

Introduzione.

di Christian Lunghi

Contributo di Francesca Baroni e Mariantonietta Alò.

L'osteopatia è nata dall'intuizione di A.T. Still, che già nei primi anni del Novecento decretava il fallimento dell'allopattia, a causa dell'uso incondizionato di medicamenti invasivi e della chirurgia (Still, 1899). Il primo osteopata stimolava i suoi allievi ad educare le masse per infondere una maggiore fiducia nelle capacità di guarigione della Natura.

Leggendo oggi le sue parole non si può non cogliere l'aspetto predittivo della sua visione.

Il tentativo della biomedicina di comprendere l'eziopatogenesi delle malattie e strutturare cure adeguate è stato fortemente incentrato su processi chimici e fisici; ciò ha portato alla raccomandazione di cure somministrate nella depersonalizzazione del paziente (Roberti di Sarsina et al., 2012). Le acquisizioni sulla relazione operatore sanitario-paziente sono spesso soffocate dalla pratica di una medicina centrata sulla malattia ed hanno difficoltà ad affrontare il tema salute nella sua globalità (Roberti di Sarsina et al., 2012). Revisioni della letteratura descrivono che le maggiori cause di morte sono in relazione con aspetti comportamentali, ambientali, sociali quali l'insufficiente attività fisica, le abitudini dietetiche e di stile di vita errate (Mokdad et al., 2004). Tuttavia le cure non si rivolgono in prima istanza verso le suddette cause, bensì utilizzano risorse della tecnologia medica per trattare la malattia (Evans et al., 1994; McGinnis, 2002; Schroeder, 2007). La tecnologia in ambito medico è però una lama a doppio taglio che, se da un lato può alleviare dei disturbi, dall'altro può arrecare danni. Ne sono un esempio i farmaci narcotici, di larghissimo utilizzo, nonostante possano causare assuefazione e favorire nel tempo l'insorgenza di dolori cronici (Stannard, 2011). Recentemente è stata posta attenzione all'utilizzo eccessivo di farmaci oppioidi nella gestione di pazienti affetti da mal di testa (Giamberardino et al., 2015). In questi soggetti sono

stati accertati disturbi di ansia e depressione, con risultante diminuita efficacia del trattamento delle fasi acute e di prevenzione (Giamberardino, et al., 2015). Oppure i farmaci raccomandati per il bruciore di stomaco, il cui utilizzo ha coinciso con un aumento dell'incidenza di reflusso gastroesofageo nella popolazione americana (Everarth, 2008); gli inibitori di pompa protonica possono produrre proprio il bruciore di stomaco in soggetti sani e mantenerlo in soggetti affetti da reflusso gastro-esofageo (Reimer, et al. 2009). Gli antidepressivi risultano avere effetti superiori ai trattamenti placebo solamente nei casi di depressione grave, contrariamente ai casi di grado medio o lieve a cui comunque è stata somministrata la terapia (Fava, 2003; Hughes & Cohen, 2009). Sappiamo inoltre che a volte possono indurre a suicidio, spesso portano a tachifilassi, e generano una sindrome da astinenza associata spesso a depressione ed imitano i sintomi che hanno portato in prima istanza alla prescrizione dei farmaci (Fournier et al., 2010). La chirurgia di fusione della colonna vertebrale per il mal di schiena aumenta la disabilità, il rischio di lombalgia cronica, nonché di ulteriori chirurgie (Deyo, et al. 2005; Martin, et al. 2008). Per ciascuna delle condizioni di cui sopra, il comportamento del paziente, il sistema sociale e l'ambiente giocano un ruolo importante nella genesi o la gestione della loro malattia. Metodi di detossinazione da farmaci nei casi di mal di testa, ansia e depressione, approcci non farmacologici per la gestione del dolore (Giamberardino et al., 2015), cambiamenti nella dieta, la perdita del peso in persone affette da reflusso gastro esofageo, approcci di trattamento manuale per il mal di schiena, sono tutti esempi di efficaci approcci non-tecnici per aiutare i pazienti con queste condizioni (Thygeson et al., 2010). La mancanza di efficacia dovuta alla sola applicazione di approcci tecnici ha generato un senso di frustrazione ed inutilità in molti operatori dell' ambito sanitario. (Thygeson et al., 2010). Questo allontanamento del paradigma biomedico dalla visione globale dell'essere umano e dalle proprie origini potrebbe "recuperare terreno" grazie al contributo del pensiero delle medicine tradizionali, che centrano la loro pratica sulla persona. Su queste basi è nata la teoria delle Adaptive Health Practice (Thygeson et al., 2010). Le pratiche adattative per la salute (AHP), si propongono di inserire all'interno delle cure, degli approcci centrati sulla persona che possano educarla al superamento di credenze a lei dannose, proporre nuovi atteggiamenti, e

motivare verso l'attuazione dei comportamenti necessari ad affrontare le sfide di adattamento (Thygeson, 2013) (Tabella 1).

Gli obiettivi delle AHP sono:

- aiutare i pazienti ad essere resilienti ed autonomi promotori della loro salute,
- aumentare la produttività e ridurre i costi delle cure per le comunità di malati,
- ridurre le morbidità e favorire un ritorno più efficiente ad uno stato ottimale di salute
- fornire una vita professionale sostenibile per gli operatori (minore burn out, diminuito senso di lavoro inutile e di inefficacia) (Thygeson, 2013).

Le sfide adattative sono di natura complessa. Interventi tecnici non possono, da soli risolvere le sollecitazioni ambientali che richiedono un'autoregolazione interna del sistema. Il superamento di sfide autoregolate richiede una soluzione che preveda anche lavoro complesso adattativo. L'osteopatia, applicando un modello salutogenico che si avvale di strategie motivazionali sullo stile di vita con approcci progressivi individuali quali la nutrizione e l'esercizio fisico, entra a pieno titolo tra le AHP, ed è parte attiva del processo di integrazione dei servizi di biomedicina con gli approcci di medicina complementare (Wainapel et al., 2015).

Bibliografia.

Deyo RA, Gray DT, Kreuter W, et al. (2005) United States trends in lumbar fusion surgery for degenerative conditions. *Spine*. 30:1441-5.

Evans RG, Barer ML, Marmor TR, (1994). Why are some people healthy and others not? The

determinants of health of populations. Walter de Gruyter. New York.

Everhart JE, (2008). Gastroesophageal reflux disease. In: Everhart JE, editor. The burden of digestive diseases in the United States. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Washington, DC: US Government Printing Office; NIH Publication No. 09-6443. p. 69–72.

Fava GA, (2003). Can long-term treatment with antidepressant drugs worsen the course of depression? *J Clin Psychiatry*. 64(2):123–33.

Fournier JC, Derubeis RJ, Hollon SD, et al. (2010) Amsterdam JD, Shelton RC, Fawcett J. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA*. 303(1):47–53.

Hughes S, Cohen D, (2009). A systematic review of long-term studies of drug treated and non-drug treated depression. *J Affect Disord*. 118(1–3):9–18.

Martin BI, Deyo RA, Mirza SK, et al. (2008). Comstock BA, Hollingworth W, Sullivan SD. Expenditures and health status among adults with back and neck problems. *JAMA*. 299(6):656–64.

McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman JR, (2002). The case for more active policy attention to health promotion. *Health Affairs (Millwood)*. 21(2):78–93.

Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, et al. (2004). Actual causes of death in the United States, 2000. *J Am Med Assoc*. 291:1238–45.

Reimer C, Søndergaard B, Hilsted L, Bytzer P, (2009). Proton-pump inhibitor therapy induces acid-related symptoms in healthy volunteers after withdrawal of therapy. *Gastroenterology*. 137:80–7.

Roberti di Sarsina, P., Alivia, M., Guadagni, P., (2012). Traditional, complementary and alternative medical systems and their contribution to personalisation, prediction and prevention in medicine-

person-centred medicine The European Association for Predictive, Preventive and Personalized Medicine (EPMA) Journal, 3:15.

Schroeder SA, (2007). We can do better—improving the health of the American people. *N Engl J Med.* 357:1221–8.

Stannard CF, (2011). Opioids for chronic pain: promise and pitfalls. *Curr Opin Support Palliat Care.* 5(2):150–7.

Still, A.T., (1899). *Philosophy of osteopathy.* Kirksville, MO. Re- printed 1946, *Acad. App. Osteop.,* Carmel, CA. □Ch. 14

Thygeson M, Morrissey L, Ulstad V, (2010). Adaptive leadership and the practice of medicine: a complexity-based approach to reframing the doctor-patient relationship. *J Eval Clin Pract.* 16(5):1009–15. □

Thygeson NM, (2013). *Implementing Adaptive Health Practice: A Complexity-Based Philosophy of Health Care.* In: Sturmberg JP, Martin CM, (editors), (2013). *Handbook of Systems and Complexity in Health.* Springer. New York. Ch. 38.

Wainapel SF, Rand S, Fishman LM, et al., (2015). Integrating complementary/alternative medicine into primary care: evaluating the evidence and appropriate implementation. *Int J Gen Med.* 8:361-72.