

## LECTIO: Manifesto dell'osteopatia

### MIA INTRO:

Grazie per il pesante fardello e per l'Onore infinitamente grande e sicuramente immeritato che oggi davanti a voi tutti, ospiti e studenti carissimi, mi trovo a condurre: un Esercito senza aver frequentato alcuna accademia, senza mai aver vinto una battaglia o reso palese alcuna dote di coraggio e ardimento che si addicono ad un condottiero. Semplicemente mi sento un insignificante meteora che passa tra questi vecchi muri che trasudano storia da ogni loro singolo poro, ogni suo cortile, ogni suo palazzo. Ma ci provo. "Ci sono cose nella vita che vanno fatte e basta". Appunto: "Quando tocca a te tocca a te" citando il mio quasi conterraneo Ligabue. Io provengo da ponente, dal medesimo sentiero che condusse nel Rinascimento il mio compaesano Pico della Mirandola a frequentare questi stessi cortili, questi stessi palazzi: contemporaneo di Paracelso, del Copernico e del Savonarola che contribuirono a rendere immortale l'epoca e la città che li ospitò. La stessa strada che condusse solo un lustro dopo (1466-1530) Berengario dalla vicina Carpi: il più grande anatomista pre-vesaliano (1514-1564) (de Fracture Cranei). Proprio qui a Ferrara Pico produsse la sua massima opera: Oratio de hominis dignitatis, ovvero l'intelletto dell'uomo al centro dell'universo attraverso il rifiuto di ogni dogmatismo. Meditiamo.

Ma oggi siamo qui riuniti per consegnare il Manifesto dell'Osteopatia: che cos'è un Manifesto? Tutti ora stanno rivolgendo il loro pensiero ed i loro (spero) non troppo anneriti studi all'esempio celeberrimo della storia dei manifesti, quello di Marx, o al quotidiano omonimo che troviamo in edicola da 45 anni; ma in verità il nome del manifesto deriva anzitutto dal fatto che stiamo parlando di un documento scritto, come quello che si trova tra le mie mani ora. Essendo uno scritto, e quindi uno stampato, esso avrebbe la pretesa di porsi come definitivo, autoritario, irrevocabile, inappellabile: niente di tutto ciò. Il nostro Manifesto risulterà - al contrario - un documento (etimologia: Docere) pacifico assolutamente aperto che espone i principi dell'Osteopatia redatto a tante mani quanti sono i cuori che battono dentro questo eminentissimo progetto; il primo tentativo Nazionale di conciliare la realtà quasi clandestina, sicuramente underground, dello stato dell'arte di questa disciplina e l'Istituzione e l'Etica che l'Accademia impongono. La redazione scritta presuppone ovviamente la conseguenza di sottoporci al giudizio pubblico in linea con il più alto livello di democrazia che è quello del sapere e del conoscere, prima ancora che del pensare.

Per comprendere la strada che abbiamo percorso e prima di intraprendere qualsivoglia cammino, dobbiamo sempre rivolgerci verso il nostro passato, ammettere delle premesse. Già 2500 anni or sono Platone (padre della cultura Greca, che è considerata a sua volta universalmente la culla della cultura occidentale odierna) aveva ben chiaro cosa fosse la conoscenza. Nella Repubblica il filosofo si serve del Mito della caverna all'interno della quale appunto si trovano dei prigionieri da sempre incatenati con le spalle rivolte verso la luce che entra dall'uscita dietro loro e costretti a interpretare le ombre che vedono proiettate nel fondo della grotta come reali. Platone conclude che i prigionieri in questa condizione non soltanto avrebbero una visione errata del reale, essendo abituati dalla nascita a confrontarsi solo con le ombre, ma oltretutto se un prigioniero venisse liberato una volta all'aperto gli oggetti reali gli sembrerebbero meno veraci delle ombre che era abituato a vedere riflesse nella caverna. Meditiamo.

## **OBIETTIVO DELLA LEZIONE:**

Quale sarà lo scopo di questa lezione? Fornirvi gli strumenti critici che possano accompagnarvi attraverso l'Apocalisse (intesa come Apò negazione e Calypto nascondo cioè disvelamento cioè scoperta) della O: Trasformare il Mythos in Logos. Proprio a questo trapasso si deve la nascita dell'Amore per la conoscenza (filosofia). Da Platone a Schelling; da Levi Strauss e Frazer (nostro contemporaneo padre dell'antropologia 1854-1941) il tragitto verso il sapere (logos) richiede l'allegoria (mito) per essere idealizzato e reso universale. Per utilizzarne un'ennesima oggi Noi qui ci faremo Prometeo: il titano amico dell'umanità che rubò il fuoco agli dei per consegnarlo agli uomini. Ancora oggi questa figura mitologica e la sua metafora simboleggiano l'archetipo dell'evoluzione del pensiero sciolto dalla manipolazione dell'ideologia. Meditiamo.

Una nota sul linguaggio: "l'eccesso di terminologia non necessariamente tecnica inglese nelle Università -succubi del modello anglosassone - è un assoluto provincialismo, quasi nel tentativo da parte degli atenei di compensare, almeno verbalmente, la propria staticità" (gruppo Incipit dell'accademia della Crusca). Non si sta facendo autarchica -per cui ad esempio durante il Fascismo "Saint Louis Blues" veniva imposto come "tristezza san luigi" o "Banda Osiris" in "Banda Osiri"- ma alcuni termini che utilizzeremo all'interno del Master saranno proposti -ove possibile- secondo le connotazioni linguistiche nazionali.

## **OSTEOPATIA IN ITALIA:**

Le persone che in Italia si rivolgono alle cosiddette Medicine Non Convenzionali sono oltre 11 milioni, pari al 18,5% dell'intera popolazione (EURISPES, Rapporto Italia 2009) e circa 150 milioni in Europa. Le più utilizzate secondo un'indagine ISTAT relativa agli anni 2003-2005 sono l'omeopatia (7%) ed i trattamenti manuali, ovvero l'osteopatia (6,4%). La tendenza a ricorrere a tali terapie aumenta con il livello di istruzione. Il livello di soddisfazione è elevato (sono considerate utili dal 95,4% di chi le ha utilizzate) e il motivo principale è la minore tossicità (71%). Recentemente il rapporto EURISPES (2012) è stato rivisto al ribasso, con un'inflessione al 14,5% di chi fruisce di tali discipline. Secondo Boldrini (SIMFER) il fatto che molti cittadini si rivolgano di propria iniziativa a pratiche alternative non è certamente una garanzia della loro efficacia, nè tantomeno del fatto che possano essere considerate attività sanitarie. Al contrario ed in linea con questo, nel 2002, l'OMS colloca l'O. tra le medicine tradizionali, complementari e alternative (CAM), pur senza suggerire l'istituzione di una nuova professione sanitaria (2010). In Francia, Finlandia, Portogallo, Svizzera, Regno Unito, Australia, Nuova Zelanda, Brasile, Stati Uniti gli O. sono professionisti con differenze importanti di livelli di autonomia e percorsi di formazione a seconda della nazione dove risiedono. Il contesto all'interno del quale nascerebbe questa figura che utilizza le mani come vis medicatrix risente inoltre di tutta la scuola europea - ed in generale anglofona - di terapia manuale, che ha permesso - attraverso la ricerca - un inaspettato quanto meritato progresso verso l'affidabilità scientifica.

Ci troviamo tra incudine e martello, tra tradizione del passato ed il futuro, necessario, che pressa.

In Italia - pur non avendo alcun livello di riconoscimento legale come professione - l'O. ha scalato in questi decenni le posizioni tra le professioni più ambite ed oggi se al vicino ignaro di ombrellone a Cervia confessaste di svolgere la professione di osteopata, questi non sgranerebbe più gli occhi senza aver compreso a cosa vi appliciate. Oppure, nella peggiore delle ipotesi, il vicino di ombrellone definito "invadente" vi avrebbe tempestato di quesiti su questa inaspettata, enigmatica, sibillina occupazione. Oggi lo stesso vicino risponderebbe: "Che piacere! Un suo collega ha risolto la sinusite di mia figlia e mi ha rimesso sulla bicicletta da corsa... e ha alleviato di tanto la dismenorrea di mia moglie!" Ma un dubbio a noi

perdura: cosa significa in Italia essere osteopata? E voi, cari studenti, cosa sarete al termine di questo ambizioso percorso di Master Universitario? Questa è la stessa domanda che ci porremo tutti - ma in modo amplificato - al termine di questa Laudatio.

## **COS'E' L'OSTEOPATIA?:**

### **STORIA:**

Fonte di discussione e di confusione potrebbe essere l'etimologia della parola Osteopatia: molti pazienti in verità senza sapere nulla di questa materia e vedendomi lavorare, coerentemente fanno coincidere "osteopata" con "colui che cura le sofferenze provenienti dall'osso": nulla di più vicino alla realtà. Per esattezza il greco antico (fonte: il caro Rocci) fa coincidere con il termine Osteov, oùn (neutro) da una parte quello che noi menzioniamo come osso propriamente detto (plurale: ossa inteso come resti), dall'altra adopera il vocabolo Osteov per rappresentare la struttura architettonica delle ossa lunghe. Per questa ragione l'origine della sofferenza (pasco=soffro, path suffisso) è certamente intrinseca all'osso, un connettivo con un alto grado di differenziazione, ma in modo molto più profondo, intimo. Non viene maneggiato l'osso, bensì il sistema che l'osso stesso racchiude. In generale compito dell'O. sarà saper valutare e conseguentemente approcciarsi alla struttura (osteon) che sta manifestando in quel determinato momento - attraverso la functio lesa - un qualsiasi grado di sofferenza. Osteo-Patia. (In una difficile commistione quanto improbabile Greco - Inglese alcuni coincidono il suffisso "Pathy" con Path ovvero propriamente "sentiero").

L'O. nasce in un contesto singolare che è quello della ferita aperta della guerra di secessione (1860-1865) nei neo nati Stati Uniti d'America: la controversa "era della ricostruzione". Dopo aver errato attraverso lo stato della Virginia, il dott. Still decide di stabilirsi e di fondare la propria scuola (1897: corre proprio quest'anno il centenario) nel Missouri, in una tranquilla cittadina chiamata Kirksville. La medicina di quegli anni era ancora assai empirica: salassi, purghe e mercurio - alcuni tra i ripieghi più adoperati - sovente avevano più effetti non voluti che terapeutici, curativi. La seppur profonda, inedita rivoluzione del concetto di "curare" introdotta dal dott. Still - condizionata anche dal confronto con la medicina degli indigeni e con l'emergente medicina tradizionale cinese praticata all'interno delle pullulanti Chinatown (1850) - non rappresenta più un modello attuale ed etico da proporre all'interno del perimetro della sanità. Secondo De Sena ed altri autori, gli stessi osteopati del college di Kirksville odierno - senza negare le intuizioni del Vecchio Dottore che ci hanno portato all'attualità - hanno una opinione di O. molto diversa da quella originale, considerata superata da tutte quelle scoperte che hanno prodotto più di un secolo di premi Nobel per la Medicina. Il concetto di stratificazione e di sovrapposizione necessaria per l'avanzamento della scienza si ripresenta anche nella produzione del dott. Sutherland, menzionato per decenni come il teorizzatore di in uno degli ambiti della pratica osteopatica definita Cranio Sacrale. Nonostante l'autore abbia sempre rivendicato l'originalità dei suoi lavori, un attento esame rivela "sorprendenti analogie tra i suoi scritti e quelli di Swedenborg due secoli prima" (The Brain, 1744). Questa revisione storica al contrario ci suggerisce di riconsiderare sempre il modello iniziale, non certo arcaico e nemmeno vetusto ma sicuramente primordiale; e di aprire un dialogo critico finalizzato alla visione dell'O. come un'evoluzione nel tempo dei concetti dell'anatomia e della fisiologia umana.

### **IN COSA CONSISTE L'OSTEOPATIA:**

L'AMOA comincia il compendio "Principi dell'Osteopatia" (2003) con questa lapidaria sentenza: "L'O. è una filosofia, una scienza e un'arte". Affermazione inoppugnabile e per certi versi condivisibile

essenzialmente per un motivo: questa conclusione viene raggiunta negli Stati Uniti da parte di laureati in Medicina (i MD) - che quindi operano in un contesto esclusivamente sanitario - che scelgono di curare con l'approccio e quindi con la filosofia osteopatica. Di nuovo non possiamo applicare al nostro manifesto un modello a noi così lontano, soprattutto culturalmente. Secondo il nostro giudizio anzitutto l'O. è una Medicina, intesa come chiave di ingresso alla salute dei pazienti, come insieme di modalità per alleviare dei sintomi: una Medicina complementare, meno intuitiva rispetto al modello ICD dell'OMS, che pone alla propria base la conoscenza consapevole delle interrelazioni tra organi e strutture - anche quando queste sembrano distanti - non solo dal punto di vista topografico, ma anche biologico, embriologico, neurologico. Medicina Osteopatica.

## **ANATOMIA APPLICATA:**

Il modello di riferimento nella pratica osteopatica resta l'anatomia e l'applicazione delle conoscenze anatomiche, al punto che una delle più azzeccate definizioni di O. è "anatomia, anatomia e ancora anatomia"; ma in modo certamente più intrinseco, ampio della semantica stessa di questa parola: un sistema di connessione e di continuità. Il paradigma anatomico, cardine della medicina, deve essere appreso sui testi descrittivi e sugli atlanti che illustrano per lo studente quella che da ora in poi definiremo l'anatomia normale, ovvero la presentazione più comune dell'anatomia. La conoscenza approfondita di questa disciplina presuppone un'evoluzione dal concetto di partenza di anatomia normale, che deve essere superato: comprende la necessità di considerare la variante come la vera - intesa come attinente alla realtà - immagine dell'anatomia dell'uomo. Da riconsiderare sarebbe anche la concezione bidimensionale dell'anatomia, che un testo fedelmente potrebbe riprodurre alla perfezione: lo studio dissettorio nel concreto e alcuni sofisticati softwares nel virtuale sono l'esatta testimonianza del bisogno di inserire la definizione, l'elaborazione e la conoscenza di questa disciplina in una ricerca di tridimensionalità. Da questa revisione si creano le basi per una grande virtù dell'O.: fondare i propri principi su concetti concreti, sostanziali e palpabili; ma al contempo anche un grande limite ovvero il fallimento del tentativo di potervi applicare i criteri della medicina protocollare, poichè la stessa sarebbe costretta a tendere verso l'universale un aspetto fin troppo differenziato del genere umano: la sua stessa anatomia. Necessariamente applicando questi assiomi (tramite un procedimento deduttivo) giungiamo a due conclusioni cardinali dalle quali non si può desumere se vogliamo applicare qualsivoglia metodo. Il primo aspetto è che si include l'O. nelle medicine costituzionali, all'interno delle quali la diatesi (Dià Tithemi: posto prima = predisposizione) si fa coincidere anche con l'anatomia; il secondo elemento è che il percorso terapeutico esordirà sul corpo del paziente inteso come struttura e si concluderà sempre nell'organismo del paziente inteso come funzione. L'O. "inizia con l'anatomia e termina con l'anatomia" (Still), sempre per il principio secondo il quale l'osteopata manipola la funzione attraverso la struttura.

## **AUTOGUARIGIONE:**

Per delineare il contributo che l'O. può conferire ai fini della sanità pubblica, bisogna definire il concetto di salute inteso come "lusso biologico" (Cangiulhem, 1998), ovvero l'essere in grado di "adattare risposte fisiologiche alle variazioni ambientali per consentire l'espletamento di una funzione ottimale al contesto in cui si sviluppa" (Lunghi). Un modello biologico che descrive questo dinamico processo di assestamento verso la salute è rappresentato dalle teorie di Seyle (1956-1974) ossia di gestione degli stimoli negativi definiti stressor: un alternarsi di reazioni a diversi livelli (psico-neuro-endocrino-immunitario) di allarme, sovraccarico, esaurimento ai fattori esterni. Il genere umano tende a mantenere due equilibri nella sua vita biologica che sono definiti Omeostatici ed Allostatici. L'Omeostasi (omeos + stasis: uguale posizione, stato), in biologia designa la variabilità autocontrollata delle funzioni degli organismi viventi, ai fini della sopravvivenza. L'Allostasi (allos + stasis: rimanere stabile essendo variabile)

risponde a sfide inaspettate, ed è la capacità di mantenere la stabilità dei meccanismi fisiologici per mezzo del cambiamento. Partendo da questo presupposto, Rogers (2005) e altri autori hanno definito - sia in ambito biologico che fisiopatologico - la spiegazione secondo la quale "il corpo possiede meccanismi di autoregolazione deputati all'autoguarigione". I sopracitati modelli biologici sarebbero per diversi autori alla base della "forza guaritrice" dell'O. e risponderebbero alle necessità e alle regole della neurologia nel substrato anatomico delle funzioni corticali superiori: le aree associative polimodali. Anche il sistema corteccia per numerosi autori tende all'equilibrio (bizzarramente in uno stato di aumento di dis-ordine); e la propriocezione in uno stato di sofferenza e patimento è estremamente sfavorevole in termini biologici, ovvero di ottimizzazione delle energie in quanto ne comporta il dispendio, rispetto ad un organismo in salute. In linea con queste leggi, il non aver la necessità di avversare patologie riduce l'esborso di processi dispendiosi ed aumenta la stabilità nel nostro sistema limbico (lobo limbico, ippocampo, amigdala, nuclei talamici). Una stimolazione "buona" ed unidirezionale verso un canone di maggiore fisiologia innesta certamente questi meccanismi. La manipolazione in senso lato, in conclusione, in O. viene spesso utilizzata come fulcro di accesso a sistemi di regolazione ben più ampi.

### **RADICI DI CONOSCENZA:**

Nel contesto nazionale, l'O. si delinea come una professione estremamente delicata che richiede prudenza e sensibilità da parte di chi la pratica; essa è rivolta quasi esclusivamente al trattamento del dolore e viene definita di "primo contatto" in quanto sovente (oltre l'80%) il paziente giunge ai nostri negozi senza alcuna filtrazione medica. Essenziale risulterà che il professionista sia in grado di determinare se i sintomi che gli vengono esposti non siano manifestazioni di patologie ben più gravi, fino a compromettere la vita stessa dell'ammalato (Bandiere Rosse), secondo il fondamento di ogni Medicina ovvero "primo non nuocere". Il ritardo di diagnosi di una patologia preoccupante è considerato a tutti gli effetti una evidente azione che danneggia l'ammalato. La semeiotica necessita di algoritmi estremamente complessi per portare il medico ad una diagnosi differenziale, dopo un percorso specialistico che richiede fino a dodici lunghi anni di studi universitari. Ma non è sulla patologia che si incentra l'attenzione dell'osteopata. Possiamo definire l'ambito elettivo di intervento osteopatico una ideale "terra di nessuno" (no man's land, per i filo anglofoni) che si contestualizza tra la Salute ed uno stadio in cui non si è resa manifesta la Patologia: la frattura è competenza dell'ortopedico, la gastrite è pertinenza dell'internista. Il grande rischio che si corre è fare coincidere le due medicine (osteopatica e convenzionale) e creare imbarazzanti sovrapposizioni: il nostro compito oggi è chiarire quello che noi dovremo essere e non quello che devono o non devono essere gli altri. Anche il tessuto di predilezione dell'ingerenza dell'osteopata è per eccellenza il "tessuto di mezzo", ovvero il mesoderma, i tessuti di derivazione mesenchimale. Non potestà sui nervi (ectoderma) nè visceri (endoderma), bensì perinervio e mesi; fluidi corporei, tessuti di sostegno. Nel triangolo della genesi della sofferenza secondo Ippocrate (viscere, soma, psiche), l'O. si colloca elettivamente - governata da una psiche con basi fortemente biologiche - tra il soma (struttura) ed il viscere (organismo); e necessariamente le materie di approfondimento e studio saranno indirizzate prevalentemente in questa direzione. Se immaginassimo la necessità formativa dell'osteopata e la facessimo coincidere con una costruzione, ebbene, le fondamenta consterebbero nella Biologia e nell'Anatomia; l'Embriologia e la Fisiopatologia i muri portanti; il tetto innalzato da Ricerca e Tecnologia come copertura, ricovero e protezione dalle impetuose burrasche. Il restante diverrebbe solamente fronzolo et ornamento (Foscolo). Questa visione di ritorno allo studio diretto della materia - antiquata secondo taluni - non deve essere additato come un nuovo movimento reazionario, antitetico rispetto alla galoppata che sta compiendo il progresso della Scienza, bensì come la costituzione di un robusto bagaglio culturale che ci permetta di interpretare la galassia sterminata di produzione scientifica delle pubblicazioni - frutto di filtrazione e di adattamento da parte dell'autore che le realizza - a volte perfino contraddittorie tra loro. La conoscenza di tutte le branche

specialistiche della Medicina sarà altresì essenziale ed inevitabile per l'osteopata ai fini di avere un linguaggio comune ai professionisti con i quali si rapporterà: non esistono termini assoluti della Medicina Osteopatica, bensì un frasario consueto della Medicina da adoperare nel contesto delle specialità con le quali il professionista si confronterà quotidianamente: ortopedia, neurologia, otorinolaringoiatria, pediatria, neurochirurgia, internistica, ginecologia, urologia, reumatologia, geriatra, odontoiatria, radiologia, chirurgia maxillofacciale, oncologia, endocrinologia.

## **IDENTITÀ OSTEOPATICA:**

### **COME OPERA L'OSTEOPATA?**

La vera natura dell'opera dell'osteopata la possiamo trovare nel Timeo di Platone, il suo dialogo che ha maggiormente influenzato la scienza (scritto attorno al 360 ac), in cui il filosofo per la prima volta affronta la questione del "mondo reale". Esso contiene, al proprio interno, la figura mitologica del Demiurgo (demos = popolo ergòn = lavoro, lavoratore pubblico = artigiano), un essere soprannaturale dotato di capacità generatrici. Il Demiurgo è artefice divino, quindi l'artigiano dotato di competenze Intellettuali e Tecniche che plasma la materia, la vivifica dandole una forma e soprattutto un ordine. Nel contesto scientifico e soprattutto sanitario contemporaneo non può esistere un demiurgo in senso stretto e soprattutto si rischierebbe di attribuirgli competenze già vigenti e quindi ridondanti con altre professioni esistenti nel panorama nazionale. Al momento l'O. non esiste come esercizio autonomo e soprattutto quello che fa oggi l'osteopata non è quello che faceva allora negli States il dott. Still: fondamentale, ai fini della definizione della figura dell'osteopata, sarà il concetto di contestualizzazione terapeutica ed applicabilità traducibile in un linguaggio ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health – "un linguaggio standard e unificato che serva da modello di riferimento per la descrizione della salute e degli stati a essa correlati") (OMS 2002). D'altronde l'O. è un approccio manipolativo di cura dei pazienti, che sovrappone inevitabilmente la propria attività con le altre professioni sanitarie che ricorrono a tecniche manuali, in particolare la Fisioterapia, ed in alcuni casi si identifica con le medesime metodologie. Nasce certamente una forte conflittualità sul "chi fa che cosa", con palesi contrasti di interferenze reciproche. Il modello di revisione di queste posizioni potrebbe evidenziare le differenze - sostanziali - dell'utilizzo delle mani come rimedio (phàrmacon = medicamento): ovvero la manipolazione come Fine nella Fisioterapia o come Mezzo nella O. Mentre la Terapia Manuale del terapeuta riconosce alla manipolazione eseguita attraverso una Tecnica - ed il ragionamento che l'ha determinata - la sovranità del trattamento stesso, e quindi il Fine ultimo, l'O. attribuisce alla manipolazione un effetto Meccanobiologico (Bistolfi). Essa ha la pretesa di essere efficace solo perché l'organismo è un corpo vivo ed intelligente (inteso come altissima capacità di adattamento) che trasduce la nostra Meccanica (Mezzo) in effetti chimici (endocrini) ed elettrici (neurologici) al suo interno. Altra differenza tra queste due discipline così somiglianti se osservate da un occhio non esperto, riguarda il concetto di Mobilità e Motilità. L'accezione di Mobilità considera solamente le parti che del corpo possiamo potenzialmente muovere: il cadavere ha mobilità. Presupposto di questo concetto è il movimento definito come manifestazione meccanica: tutto ciò che è articolato (inteso come sistema che muove un piano istologico su un'altro) possiede mobilità e quindi capacità e pertinenza da parte della mobilitazione fisioterapica. Essa (Mobilità) coincide con il grande movimento (esempio dell'IFD dell'indice della mano): è il Range Of Motion; e si sottopone alle regole della Tecnica, della fisica delle leve e dei fulcri, ed è misurabile. Col concetto di Motilità invece intendiamo ragionare sul concetto di mobilità intrinseca di una struttura vivente. È la potenzialità di movimento di una struttura biologica all'interno di un contesto connettivale, di un brodo mesodermico (l'esempio lampante è di qualsiasi distretto anatomico in imaging ecografica). La Motilità comprende il piccolo movimento (Esempio dell'indice: da non confondersi con il Movimento Accessorio della TM) e si sottopone alle Regole della Cono-Scienza meccanicistica (Bacone, Hume). In O. giunge a maturazione un dualismo che da sempre ha creato dilemmatica incertezza di artisti e scienziati. Eschilo, nel Prometeo incatenato riferisce: "Téchne d'anánkes asthenéstera makrò": "la Tecnica è di gran lunga più debole della Conoscenza (della natura)", e Sofocle, di rincalzo, nell'Antigone dice che "l'aratro solca la terra, ma questa si ricompone dopo il suo

passaggio; allo stesso modo la nave fende la calma trasognata del mare, ma le acque si ricompongono dopo il suo passaggio perché la natura è sovrana". In O. si tende a considerare fondante l'aspetto più complesso da apprendere e trasmettere e soprattutto meno oggettivabile ed affidabile che esiste nel panorama delle Terapie Manuali: la Palpazione percettiva. Il futuro osteopata dovrà quindi rispondere a necessità molto consistenti per grado di perizia, e ad aspettative altrettanto elevate da parte del mondo scientifico. Le sue peculiarità saranno: a) la Cono-Scienza delle materie fondanti la Medicina; b) le abilità sia palpatorie per valutare e conseguentemente manuali per applicare tecniche sul paziente; c) una propria autonomia di giudizio; d) gli strumenti per utilizzare le evidenze scientifiche al fine di migliorare la pratica; e) la dimestichezza nel progettare lavori di ricerca. Oggetto dell'interesse dell'attività dell'osteopata è quello che viene definita la "Lesione Osteopatica" che si desume possa essere alla base del quadro plurisintomatologico di presentazione del paziente. La definizione di Lesione Osteopatica, chiamata anche Disfunzione Somatica è controversa dagli stessi osteopati, tanto che - a seconda dei periodi - sono diversi i modelli che definiscono questa questione. La più autorevole è del 2010, (all'interno della classificazione ICD-10 nel codice M99.00-09), che stabilisce e cataloga "segni e sintomi dell'apparato locomotore e del tessuto connettivo". Diversi autori definiscono la dis-funzione come "restrizione della motilità", "cambiamento della struttura del tessuto", "facilitazione neurologica", "proiezione riflessa del quadro biologico", "difetto metabolico"; sconfinando nei campi dell'epigenetica, della piezoelettricità, della bioenergetica, dell'equilibrio acido/base. Non potendo evidentemente definire univocamente questo segno da cercare all'interno dell'organismo, all'unanimità ci si trova d'accordo sul fatto che la Lesione osteopatica è tale se risponde ad almeno una di queste caratteristiche (TART, 2005): 1) Alterazione della trama tissutale (Tissue); 2) Asimmetria strutturale e/o funzionale (Asimmetry); 3) Restrizione del movimento/motilità (Restriction); 4) Iperestesia (Tenderness, Temperature). Uno spunto dialettico che viene a crearsi che non approfondiremo in questa sede ma che sarà da riconsiderare è il seguente: se si fa coincidere la lesione con uno stato morboso, allora è corretto affermare che ci troviamo in ambito sanitario; al contrario se la modifica tissutale riguarda una condizione pre-morbosa, che strumenti diagnostici possiede l'osteopata per accertarla? Ad ogni modo possiamo licenziare la seguente definizione come pertinente: tramite le conoscenze, le più recenti evidenze scientifiche e le capacità palpatorie obiettivo dell'osteopata sarà tendere alla risoluzione delle lesioni osteopatiche o disfunzioni somatiche verso un quadro di maggiore salute da parte del paziente.

## **SCIENTIFICITA' DELL'OSTEOPATIA:**

L'aspetto oggi più attuale, data la contestualizzazione dell'O. in Italia, ma anche critico, polemizzato e perfino impugnato da chi avversa questa disciplina consiste nella sua scientificità o pretesa di essere tale. Questo elemento richiederebbe una ulteriore conferenza non tanto sulla semantica della parola quanto sul metodo (Metà=dopo Hòdos=cammino, via "ricerca, indagine") da utilizzare per indagare l'universalità e l'efficacia, la sicurezza e la riproducibilità dell'approccio osteopatico. Vi sono certamente discipline che prendono spunto dalla teoria per poi cercare nella pratica la loro affermazione (da Galileo 1564-1642 e Bacone 1560-1626 in poi metodo induttivo); altre che partono dalla realtà universale (manifestazione fenomenica) per poi venire approvate dalla dottrina particolare (metodo deduttivo). Senza dubbio l'O. si colloca - di nuovo per questioni culturali - nel secondo gruppo; con i limiti di sicurezza che un'investigazione di questo genere ("il tacchino induttivista" di Russel 1872-1970, e Popper 1902-1994) può rappresentare. Secondo il NYU Langone Medical Center (primo istituto governativo in USA per ricerca) la "ragione fondamentale della quantità poco rilevante di ricerche pubblicate sul trattamento osteopatico è l'impossibilità di fare studi sulla manipolazione osteopatica in doppio cieco e controllati con placebo, in quanto gli studiosi non possono rendere ciechi sia il terapeuta che il paziente" (2012). Altri invece sostengono che non è corretto addurre a giustificazione di scarsa scientificità la pretesa di alterità come principio dell'O. e quindi la sua inaccessibilità all'indagine scientifica: un approccio può essere "alternativo" (Complementare, correggiamo noi) ma nondimeno indagabile con metodo scientifico (SIMFER). Sul piano dei presupposti teorici si rileva infine che i "paradigmi su cui si basa la pratica osteopatica (tecniche manuali

prive di un definito ed esplicito modello teorico) non trovano riscontro nel corpus delle conoscenze accreditate dalla comunità scientifica". In verità esistono numerose proposte di funzionamento dei principi dell'O. esplicitate secondo i modelli scientifici biomeccanico, respiratorio-circolatorio, metabolico (forse quello più percorribile poiché misurabile, ad oggi), neurologico (solo teorico) ed una incoraggiante interpretazione in ambito linfatico definita "accomodazione della muscolatura liscia" secondo Chen (2015). Pur non essendo presenti eccessivi elementi di concretezza, non si può nemmeno parlare di inconsistenza o di insostenibilità di ipotesi, ma per ora solamente di non dimostrabilità. Ad oggi se pretendiamo di adoperare una giustificazione scientifica per legittimare l'O. come disciplina tutelativa della salute dobbiamo possedere in ugual misura l'onestà intellettuale di ammettere che possiamo discutere soltanto di supposizione di funzionamento. Di nuovo l'O. si colloca - come nelle premesse iniziali - in una terra di mezzo in bilico tra la necessità di manifestarsi ed una rinnovata difficoltà a reperire i canali attraverso i quali dimostrare la propria efficacia. In un'ennesima circostanza questa disciplina si sottomette al nostro giudizio ma ammonisce al contempo le nostre sicurezze alla pari dell'anticonformista Socrate (470-399): tutta la sua opera si propone come una revisione critica contro la falsa sapienza della retorica. "La conoscenza non è mai definitiva" ci esorta il Filosofo - 25 secoli or sono - avvertendoci. Meditiamo.

### **FINALITA' DEL MASTER / FORMAZIONE:**

Il modello di formazione in Italia in dell'O. deve necessariamente tenere conto - per stabilire che professionista determinare - in quale ambito collocarlo. Se riteniamo che l'ambito che racchiude la Medicina Osteopatica sia anzitutto sanitario è essenziale che la definizione della figura stessa - con o senza risvolti di autonomia ed esclusività - competa alle Istituzioni. Il Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca determinerà la figura dal punto di vista qualitativo (natura della professione, peculiarità, requisiti, durata della formazione); il Ministero della Salute la determinerà e regolerà nella quantità (disciplinando gli accessi), rispettando il principio inscindibile del fabbisogno terapeutico all'interno della nostra nazione. Questa incertezza istituzionale, questi tentennamenti nei decenni passati, all'interno della definizione e della formazione delle terapie manuali, hanno creato un gravoso ed amaro precedente: "un numero cospicuo di concittadini danneggiati in modo permanente da sedicenti operatori" (ANVAR: associazione nazionale vittime abusivismo in riabilitazione). Allo stato attuale, ed alla luce di quanto argomentato finora, possiamo con sicurezza ammettere che le scuole vigenti di O. formano figure non sanitarie. Perché proporre un Master Universitario per definire e delineare le necessità ed i parametri della formazione in Italia della disciplina osteopatica? La storia della scuola italiana parte con la riforma Gentile del 1923, restata in vigore fino al 1962, da un eccesso di staticità dei percorsi scolastici, ad un esubero di modalità di presentazione nel mondo della istruzione e della didattica. Oggi molti atenei propongono al loro interno un vasto ventaglio di Masters, che sono il Purgatorio - seppur legittimati - tra il Paradiso del sistema dottrinale - fatto di squisita teoria - e l'Inferno del sofferto mondo del lavoro, che richiede una indispensabile praticità. A compimento del proprio percorso di studi canonici, lo studente sempre più frequentemente si rivolge alla cosiddetta specializzazione post-laurea: un ulteriore perfezionamento delle proprie Conoscienze ma anche una fucina del Demiurgo in persona, una bottega dell'artigiano per affinare le abilità. Un'ennesima occasione nella quale analogamente ci troviamo a contestualizzare ed inserire la disciplina per eccellenza della "terra di mezzo" come oggetto dell'indagine terapeutica, all'interno della terra di mezzo - il Purgatorio - del panorama della formazione. Una giusta osservazione che potrebbe esser mossa da chi nutre perplessità verso il nostro progetto riguarda la durata: è realistico pretendere la formazione secondo i principi dell'O. nei tempi che abbiamo stabilito? Senza esprimere pareri - oggi il mio compito è diffondere l'opus incertum, non le certezze - vi riporto alcune osservazioni: a) non esistono dati in letteratura che stabiliscano i parametri per trasmettere e per fare apprendere allo studente i canoni della palpazione; b) la durata della formazione - teorico / pratica - della nostra prima esperienza (30 mesi) è



indirizzata esclusivamente a professionisti già della salute ai quali è stato caldeggiato un ulteriore percorso di specializzazione precedente (non insegniamo le tecniche finalizzate alla Mobilità, bensì la Palpazione); c) non è più sufficiente classificare e stabilire la prerogativa di una formazione solamente attraverso l'impegno orario: i CFU determinano anche la qualità e la modalità di ogni singola lezione, quindi andrebbero interpretati con accuratezza. A volte corsi apparentemente ristretti da un punto di vista temporale manifestano livelli inaspettati di insegnamento (CFU) o viceversa; d) la formazione in O. attuale prevede per gli studenti circa 30 giorni di lezione per 5 anni: se confrontata con i principi dell'Università si arriverebbe a frequentare dal punto di vista della durata un semestre appena abbondante all'interno degli atenei. Un ulteriore dibattito si scaturirebbe all'accavallarsi dell'ennesimo aspetto da considerare - se si stabilisce l'O. come una attività sanitaria e quindi tutelata e insegnata dallo stato - che è la percepita necessità o meno di istituire una professione Nuova all'interno del contesto nazionale; o piuttosto se risulterebbe più considerevole il fatto di formare ad una "Nuova" professione i già esistenti impieghi in sanità. Mentre si delinea per voi uditori un quadro sempre più manifesto di alternarsi di luci ed ombre, dubbi e certezze sulla modalità di formazione in O., non avanza al contrario alcun equivoco sul luogo dove porre le basi per questa catarsi: l'accademia. Solo all'interno delle Università potremo trovare i canali (strumenti e metodi) per condurre l'indagine, il modello di ricerca, che ci porterà alla dimostrazione o alla smentita dell'efficacia di tale disciplina. Di nuovo - bizzarra capricciosa del destino - l'O. deve transitare attraverso una sovrastruttura (lo stato, gli atenei) per testimoniare la propria razionalità ed applicabilità (funzione). Un ultimo sguardo rivolto a voi, studenti, che siete il soffio vitale di questa volontà di conoscenza (Schopenhauer) che aleggia oggi sottile ma avvertibile dentro questi muri secolari ormai avvezzi ma ancora avidi di apprendere. Il fine ultimo della cognizione secondo l'Imperativo Categorico di Kant (critica della ragion pratica, 1788) è giungere al Sapere. Ultimo fine di questo eminente progetto - una sorta di contratto stipulato tra la nostra deontologia di insegnanti e la vostra disponibilità di discenti - sarà dare una connotazione morale al vostro cammino, giudicando la conoscenza come la più alta forma di Razionalità ("comandamenti della ragione"): per questo all'interno del percorso in Medicina Osteopatica lo Studente sarà concepito come Fine, mai più come Mezzo.

## **CONCLUSIONI / FUTURO:**

Riteniamo che non sia questa la sede per indicare strade da percorrere, come per la politica debba essere doveroso il non avere fretta di legittimare riconoscimenti, e per tutti gli altri non sia conveniente sottovalutare l'imponenza e l'innovazione del fenomeno osteopatico, proprio come era il dott. Still all'epoca. Noi oggi abbiamo oggettivamente predisposto gli strumenti - che sono alla base della conoscenza - privi di pretese di privilegio e senza suggerire il divenire futuro dell'O. Esortiamo peraltro la politica a non fare a meno della scienza, non quella tecnocratica priva di humanitas, bensì quella consapevole: mirando al bene comune che sta alla base di ogni società evoluta (Rousseau, il contratto sociale).

La circolarità della lectio ci riporta nuovamente alle premesse iniziali, amplificandole ed inasprendole: ci troviamo tra tradizione, evidenze scientifiche e situazione politica.

Per gli scettici suggerirei che Antiseri (1940) definisce l'epistemologia della scienza in questo modo: "il progresso della scienza è smentire se stessa"; mentre agli estremisti radicali rammenterei che la stessa AMOA nel suo compendio (2003) conclude sostenendo: "...un altro aspetto importante dei progetti di ricerca futura è la sede in cui condurre l'indagine. La professione osteopatica deve incrementare i propri contatti con i centri di ricerca della scienza di base e con gli scienziati esterni alla professione...". Per cui si

auspica in futuro una costruttiva alleanza tra la medicina osteopatica ed allopatrica e tra i loro apostoli (απόστολος, inviato), consapevoli che solo l'integrazione porterà al completamento di ciò che è lacunoso: non possiamo essere sempre lo straniero di qualcun altro. Deve essere l'O. schietta, spogliata, disadorna, ad addentrarsi nella medicina e non viceversa; ed al contrario in questo epocale mutamento la pratica osteopatica non deve essere conformata od adattata alle professioni tradizionali, perdendo i suoi specifici e peculiari processi di diagnosi e terapia. Ancora una volta essa si ritrova tra due fuochi, ad un inevitabile bivio che rispecchia raggiunta maturità e pretesa individualità: compito delle istituzioni stabilire quale sentiero percorrere.

Vi sono debitore per l'immeritata pazienza concessa ad ascoltare questa insignificante meteora: e se non sono riuscito a comunicarvi quello che volevo intendere (dico io) per di più (dice un mio amico scrittore) "in vece, fossimo riusciti ad annoiarvi, credete che non s'è fatto apposta". Grazie.