

- 1 Tecniche a energia muscolare informate dall'evidenza nel contesto biopsicosociale, 1**
Sasha Chaitow, Sandy Fritz
- 2 Tecniche a energia muscolare, 16**
Leon Chaitow, Sandy Fritz, Sasha Chaitow
- 3 Storia e contesto delle tecniche a energia muscolare, 51**
Sasha Chaitow, Helge Franke
- 4 MET: efficacia e ricerca, 68**
Gary Fryer
- 5 Come utilizzare le tecniche a energia muscolare, 89**
Leon Chaitow, Sandy Fritz
- 6 Valutazione progressiva e trattamento MET dei principali muscoli posturali, 125**
Leon Chaitow, Sandy Fritz
- 7 MET e il trattamento delle articolazioni, 186**
Leon Chaitow, Sandy Fritz
- 8 Tecniche a energia muscolare in problematiche spinali complesse e controverse, 244**
Donald R. Murphy
- 9 Tecniche di resistenza manuale in riabilitazione, 252**
Craig Liebenson, Curtis Thor Rigney
- 10 MET nella riabilitazione postoperatoria, 268**
Shraddha Parmar Pradhan, Ashok Shyam, Sasha Chaitow
- 11 Tecniche a energia muscolare nell'ambito della fisioterapia, 282**
Eric Wilson
- 12 MET nel contesto della massoterapia, 300**
Luke Allen Fritz
- 13 MET nel trattamento degli infortuni sportivi, 311**
Ken Crenshaw, Nathan Shaw, Derek Somerville, Ryan Di Panfilo
- 14 Tecnica di inibizione neuromuscolare integrata e dolore miofasciale, 334**
Leon Chaitow, Sandy Fritz

INDICE DEI VIDEO

- 2.1** Valutazioni STAR e TART, 27
- 5.1** Palpazione della facilità di movimento, parte 1, 93
- 5.2** Esercizio MET di base in un contesto acuto, 94
- 5.3** Esercizio MET di base in un contesto cronico, 95
- 5.4** Esercizio MET di base con antagonisti in contesti acuto e cronico, 96
- 5.5** Metodi MET di rinforzo concentrico isotonico, 105
- Extra** Sindromi crociate (inferiore e superiore), 99
- Extra** Pattern crociato, 100
- Extra** Esempio di allungamento eccentrico isotonico lento (SEIS), 106
- 6.1** Valutazione e trattamento del gastrocnemio e del soleo, 133
- 6.2** Trattamento MET dell'accorciamento del soleo e del gastrocnemio, 134
- 6.3** Valutazione e trattamento dell'accorciamento degli ischiocrurali mediali e degli adduttori, 135
- 6.4** Valutazione e trattamento dei flessori del femore: retto femorale e ileopsoas, 136
- 6.5** Trattamento MET dell'accorciamento del retto femorale, 140
- 6.6** Trattamento MET alternativo del retto femorale: allungamento isotonico eccentrico lento degli ischiocrurali (in condizioni croniche, non acute) - Metodo A: prono, 141
- 6.7** Metodo B, 142
- 6.8** Valutazione e trattamento degli ischiocrurali, 144
- 6.9** Test di estensione dell'anca di Janda, 146
- 6.10** Valutazione osservazionale di Janda (1996) – Test di abduzione dell'anca, 149
- 6.11** Metodo A. Trattamento MET da supino dell'accorciamento del tensore della fascia lata, 149
- 6.12** Trattamento MET del piriforme - Metodo A: da supino, 154
- 6.13** Metodo B: da supino, con completa flessione e rotazione esterna dell'anca, 154
- 6.14** Metodo C: da prono, 154
- 6.15** Metodo D: disteso su un fianco, compressione ischemica e MET, 154
- 6.16** Trattamento dell'accorciamento del quadrato dei lombi - Metodo A: "banana", 157
- 6.17** Valutazione e trattamento del grande pettorale e del grande dorsale, 159
- Extra** Valutazione e trattamento del PETT e LAT
- 6.18** Metodo A. Trattamento MET dell'accorciamento del grande pettorale, 160
- 6.19** Metodo C. Trattamento MET del grande pettorale con contrazioni isometriche eccentriche lente, 162
- 6.20** Metodo B. Trattamento MET dell'accorciamento del grande dorsale, 163
- 6.21** Test C di accorciamento cronico del trapezio superiore, 165
- 6.22** Metodo A. Trattamento MET dell'accorciamento cronico del trapezio superiore, 167
- 6.23** Valutazione e trattamento degli scaleni, 167
- 6.24** Valutazione A: osservazione degli scaleni – valutazione del respiro paradossale, 168
- 6.25** Valutazione B: osservazione funzionale e palpazione dello scaleno, 168

- 6.26** Trattamento MET dell'accorciamento degli scaleni, 169
- 6.27** Test funzionale per lo sternocleidomastoideo, 170
- 6.28** Valutazione e trattamento dell'elevatore della scapola, 172
- 6.29** MET pulsate per la tonificazione dei fissatori inferiori della spalla, 173
- 6.30** Trattamento MET dell'infraspinato, 175
- Extra** Trattamento di inibizione neuromuscolare integrata (INIT) del trigger point dell'infraspinato, 175
- 6.31** Trattamento MET del sopraspinato, 177
- 6.32** Valutazione e trattamento dei muscoli paravertebrali, 178
- 6.33** Test A per l'accorciamento dei muscoli paravertebrali, 178
- 6.34** Test B per l'accorciamento dei muscoli paravertebrali, 178
- 6.35** Test C per l'accorciamento del muscolo paravertebrale ("onda respiratoria"), 179
- Extra** Valutazione dell'onda respiratoria, 179
- 6.36** Trattamento MET degli erettori della colonna da seduto, 180
- 6.37** Allungamento MET trasverso della muscolatura paraspinale, 180
- 6.38** Rinforzo dei flessori profondi del collo utilizzando l'allungamento isotonic eccentrico lento, 181
- 6.39** Trattamento MET dell'accorciamento degli estensori del collo, 181
- Extra** Valutazione e trattamento della restrizione della rotazione cervicale, 181
- Extra** Localizzazione delle forze prima di utilizzare la MET per sbloccare le restrizioni lombari - Utilizzo della MET per sbloccare le restrizioni, 181
- 7.1** MET dell'area cervicale per trattare la restrizione alla traslazione, 206
- 7.2** Sequenza di Spencer per la spalla che include la MET, 207
- 7.3** Valutazione e trattamento MET della restrizione dell'articolazione sternoclavicolare in abduzione, 213
- 7.4** Trattamento MET della restrizione dell'arto superiore in flessione orizzontale (restrizione sternoclavicolare), 214
- 7.5** Test di palpazione della 1ª costa, 216
- 7.6** Test di palpazione delle coste dalla 2ª alla 10ª (paziente seduto), 217
- 7.7** Trattamento MET per la 1ª costa elevata (paziente supino), 218
- 7.8** Trattamento MET per coste elevate dalla 2ª alla 10ª, 218
- 7.9** Trattamento MET per coste depresse dalla 1ª alla 5ª (paziente supino), 219
- 7.10** Rilascio della parte inferiore del torace e dell'inserzione del diaframma con la MET, 220
- 7.11** Metodo shotgun per la stabilizzazione pelvica e la disfunzione pubica, 233
- 14.1** Metodo INIT, trapezio superiore, 340

Tecniche a energia muscolare informate dall'evidenza nel contesto biopsicosociale

Sasha Chaitow, Sandy Fritz

INDICE DEL CAPITOLO

L'evidenza, 1	Cura dell'individuo nella sua globalità, 4	Le terapie manuali: passato, presente e futuro, 12
Trovare un equilibrio, 2	Il modello biopsicosociale paragonato alla medicina narrativa, 5	Bibliografia, 13
Pratica informata dall'evidenza, 3		

Lo scopo della quinta edizione di questo volume è quello di offrire una panoramica la più trasparente possibile delle varie tecniche a energia muscolare (Muscle Energy Techniques, MET), delle loro applicazioni cliniche e del loro potenziale clinico – supportate dalla letteratura attualmente disponibile, così come dalle opinioni cliniche basate sull'esperienza. Le MET sono semplici da apprendere, pertanto la competenza dipende dall'abilità e dal ragionamento critico del professionista.

Un quesito ricorrente relativo a molte forme di terapia manuale riguarda la validità degli interventi impiegati nel trattamento del dolore e della disfunzione muscoloscheletrica. Lo stesso vale nei confronti delle MET. I metodi di terapia manuale come le MET sono stati descritti in passato in relazione a tessuti e a sistemi biomeccanici. Dati più recenti indicano minori benefici nel contesto biomeccanico, ma, al contempo, si ritiene che i metodi terapeutici sia biologici sia psicosociali contribuiscano ad apportare un beneficio terapeutico.

La spiegazione dei meccanismi sottesi ai benefici ottenuti dalle diverse tecniche di terapia manuale permane vaga. Gli studi più recenti sostengono che vi siano moderati benefici, in particolare quando queste tecniche sono associate a un approccio terapeutico multimodale. Conosciamo gli effetti sulla modulazione dell'infiammazione, sull'adattamento neurale, sulle variazioni di tono e densità delle strutture dei tessuti molli e sui meccanismi di regolazione della meccanotrasduzione delle fasce (Bove et al., 2019). All'interno del contesto psicosociale, il miglioramento della mobilità e della sensibilità, anche quando temporanei, può ridurre la paura di muoversi, con conseguente miglioramento della qualità di vita (Fryer, 2017a, 2017b; Langevin, 2021). Sebbene molteplici trattamenti

specifici di terapia manuale possano determinare simili benefici terapeutici, possono esserci alcune motivazioni per la scelta di un metodo piuttosto che di un altro. Questi argomenti verranno trattati più avanti.

I lettori potranno determinare personalmente la relativa validità di questi punti di vista e l'eventuale utilità delle MET. Gli attuali modelli di terapia manuale includono il coinvolgimento del paziente in approcci attivi come l'esercizio, con una educazione a supporto. Questi interventi non sostituiscono l'applicazione della terapia manuale, ma ampliano le interazioni terapeutiche. Gli approcci multimodali sono indicati per il raggiungimento dei migliori risultati nel trattamento del dolore e della disfunzione muscoloscheletrica (Cruz-Montecinos et al., 2017; Lederman, 2017; Smith, 2019; Vivanco-Coke et al., 2020).

L'EVIDENZA

Sebbene la terapia manuale sia considerata sicura, i dati sulla sua efficacia nel trattamento del dolore cronico risultano limitati. L'unica eccezione riguarda il dolore lombosacrale cronico, per cui l'evidenza è supportata da revisioni sistematiche, un ampio studio clinico e studi osservazionali. Vi sono meno dati riguardo il rapporto costo-beneficio e la soddisfazione del paziente associata alla terapia manuale per il dolore cronico. Le uniche linee guida di pratica clinica emanate dall'American Osteopathic Association raccomandano l'impiego del trattamento manipolativo osteopatico (Osteopathic Manipulative Treatment, OMT) per il trattamento del dolore lombosacrale cronico in pazienti con disfunzione somatica (Licciardone et al., 2020). Le linee guida del 2020 del British National Institute

for Health and Care Excellence (NICE) valutano l'evidenza dell'efficacia delle terapie manuali nel dolore cronico primario, riferendo un'evidenza in termini di benefici a breve termine clinicamente significativi ottenuti da un approccio misto di terapia manuale rispetto alla terapia standard per la funzione fisica, della tecnica sui tessuti molli e della manipolazione/mobilizzazione (esaminate separatamente in confronto alla terapia standard, all'agopuntura e al *dry needling*) per la riduzione del dolore e per il miglioramento della qualità di vita, della funzione fisica, del distress psicologico e della qualità del sonno. Da un confronto tra tali tecniche, è emersa una moderata evidenza di beneficio dell'approccio misto di terapia manuale rispetto alla tecnica sui tessuti molli per la riduzione del dolore, della tecnica sui tessuti molli rispetto alla manipolazione/mobilizzazione per il benessere psicologico in uno studio e della manipolazione/mobilizzazione rispetto alla tecnica sui tessuti molli in due studi. Il comitato del NICE ha concluso che vi fosse, di fatto, un'evidenza di benefici in termini di riduzione del dolore, miglioramento della qualità di vita, delle condizioni fisiche, del distress psicologico e dell'interferenza del dolore, elementi tutti considerati critici per il processo decisionale. Tuttavia, è stato anche riportato che solo 15 studi randomizzati controllati rispettavano i criteri di inclusione per la revisione e che tutti presentavano difetti di progettazione (il che comporta un elevato rischio di errore e imprecisione), oltre a differenze significative riguardo alle terapie manuali miste indagate. Questi limiti impediscono di attribuire alla revisione un valore di referenza positiva, nonostante il riconoscimento da parte del comitato dei limiti della revisione stessa.

In ogni capitolo di questo libro, come nelle sue precedenti edizioni, autori e collaboratori hanno fornito l'evidenza disponibile più recente relativa all'efficacia delle MET e dei loro benefici, insieme a un riconoscimento chiaro di ciò che rimane sconosciuto. Lo sviluppo delle MET viene esplorato come una delle grandi storie di successo dell'organica collaborazione interprofessionale, come approfondito nel Capitolo 3, mentre Gary Fryer offre una ricca panoramica e una revisione della più recente letteratura, sottolineando i punti chiave che riguardano la necessità di migliorare il disegno di ricerca e la capacità di valutazione critica nel Capitolo 4. I restanti capitoli pratici offrono un equilibrio tra prove ed esperienze, riflettendo il supporto di Leon Chaitow a un'attenta osservanza delle caratteristiche originali della pratica informata dall'evidenza, definito e discusso più avanti in questo capitolo, ed esteso nel Capitolo 4.

Questo può avvenire solo attraverso una più stretta collaborazione tra ricercatori e clinici per garantire la produzione di ricerche consistenti e utili, e attraverso una migliore formazione nella ricerca letteraria in modo da garantirne un'applicazione di successo. È a questo scopo che accogliamo l'annuncio della dottoressa Helene

Langevin (aprile 2022) della vincente fondazione di tre nuove reti di ricerca interdisciplinari finanziate dal National Centre for Complementary and Integrative Health (NCCIH) e dal National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS), per la ricerca sulle terapie manuali, somatosensoriali, sugli effetti biologici della manipolazione dei tessuti molli, sui meccanismi neurali di manipolazione basata sulla meccanotrasduzione e sul loro ruolo nel trattamento del mal di schiena (Langevin, 2022). Altre diverse reti di ricerca sono state istituite per studiare gli interventi mente-corpo e la promozione del benessere emotivo e psicosociale. Questi sono interessanti sviluppi per il futuro della terapia manuale, e si spera che nella prossima edizione di questo libro ci saranno importanti risultati da incorporare per i futuri autori. Tuttavia, mentre la ricerca progredisce, nel contesto della pratica clinica corrente, la scelta di utilizzare questi metodi continua a poggiare sull'equilibrio tra il ragionamento clinico, l'evidenza attuale e le preferenze del paziente.

TROVARE UN EQUILIBRIO

Nonostante lo sviluppo dell'evidenza abbia fatto molta strada dagli albori delle MET, le interpretazioni riguardo l'essenza della pratica basata sull'evidenza variano tra le diverse professionalità di diversi Paesi, così come la nomenclatura, i fondamenti teorici e le basi formative di diverse professioni basate sul lavoro a contatto con la persona. Sebbene le professioni di terapia manuale mirino a consolidare la validità delle loro pratiche e metodologie, talvolta le loro applicazioni "mediche" vengono sottolineate più della funzionalità e della riduzione del carico adattativo (si veda Cap. 2 per ulteriori approfondimenti riguardo questo argomento), il quale si focalizza sul benessere funzionale e sul suo mantenimento.

Il ruolo della pratica basata sull'evidenza è diventato particolarmente centrale nel quadro della rinnovata attenzione nei confronti della pratica clinica a seguito della pandemia di COVID-19, e nel contesto di una più ampia e spesso silente epidemia di dolore cronico. Ciò anche in virtù del continuo sforzo volto a interrompere un certo accostamento delle terapie manuali a pratiche ritenute "negativamente correlate alla medicina alternativa" (Brower, 2006). Ma questo processo è iniziato ormai quasi 20 anni fa: all'epoca la pratica clinica biomedica aveva iniziato concretamente ad adottare elementi della pratica olistica che avessero alla base una solida evidenza, mentre gli approcci olistici iniziavano a essere integrati nella formazione medica tradizionale come parte del passaggio verso un sistema sanitario centrato sulla persona. Numerosi studi hanno sottolineato come l'introduzione di pratiche di salute integrative tra clinici biomedici, educatori e studenti presupponga la necessità di introdurre nella formazione medica l'insegnamento della medicina

integrativa o complementare e alternativa (Complementary and Alternative Medicine, CAM) “attraverso percorsi di studio medici pre-clinici, clinici e di specializzazione”, poiché il ruolo della CAM nel promuovere l'efficacia e la soddisfazione del paziente nei confronti della medicina convenzionale è ben consolidato nella biomedicina (Winslow e Shapiro, 2002; Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine (CAHCIM) 2004; Charterji et al., 2007; Weeks, 2013).

Su tale argomento sussistono due paradossi: nel contesto biomedico, l'integrazione del pensiero olistico con la medicina tradizionale viene presentata come una nuova aggiunta, con una scarsa considerazione dei principi fondamentali della formazione osteopatica, in particolare, e di molte altre pratiche di medicina integrativa in cui l'approccio olistico è risultato centrale per la maggior parte degli ultimi due secoli. Al tempo stesso, alcuni sostenitori, così come i professionisti e gli istituti di salute integrativa, sono consapevoli del grado di riconoscimento del pensiero olistico e delle pratiche terapeutiche associate alla pratica biomedica. Le motivazioni includono barriere dal punto di vista del linguaggio specialistico e delle argomentazioni basate sulla pratica dei sostenitori, così come la natura peculiare dei principi ideologici su cui questi due “mondi di assistenza sanitaria sociale” si fondano (Brosnan e Turner, 2009). Di conseguenza, alcune comunità di professionisti sono arrivate a considerare l'olismo e le pratiche “alternative” secondo le loro “associazioni negative” e hanno difficoltà a prendere le distanze da esse, mentre altre le sostengono fieramente come eredità contro culturale e contro le forze degli approcci allopatrici (Broom e Adams, 2009). Pertanto, nonostante decenni di lavoro per professionalizzare e validare numerosi aspetti delle terapie integrative (complementari, alternative), permangono le associazioni negative, non dovute a una mancanza di riconoscimento da parte dell'istituzione biomedica, né tantomeno al fatto che le terapie integrate vengano considerate inferiori, ma come risultato di una comunicazione frammentaria e di percezioni in passato sbagliate, alcune delle quali verranno menzionate nel Capitolo 3. Una falsa percezione diffusa, che agisce come ostacolo all'interno delle professioni sanitarie integrative in particolare, è la questione riguardo quale pratica informata dall'evidenza dovrebbe derivarne e come appaia realmente nella pratica.

PRATICA INFORMATA DALL'EVIDENZA

La medicina *basata* sull'evidenza è stata notoriamente definita da David Sackett et al. (1996) come “l'impiego rigoroso, concreto e giudizioso della migliore evidenza attualmente disponibile per prendere decisioni riguardo l'assistenza di singoli pazienti”. Diversi studi descrivono l'approccio *informato* dall'evidenza come “fondamentale per la pratica”, poiché ha come obiettivo quello di

“colmare la profonda lacuna tra ciò che è noto e ciò che viene eseguito sostanzialmente nella pratica” (Glasziou, 2005; McSherry, 2007; Epstein et al., 2009).

Più nello specifico, “i modelli decisionali informati dall'evidenza sostengono che i dati ottenuti dalla ricerca debbano essere valutati in associazione all'esperienza clinica, alle preferenze e ai valori del paziente e alle risorse disponibili”. Questa prospettiva è rivolta a contesti reali e alle “interazioni tra l'evidenza e l'azione... e alle complesse relazioni tra gli interventi e gli esiti ottenuti dal sistema sanitario” (McCormack et al., 2013). Queste vengono trattate in relazione diretta alle MET nel Capitolo 4. Presi in considerazione nella loro più ampia intersezione con il sistema sanitario, questi principi derivano da un autorevole studio rivolto alle questioni pratiche sul come migliorare l'ottenimento dell'evidenza nella pratica biomedica e cosa questo significhi nel sistema sanitario reale, in relazione sia al processo decisionale sia ai risultati sui pazienti. L'obiettivo è quello di promuovere un sistema sanitario specificatamente informato dall'evidenza e, dalla sua pubblicazione datata a un decennio fa, l'analisi dei dati raccolti per questo studio ne dimostra l'impatto sugli approcci pratici nel migliorare gli standard del sistema sanitario in tutte le sue specializzazioni.

Un report dei CDC commissionato del 2007 mostra nel dettaglio il valore della pratica *informata* dall'evidenza – in opposizione alla rigorosa interpretazione della pratica *basata* sull'evidenza – in modo ancora più lampante. I fallimenti delle revisioni sistematiche e delle metanalisi – alla base del processo decisionale – sono ben noti dalle parti maggiormente coinvolte, e significativi miglioramenti della loro efficacia sono stati costantemente invocati per oltre un decennio. Tuttavia, lo stesso report conclude affermando che la disinformazione riguardo il valore di tali revisioni continui a circolare sui media e tra i ricercatori in diversi ambiti, a causa della loro scarsa conoscenza riguardo la velocità dei progressi realizzati e a una generale carenza della letteratura. Ciononostante conclude asserendo che “affidarsi in modo incondizionato o inappropriato alle revisioni sistematiche potrebbe scoraggiare il progresso o le discipline promettenti” (Sweet et al., 2007).

Dopo aver stabilito che le pratiche e le decisioni “informate dall'evidenza” dovrebbero essere considerate come l'optimum desiderato, suggerisce di promuoverle e migliorarle attraverso “l'identificazione, l'insegnamento e il supporto di processi decisionali informati dall'evidenza”. I punti elencati per il miglioramento (ricerca di base di maggiore qualità e migliore comunicazione tra settori) sono esattamente gli stessi di quelli delle professioni sanitarie integrative e affini. Tali considerazioni ottenute dalla principale autorità sanitaria statunitense confermano che l'evidenza, così come la necessità di raccoglierne i benefici, debba anche necessariamente riflettere le “interazioni che si realizzano nel mondo reale tra evidenza e azione”.

Questo non è in contrasto con la biomedicina né con la sanità pubblica; è una valutazione pragmatica dei limiti dei mezzi scientifici attualmente esistenti e una presa di coscienza altrettanto realistica del fatto che l'esperienza clinica – basata su adeguata formazione, sviluppo professionale e onestà intellettuale all'interno di ciascuna pratica – sia di eguale valore rispetto all'evidenza. Una ricerca del *British Medical Journal* del 2017 ha mostrato come nell'assistenza sanitaria primaria circa il 18% delle decisioni fosse basato su “evidenza di qualità elevata orientata al paziente” (Ebell et al., 2017), evidenziando una forte variabilità tra le specializzazioni mediche e tra una condizione e l'altra. Le motivazioni possono essere riassunte come una combinazione di resistenza al cambiamento, considerazioni pratiche (come mancanza di tempo), eccessivo affidamento agli aneddoti e all'esperienza clinica personale e mancanza di approfondimento della letteratura. Poiché, quindi, gli sforzi sono rivolti alla validazione e alla professionalizzazione degli approcci e delle pratiche di terapia manuale (Manual Therapy, MT), è importante comprendere il grado con cui le procedure biomediche fondamentali continuano ad affidarsi all'esperienza e a un'evidenza di basso livello. Esempi pratici si possono riscontrare in diversi campi, dalla chirurgia alla medicina pediatrica (Chaitow, 2022), a dimostrazione del fatto che una mancanza di dati o ricerche inconsistenti o di scarsa qualità non rappresentano di per sé motivi per abbandonare una tecnica. È necessario trovare un equilibrio, piuttosto che ricorrere a quello che è stato definito come nichilismo dell'evidenza, ossia una “rigida adesione a un protocollo, senza considerazione per le preoccupazioni del paziente” (Mootz, 2005).

Le priorità dovrebbero riguardare la sicurezza per il paziente e una più approfondita formazione dei professionisti. Una volta che queste esigenze sono state soddisfatte, la definizione originale secondo Sackett ci ricorda che l'esperienza clinica e le preferenze del paziente sono ugualmente importanti e devono avere lo stesso peso nel costituire le basi dell'evidenza. Questi tre elementi, l'evidenza, l'esperienza clinica e le preferenze del paziente, rappresentano le colonne portanti dell'approccio biopsicosociale (BPS), il quale, a sua volta, appare come la risultante dei tentativi di migliorare e delineare la deontologia della pratica medica.

CURA DELL'INDIVIDUO NELLA SUA GLOBALITÀ

L'interazione tra il professionista e il paziente, al momento dell'accettazione, è fondamentale per la futura relazione terapeutica.... È quasi ugualmente importante costruire un rapporto di fiducia.... Dal punto di vista del paziente è fondamentale percepire che il problema sottoposto all'attenzione sia stato compreso. Dal punto di vista del professionista

è importante giungere a un'ampia conoscenza del caso attraverso specifiche e strategiche domande e attraverso una buona capacità di ascolto. È pertanto essenziale... che la comunicazione sia chiara e non ambigua... che le aspettative del paziente e le sue preoccupazioni, in particolare quelle riguardo la terapia, vengano esaminate. L'osservazione discreta del linguaggio del corpo del paziente... dovrebbe rappresentare una parte della consulenza. Questi segni potrebbero fornire indizi subliminali che contribuiscano alla comprensione dello stato mentale del paziente in quel momento, delle sue paure e motivazioni. Al termine della consulenza iniziale dovrebbe emergere un quadro che permetta di costruire una “storia”. All'interno della storia, le caratteristiche biochimiche, psicologiche e biomeccaniche uniche di quel determinato individuo (sia congenite sia acquisite) verranno considerate per comprendere come il loro adattamento agli eventi della vita abbia comportato lo sviluppo del quadro sintomatologico attuale... Per semplificare, questo significa: cosa ha permesso [al problema di salute] di verificarsi e instaurarsi? Cosa lo ha scatenato? E cosa gli consente di persistere? È possibile che vi siano molteplici fattori che si alimentano a vicenda e che permettono al problema di perpetrarsi? Questo aspetto della “storia” deve essere uno di quelli che permetteranno al professionista di creare un piano terapeutico che il paziente troverà ragionevole, in modo da ottenere la volontà di attenersi al piano terapeutico, inclusi gli esercizi da svolgere a casa che potranno essere richiesti.

Chaitow e Delany (2005)

Scrivendo questo nel 2004 Leon Chaitow descriveva il proprio metodo di presa in carico del paziente, affidandosi alla propria lunga esperienza clinica come osteopata. Non era, tuttavia, al corrente che, presso la Columbia University, in seno alla biomedicina una nuova disciplina stesse iniziando a emergere, la quale avrebbe apportato una robusta base scientifica per validare il suo approccio, trasformandolo in un protocollo strutturato basato sull'evidenza per la presa in carico del paziente e la formazione medica degli studenti e provocando, così, una sorta di rivoluzione.

La medicina narrativa (Narrative-Based Medicine, NBM), da cui deriva l'etica narrativa, una branca della bioetica (Box 1.1), è emersa per affrontare la problematica secondo cui la “medicina scientificamente competente da sola non aiuta il paziente ad affrontare la malattia o a trovare la ragione delle sue sofferenze” (Charon, 2001). Nel contesto della NBM, la malattia, la disabilità e il dolore vengono considerati come una storia inscindibile dalla vita della persona, piuttosto che come una serie di codici, termini e protocolli complessi da essere seguiti o come correzioni da apportare. Questa è la reale definizione

BOX 1.1 Principi bioetici fondamentali

- **Rispetto per l'autonomia del paziente**
- **Non malevolenza:** non danneggiare deliberatamente
- **Benevolenza:** avere come priorità il meglio per il paziente
- **Giustizia:** eliminare le discriminazioni nell'assistenza sanitaria legate a sesso, etnia, età, credo, orientamento sessuale o qualsiasi altro fattore.

Le **etiche narrative** includono la valutazione della storia individuale soppesando il modo in cui i maggiori principi della bioetica si applichino al processo decisionale in risposta alla stessa. Questo inizia con il singolo paziente e permette alle competenze mediche di adattarsi ed essere applicate in modo idoneo a quella particolare situazione, confrontando il profilo del paziente con quello dei soggetti degli studi, oltre al suo profilo medico.

Beauchamp Childress (1979) e Charon (2016).

dell'assistenza dell'individuo nella sua globalità. Questo non indica in alcun modo che i medici e gli operatori sanitari non debbano ricorrere alla propria esperienza o compiere le procedure necessarie di fronte a segnali d'allarme, e non può essere applicata in maniera approfondita nel contesto di un Pronto Soccorso. Tuttavia, in tutti gli altri contesti sanitari, offre una solida base su cui rinnovare le dinamiche tra il clinico e il paziente. Come evidenziato dal Dr Trisha Greenhalgh – un'autorità a livello internazionale sull'applicazione e l'implementazione della medicina basata sull'evidenza (Evidence-Based Medicine, EBM) – sul valore della medicina narrativa fin dal 1999: “potrebbe offrire un modo per mediare tra i due mondi estremamente diversi dei pazienti e dei professionisti sanitari. Sia che venga impiegata in modo corretto o meno, ha più probabilità di influenzare l'outcome della patologia dal punto di vista del paziente rispetto agli aspetti più scientifici e tecnici della diagnosi o della terapia” (Greenhalgh e Hurwitz, 1999). Da questo punto di vista, è fondamentale per la pratica etica vera e propria.

Con questo obiettivo, la NBM ha preso lentamente piede dall'inizio di questo secolo. Fondata dalla specialista di medicina interna, la Dr.ssa Rita Charon della Columbia University, e applicata dagli specialisti in biomedicina di tutto il mondo, trova sempre maggiore spazio all'interno dei piani di studio delle facoltà mediche. Questa disciplina mira a reindirizzare il modo in cui la medicina viene praticata, attraverso lo sviluppo di una diagnostica olistica basata sul racconto del paziente riguardo la propria condizione, con un'attenzione particolare alla connessione corpo-mente. Ovviamente, questo viene considerato in associazione a ogni accertamento biomedico ritenuto necessario, ma piuttosto che “parlare”, “educare” o “dirigere” il paziente, il processo è guidato dal paziente e dalle sue esigenze.

È importante sottolineare che la NBM non contrasta la biomedicina o l'EBM: si basa su dati concreti. Inoltre, non vuole reinventare l'approccio BPS: è stata sviluppata per migliorarlo e per colmarne le lacune. Attualmente, sta riuscendo a instillare i principi di analisi e di trattamento olistico e umanistico all'interno dell'assistenza primaria. In un tale clima, vi è un fortissimo potenziale per la costruzione di adeguati canali di comunicazione con le professioni sanitarie integrate e affini, partendo da fondamenta più solide rispetto al passato. Questi progressi potrebbero anche eliminare gli ostacoli che le MT stesse riscontrano, direttamente o indirettamente, nei loro sforzi di aderire alle linee guida dell'EBM (Chaitow, 2021a), poiché il processo razionale clinico deve stabilire cosa sia adeguato, non solo sulla base della letteratura, ma anche del paziente. Ulteriori approfondimenti sull'impatto delle preferenze del paziente sugli outcome terapeutici verranno trattati nel Capitolo 8, con considerazioni più specifiche per contesto nei Capitoli 7 e 13. Il Capitolo 11 offre strumenti pratici molto utili ai fini dell'applicazione dei sistemi di classificazione e degli approcci basati sugli outcome con l'obiettivo di semplificare questo processo nel contesto della pratica clinica.

IL MODELLO BIOPSIICOSOCIALE PARAGONATO ALLA MEDICINA NARRATIVA¹

Emerso negli anni Settanta come controparte del pensiero riduttivo della biomedicina, l'approccio BPS considera anche gli aspetti psicologici, sociali e culturali del paziente durante la valutazione e il trattamento di un problema (Guillemin e Barnards, 2015). L'aspetto chiave della sua formulazione originaria è basato su una rivalutazione del concetto di malattia: “la malattia non può essere definita sulla base della *funzione* del medico, il quale ha carattere sociale e istituzionale” (Guillemin e Barnards, 2015). Contesta l'ipotesi secondo cui la malattia si basi sempre su una causa patologica che debba essere rimossa per ritornare a uno stato di salute, piuttosto che cercare di comprendere lo spettro di fattori che determinano malessere (Wade e Halligan, 2004). Distingue la malattia (con una causa patologica) dal malessere (l'assenza di benessere, il quale potrebbe non avere un'origine patologica biomedica).

I fattori sociali, lo stile di vita o i processi mentali di adattamento (come la protezione di un arto lesionato o l'accettazione della perdita di funzionalità) non devono

¹Parte di questo paragrafo e di quelli successivi sono stati adattati dalle serie in 4 parti di Sasha Chaitow sul modello biopsicosociale, la medicina narrativa e materie affini pubblicate in successivi numeri del *Massage & Bodywork Magazine* (Chaitow 2021a, 2021b, 2021c, 2021d).

essere considerati patologici o minimizzati. Al contrario, il terapeuta deve cercare di comprendere il contesto di questi adattamenti e cosa possano significare per il paziente e proporre opzioni terapeutiche che vadano incontro al paziente nello stato in cui si trova. Questo è particolarmente utile nell'analisi e nella gestione del dolore cronico, poiché il modello BPS permette di sviluppare un approccio su misura che "associa la malattia al paziente" (piuttosto che ai testi di medicina o alle banche dati mediche), ed è stato dimostrato che è molto più efficace rispetto alla chirurgia (Weiner, 2008). Alcuni dati suggeriscono che un approccio BPS multidisciplinare è più efficace dell'approccio manuale diretto (Kamper et al., 2015). Non entra in contrasto con il modello EBM, ma lo migliora nel momento in cui questo viene integrato e correttamente impiegato (Smith et al., 2013).

In pratica, l'approccio BPS include la rieducazione del paziente rispetto alla percezione del dolore. Nel contesto della fisioterapia è stato definito come il "primo passo nell'educazione alle neuroscienze del dolore" (Pain Neuroscience Education, PNE), in cui il piano di trattamento personalizzato dovrebbe includere una "corretta spiegazione della neurofisiologia del dolore e le relazioni BPS in maniera interattiva e centrata sul paziente" (Guzman et al., 2001; Wijma et al., 2016). I principi chiave della scienza del dolore su cui si basa questo approccio hanno fortemente influenzato le priorità della ricerca sul dolore, così come la fisioterapia e le professioni associate (Guillemin e Barnards, 2015; Parker e Madden, 2020).

Le difficoltà di applicazione del modello BPS nel contesto clinico ne rappresentano la principale criticità. Ricercatori e clinici hanno riconosciuto che non è stato efficacemente integrato nella formazione medica come una tecnica e che non è stato "efficacemente tradotto nel contesto pratico di tali settori" (Herman, 2005; Seaburn, 2005; Guillemin e Barnards, 2015). Queste problematiche sono confermate dai fisioterapisti, i quali ritengono il modello BPS poco affidabile o difficilmente applicabile (Alexanders et al., 2015; Singla et al., 2015; Synnott et al., 2015, 2016). Uno studio del 2013 ha dimostrato che, mentre gli approcci interdisciplinari multimodali al dolore cronico con una componente BPS possono essere efficaci nell'ambito della fisioterapia, i dati a favore della PNE dei pazienti permangono contraddittori, sebbene la scarsa applicazione possa esserne in parte responsabile (Sanders et al., 2013; Richter et al., 2020). L'ampia letteratura che esplora il BPS nella fisioterapia suggerisce che la PNE si sta fortemente affermando, con discreti risultati, in particolare quando questa viene integrata all'interno di un modello multidisciplinare (Malfliet et al., 2018). A sua volta, questo ha sollevato dubbi riguardo al futuro del trattamento manuale, poiché l'obiettivo della PNE è quello di riportare l'attenzione dall'area che manifesta dolore all'interpretazione neurologica degli stimoli legati alla nocicezione

(Moseley, 2003a, 2003b; Jull e Moore, 2012; Blickenstaff e Pearson, 2016; Louw et al., 2016b; Puentedura e Flynn, 2016; Oostendorp 2018). Alcuni validi metodi integrano entrambi gli approcci (Louw et al., 2017), mentre altri si concentrano sulla componente educativa, con l'obiettivo di alterare la percezione del dolore e modificare il comportamento (Hackstaff et al., 2004). È stata poi affrontata l'integrazione, nella comunicazione specialistica, delle capacità cliniche mancanti nel contesto della formazione alle MT. Questo argomento è stato discusso recentemente in un importante editoriale, con focus sulla necessità di una formazione all'ascolto di base e all'interpretazione del contesto durante il colloquio per la presa in carico del paziente e di un miglioramento della componente "bio" delle MT all'interno della parte "psicosociale" del programma di trattamento. Kolb et al. (2020) segnalano che "ora è il momento di aggiornare i modelli di insegnamento nell'ambito della formazione sulle MT e di garantire una guida per l'integrazione di altri trattamenti all'interno del modello BPS". Occorre però un'importante precisazione; ciò non riflette un intento di abolire l'approccio manuale diretto, bensì la necessità di migliorare il ventaglio di abilità del terapeuta, attraverso un BPS correttamente impiegato come guida nel processo decisionale.

Nonostante i benefici del BPS e della PNE, la ricerca suggerisce che non siano vantaggiosi come previsto, nel momento in cui è necessario formare un'alleanza terapeutica centrata sulla persona, e questo rappresenta il problema che la NBM si è proposta di risolvere (Diener et al., 2016). Molteplici studi sull'integrazione dei programmi di modificazione comportamentale nel sistema sanitario si concentrano su come facilitarne l'accettazione e l'adozione da parte di pazienti resistenti, con conseguente sviluppo di uno squilibrio di forza all'interno delle relazioni terapeutiche, il quale risulta negativo per l'esito finale (Hackstaff et al., 2004; Louw et al., 2016a).

Tuttavia, nonostante i risultati positivi della ricerca sul BPS quando integrato agli interventi multidisciplinari, la separazione della "bio" dalla parte "psicosociale" permane un problema diffuso. Un errore comune è quello di rendere i tratti troppo approssimativi, per cui un membro di una specifica cultura potrebbe venire inconsciamente stereotipato secondo il genere, l'etnia, l'età, la comunità di appartenenza o diverse altre sottocategorie. I casi riportati nel Box 1.2 mostrano un esempio di questo fenomeno. Sebbene sia possibile supporre che la conoscenza del contesto culturale di un individuo rappresenti una dimostrazione di rispetto, potrebbe, di fatto, essere considerata come un'imposizione delle nostre percezioni nei loro confronti, ottenendo, quindi l'effetto opposto. Similmente, aspettarsi che uno specifico stimolo determinerà una specifica risposta (a prescindere dall'evidenza) significa cadere nello stesso errore, e in questo modo non è possibile ottenere un risultato olistico (Murphy et al., 2017).

Questo potrebbe essere alla base della frustrazione espressa da molti fisioterapisti quando riscontrano un fallimento dei tentativi di applicare nel migliore dei modi il BPS, in particolare quando si pone troppa rilevanza su cosa il terapeuta ritenga importante in termini di fattori psicosociali, lasciando così da parte la componente “bio” (Guillemin e Barnards, 2015). Problemi simili si riscontrano nella PNE, e sono ulteriormente aggravati dalla disparità di ruoli, poiché “il potere è tutto da una parte sola” (Irvine e Charon, 2016). Talvolta, questo può portare a una relazione terapeutica complicata, in altri casi, come mostrato nel Box 1.2, può avere esiti deleteri.

Visto dalla prospettiva del paziente algico, tuttavia, a prescindere dalla meticolosità con cui il terapeuta abbia curato la propria terapia manuale basata sull'evidenza e completato la propria formazione sul BPS, se il paziente si aspetta un approccio di contatto terapeutico, potrebbe non accogliere positivamente una lezione di neuroplasticità, se ritiene che le proprie necessità non siano state ascoltate.

Secondo i principi della NBM, l'atto di “ascolto diagnostico” permette al terapeuta di sostenere il paziente nell'affrontare i quesiti spesso irrisolti riguardo la propria condizione e le concause della stessa. Questo passaggio permette inoltre al professionista di valutare le opzioni terapeutiche, non dando la priorità in base alla posizione che occupano nella piramide dell'evidenza, ma attraverso un processo di determinazione aperta e critica che include le considerazioni riguardo quello a cui il paziente, in quanto individuo, potrebbe rispondere. Se il racconto del paziente viene ignorato, di conseguenza “il procedimento diagnostico risultante potrebbe essere impreciso e pertanto più dispendioso del necessario, la diagnosi corretta potrebbe non essere raggiunta, l'assistenza clinica potrebbe essere soggetta a scarsa collaborazione e a ricerca di una seconda opinione, e la relazione terapeutica potrebbe essere superficiale e inefficace” (Charon, 2001). I casi studio nei Box 1.2 e 1.3 illustrano tali situazioni.

Gli studi sull'utilizzo efficace della NBM sottolineano che i punti chiave per costruire tale collaborazione terapeutica risiedono in dettagli solitamente non considerati. Imparare a utilizzarli non ha lo stesso valore della formazione diretta o delle tecniche di consulenza, come il colloquio motivazionale. È importante non considerare la NBM né come un metodo di psicoanalisi né come una forma di colloquio motivazionale. Nonostante abbiano alcune similitudini, la NBM non è solamente una forma di ascolto empatico, ma richiede formazione finalizzata all'acquisizione di un metodo, sulla base di protocolli e principi attentamente affinati (Charon et al., 2015, 2016). Una panoramica sugli step iniziali da affrontare è riassunta nel Box 1.3. Se considerata come estensione del colloquio al momento della presa in carico, la NBM può supportare e migliorare il processo di ragionamento clinico attraverso l'attribuzione di un ruolo significativo al paziente,

mentre contestualmente supporta il professionista nello sviluppo di strategie volte a bilanciare i requisiti dell'EBM con l'esperienza clinica e le preferenze del paziente, in modo da sviluppare una pratica realmente centrata sul paziente. L'approccio NBM genera un focus aggiornato degli elementi della storia del paziente in grado di rivelare la relazione che l'individuo ha sviluppato con la propria condizione, così come il contesto del proprio BPS, oltre al semplice paradigma che coinvolge cultura, classe sociale, etnia, genere, età e così via. Questa è una componente fondamentale, con significative implicazioni etiche, considerando quelle legate alla giustizia sociale. I professionisti della NBM puntualizzano che, pur applicando l'approccio BPS alla lettera, permanga il rischio di errore qualora il paziente venga considerato come membro di un gruppo, piuttosto che come individuo. Congedare un paziente “difficile” senza considerare la sua storia genera automaticamente un'ingiustizia, nonostante possa essere considerato come privilegiato sotto ogni altro aspetto, come mostrato in dettaglio nel Box 1.2. L'attenzione posta alle sfumature del linguaggio e alla coerenza temporale, anche quando il racconto appare caotico, risulta importante quanto i risultati degli esami di laboratorio. L'analisi di questi elementi non dovrebbe essere condotta con l'obiettivo di forzare e nemmeno di direzionare un cambiamento, ma con quello di lasciare spazio al paziente e al terapeuta per renderli parte del dialogo e della decisione finale nel momento in cui verranno vagliate le opzioni terapeutiche disponibili.

I metodi per spostare il focus derivano dall'insieme delle competenze delle discipline umanistiche – incluse nella formazione biomedica dalla branca della medicina umanistica –, la cui importanza per le professioni di MT verrà approfondita nel Capitolo 3. Alcune iniziative simili stanno gradualmente emergendo nelle scuole di osteopatia negli Stati Uniti (Hoff et al., 2014; Baltonado & Cymet, 2017; Klugman, 2018; Sexton, 2018), ma, più recentemente, ne è stato riconosciuto in maniera considerevolmente maggiore il valore nella ricerca osteopatica (si veda Cap. 3). La ragione della loro inclusione nel percorso di formazione medica è interessante: “spesso gli studenti che intraprendono il percorso di studi di medicina ritengono di poter imparare quanto occorre per essere sicuri di eliminare l'incertezza e il dubbio e, di conseguenza, per essere meno coinvolti dall'aspetto emotivo del lavoro, e che ciò dipenda da quanto si apprenda e quanto duramente si lavori...” (Hermann, 2017). Riguardo le competenze di anatomia, “nello studio del cadavere nel minimo dettaglio crediamo di poter acquisire la conoscenza che permetta di vincere la morte” (Chen, 2008). Per quanto questa conoscenza sia importante, non dovrebbe mettere in secondo piano la realtà dell'individuo.

Gli educatori di biomedicina hanno inserito un'ulteriore integrazione sulle competenze umanistiche nei propri piani di studio, proprio per il fenomeno sopradetto,

BOX 1.2 Casi che illustrano la necessità delle etiche narrative (Chaitow, 2021)

Un paziente anziano riferisce di aver sofferto di episodi di colite ulcerativa, controllata, sin dai primi anni dell'età adulta. Il paziente inoltre era affetto da fibrillazione atriale parzialmente controllata e da un'aritmia cardiaca, aumentando il rischio di ictus, e aveva recentemente avuto un'inaspettata diagnosi di cancro, che determinava una riacutizzazione dell'aritmia. Nei giorni seguenti il paziente aveva subito tre attacchi ischemici transitori (spesso considerati come avvisaglia di un ictus maggiore).

Il cardiologo e il neurologo dell'ospedale raccomandarono una terapia con acido acetilsalicilico o un più potente fluidificante del sangue, avvisando il paziente di un elevato rischio di ictus. Tuttavia, il paziente era preoccupato in particolare per il rischio di sanguinamento dovuto alla colite che si era riacutizzata da alcuni mesi. Dopo aver respinto le terapie, il paziente è stato dimesso da entrambi gli specialisti e considerato "difficile" e "testardo". Entrambi si erano rifiutati di assecondare le richieste del paziente di discutere dei rischi relativi e di opzioni alternative. Alla dimissione il paziente era stato valutato affetto da tendenze suicide.

La settimana seguente, il paziente fu condotto d'urgenza in Pronto Soccorso a causa di un'incontrollabile emorragia gastroenterica; riuscì a sopravvivere alla chirurgia d'urgenza, nonostante una massiva perdita di sangue. Dopo la chirurgia il paziente fu dimesso in lieve stato confusionale, con un'infezione delle vie urinarie nosocomiale e senza terapie per il controllo dell'aritmia. Non gli furono fornite indicazioni riguardo la gestione post-operatoria, se non quelle per la ferita chirurgica. Una settimana dopo, il paziente ebbe un ictus, con conseguente emiparesi completa del lato sinistro e grave stato confusionale. All'arrivo in Pronto Soccorso, il medico di turno si rivolse in questo modo ai familiari: "Ha una fibrillazione atriale e non assume un anticoagulante? Ovvio che abbia subito un ictus! Ma è stupido?". Dopo aver eseguito una risonanza magnetica (RM) e sebbene il paziente fosse cosciente, capace di parlare lucidamente e di esprimere disagio, il neurologo raccomandò alla famiglia una sedazione palliativa permanente – senza alcun colloquio con il paziente, una valutazione dello stato mentale o il consenso del paziente stesso – asserendo che sulla base della RM e dei danni visibili alla sostanza bianca il paziente non fosse in grado di prendere decisioni. La famiglia rifiutò le indicazioni ricevute, assecondando l'esplicita volontà del paziente di tornare a casa e seguire in maniera privata la riabilitazione. Dopo diverse settimane di assistenza a domicilio, il paziente riprese completamente la lucidità e continuò la riabilitazione fisica dall'ictus finché le altre condizioni ne causarono il decesso.

Commento

Questa storia triste ma vera è un esempio di impossibile dilemma etico per il paziente e per i clinici, in cui i principi base dell'etica medica non sono stati rispettati e in cui il giudizio medico è stato offuscato dall'età e dalle reazioni di paura del paziente, a favore di un approccio estremamente paternalistico. Considerando la sola componente biologica, attenendosi strettamente all'evidenza e alla statistica, le raccomandazioni dei medici riguardo l'impiego di anticoagulanti erano corrette, ma non hanno considerato le comorbilità del paziente. Anche le osservazioni riguardo la sedazione post-ictus erano giuste, sulla sola base della RM cerebrale, ma non per quanto riguarda lo stato clinico. Se questi medici avessero applicato l'etica narrativa, si sarebbero innanzitutto preoccupati di stabilire lo stato mentale del paziente e la sua condizione psicologica, prestando attenzione ai ragionamenti e alle convinzioni alla base delle paure del paziente nel contesto del suo background psicologico, in modo da andare incontro alla capacità del paziente di capire cosa si potesse adattare alla propria anamnesi.

È possibile intuire alcuni collegamenti con le vicende descritte da Tyreman (2018), che videro il medico ungherese Ignaz Semmelweis ridicolizzato e rimproverato per aver insistito sull'applicazione di rigide norme igieniche preventive prima che venisse dimostrata l'esistenza dei microrganismi. Tyreman utilizza questa storia per illustrare la resistenza al cambiamento all'interno delle professioni mediche e le sue implicazioni; osservando come, oltre all'importanza delle "buone scienze", l'enfasi posta sui racconti e parole dei pazienti, nella pratica clinica, sia cruciale ai fini della comprensione delle risposte irrazionali dei pazienti gravemente malati, se l'intento è quello di praticare una medicina realmente centrata sulla persona.

La fondatrice della NBM, la Dr.ssa Charon, evidenzia come talvolta le pratiche narrative (anamnestiche) "siano esse stesse la terapia". Questo non coincide con la psicoterapia. Piuttosto, significa che aiutare i pazienti a comprendere, a considerare le proprie opzioni quando affrontano una malattia e ad accettare ciò che stanno vivendo li faciliterà nello scegliere il trattamento migliore per loro. L'opportunità di fare ciò è essa stessa un'opzione terapeutica. Sebbene quello riportato sia un esempio estremo, è comunque esemplificativo sia dei tragici effetti di un affidamento eccessivamente rigido all'evidenza statistica, sia della capacità delle tecniche narrative di migliorare la situazione.

Nota: queste considerazioni sul caso si riferiscono a un paziente reale. Chaitow (2021).

BOX 1.3 L'approccio NBM

Uno dei protocolli chiave della NBM riguarda l'ascolto (e la lettura), attento e tra le righe, della narrativa del paziente. Questa narrativa va oltre ciò che viene riportato dalle note sul caso e colma diverse lacune lasciate anche dall'approccio BPS, il quale può spesso risultare come un tentativo di "correggere" il paziente, per quanto in modo delicato, ma che non sempre lascia spazio per esplorare gli aspetti della sua storia, i quali potrebbero contenere la soluzione. Quello che segue è un semplice caso di studio che dimostra quanto sia diverso dagli altri approcci.

Esercizio di lettura attenta

Di seguito viene proposto uno schema del College of Physicians and Surgeons of Columbia University Reading Guide for Reflective Practice, adattato e sviluppato nel corso di molti anni di formazione e di contestuale validazione da parte del Dr.ssa Charon e del suo team (Charon et al., 2015). Dopo avervi familiarizzato, il lettore può leggere i paragrafi successivi riguardanti Note sul caso, Dettagli biopsicosociali e Narrativa del paziente, dapprima evidenziando gli aspetti più significativi e, successivamente, rivedendolo per rispondere ai quesiti proposti. Questo non sostituisce una completa formazione sulla NBM, ma ha l'obiettivo di offrire un esempio di cosa implichi l'attenta lettura. Nel contesto clinico, ai pazienti potrebbe essere richiesto di fornire un resoconto scritto della loro condizione prima del primo colloquio. Il professionista avrà così il tempo per esaminare il materiale e sfruttarlo all'interno del processo di ragionamento clinico.

1. **Osservazione:** quali percezioni sensoriali vengono espresse nel racconto? Cosa tu o il narratore vedete, sentite, odorate, toccate o provate?
2. **Prospettiva:** da quale prospettiva è raccontata la storia? Ce n'è più di una? Alcune sono sottintese piuttosto che riportate direttamente? Come vengono comunicate?
3. **Forma:** qual è la tipologia (il genere) di scrittura? È una storia, una poesia, una commedia dark, un dialogo? Quali immagini o simboli vengono impiegati? La storia è raccontata in ordine cronologico, è caotica, è connessa ad altre storie? Qual è il tono – è rilassato, amichevole, formale?
4. **Voce:** di chi è la voce narrante? È in prima, seconda o terza persona? Il narratore è vicino o distante? È consapevole (sembra conoscere le implicazioni del suo racconto?). Ci sono altri personaggi o personificazioni?
5. **Atmosfera:** qual è l'atmosfera del racconto (triste, neutrale, allegra, addolorata, tranquilla)? Qual è il vostro stato d'animo dopo averlo letto?
6. **Dinamica:** come si muove la storia? Cambia qualcosa tra l'inizio e la fine? Vi conduce in un viaggio? Si muove in cerchi o comunica la sensazione di essere bloccati?

Note sul caso

Donna di 40 anni, normopeso. Stile di vita sedentario; lavoro d'ufficio. Problematica cervicale di vecchia data (10 anni) (protrusione discale C6). Ipermobile, ma funzionale, non valutata per Ehlers-Danlos, ma test positivi (5/5) secondo il questionario di autovalutazione (si veda Cap. 7). Muscoli periscapolari visibilmente deboli con scapola alata, instabilità della spalla e frequente leggera dolorabilità della spalla coinvolta (destra). Dolore lombare per diversi mesi, a seguito di sforzo per sollevamento di carichi pesanti. Nessun'altra condizione medica grave riportata.

La paziente si è presentata con nuovi sintomi, incluso dolore acuto nella parte posteriore dell'avambraccio e della mano destri, non responsivo ad analgesici. Si svegliava quasi tutti i giorni con dolore acuto, irrigidimento e dolore sordo in quasi tutte le articolazioni delle dita, occasionalmente con infiammazione e lieve gonfiore (descritte come dita a salsiccia). Spesso presentava sindrome di Raynaud nelle dita delle mani e dei piedi, apparentemente scatenata da minime variazioni della temperatura ambientale. Gli esami del sangue a fini reumatologici erano risultati negativi: la tiroide era risultata nella norma; tutti gli altri esami del sangue erano nella norma. Non si evidenziavano potenziali fattori scatenanti fisici o posturali e nessun trauma recente.

Trattamento: 10 minuti di radiazioni infrarosse; 10 minuti di stimolazione nervosa elettrica transcutanea (TENS) applicata sulla parte superiore della schiena; 15 minuti di terapia d'urto (consultando prima la paziente); 30 minuti di massaggio.

A seguito delle sessioni, la paziente aveva riportato un grande sollievo dal dolore, e il follow-up telefonico durante la settimana aveva confermato come il dolore non fosse tornato. Diversi mesi dopo, non si era ancora ripresentato.

Dettagli biopsicosociali

Questa paziente aveva un alto livello di educazione, era a conoscenza delle basi del benessere fisico e la terminologia scientifica le era familiare. Ha sofferto di dolore cervicale per molti anni, e più di recente, di dolore lombare e dolore articolare generalizzato. Ha mostrato resistenza nei confronti della raccomandazione precedente di praticare una moderata attività fisica. Non aveva assistenza esterna per le mansioni domestiche, era fortemente indipendente e non amava chiedere aiuto. Questo episodio l'aveva spaventata e, prima di vedere un fisioterapista, ha consultato diversi specialisti, temendo una malattia autoimmune. Sebbene i suoi esami fossero normali, ha sofferto per diversi mesi di limitata funzionalità e lieve dolore costante, talvolta acuto, ed era preoccupata che questo potesse provocare sensibilizzazione. La qualità del sonno era altalenante e scadente e lavorava per molte ore alla scrivania. Durante l'anno precedente aveva subito diversi lutti in famiglia, e allo stato

(Segue)

BOX 1.3 L'approccio NBM • Seguito

attuale aveva compiti di assistenza, un partner con dolore cronico e problemi di mobilità e un trasloco in corso con sollevamento di molti oggetti pesanti.

Incontro clinico

Il terapeuta interrogò la paziente sulle sue attività quotidiane, lo sviluppo e il decorso del dolore e la sua apertura nei confronti di un programma di esercizio. Aveva anche preso nota delle preferenze riguardo le opzioni terapeutiche. La discussione aveva rivelato come spesso portasse borse pesanti, sollevasse oggetti pesanti e che la sedia del suo ufficio probabilmente causasse dolore coccigeo e tensione cervicale. Il terapeuta aveva evidenziato la debolezza dei muscoli della schiena, la compensazione necessaria per questo, e le aveva riportato alla mente le visite precedenti fatte per le riacutizzazioni del dolore cervicale. La paziente era già a conoscenza delle interazioni anatomiche che rendevano tale debolezza muscolare un importante target terapeutico. Il fisioterapista ribadì le ragioni e i benefici a supporto di alcune modifiche dello stile di vita, consapevole della resistenza della paziente, ma non fornì soluzioni per superarla.

Follow-up

A seguito di questa sessione, la paziente aveva acquistato un trolley per portare carichi pesanti e aveva abbandonato i lavori di giardinaggio più pesanti. L'inverno successivo aveva iniziato a indossare guanti al chiuso e a proteggersi dai sintomi della sindrome di Raynaud che scatenavano il dolore articolare. Aveva comprato una nuova sedia da ufficio, aveva aggiustato la postura e aveva preservato il braccio dolorante, preferendo l'altro quando possibile. Nell'arco di pochi mesi aveva preso diversi chili (due taglie), continuando a evitare l'esercizio e la qualità del sonno permaneva scadente. Un anno dopo questo episodio (che non è stato seguito da ricadute), aveva continuato a favorire il braccio "buono" e a evitare i lavori più pesanti che svolgeva in passato. Due anni dopo i sintomi si sono ripresentati, più debilitanti di prima. Una RM al collo ha rivelato inversione della lordosi cervicale, protrusioni discali cervicali multiple, molteplici osteofiti di dimensioni medio-grandi su tutte le vertebre cervicali da C2 a C7, nessuna stenosi centrale, ma stenosi di diversi forami laterali a causa degli osteofiti. Inoltre sono state confermate la sindrome di Ehlers-Danlos così come una tendinopatia diffusa della cuffia dei rotatori e la rottura parziale del muscolo sovraspinato della spalla dominante. Sono state raccomandate fisioterapia a lungo termine e ginnastica terapeutica mirata.

Questioni da considerare

- I primi tentativi del terapeuta di aiutare la paziente attraverso modifiche dello stile di vita sono risultati efficaci?
- Dove ha avuto successo e dove ha fallito il terapeuta, e perché?
- Cosa avresti fatto diversamente?
- Cosa poteva essere migliorato nell'assistenza tra il primo colloquio (con dolore bruciante) e il quadro presentato 2 anni dopo?

- Come tratteresti questa paziente sulla base di queste informazioni?

Applicare un'attenta lettura

Ora leggete il racconto che segue. Prima di leggere oltre, prendetevi qualche minuto per segnare le risposte alle domande sopradette. Una volta fatto, tenete a portata le risposte e considerate la storia dal punto di vista della paziente. Osservate la scelta delle parole e considerate la paziente come una persona nel suo insieme.

Racconto della paziente: *Quell'inverno ho passato diversi mesi con un dolore insopportabile. Prima ha coinvolto la mia schiena e ho trascorso 2 mesi a letto, poi non riuscivo quasi a usare le mani. A un certo punto non riuscivo più a scrivere al computer, le dita diventavano blu non appena la temperatura si abbassava. N. mi ha detto che avrei dovuto indossare i guanti in ufficio, ma pensavo fosse ridicolo. Ogni mattina pensavo che sarebbe stato un po' meglio, ma le mie mani erano diventate mostruose, avevano una mente tutta loro. Ho cercato i sintomi e ho iniziato a pensare che si trattasse di A.R. (artrite reumatoide). Forse il mio corpo ha deciso di vendicarsi. Ho visto un bravo reumatologo. Pensava che potesse essere lupus e mi ha fatto fare diversi esami. Mi sentivo molto sollevata. Dopo così tanta morte era come incontrare un nuovo amico. Sapevo cosa avrebbe comportato. Ma mi sbagliavo, perché gli esami erano normali. Sorprendentemente il reumatologo disse che non avevo nulla di sbagliato, che forse stavo somatizzando il lutto e che dovevo prendermi del tempo per rimettermi. Lui sarebbe stato al mio fianco, ma non c'è cura per il peso che porto. Il giorno successivo mi sono svegliata con un dolore lancinante e l'ho chiamato. Mi ha prescritto alcuni analgesici che non ho preso. Il resto della settimana è stato un inferno. Mi sono svegliata urlando dal dolore quasi ogni giorno; era orribile al punto che avevo paura di andare a letto. La svolta è stata quando ho gridato al mio partner "A FUOCO! La mia mano va a FUOCO!." Ha subito insistito che chiamassi il mio fisioterapista – lo specialista di cui mi ero dimenticata dal momento che cercavo una rara patologia autoimmune. Ho opposto resistenza, poiché non avevo mai sperimentato il grado di dolore che la radicolopatia cervicale può causare. Infatti sembrava che la mia vecchia discopatia cervicale stesse facendo i capricci e che la mia schiena si fosse trasformata in un mosaico rotto, dopo tutto quello che le avevo fatto. Una visita dal mio fisioterapista, una nuova sedia e un nuovo cuscino mi hanno sollevato dall'agonia nel giro di pochi giorni. Il dolore acuto non è più tornato. Il collo è irrecuperabile.*

Due cose mi sono rimaste impresse; come mi sono svegliata urlando "fuoco" e che questo abbia rivelato quello che non andava. Il fisioterapista lo ha ricondotto tutto a questo, chiedendomi diverse volte di precisare

BOX 1.3 L'approccio NBM • Seguito

la sensazione. La seconda cosa è come mi ha fatto ridere. Per la decima volta ha provato gentilmente a suggerirmi che dovrei ridurre i lavori pesanti e iniziare a svolgere attività fisica regolare. Gli ho detto, "faccio così tanti lavori pesanti, la casa è enorme, il giardino è enorme. Taglio e porto in casa la legna, e lo faccio da sola. Questo è esercizio!". Ridendo, mi ha risposto, "ma cara, questo non è esercizio. Lei è un'intellettuale, ma è anche un boscaiolo!". Sono contenta che mi sopporti anche se sono una pessima paziente.

Approccio narrativo

Prima di leggere oltre, sottolineate tutti i passaggi e le parole principali, poi lavorate sulla narrativa in funzione dei 6 punti dello schema per l'attenta lettura riportati in precedenza. Successivamente leggete e confrontate le nostre osservazioni. Non ci sono risposte giuste o sbagliate in questa fase.

Semplici risposte alla narrativa del paziente

Generale: da notare l'impiego del termine "capriccio" per descrivere il dolore cervicale cronico. Le mani diventano "mostri", la schiena diventa un "mosaico rotto". La paziente sembra volere prendere le distanze dai punti in cui si concentra il dolore. In altri punti attribuisce alle parti doloranti del suo corpo una mente tutta propria (per es., "ha deciso di vendicarsi").

- 1. Osservazione:** la narrativa è molto tattile. Si concentra principalmente sulle sensazioni fisiche, con poche o nulle sensazioni visive, finché la parola "FUOCO" non viene ripetuta e diventa centrale nel racconto. L'unico suono è quello emesso quando "urla di dolore" (ripetuto) e "gridare". Anche al dolore viene attribuito un suono, "capriccio, brontolio". Sembra avere tutto sotto controllo, finché non si rompe qualcosa – ed esplode. Le parole associate al "dolore" sono molto più intense che in altre parti. Il resto del racconto è piuttosto brillante e tranquillo in confronto. Manie di controllo?
- 2. Prospettiva:** il racconto è sviluppato principalmente dal punto di vista della paziente, con un accenno anche a quello del terapeuta. Il compagno sembra comprendere la situazione, ma la paziente sembra preoccupata e avversa ai consigli.
- 3. La forma** sembra quella di un diario, piuttosto informale, ma consapevole del fatto che degli sconosciuti lo avrebbero potuto leggere. Descrive i dettagli delle attività che svolge per riempire i vuoti. Descrive ripetutamente parti del suo corpo come nemici. La storia è raccontata in ordine cronologico, ma c'è un'altra storia che non ci sta raccontando? Probabilmente è legata alla "somatizzazione" del dolore che menziona, ma non esplora. Afferma che "non c'è cura" per questo. È questa forse la radice del problema? Nonostante l'exploit vivido e le immagini create per rappresentare il dolore, la narrativa è controllata, si percepisce una sorta di rassegnazione nel chiedere aiuto ("nessuna cura", "irrecuperabile") o una profonda resistenza nel farlo. La sotto-storia legata al

reumatologo e al sospetto lupus è estremamente fredda – come se fosse contenta di poter ricevere una diagnosi così grave. Probabilmente questo deve essere approfondito. Racconta la sotto-storia della conversazione con il terapeuta, accennandola brevemente quando descrive alcuni cambiamenti che ha messo in atto. Le piace essere paragonata a un boscaiolo.

- 4. Voce:** è tutto in prima persona; alcune parti sono molto concrete. Alcuni dettagli più coloriti lo fanno apparire più intimo, ma di fatto è piuttosto distaccato. Crea distanza tra lei stessa (la voce controllata) e il dolore che si manifesta e ci si avvicina. Quasi come se ne fosse offesa. Si definisce una "pessima paziente" consapevole di cosa il terapeuta la voglia aiutare a fare, e dispiaciuta del fatto che abbia già deciso che gli sforzi del terapeuta non serviranno. Non sembra volersi aiutare – o non vuole accettare di aver bisogno di aiuto? La resistenza è forse dovuta al fatto che non crede che funzionerà?
- 5. Atmosfera:** l'atmosfera è neutra in alcune parti, in altre il dolore risalta in maniera esplicita, si evidenziano brevi parti di oscurità e, sebbene l'atmosfera finale sia soddisfatta e leggera, lascia qualcosa di incompiuto, un senso di disagio.
- 6. Dinamica:** la storia si sviluppa verso una sorta di soluzione del problema principale; la paziente sembra piuttosto felice del fatto che non abbia più dolore, come se il problema ora fosse risolto. Ma la sotto-storia sembra irrisolta e potrebbe rappresentare la chiave per comprendere la sua resistenza all'aiuto o al cambiamento.

Note: non sappiamo molto della famiglia e del background culturale della paziente. Il racconto parla di lutto, assistenza e lavoro. Possiamo dedurre che si trovi in una zona rurale (ampio giardino, trasporto della legna per il fuoco), ma poco altro. Questi elementi devono essere attentamente approfonditi prima di dare troppi elementi per scontati. Una più approfondita conoscenza della storia della paziente e delle origini della sua non collaborazione permetterà al terapeuta di sviluppare una strategia più efficace, guidando la paziente stessa a esplorare le ragioni di tale resistenza.

Feedback della paziente

Quando le è stato richiesto di riflettere sul suo racconto sulla base di questi commenti, la paziente ha prodotto il seguente feedback:

Ho scelto parole dure ed esplicite per descrivere il dolore perché volevo che il lettore mi vedesse contorcermi, perché non avesse dubbi sulla sua intensità. Non è "il mio" – è "il" dolore – perché questa situazione per me è inaccettabile: volevo solo che finisse – ma ho resistito mesi prima di vedere qualcuno. Non ho fatto nulla prima, perché me ne volevo distanziare, non volevo farlo entrare nella mia vita.

Mi piace che il terapeuta mi descriva come un "boscaiolo intellettuale" poiché, per me, questo descrive qualcuno che vive le avversità e lo sforzo

BOX 1.3 L'approccio NBM • Seguito

fisico come parte della sua vita, che è resiliente. Questo riassume piuttosto bene la mia personalità. Mi conosce da un po' di tempo e sa che io so cosa "dovrei" fare. Sono propositiva/attiva. Odio l'attività fisica. Sprecare tempo prezioso con noiosi esercizi è la mia definizione di tortura. Capisco la scienza che c'è dietro, ma nessuno mi ha mai mostrato come inserire sistematicamente queste raccomandazioni per uno stile di vita sano nella mia routine quotidiana, senza annoiarmi – o ammettere di doverlo fare per forza.

È più facile semplicemente ignorare il dolore; e questa è stata la prima volta in cui non sono riuscita a farlo.

Questioni da considerare

- Come ti approcceresti a una paziente come questa?
- È una persona da descrivere come "difficile" e da spingere gradualmente verso un altro terapeuta, congedandola

per quello che sembra un rifiuto intenzionale di ascoltare i consigli?

- Potrebbe essere più facile ignorare la sotto-storia?
- Quali sono le implicazioni nel farlo?
- È una persona che potrebbe rispondere positivamente a un tentativo di educazione al dolore?
- Potrebbe rispondere meglio al contatto? Quali sensi sembrano i più responsivi, sulla base del suo racconto?
- Di cosa ha bisogno e di cosa lei pensa di aver bisogno?
- Come lavoreresti su queste difficoltà all'interno della tua pratica?
- Le MET sarebbero appropriate per questa paziente? Se no, perché? Se sì, all'interno di quale più ampio piano di trattamento?

Confrontate gli appunti e le osservazioni relativi a questo paragrafo con quelli prodotti dopo il paragrafo Informazioni biopsicosociali. Cosa è cambiato? Cos'altro hai compreso di questa paziente? Cosa ancora non sai? Come procederesti?

Charon et al. (2015) e Chaitow (2021c).

ulteriormente aggravato da una sorta di distacco, il quale rappresenta un aspetto non desiderato della formazione medica (Fox & Lief, 1963; Newell, 1993; Cassell, 1995; Lipkin et al., 1995; Charon 2001; Hermann, 2017). I principali obiettivi della formazione integrata interdisciplinare mirano a semplificare la consapevolezza che i fisioterapisti formati hanno del loro ruolo, in modo da sviluppare un approccio più umanistico alla loro pratica e da costruire una maggiore resilienza nei confronti di scenari difficili di dolore, malattia, insuccessi e catastrofi, affrontati nel contesto sicuro di un testo scritto molto prima che vengano affrontati nella pratica clinica. Oltre a sviluppare una migliore capacità di ascolto e maggiore umiltà e resilienza quando si affronta il dolore degli altri, vi è un'evidenza qualitativa del fatto che un lungo percorso di formazione e una familiarizzazione continua con la narrativa letteraria e delle arti visive creino una modificazione neurobiologica che influenza la nostra capacità di *mentalizzare* (percepire e comprendere il proprio e altrui comportamento, senza prendere posizione) (Schank & Abelson, 1995; Bal & Veltkamp, 2013; Samur et al., 2018; Welstead et al., 2018). Queste tecniche sono ben note agli studenti di discipline umanistiche, ai sociologi dell'educazione e agli educatori, che attualmente lavorano in gruppi interdisciplinari al fianco di facoltà di medicina in modo da sviluppare tali programmi. I risultati sembrano promettenti e offrono un valido modello per le università per quanto riguarda le discipline sanitarie affini e integrative.

In termini di benefici immediati nell'ambito dell'incontro clinico, un'approfondita lettura e un attento ascolto risultano competenze trasferibili che consentono al clinico

di vedere oltre l'aspetto "bio", così come quello "psicosociale", eccessivamente rigidi del modello BPS. La narrativa del paziente permette di comprendere se egli sia incline a collaborare e a mantenere le abitudini di un nuovo stile di vita o meno, e soprattutto *perché*. Sono, inoltre, in grado di rivelare i profondi percorsi mentali richiesti da un differente approccio rispetto all'imposizione a fin di bene di una valutazione clinica impersonale che mantiene una dinamica soggetto-oggetto. Al contrario, dare la possibilità al paziente di avere uno spazio per condividere la propria storia, comprendere e rispettare il modo in cui ha affrontato la malattia permette di gettare le basi della fiducia: le strade da percorrere verranno viste nello stesso modo dal paziente. Questo conferma qualcosa che molti professionisti olistici hanno scoperto tramite la propria formazione o la propria esperienza, come Leon Chaitow, che ha descritto questo approccio senza dargli un nome. L'applicazione della pratica informata dall'evidenza all'assistenza basata sulla persona nel suo complesso include l'intero percorso terapeutico, e l'approccio NBM offre strumenti fortemente basati sull'evidenza con cui implementarne la formazione.

LE TERAPIE MANUALI: PASSATO, PRESENTE E FUTURO

La comprensione delle terapie manuali come le MET cresce con l'aumentare dell'evidenza. Mentre ciò avviene, è probabile che i metodi sviluppati dalle eminenti personalità del passato, tra cui Thomas J. Ruddy, Fred Mitchell, Vladimir Janda, Karl Lewit, Philip Greenman e altri, i cui

lavori sono stati sfruttati da Leon Chaitow per sviluppare questo testo, rimarranno comunque rilevanti. Questo perché, nonostante il progresso nell'evidenza, la metodologia delle MET ha subito poche modifiche, rinforzando quindi il punto di vista dei pionieri della terapia manuale. Nel contesto di un modello terapeutico BPS migliorato, le riflessioni degli esponenti e degli insegnanti del passato indicano come i tre elementi dell'esperienza umana non siano nuovi. È sufficiente osservare un video di Leon Chaitow o del Prof. Lewit o del Dr. Greenman o altri per verificare la loro conoscenza dell'assistenza centrata sul paziente: veniva trasmessa come abilità implicita fondata sui principi della loro formazione e della loro pratica. Questo suggerisce come, nelle pratiche attuali, un sistema di assistenza BPS debba essere reintegrato e solleva questioni su come sia stato possibile perderlo nel corso del tempo. Oggigiorno vi è una solida evidenza a supporto della formazione e della pratica di questo approccio in ambito clinico, e il pensiero e la pratica olistica si stanno integrando nella pratica biomedica su ampia scala, grazie a importanti centri di formazione. Sebbene la pratica osteopatica in particolare tragga beneficio da un approccio integrato che incorpori queste abilità, continua a non possedere una struttura, un chiaro schema concettuale o un metodo dedicato (Tyreman, 2018; Maretic & Abbey, 2021).

Mentre la pratica clinica attuale e la ricerca aumenteranno la comprensione del *perché* questi metodi siano benefici, è improbabile che si modifichi il *come* questi metodi vengano applicati. Dal momento che diversi professionisti che praticano le MET integrano questi metodi nella pratica, la comprensione del modo in cui sono stati costruiti questi principi e lo studio dell'evoluzione e dello sviluppo di questi metodi offrirebbero una visione molto ampia che arricchirebbe fortemente l'assistenza centrata sul paziente.

Nel seguente capitolo vengono presentate le principali definizioni, i concetti e le varianti delle MET, con ulteriore dettaglio sul loro ruolo nel ridurre il carico adattativo, così come considerazioni pratiche sulla loro applicazione. È opinione dell'autore che i professionisti e i pazienti possano solo trarre beneficio dalla continua integrazione di questi metodi in un contesto multimodale strettamente correlato alla medicina che considera la persona nella sua globalità, il quale permane informato dall'evidenza, accettando, tuttavia, la diversità e l'incertezza che fanno parte dell'essere umano.

BIBLIOGRAFIA

- Alexanders, J., Anderson, A., Henderson, S., 2015. Musculoskeletal physiotherapists' use of psychological interventions: a systematic review of therapists' perceptions and practice. *Physiotherapy* 101 (2), 95–102.
- Bal, P.M., Veltkamp, M., 2013. How does fiction reading influence empathy? An experimental investigation on the role of emotional transportation. *PLoS One* 8 (1), e55341.
- Baltonado, J., Cymet, T., 2017. Can the humanities humanize health care? *J. Amer. Osteopath. Assoc.* 117 (4), 273–275.
- Beauchamp, T.L., Childress, J.F., 1979. *Principles of biomedical ethics*. Oxford, New York.
- Blickenstaff, C., Pearson, N., 2016. Reconciling movement and exercise with pain neuroscience education: a case for consistent education. *Physiother. Theory Pract.* 32 (5), 396–407. <https://doi.org/10.1080/09593985.2016.1194653>.
- Bove, G.M., Delany, S.P., Hobson, L., Cruz, G.E., Harris, M.Y., Amin, M., et al., 2019. Manual therapy prevents onset of nociceptor activity, sensorimotor dysfunction, and neural fibrosis induced by a volitional repetitive task. *Pain*. 160 (3), 632.
- British National Institute for Health and Care Excellence. 2022. Chronic pain: assessment and management, evidence review for manual therapy. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng193/documents/evidence-review-9>
- Broom, A., Adamms, J., 2009. The status of CAM in biomedical education. In: Brosnan, C., Turner, B.S. (Eds.), *Handbook of the Sociology of Medical Education*. Routledge, pp. 124.
- Brosnan, C., Turner, B.S. eds., 2009. *Handbook of the sociology of medical education*. Routledge.
- Brower, V., 2006. Mind-body research moves towards the mainstream. *EMBO Rep* 7 (4), 358–361. <https://doi.org/10.1038/sj.embor.7400671>.
- Chaitow, L., Delany, J., 2005. *Clinical application of neuromuscular techniques: practical case study exercises*. Elsevier.
- Chaitow, S., 2021. How do you feel inside? Why Narrative Medicine is critical to Ethical Practice. Part 436. *Massage & Bodywork*, pp. 46–51.
- Chaitow, S., 2021a. Listen, my body electric: narrative medicine and the holistic revolution in biomedicine: part 1. *Massage & Bodywork*, Golden, Colorado 36 (2), 42–49.
- Chaitow, S., 2021b. Solving the biopsychosocial problem: from evidence-based practice to narrative medicine: part 1. *Massage & Bodywork*, Golden, Colorado 36 (3), 42–49.
- Chaitow, S., 2021c. Narrative medicine in practice: part 3. *Massage & Bodywork*, Golden, Colorado 36 (5), 40–45.
- Chaitow, S., 2022. Evidence in the echo chamber. *Massage & Bodywork*, Golden, Colorado.
- Charon, R., 2001. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA* 286 (15), 1897–1902.
- Charon, R., 2016. *The principles and practice of narrative medicine*. Oxford University Press.
- Charon, R., Hermann, N., Devlin, M.J., 2015. Close reading and creative writing in clinical education: teaching attention, representation, and affiliation. *Acad. Med.* 91 (3), 345–350. [dx.doi.org/10.1097/ACM.0000000000000827](https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000827).
- Chaterji, R., Tractenberg, R.E., Amri, H., Lumpkin, M., Amorosi, S.B., Haramati, A., 2007. A large-sample survey of first-and second-year medical student attitudes toward complementary and alternative medicine in the curriculum and in practice. *Altern. Ther. Health. Med.* 13 (1), 30.
- Chen, P., 2008. Final exam: a surgeon's reflections on mortality. Vintage.

- Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine (CAHCIM) (2004) *Curriculum in Integrative Medicine: a guide for medical educators*, Minnesota, MN: CAHCIM.
- Cruz-Montecinos, C., Godoy-Olave, D., Contreras-Briceño, F.A., Gutiérrez, P., Torres-Castro, R., Miret-Venegas, L., et al., 2017. The immediate effect of soft tissue manual therapy intervention on lung function in severe chronic obstructive pulmonary disease. *Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis.* 12, 691–696. doi:10.2147/COPD.S127742.
- Diener, I., Kargela, M., Louw, A., 2016. Listening is therapy: patient interviewing from a pain science perspective. *Physiother. Theory Pract.* 32 (5), 356–367. https://doi.org/10.1080/09593985.2016.1194648.
- Ebell, M.H., Sokol, R., Lee, A., Simons, C., Early, J., 2017. How good is the evidence to support primary care practice? *BMJ Evid. Based Med.* 22, 88–92.
- Epstein, I., 2009. Promoting harmony where there is commonly conflict: evidence-informed practice as an integrative strategy. *Soc. Work Health Care* 48, 216–223.
- Fox, R., Lief, H., 1963. Training for “detached concern”. In: Lief, H. (Ed.), *The Psychological Basis of Medical Practice*. Harper & Row, New York, pp. 12–35.
- Fryer, G., 2017. Integrating osteopathic approaches based on biopsychosocial therapeutic mechanisms. Part 1: The mechanisms. *Int. J. Osteopath. Med.* 25, 30–41.
- Fryer, G., 2017. Integrating osteopathic approaches based on biopsychosocial therapeutic mechanisms. Part 2: clinical approach. *Int. J. Osteopath. Med.* 26, 36–43.
- Glasziou, P., 2005. Evidence-based medicine: does it make a difference? Make it evidence informed with a little wisdom. *Brit. Med. J.* 330 (7482), 92.
- Greenhalgh, T., Hurwitz, B., 1999. Why study narrative? *BMJ* 318 (7175), 48–50.
- Guillemin, M., Barnard, E., 2015. George Libman Engel: the biopsychosocial model and the construction of medical practice. In: Collyer, F. (eds) *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness, and Medicine*. Palgrave Macmillan, London. https://doi.org/10.1057/9781137355621_15.
- Guzman, J., Esmail, R., Karjalainen, K., Malmivaara, A., Irvin, E., Bombardier, C., 2001. Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *BMJ* 322, 1511–1516.
- Hackstaff, L., Davis, C., Katz, L., 2004. The case for integrating behavior change, client-centered practice and other evidence-based models into geriatric care management. *Soc. Work Health Care* 38 (3), 1–19. https://doi.org/10.1300/J010v38n03_01.
- Herman, J., 2005. The need for a transitional model: a challenge for biopsychosocial medicine? *Fam. Syst. Health* 23 (4), 372–376.
- Hermann, N., Creativity: what, why, and where? In: Charon, R. et al., 2017. *The principles and practice of narrative medicine*. New York, Oxford University Press. pp. 211–228.
- Hoff, G., Hirsch, N.J., Means, J.J., Streyffeler, L., 2014. A call to include medical humanities in the curriculum of colleges of osteopathic medicine and in applicant selection. *J. Amer. Osteopath. Assoc.* 114 (10), 798–804.
- Irvine, C., Charon, R., 2016. Deliver us from certainty: training for narrative ethics. In: Charon, R. et al., 2016. *The principles and practice of narrative medicine*. New York, Oxford University Press. pp. 110–129.
- Jull, G., Moore, A., 2012. Hands on, hands off? The swings in musculoskeletal physiotherapy practice. *Man. Ther.* 17, 199–200.
- Kamper, S.J., Apeldoorn, A.T., Chiarotto, A., Smeets, R.J., Ostelo, R.W., Guzman, J., van Tulder, M.W., 2015. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 350, h444. https://doi.org/10.1136/bmj.h444.
- Klugman, C.M., 2018. Medical humanities teaching in north american allopathic and osteopathic medical schools. *J. Med. Humanit.* 39, 473. https://doi.org/10.1007/s10912-017-9491-z.
- Kolb, W.H., McDevitt, A.W., Young, J., Shamus, E., 2020. The evolution of manual therapy education: what are we waiting for? *J. Man. Manip. Ther.* 28 (1), 1–3. doi:10.1080/10669817.2020.1703315.
- Langevin, H.M., 2021. Reconnecting the brain with the rest of the body in musculoskeletal pain research. *J. Pain.* 22 (1), 1–8.
- Langevin, H., 2022. Three new research networks will focus on the neural mechanisms of force-based manipulations. National Center for Complementary and Integrative Health. https://www.nccih.nih.gov/about/offices/od/director/past-messages/three-new-research-networks-will-focus-on-the-neural-mechanisms-of-force-based-manipulations?
- Lederman, E., 2017. A process approach in osteopathy: beyond the structural model. *Int. J. Osteopathic Med.* 23, 22–35.
- Licciardone, J.C., Schultz, M.J., Amen, B., 2020. Osteopathic manipulation in the management of chronic pain: current perspectives. *J. Pain. Res.* 13, 1839–1847. doi:10.2147/JPR.S183170.
- Louw, A., Nijs, J., Puenteadura, E.J., 2017. A clinical perspective on a pain neuroscience education approach to manual therapy. *J. Man. Manip. Ther.* 25 (3), 160–168. https://doi.org/10.1080/10669817.2017.1323699.
- Louw, A., Puenteadura, E.L., Zimney, K., 2016a. Teaching patients about pain: It works, but what should we call it? *Physiother. Theory Pract.* 32 (5), 328–331.
- Louw, A., Zimney, K., Puenteadura, E.J., Diener, I., 2016b. The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: a systematic review of the literature. *Physiother. Theory Pract.* 32, 332–355.
- Malfliet, A., Kregel, J., Meeus, M., Roussel, N., Danneels, L., Cagnie, B., et al., 2018. Blended-learning pain neuroscience education for people with chronic spinal pain: randomized controlled multicenter trial. *Phys. Ther.* 98 (5), 357–368.
- Maretic, S., Abbey, H., 2021. “Understanding patients’ narratives” A qualitative study of osteopathic educators’ opinions about using Medical Humanities poetry in undergraduate education. *Int. J. Osteopathic Med.* 40, 29–37.
- McCormack, B., Rycroft-Malone, J., Decorby, K., Hutchinson, A.M., Bucknall, T., Kent, B., et al., 2013. A realist review of interventions and strategies to promote evidence-informed healthcare: a focus on change agency. *Implementation Science* 107 (8), 1–12.

- McSherry, R., 2007. Developing, exploring and refining a modified whole systems-based model of evidence-informed nursing. School of Health and Social Care. Teesside University, Middlesbrough, England, UK Unpublished Ph.D. Thesis.
- Mootz, R.D., 2005. When evidence and practice collide. *J. Manipulative Physiol. Ther.* 28 (8), 551–553.
- Moseley, G.L., 2003a. Joining forces—combining cognition-targeted motor control training with group or individual pain physiology education: a successful treatment for chronic low back pain. *J. Man. Manip. Ther.* 11, 88–94.
- Moseley, G.L., 2003b. Unravelling the barriers to reconceptualization of the problem in chronic pain: The actual and perceived ability of patients and health professionals to understand the neurophysiology. *J. Pain* 4, 184–189.
- Murphy, J.W., Franz, B.A., Choi, J.M., Callaghan, K.A., 2017. Narrative medicine and community-based health care and planning. Springer, New York, pp. 7–8.
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, Department of Health, Education, and Welfare. The Belmont Report No. 78-0012.
- Newell, R., 1993. Interviewing Skills for Nurses and other healthcare professionals. Routledge.
- Oostendorp, R.A.B., 2018. Credibility of manual therapy is at stake 'where do we go from here? *J. Man. Manip. Ther.* 26 (4), 189–192.
- Parker, R., Madden, V.J., 2020. State of the art: what have the pain sciences brought to physiotherapy? *S. Afr. J. Physiother.* 76 (1), a1390. doi: <https://doi.org/10.4102/sajp.v76i1.1390>
- Puente-dura, E.J., Flynn, T., 2016. Combining manual therapy with pain neuroscience education in the treatment of chronic low back pain: a narrative review of the literature. *Physiother. Theory Pract.* 32 (5), 408–414. <https://doi.org/10.1080/09593985.2016.1194663>.
- Richter, M., Rauscher, C., Kluttig, A., Mallwitz, J., Delank, K.S., 2020. Effect of additional pain neuroscience education in interdisciplinary multimodal pain therapy on current pain. A non-randomized, controlled intervention study. *J. Pain Res.* 13, 2947–2957. doi: [10.2147/JPR.S272943](https://doi.org/10.2147/JPR.S272943).
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes, R.B., Richardson, W.S., 1996. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 312. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>.
- Samur, D., Tops, M., Koole, S.L., 2018. Does a single session of reading literary fiction prime enhanced mentalising performance? Four replication experiments of Kidd and Castano (2013). *Cogn. Emot* 32 (1), 130–144.
- Sanders, T., Foster, N.E., Bishop, A., Ong, B.N., 2013. Biopsychosocial care and the physiotherapy encounter: physiotherapists' accounts of back pain consultations. *BMC Musculoskelet. Disord.*, 65. doi: [10.1186/1471-2474-14-65](https://doi.org/10.1186/1471-2474-14-65).
- Schank, R.C., Abelson, R.P., 1995. Knowledge and memory: the real story. *Knowledge and memory: the real story. Adv. Social Cogn.* 8, 1–85.
- Seaburn, D.B., 2005. Is going "too far" far enough? *Fam. Syst. Health.* 23 (4), 396–399.
- Sexton, P., 2018. Maintaining balance in medical school through medical humanities electives. *Missouri Med* 115 (1), 35–36.
- Singla, M., Jones, M., Edwards, I., Kumar, S., 2015. Physiotherapists' assessment of patients' psychosocial status: are we standing on thin ice? A qualitative descriptive study. *Man. Ther.* 20 (2), 328–334.
- Smith, D., 2019. Reflecting on new models for osteopathy—it's time for change. *Int. J. Osteopathic Med.* 31, 15–20.
- Smith, R.C., Fortin, A.H., Dwamena, F., Frankel, R.M., 2013. An evidence-based patient-centered method makes the biopsychosocial model scientific. *Patient Educ. Couns.* 91 (3), 265–270. doi: [10.1016/j.pec.2012.12.010](https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.12.010).
- Sweet, M., Moynihan, R., 2007. Improving population health: the uses of systematic reviews. Centers for Disease Control and Prevention (U.S.). <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/6921>.
- Synnott, A., O'Keeffe, M., Bunzli, S., Dankaerts, W., O'Sullivan, P., O'Sullivan, K., 2015. Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back pain and psychosocial factors that influence recovery: a systematic review. *J. Physiother.* 61 (2), 68–76. doi: [10.1016/j.phys.2015.02.016](https://doi.org/10.1016/j.phys.2015.02.016).
- Synnott, A., O'Keeffe, M., Bunzli, S., Dankaerts, W., O'Sullivan, P., Robinson, K., et al., 2016. Physiotherapists report improved understanding of and attitude toward the cognitive, psychological and social dimensions of chronic low back pain after cognitive functional therapy training: a qualitative study. *J. Physiother.* 62 (4), 215–221. doi: [10.1016/j.jphys.2016.08.002](https://doi.org/10.1016/j.jphys.2016.08.002).
- Tyreman, S., 2018. Evidence, alternative facts and narrative: a personal reflection on person-centred care and the role of stories in healthcare. *Int. J. Osteopathic Med.* 28, 1–3.
- Vivanco-Coke, S., Silva, A.J., Quiñinao, F.R., Zambra, R.F., Reyes, J.T., 2020. Evaluation of short-term effectiveness of orthopedic manual therapy in signs and symptoms of myofascial pain: a controlled clinical trial. *J. Oral Res.* 9 (2), 121–128. doi: [10.17126/joralres.2020.019](https://doi.org/10.17126/joralres.2020.019).
- Wade, D.T., Halligan, P., 2004. Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? *BMJ* 329 (7479), 1398–1401.
- Weeks, J., 2013. Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine Opens Dialogue With Joint Commission on Standards for Nonpharmacological Treatment of Pain... plus more. *Integr. Med.* 12 (5), 14.
- Weiner, B.K., 2008. Spine update: the biopsychosocial model and spine care. *Spine* 33 (2), 219–223. doi: [10.1097/BRS.0b013e3181604572](https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e3181604572).
- Welstead, H.J., Patrick, J., Russ, T.C., Cooney, G., Mulvenna, C.M., Maclean, C., et al., 2018. Mentalising skills in generic mental healthcare settings: can we make our day-to-day interactions more therapeutic? *BJPsych Bulletin* 42 (3), 102–108.
- Wijma, A.J., van Wilgen, C.P., Meeus, M., Nijs, J., 2016. Clinical biopsychosocial physiotherapy assessment of patients with chronic pain: The first step in pain neuroscience education. *Physiother Theory Pract* 32 (5), 368–384. <https://doi.org/10.1080/09593985.2016.1194651>.
- Winslow, L.C. and Shapiro, H., 2002. Physicians want education about complementary and alternative medicine to enhance communication with their patients. *Arch. Intern. Med.* 162 (10), 1176–1181.