadro complessivo coerente, anche se fino ad allora dovranno continuare a rimanere valide le teorie più diverse. L'elenco non ha alcuna pretesa di completezza, né con ciò la Lega svizzera contro il reumatismo intende prendere posizione a favore o contro alcuna teoria specifica.

- ❑ Genetica
- ❑ Disturbo algico
- ❑ Stress
- ❑ Psicosomatica
- ❑ Disfunzione mitocondriale
- ❑ Deficit di sostanze nutritive
- ❑ Iperacidità (scorie nel tessuto connettivo)



**Lega svizzera
contro il reumatismo**
Il movimento è salute

E la neuropatica?

Questa è la posizione ufficiale.....

Ma in queste condizioni il fabbisogno di salute e di benessere dei pazienti che non chiamerei fibromialgici, ma affetti da **dolore cronico**, non è sufficientemente garantito per molti pazienti e non solo donne...



COSA FARE?



Bisogna saperne di piu'!



E forse....cercare anche da qualche altra parte....

Da dove partire? **dal sapere.....**

Vediamo i punti uno per uno



1. **CONOSCERE I MECCANISMI ED I FUNZIONAMENTI DI CIO' SU CUI INTENDIAMO INTERVENIRE**
2. **CONOSCERE I MECCANISMI ED I FUNZIONAMENTI DI CIO' CHE VOGLIAMO APPLICARE**
3. **CONOSCERE LE INTERREAZIONI INTERNE ED ESTERNE CHE POSSONO INTERVENIRE**
4. **CONSIDERARE CHE INTERVENIAMO SU MECCANISMI COMPLESSI DI CUI CONOSCIAMO SOLO UNA INFINITESIMA PARTE.**
5. **CONSERVARE LO SPIRITO CRITICO PER RIMETTERE IN DICUSSIONE TUTTO CIO' CHE PENSIAMO DI SAPERE VISTO CHE PUO' NEL FRATTEMPO ESSERE CAMBIATO, O POSSONO INTERVENIRE ALTRI FATTORI INIZIALMENTE NON NOTI E/O NON PRESENTI**

OMEOSTASI ELETTROMAGNETICA.

La medicina orientale, ancorché su basi filosofiche, ha sempre agito, sui sistemi che regolano l'omeostasi dell'organismo, intervenendo sulla componente elettromagnetica, ma senza avere le adeguate giustificazioni per poter incidere secondo le regole occidentali, disponendo di nozioni scientifiche verificabili e riproducibili e pertanto con risultati, seppur evidenti, non confermabili secondo i criteri necessari per avere l'accredito della comunità scientifica internazionale e occidentale.

Pertanto si scontrano due visioni del funzionamento dell'organismo contrapponendosi, ma solamente perché i presupposti fisiopatologici di fondo, portavano a risultati che non avrebbero mai potuto confluire, avendo entrambe immagine parziale dell'intero oggetto, come se ci si trovasse uno da una parte della moneta a descrivere il segno croce, come unico segno visibile, e l'altro dall'altra che faceva la stessa cosa con il segno testa. La differenza dipende dai due diversi angoli di visuale o meglio dagli strumenti percettivi diversi che analizzano due aspetti diversi, su livelli diversi della stessa realtà.

MODALITÀ DI FUNZIONAMENTO DELL'ORGANISMO

CAUSALE \Rightarrow SISTEMA CHIUSO

CAUSALE \Rightarrow SISTEMA APERTO

MEDICINA ACCADEMICA
Descrizione biochimica / meccanica

**MEDICINA DELLA
REGOLAZIONE**
Descrizione biofisica

Descrizione analitica

Descrizione sintetica
(teoria dei frattali)

Struttura rigida

Struttura flessibile

Possiamo quindi vedere l'organismo come funzionante con una modalità chiusa come nella medicina accademica con una descrizione biochimica/meccanica con una descrizione analitica di una struttura rigida e con una modalità aperta come nella **MEDICINA DELLA REGOLAZIONE** con una descrizione biofisica e sintetica (teoria dei frattali) e una struttura flessibile.

Le conoscenze attuali hanno trovato l'anello mancante, forse un pochino in ritardo da quando Einstein enunciò nel 1905 la prima teoria della relatività ristretta. Con l'enunciato di Rubbia, oggi é chiaro che omeostasi biochimica e omeostasi elettromagnetica interreagiscono imprescindibilmente perché una é l'altra a seconda della modalità con cui le indaghiamo.

DNA



**Controllo
chimico
delle
reazioni**

**Controllo
fisico
delle
reazioni**

**controllo chimico
(sintesi proteinica)**

**controllo elettromagnetico
(biofotoni)**

**omeostasi
biochimica**

**omeostasi
elettromagnetica**

Medicinali classici

**medicinali omeopatici
Biofotoni, Agopuntura**

Le complesse reazioni biochimiche che avvengono all'interno dell'organismo si traducono in emissioni di energia elettromagnetica emessa spontaneamente da sistemi biologici (bioluminescenza), da sostanze ponderali (per esempio farmaci o alimenti) o in diluizione (per esempio rimedi omeopatici).

Medicina quantistica....Se vorrete ne riparleremo ed ho già la disponibilità del Professor Piergiorgio Spaggiari per un incontro futuro da programmare....

Piergiorgio Spaggiari, Caterina Tribbia

MEDICINA QUANTISTICA

La medicina attraverso la fisica dei quanti



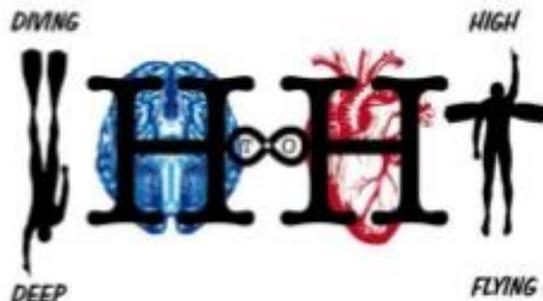
GIOVEDÌ 4 MAGGIO

DALLE ORE 15.00 ALLE 16.15

Acqua - Il mistero biofisico che ci dona la vita

Tratterà l'argomento il **Dottor Piergiorgio Spaggiari**, laureato in Fisica e in Medicina e Chirurgia, specializzato in Medicina dello Sport, laurea Onoris Causa in Medicina Quantistica presso l'Università di Odessa, già ricercatore dell'Istituto di Tecnologie Biomediche Avanzate del Consiglio Nazionale delle Ricerche, è stato Direttore Generale di numerose aziende ospedaliere lombarde. Attualmente Professore Straordinario di Medicina dello Sport - Università San Raffaele Roma. E' autore di numerose pubblicazioni scientifiche.

Noi siamo in buona salute quando le cellule del nostro organismo procedono regolarmente agli scambi biochimici governati dal dominio di coerenza dell'acqua, se io cambio la frequenza di oscillazione del dominio di coerenza dell'acqua, cambio le molecole che si attraggono e ho la possibilità di intervenire negli scambi biochimici e nella fisiologia, posso trattare le patologie.



Sappiamo dagli studi classici di medicina come siamo fatti.... E ora stiamo cercando anche di sapere come funzioniamo dal punto di vista di reazioni BIOFISICHE....Quindi abbiamo trovato altre informazioni uscendo dai testi sacri, ma andando in altri testi sacri di altre discipline

Passo successivo :

VEDERE COSA ACCADE NELLA FIBROMIALGIA:

«Le persone colpite soffrono di dolori cronici e diffusi a carico dei muscoli in prossimità delle articolazioni.....»

Qui si inserisce il Professor **Claudio Torresani direttore della scuola di Specialità in Dermatologia dell'Università di Parma**, da quest'anno in pensione: dal 1992: responsabile della sezione di Dermatologia allergologica e professionale. Dal 2001: responsabile dell'ambulatorio malattie cutaneo-mucose. Dal 2007: incarico di alta specializzazione in Dermatologia Allergologica. Lui si occupa della PELLE e.....

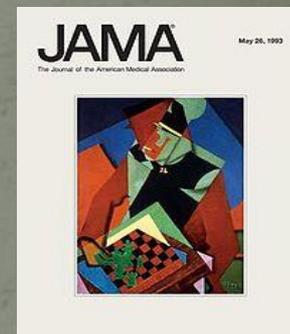
Il Professor Torresani ha verificato che nelle pazienti diagnosticate come fibromialgiche, il dolore spontaneo è nei muscoli, ma esiste anche un dolore provocato, fortissimo se si sa dove cercare, localizzato già nella pelle, che spontaneamente il paziente non avverte nascosto dal dolore muscolare. Per questo motivo, si mise a fare delle biopsie a livello cutaneo, mentre chi studiava la fibromialgia, si occupava sempre e solo di quello che avveniva nei muscoli.



Pertanto anche se il dolore diventa fondamentale per il paziente affetto da sindrome fibromialgica, non deve condizionare il medico nella valutazione del paziente che ha davanti, medico che deve cercare di giungere ad una **diagnosi** la piu' precisa e completa possibile per poter instaurare la terapia piu' adatta al paziente e oggi, col proliferare di specialità, come ad esempio la terapia del dolore, spesso si perde di vista l'obiettivo principe del medico che prima della terapia deve essere la diagnosi.

Per cui il bravo terapeuta del dolore dovrebbe sempre confrontarsi con tutti gli altri specialisti collegialmente e provvedere ad un consulto.

Si sta perdendo il concetto di terapia della persona, sostituito da terapia della malattia dimenticandosi che ogni paziente pur avendo la stessa «malattia» è diverso da ogni altro,



Gli errori di diagnosi rappresentano un aspetto sostanziale del rischio clinico e necessitano della stessa attenzione che viene comunemente rivolta agli errori di prescrizione medica o alle infezioni nosocomiali. Questo è quanto emerge da un commento apparso sulla rivista Journal of the American Medical Association.

“Gli errori diagnostici intesi come diagnosi mancate, oppure errori o ritardi nella diagnosi, sono alla base di un considerevole numero di errori clinici e di morti ospedaliere, e la loro frequenza è maggiore rispetto agli errori contro cui vengono indirizzate le comuni strategie di prevenzione del rischio clinico”, ha dichiarato David Newman-Toker, docente di Neurologia presso la Johns Hopkins University School of Medicine di Baltimora, e coautore del commento.

Sempre da jama, concludono gli autori, la prevenzione degli errori diagnostici può trovare una solida base anche in piccoli accorgimenti da seguire nella pratica clinica quotidiana, come sottoporre le radiografie o i risultati di una risonanza magnetica anche allo sguardo di terzi, ovvero medici non direttamente implicati nella cura del paziente, nonché rimandare il paziente a visite specialistiche laddove vi sia anche il minimo dubbio riguardo ad alcune sue sintomatologie. Ed io ho incontrato anni fa un dermatologo.... Il Professor Claudio Torresani docente di dermatologia all'Università di Parma, mio coetaneo e attualmente in pensione, che mi ha aperto uno spiraglio su questa Sindrome di cui discussi già con un collega che poi divenne presidente dell'EULAR, già nel lontano 1982



Matricola N. 927107
 Studente *Costaldi dr. Oriano*
 Anno accademico 1982-83 Anno in corso 19

CORSI D'INSEGNAMENTO

1° ANNO (REUMATOLOGIA)

Anatomia, istologia e morfogenesi dell'apparato locomotore
 Fisiologia e fisiopatologia dell'apparato locomotore
 biochimica di interesse reumatologico
 microbiologia in relazione alle malattie reumatiche
 Immunologia reumatologica
 semeiologia fisica e strumentale in reumatologia (I)

Attestazione di frequenza	Data dell'esame	Voti riportati su 30
		<i>Colloquio del 1° anno</i>
		<i>Venti sette / 30</i>
		<i>[Signature]</i>

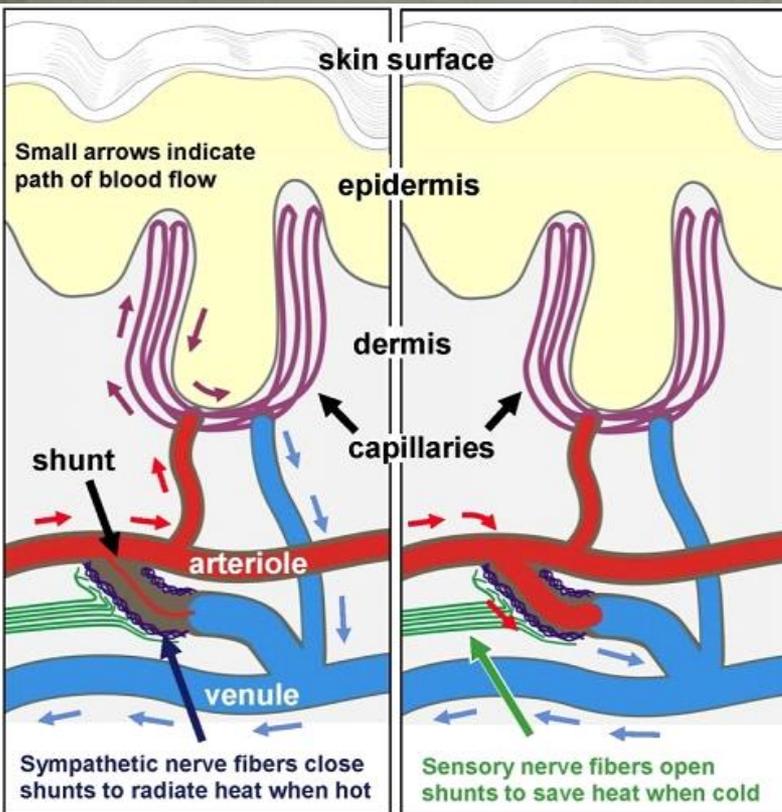
UNIVERSITA' DI BRESCIA

rivista scientifica from American Medical Association from Stati Uniti d'America; peer-reviewed medical journal

Recente è questa notizia:

Fibromyalgia Is Not All In Your Head, New Research Confirms

Researchers discover a rational biological source of pain in the skin of patients with fibromyalgia - [June 14, 2013, Rensselaer, NY] - Fibromyalgia, a painful condition affecting approximately 10 million people in the U.S., is not imaginary after all, as some doctors have believed. A discovery, published this month in PAIN MEDICINE (the journal of the American Academy of Pain Medicine), clearly now demonstrates that fibromyalgia may have a rational biological basis located in the skin.:



La fibromialgia non è tutto nella tua testa, questo conclude una nuova ricerca . I ricercatori scoprono una fonte biologica razionale di dolore nella pelle dei pazienti con fibromialgia [14 giugno 2013, Rensselaer, NY] - La fibromialgia, condizione dolorosa che colpisce circa 10 milioni di persone negli Stati Uniti, non è affatto immaginaria, come alcuni medici hanno creduto. Una scoperta, pubblicata questo mese su PAIN MEDICINE (la rivista dell'American Academy of Pain Medicine), dimostra chiaramente che la fibromialgia può avere una base biologica razionale situata nella pelle.

La Sperimentazione deve seguire:

Leggi Locali:

D.L. n.211 del 2003 e successivi Decreti attuativi

Linee Guida EMEA:

ADR Reporting 2006
CTA Guideline rev 2
EC Guidance rev1
EudraCT Guidance rev1
Eudra Vigilance CT guidance
Annex 13 Manufacture of IMP,
July 2003

Direttive Europee:

EU Directive 2001/20/CE
Commission Directive on GMP 2003/94/EC
Commission Directive on GCP 2005/28/EC

Regolamentazioni Internazionali:

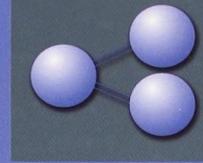
ICH-Good Clinical Practice e corrispondente FDA

Principi fondamentali di Etica condivisi:

Dichiarazione dei Diritti fondamentali dell'Uomo e
Dichiarazione di Helsinki

Vi è solo una MEDICINA.

Quella che restituisce la salute al malato



Velio Bocci

Ossigeno-ozonoterapia

Comprensione
dei meccanismi di azione
e possibilità terapeutiche

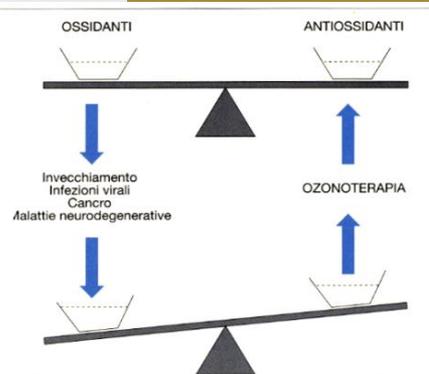
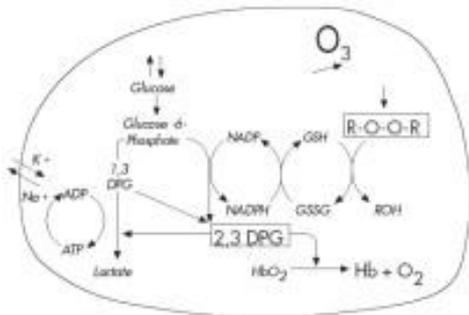


Fig. 2 - La bilancia redox normale (in alto) e patologica (basso).



Un grazie al Professor Velio Bocci che ha chiuso il cerchio rispondendo ai quesiti fondamentali:

Quali sono i meccanismi di azione dell'ozono?

Quali effetti biologici producono i suoi messaggeri? Come si configura la pratica dell'ozonoterapia?

Il prof. Velio Bocci, tra i fondatori dell'Ozonoterapia in Italia è uno dei più stimati studiosi in materia a livello mondiale, ha passato una vita professionale affrontando questi argomenti oggetto di dibattito tra gli studiosi.

“L'indubbia tossicità dell'ozono, ben verificata per le indifese vie respiratorie, NON può essere estrapolata al sangue, ove l'elevata capacità antiossidante è in grado di controllare l'azione ossidante delle normali dosi di ozono”.

PROF. DR. VELIO BOCCI (ITA)

Department of Physiology, University of Siena, via A. Moro 2, 53100
Siena, Italy. Phone: +39 (0)577 234226; Fax: +39 (0) 577 234219.
Email: bocci@unisi.it

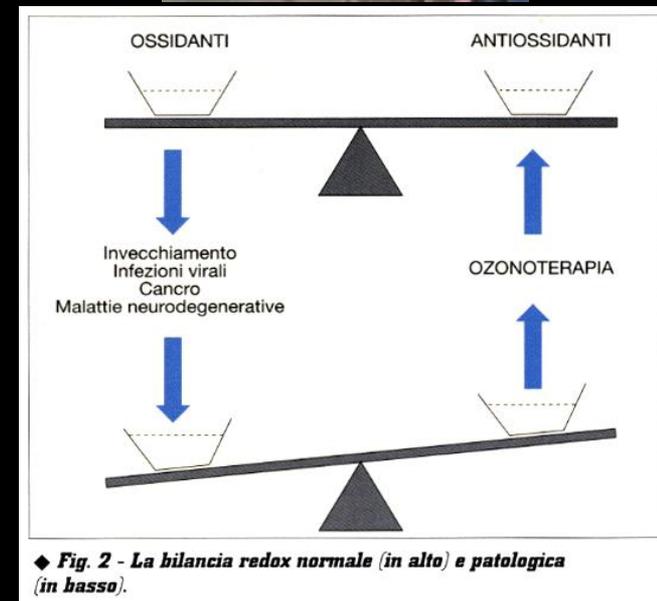
Alcuni effetti:

riduce la viscosità ematica globale, la viscosità plasmatica, aumenta la cessione di ossigeno ai tessuti, ha attività antibatterica antimicotica e antivirale.

Influisce positivamente nelle patologie in cui si sviluppa ipossia ed ischemia, da ridotto afflusso di sangue e di ossigeno ai tessuti periferici.

Aumenta la deformabilità dei globuli rossi e il 2,3 difosfoglicerato con le conseguenze positive che questo comporta sul sistema vascolare

Al 2016, la bibliografia sull'ozonoterapia constava di 103 pagine di titoli fitti fitti su testate riconosciute di numerose specialità mediche, nessuna di reumatologia, ma potrebbe essere una sorpresa per la reumatologia provare a verificare questa sostanza chimica in forma gassosa, facilmente producibile, poco costosa e con assenza di effetti collaterali se somministrata secondo i protocolli di ISCO₃ Protocollo di Madrid... **Ma qui occupiamoci di sindrome fibromialgica.**



La classica **SINDROME FIBROMIALGICA (SF)** fibrosite, fibromialgia, reumatismo fibromialgico, era definita come una sindrome di sofferenza muscoloscheletrica diffusa, con le seguenti caratteristiche: dolore e rigidità assiale ; influenzata da alcuni fattori come le condizioni climatiche e ambientali, dall'attività fisica, dagli stress psicofisici e associata a disturbi del sonno sintomatici e con presenza di punti elettivi di dolorabilità (tender point) multipli, in assenza di alterazioni ematochimiche e radiografiche.

In base a questa definizione qualsiasi persona con oltre 45 anni dovrebbe avere magari appena sfumata questa sindrome.



E QUESTA DONNA POTREBBE AVERE UNO STRAPPO MUSCOLARE, UNA DISTONIA, UNA CONTRATTURA, UN'ERNIA DISCALE, UNA FACCETTOPATIA, ARTROSI, UNA BLACK DISC SYNDROME, UNA SPONDILOLISI, UNA SPONDILOLISTESI.... UN TUMORE....

E quella che segue era l'immagine che usava una associazione fibromialgici, che faceva fare brutta figura ai medici.....

La Fibromialgia

.....questo potrebbe essere il nome della tua malattia.....

Alla mattina ti senti più stanca di quando sei andata a dormire?

Hai dolore dappertutto?

Ti stanchi per minimi sforzi?

Soffri di gastrite e/o di colite? Hai spesso mal di testa e vertigini?

Sono anni che ti lamenti di questi sintomi, ma

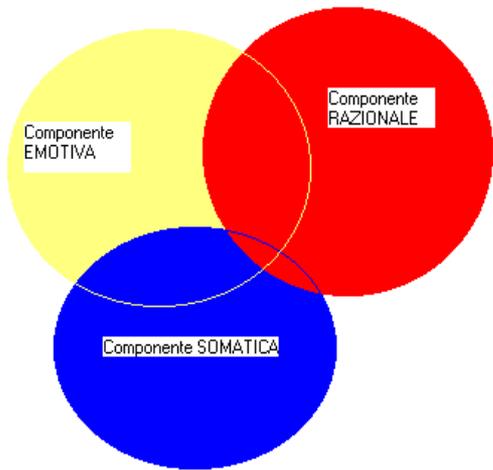
nessun medico

è riuscito a trovare una spiegazione?

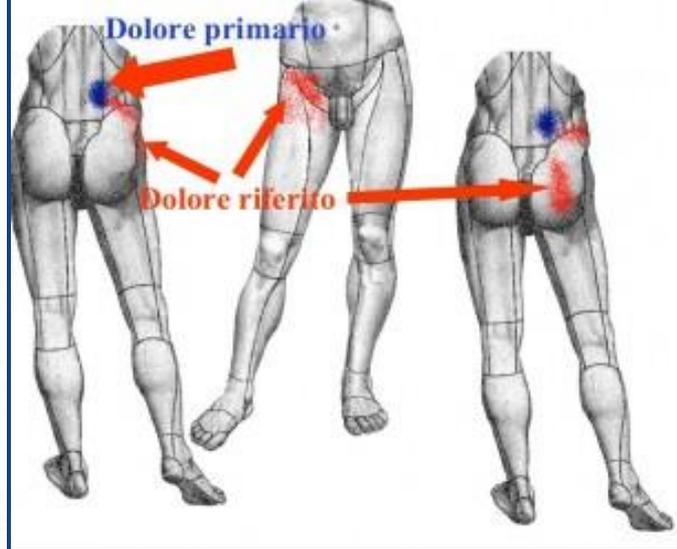
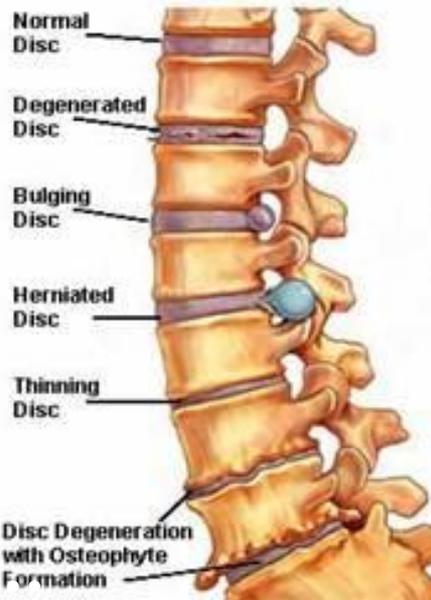
Potresti essere una delle milioni di persone nel mondo affette da **SINDROME FIBROMIALGICA (o FIBROMIALGIA)**...



Composizione del DOLORE

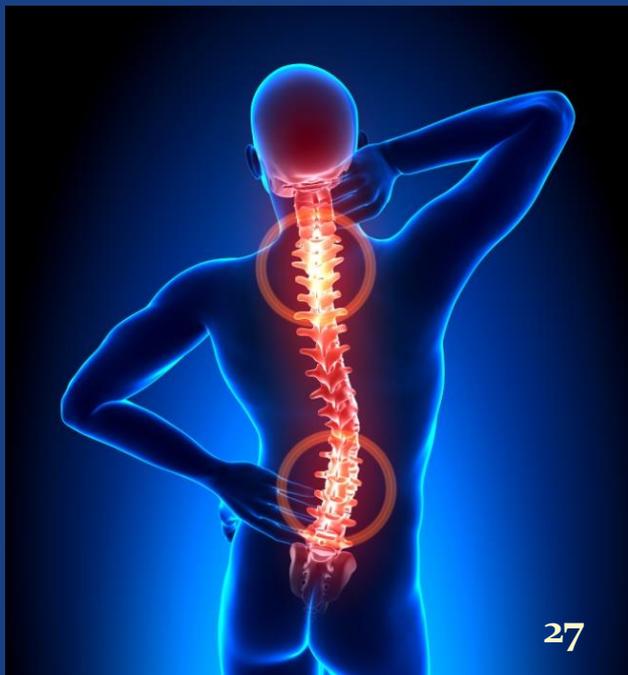


Examples of Disc Problems



FIBROMIALGIA?.....

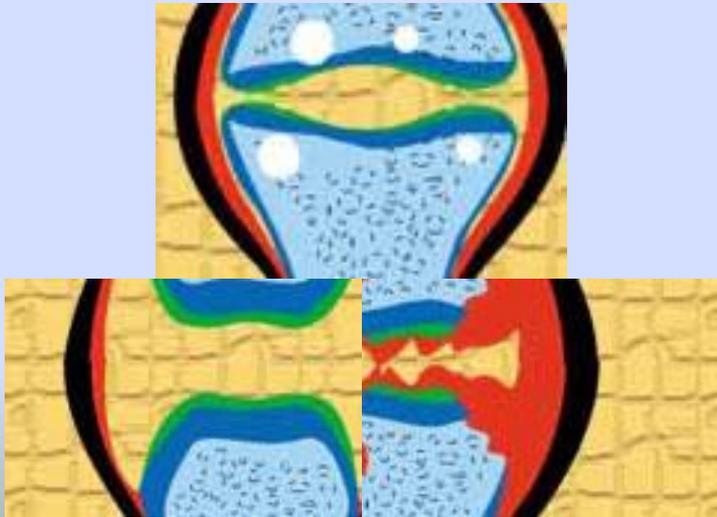
o ERNIA o ALTRO CON FIBROMIALGIA?



Si puo' diagnosticare la FIBROMIALGIA, solo dopo aver escluso qualsiasi altra patologia che possa generare i sintomi ed i segni clinici che convenzionalmente possono permettere la diagnosi di fibromialgia.



Questo assunto esclude di fatto che esista la fibromialgia secondaria, ma in pratica, una volta partito il meccanismo, la fibromialgia diventa autonoma, ovvero non è sufficiente trattare la patologia sottesa che ha dato la partenza alla fibromialgia



REUMATISMI EXTRA-ARTICOLARI

★ Reumatismi extra-articolari localizzati

Tenosinoviti

Tendinosi e rotture tendinee

ecc.

★ Reumatismi extra-articolari generalizzati

Fibromialgia

Sindrome della stanchezza cronica

ecc.

Nomenclatura classica: difficile tornare indietro...é piu' semplice proseguire su un eventuale errore che ridiscuterlo. Il castello crollerebbe. Molte definizioni obsolete e superate vengono mantenute perché alla base di strutture enormi e nessuno vuole riprendere tutto da capo; impegno troppo gravoso e poi anche così le cose vanno avanti.....

E poi da dove ricominciare?

La Fibromialgia non è una malattia reumatologica - CWP and FM are outside the domain of rheumatology, and ... FM should not be considered as a rheumatologic condition...

Endresen G. K. M. Fibromyalgia: a rheumatologic diagnosis? Rheumatology Int. 27: 999-1004, 2007.

"Biopsy of the tender points shows no pathologic changes, and numerous studies have not shown any abnormalities in the musculoskeletal tissues that are painful.....Therefore, in the future, with new insights and therapies on the horizon, we will no longer need to refer our fibromyalgia patients to the rheumatologist."

George T. Griffing. Fibromyalgia Is Not a Rheumatologic Disease Anymore. Medscape J Med. 2008; 10(2): 47.

Il dolore deve essere riprodotto dal medico durante l'esame clinico e non solo riferito dal paziente

La pressione digitale deve essere di circa 4 kg. E ciò si verifica ottenendo con la pressione esercitata, l'impallidimento del polpastrello e della lunula ungueale del dito durante la manovra di pressione sui tender points.

Quali i sintomi?:

Andiamo oltre i soliti discorsi.....

Ma vediamo alcuni punti cruciali da...

Discutere.....



Qui parliamo a bassa voce.....

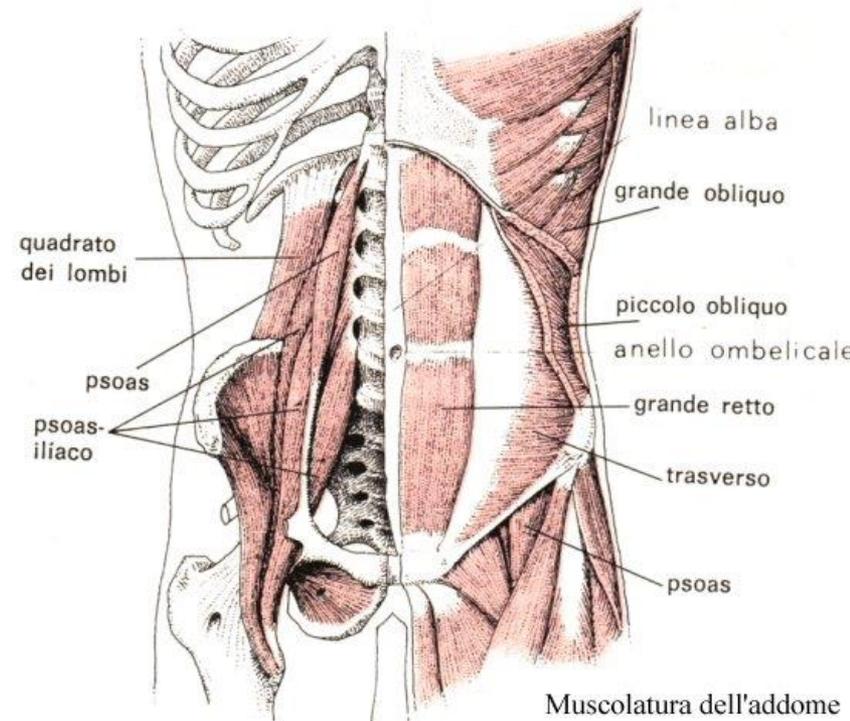
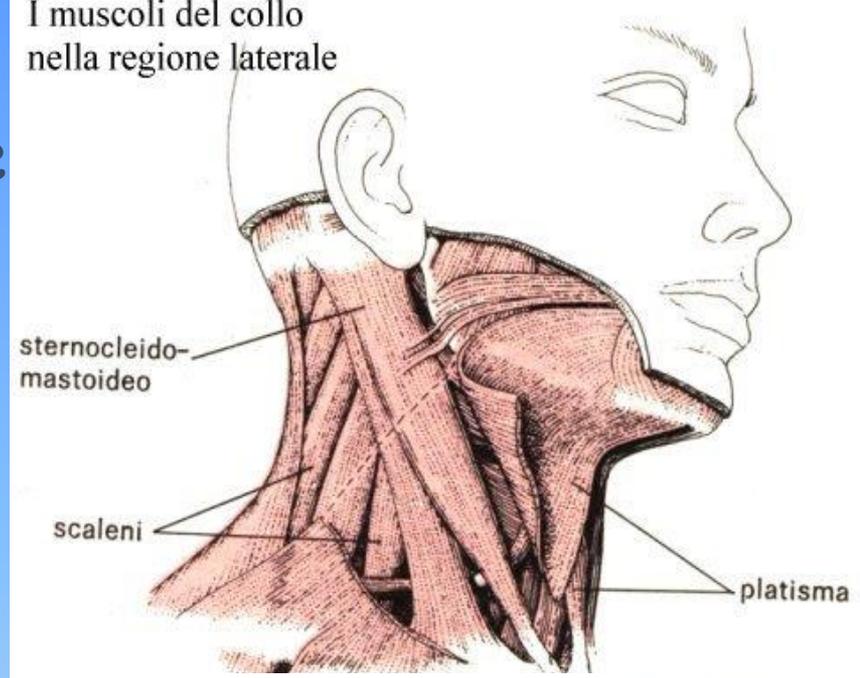
La diagnosi è rigorosamente clinica:

- ANAMNESI
- ESAME OBIETTIVO

Due elementi fondamentali:

- *la tensione muscolare eccessiva*
- *i punti dolorabili (tender point)*
- ed eventuali punti grilletto (*Trigger point*).

I muscoli del collo nella regione laterale



Muscolatura dell'addome

1) Dolore diffuso da almeno 3 mesi

2) Presenza di almeno 11 dei seguenti 18

TENDER POINT (Bilaterali)

- ✓ -Inserzione suboccipitale del trapezio (dx e sx)
- ✓ -Parte inferiore dello sternocleidomastoideo (dx e sx)
- ✓ -Fascio medio del trapezio (dx e sx)
- ✓ -Sovraspinato (dx e sx)
- ✓ -Seconda giunzione costocondrale (dx e sx)
- ✓ -Epicondili (dx e sx)
- ✓ -Quadrante supero esterno della regione glutea (dx e sx)
- ✓ -Regione retrotrocanterica (dx e sx)
- ✓ -Area mediale ginocchio sopra la linea articolare (dx e sx)

Oggi, forse, è meglio occuparsi del dolore cronico neuropatico che puo' assumere anche aspetti diversi da questi, ma che limita e modifica la qualita' di vita di molti pazienti e piu' che seguire dei criteri, forse, il secondo forse, è meglio esaminare a fondo i pazienti, verificare dove si riscontrano problemi e non essere prevenuti avendo già l'idea, dopo la sola anamnesi, di aver a che fare con la FIBROMIALGIA

Bennett R, Friend R, Marcus D, Bernstein C, Han BK, Yachoui R, Deodar A, Kaell A, Bonafede P, Chino A, Jones K. Criteria for the diagnosis of fibromyalgia: Validation of the modified 2010 preliminary ACR criteria and the development of alternative criteria. *Arthritis Care Res (Hoboken)*.

Ancora una nuova proposta di criteri diagnostici per la Fibromialgia, più sensibili e specifici rispetto alle (innumerevoli) proposte del passato. Arriva dalla Oregon Health & Science University di Portland.

Un articolo di recente pubblicazione, uscito su *Arthritis Care & Research*, confronta l'affidabilità dei criteri diagnostici modificati ACR del 2011 (2011ModCr), gli ultimi criteri proposti dalla nota società scientifica Americana, con i vecchi criteri ACR 1990 e con nuovi criteri alternativi, più facili da applicare, che comprendono un più ampio spettro di sintomi e localizzazioni dolorose.

I criteri 2011ModCr includono 19 punti dolorosa e 6 sintomi auto riferiti: disturbi del sonno, fatica, difficoltà cognitive, mal di testa, depressione e dolore addominale.

Il Prof. Robert M. Bennett ed i suoi colleghi specializzati in diagnosi e gestione del paziente fibromialgico, hanno condotto una survey multicentrica cross-sectional per validare i criteri 2011ModCr in un gruppo più eterogeneo di pazienti con dolore cronico; quel “tipo di paziente che i medici vedono ogni giorno”, spiegano gli autori.

I criteri 2011-ModCr hanno mostrato una sensibilità dell'83,5% ed una specificità del 67,2%, classificando correttamente il 73,8% dei pazienti. I criteri 2013AltCr sono invece risultati meno sensibili (80,7%), ma più specifici (79,6%) e hanno classificato correttamente l'80,1% dei pazienti.

Confrontando i criteri 2011ModCr ed i nuovi criteri 2013AltCr con i criteri ACR del 1990 sono emersi risultati interessanti.

Un risultato notevole, individuare, nel gruppo dei falsi positivi-2011ModCr, pazienti con FM secondo i criteri 2011 ma non la avevano secondo i vecchi criteri del 1990, una prevalenza di uomini del 31%.

Nel pazienti falsi positivi per i criteri 2013AltCr la prevalenza di uomini era invece del 34%. Inoltre sommando gli uomini veri positivi con gli uomini falsi positivi si ottenevano prevalenze del 16% quando applicati i criteri del 2011, e del 14% quando applicati i nuovi criteri del 2013. Se si considera che secondo i criteri ACR solo il 6% dei pazienti FM erano uomini, si deduce facilmente che con i vecchi criteri si escludevano con alta probabilità gli uomini dalla diagnosi di FM.

“Le donne provano più dolore degli uomini; gli uomini non vengono diagnosticati”, ha dichiarato il Dr. Bennett durante un'intervista rilasciata a Medscape Medical News.

Questo per dire che come diagnosi non é che siamo in acque tranquille.....

La presenza di un'altra malattia clinica non esclude la diagnosi di fibromialgia..... e forse bisogna andare a cercarla meglio...un'altra malattia.....

Una ricerca statunitense ha analizzato **110 persone che hanno ricevuto una diagnosi errata di SM**. I sintomi che generano più spesso l'errore, secondo lo studio, sono: **emicrania, fibromialgia, problemi psicogeni e neurite ottica**. La sclerosi multipla (SM) è una malattia complessa e può causare molti sintomi diversi. Esistono alcuni test per scoprire se qualcuno ha la SM, ma nessuno da solo è in grado di confermare la diagnosi. Per questo non è raro che una persona con sintomi riconducibili a questa patologia riceva una diagnosi sbagliata di SM, quando in realtà è altro a causare quei sintomi.

In uno studio statunitense i ricercatori hanno esaminato i risultati di diagnosi di sclerosi multipla sbagliate in 110 persone provenienti da quattro diversi centri clinici negli Stati Uniti d'America. Circa il 22% dei casi erroneamente diagnosticati con SM erano persone con emicrania. Altri sintomi che hanno portato a diagnosi alternative comprendevano fibromialgia (15%), problemi psicogeni (11%) e neuromielite ottica (6%).

Per molte di queste persone, la diagnosi non corretta è stata mantenuta per dieci anni o più e il 70% delle persone ha ricevuto trattamenti per la sclerosi multipla. Tuttavia, nel 72% delle persone analizzate, i ricercatori sono riusciti ad individuare opportunità antecedenti per una corretta diagnosi. Nel 25% di questi casi il neurologo aveva fatto un diagnosi errata, il che suggerisce sia medici specializzati che quelli generici possono essere suscettibili di errori. E come succede per la SM, può succedere anche per la sindrome fibromialgica; a me è successo a Neuchatel dove ho visto una giovane con SM essermi inviata con diagnosi di fibromialgia e trattamento antidepressivo.

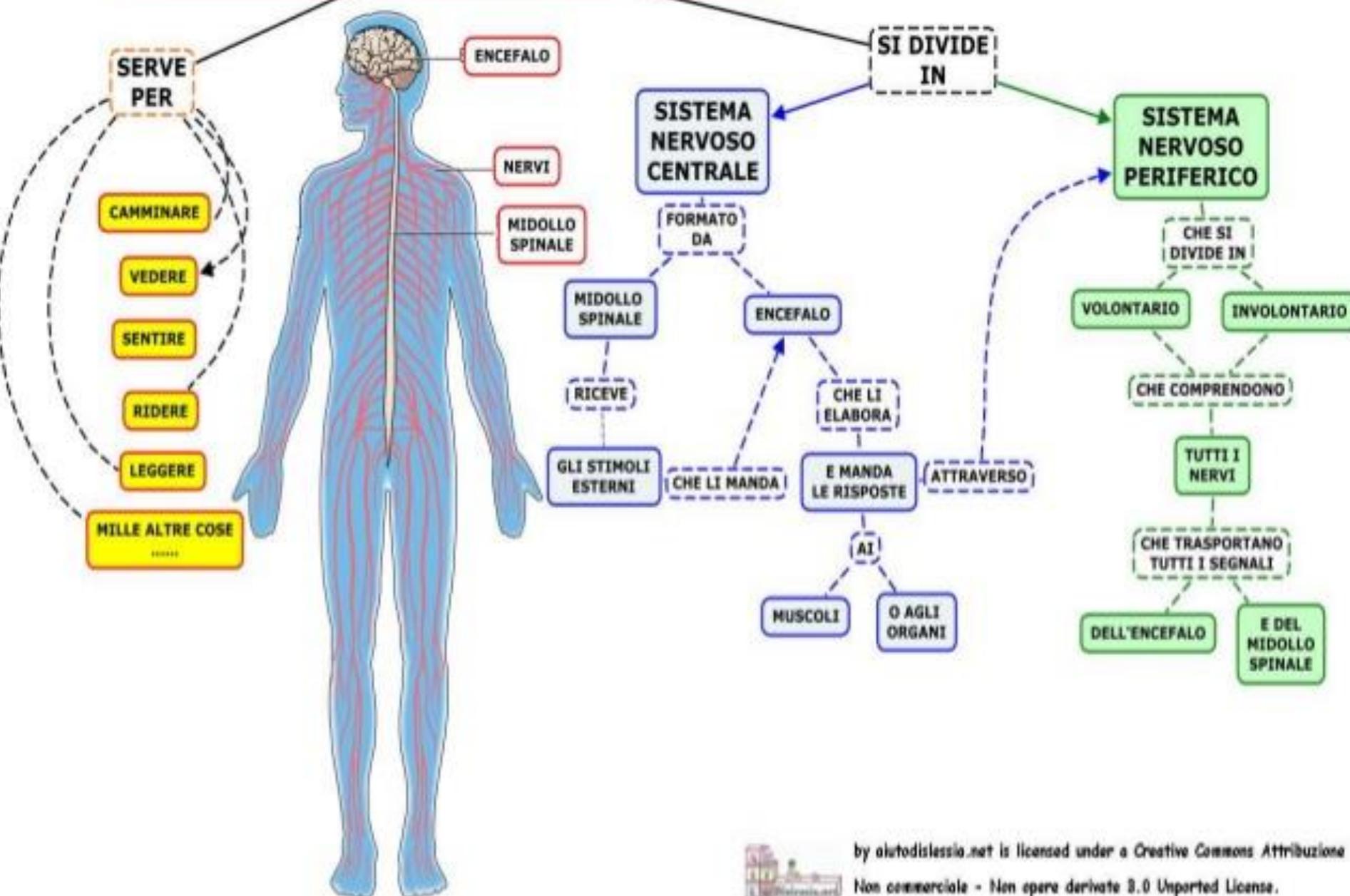
Il convenzionalismo è una concezione filosofica secondo la quale una affermazione o un postulato in vari campi (filosofico, politico, etico, conoscitivo, MEDICO, ecc.) è frutto di una convenzione, cioè si basa su norme e accordi più o meno impliciti ma svincolati da qualunque presupposto di metodo (ad es. il metodo scientifico), o più in generale da qualsiasi valutazione in termini di verità o falsità.

A tutt'oggi, la fibromialgia si basa su dati stabiliti per convenzione

**Il dolore viene trasmesso
con segnali che, dalla
periferia tramite dei fili
elettrici Biologici, i nervi,
arrivano al cervello.
Vediamoli.....**

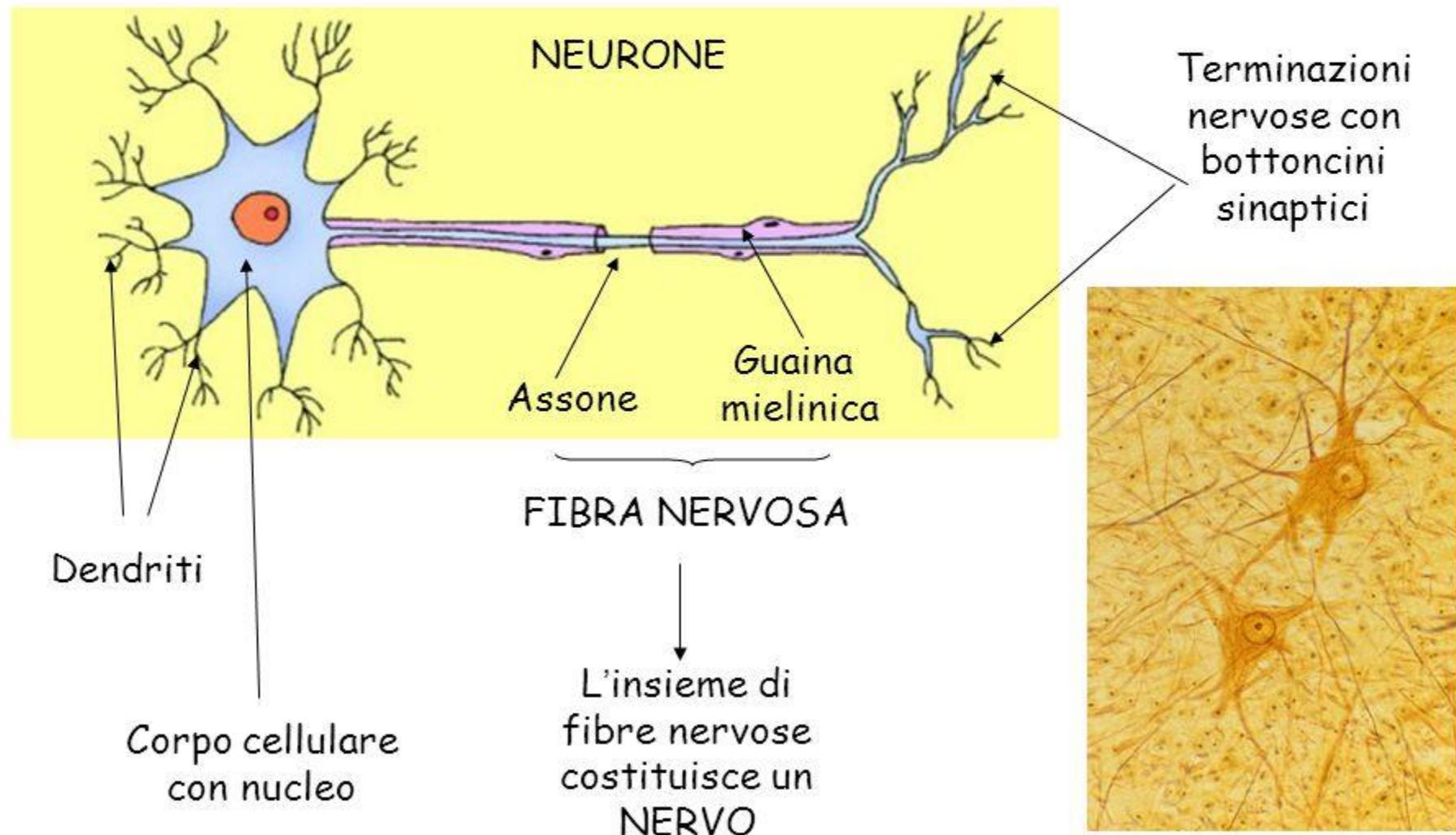


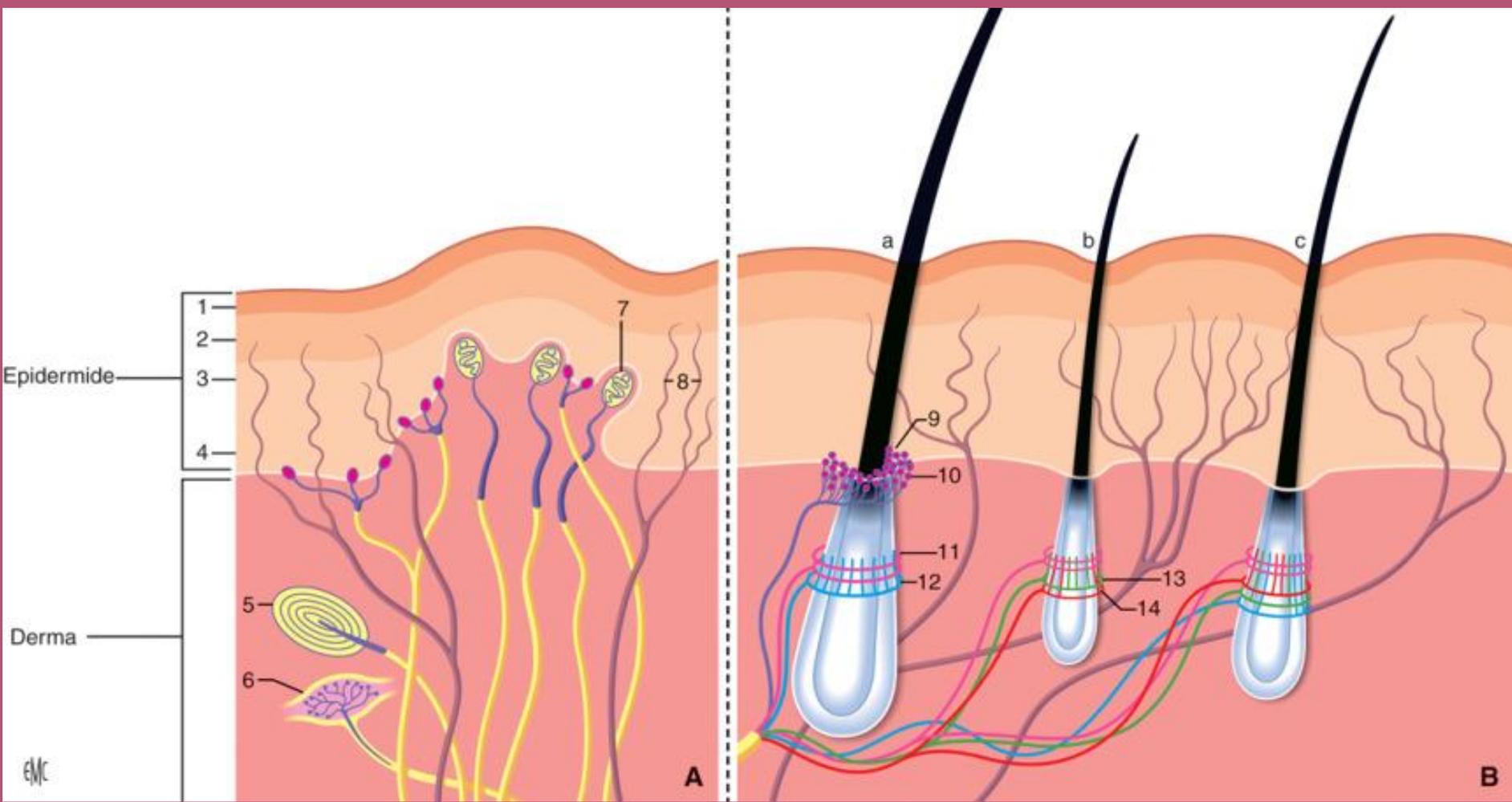
IL SISTEMA NERVOSO



IL TESSUTO NERVOSO

Il **neurone o cellula nervosa** è l'unità fondamentale del tessuto nervoso → coinvolto nella ricezione, conduzione e trasmissione dell'impulso nervoso.
Le numerose cellule della **neuroglia** hanno funzione di nutrimento e protezione per le cellule nervose.

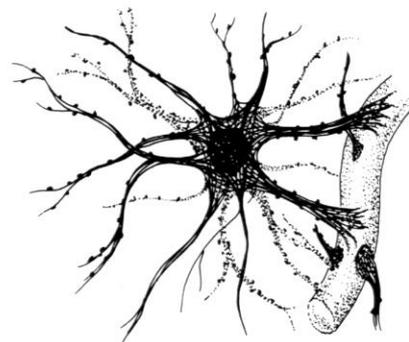
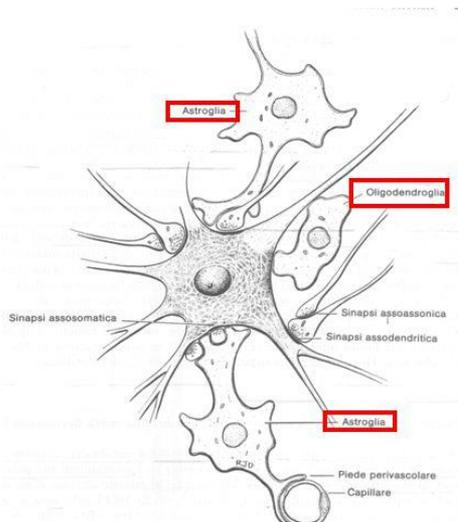




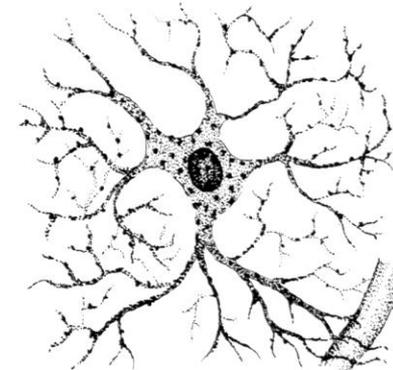
Anche la pelle ha tanti recettori nervosi.....

Cellule gliali

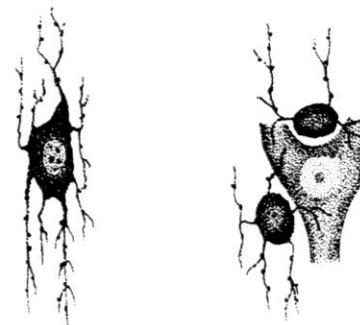
- **Astroglia**
 - funzione di sostegno e nutritiva
- **Oligodendroglia**
 - Formazione e mantenimento della mielina
- **Microglia**
 - azione fagocitaria



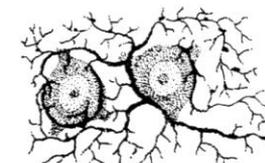
Astrocito fibroso



Astrocito protoplasmatico



Oligodendrociti



Cellule di microglia

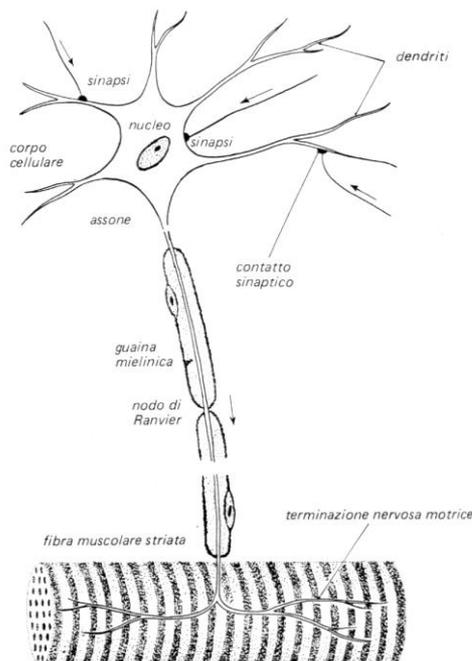
Le cellule del sistema nervoso

Neuroni

Responsabili dell'attività elettrica del SN

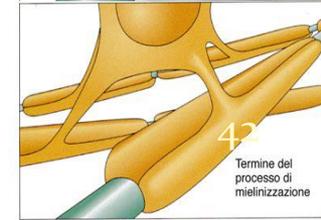
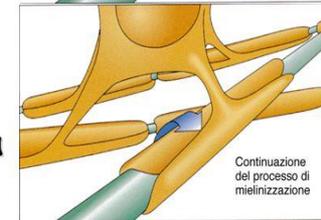
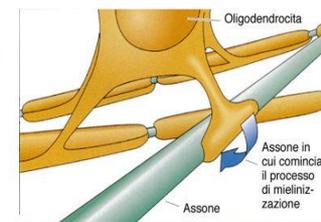
Cellule gliali

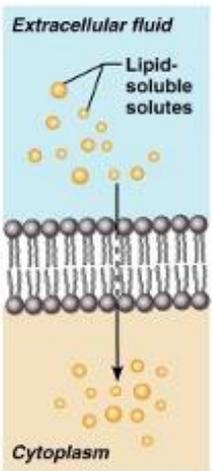
Varie funzioni di supporto all'attività dei neuroni



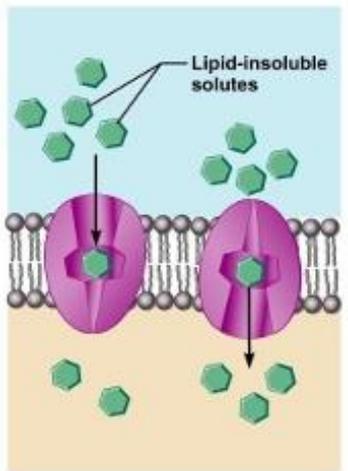
Assoni mielinizzati

- Cellule della nevroglia depositano **Guaina Mielinica** sull'assone.
- Impulso nervoso viaggia più velocemente.

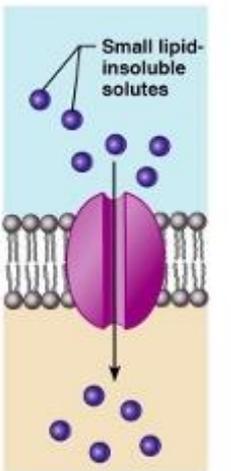




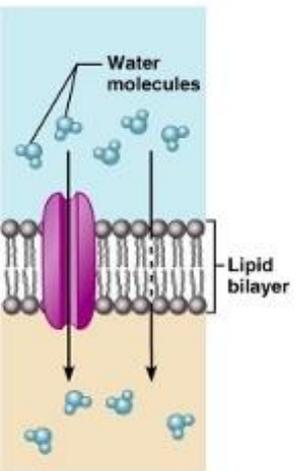
(a) Simple diffusion directly through the phospholipid bilayer



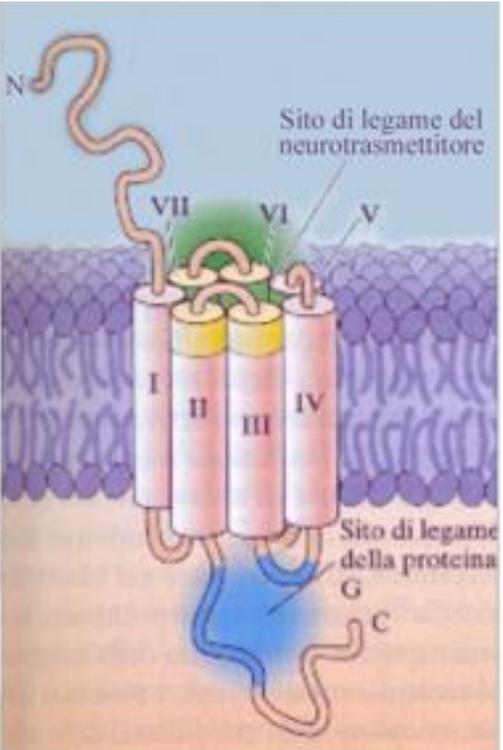
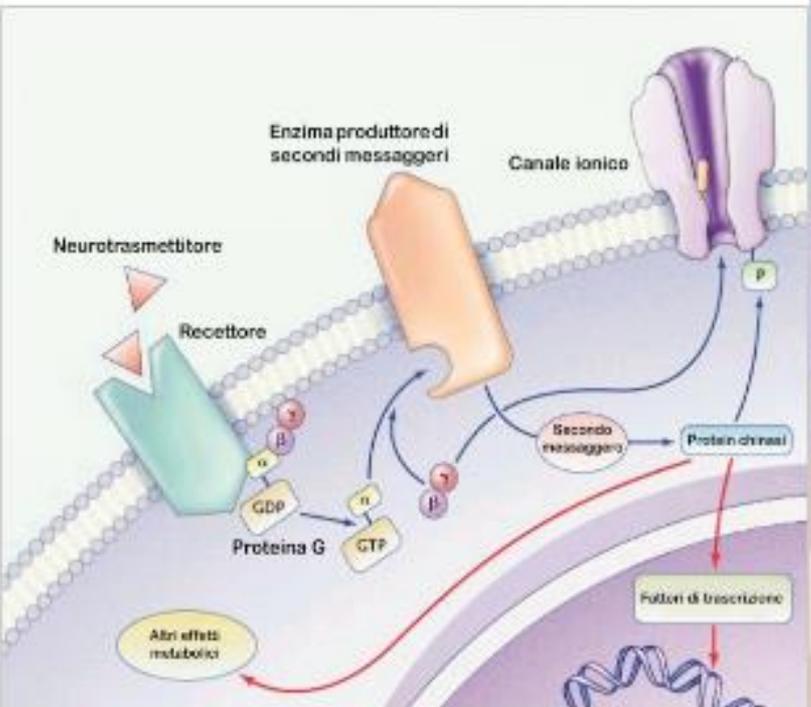
(b) Carrier-mediated facilitated diffusion via protein carrier specific for one chemical; binding of substrate causes shape change in transport protein

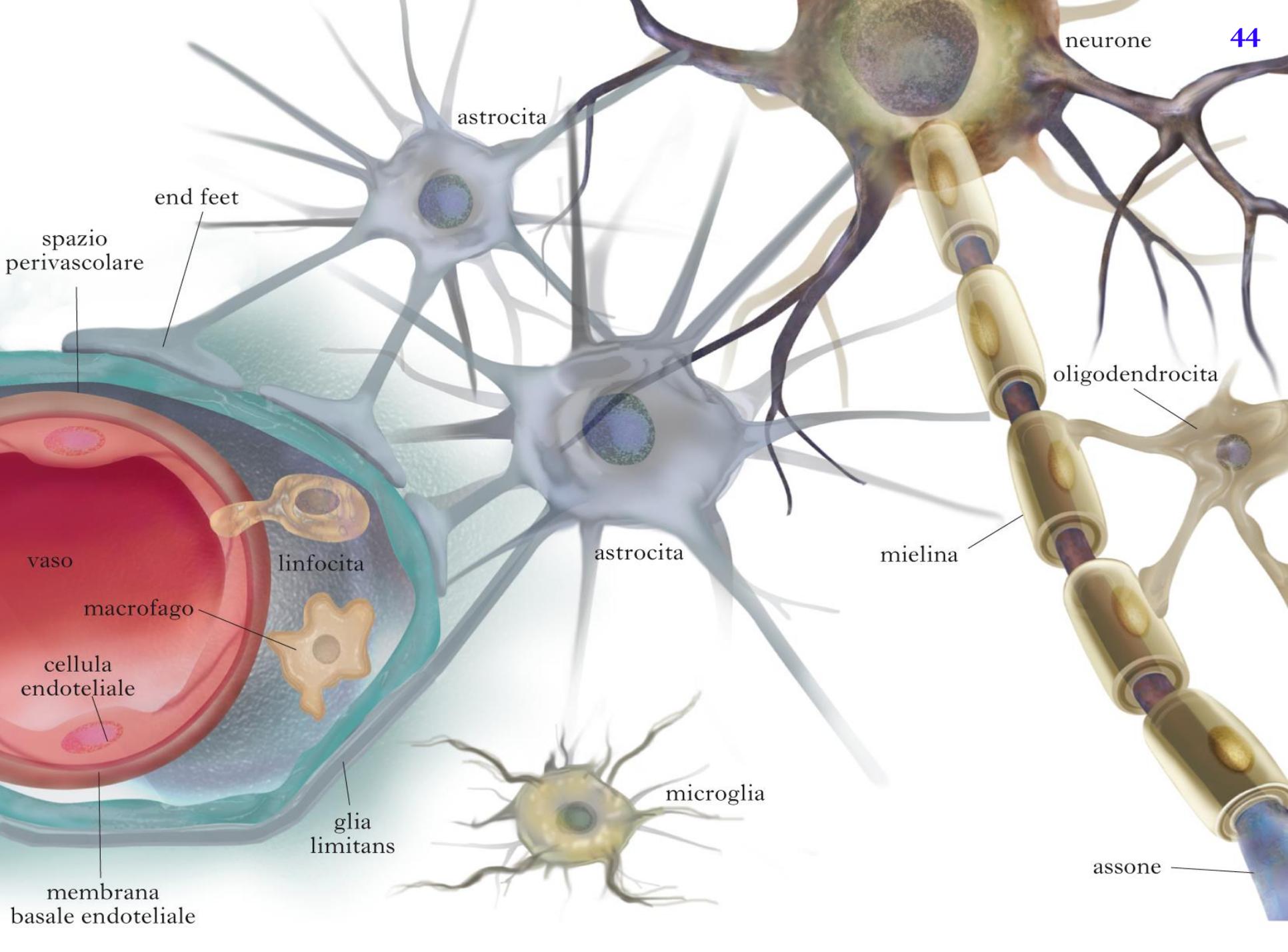


(c) Channel-mediated facilitated diffusion through a channel protein; mostly ions selected on basis of size and charge



(d) Osmosis, diffusion through a specific channel protein (aquaporin) or through the lipid bilayer





neurone

astrocita

end feet

spazio perivascolare

oligodendrocita

astrocita

mielina

vaso

linfocita

macrofago

cellula endoteliale

microglia

glia limitans

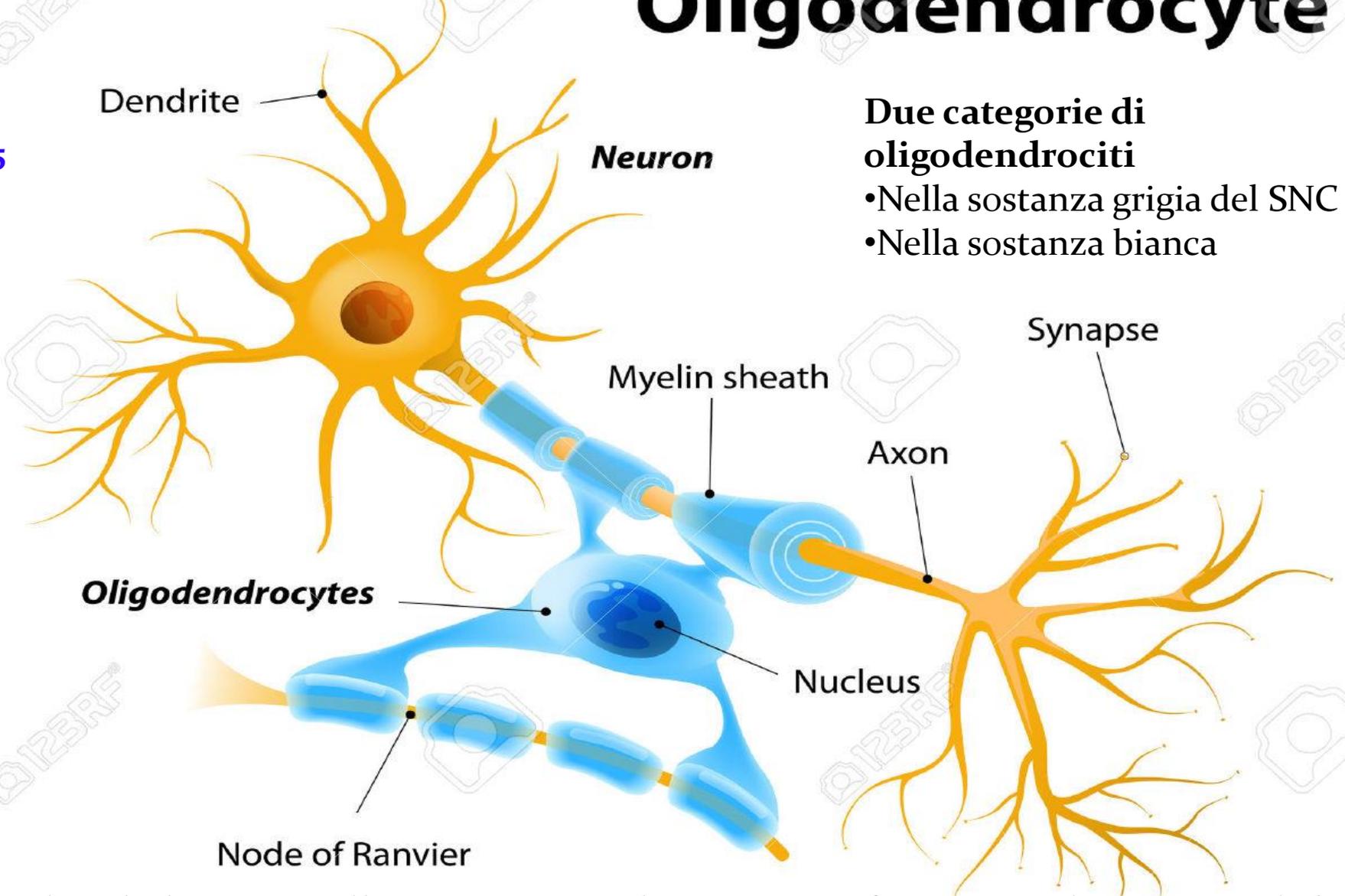
membrana basale endoteliale

assone

5-8% di tutte le cellule del sistema nervoso e costituiscono il gruppo più numeroso di cellule soggette a mitosi nel cervello dell'adulto

Oligodendrocyte

45

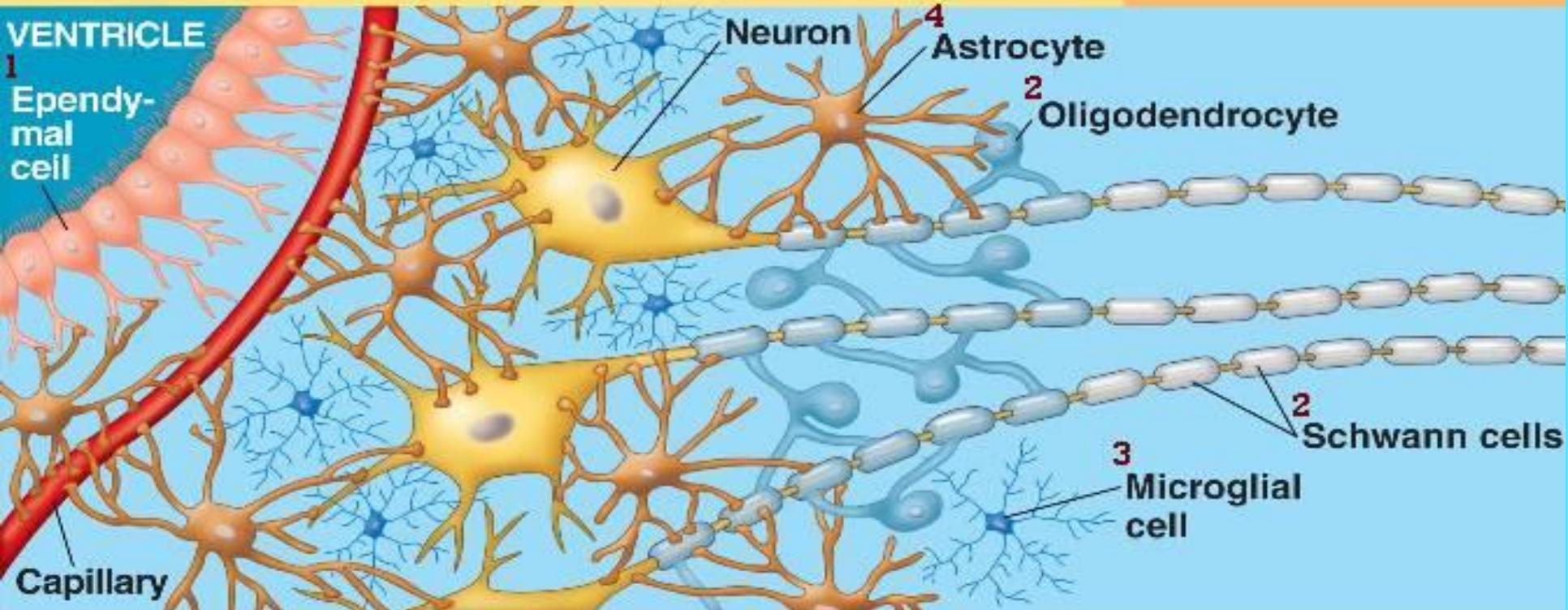


Due categorie di oligodendrociti

- Nella sostanza grigia del SNC
- Nella sostanza bianca

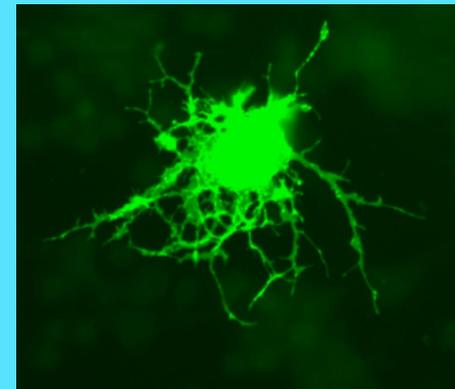
1. Oligodendrociti satelliti perineuronali
2. Oligodendrociti interfascicolari

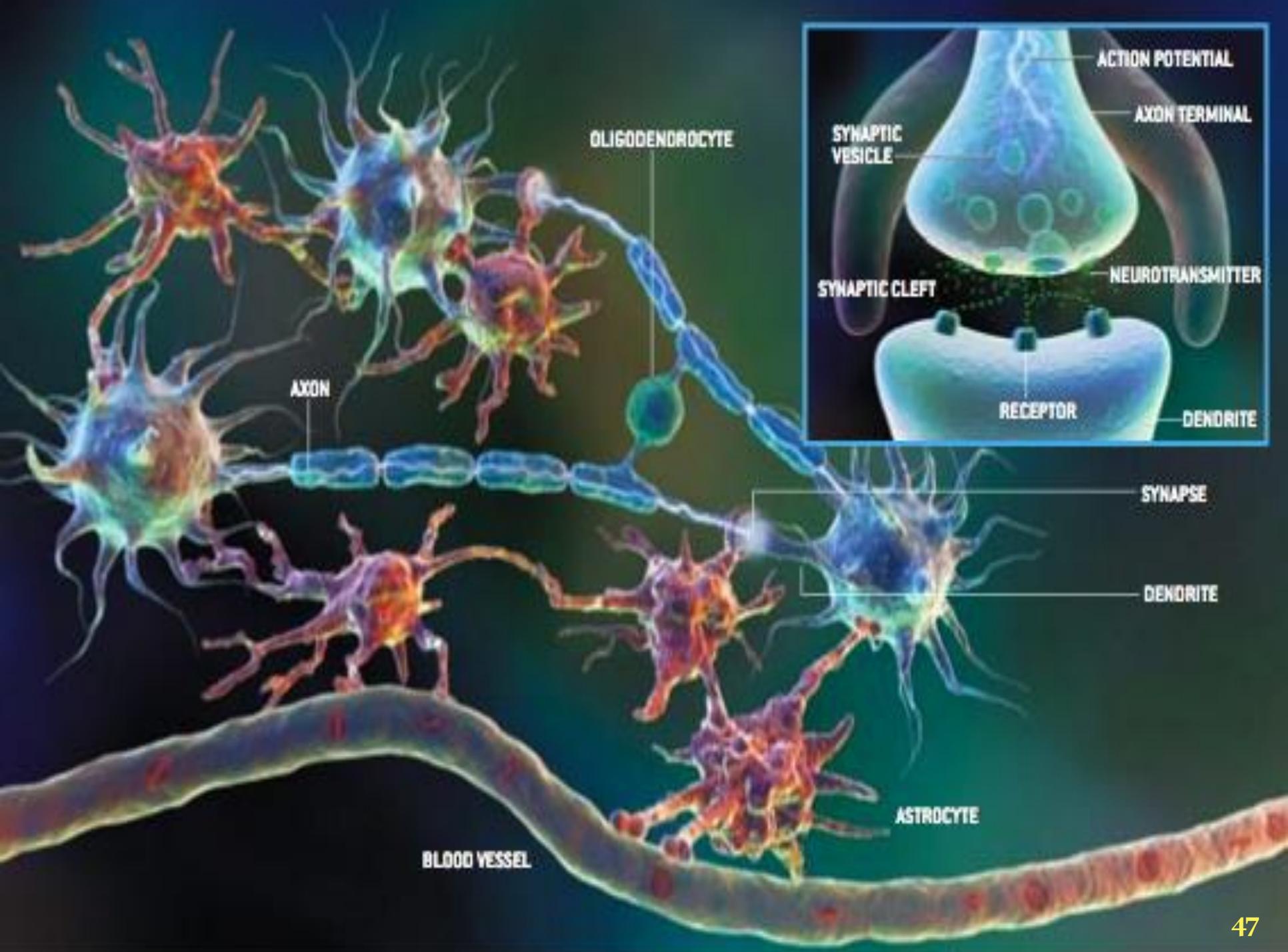
con funzioni coadiuvanti metaboliche isolanti, permettono la conduzione saltatoria



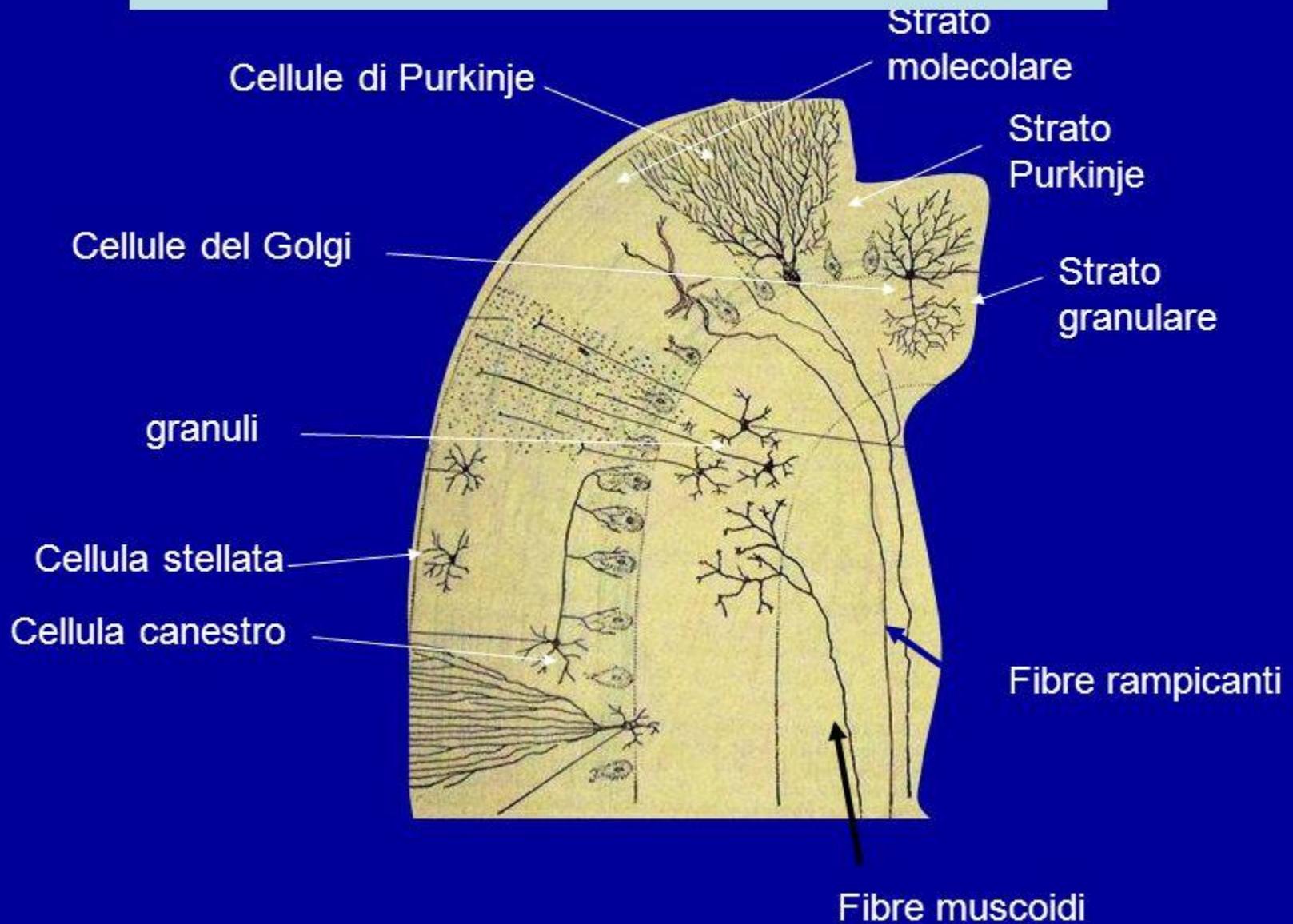
Le cellule ependimali, chiamate anche *ependimociti* delimitano le cavità del sistema nervoso centrale e, col battito delle ciglia, favoriscono la circolazione del liquido cerebrospinale. Esse costituiscono i "muri" che delimitano le varie sezioni. Sono prive di una membrana basale e continuano in prolungamenti e connessioni in continuità con gli astrociti. È stata ipotizzata una loro possibile funzione di cellule staminali del tessuto nervoso e comunque sembra siano coinvolte nella rigenerazione del medesimo.

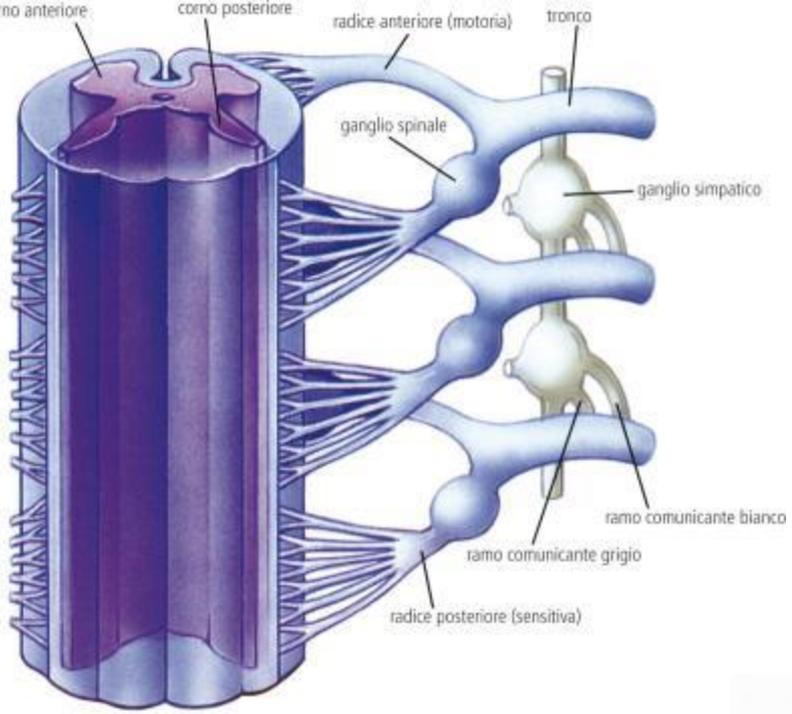
oligodendrocita





Corteccia cerebellare con tre strati
granulare, cellule di Purkinje > nuclei, strato molecolare

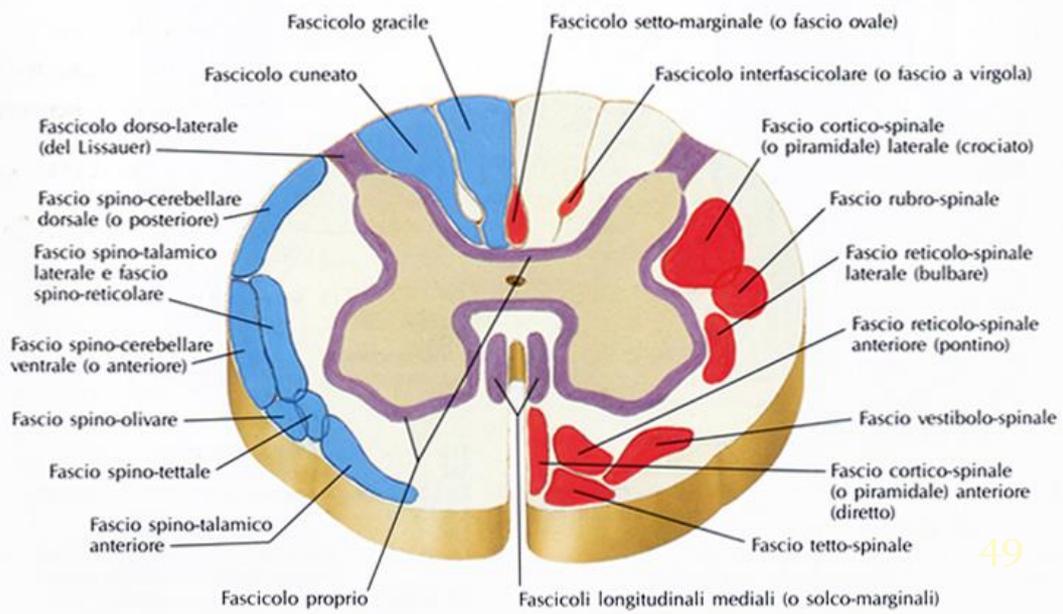




Midollo Spinale

Principali fasci di fibre del midollo spinale

- Vie ascendenti
- Vie discendenti
- Fibre che vanno in ambedue le direzioni



LA GUAINA MIELINICA

SNC

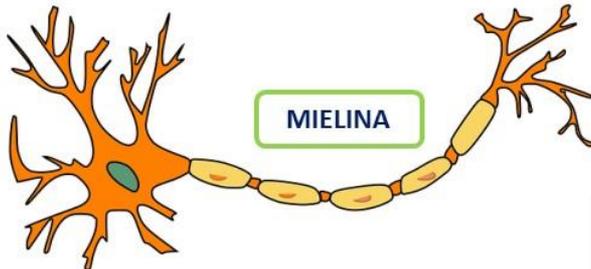
OLIGODENDROCITI (CELLULE GLIALI)

Con i suoi prolungamenti riesce a ricoprire più neuroni contemporaneamente

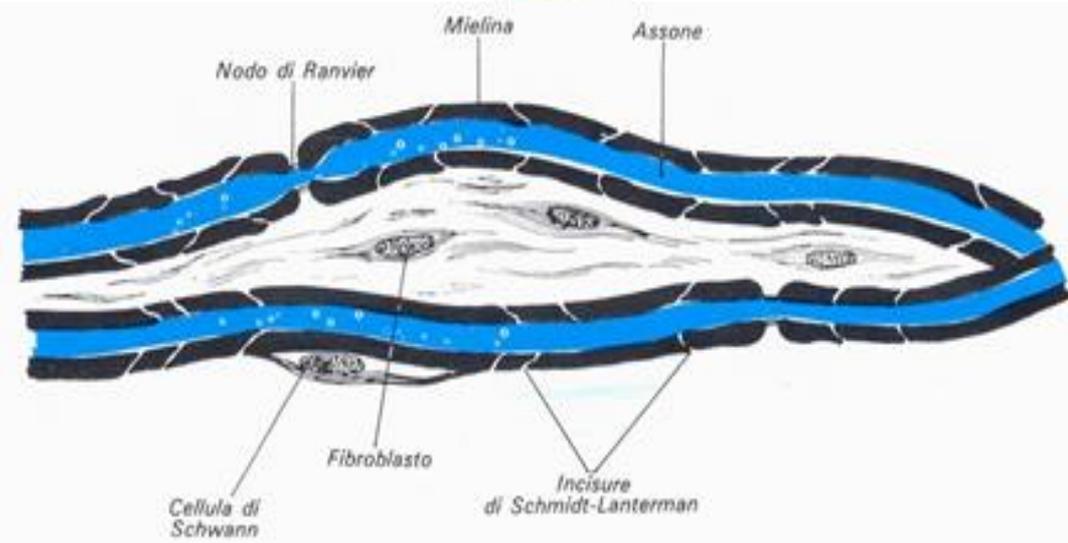
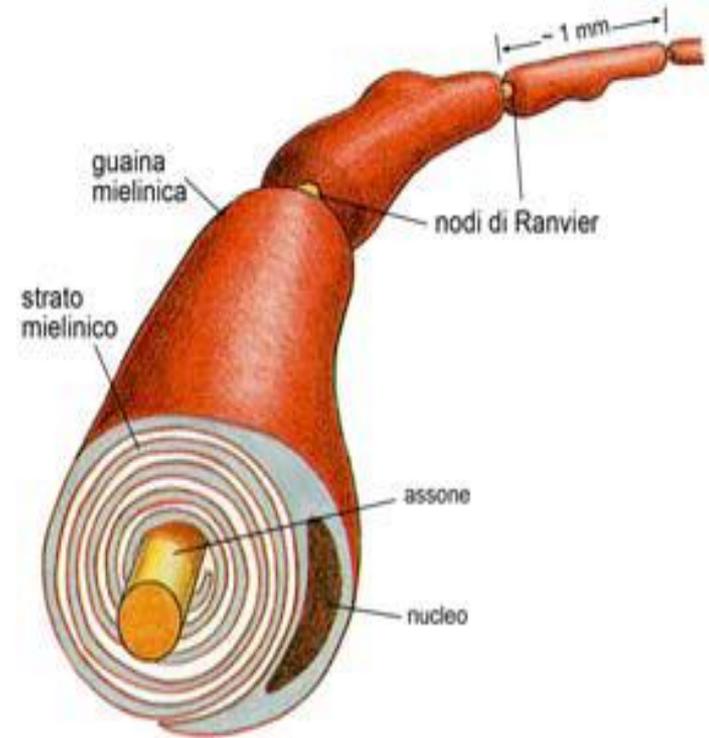
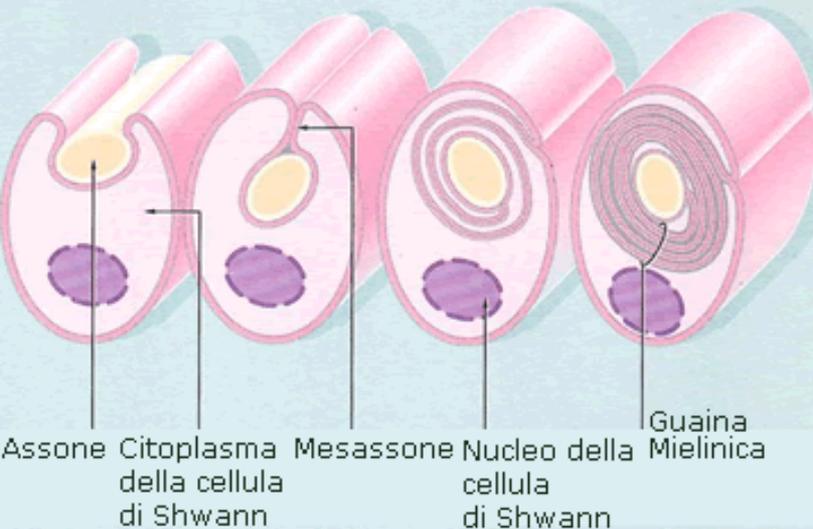
SNP

CELLULE DI SCHWANN

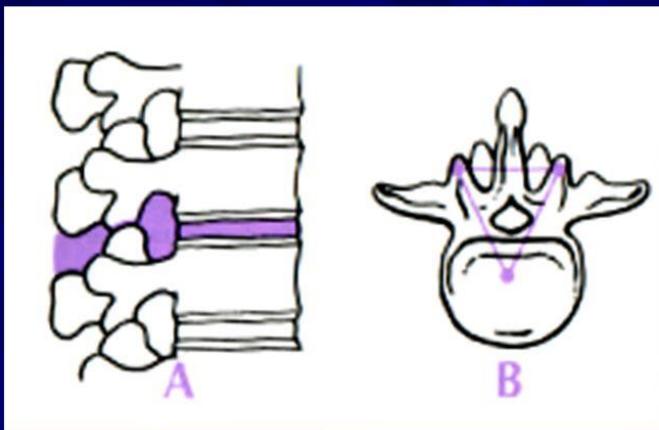
Una cellula non riesce a coprire nemmeno un pezzettino di assone per cui c'è bisogno di numerose cellule



Processo di mielinizzazione dell'assone



Disegno di due fibre mieliniche di un nervo periferico per illustrare i rivestimenti dell'assone nei nervi periferici.

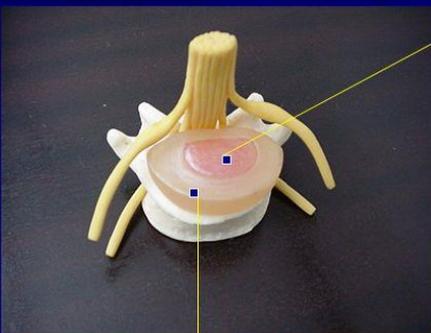


UN'ALTERAZIONE DELLA BIOMECCANICA DEL SEGMENTO MOBILE DOVUTA A PATOLOGIA DEL PILASTRO POSTERIORE O ANTERIORE COSTITUISCE LA PREMESSA ANATOMICA ALLA BASE DELLE RACHIALGIE CRONICHE.

DISCO INTERVERTEBRALE

NUCLEO POLPOSO

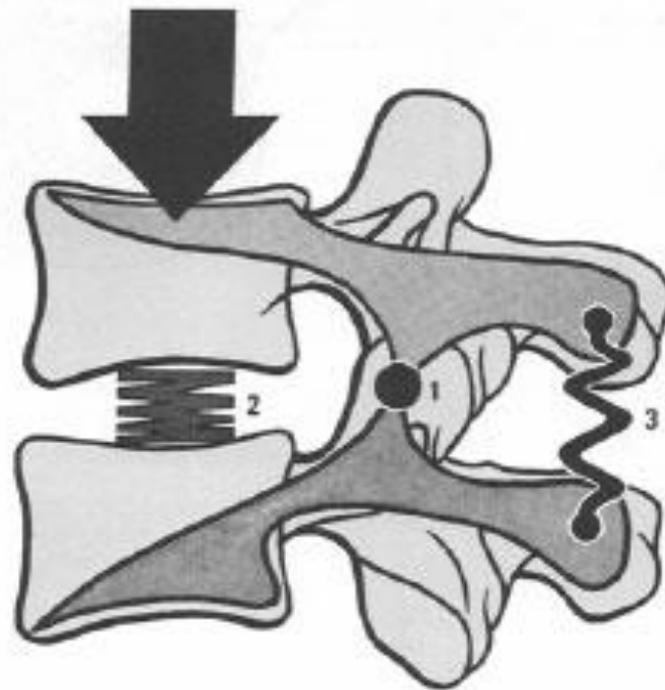
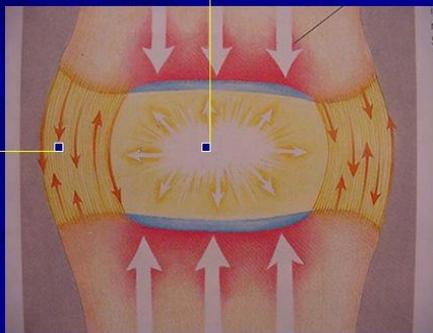
DISTRIBUISCE LE FORZE COMPRESIVE ALL'INTERNO DEL SEGMENTO MOBILE



ANELLO FIBROSO

CONSENTE L'UNIONE DI DUE CORPI VERTEBRALI

ASSORBE LO STRESS DELLE FORZE COMPRESIVE

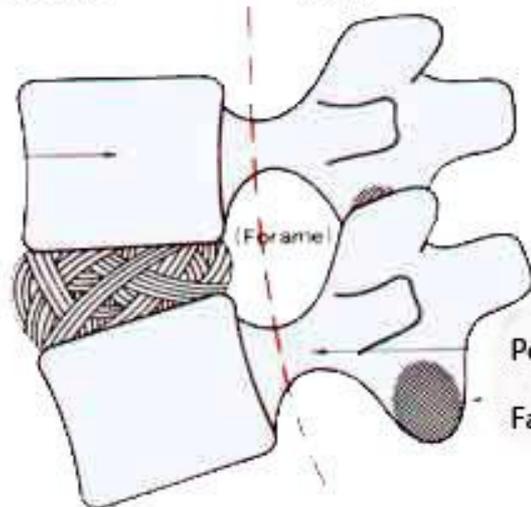


Porzione anteriore di sostegno

Porzione posteriore di guida

Corpo vertebrale

Disco

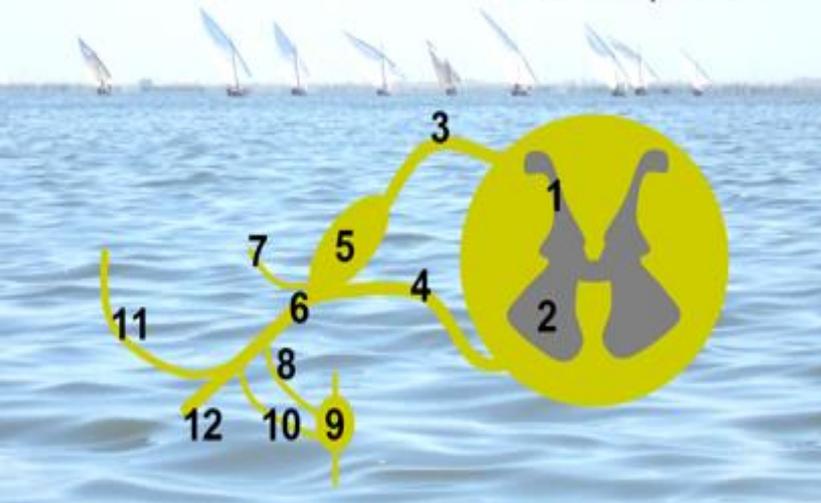


Peduncolo

Faccetta

El Complejo Radicular

Neurodinámica en la Práctica Clínica
Carlos López Cubas



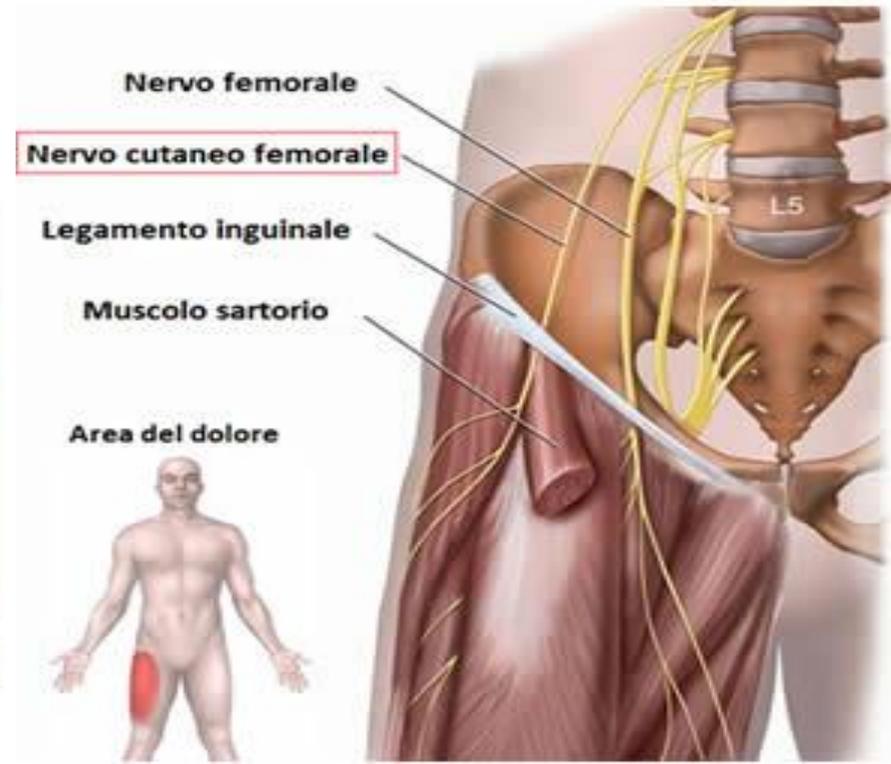
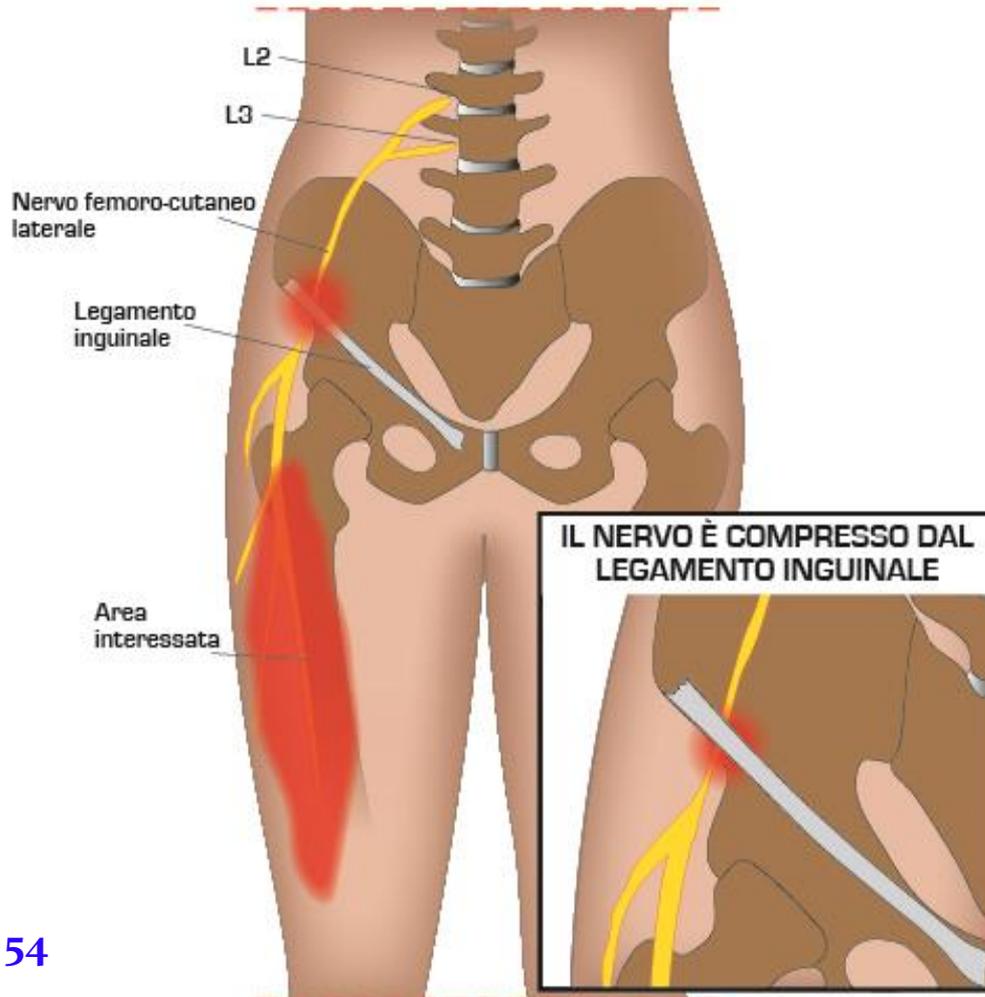
1. Asta dorsal
2. Asta ventral
3. Raíz posterior (sens.)
4. Raíz anterior (mot.)
5. Ganglio de la Raíz Dorsal
6. Nervio espinal
7. Nervio sinuvertebral
Luschka (rama meníngea recurrente)
8. Ramo comunicante blanco
9. Ganglio ortosimpático
10. Ramo comunicante gris
11. Ramo posterior
12. Ramo anterior

Robert Maigne, medico francese, il quale abbandonando il concetto di lesione osteopatica propone il concetto di disturbo intervertebrale minore (DIM), causa sia di dolore locoregionale rachideo che di manifestazioni dolorose a distanza e che spesso sono in relazione con il riscontro della sindrome teno-cellulo-periosteo-mialgica (STCPM) che se corrisponde a determinati punti, può benissimo essere fatta rientrare nella sindrome fibromialgica, e i determinati punti corrispondono ai tender points.

Robert Maigne es especialista en reumatología y medicina física y ha ocupado diversos cargos muy importantes a lo largo de su carrera como Jefe del Servicio de Medicina ortopédica y reeducación del Hôtel-Dieu de París, Presidente y Cofundador de la Sociedad francesa de Medicina ortopédica y terapias manuales, Presidente y Cofundador de la Federación Internacional de Medicina Manual (FIMM), miembro del workshop “The reseach status of spinal manipulative therapy” (National Institutes of Health, Bethesda, USA, 1975) o iniciador y director durante 20 años del Diploma universitario en Medicina ortopédica y terapia manual (Universidad París VI), entre otros cargos.



Meralgia Parestesica



"The pain of fibromyalgia is described in terms suggestive of the pain in muscles following extreme exertion and anaerobic metabolism. Taken together, these characteristics suggest that the pain could be induced by vasomotor dysregulation, and vasoconstriction in muscle, leading to low-level ischemia and its metabolic sequelae. Vasodilatory influences, including physical activity, relieve the pain of FMS by increasing muscle perfusion. There are some preliminary data consistent with this hypothesis, and nothing known about FMS that refutes it. The hypothesis that the downstream cause of FMS symptoms is muscle hypoperfusion due to regional vasomotor dysregulation has clear implications for treatment; is testable with current technology; and should be investigated. Katz DL, Greene L, Ali A, Faridi Z. The pain of fibromyalgia syndrome is due to muscle hypoperfusion induced by regional vasomotor dysregulation. Med Hypotheses. 2007;69(3):517-25. Epub 2007 Mar 21.

GUIDA PER I PAZIENTI AFFETTI DA ALLODINIE (NEUROPATIE)

Come le è stato spiegato, la sua malattia è una infiammazione di fibre nervose cutanee. Il dolore che avverte spontaneamente **NON E' LA MALATTIA**, ma solo **UNA CONSEGUENZA** della malattia.

Tale infiammazione provoca:

→	dolore alla pelle (avvertibile solo se la pelle viene stimolata)
→	dolore muscolare (dolore spontaneo)

- Il **dolore muscolare (spontaneo)** viene avvertito tra alti e bassi, è molto variabile e può cambiare ogni giorno perché viene influenzato da molti fattori esterni. Infatti:

viene peggiorato da:	freddo ansia sforzo fisico	viene migliorato da:	caldo tranquillità riposo
----------------------	----------------------------------	----------------------	---------------------------------

Inoltre, il dolore muscolare può persistere (per 1-2 settimane) anche dopo che la malattia è guarita (e la pelle non fa più male). Per questo motivo il **dolore spontaneo (muscolare) è un riferimento molto impreciso che provoca solo confusione.**

- Il dolore alla pelle (provocato pizzicando una piega di cute e sottocute) non viene influenzato da fattori esterni e rimane piuttosto costante. Per questo motivo, **il dolore che si avverte pizzicando la cute costituisce un riferimento preciso.**

Per capire come va la malattia, come procede la cura e come comportarsi coi farmaci occorre avere un riferimento preciso, un indicatore che rappresenti la situazione in modo oggettivo e sicuro.

Per quanto detto sopra, **la pelle costituisce l'unico riferimento preciso ed affidabile per cui è indispensabile tenere la pelle come riferimento.**

Per far questo, **occorre verificare il dolore che si avverte pizzicando la pelle tutti i giorni.**

COME:

Pinzare con due dita una piega di cute e sottocute la più ampia possibile, premere forte e tenere premuto per almeno 1 minuto.

E' una cosa, apparentemente, difficile, ma, per guarire, occorre verificare costantemente l'andamento della malattia (e della cura) pizzicando la pelle. Con un po' di esercizio la pelle diventa una fonte di informazioni preziose (per non dire indispensabili).

Come sto? Se interroghi la pelle puoi avere delle risposte di una precisione sorprendente.

La nostra pelle ci da informazioni precise sul dolore.

Come pinzare una piega:

1. Sollevare una piega abbondante di cute e sottocute (adipe sottocutaneo)
2. Premere le dita (pollice e indice) con una certa forza
3. Tenere premuto per circa 1 minuto

Valutare come si comporta il dolore tenendo pinzata una piega cutanea per circa 1 minuto:

Le possibilità sono solo 4:

Il dolore può:

1. avere la tendenza a diminuire
2. avere la tendenza ad aumentare
3. essere stabile
4. essere assente (o quasi). **Altre possibilità non ne esistono.**

Vediamo, in dettaglio, le quattro possibilità:

1. **Il dolore è stabile:** Il dolore è medio/forte, inizialmente può tendere ad aumentare ma poi si stabilizza e rimane costante senza nessuna tendenza a diminuire. Tolta la pressione il dolore scompare subito: il dosaggio dei farmaci è ancora molto scarso (occorre aumentare i dosaggi);

2. **Il dolore si riduce:** Il dolore è medio/lieve e tende a ridursi nel tempo (1 minuto): la remissione/guarigione è vicina, il dosaggio è quasi ottimale (aumentare i farmaci con molta cautela e prepararsi a ridurre);

3. **Il dolore è assente:** Il dolore è quasi del tutto assente o scompare in pochi secondi: malattia in guarigione/remissione (ridurre subito il dosaggio).

4. **Il dolore aumenta:** Il dolore in alcuni punti viene avvertito subito, in altri, per farsi sentire, impiega 30-40 secondi. Tende ad essere sempre più forte fino a diventare insopportabile. Qualsiasi punto della pelle (tenendo la presa per almeno 30- 40 secondi) fa male. Tolta la pressione il dolore persiste per un po' di tempo. Il dosaggio è eccessivo: sospendere immediatamente i farmaci.

Con la speranza che questo possa essere di aiuto a condurre bene la terapia.
A disposizione, comunque,

Claudio Torresani

ESISTONO alcune terapie efficaci, anche se, comunque, rimane una malattia difficile da curare. Dal momento che si tratta di una forma di nevrite la terapia farmacologica prevede l'uso di specifici farmaci anti-infiammatori attivi sul tessuto nervoso. Il sistema nervoso, sia centrale (il cervello) che periferico (le fibre e le terminazioni nervose), è costituito sempre dalle stesse cellule, sia pure con funzioni ed attività molto differenziate. E' fin troppo ovvio, quindi, che per curare una affezione delle fibre nervose periferiche si dovranno utilizzare sostanze che possiedono una qualche attività sul tessuto nervoso in generale e, anche se a noi può non piacere, la natura non fa distinzioni tra cervello e nervi. E' un grosso errore, quindi, pensare che per curare la fibromialgia si usino degli "psicofarmaci". In realtà si devono necessariamente (e non può essere altrimenti) utilizzare farmaci efficaci sul "tessuto nervoso" in generale. Spesso tali farmaci possiedono una certa azione sul cervello ed un effetto molto differente sulle fibre nervose. I farmaci più efficaci sono costituiti da alcune molecole inizialmente utilizzate ad alti dosaggi come antidepressivi, come ad es. l'amitriptilina. L'efficacia sul dolore di farmaci antidepressivi, fu dimostrata per primo da Woodford nel 1968 nei pazienti affetti da nevralgia post-erpetica (il cosiddetto fuoco di S. Antonio). Ciò ha portato ad un grosso equivoco inizialmente favorito da Woodford stesso il quale considerava i suoi pazienti dei depressi. In verità l'unico antidepressivo ad avere a bassi dosaggi questo effetto è l'amitriptilina. Tuttavia gli equivoci e i pregiudizi sono duri a morire per cui ancora oggi molti medici, soprattutto specialisti reumatologi, considerano dei depressi i pazienti neuropatici. Il pregiudizio viene poi rafforzato dal fatto che un qualunque antidepressivo, alzando il tono dell'umore, ha un benefico effetto su qualunque persona soffra cronicamente di dolori (dolore ai calli compreso). Come già detto, a dosaggi molto bassi tali farmaci non possiedono alcuna attività antidepressiva ma si rivelano degli ottimi antinevralgici (per amitriptilina e doxepina è stata documentata una efficacia anche per uso locale sottoforma di crema, e la loro efficacia sul dolore è stata dimostrata anche nell'animale). In particolare, per amitriptilina, è stata dimostrata una azione sui canali del calcio, del potassio voltaggio-dipendenti e una azione di inibizione dei canali del sodio nelle fibre nervose periferiche. Tale effetto sui canali del sodio produce una riduzione/inibizione della depolarizzazione e, quindi, della trasmissione dello stimolo nervoso "nocettivo". Tale proprietà del farmaco risulta del tutto indipendente dall'effetto sulla inibizione della ricaptazione della serotonina che l'amitriptilina esplica a dosaggi elevati nel tessuto nervoso centrale. In ogni caso è dimostrato che a dosaggi elevati viene perduta l'efficacia sul dolore. Un farmaco antiepilettico, la gabapentina, è stato introdotto di recente per la terapia del dolore neuropatico con degli ottimi risultati. Infine un altro farmaco, il pregabalin, è stato di recente commercializzato per la terapia delle neuropatie ed al momento è stata richiesta, da parte della Ditta produttrice, la registrazione specifica per la sindrome Fibromialgica. Negli U.S.A., un ulteriore farmaco, la sulodesside, (ancora non in commercio in Italia) sembra stia dando buoni risultati. Dal momento che il dolore nettamente prevalente è

quello muscolare, questi farmaci vanno sempre associati ad una efficace terapia miorilassante. Come detto più sopra i soggetti neuropatici/fibromiologici tendono ad avere una fortissima contrattura muscolare, in parte, provocata dal dolore. Tale contrattura provoca dolore il quale, a sua volta, aumenta la contrattura con un circolo vizioso dolore-contrattura-dolore che, necessariamente va interrotto. Esistono alcuni miorilassanti ritenuti specifici per la fibromialgia (come la ciclobenzaprina) ma, indubbiamente, i farmaci più efficaci in tal senso risultano i sedativi. Tra i vari effetti dei farmaci di tipo anestetico-sedativo va, infatti, annoverata un'ottima azione spasmolitica-miorilassante (non dimentichiamo che in caso di paresi spastica o "paralisi" uno dei farmaci più usati è il classico Diazepam noto come Valium). Nei pazienti neuropatici/fibromiologici tali farmaci vengono, quindi, prescritti a scopo miorilassante/spasmolitico. Il loro effetto è solo sintomatico (e non terapeutico/curativo) ma migliora da subito la qualità di vita del paziente. Molto efficace si è rivelato anche l'alprazolam, farmaco elettivo anche per gli attacchi di panico. Tuttavia, guarda caso, gli attacchi di panico (o crisi d'ansia generalizzata) sembrano piuttosto caratteristici dei pazienti neuropatici. In fase iniziale, sono spesso associati anche farmaci "di supporto" sulla contrattura muscolare anche alcuni antistaminici (come idrossizina o prometazina) per il loro effetto anticolinergico, simpatolitico e cioè, in sostanza, favorente il "rilassamento" ed il sonno.

Uno stato depressivo può essere presente in alcuni pazienti: si tratta di persone doloranti e sofferenti di uno stato di malessere cronico che, indubbiamente, finisce col condizionare il tono dell'umore. Il più delle volte si tratta di una distimia o depressione "reattiva" legata allo stato doloroso cronico: alcuni studi hanno dimostrato che la fibromialgia è in grado di indurre "depressione da dolore" più dell'artrite reumatoide. In tali casi la fuoxetine e la doxepina si sono rivelate in grado di migliorare notevolmente ed in modo specifico (mediante potenziamento dell'effetto dell'amitriptilina) il tono dell'umore. Anche la doxepina ed il citalopram si sono rivelate molecole molto efficaci nella stabilizzazione del tono dell'umore.

Oltre alle terapie farmacologiche si sono rivelate efficaci anche altre terapie non-farmacologiche. Tra queste sembrano utili il bio feed-back, l'agopuntura e le terapie fisiche delicate come la terapia dermoriflessa, terapia antalgica (antidolorifica) che punta a risolvere il dolore mediante una pressione digitale sui punti dolorosi. In Inghilterra e Germania altri ricercatori riportano buoni risultati con terapie analoghe ma più invasive con l'uso di aghi (neuralterapia: iniezione locale di anestetico) o con l'uso di stimoli elettrici (sul tipo della tecnica TENS che tutti conoscono). Negli U.S.A. viene molto usata la tecnica di inattivazione dei punti dolorosi mediante uso di spray freddo seguito da allungamenti muscolari (tecnica dello stretch and spray) o l'iniezione nei punti tender con soluzione fisiologica. Sempre negli Stati Uniti è stata ideata la tecnica della "compressione ischemica" (compressione digitale dei punti dolorosi), poco utilizzata nei paesi europei perché ritenuta molto dolorosa (la tecnica cosiddetta "dermoriflessa" rappresenta semplicemente un perfezionamento, non aggressivo e non doloroso, della tecnica della compressione ischemica).

In ogni caso non esiste una terapia uguale per tutti: ogni paziente fa caso a sé e ogni paziente risponde in modo diverso, per cui la terapia va "personalizzata" sul singolo paziente. La percentuale di guarigioni è molto buona. Occorre, tuttavia, sottolineare come si tratti di una terapia non facile, per la quale è necessario da parte del medico molta esperienza e il paziente deve essere seguito costantemente nel tempo. Per ottenere una guarigione in tempi ragionevoli occorre "ottimizzare" la terapia ed evitare il rischio (frequente) di dosaggi troppo bassi (con settimane o mesi di terapia inutile, sintomatica ma non risolutiva) o di dosaggi troppo elevati (per quel particolare paziente) con peggioramento della sintomatologia. I tempi di guarigione variano molto a seconda della durata della malattia, dell'età del paziente, del tipo di risposta soggettiva di ogni singolo paziente, per cui, almeno all'inizio, è praticamente impossibile fare delle previsioni (a parte i casi più lievi). Le recidive sono la regola nel caso di una terapia fatta male (sconsigliato il fai-da-te o una terapia condotta da un medico con scarsa esperienza). Anche in caso di terapia adeguata si possono avere episodi di recidive (presumibilmente a causa di fattori peggiorativi esterni) che, però, rispondono prontamente e regrediscono in tempi brevi. In ogni caso la percentuale di guarigioni è molto buona e tende ad aumentare con la messa a punto di sempre nuove terapie.

Riporto infine una interessante definizione di David A. Nye, della Midelford Clinic:

" The common misconceptions that FMS is a psychosomatic or somatoform disorder, that it is untreatable, that it is a diagnosis of exclusion or a "wastebasket" diagnosis, and that most FMS patients are hypochondriacs or whiners are unfounded and insupportable."

(I comuni preconcetti che la fibromialgia è un disturbo psicosomatico o somatoforme, che non è curabile, che è una diagnosi di esclusione o un "cestino dei rifiuti" delle diagnosi e che la maggioranza dei pazienti fibromiologici sono degli ipocondriaci o dei "piagnoni" sono infondati e insopportabili).

Prof.ClaudioTorresani Specialista in Dermatologia e Venereologia

docente di dermatologia allergologica

Clinica Dermatologica

Università degli Studi di Parma

GUIDA PER I PAZIENTI AFFETTI DA ALLODINIE (NEUROPATIE)

Come le è stato spiegato, la sua malattia è una infiammazione di fibre nervose.

dolore alla pelle (avvertibile solo se la pelle viene stimolata)

Tale infiammazione provoca:

dolore muscolare (dolore spontaneo)

- Il dolore muscolare (spontaneo) viene avvertito tra alti e bassi, è molto variabile e può cambiare ogni giorno perché viene influenzato da molti fattori esterni. Infatti:

freddo caldo

viene peggiorato da: ansia viene migliorato da: tranquillità

sforzo fisico riposo

Inoltre, il dolore muscolare può persistere (per 1-2 settimane) anche dopo che la malattia è guarita (e la pelle non fa più male). Per questo motivo il dolore spontaneo (muscolare) è un riferimento molto impreciso che provoca solo confusione.

- Il dolore alla pelle (provocato sollevando una piega di cute e sottocute) non viene influenzato da fattori esterni e rimane piuttosto costante. Per questo motivo, il dolore che si avverte sollevando la cute costituisce un riferimento preciso.

Per capire come va la malattia, come procede la cura e come comportarsi coi farmaci occorre avere un riferimento preciso, un indicatore che rappresenti la situazione in modo oggettivo e sicuro.

Per quanto detto sopra, la pelle costituisce l'unico riferimento preciso ed affidabile per cui è indispensabile tenere la pelle come riferimento.

Per far questo, occorre verificare il dolore che si avverte sollevando la pelle tutti i giorni.

COME. Pinzare con due dita e sollevare una piega di cute e sottocute la più ampia possibile, premere con una discreta forza e tenere sollevata la piega per almeno 1 minuto.

E' una cosa, apparentemente, difficile, ma, per guarire, occorre verificare costantemente l'andamento della malattia (e della cura) sollevando la pelle. Con un po' di esercizio la pelle diventa una fonte di informazioni preziose (per non dire indispensabili).

Come sto? Se interroghi la pelle puoi avere delle risposte di una precisione sorprendente.

La nostra pelle ci dà informazioni precise sul dolore.

«Come le è stato spiegato, la sua malattia è una infiammazione di fibre nervose. Dolore alla pelle avvertibile solo se la pelle viene stimolata) Tale infiammazione provoca: Dolore muscolare che però è spontaneo (esiste anche senza stimolo). Il dolore muscolare spontaneo viene avvertito tra alti e bassi, è molto variabile e può cambiare ogni giorno perché viene influenzato da molti fattori esterni..... Inoltre il dolore può persistere anche dopo che la malattia è guarita e la pelle non fa più male. Per questo motivo il dolore spontaneo muscolare è un riferimento impreciso che provoca solo confusione (mi fa male dappertutto.....).....Per capire come va la cura e come comportarsi coi farmaci la pelle costituisce l'unico riferimento preciso.....»

Meccanismo d'azione dell'amitriptillina (Laroxyl).

Amitriptyline versus bupivacaine in rat sciatic nerve blockade.

Gerner P, Mujtaba M, Sinnott CJ, Wang GK. Anesthesiology 94:661-7, 2001.

“The authors therefore investigated the local anesthetic properties of amitriptyline in rats and in vitro.

CONCLUSION: Amitriptyline is a more potent blocker of neuronal Na⁺ channels than bupivacaine in vivo and in vitro. These findings suggest that amitriptyline could extend its clinical usefulness for peripheral nerve blockade.”

Amitriptyline suppresses neuroinflammation and up-regulates glutamate transporters in morphine-tolerant rats

Yueh-Hua Tai, Yu-Hsueh Wang, Jhi-Joung Wang, Pao-Luh Tao, Che-Se Tung, Chih-Shung Wong. Pain 124: 77 – 86, 2006

“The TCA **amitriptyline has potent sodium channel blocking activity and a more potent local anesthetic effect than bupivacaine** (Pancrazio et al.,1998;Gerner et al.,2001;Khan et al.,2002;Sudoh et al.,2003;Estebe et al.,2004).TCAs produce analgesia by various mechanisms involving N-methyl-D-aspartate (NMDA) receptors, biogenic amines, opioids, inflammatory mediators, and substance P (Sawynok et al.,1999,2001;Sudoh et al.,2003).Intrathecal (i.t.)amitriptyline injection provides spinal anesthesia in rats and sheep (Gerner et al.,2003;Chen et al.,2004).

RICETTA: Paz: XXXX YYYY - PR: Amitriptilina in gocce (LAROXIL in Italia) - Si prende un flacone di laroxil gocce e si fa diluire dal farmacista con una medesima quantità di Acqua per avere in una goccia di amitriptilina il dosaggio di mezza goccia (1 mg.). (in Svizzera ci sono solo le cpr per cui non idonee per la somministrazione di dosi notevolmente piu' basse).

Posologia: Si inizia con una goccia la mattina (che corrisponde a 1/2 goccia di farmaco), dopo 3 giorni si aggiunge una mezza goccia la sera, poi dopo 3 giorni altra goccia e cosi' via - senza avere premura si esegue tutti i giorni il test di Torresani consegnato in allegato alla paziente, per vedere se tale farmaco modifica la risposta della pelle al pinzamento. Si sale ogni 3 giorni sino ad arrivare al massimo a 20 gocce mattino e 20 gocce pomeriggio. (di solito la risposta si ha a 9 + 9 gtt. 18 mg. Anche meno). Dr. X Y

RICETTA: Paz: XXXX YYYY - PR: Amitriptilina in gocce (LAROXIL in Italia) - Si prende un flacone di laroxil gocce e si fa diluire dal farmacista con una medesima quantità di Acqua per avere in una goccia di amitriptilina il dosaggio di 1 mg.

MEGLIO: SOLUZIONE MAGISTRALE DI AMITRIPTILINA IN GOCCE da 1 mg. Goccia -

Se il farmacista prepara la soluzione magistrale il dosaggio è chiaro, se, viceversa usa le gocce di laroxil procurandolo dall'Italia, queste gocce conterranno 2 mg del farmaco, mentre se le procura dalla Germania ne contengono 1.

Posologia: Si inizia con una goccia la mattina, 1 mg, aumentando di una goccia ogni 3 giorni ed effettuando sempre il test del pizzicotto dermico. Se da sonnolenza meglio assumerle il farmaco la sera, altrimenti meglio suddividerlo in 2 sottodosi. Ogni 5 gocce di aumento consultare il medico. Suspendo il farmaco se alla dose massima di 18 mg non ho ottenuto effetti. Quindi se vediamo la dose utilizzata come antidepressivo scopriamo:

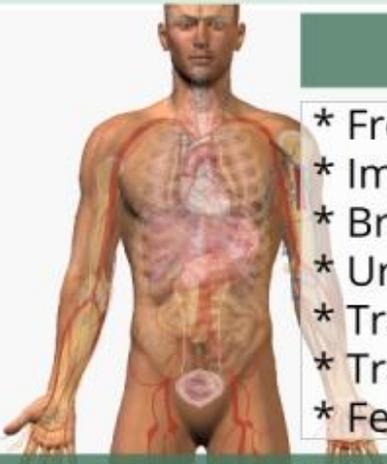
Il trattamento ambulatoriale comporta la somministrazione di una dose iniziale di 50 mg di Laroxyl al giorno che, secondo la necessità del caso, potrà essere ridotta oppure aumentata progressivamente sino al conseguimento dell'effetto ottimale. Di questa dose, 30 mg vanno somministrati la sera al momento di coricarsi, 10 mg il mattino e 10 mg a mezzogiorno. Nei malati anziani o giovani, posologie più deboli sono in genere sufficienti. La somministrazione delle suddette dosi è attuabile sia con le compresse rivestite di Laroxyl da 25 mg o da 10 mg, sia con la soluzione gocce (una goccia = 2 mg di amitriptilina) . SAROTEN in CH.



■ Sintomi della **cistite** nell'uomo e nella donna:

Sintomi comuni

- * Frequente bisogno di urinare
- * Impellenza dello stimolo
- * Bruciore mentre si urina
- * Urine torbide e maleodoranti
- * Tracce di sangue nelle urine
- * Tracce di pus nelle urine
- * Febbricola



Sintomi nell'uomo

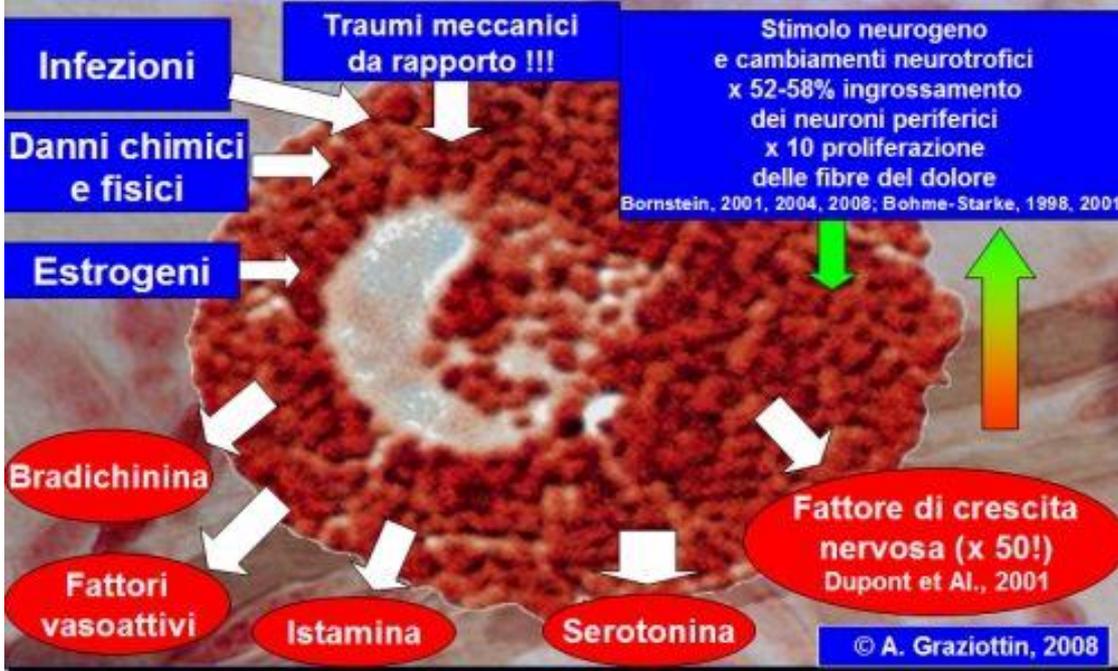
- * Dolore localizzato nella regione del basso addome e allo scroto

Sintomi nella donna

- * Dolore al basso addome e alla regione pubica
- * Incontinenza
- * Perdite vaginali



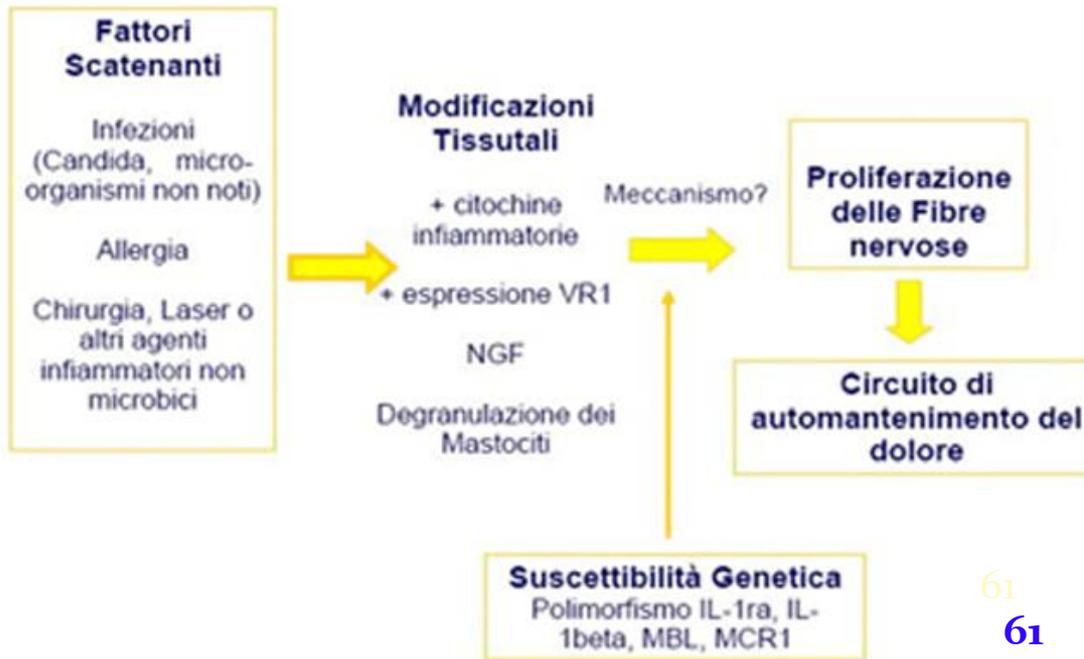
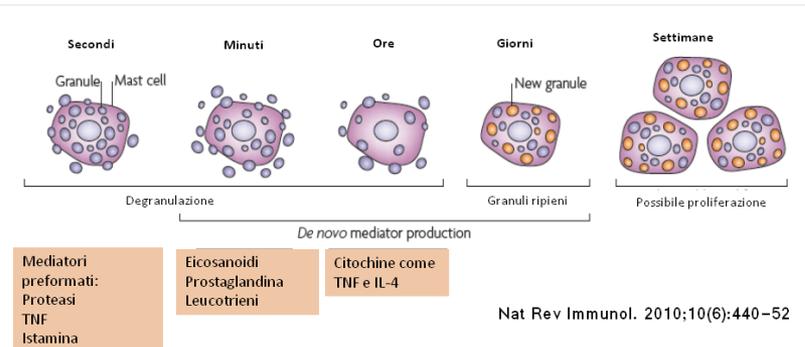
IL MASTOCITA SOVRAREGOLATO



La prima cellula ad agire nel processo infiammatorio è il mastocita, grazie alla sua capacità di attivare il processo infiammatorio in microsecondi. L'attivazione del mastocita innesca molte reazioni dovute al rilascio di mediatori chimici bioattivi e preformati contenuti in granuli all'interno del citoplasma (processo di degranulazione). I granuli vengono rilasciati dal mastocita velocemente e per un periodo di tempo prolungato rilasciando:

I mastociti vengono autorevolmente riconosciuti come i registi dell'infiammazione

DEGRANULAZIONE DEL MASTOCITA



Etiopatogenesi della vulvodinia (modificato da National Vulvodynia Association U.S.A.)

Cause ipotizzate

- Infezioni (candida, micro-organismi non noti)
- Allergia
- Chirurgia, Laser o altri agenti
- Infiammatori non microbici

Modificazioni Tissutali

- (a) citochine
- (b) espressione VR₁
- (c) NGF
- (d) Degranulazione dei mastociti

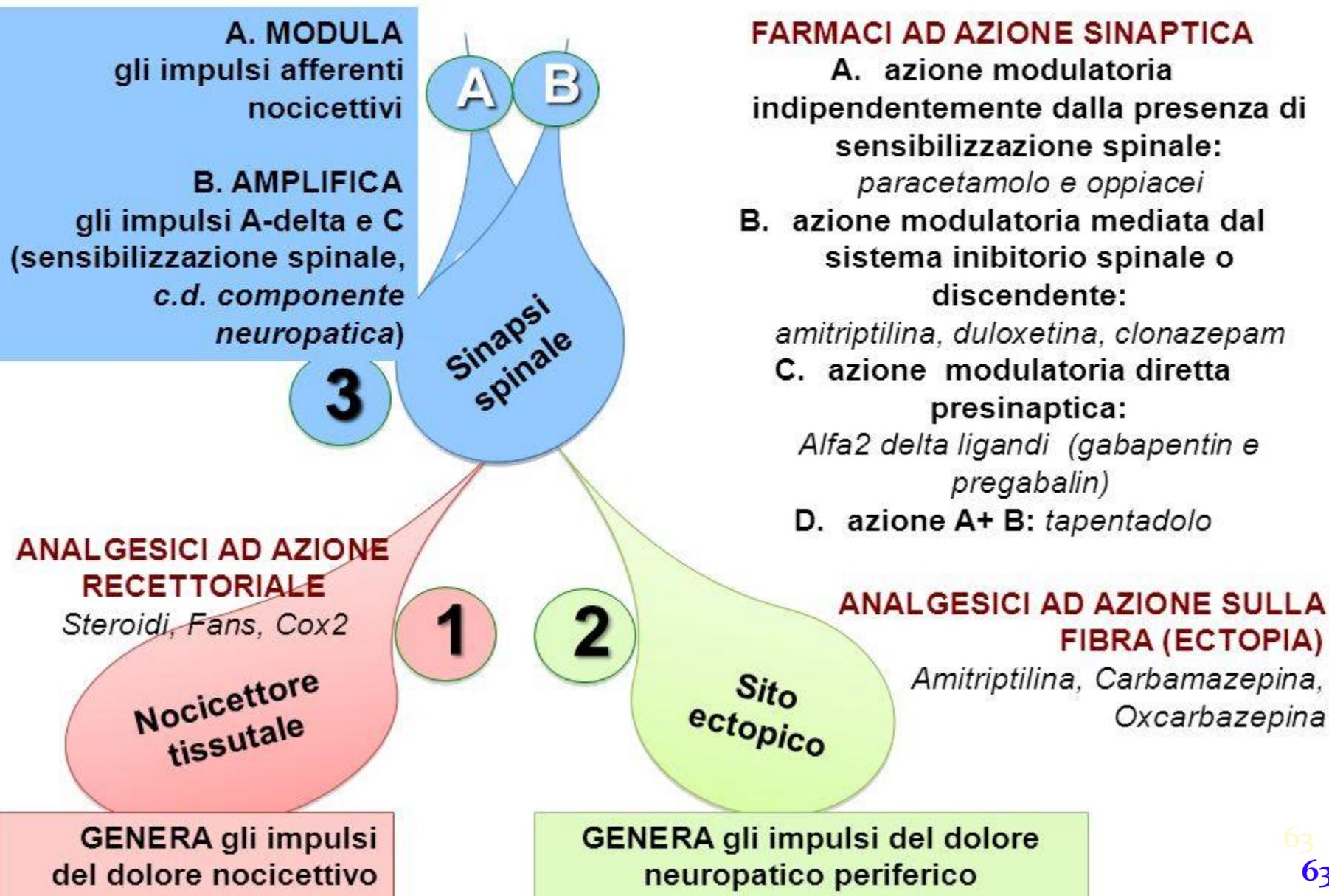
meccanismo?

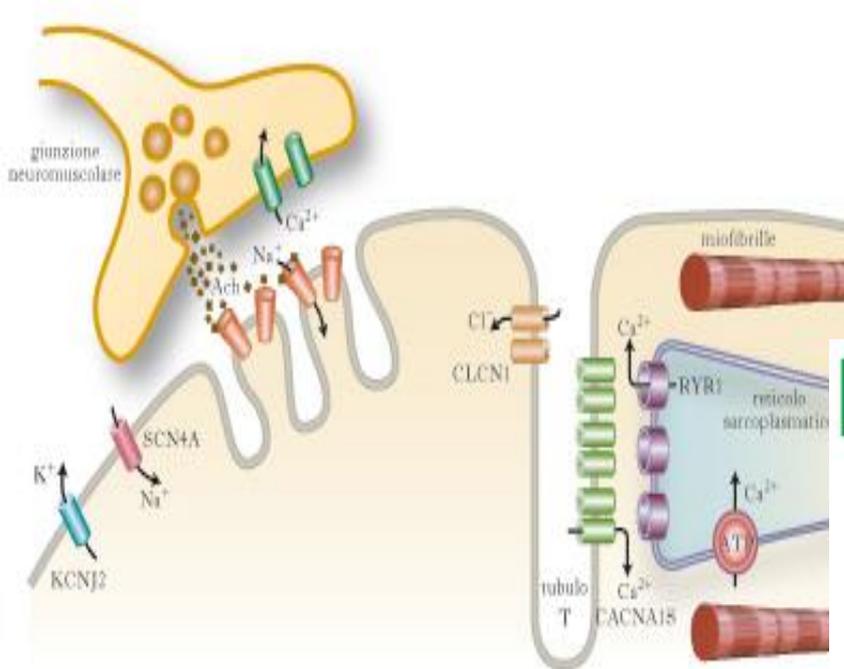
Proliferazione delle fibre nervose

Circuito di auto-mantenimento del dolore (Sensibilizzazione centrale)

Predisposizione Genetica
(e) Polimorfismo IL -1ra, IL-1beta, MBL, MCR₁

Analgesici – meccanismi patogenetici



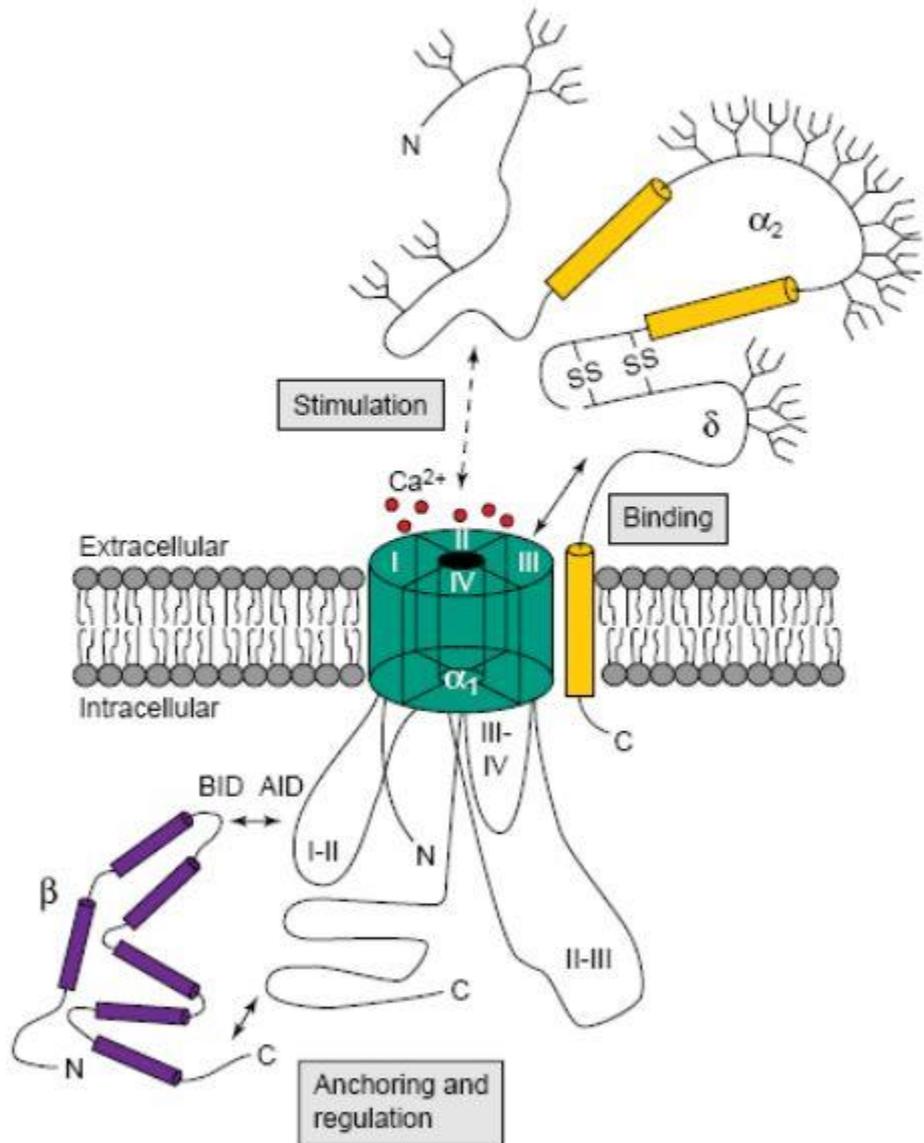


canalopatie del muscolo scheletrico - Mutazioni geniche

GENE	CANALE IONICO	MALATTIA	EREDITARIETÀ
<i>CACNA1S</i>	canale del calcio L-type Ca alfa-subunit	PP ipocaliemic1 ipertermia maligna	AD AD
<i>RYR1</i>	recettore rianodinico canale per il rilascio del calcio	ipertermia maligna miopatia <i>Central Core</i>	AD AD
<i>SCN4A</i>	canale del sodio	PP ipercaliemica paramiotonia congenita miotonia aggravata dal potassio PP ipocaliemic2	AD AD AD AD
<i>KCNJ2</i>	canale del potassio	sindrome di Andersen	AD
<i>CLCN1</i>	canale del cloro	miotonia congenita distrofia miotonica DM1/DM2	AD/AR AD

PP: paralisi periodica; AD: autosomica dominante; AR: autosomica recessiva

Organizzazione strutturale dei canali del Ca VD



Subunità α_1 : 4 domini omologhi (I-IV), con 6 segmenti transmembrana ciascuno;

Subunità β : intracellulare, costituita da più a eliche;

Subunità $\alpha_2\delta$: in giallo le regioni idrofobiche;

I siti di interazione tra le subunità sono indicati da frecce bipolari.

Fibromialgia

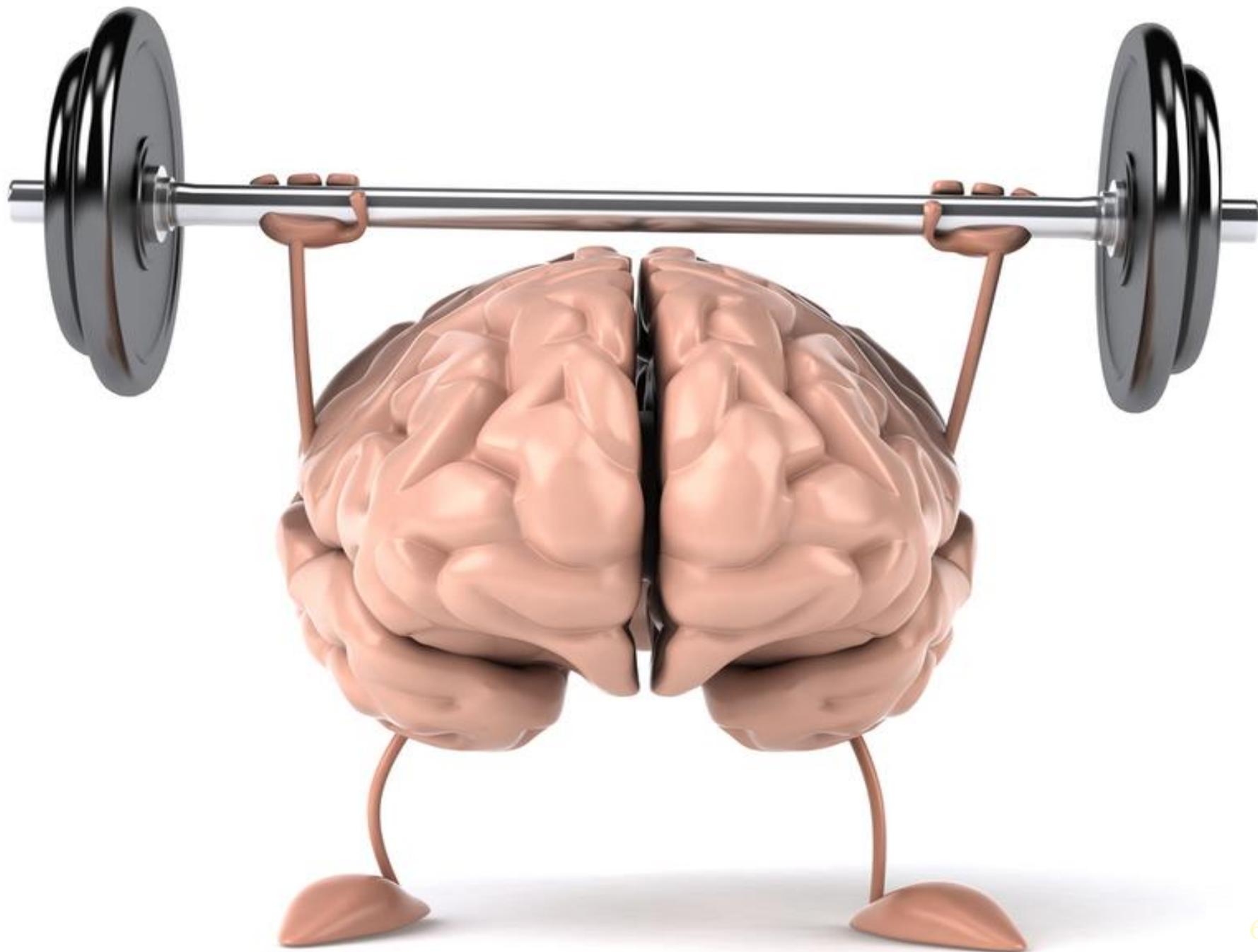


TERAPIA: farmaci efficaci sul tessuto nervoso a dosi appropriate.....e a volte questi farmaci sono anche antidepressivi ma a dosi basse e con un effetto diverso rispetto a quello A.D.



Ogni paziente risponde in maniera diversa a terapie diverse e a dosi diverse. La terapia va personalizzata.

Drug name	Starting dose mgs	#Hrs Taken Before Bed	Usual Max Dose
Trazodon	50	0	600
Cyclobenzaprin a	10	1	60
Alprazolam	0,5	0,5-1	4
Carisoprodol	350	0	1400
Diphenhydrami ne	50	0,5-1	300
Amitriptyline	5	2	150



Il 1° Dipartimento di Medicina Pubblica Clinica e Preventiva, e il 2° Dipartimento di Medicina Sperimentale - Seconda Università di Napoli nelle persone di C. Cavaliere, G. Cirillo, S. Sellitti, M. Bianco, A. De Simone, I. Marrabese, V. De Novellis, S. Maione, and M. Papa, hanno presentato questo lavoro: LA GLIOSI MODIFICA L'ESPRESSIONE E LA FUNZIONE DEI TRASPORTATORI GLIALI DEGLI AMINOACIDI A LIVELLO SPINALE NEL DOLORE NEUROPATICO: “L'attivazione astrocitaria a seguito di danno da costrizione cronica del nervo sciatico (CCI) determina nei topi una ipersensibilità comportamentale, una sindrome neuropatica, rappresentata da iperalgesia, allodinia, e dolore spontaneo. Noi qui riportiamo che nel corno dorsale del midollo spinale, la gliosi comporta evidenti modificazioni a carico dei trasportatori degli aminoacidi a sede gliale esaminati a 3, 7, e 14 giorni dopo l'intervento (pd) mediante Western blot, Immunocitochimica e RT PCR. Sono state analizzate le proteine a livello del segmento lombare del midollo spinale e i livelli di mRNA di CGRP, CD11b, Glial fibrillary acidic protein (GFAP), Glycine transporter 1 (GlyT₁), Glutamate transporter 1 (GLT-1), and Calpain-I, una proteasi Ca-dipendente coinvolta nel riarrangiamento del citoscheletro e la degradazione dei trasportatori. L'espressione e i livelli di mRNA di CD11b aumentano sino al 3 pd tper ritornare a livelli basali al 7 pd. Al contrario l' mRNA e la proteina GFAP spinale aumentano significativamente al 7 pd perdurando sino almeno al 14 pd. Contemporaneamente, l'espressione dei trasportatori gliali degli aminoacidi (GlyT₁ and GLT-1) era drasticamente ridotta al 7 e 14 successivi all'intervento di CCI come misurato mediante tecniche di Immunocitochimica e Western blot. In parallelo, l'analisi HPLC del segmento lombare del midollo spinale ha rivelato l'aumento delle concentrazioni di glutammato e glicine al 7 e 14 pd, questo risultato è in accordo con la modificazione dell'espressione e dell'attività di captazione dei trasportatori di Glyt₁ and GLT-1.

Questo studio chiaramente dimostra che un danno a carico del nervo periferico induce una rapida attivazione della microglia spinale che precede l'attivazione macrogliale. 69

TECNOLOGIA QUEC PHISIS

TECNOLOGIA QUEC PHISIS

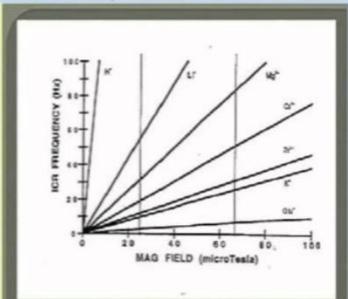


Ionorisonanza ciclotronica

Attraverso campi elettromagnetici a frequenza estremamente bassa (ELF) si sono definite le frequenze caratteristiche di alcuni ioni.

Alle frequenze definite in condizioni di intensità simili a quelle del campo magnetico terrestre tali ioni mostrano un incremento della loro attività.

Tale possibilità è definita "ionorisonanza"



Si puo' anche inserire la medicina quantica.... Ma qui il discorso va su un altro livello: Fisica quantistica e se ne discuterà un'altra volta....se vorrete.

PROGRAMMA

Moderatore: **Dott. Andrea Trevisan**
A.U. Prometeo Srl

Responsabile Scientifico: **Prof. Piergiorgio Spaggiari**
Direttore Generale Azienda "Istituti Ospitalieri" di Cremona

Ore 09:00 : Saluto delle Autorità
Arch. Andrea Bronzato
Sindaco Città di Abano Terme
Prof. Giampiero Giron
Università di Padova

Ore 09:15 : Presentazione dei Lavori

Ore 09:30
Prof. Emilio Del Giudice
Membro dell'Istituto di Fisica Nucleare di Milano,
Membro dell'International Institute of Biophysics di Neuss (Germania)
Dinamica Collettiva della Materia Vivente

Ore 10:15
Prof. Piergiorgio Spaggiari
Direttore Generale Azienda Ospedaliera "Istituti Ospitalieri" di Cremona
Nuovi Orizzonti della Medicina: le Attitudini Terapeutiche della Medicina Quantistica

Ore 11:00 : Coffe Break

Ore 11:15
Sig. Filippo Barbaro
Ricercatore Prometeo Srl
Principi di Funzionamento della Tecnologia QUEC PHISIS QPS1

Ore 11:45
Dr. Paolo Buselli
Dirigente Medico Azienda Ospedaliera "Istituti Ospitalieri" di Cremona
Esperienze Cliniche nell'Utilizzo della Tecnologia QUEC PHISIS QPS1: Ipotesi Funzionali e Applicative

Ore 12:30 : Pausa Pranzo

Ore 13:30
Prof. Raoul Saggini
Direttore Cattedra di Medicina Fisica e Riabilitativa, Università G. D'Annunzio Chieti e Pescara
Approccio Riabilitativo Integrato con la Tecnologia QUEC PHISIS QPS1 nella Lombalgia Cronica

Ore 14:15
D.ssa Sara Messina
Università degli studi di Pavia
Esperienze nel Trattamento della Sclerosi Multipla con Applicazione della Tecnologia QUEC PHISIS QPS1 e Presentazione Caso Clinico

Ore 15:00
Dr. Alberto Bottini
Responsabile Brest Unit - Azienda Ospedaliera "Istituti Ospitalieri" di Cremona
Terapia di Supporto con la Tecnologia QUEC PHISIS QPS1 nella Cura del Tumore al Seno

Ore 15:45
Dr. Stefano Biasi
Direttore sanitario Centro di Riabilitazione Psichiatrica "Villa San Pietro" Arco (TN)
Esperienze nell'Uso Terapeutico della QUEC PHISIS QPS1 nei Disturbi d'Ansia e nei Disturbi Depressivi

Ore 16:30 : Discussione

Ore 17:00 : Questionario di apprendimento

Ore 17:30 : Chiusura dei Lavori

QUEC PHISIS QPS1 riequilibra e stabilizza l'omeostasi delle sostanze essenziali per il ciclo biologico globale delle cellule, modula il potenziale di membrana cellulare e ripristina i meccanismi enzimatici inibiti o degenerati, ottimizzando il metabolismo basale.

QUEC PHISIS QPS1 stimola e attiva in modo non invasivo ed indolore le seguenti funzioni:
- Funzione rigenerante del sistema osseo e dei tessuti molli
- Funzione di rilassamento psicofisico
- Funzione di riequilibrio del micro e macro circolo vascolare
- Funzione antalgica
- Riabilitazione
- Funzione antiossidante contro i radicali liberi
- Funzione di regolazione delle disfunzioni dei canali ionici della membrana cellulare





Miscela O₂/O₃



Miscela O₂/O₃



OMEOPATIA

OMOTOSSICOLOGIA

ALLOPATIA

DIAGNOSI

TERAPIA

TERAPIA

DIAGNOSI

DIAGNOSI

TERAPIA

Strategia terapeutica

INTERROGATORIO OMEOPATICO

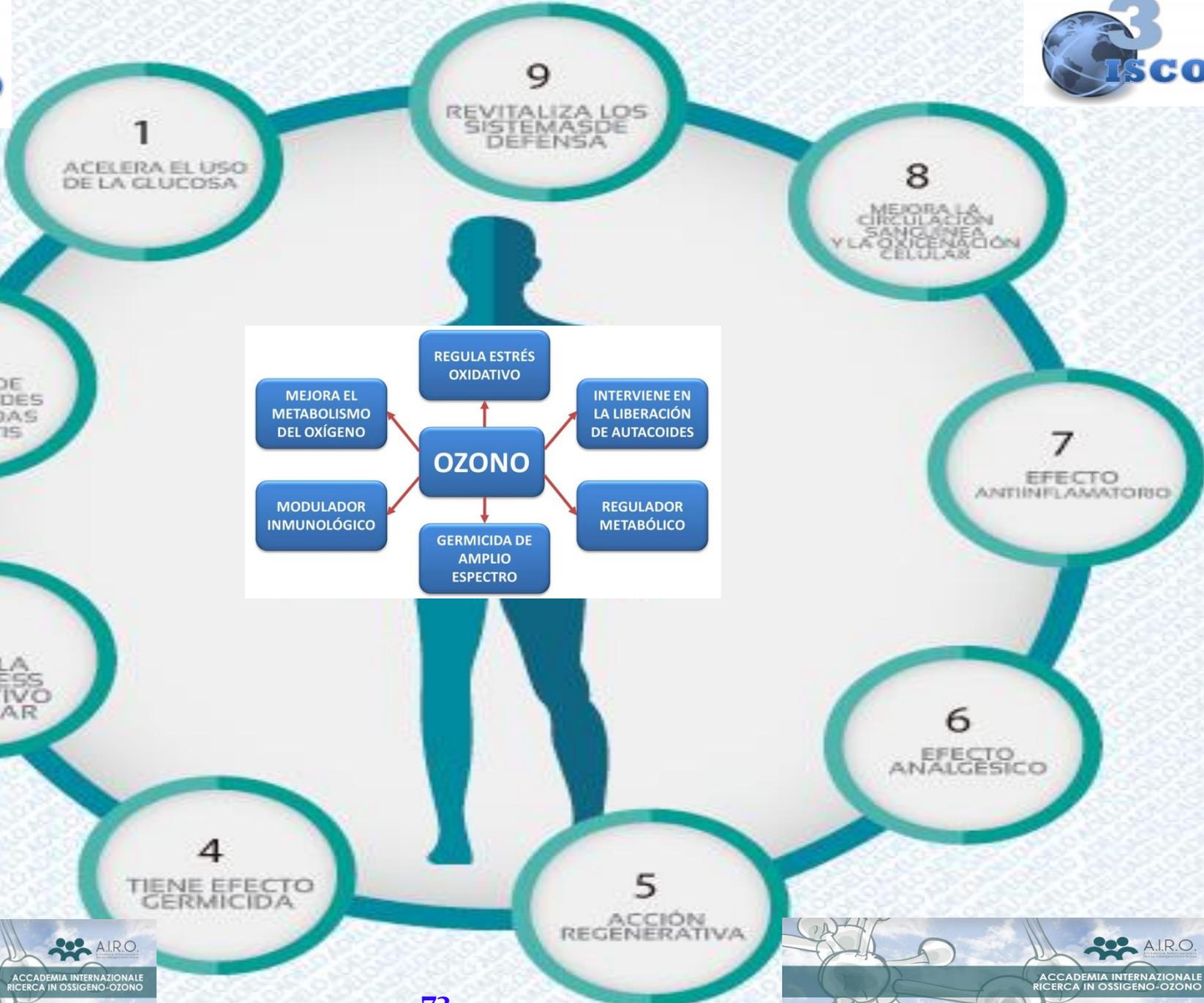
RIMEDI OMEOPATICI DILUITI E DINAMIZZATI

NUOVI RIMEDI OMEOPATICI DILUITI E DINAMIZZATI

INQUADRAMENTO RELATIVO

- ANAMNESI
- ESAME OBIETTIVO
- ESAMI DI LABORATORIO
- ESAMI STRUMENTALI

DOSI PONDERALI DI FARMACI DI SINTESI



Medicina integrata della
persona. Il medico fa star
meglio la persona, anche se non
capisce quale malattia sta
trattando.



ementi:

- Campi elettromagnetici. La verifica e la protezione in ogni ambiente. Niccolò Limardo, Priuli & Verlucca (2005)
- Salute dell'habitat. Criterio delle applicazioni nella medicina dell'habitat. Nicola Limardo ed. Anima (2007).
- David A. Nye MD: A Physicians Guide to Fibromyalgia Syndrome, 1997.
- Resultati a lungo termine dell'amitriptilina per il trattamento della cistite interstiziale. van Ophoven A, Hertle L. Dipartimento di Urologia, Universitätsklinikum Münster, Università di Münster, Münster, Germania. avo@uni-muenster.de Risultati a lungo termine dell'amitriptilina per il trattamento della cistite interstiziale. van Ophoven A, Hertle L.
- Kiecolt-Glaser JK, McGuire L., Robles TF, emozioni, la morbilità e la mortalità. Nuove prospettive di psiconeuroimmunologia. Annu Rev Psychol (2002) 53: pp 83-107. Abstract Engel GF, la necessità di un nuovo modello medico: una sfida per la biomedicina. Science (1977) 196: pp 129-136. Abstract
- Ader R., Cohen N, Felten D., Psychoneuroimmunology: interazioni tra sistema nervoso e il sistema immunitario. Lancet (1995) 345: pp 99-103. Citation
- Bartrop RW, Luckhurst C., Lazzaro L., depresso la funzione dei linfociti dopo il lutto. Lancet (1977) 1: pp 834-836. Abstract
- Jemmot JB, Borysenko JZ, Borysenko M., motivazione al potere accademico lo stress e la diminuzione del tasso di secrezione salivare secretoria immunoglobulin A. Lancet (1983)
- Kiecolt-Glaser JK, Glaser R., Shuttleworth EC, lo stress cronico e l'immunità in caregivers familiari di vittime della malattia di Alzheimer. Psychosom Med (1987)
- Graham NMH, Chirone R., Bartholomeusz A., Se l'ansia di ridurre il tasso di secrezione di IgA secretoria nella saliva?. Med J Aust (1988)
- Fell LR, Shut DA, compartmente e risposta. Ormonale in acuto stress chirurgico negli ovini. Appl Anim Behav Sci (1989)
- Moldofsky H., Lue FA, Davidson JR, Effetti della privazione di sonno dell'uomo sulla funzione immunitaria. FASEB J (1989)
- Kiecolt-Glaser JK, McGuire L., Robles TF, Emotions, morbidity, and mortality: new perspectives from psychoneuroimmunology. [review] Annu Rev Psychol (2002)
- Cassell WA, Fisher S., Body image boundaries and histamine flare reaction. Psychosom Med (1963)
- Jacobs MA, Friedman MA, Franklin MJ, Incidence of psychosomatic predisposing factors in allergic disorders. Psychosom Med (1966)
- Ely NE, Verhey JW, Holmes TH, Experimental studies of skin inflammation. Psychosom Med (1963)
- Solomon GF, Moos RH, The relationship of personality to the presence of rheumatoid factor in asymptomatic relatives of patients with rheumatoid arthritis. Psychosom Med (1965)
- Kasl SV, Evans AS, Niederman JC, Psychosocial risk factors in the development of infectious mononucleosis. Psychosom Med (1979)
- Granger DA, Booth A., Johnson DR, Human aggression and enumerative measures of immunity. Psychosom Med (2000)
- American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders 3rd edition. 1980. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Janner LD, Schwartz GE, Leigh H., The relationship between repressive and defensive coping styles and monocyte, eosinophil, and serum glucose levels: support for the opioid peptide hypothesis of repression. Psychosom Med (1988)
- Esterling B., Antoni M., Kumar M., Emotional repression, stress disclosure responses, and Epstein-Barr viral capsid antigen titers. Psychosom Med (1990)
- Futterman AD, Wellisch DK, Zigelboim J., Psychological and immunological reactions of family members to patients undergoing bone marrow transplantation. Psychosom Med (1996)
- Antoni MH, August BA, Laperriere A., Psychological and neuroendocrine measures related to functional immune changes in anticipation Of HIV-1 serostatus notification. Psychosom Med (1990)
- Cole SW, Kemeny M., Taylor SE, Accelerated course of human immunodeficiency virus infection in gay men who conceal their homosexual identity. Psychosom Med (1996)
- Irwin M., Daniels M., Bloom ET, eventi della vita, sintomi depressivi e la funzione immunitaria. Am J Psychiatry (1987)
- Irwin M., la depressione e la funzione immunitaria. Stress (1988)
- M. Maes, Bosmans E., Calabrese J., interleuchina-2 e l'interleuchina-6 nella schizofrenia e mania: effetto dei neurolettici e stabilizzatori dell'umore. J Psychiatry Res (1995)
- Uchino BN, Cacioppo JT, Kiecolt-Glaser JK, La relazione tra sostegno sociale e di processi fisiologici: una revisione con l'accento sui meccanismi sottostanti. Psychol Bull (1996)
- Kiecolt-Glaser JK, Glaser R., Cacioppo JT, il conflitto civile in adulti più anziani: correlati endocrinologiche e immunologici. Psychosom Med (1997)
- Kiecolt-Glaser JK, Malarkey WB, Chee M., Negative behaviour during marital conflict is associated with immunological down-regulation. Psychosom Med (1993)
- Kiecolt-Glaser JK, Newton T., Cacioppo JT, Marital conflict and endocrine function: are men really more physiologically affected than women?. J Consult Clin Psychol (1996)
- Malarkey WB, Kiecolt-Glaser JK, Pearl D., Hostile behavior during marital conflict alters pituitary and adrenal hormones. Psychosom Med (1994)
- Mayne TJ, O'leary A., McGrady B., The differential effects of acute marital distress on emotional, physiological and immune functions in martially distressed men and women. Psychol Health (1997)
- Seegerstrom SC, Personality and the immune system: models methods, and mechanisms. Annu Rev Behav Med (2000)
- Seegerstrom SC, Taylor SE, Kemeny ME, Optimism is associated with mood, coping and immune change in response to stress. J Pers Soc Psychol (1998) 74 :
- Christensen AJ, Edwards DL, Wiebe JS, Effect of verbal selfdisclosure on natural killer cell activity: moderating influence of cynical hostility. Psychosom Med (1996)
- Kiecolt-Glaser JK, Glaser R., Psychoneuroimmunology: can psychological interventions modulate Immunity?. J Consult Clin Psychol (1992)
- Antoni MH, Cognitive behavioural intervention for person with HIV. Spira JL Group therapy for medically ill patients 1997New York: Guilford Press
- Smyth JM, Stone AA, Hurewitz A., Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis: a randomized trial. JAMA (1999)
- Bartrop R., Luckhurst E., Lazarus L., Depressed lymphocyte function after bereavement. Lancet (1977)
- Glaser R., Kiecolt-Glaser JK, Borneau RH, Stress-induced modulation of the immune response to recombinant hepatitis b vaccine. Psychosom Med (1992)
- Mitchell JH, Curran CA, Myers RN, Some psychosomatic aspects of allergic diseases. Psychosom Med (1947)
- Kiecolt-Glaser JK, Garner W., Speicher C., Psychosocial modifiers of immunocompetence in medical students. Psychosom Med (1984)
- Linn BS, Linn MW, Klimas NG, Effects of psychophysical stress on surgical outcome. Psychosom Med (1988)
- Kiecolt-Glaser JK, Fisher LD, Ogrocki P., Marital quality, marital disruption, and immune function. Psychosom Med (1987)
- Esterling BA, Kiecolt-Glaser JK, Glaser R., Psychosocial modulation of cytokine-induced natural killer cell activity in older adults. Psychosom Med (1996)
- Theorell T., Orth-Gomer K., Eneroth P., Slow-reacting immunoglobulin in relation to social support and changes in job strain: a preliminary note. Psychosom Med (1990)
- Kiecolt-Glaser JK, Dura JR, Speicher CE, Spousal caregivers of dementia victims: longitudinal changes in immunity and health. Psychosom Med (1991)
- Levy SM, Herberman RB, Whiteside T., Perceived social support and tumor estrogen/ progesterone receptor status as predictors of natural killer cell activity in breast cancer patients. Psychosom Med (1990)
- Malarkey W., Kiecolt-Glaser JK, Pearl D., Hostile behavior during marital conflict alters pituitary and adrenal hormones. Psychosom Med (1994)
- Kiecolt-Glaser JK, Glaser R., Cacioppo JT, Marital conflict in older adults: endocrinological and immunological correlates. Psychosom Med (1997)
- Kiecolt-Glaser JK, Kennedy S., Malkoff S., Marital discord and immunity in males. Psychosom Med (1988)
- Schneiderman N., Antoni M., Ironson G., HIV-1, immunity and behaviour. Glaser R. Kiecolt-Glaser JK Handbook of humane stress and immunity 1994San Diego: Academic Press
- Schneiderman N., Antoni M., Saab PG, Health psychology: psychosocial and biobehavioral aspects of chronic disease management. Annu Rev Psychol (2001)
- Rabin BS, Stress immune function and health: the connection 1999. New York: Wiley-Liss & Sons.
- Catania A., Airaghi L., Motta P., Cytokine antagonists in aged subjects and their relation with cellular immunity. J Gerontol Biol Sci Med Sci (1997)
- Freeman H., Elmadjian F., The relationship between blood sugar and lymphocyte levels in normal and psychotic subjects. Psychosom Med (1947)
- Phillips L., Elmadjian F., A Rorschach Tension Score and the Diurnal Lymphocyte Curve in psychotic subjects. Psychosom Med (1947)
- Vaughan WTJ, Sullivan JC, Elmadjian F., Immunity and schizophrenia. Psychosom Med (1949)
- Kiecolt-Glaser JK, Ricker D., George J., Urinary cortisol levels, cellular immunocompetency, and loneliness in psychiatric inpatients. Psychosom Med (1984) 46
- Appelberg B., Katila H., Rimon R., Plasma interleukin-1 beta and sleep architecture in schizophrenia and other nonaffective psychoses. Psychosom Med (1997)
- Appels A., Bar FW, Bar J., Inflammation, depressive symptomatology, and coronary artery disease. Psychosom Med (2000)
- Kemeny M., Cohen F., Zegens L., Psychological and immunological predictors of genital herpes recurrence. Psychosom Med (1989)
- Koh KB, Lee BK, Reduced lymphocyte proliferation and interleukin-2 production in anxiety Disorders. Psychosom Med (1998)
- Kemeny ME, Weiner H., Duran R., Immune system changes after the death of a partner in hiv-positive gay men. Psychosom Med (1995) 57
- Dentino AN, Pieper CF, Rao KMK, Association of interleukin-6 and other biologic variables with depression in older people living in the community. J Am Geriatr Soc (1999)
- Maes M., Lin A., Delmeire L., Elevated serum interleukin-6 (IL-6) and IL-6 receptor concentrations in posttraumatic stress disorder following accidental man-made traumatic events. Biol Psychiatry (1999) 45
- Kiecolt-Glaser JK, Malarkey WB, Chee M., Negative behavior during marital conflict is associated with immunological down-regulation. Psychosom Med (1993)
- Kiecolt-Glaser JK, Newton T., Marriage and health: his and hers. [review] Psychol Bull (2001)
- Glaser R., Maccallum R., Laskowski B., Evidence for a shift in the th-1 to th-2 cytokine response associated with chronic stress and aging. J Gerontol A Biol Sci Med Sci (2001)
- (Guy Lazaroths: "il sistema nervoso periferico". Masson 1981; pp 249,241; fig 212.,213, 214.)
- (Robert Maigne: "dolori d'origine vertebrale e trattamento con manipolazioni". Espansione scientifica francese, 1977)
- Bronfort G, Haas M, Evans R *et al.* Evidence-informed management of chronic low back pain with spinal manipulation and mobilization. Spine J 2008;8:213-25.
- Carey TS, Evans AT, Hadler MN *et al.* Acute severe low back pain. A population based study of prevalence and care-seeking. Spine 1996;21:339-44.
- Deyo RA, Weinstein JN Low back pain. N Eng J Med 2001;344:363-70.
- Fritz JM, Brennan GP, Leaman H Does the evidence for spinal manipulation translate into better outcomes in routine clinical care for patients with occupational low back pain? A case contro study. Spine J 2006;6:289-95.
- HayFM, Mullis R, Lewis M *et al.* Comparison of physical treatment versus a brief pain-management programme for back pain in primary care: a randomised clinical trial in physiotherapy practice. Lancet 2005;365:2024-30
- Maigne R Diagnosis and treatment of pain of vertebral origin. Ed.CRC Taylor&Francis 2006.
- Maigne R. Une doctrine pour les traitements par manipulations: la regle de la non douleur et du mouvement contraire. Ann Med Phys 1965;8:37-47.
- Negrini S, Giannoni S, Minozzi S *et al.* Diagnostic therapeutic flow-charts for low back pain patients: the italian clinical guidelines. Eur Med Phys 2006;42:151-70.

82. Programma Nazionale per le Linee Guida, Istituto Superiore di Sanità, Regione Toscana Mal di schiena: raccomandazioni per la costruzione di percorsi assistenziali aziendali nelle cure primarie 2005.
83. Allodinie, vestibolodinia e fibromialgia, Professor C. Torresani
Dermatologia e Venereologia
Università degli Studi di Parma
84. Spitzer WO, LeBlanc FE, Dupuis M et al. Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders: a monograph for clinicians. Report of the Quebec Task Force on spinal disorders. *Spine* 1987;12:S1-S59.
85. R. Ader e coll: "psychoneuroimmunology: interazioni between the nervous system and the persona immune system". *Lancet*, 1995; 345; 99-103.
Abstract neuro et psy, 1995